

Sexuologické problémy u dětí

MUDr. Jana Spilková

Soukromé sexuologické centrum GONA, spol. s r.o., Praha

V průběhu dětství a dospívání dochází v sexualitě ke změnám, které jsou charakteristické pro určité vývojové stupně. Sexuální vývoj je velmi složitý a komplexní proces, ve kterém se vytváří základní komponenty lidského sexuálního chování. Příčiny sexuální nevhodného chování jsou různorodé, roli zde hraje i komorbidita: ADHD, pervazivní vývojové poruchy, mentální retardace, poruchy chování, úzkostné poruchy, ale i možný vývoj k parafilii. Při vyšetření často zjišťujeme psychosexuální nezralost. Pro péči o tyto děti je třeba komplexní přístup, dlouhodobé sledování, uplatňuje se zde psychoterapie – zejména motivační a rodinná – i léčba farmakologická.

Klíčová slova: vývojové změny, psychosexuální nezralost, sexuálně nevhodné chování, parafilie.

Sexual disorders in childhood

During childhood and adolescence one's sexuality is undergoing changes that are symptomatic for particular developmental stages. Sexual development is a highly complex process in the course of which the basic components of human sexual behaviour are being developed. There is a variety of determining factors that causes inappropriate sexual behaviour, a certain role is to be assigned to co-morbidity: attention deficit/hyperactivity disorder-ADHD, pervasive developmental disorders, mental retardation, behaviour disorders, anxious disorders, but also a possible development towards paraphilias. During the examination we often detect psycho-sexual immaturity. Childcare in this case requires a complex attitude, long-term monitoring, psychotherapy can be applied as well as motivational and family therapy combined with pharmacotherapy.

Key words: developmental changes, psycho-sexual immaturity, sexually inappropriate behaviour, paraphilias.

Pediatr. praxi 2013; 14(2): 78–80

Úvod

Lidské sexuální chování se tvoří ve složitém procesu. Na sexuálním chování lidí se podílejí vlivy genetické, fetální gonády, pohlavně specifická organizace CNS a sexuální dimorfnost tělesných znaků a zevních genitálů. Po poporodním období následuje dětství, které je ze sexuologického hlediska zdánlivě obdobím úplného klidu. To je vystřídáno bouřlivými změnami v pubertě.

Dětství

Období před pubertou si často představujeme jako asexuální. Přesto však již malé děti mají formovány základní vlastnosti mozku v tom smyslu, které odpovídá jejich pohlaví. V předškolní době děti vyvíjejí fantastické infantilní teorie o sexualitě. Pokud má dítě zážitek osobního pozorování sexuálního aktu nebo sledování pornofilmu, kterému nerozumí, vnímá jej většinou jako násilí. Děti mají daleko k racionálnímu uvažování a logickému myšlení (1).

Pevná sexuální identifikace se utváří již v době, kdy dítě začíná mluvit. K příslušné sexuální roli děti projevují niternou náklonnost, kterou je obtížné výchovným působením podstatně ovlivnit. Chlapci provozují bojové hry, kompetitivní činnost, dívky spíše hry pečovatelské. Děti jsou schopny základních sexuálních emocí: sexuálního vzrušení, orgasmu a erotické fascinace jiným jedincem. Také proto onanují. Není třeba proti tomu bojovat, nepřiměřené tresty tuto činnost spíše posilují. Důležité

je vědět, že dětské sexuální projevy nemají erotický charakter v dospělém slova smyslu. Eroticky nemravný charakter dávají těmto aktivitám až dospělí svými sexuálními projekcemi. Častou aktivitou dětí jsou sexuální hry. Bývá to zvědavá explorace intimních tělesných partií, nápodoba sexuálního chování dospělých. Jen ojediněle dochází před pubertou k pohlavnímu styku. I před pubertou však může být dítě erotizováno zvenčí. Takové signály můžeme vidět u obětí sexuálního zneužití.

