

Mega Cisterna Magna (MCM) u mężczyzny z objawami ocieractwa – opis przypadku

Mega cisterna magna (MCM) in a man with frotteurism symptoms – a case report

Michał Błachut¹, Paweł Dębski¹, Karina Badura-Brzoza¹,
Krzysztof Świerzy¹, Zbigniew Lew-Starowicz²

¹ Katedra Psychiatrii w Tarnowskich Górach, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii, Szkoła Nauk Medycznych,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Summary

Mega cisterna magna (MCM) is a brain development abnormality that occurs in 1% of radiographic images. It occurs when the transverse dimension of the cerebellospinal reservoir is greater than 10 mm. It is the most important reservoir in the cranial cavity. From the front, it is limited by the extended medulla, from the rear by the dura mater, and from the top by the cerebellum. Isolated anomalies in the structure of this brain region often do not cause any clinical symptoms. However, more and more attention is paid in research on the participation of the cerebellum in the regulation of cognitive and affective processes. These processes, in turn, may also be related to the regulation of sexual life.

The aim of the study is to present the psychosexual functioning of a man diagnosed with MCM, who is suspected of having committed five sexual offenses. The existence of such a structure of the CNS in conjunction with the analysis of the interview, data from the case files and the results of sexological, psychological and psychiatric examinations, made it possible to evaluate the limitation of the respondent's ability to direct his conduct during the alleged acts, while maintaining the ability to recognize their significance.

Słowa kluczowe: *Mega Cisterna Magna*, neurorozwojowe wady mózgu, zaburzenia seksualne

Key words: Mega cisterna magna, neurodevelopmental brain defects, sexual disorders

Wstęp

Rozwój układu nerwowego jest skomplikowanym i długotrwałym procesem, który trwa od pierwszych dni okresu płodowego do drugiej dekady życia. Różne czynniki zarówno endogenne (defekty genetyczne, zaburzenia metaboliczne), jak i egzogenne (niedobory witaminowe, zwłaszcza niedobór kwasu foliowego, infekcje wirusowe) mają wpływ na powstawanie i ujawnienie się zaburzeń neurorozwojowych. Dochodzi do nich zwykle w pierwszym (faza wzrostu i migracji komórek) lub drugim (faza tworzenia połączeń komórkowych) okresie rozwoju płodowego. Wady układu nerwowego są jedną z głównych przyczyn poronień i zgonów we wczesnym okresie życia oraz ważną przyczyną patologii ujawniającej się w okresie niemowlęcym, we wczesnym dzieciństwie, a także u nastolatków, a nawet u dorosłych.

Mega Cisterna Magna (MCM) to anomalia rozwojowa mózgu opisywana w 1% obrazów radiologicznych [1]. Pojawienie się tego zaburzenia najczęściej związane jest z czynnikami infekcyjnymi (toksoplazmozą okresu płodowego) bądź aberracjami chromosomalnymi (trisomia 18), może towarzyszyć innym wadom neurorozwojowym bądź występować jako izolowana anomalia niepowodująca żadnych zaburzeń klinicznych. Zbiornik mózdkowo-rdzeniowy to największy i najważniejszy zbiornik podpajęczynówkowy, zlokalizowany w kącie utworzonym przez mózdek i rdzeń przedłużony. Znajduje się on w dole tylnym czaszki i jest utworzony przez pajęczynówkę przechodzącą z rdzenia przedłużonego na powierzchnię dolną mózdku w jej tylnej części. Zbiornik mózdkowo-rdzeniowy od przodu ograniczony jest przez rdzeń przedłużony, od tyłu przez oponę twardą, od góry przez mózdek, a od dołu łączy się z jamą pajęczynówkową rdzenia kręgowego [2]. Jeśli jego wymiar poprzeczny jest większy niż 10 mm, mamy do czynienia z anomalią MCM [1–3].

Mózdek jest tradycyjnie znany jako ośrodek koordynacji i funkcji motorycznych. W badaniach coraz większą uwagę zwraca się jednak na jego udział w regulacji procesów poznawczych oraz afektywnych [4–6]. Wskazuje się na istnienie połączeń mózdku z wieloma obszarami mózgu (takimi jak grzbietowo-boczna kora przedczołowa, przyśrodkowa kora czołowa, przedni zakręt obręczy i tylne podwzgórze) przebiegających przez wzgórze, które wpływają na funkcje poznawcze i zachowanie oraz istnienie przekaźnictwa bodźców noradrenergicznych, serotonergicznym i dopaminergicznym z jąder pnia mózgu. Uważa się, że mózdek może odgrywać pewną rolę w regulacji zdolności do odbierania bodźców, czynności proceduralnych, językowych i emocjonalnych poprzez swoje połączenia z obszarami limbicznymi i korowymi [7–11]. Zmiany przekaźnictwa neuronalnego mózdku w kierunku obszarów dopaminergicznym miejsca sinawego, jąder szwu, wzgórza, wywołane anomalią i chorobami, mogą prowadzić do powstawania zaburzeń behawioralnych. Akcentuje się, że każda zmiana budowy mózdku może powodować pojawienie się nawracających zaburzeń depresyjnych z trudnościami w kontroli impulsów [12–15].

