

Onanizm w okresie niemowlęcym i wczesnodziecięcym – rozpoznanie, różnicowanie i leczenie

Onanism in infancy and early childhood – diagnosis, differential diagnosis and management

Agnieszka Kraśniej-Dębkowska¹, Sergiusz Józwiak²

¹ Oddział Neurologii, Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej w Warszawie

² Klinka Neurologii i Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

DOI: 10.20966/chn.2016.51.384

STRESZCZENIE

Onanizm niemowlęcy, zwany również masturbacją dziecięcą lub zespołem gratyfikacji, należy do prawidłowych zachowań występujących w czasie rozwoju człowieka. Masturbacja w okresie niemowlęcym i wczesnodziecięcym może przybierać różne formy. Ze względu na częsty brak bezpośredniej stymulacji narządów płciowych bywa błędnie diagnozowana m.in. jako padaczka, proksymalne dyskinezy, bóle brzucha czy dystonie, przez co dzieci narażane są na szereg zbędnych i obciążających badań. Dla odmiany dość często pomija się możliwość występowania zaburzeń i chorób współistniejących, które mogą prowokować lub nasilać onanizowanie się dziecka.

W artykule szczegółowo omówiono zagadnienie onanizmu w okresie niemowlęcym i wczesnodziecięcym w kontekście procesu diagnostycznego oraz leczenia z uwzględnieniem dostępnych wyników badań dotyczących masturbacji niemowląt i dzieci.

Słowa kluczowe: onanizm niemowlęcy, masturbacja dziecięca, niemowlęcy zespół gratyfikacji, nadużycie seksualne dziecka

ABSTRACT

Infantile onanism, also known as masturbation or gratification syndrome, is a part of the normal behavior during the development. Masturbation in infancy and early childhood may take many forms. Because of the lack of direct stimulation of the genitals it is sometimes misdiagnosed as an epilepsy, a proximal dyskinesia, an abdominal pain or a dystonia. Children are exposed to a number of unnecessary and aggravating examinations. On the other hand, the possibility of coexisting disorders and diseases that may intensify child masturbation is quite often ignored.

The article explains in detail the issue of masturbation in infancy and early childhood in the context of the diagnostic process and treatment and includes the results of research on infantile masturbation.

Keywords: infantile onanism, childhood masturbation, infantile gratification syndrome, child sexual abuse

WSTĘP

Onanizm niemowlęcy, zwany również niemowlęcym zespołem gratyfikacji, podobnie jak masturbacja *sensu stricto*, należy do prawidłowych zachowań występujących w trakcie rozwoju człowieka. Masturbuje się aż 90–94% mężczyzn i 50–60% kobiet w pewnym okresie swojego życia [1]. Pierwszy szczyt obserwujemy w okresie niemowlęcym i dotyczy on głównie płci żeńskiej. Związany jest z naturalną tendencją dzieci do powtarzania czynności sprawiających im przyjemność, nie ma kontekstu seksualnego. Epizody onanizmu u niemowląt występują z różną częstością od 1/tydzień do 12/dzień, średnio 16/tydzień ze średnim czasem trwania około 9 minut [2]. Onanizm niemowlęcy rozwija się zwykle około 2.–3. miesiąca życia, choć raportowano przypadki onanizmu już u płodu [3, 4]. Ma tendencje do samoograniczania się w czasie – zmniejsza się zarówno liczba epizodów, jak i czas ich trwania. W badaniu klinicznym grupy 19 onanizujących się niemowląt, prowadzonym przez Mohammeda i wsp.,

wszystkie dzieci po upływie 1–3 lat przestały masturbować się [5]. Kolejne nasilenie samostymulujących zachowań przypada w okresie dojrzewania. Dotyczy obu płci, ze znaczną przewagą męskiej. W przeciwieństwie do onanizmu niemowlęcego, masturbacja w tym okresie życia wynika z uświadomienia sobie przez nastolatka własnych potrzeb seksualnych i chęci ich zaspokojenia, wiąże się z wyobrażeniami erotycznymi. Wśród 18 127 pacjentów Poradni Przykliniknych (Poradni Neurologicznej, Poradni Bólów Głowy i Poradni Chorób Nerwowo-Mięśniowych) nadzorowanych przez Klinikę Neurologii Dziecięcej Katedry Neurologii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Jagiellońskiego w latach 2006–2007 aż 41 (0,37%) dzieci zostało skierowanych przez rejonowych lekarzy pediatrów, lekarzy rodzinnych, rejonowe poradnie neurologiczne dla dzieci i specjalistyczne gabinety lekarskie z powodu zaburzeń napadowych, zdiagnozowanych później jako onanizm wczesnodziecięcy [6].