Puberta

V naší společnosti se počátku pohlavní zralosti u chlapců a dívek přikládá jen malý význam. Informace se omezují nejčastěji na hygienická opatření. U mládeže stále přetrvává nevědomost o vlastním těle, o jeho anatomických zvlášttech, funkcích, pochodech. Dost mladých lidí je přesvědčeno, že masturbace je špatná, nebo přinejmenším nevhodná. Sexualita je v každém případě širší pojem než jen pohlavní styk. Rozvíjí se ve stálém procesu duševních i tělesných změn. Potíže se sebehodnocením v pubertě přináší neschopnost se seznamovat, sociální izolaci, nejistotu při tělesném kontaktu s vyvolanou osobou. Hormonální změny, které se v pubertě objevují ve spojení s výraznými tělesnými změnami a stupňujícími se sexuálními potřebami, ještě navíc ztěžují přirozené, bezstarostné zabývání se sebou samým i pochopení druhých. Dospívající mívá nejrůznější komplexy týkající

se vzhledu, řeší hmotnost, dívky velikost prsou, chlapci zkoumají velikost penisu.

Počátek dospívání u dívek je mezi 9.–13. rokem, u chlapců mezi 9.–14. rokem. Dosažení pohlavní zralosti u dívek bývá asi za 2,4 roku poté, kdy se objeví menarche. U evropských chlapců s ukončeným růstem je objem varlat 25 ml a spermarché po 3,2 letech. Při jakékoliv odchylce musíme dítě endokrinologicky vyšetřit.

Předčasná pseudopuberta může být způsobena adrenálním, gonadálním tumorem, kongenitální adrenální hyperplazií, pravá (centrální) bývá idiopatická nebo organicky podmíněná. Pubertas praecox je předčasný pohlavní vývoj před 8. rokem života. O pubertas tarda hovoříme, nenastal-li vývoj prsů u dívek ve 13 letech a první menstruace do 15. roku, u chlapců, nedošlo-li ke zvětšení varlat do 16 let (2).

Sexuální chování

Mezi 6.–10. rokem si hrají dívky i chlapci přednostně ve skupinách stejného pohlaví. Děti, které se nepřízpůsobí, jsou často vrstevníky odmítnuty. Kapacita pro genitální odpověď je přítomna od časného dětství. U chlapců je běžným projevem erekce. U děvčátek si nejsme jisti vaginální vasokongestivní odpovědí. Genitální manipulace u obou pohlaví je zdrojem potěšení. Chlapci mohou začínat genitální hry kolem 6.–7. měsíce, dívky v 10.–11. měsíci. Slovo masturbace pochází z latinského slova manus – ruka, stuppare – zhanobiti, ale uspokojování se často děje

různými praktikami, např. třením o podložku, o polštář, o plyšová zvířátka. V prepubertě chybí doprovodné fantazie, bývá jen příjemný pocit. Genitální exhibice posuzujeme jako součást dětských her.

Sexuální chování má různé funkce: prosazení (uplatnění) maskulinity nebo feminity, podporu sebeúcty, rozvoj dominance nebo subdominance, rozvoj vztahů, zdroje potěšení, uvolnění tenze, vyjádření nepřátelství, zdroje vzrušení, materiální zisk.

Sexuální preference, tedy objekt či děj, který je nejvíce vzrušující pro určitého člověka, určují podle Moneyho šablony tzv. „lovemaps-schemata“ zabudovaná v mozku. Kritická perioda pro jejich rozvoj je před osmým rokem. Na rozdíl od tohoto názoru psychoanalytické teorie zdůrazňují důležitost časných zkušeností na pozdější sexuální preference.

U některých dětí se však masturbace stává zlovykem, kterého se, podobně jako okusování nehtů a trhání vlasů, jen obtížně zbavuje. Rodiče propadají panice, začnou vyhledávat příčinu, chtějí vědět proč. Vzniká začarovaný kruh, dítě je více upozorňováno na svoji aktivitu, vidí odezvu okolí. Při vyšetření nalézáme nejen citovou deprivaci v zařízeních, ale i ve funkčních rodinách jako příznak tzv. taktilní deprivace, roli hraje nejednotný přístup rodičů při výchově. U dětí s ADHD, s poruchami chování, kde byla nasazena léčba metylfenidátem (Concentra, Ritalin), je popisována nutkavost k masturbaci, hypersexualita (3).

Excesivní masturbace byla pozorována u epilepsie (4), po zákrocích na mozku, u přítomnosti kamene v močovém měchýři (5). Hypersexualita byla popsána u dospívajících s bipolární poruchou, u syndromu Kleine-Levine (6), kde je popsána hypersomnie, hyperfagie, hypersexualita. Děti a dospívající s mentálním postižením často masturbují, jedná se však většinou o nutkavé chování k uspokojení pohlavní tenze.