Schmahmann [5, 16, 17] opisał mózdkowy zespół poznawczo-afektywny charakteryzujący się deficytami funkcji wykonawczych, przetwarzania językowego, poznania przestrzennego, regulacji afektu i zaburzeniami zachowania – objawy te powstają w wyniku uszkodzenia tylnej części mózdku, a ich skutkiem może być obniżenie

ogólnych funkcji intelektualnych. Dorośli i dzieci z tymi objawami mogą doświadczać problemów z kontrolą emocji i przejawiać tendencje obsesyjno-kompulsyjne. Dysfunkcja mózdzku jest obserwowana również w wielu zaburzeniach rozwojowych, w tym w autyzmie, zespole nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) i dysleksji rozwojowej, a uszkodzenie mózdzku na wczesnym etapie rozwoju może mieć długotrwały wpływ na czynności ruchowe, funkcje poznawcze i regulację afektywną [18]. Postuluje się, że nawet mniej rozległa zmiana w budowie mózdzku, na przykład wynikająca z *Mega Cisterna Magna*, może być związana z występowaniem zaburzeń psychiatrycznych, a w niektórych wypadkach z opornością na leczenie lub dysfunkcjami poznawczymi [7].

Zaburzenia afektywne i kontroli impulsów łączą się z regulacją w zakresie życia seksualnego. Różnorodne objawy psychopatologiczne (np. zaburzenia uwagi, spostrzegania, myślenia, życia uczuciowego) mogą stać się czynnikiem sprawczym czynów zabronionych również o podłożu seksualnym.

Cel pracy

Celem pracy jest opis przypadku mężczyzny ze zdiagnozowanym MCM, który był podejrzany o dokonanie pięciu czynów zabronionych o charakterze seksualnym.

Opis przypadku

Mężczyzna lat 23, podejrzany o dokonanie w okresie od 2018 do 2020 roku pięciu czynów zabronionych o charakterze seksualnym (art. 197 § 2 kodeksu karnego). Z akt sprawy wynikało, że podejrzany, używając przemocy polegającej przeważnie na przytrzymywaniu, szarpaniu i popychaniu, doprowadzał lub usiłował doprowadzić przypadkowo spotkane kobiety do poddania się czynności seksualnej wbrew ich woli przez dotykanie ich piersi i krocza. Podejrzany nie był w stanie racjonalnie wytłumaczyć swojego zachowania, twierdził: „Sam zastanawiam się, dlaczego to zrobiłem. Z jednej strony jest mi bardzo przykro z tego powodu co zrobiłem. Być może jest coś silniejszego ode mnie. Nie miało to żadnego związku ze sferą seksualną. Nie wiem, dlaczego łapałem za krocze”.

Autoanamneza

Badany urodził się w rodzinie pełnej, ma młodszą siostrę. Ojciec był żołnierzem, matka ma wykształcenie zawodowe – badany nie był w stanie określić jej wyuczonego zawodu. Dzieciństwo wspomina ambiwalentnie, do 12. roku życia był wychowywany przez oboje rodziców, negował istnienie konfliktów między nimi. W domu dominował ojciec, atmosferę badany oceniał jako dobrą, ale potwierdzał występowanie przemocy ze strony ojca w dzieciństwie. Rodzice nie mieli związków równoległych. Gdy miał 12 lat, ojciec zmarł z powodu choroby nowotworowej, matka po pewnym czasie związała się z nowym partnerem. Badany edukację w szkole podstawowej rozpoczął w wieku 7 lat, nie powtarzał klas, ale uczył się bardzo słabo. Od 4 klasy szkoły podstawowej –

po rozpoznaniu u niego zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi – badany miał zajęcia indywidualne przez 3 lub 4 lata. W grupie rówieśniczej czuł się dość dobrze, ale miał tendencje do izolowania się. Po ukończeniu gimnazjum naukę kontynuował w szkole zawodowej, sam wybrał zawód – został hydraulikiem. Po ukończeniu edukacji początkowo pracował w zawodzie wyuczonym, a ostatnio jako kontroler jakości. Negował istnienie problemów relacyjnych w pracy, zarówno ze współpracownikami, jak i z pracodawcą. Z powodu wady wzroku został zdyskwalifikowany ze służby wojskowej, ma obecnie przyznaną kategorię D.

Badany jest kawalerem, nie posiada potomstwa. Negował istnienie poważnych urazów, wypadków, utrat przytomności. Twierdził, że nie zażywa żadnych leków. Negował jakiegokolwiek hospitalizacje. Nikt w rodzinie nie leczył się psychiatrycznie. Badany uczęszczał do psychologa. Powodem pierwszego kontaktu z psychologiem były jego zdaniem nadpobudliwość i zaburzenia zachowania – w szkole „odruchowo” klepnął starszą dziewczynę w pośladki. Potwierdzał używanie alkoholu co 3–4 dni, głównie spożywał piwo – w weekendy, innego rodzaju alkoholu ani narkotyków nie używał. Nigdy wcześniej nie miał konfliktu z prawem.

Badanie seksuologiczne

Podejrzany wskazał, że dojrzewanie płciowe rozpoczęło się u niego w wieku 13–14 lat. W perspektywie badanego otoczenie reagowało na ten proces raczej obojętnie. Rodzice akceptowali jego płęć, nie rozmawiali z nim na tematy seksualne. Badany zaprzeczał, aby był świadkiem współżycia seksualnego rodziców. Negował również nawiązywanie kontaktów seksualnych z rodzicami lub z kimkolwiek z rodziny. Nikt nie usiłował dopuścić się względem niego niechcianej czynności seksualnej, nie miał także kontaktu z pedofilem ani ekshibicjonistą. Podejrzany negował występowanie zabaw seksualnych w dzieciństwie.

