

Pedofili: Klinik Özellikleri, Nedenleri ve Tedavisi

Pedophilia: Clinical Features, Etiology and Treatment

Ayten Erdoğan ¹

¹ Doç. Dr., Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD

ÖZET

Son yıllarda çocukların cinsel istismarının çok önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu kabul edilmektedir. Çocuklara cinsel istismarda bulunmak tıbbi bir tanı olmadığı, her çocuğa cinsel istismarda bulunan kişinin de pedofilik olmadığı bilinmektedir. Pedofili en az 6 aylık bir süre boyunca, kişide ergenlik dönemine girmemiş bir çocukla ya da çocuklarla cinsel etkinlikte bulunmayla ilgili yoğun, cinsel yönden uyarıcı fantezilerinin, cinsel dürtülerinin ya da davranışlarının yineleyici biçimde ortaya çıkması olarak tanımlanmıştır. Genellikle eylemlerini gizli yaptıkları ve tedavi için başvurmadıkları için pedofili olgularının yaygınlığını belirlemek mümkün olamamaktadır. Diğer cinsel saldırı yapan gruplarla karşılaştırıldığında pedofilik bireylerin daha büyük yaş grubunda oldukları, eylemlerin yapıldığı ortalama yaşların ise 40-70 yaş arası olduğu gösterilmiştir. Pedofili bireylerin büyük çoğunluğu erkeklerdir. Çocuğun cinsel istismarı sözel istismar, cinsel organlarını gösterme, çocukları soyma ve seyretme, cinsel ilişkiye veya mastürbasyona tanık etme, cinsel organını cinsel amaçla dokunma, okşama, müstehcen yayınlara konu etme, oral seks, ağza, vajinaya ve/veya anüse penetrasyon gibi çok çeşitli şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Pedofili olgularının eylemlerinde genellikle zor kullanmadığı, aksine önce masum dokunma sonra uygunsuz dokunma, azık resimler gösterme, porno izleme gibi birçok fizik manipülasyon ve desensitizasyon uyguladıkları gösterilmiştir. Bu bireyler için internet ortamı bilgi edinme, mağduru belirleme ve ilişki kurma, fantezi geliştirme, diğer sapkınlığı olan kişilerle bağlantı kurma gibi birçok istek ve ihtiyaçlarını karşılamak için bir araç olmaya başlamıştır. Pedofili bireylerin eylemlerinin nadir olarak impulsif bir cinsel eylem olarak ortaya çıktığı, büyük çoğunluğunun önceden planlandığı gösterilmiştir. Pedofilik bireylerin aile içinde ve dışında sosyal teması sınırlı, içe kapanık, eşi ya da ailesiyle sıcak ilişki kuramayan psikopatik, psikoseksüel ve sosyal açıdan immatür kişilik özelliklerine sahip olduğu belirtilmektedir. Pedofilik eğilimin ortaya çıkmasında gelişimsel, ailesel ve çevresel faktörler ve bu faktörlerin etkileşimi gibi birçok faktörün etkili olduğu anlaşılmaktadır. Uzun süreli psikoterapi, farmakolojik tedavi sonrasında cinsel arzu ve istekte azalma saptanması karşın bu bireylerin çocuğa cinsel yönelimlerinde bir farklılık tespit edilmediği için günümüzde pedofilik bireylerin tedavisinde hedef çocuklara cinsel yönelimi değiştirmek olmayıp, yeniden eylemde bulunma oranlarını azaltmaya yöneliktir. Kimyasal kastrasyon adı verilen erkeklerde libidoya etkisi olan testosteron düzeyini düşürmek, bu yolla cinsel eylem sıklığını azaltmak konusu son yıllarda önem kazanmıştır. Tedavide sıkı adli ve klinik izlem ve raporlama, kimyasal ve cerrahi kastrasyon, psikoterapi ve psikofarmakolojik ilaçların kombine olarak kullanımı en büyük yararı sağlamaktadır.

Cinsel istismarı ortadan kaldırmının en etkin yolunun oluşmasını önlemek olduğu bilinmektedir. Ülkemizde pedofilik bireylerin yargılanması ve cezalandırılmasında büyük sorunlar yaşanması, suçun tekrar işlenmesinin önlenememesi nedeniyle bu bireylerin saptanması, kayıt altına alınması ve tedavisi ile ilgili yasal düzenlemelerin acilen yapılması önerilir. Çocukların cinsel olarak istismar edilmesinin önüne geçmek için pedofiliklerin özelliklerini tanımak, böyle bir eğilimin ortaya çıkmasına neden olan faktörleri tespit etmek gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Pedofili, Parafili, Çocuk, Cinsel İstismar, Etiyoloji, Tedavi