Role a očekávání rolí

I životní období, jako dětství a mládí, je společensky utvářeno a dostává tak charakter rolí. Každé z těchto rolí se připisuje charakteristické chování. Právě v mládí vzniká určitá nejistota rolí, která na jedné straně ztěžuje nalézt sebe sama, na druhé brání rigidnímu stanovení určitého chování. Role, kterou na sebe bereme celý život, je role pohlaví. Sexuální diferenciaci a rozvoj gender identity mohou být manifestovány chromozomy, pohlavními žlázami, hormony, vnitřními pohlavními or-

gány, zevním genitálem a gender identitou (vědomí „já jsem děvče“).

Homosexualita

Připomeneme si definici homosexuality: je to trvalá citová a erotická preference osob stejného pohlaví. Je to celoživotní, neměnný a nezvolený stav, charakterizovaný tím, že jeho nositel je pohlavně přitahován a vzrušován převážně či výlučně osobami stejného pohlaví (7). Mezinárodní klasifikace nemocí WHO z roku 1992 vyřadila egosyntonní homosexualní orientaci ze seznamu nemocí. Negativní diskriminační postoje společnosti se obvykle odrážejí na duševním stavu jedince orientovaného na stejné pohlaví již během dospívání. Nepochopení a odsouzení ze strany společnosti mu velkou měrou ztěžuje nalezení vlastní identity, zrání osobnosti a schopnosti pozitivního sebehodnocení. Hlavním důsledkem malé společenské akceptace a občas i diskriminace je náročnost procesu coming out, kterým na individuální úrovni prochází každý gay či lesbička. Do ordinace často přichází šokovaní rodiče s tím, že jim dítě sdělilo svoji homosexuální orientaci, a žádají „nápravu“. Je třeba volit opatrný přístup a rozlišit, zda se nejedná o homosexuální chování.

Poruchy pohlavní identity

Tyto poruchy vznikají narušením vývoje normálního prožívání mužství nebo ženství. Největší vliv na pocit pohlavní identity má soulad mezi psychologickým prožitkem pohlaví a biologickým pohlavím.

Porucha, která se týká dětského věku, je porucha pohlavní identity v dětství. Je to trvalá a intenzivní nespokojenost se svým pohlavím, společně s touhou být příslušníkem opačného pohlaví. Jedním z diagnostických kritérií je, že dívka či chlapec nedospěli do puberty. Příznaky se mohou projevit již kolem 4. roku života (8). V léčbě by měl být kladen důraz na rodinnou terapii. I při terapeutické podpoře je třetina takových dívek v budoucnu lesbicky orientována, u poloviny takových chlapců lze předpokládat budoucí homosexuální preferenci. Při stanovení této diagnózy je potřeba zvláštní opatrnosti, aby nedošlo k mylnému určení poruchy u těch jedinců, kteří pouze nezapadají do běžných představ společnosti o mužské a ženské roli (9).

Sexuální zneužívání

Zásadní ránu do harmonického a citově bohatého dětství přináší sexuální zneužívání (10).

Rizikové faktory, které přispívají k možnosti sexuálního zneužívání, jsou: sociální prostředí, dysfunkčnost rodiny, způsob výchovy v rodině, nemoc v rodině, nedostatečná sexuální výchova a informovanost dítěte. Ohrožené jsou děti, které mají nízké sebehodnocení a jsou závislé na svém okolí, nemají možnost se někomu svěřit, děti s určitým fyzickým nebo psychickým postižením, s vědomím odlišnosti. Ve velkém procentu případů sexuálního zneužití je pachatelem vlastní či nevlastní otec, tedy osoba blízká dítěti. Zde přistupuje k sexuálnímu zneužití i závažnější psychická traumatizace dítěte. Tyto děti si nesou do života těžší následky.

U cizího násilníka se většinou okolí semkne a pomáhá dítěti. V případě podezření na osobu blízkou se objevuje nedůvěra, matky „nechtějí slyšet, co se děje“, dítě je bezmocné, osamocené. Ve věkovém období kolem 8. až 12. roku je dítě zvláště citlivé na porušení tělesné integrity. Odborníci by měli myslet na možnost sexuálního zneužití, pokud rodiče nebo učitelé upozorní na změny v chování dítěte. Následky sexuálního zneužívání jsou různorodé – tělesná poškození, psychosomatické problémy, emocionální změny, autoagrese, následky v oblasti sociálního chování a změny v sexuálním chování.