ROZPOZNANIE

Aby ułatwić ustalenie prawidłowego rozpoznania, Young przedstawił własne kryteria onanizmu niemowlęcego: początek między 3. miesiącem a 3. rokiem życia, stereotypowe epizody o różnym czasie trwania, wokalizacje z cichym pochrząkiwaniem, zaczerwienie twarzy i pocenie się, nacisk na miednicę z charakterystycznym ułożeniem kończyn dolnych, zachowana świadomość, reagowanie na bodźce rozpraszające, normalny rozwój, prawidłowe wyniki badań laboratoryjnych [7]. Do innych charakterystycznych cech onanizmu należą: nieregularny oddech, rozdrażnienie lub stawianie czynnego oporu przez dziecko przy próbie przerwania jego zachowania przez opiekunów, zadowolony wyraz twarzy i wyczerpanie po zakończeniu czynności. Hansen i Baslev na podstawie swoich obserwacji opisali 5 różnych wzorców aktywności ruchowej rąk w czasie masturbacji u niemowląt: zaciskanie dłoni w pięść, chwytanie, ruchy płaszczyznowopodobne palców „jak przy grze na pianinie”, manipulacje w okolicy narządów płciowych i oburęczna manipulacja przedmiotami [8]. Technika masturbacji zmienia się wraz z wiekiem dziecka. U niemowląt leżących przypomina napady zgięciowe. Dłonie niemowlęcia są zwykle zaciśnięte w pięści, zaś kończyny dolne mocno przywiedzione i zgięte w stawach biodrowych, krzyżują się. Kiedy dziecko jest już w stanie siedzieć – wykorzystuje do masturbacji podłogę lub krzesło ocierając się o nie kroczeniem lub wykonując rytmicznie niewielkie ruchy unoszenia i opuszczania miednicy. Dla wzmocnienia doznań dziecko może siadać na zabawkach. Gdy zaczyna chodzić, większą rolę zaczyna odgrywać ręczna stymulacja narządów płciowych.

Nieocenioną wartością w diagnostyce onanizmu niemowlęcego ma możliwość obserwacji dziecka przez lekarza w trakcie epizodu bądź nagranie wideo dostarczone przez opiekunów [9]. Według Rodoo i wsp. nagranie, zebranie szczegółowego wywiadu oraz stwierdzenie prawidłowego rozwoju dziecka wystarczą do ustalenia prawidłowego rozpoznania [10].

Błędy diagnostyczne

Często, z powodu pobieżnie zebranego wywiadu czy braku widocznej bezpośredniej stymulacji narządów płciowych w trakcie obserwacji dziecka, onanizujące się niemowlęta są błędnie diagnozowane, co naraża je na szereg niepotrzebnych i obciążających badań oraz może prowadzić do włączenia niewłaściwego leczenia. Onanizujące się niemowlęta najczęściej podejrzewane są o padaczkę, nawracające bóle brzucha, kolki, proksymalne dyskinezy i dystonie [11, 12]. Przyczyną rozpoczęcia diagnostyki w kierunku padaczki jest zwykle nagły początek objawów, opisywane przez rodziców rytmiczne ruchy dziecka, płacz, trudność w nawiązaniu kontaktu wzrokowego z dzieckiem, wyraz twarzy sprawiający wrażenie przeżywania cierpienia [9]. Skalę problemu uwidaczniają dostępne wyniki badań. Spośród 31 dzieci obserwowanych przez Nechay aż 21 niemowląt (68% grupy) przeszło pełną diagnostykę w kierunku padaczki [2]. Z kolei wśród 19 obserwowanych przez Mohammeda niemowląt, 12 (63% grupy) miało uprzednio wykonane badanie TK lub MRI – wyniki bez odchylenia, 8 (42% grupy) miało zdiagnozowaną padaczkę mimo braku wyładowań padaczkorodnych w badaniu EEG i aż 6 (31% grupy) przyjmowało leki przeciwpadaczkowe [5].