Źródłem uświadomienia seksualnego były dla niego zajęcia w szkole. Podał, że w 18. roku życia zaczął się masturbować, dominowała wtedy sama czynność mechaniczna – w tym okresie średnio raz, dwa razy w tygodniu. Negował używanie w trakcie aktu masturbacji jakichkolwiek przedmiotów, wody, lustra, oraz przebieranie się. Dominowały u niego fantazje na temat kontaktów seksualnych z kobietą, czasami myśli o dotykaniu innych kobiet.

Dotychczas nie nawiązał on satysfakcjonującej relacji partnerskiej ani nie miał kontaktu seksualnego. Badany opisywał swoją nieśmiałość i lęk przed kontaktami z kobietami jako główną przyczynę trudności z nawiązaniem relacji. Zdecydowanie zaprzeczał jakimkolwiek kontaktom homoseksualnym bądź kontaktom ze zwierzętami, z dziećmi, negował potrzebę przebierania się w ubiór płci przeciwnej.

Badany określił swój temperament seksualny jako średni. Potrzeby seksualne, współżycia odczuwał dwa razy dziennie. Potwierdzał codzienne występowanie erekcji porannych, a erekcje spontaniczne w ciągu dnia określał jako rzadkie, raz w tygodniu. Filmy pornograficzne, w których dominował seks heteroseksualny dorosłych, oglądał dwa razy dziennie. W pornografii, jak podkreślał, interesowała go chęć poznania czegoś, dominowała ciekawość – mówił, że „woli oglądać to w internecie, niż zrobić to

przypadkowej kobiecie”. Badany zdecydowanie negował myśli o próbie zgwałcenia kobiety. Zaprzeczał także, by kiedykolwiek korzystał z usług agencji towarzyskich. Badany przyznawał, że sny o treściach seksualnych miewa co trzy dni, dominowały w nich sceny kontaktu z kobietą, seks pochwowy.

Pytany o preferowane zachowania i fantazje seksualne wymienił: masturbację, pornografię, seks pochwowy i analny. Zdecydowanie odcinał się od potrzeb w zakresie seksu oralnego, grupowego, orgii seksualnych, seksu z użyciem kamer, wymiany partnerów, seksu z dziećmi czy ze zwierzętami. Orgazm osiągał tylko na drodze masturbacji. Przyznawał, że odczuwa lęk przed niesprawdzeniem się w kontakcie seksualnym z kobietą. Badany negował używanie środków pobudzających seksualnie oraz narkotyków.

Pytany o samopoczucie w ciągu ostatnich 6 miesięcy podał, że czuł się źle. Nasiliły się trwające od 2 lat wahania nastroju i napięcie w sytuacjach, kiedy podobała mu się kobieta. Jego myśli skoncentrowane były wówczas na chęci dotykania kobiety. Opisywał to jako myśl, impuls. Przyznawał, że w trakcie dotykania obcych kobiet towarzyszyło mu uczucie podniecenia. Nie pojawiały się u niego za to myśli o stosunku seksualnym – twierdził, że nie chciałby, wstydziłby się podjęcia stosunku. Podobne objawy pojawiały się u badanego już w szkole podstawowej, a potem w gimnazjum. Próbował to kontrolować. Pierwszy raz doświadczył takich impulsów w piątej klasie szkoły podstawowej, nie potrafił określić ich przyczyny.

Jak wskazał badany, najbardziej podniecające było dla niego dotykanie – po dokonaniu tej czynności uciekał. Opisywał podniecenie przed dotykiem, planowaniem wsiadania do autobusów i poszukiwaniem kobiet. Badany po dokonaniu wyboru szedł za ofiarą, dotykał jej miejsc intymnych i uciekał.

Badanie psychiatryczne

W badaniu psychiatrycznym stwierdzono: orientację pełną, świadomość jasną, zachowanie spokojne, dostosowane, kontakt werbalny dobry, logiczny, tok myślenia spójny, chociaż odpowiedzi były wyraźnie opóźnione, widoczne były trudności w doborze słów. Nastrój badanego był obniżony, zauważalne było napięcie emocjonalne, niepokój. Napęd psychoruchowy był wyrównany, badany nie wypowiadał urojeń, nie zdradzał omamów, negował myśli samobójcze. Intelpekt w badaniu klinicznym wydawał się obniżony.

Badanie psychologiczne

W badaniu psychologicznym zastosowano szereg metod diagnostycznych. Wykorzystano *Skalę inteligencji WAIS-R(PL)*, *Inwentarz osobowości EPQ-R(S)*, *Inwentarz do badania zaburzeń osobowości IBZO-DSM-IV*, *Test rysowania zegara według Watsona*, *Montrealską skalę oceny funkcji poznawczych MOCA* oraz próby eksperymentalno-kliniczne.