Může se objevit neúměrná sexuální zvědavost, sexualizování sociálních vztahů, veřejná masturbace, obnažování genitálií, promiskuitní chování, negování sexuálních potřeb, odmítání tělesného kontaktu, prostituce, spíše u chlapců sexuální agresivní chování.

Rizikové chování

Rizikové chování v dospívání v reprodukční oblasti zahrnuje tři okruhy: zneužívání návykových látek, případně závislost na nich, negativní jevy v oblasti psychosociální – sociální maladaptace s častými konfliktními situacemi, poruchy chování, útoky z domova, záškoláctví, krádeže a rizikové sexuální chování. Zde jde především o předčasný pohlavní život, který je spojen se zvýšeným střídáním partnerů a vysokým výskytem pohlavních chorob. U dívek s velmi časným zahájením pohlavního života se objevují prekancerózy. V dnešní době je přístupné očkování proti HPV. V ČR je průměrný věk prvního pohlavního styku 18 let, je však mnoho dětí, které zahajují aktivitu ve 13, 14 letech. Jsou uváděny nové drogy mladistvých: hry, chatování, cybersex. O problémovém chování hovoříme, když dosahuje takové intenzity, frekvence nebo trvání, které může ohrozit bezpečí dané osoby anebo druhých lidí. Znesnadňuje přístup nebo využívání běžných komunitních zařízení (11).

Patří sem fyzická agrese, destruktivita, projevy negativizmu, sebepoškozování, zanedbávání hygieny, ale i nápadné sexuální aktivity. Pokud problémové chování dlouho přetrvává, hrozí jedinci společenská izolace.

Lidé s handicapem

Život jedinců s určitým druhem postižení snižuje kvalitu jejich života, a to i v sexuální oblasti. Rodiče/vychovatelé v zařízeních si často nevědí rady s různými sexuálními projevy svých dětí. Zvláště u mentální retardace dochází k nepoměru mezi sexuálním a duševním vývojem.

Sexuální deviace, parafilie

Deviace se u nedospělého jedince může projevovat některými výstražnými signály. Bývá to obecně zvýšená agresivita, týrání zvířat. U adolescentů se projevuje nápadná neobratnost při dvoření a absence empatie. Diagnostikovat tuto poruchu v tomto věku je obtížné. Explorace, na kterou při vyšetření klade důraz, nepřináší validní výsledky. Pubescent se brání sdělovat své pocity, masturbační fantazie. Přístrojové vyšetření falopletysmografické je cenným diagnostickým nástrojem, ale má jisté limity, na které musí vyšetřující myslet. Toto vyšetření zjišťuje sexuální preferenci na podkladě měření penilních tumescencí. Pro situaci v ČR platí, že je vhodné – pokud možno – se vyhybat přístrojovým vyšetřením s expozicí podnětům u osob pod 15 let věku. Sexualita je v pubertě značně nesourodá, fantazie velmi pestré a preference nevyhraněné. V České republice na tuto problematiku zatím neexistuje jednotný pohled. Nárůst trestných činů, kde pachatelé jsou mladiství, je alarmující. Tápeme jak v diagnostice, tak v léčebném přístupu. Mladistvé sexuální delikventy většinou „nikde“ nechťejí. Obávají se jich jak na dětských psychiatrických odděleních, tak v diagnostických ústavech. Jsou-li umístěni na odděleních dospělé psychiatrie, dochází často k jejich další viktimizaci.

V USA se vyhýbají označkování mladistvého sexuálním deviantem a diagnóza není pro ně jediným ukazatelem, jak dále postupovat. Pokud není mladistvý takto „označován“, existují i lepší rehabilitační možnosti a následně zařazení klienta do společnosti je jednodušší.

Typologie těchto mladistvých je rozdělena do čtyř skupin: děti zabývající se neobvyk-

lostmi v sexuálním chování, které si je zkouší na vlastním těle, jedinci zkoumající pohlavní rozdíly u opačného pohlaví, lidé úmyslně ubližující jiným, což často souvisí s vlastními zážitky a sexuálním zneužíváním. Takové jednání označujeme jako sexualizované chování a řadíme sem i nejzávažnější delikty, jako jsou násilné, penetrační aktivity při orálním, vaginálním či análním sexu (12). Jako další rizikové faktory jsou uváděny PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) a ADHD, poruchy chování.