Cechy różnicujące napady padaczkowe od onanizmu, na które warto zwrócić uwagę w trakcie przeprowadzania wywiadu z opiekunami, przedstawiono w tabeli I.

Diagnostykę w kierunku padaczki należy zawsze przeprowadzić w sytuacji, gdy epizody zdarzają się w trakcie snu, dochodzi u dziecka do utraty świadomości lub sinienia, dziecko nie rozwija się prawidłowo.

Stany predysponujące do występowania onanizmu wczesnodziecięcego. Kiedy poszerzyć diagnostykę?

Przyczyny somatyczne

Zakażenie układu moczowo-płciowego, pieluszkowe zapalenie skóry i choroby pasożytnicze były związane

Tabela I. Różnicowanie onanizmu i napadów padaczkowych u dzieci

Table I. Differentiation of masturbation and seizures in children

	Napady padaczkowe Seizures	Onanizm niemowlęcy Infantile onanism
Wiek występowania	Różny	Zwykle między 3. miesiącem a 3. rokiem życia
Płeć	Równa częstość u dziewczynek i chłopców	Głównie u dziewczynek
Obecność zaburzeń świadomości	Zazwyczaj TAK	NIE
Objawy wegetatywne: zaczerwienienie, pocenie się	Zazwyczaj NIE	TAK
Występowanie sinicy	Możliwe	NIE
Niechęć dziecka do przerwania czynności	Dziecko jest zwykle nieprzytomne, nie reaguje na głos opiekunów	TAK – dziecko jest rozdrażnione, sprzeciwia się
Występowanie epizodów podczas snu	Często	NIE
Prowadzi do opóźnienia rozwoju umysłowego	Zazwyczaj TAK	NIE

z pierwszym epizodem onanizowania się u 36,1% z 61 dzieci badanych przez Unala [13]. W przypadku skarg dziecka na świąd, stwardnienia zadrapań lub stanu zapalnego w okolicach narządów moczowo-płciowych bądź odbytu konieczne jest pobranie wymazów z odbytu i pochwy, próbek kału oraz wykonanie badania ogólnego i posiewu moczu w celu wykluczenia zakażeń grzybiczych (*Candida albicans*), bakteryjnych i pasożytniczych (owsiki, lamblie, ameby). Drażnienie okolic płciowych może wynikać również z źle dopasowanych pampersów, zbyt obcisłej odzieży, niewłaściwie dobranych fotelików samochodowych czy chodzików.

Zaburzenia hormonalne

Badanie Heithama i wsp. dotyczące stężenia hormonów płciowych (siarczanu dihydroepiandrosteronu, 17-hydroksyprogesteronu, wolnego testosteronu, estradiolu, dehydroepiandrosteronu, globuliny wiążącej hormony płciowe i androstendionu) we krwi masturbujących się dzieci w wieku 4–36 miesięcy wykazało istotnie statystycznie obniżenie poziomu jednego z badanych hormonów – estradiolu. Jednak ze względu na małą liczebność grupy dzieci z rozpoznaniem onanizmu niemowlęcego (n = 13) oraz grupy kontrolnej (n = 13) konieczne jest przeprowadzenie dalszych badań potwierdzających zaobserwowaną korelację [14].