W trakcie badania psychologicznego opiniowany był w pełni zorientowany odnośnie do własnej osoby, miejsca oraz czasu. Jego ogólne funkcjonowanie poznawcze

wzbudzało jednak istotne zastrzeżenia. Przede wszystkim reakcje podejrzanego na bodźce (pytania, zadania) były istotnie odroczone czasowo. Percepcja wzrokowa i słuchowa wydawała się przebiegać u badanego prawidłowo – jego reakcje były logiczne, co wskazuje, że prawidłowo odbierał on znaczenie bodźców. Lecz czas przetwarzania informacji był zdecydowanie wydłużony. Od postawionego pytania czy zadania reakcja badanego następowała często nawet po kilku minutach, przy powtarzaniu pytań przez badających. Badany miał problemy z doбором słów i sprawnym konstruowaniem wypowiedzi. Wskazywał, że wydłużony czas jego reakcji był związany z trudnościami w obrębie pamięci. Treści wypowiediane przez badanego były logiczne, poprawne pod względem gramatycznym, ale tok myślenia był spowolniony. Pamięć świeża funkcjonowała bez zastrzeżeń. W aspekcie pamięci długotrwałej można było zauważyć, że badany posiada dostęp do zasobów pamięciowych, proces przypominania był jednak znacznie wydłużony. U badanego osłabione były procesy decyzyjne. Prezentował on problemy m.in. w obrębie fluencji słownej czy procesów abstrahowania na poziomie stosownym dla jego wieku.

Przeprowadzone badanie neuropsychologiczne wskazywało na obniżenie funkcjonowania poznawczego podejrzanego, w szczególności w zakresie toku myślenia. Osłabienie funkcji poznawczych badanego mogło być związane z tzw. czynnikiem mózgowym (organicznym), co wskazywało na potrzebę przeprowadzenia diagnostyki obrazowej.

Ocena funkcjonowania intelektualnego z użyciem testu WAIS potwierdzała wstępne wnioski oparte na obserwacjach klinicznych. Wyniki badania intelektu podejrzanego plasowały go w przedziale pogranicza funkcjonowania intelektualnego (pogranicze normy i upośledzenia umysłowego: wynik ogólny badania intelektu w przedziale 71–88 IQ). U badanego występowała przewaga zdolności związanych z wiedzą nabytą, wyuczoną w toku edukacji, wychowania i zdobywania doświadczenia życiowego nad zdolnościami bezsłownymi, wymagającymi sprawnego i logicznego przetwarzania informacji. Opiniowany wykazywał osłabienie zdolności w zakresie wyobraźni przestrzennej, odwzorowywania czy koordynacji i organizowania materiału poznawczego. Słabiej radził sobie on także z szybkością spostrzegania, uczeniem się czy koncentracją uwagi. Podejrzanym osiągał lepsze wyniki w zadaniach związanych z prezentacją nabytej wiedzy czy posługiwaniem się pamięcią świeżą.

U badanego rozpoznano cechy nieprawidłowo ukształtowanej osobowości. Swoje dzieciństwo oceniał ambiwalentnie. Jako 12-latek silnie przeżył śmierć ojca. Swoje zachowanie w okresie dzieciństwa oceniał jako „niegrzeczne”. Z opisywanych przez badanego sytuacji wynikało, że potrzebował on stymulacji, doznań. Badany opisał, że uciekł z domu, przeskakiwał przez bramy czy wchodził na drzewa bez powodu, pod wpływem impulsu. Jako mały chłopiec udusił kota. Jako osoba dorosła podejrzanym był osobą prowadzącą raczej samotniczy tryb życia, a kontakty społeczne miał ograniczone do relacji rodzinnych i kontaktów w pracy. Dotychczas nie nawiązał żadnej relacji intymnej. Z badań wynika, że cechuje go silny introwertyzm, czyli tendencja charakteryzująca się ograniczoną potrzebą kontaktów społecznych na rzecz własnego, wewnętrznego życia psychicznego. Cechuje się on także wysokim poziomem neurotyczności, czyli skłonności do przeżywania negatywnych emocji, co również wiąże się ze słabą zdolnością do radzenia sobie ze stresem i frustracją.

Badanie osobowości wykazało mieszane nieprawidłowości w jej strukturze (cechy dys socjalne, schizotypowe, chwiejności emocjonalnej, unikające, a zarazem zależne). Opiniowany prezentował cechy osoby unikającej bezpośredniej konfrontacji z innymi ludźmi w celu ochrony swojej samooceny, z trudnościami w radzeniu sobie z krytyką. Jego stany emocjonalne oraz zachowania cechują się chwiejnością, jak również dziwacznością lub niedostosowaniem. Prezentował on trudności z tworzeniem związków interpersonalnych opartych na bliskości. Wyniki badania sugerują, że badany przyswoił podstawowe reguły współżycia społecznego, jednakże miał trudności z ich stosowaniem. Analiza wypowiedzi podejrzanego podczas badań wskazuje, że miał on trudności z rzeczywistym zrozumieniem wpływu swoich działań na innych ludzi i ich funkcjonowanie psychiczne (osłabione zdolności empatyczne). Opis dzieciństwa badanego ujawnia, że potrzebował on intensywnej stymulacji, w tym doznań niestandardowych (np. uduszenie kota). Jako osoba dorosła badany podejmował działania pod wpływem impulsu, nie potrafił poznawczo opracować i zahamować swoich działań popędowych. Opisane cechy, obecne w linii życiowej badanego, skłaniają zatem do stwierdzenia u niego ukształtowania się osobowości nieprawidłowej o mieszanym typie.