V anamnéze vyšetřovaných zjišťujeme poměry do 12 let, zakládání požárů, týrání zvířat. Bývá přítomna kompulzivní masturbace. Nalézáme atypický sexuální vývoj – chudý sexuální život, problémy se seznamováním, první pohlavní styk v pozdějším věku, než je průměr, emoční nestálost. Diagnostikujeme ztíženou adaptaci, sebepoškozování, často schizoidní rysy, zvýšenou obecnou agresivitu. Pachatelé často popisují sadistické sexuální fantazie.

Faktory geneticko-biologické nepochybně ovlivňují náchylnost k agresivitě. Pohlavní rozdíly v agresi jsou závislé na hladině hormonů v době intrauterinní, které působí na vývoj hypotalamických center. Již od tří let věku dítěte je zjišťována sexuální diferencovaná reakce na určité situace. U chlapců vzrůstá fyzická agrese a agresivní chování, u dívek se později projevuje spíše jako autoagresivita. Stále není rozřešena otázka, jakým způsobem se na agresivitu podílí testosteron a jak vysoká hladina vyvolá agresivní jednání (11).

Poruchy sexuální diferenciaci

Poruchy sexuální diferenciaci při chromozomálních aberacích jsou často spojeny se zhoršením kvality sexuálního života: Klinefelterův syndrom (47 XXY), Turnerův syndrom (45 XO), ženy „triple X“ (47 XXX), syndrom XYY.

Rovněž tak poruchy sexuální diferenciaci při dysgenezi gonád: například Noonanův syndrom, Swyerův syndrom, hermafroditismus verus, pseudohermaphroditismus femininus, masculinus, adrenogenitální syndrom. Syndrom testikulární feminizace vzniká necitlivostí tkání k androgenům (13).

Malformace zevního genitálu

U různých malformací je třeba operativní zá-
krok. U chlapců to je hypospadie, epispadie, mi-

kropenis, kryptorchismus, fimózy. U dívek atrezie hymenu, ageneze nebo hypoplazie pochvy.

Závěr

Dítě není asexuální tvor a informace, které dostává zvenčí, je třeba korigovat. Již předškolní děti mají velmi zvědavé otázky, proto je třeba pomoci jejich zdravému psychosexuálnímu vývoji. Děti je třeba ke zralému vztahu vychovat, naučit je zdravé sebeúctě k sobě i druhým.

V léčbě patologických procesů se jedná o komplexní proces, který zahrnuje faktory behaviorální, psychologické i farmakologické. V psychoterapii se uplatňuje motivační a rodinná terapie.

Literatura

1. Spilková J. Psychosexuální vývoj. In: Weiss P, et al. Sexuologie. Praha: Grada, 2010: 93–106.
2. Lébl J, Zapletalová J, Koloušková S. Dětská endokrinologie. Praha: Galén, 2004: 158–170.
3. Bilgie A, Gürkan K. Excessive masturbation and hypersexual behavior associated with methylphenidate. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46(7): 789–790.
4. Cherian MP. Excessive masturbation in young girl: a rare presentation of temporal lobe epilepsy. Eur J. Pediatr: 1997; 156(3): 249.
5. De Alwis AC, Senaratne AM, De Silva SM. Bladder calculus presenting as excessive masturbation. Ceylon Med J, 2006; 51(3): 121–122.
6. Yao CC, Lin Y, Liu HC. Effects of vagus drug therapies on Kleine-Levine syndrome a case report. Gen Hosp Psychiatry 2013; 35(1): 102.
7. Brzek A, Pondělíčková J. Třetí pohlaví. Praha: Scientia Medica 1992: 30–36.
8. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf 1996: 401.
9. Fífková H. Poruchy pohlavní identity. In: Weiss P, et al. Sexuologie. Praha: Grada, 2010: 447–448.
10. Weiss P. Sexuální zneužívání dětí. Praha: Grada, 2005: 75–81.
11. Emerson E. Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem. Praha: Portál, 2008: 166.
12. Geffner R, Franey K, Geffner T, et al. Identifying and Treating Youth Who Sexually Offend. NY USA: The Haworth Maltreatment and Trauma Press, 2004: 94–100.
13. Jirásek J. Vývoj pohlavních orgánů a somatosexuální poruchy. In: Weiss P, et al. Sexuologie. Praha: Grada, 2010: 30–41.

Článek doručen redakci: 14. 1. 2013

Článek přijat k publikaci: 5. 2. 2013

MUDr. Jana Spilková

Soukromé sexuologické centrum
GONA, spol. s r. o.
Národní 25, 110 00 Praha 1
spilkova.jana@post.cz