Zaniedbanie, brak uwagi

Podkreśla się także rolę braku odpowiedniej stymulacji dziecka. Zwykle niemowlęta onanizują się wtedy, gdy się nudzą np. podczas jazdy samochodem, czekając na posiłek czy podczas zasypiania. Nie obserwuje się epizodów w trakcie zabawy, karmienia czy w czasie snu. Niemowlęta, które mają słabą więź z opiekunami i większość dnia spędzają w łóżeczku bez dostępu do zabawek, nie mają możliwości zaspokojenia swoich potrzeb ruchu, kontaktu oraz eksploracji otoczenia. Nie mają poczucia bezpieczeństwa, przez co są niespokojne a nie znają alternatywnych metod rozładowywania negatywnych emocji. Poświęcenie uwagi dziecku i zaoferowanie mu ciekawych dla niego aktywności prowadzi do zmniejszania się częstości epizodów onanizmu. Gdy rodzic twierdzi, że poświęca wystarczająco dużo uwagi swojemu dziecku, warto zachęcić go jeszcze do m.in. wykonywania masażu dziecku, czytania bajek, rozmawiania z dzieckiem, wręczania dziecku przedmiotów o różnych teksturach i barwach do zabawy, wspólnego testowania nowych aktywności.

Choroby i zaburzenia psychiczne

Według badań Unala w okresie niemowlęcym takie czynniki jak zaburzenia snu czy krótki okres karmienia piersią statystycznie istotnie zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia onanizmu [13].

Kolejnym czynnikiem predysponującym są zdiagnozowane u dziecka zaburzenia neurorozwojowe. W literaturze wielokrotnie poruszano temat częstszego występowania onanizmu u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu czy upośledzeniem umysłowym [15, 16, 17]. Wspomniana grupa dzieci ma trudność ze zrozumieniem niestosowności publicznej masturbacji w kontekście społecznym.

W przypadku onanizowania się dziecka w miejscach publicznych, np. przedszkolu, należy wziąć jeszcze pod uwagę inne ewentualnie współistniejące zaburzenia psychiczne: zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia zachowania i zaburzenia emocjonalne.

Jeśli dziecko rozumie i akceptuje normy społeczne, a nie jest w stanie zapanować nad swoim zachowaniem, nawet jeśli odnosi poważne obrażenia fizyczne, cierpi psychicznie z powodu swojego zachowania, a onanizowanie określa jako przykry przymus, należy zgłosić się do lekarza psychiatry w celu diagnostyki w kierunku zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne wymagają leczenia psychoterapeutycznego, rekomendowana jest terapia behawioralno-poznawcza w przypadku starszych dzieci lub behawioralna w przypadku młodszych dzieci. W razie nieskuteczności leczenia terapeutycznego rozpoczyna się leczenie farmakologiczne.

Dziecko może również w sposób umyślny łamać normy społeczne, jak w przypadku dzieci z zaburzeniami zachowania. Sprawiają one wiele problemów wychowawczych – m.in. kłamią, prowokują bójki, nie wykonują poleceń, niszczą przedmioty, znęcają się nad zwierzętami, kradną, są agresywne wobec innych.

Onanizm może być także metodą regulacji negatywnych emocji typu złość czy strach. W badaniu Unala u 49,1% obserwowanej grupy (n = 61) początek onanizmu był związany z stresującym dla dziecka wydarzeniem życiowym, np. separacją rodziców, narodzinami rodzeństwa [13]. Rodzic powinien pokazać dziecku jak może w sposób akceptowalny przez rodzinę rozładowywać swoje negatywne emocje – np. biegając, tupiąc nogami, uderzając pięścią w miękką poduszkę, drąc stare gazety. W przypadku dzieci z poważnymi problemami emocjonalnymi warto również podjąć leczenie psychoterapeutyczne.

Nadużycie seksualne

McGray w swoich pracach sugerował możliwy związek onanizmu m.in. z nadużyciem seksualnym dziecka [18]. Podejrzanie, że dziecko padło ofiarą przemocy powinno się pojawić, jeśli przejawia ono cechy zaburzenia stresowego pourazowego, nieadekwatne do wieku zachowania seksualne, nadmierną świadomość seksualną oraz wykazuje zmienione reakcje emocjonalne na neutralne pytania dotyczące anatomii genitaliów lub zróżnicowanych doświadczeń seksualnych. Ze względu na szerokie rozpowszechnienie wśród dzieci różnych form zachowań seksualnych oraz występowanie u mniej niż połowy dzieci wykorzystywanych seksualnie nieadekwatnych do wieku zachowań seksualnych, bardziej miarodajna niż seksualizacja zachowania jest nieadekwatna do wieku wiedza. Większość wykorzystywanych seksualnie dzieci posiada wiedzę seksualną wyprzedzającą ich rozwój [19]. Niestety, w chwili obecnej nie dysponujemy metodami diagnostycznymi o odpowiedniej czułości i swoistości pozwalającymi w sposób jednoznaczny stwierdzić nadużycie seksualne dziecka. Jednak u ofiar przemocy seksualnej całkowita liczba zachowań seksualnych mierzonych za pomocą Inwentarza Dziecięcych Zachowań Seksualnych (Child Sexual Behavior Inventory – CSBI) jest istotnie wyższa niż w populacji ogól-