Podsumowując funkcjonowanie psychologiczne badanego, w pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na jego obniżone zdolności intelektualne, które plasowały się na pograniczu między normą a upośledzeniem. Zdolności poznawcze badanego były zaburzone – szczególnie w zakresie toku myślenia. Wyniki badań i obserwacji opiniowanego sugerowały występowanie u niego nieprawidłowości w obrębie OUN. Stwarza to sytuację dysproporcji między możliwym naporem impulsów a zdolnością do ich opracowania i regulowania z użyciem funkcji poznawczych. W efekcie pacjent przejawia zachowania o charakterze bezpośrednio popędowym – w formie nieza pośredniczonego przez refleksję rozładowania impulsu. Ponadto brak adekwatnego wsparcia wobec specyficznych cech pacjenta ujawniających się we wczesnych etapach jego rozwoju, w tym – rehabilitacji terapeutycznej, przyczynił się do utrwalenia nieadekwatnego sposobu funkcjonowania i ukształtowania cech mieszanych zaburzeń osobowości. Biorąc pod uwagę całość informacji, zdecydowano o konieczności wykonania badania obrazowego OUN.

Badanie neuroobrazowe

Badanie tomografii komputerowej głowy wykonano przeglądowo. Wykazano obecność przestrzeni płynowej pomiędzy półkulami mózdzku o wymiarach 18 x 14 mm – *Mega Cisterna Magna*. Poza tym tkanka mózgowia charakteryzowała się prawidłową dentyjnością, bez zmian ogniskowych. Struktury centralne były nieprzemieszczone. Układ komorowy był asymetryczny, LKB większa niż PKB, poza tym nieposzerzony. Zbiorniki podstawy mózgu o prawidłowej konfiguracji. We wnioskach zawarto: anomalia rozwojowa pod postacią *Mega Cisterna Magna*. Asymetria w zakresie komór bocznych mózgu.

Omówienie

W opisanym przypadku badany 23-letni mężczyzna podejrzany był o doprowadzenie do poddania się innej czynności seksualnej czterech kobiet w wieku od 16 do 49 lat w okresie od 2018 do 2020 roku przez dotykanie przez ubranie ich krocza, pośladków, piersi oraz próbę doprowadzenia do innej czynności seksualnej kobiety w wieku 20 lat przez przewrócenie jej i złapanie za klatkę piersiową i ramiona. Przeprowadzone badania i analiza dokumentacji wykazały, że rozwój psychoseksualny opiniowanego był zaburzony przez szereg czynników związanych z samym badanym (MCM, trudności z nauką i impulsywnymi zachowaniami) oraz środowiskiem, w którym funkcjonował (przemoc ze strony ojca, jego śmierć w okresie dojrzewania pacjenta, niedostatek działań wychowawczych i terapeutycznych odpowiadających specyficznym potrzebom rozwojowym pacjenta). Gdy badany miał 12 lat, doszło do znaczącej zmiany w jego rodzinie. W wywiadzie przyznał, że od dzieciństwa miał problemy z nadpobudliwością, był kilkakrotnie diagnozowany psychologicznie z orzeczeniem zmian warunków egzaminów w szkole. Impulsywne zachowania obecne były u badanego od wczesnego okresu szkolnego. Przeprowadzone obecnie badania lekarskie i psychologiczne wykazały istnienie zaburzeń rozwoju psychicznego i psychoseksualnego pod postacią niedojrzałości psychoseksualnej, zaburzeń socjalizacji, preferowania samotnictwa, występowania objawów lękowych. Wyniki badań wskazują na istnienie u podejrzanego mieszanych zaburzeń osobowości u osoby z niskim poziomem intelektualnym i objawami zaburzeń poznawczych.

Niedojrzałość psychoseksualna to zaburzenie rozwojowe, w którym istnieje niezdolność do prawidłowego pełnienia roli seksualnej. Występuje tu przewaga zachowań impulsywnych nad planowanymi i opartymi na refleksji oraz preferowanie zachowań seksualnych właściwych dla wieku młodzieńczego. W piśmiennictwie wskazuje się, że o niedojrzałości psychoseksualnej wnioskować można, jeśli osobę charakteryzuje: brak wykształconej tożsamości seksualnej lub brak zdolności do sformułowania adekwatnej odpowiedzi seksualnej lub brak zdolności do nawiązywania relacji diadycznych [19–22]. Zdolność do podejmowania dojrzałych zachowań seksualnych powstaje m.in. w kontekście rozwoju psychicznego i takich jego osiągnięć, jak internalizacja norm i przyjmowanie normy jako wartości autonomicznej. Dojrzałość seksualna przejawia się jako zdolność rozpoznawania potrzeby seksualnej, odróżniania jej od innych doświadczeń, odraczania rozładowania napięcia seksualnego, połączenia elementów czułości, podniecenia, pożądania w przeżywaniu własnej seksualności i realizacji ich w związku z tą samą osobą oraz zdolność do zabiegania o poprawę jakości relacji, a w wypadku niemożności spełnienia tych warunków – do wycofania się z relacji, która przestaje być dla jednostki satysfakcjonująca i zaczyna obniżać ogólny dobrostan i jakość życia, oraz w podporządkowaniu ekspresji seksualnej normom społecznym, jak i wewnętrznym wartościom jednostki [19, 21]. U badanego stwierdzono poziom intelektualny na granicy normy, problemy z kontrolowaniem impulsów, potrzeb seksualnych i odraczaniem rozładowania napięcia seksualnego, lęk przed kobietami, brak doświadczeń i relacji diadycznych, a masturbacja i zachowania parafilne były dominującymi, jeżeli nie jedynymi formami zaspokajania popędu seksualnego. W trakcie

badania wykazano u opisywanego mężczyzny istnienie występujących od wielu lat zainteresowań seksualnych związanych z dotykiem obcych kobiet.

Podstawowym narzędziem uzgodnionych diagnoz nozologicznych w Polsce jest Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, wersja 10 (ICD-10). Zgodnie z jej zasadami zaburzenia preferencji seksualnych o typie ocieractwa należy rozpoznać, jeśli w trakcie przeprowadzonych badań stwierdzona zostanie obecność następujących kryteriów:

1. Osoba badana doświadcza nasilonego popędu i wyobrażeń seksualnych dotyczących kontaktów poprzez dotykanie, ocieranie się dla pobudzenia seksualnego o innych ludzi. Chodzi o nawracające, nasilone, wzbudzające seksualne fantazje, pragnienia, zachowania polegające na dotykanii innej osoby bez jej zgody lub ocieraniu się o nią.
2. Osoba badana realizuje ten popęd lub odczuwa z tego powodu wyraźne cierpienie.
3. Preferencja występuje od co najmniej 6 miesięcy [23].

Parafilie są w DSM-5 definiowane jako każde silne i trwałe zainteresowanie seksualne inne niż kopulacja lub gra wstępna przed kopulacją z fenotypowo normalnym, dorosłym, zgadzającym się na to partnerem [24].

Do przyczyn ocieractwa zalicza się różnego rodzaju zahamowania na tle seksualnym oraz trudności w nawiązywaniu znajomości z kobietami. Większość osób, u których diagnozowane jest ocieractwo, to młodzi mężczyźni odczuwający lęk wobec kobiet, niemający doświadczeń seksualnych z kobietami – podobnie jak u badanego 23-letniego mężczyzny [25]. W omawianym przypadku możemy mówić o fiksacji na tych samych bodźcach i rodzajach zachowań seksualnych u osoby z objawami niedojrzałości psychoseksualnej.

Ujawnione u badanego objawy w różnych sferach funkcjonowania psychoseksualnego wydają się przykładem współdziałania czynników organicznych (anomalii w obrębie OUN) oraz deficytów środowiska wychowawczego. Przyczyn objawów prezentowanych przez podejrzanego należy zatem upatrywać w zaburzeniach funkcjonowania OUN, a dalszego pogłębiania i ukształtowania ich ostatecznego obrazu w zaniedbaniach środowiskowych, rodzinnych i szkolnych. U opiniowanego od okresu dzieciństwa obserwowano zaburzenia w obszarze procesów poznawczych – wydłużony czas reakcji, osłabione funkcjonowanie w zakresie pamięci operacyjnej, trudności w nauce. Objawy te stały się przyczyną ustalenia specjalnych, choć nie do końca adekwatnych dla badanego wymagań edukacyjnych w postaci wydłużonego czasu na wykonywanie zadań szkolnych. Wydaje się prawdopodobne, że zakłócenia poznawcze u opiniowanego w dzieciństwie były podłożem jego wczesnodziecięcych, impulsywnych zachowań. Spowolnienie toku przetwarzania informacji, trudności z kontrolą poznawczą (zaburzenia funkcji uwagi) czy obniżenie sprawności intelektualnej sprzyjały zachowaniom popędowym, impulsywnym, dokonywanym pod wpływem afektu. Słaba kontrola poznawcza przechyła bowiem szalę psychologicznej decyzyjności odnośnie do zachowania z funkcji poznawczych ku funkcjom emocjonalno-popędowym. Tak też u badanego obserwowane były w dzieciństwie zachowania impulsywne. Badany wspomina, że z niewiadomych dla niego i jego

bliskich przyczyn podejmował różne aktywności pod wpływem impulsu – przekakiwał nieoczekiwanie przez bramy, wspinał się w różne niebezpieczne miejsca, a nawet udusił kota (osłabienie kontroli poznawczej mogło spowodować swobodne realizowanie potrzeb w zakresie poszukiwania stymulacji). Pomimo ujawnienia się zaburzeń poznawczych oraz zaburzeń zachowania u badanego w dzieciństwie nie podjęto dalszych kroków w zakresie ich pogłębionej diagnostyki czy próby terapii. Badany wychowywał się w środowisku wiejskim, w którym dostęp do leczenia i wiedza o potrzebie specjalistycznego wsparcia dla podejrzanego mogły być ograniczone. Środowisko to sprzyjało również utrzymywaniu izolacji społecznej badanego, który miał trudności z nawiązywaniem relacji. Nie bez znaczenia pozostaje także, że badany wcześniej stracił ojca, a jak wynika z wywiadu, w jego życiu nie pojawił się inny ważny mężczyzna, który mógłby być dla niego modelem socjalizacyjnym. Z relacji badanego wynika jednocześnie, że jego matka nie stawiała badanemu granic, koncentrując się bardziej na wypełnieniu zadań opiekuńczych aniżeli wychowawczych. W rodzinie badanego występowała też osłabiona komunikacja pomiędzy jej członkami, w związku z czym wiele spraw nie było wyjaśnianych czy ujawnianych. Po okresie dzieciństwa, w którym dominowały niepowiązane ze sobą zachowania popędowe, nastawione na poszukiwanie stymulacji, w okresie adolescencji wyparły je zachowania związane z naturalną dla tego wieku, dynamicznie rozwijającą się seksualnością. Popędowe realizowanie potrzeby stymulacji – w dzieciństwie wielokierunkowe i nieokreślone, zaczęło być realizowane w ramach zachowań seksualnych. W okresie tym zaczął się w związku z tym kształtować przyszły wzorzec zaspokajania potrzeb seksualnych poza kontekstem relacyjnym badanego.