nej czy w populacji dzieci leczonych psychiatrycznie [20]. Dzieci będące ofiarami przemocy seksualnej uzyskują także wyższe wyniki w Skali Problemów Seksualnych (Sexual Problems Scale) Listy Zachowań Dziecięcych (Child Behavior Checklist – CBCL) [21].

Konsekwencje onanizmu niemowlęcego – długofalowe obserwacje

Do tej pory nie udowodniono naukowo negatywnego wpływu onanizmu niemowlęcego na rozwój dzieci. Jedynie Mohammed i wsp. podczas długofalowej (od 3 do 11 lat) obserwacji 19 pacjentów onanizujących się we wczesnym dzieciństwie zaobserwowali w późniejszym okresie życia rozwój zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) u czworga pacjentów (21% grupy). Na tle grupy ww. dzieci wyróżniały się większą częstością i intensywnością epizodów onanizowania się. Korelacja ta nie osiągnęła jednak istotności statystycznej. Określenie niemowlęcego zespołu gratyfikacji jako wczesnej cechy ADHD lub jednego z czynników predysponujących do rozwoju ADHD wymaga przeprowadzenia dalszych długofalowych badań. Poza tym w badanej grupie nie ujawniły się inne zaburzenia rozwoju, zaburzenia neurologiczne czy zaburzenia zachowania [5].

PODSUMOWANIE

Onanizm niemowlęcy jest często błędnie interpretowany przez opiekunów jako przejaw przedwczesnego rozbudzenia seksualnego dziecka, przez co wywołuje u nich lęk o dalszy rozwój dziecka i zażenowanie wobec otoczenia.

Nie należy jednak rozpatrywać funkcji zachowań małego dziecka analogicznie do funkcji podobnych zachowań u osoby dorosłej [22]. Jak wspomniano we wstępie onanizm u niemowląt nie ma kontekstu seksualnego. Naturalnym etapem rozwoju każdego dziecka jest eksploracja otaczającego go środowiska, w tym także własnego ciała. Zachowanie sprawiające przyjemność są przez dziecko powtarzane, prowadząc z czasem do wykształcenia nawyku. Onanizm niemowlęcy nie wymaga leczenia. Ze względu na pejoratywny wydźwięk dla wielu rodziców słowa „onanizm” czy „masturbacja” warto, aby lekarz opisując zachowanie dziecka, używał terminów „samostymulacja” czy „forma gratyfikacji”. Kluczowe znaczenie ma uspokojenie rodziców i przekazanie informacji na temat tendencji do samoograniczenia się zachowania oraz jego nieszkodliwości dla dziecka i jego rozwoju. Wraz z wiekiem dziecko uczy się norm społecznych oraz kulturowych i koryguje swoje zachowanie. Dziecko nie powinno być karane czy ośmieszane z powodu masturbacji, prowadzi to jedynie do wzrostu frustracji u dziecka i utrwalania rozładującego napięcie nawyku. Karcenie dziecka może wręcz przyczynić się do rozwoju problemów seksualnych w dorosłości. Należy, o ile to możliwe, ignorować zachowanie dziecka lub odwracać jego uwagę przez zainteresowanie go inną aktywnością. Działania rodziców należy sfokusować na zapewnieniu dziecku odpowiedniej ilości wysiłku fizycznego w ciągu dnia, nauce akceptowalnych przez rodzinę i społeczeństwo metod regulacji emocji oraz rozwijaniu relacji z dzieckiem, aby miało poczucie bezpieczeństwa i akceptacji.

PISMIENICTWO

- [1] Leung A.K., Robson W.L.: Childhood masturbation. *Clin Pediatr* 1993; 32: 238–241.
- [2] Nechay A., Ross L.M., Stephenson J.B., et al.: Gratification disorder (“infantile masturbation”): A review. *Arch Dis Child* 2004; 89: 225–226.
- [3] Meizner I.: Sonographic observation of in utero fetal “masturbation”. *J Ultrasound Med.* 1987; 6: 111.
- [4] Giorgi G., Siccardi M.: Ultrasonographic observation of a female fetus’ sexual behavior in utero. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 753.
- [5] Mohammed M.J., Mohammed H. A.B., Baraa A.F.: Long-term outcome of infantile gratification phenomena. *Can J Neurol Sci* 2013; 40: 416–419.
- [6] Zelwiana B., Gucwa-Piotrowska G., Liss-Hille A. i wsp.: Typy rozpoznawania u dzieci objętych opieką neurologiczną poradni przyklinicznych w latach 2006–2007. *Przegląd Lekarski* 2008; 11: 769–772.
- [7] Yang M.L., Fullwood E., Goldstein J., et al.: Masturbation in infancy and early childhood presenting as a movement disorder: 12 cases and a review of the literature. *Pediatrics* 2005; 116 (6): 1427–1432.
- [8] Hansen J.L., Balslev T.: Hand activities in infantile masturbation: A video analysis of 13 cases. *Eur J Pediatr Neurol* 2009; 13: 508–510.
- [9] Casteels K., Wouters C., Van Geet C., et al.: Video reveals selfstimulation in infancy. *Acta Paediatr* 2004; 93: 844–846.
- [10] Rodoo P., Hellberg D.: Girls who masturbate in early infancy: diagnostics, natural course and a long-term follow-up. *Acta Paediatr* 2013; 102: 762–766.
- [11] Fleisher D.R., Morrison A.: Masturbation mimicking abdominal pain or seizures in young girls. *J Pediatr* 1990; 116: 810–814.
- [12] Shuper A., Mimouni M.: Problems of differentiation between epilepsy and non-epileptic paroxysmal events in the first year of life. *Arch Dis Child* 1995; 73: 342–344.
- [13] Unal F.: Predisposing factors in childhood masturbation in Turkey. *Eur J Pediatr* 2000; 159: 338–342.
- [14] Heitman K.A., Azhar S.D., et al. *Med* 2010; 30(6): 471–474.
- [15] Wing L.: *Autistic Children-A Guide for Parents and Professionals*. New York, Brunner/Mazel, 1972.
- [16] Nguyen M., Murphy T.: Mirtazapine for excessive masturbation in an adolescent with autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 868–869.
- [17] Wald I.: *O integracji społecznej młodocianych i upośledzonych umysłowo*. WSiP, Warszawa 1978.
- [18] McGray G.M.: Excessive masturbation of childhood masturbation is a symptom of tactile deprivation? *Pediatrics* 1981; 62: 277–279.
- [19] Brilleslijper-Kater S.N., Friedrich W.N., Corwin D.L.: Wiedza na temat seksualności i reakcje emocjonalne jako wskaźniki wykorzystywania seksualnego u małych dzieci – wyzwanie teoretyczne i badawcze. *Dziecko krzywdzone* 2012; 4(41): 70–83.
- [20] Cosentino C.E., Meyer-Bahlburg H.F.L., Alpert J.L., et al.: Sexual behavior problems and psychopathology symptoms in sexually abused girls. *J Am Acad Child Adolesc Psy* 1995; 34: 1033–1042.
- [21] Bernet W.: Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *J Am Acad Child Adolesc Psy* 1997; 36: 37–56.
- [22] Rademakers J., Laan M., Straver C.J.: Studying children’s sexuality from the child’s perspective. *J Psychol Human Sex* 2000; 12(1–2): 49–60.

Adres do korespondencji:

Agnieszka Kraśniej-Dębkowska, Oddział Neurologii (pawilon 3), ul. Kasprzaka 17, 01-211 Warszawa, e-mail: agnieszka.debkowska@gmail.com