Skłonność do działania popędowego w połączeniu z kształtującymi się u badanego nieprawidłowymi cechami osobowości i niedojrzałości psychoseksualnej (tendencja do izolacji, nieumiejętność nawiązywania relacji, nadmierna lęklivość, skłonność do kompulsyjnego regulowania napięcia (masturbacja), brak pewności swojej męskości i obawa o niespełnienie oczekiwań kobiet) objawiały się w impulsywnym dotykaniu (klepaniu) koleżanek i natychmiastowym wycofywaniu się. W życiu dorosłym wzorzec tego postępowania przybrał formę popędowego realizowania potrzeb seksualnych w ramach wyznaczanych przez cechy zaburzonej osobowości – opiniowany atakował obce kobiety, obawiał się jednak innego poza dotykiem zbliżenia, a po zdarzeniu natychmiast się wycofywał. Połączenie zaburzeń poznawczych, nieprawidłowych cech osobowości oraz rozwijającej się u niego seksualności doprowadziło do wykształcenia się opisywanego, zaburzonego wzorca realizacji potrzeb seksualnych. Powtarzanie tych samych zachowań (klepanie koleżanek w szkole, później kobiet) mogło doprowadzić do fiksacji na tych samych bodźcach i rodzajach zachowań seksualnych w omawianym przypadku.

Istotnym elementem opisu niniejszego przypadku jest anomalia w budowie ośrodkowego układu nerwowego u badanego. W przeprowadzonym badaniu obrazowym głowy – tomografii komputerowej mózgu opisano anomalię rozwojową pod postacią poszerzenia przestrzeni płynowej pomiędzy półkulami mózdzku o wymiarach 18 x 14 mm (*Mega Cisterna Magna*) oraz asymetrii komór bocznych mózgu. Taka budowa OUN w połączeniu z analizą wywiadu, danych z akt sprawy karnej oraz

z wynikami badań seksuologicznych, psychiatrycznych i psychologicznych sugeruje istnienie powiązań z istniejącymi zaburzeniami. Uznano, że stwierdzona anomalia mogła wpływać na zdolność badanego do kierowania swoim postępowaniem.

Istnienie zależności między nieprawidłowościami w budowie mózgu i mózdzku u opisywanego mężczyzny a zaburzeniami kontroli impulsów, zachowania, zaburzeniami poznawczymi (występującymi od okresu dzieciństwa) jest wielokrotnie potwierdzane w piśmiennictwie przez innych badaczy [7–11]. Mimo to nie można pomijać wpływu czynników psychologicznych i środowiskowych na rozwój badanego oraz przebieg podejmowanych przezeń działań.

Nie znaleziono doniesień naukowych na temat bezpośrednich powiązań *Mega Cisterna Magna* i zaburzeń preferencji seksualnych. W kontekście omawianego przypadku należy brać pod uwagę wpływ wspomnianych kilku grup czynników na powstanie, rozwój i przebieg zaburzeń seksualnych u opisywanego mężczyzny.

W kontekście orzecznym należy uwzględnić również ograniczoną zdolność badanego do kierowania swoim postępowaniem w czasie zarzucanych czynów, przy zachowanej zdolności do rozpoznania ich znaczenia.

Wyniki przeprowadzonych badań, w tym użycie narzędzia STATIC-99, pozwoliły na stwierdzenie istnienia umiarkowanego do wysokiego prawdopodobieństwa popełnienia przez podejrzanego ponownie zarzucanego mu czynu zabronionego związanego z zaburzeniami jego preferencji seksualnych. STATIC-99 jest aktuarialnym narzędziem stworzonym do oceny ryzyka recydywy seksualnej związanej z przemocą w grupie dorosłych mężczyzn, którzy zostali skazani bądź zostali oskarżeni o co najmniej jedno przestępstwo seksualne popełnione na szkodę dziecka lub niezgadzającego się na kontakt seksualny dorosłego [26].

W opinii sądowej dotyczącej omawianego przypadku zalecono stosowanie środków zabezpieczających wobec badanego w postaci leczenia psychiatrycznego, psychologicznego i seksuologicznego w trybie ambulatoryjnym w poradni zdrowia psychicznego i poradni seksuologicznej.

Podsumowanie

Udział mózdzku w regulacji procesów poznawczych i afektywnych ciągle pozostaje w sferze badań naukowych. Wiedza na ten temat jest bardzo istotna w ocenie objawów z zakresu kontroli procesów emocjonalnych, popędowych oraz obecności zaburzeń preferencji seksualnych.

Piśmiennictwo

1. Coady AM, Bower S. *Twining's textbook of fetal abnormalities*, 3rd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Churchill Livingstone; 2015.
2. Nolte J. *Mózg człowieka. Anatomia czynnościowa mózgowia*, t. 1. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011.

3. Jansen AC, Keymolen K. *Fetal and neonatal neurogenetics*. W: Vries de LS, Glass HC red. *Handbook of clinical neurology*, vol. 162: *Neonatal neurology*. The Netherlands: Elsevier; 2019. S. 105–132.
4. Richter S, Schoch B, Kaiser O, Groetschel H, Dimitrova A, Christoph Hein-Kropp C i wsp. *Behavioral and affective changes in children and adolescents with chronic cerebellar lesions*. *Neurosci. Lett.* 2005; 381(1–2): 102–107.
5. Schmahmann JD, Sherman JC. *The cerebellar cognitive affective syndrome*. *Brain* 1998; 121(Pt 4): 561–579.
6. Tavano A, Grasso R, Gagliardi C, Triulzi F, Bresolin N, Fabbro F i wsp. *Disorders of cognitive and affective development in cerebellar malformations*. *Brain* 2007; 130 (Pt 10): 2646–2660.
7. Ferentinos PP, Kontaxakis VP, Havaki-Kontaxaki BJ, Paplos KG, Pappa DA, Soldatos CR. *Refractory psychosis and prominent cognitive deficits in a patient with mega-cisterna magna*. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 2007; 31(2): 561–563.
8. Pandurangi S, Pandurangi A, Matkar A, Shetty N, Patil P. *Psychiatric manifestations associated with mega cisterna magna*. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2014; 26(2): 169–171.
9. Monkul ES, Hatch JP, Sassi RB, Axelson D, Brambilla P, Nicoletti MA i wsp. *MRI study of the cerebellum in young bipolar patients*. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 2008; 32(3): 613–619.
10. Batmaz M, Balçık ZE, Özer Ü, Hamurişçi Yalçın B, Özen Ş. *Dandy-Walker malformation presenting with affective symptoms*. *Noro. Psikiyat. Ars.* 2017; 54(3): 277–281. doi: 10.5152/npa.2017.18114.
11. Andreasen NC, Pierson R. *The role of the cerebellum in schizophrenia*. *Biol. Psychiatry* 2008; 64(2): 81–88.
12. Sankey EW, Srinivasan ES, Mehta VA, Bergin SM, Wang TY, Thompson EM i wsp. *Perioperative assessment of cerebellar masses and the potential for cerebellar cognitive affective syndrome*. *World Neurosurg.* 2020; 144: 222–230. doi: 10.1016/j.wneu.2020.09.048.
13. De Smet HJ, Paquier P, Verhoeven J, Mariën P. *The cerebellum: Its role in language and related cognitive and affective functions*. *Brain Lang.* 2013; 127(3): 334–342. doi: 10.1016/j.bandl.2012.11.001.
14. Kim JH, Kim TH, Choi YC, Chung SC, Moon SW. *Impulsive behavior and recurrent major depression associated with dandy-walker variant*. *Psychiatry Investig.* 2013; 10(3): 303–305. doi: 10.4306/pi.2013.10.3.303.
15. Pollak L, Klein C, Rabey JM, Schiffer J. *Posterior fossa lesions associated with neuropsychiatric symptomatology*. *Int. J. Neurosci.* 1996; 87(3–4): 119–126. doi: 10.3109/00207459609070831.
16. Schmahmann JD. *Disorders of the cerebellum: Ataxia, dysmetria of thought, and the cerebellar cognitive affective syndrome*. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2004; 16(3): 367–378. <https://doi.org/10.1176/jnp.16.3.367>.
17. Schmahmann JD. *The cerebellum and cognition*. *Neurosci. Lett.* 2019; 688: 62–75. doi: 10.1016/j.neulet.2018.07.005.
18. Stoodley CJ. *The cerebellum and neurodevelopmental disorders*. *Cerebellum* 2016; 15(1): 34–37. doi: 10.1007/s12311-015-0715-3.
19. Godlewski J. *Wybrane zagadnienia seksuologii*. W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S red. *Psychiatria*, t. 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1987.
20. Bancroft J. *Seksualność człowieka*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2009.

21. Szymańska-Pytlińska M, Beisert M. *Diagnoza niedojrzałości psychoseksualnej sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci jako wyznacznik opracowania programu ich psychoterapii*. Psychoterapia 2016; 3(178): 63–76.
22. Marcinek P, Brzeska A, Kapała A, Peda A, Szumski F. *Niedojrzałość psychoseksualna jako termin diagnostyczny*. Seksuologia Polska 2011; 9(1): 38–42.
23. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: UWM „Vesalius” IPiN; 2000.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington: APA; 2013.
25. Lew-Starowicz Z. *Seksuologia sądowa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
26. Harris A, Phenix A, Hanson RK, Thornton D. *Zasady kodowania STATIC-99 Poprawione*, 2003. http://www.static99.org/pdfdocs/Polish_coding_manual.pdf (dostęp: 1.04.2023).

Adres: Paweł Dębski
Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii
Wydział Nauk Medycznych w Zabrze
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
42-612 Tarnowskie Góry, ul. Pyskowicka 49
e-mail: pdebski@sum.edu.pl

Otrzymano: 1.02.2021

Zrecenzowano: 25.04.2021

Otrzymano po poprawie: 23.12.2021

Przyjęto do druku: 26.03.2022