ABSTRACT

There is a growing recognition that child sexual abuse is a critical public health problem. Child sexual abuse is not a medical diagnosis and is not necessarily a term synonymous with pedophilia. According to DSM-IV, a pedophile is an individual who fantasizes about, is sexually aroused by, or experiences sexual urges toward prepubescent children (generally <13 years) for a period of at least 6 months. It is difficult to estimate the true prevalence of pedophilia because few pedophiles voluntarily seek treatment. Most of the available data are based on individuals who have become involved with the legal system. Most individuals who engage in pedophilia are male. When compared with other sex offenders, pedophiles are in the older adult age range (age, 40-70 years). Pedophiles may engage in a wide range of sexual acts with children. These activities includes exposing themselves to children, looking at naked children, masturbating in the presence of children, physical contact, rubbing, fondling a child, engaging in oral sex, or penetration of the mouth, anus, and/or vagina. Generally, pedophiles do not use force to have children engage in these activities but instead rely on various forms of psychic manipulation and desensitization. People with pedophilia use internet to be a vehicle capable of meeting their needs: obtaining information, monitoring and contacting victims, developing fantasy, overcoming inhibitions, avoiding apprehension, and communicating with other offenders. The compulsive-aggressive trait is more pronounced in people with pedophilia. Generally they plan the sexual offending with the intention of relieving internal pressures or urges. Pedophiles generally experience feelings of inferiority, isolation or loneliness, low self-esteem, internal dysphoria, and emotional immaturity. There are likely multiple factors and multiple pathways involved in the development of pedophilia. Since there has been no treatment method that can alter the pedophile's sexual orientation toward children, much of the focus of pedophilic treatment is on stopping further offenses against children. The combination of pharmacologic and behavioral treatment coupled with close legal supervision appears to help reduce the risk of repeated offense. Currently chemical castration; testosterone suppression by antiandrogenic therapy is a popular treatment option. Effective prevention is most effective means to manage the sexual abuse of children. For primary prevention and treatment, it is necessary to know the characteristics of pedophilia and understand the factors that lead to the development of the pedophilic tendencies.

Keywords: Pedophilia, Paraphilia, Child, Sexual abuse, Etiology, Treatment

(Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2010; 2(2):132-160)

Çevrimiçi adresi/ Available online at: www.cappsy.org/archives/vol2/no2/

Çevrimiçi yayım tarihi / Online publication date: 29 Ocak 2010 / January 29, 2010

Son yıllarda çocukların cinsel istismarının çok önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu kabul edilmektedir.[1,2] Çocuğun cinsel istismarı, rıza yaşının altında bulunan bir çocuğun, cinsel açıdan olgun bir yetişkinin

cinsel doyumuna yol açacak bir eylem içerisinde yer alması ya da bu duruma göz yumulması olarak tanımlanmaktadır.[3] Cinsel istismardan söz ederken bir çocuk ile bir yetişkin arasındaki cinsel aktivite üzerinde durulmakla birlikte, iki çocuk arasındaki cinsel aktiviteler; yaş farkı dört yaş ve üstü olduğunda, küçük çocuğun zorlama ya da ikna ile cinsel haz amacı güden aktivitelere maruz bırakılması durumunda da cinsel istismar olarak ele alınır. Arada yaş farkı akranlar arasında doğal gelişim sürecinde gözlenen cinsel oyunları dışlamak için verilmektedir.[4]

Tablo.1. Pedofili DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri [6]

A. En az 6 aylık bir süre boyunca, kişinin ergenlik dönemine girmemiş bir çocukla ya da çocuklarla (genellikle 13 yaşlarında ya da altında olanlarla) cinsel etkinlikte bulunma ile ilgili yoğun, cinsel yönden uyarıcı fantezilerinin, cinsel dürtülerinin ya da davranışlarının yineleyici bir biçimde ortaya çıkması.

B. Bu fanteziler, cinsel dürtüler ya da davranışlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu kişi en az 16 yaşındadır ve A Tanı Ölçütündeki çocuk ya da çocuklardan en az 5 yaş daha büyüktür.

Not: 12-13 yaşlarında biri ile cinsel ilişki sürdüren geç ergenlik dönemindeki bir kişiyi buraya katmayınız.

Varsa belirtiniz:

Cinsel Yönden Erkeklere İlgi Duyan

Cinsel Yönden Kızlara İlgi Duyan

Cinsel Yönden Her İki Cins de İlgi Duyan

Varsa belirtiniz:

Ensestle Sınırlı ise

Tipini belirtiniz:

Tekeçilimli Tip (sadece çocuklara ilgi duyar)

Tekeçilimli Olmayan Tip

Pedofili ise kriminal ya da adli bir kavram değil, klinik bir tanıdır. Kriminal alanda kullanılan cinsel saldırı kavramı herhangi bir kişiye isteği dışında veya zor kullanarak yapılan cinsel eylemleri içermektedir.[5] DSM-IV-TR (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Gözden Geçirilmiş 4.Baskı) tanı ölçütlerine göre pedofili en az 6 aylık bir süre boyunca, kişide ergenlik dönemine girmemiş bir çocukla ya da çocuklarla cinsel etkinlikte bulunma ile ilgili yoğun, cinsel yönden uyarıcı fantezilerinin, cinsel dürtülerinin ya da davranışlarının yineleyici bir biçimde ortaya çıkması olarak tanımlanmıştır (Tablo.1). Kişinin, bu cinsel dürtülere göre davranmakta olması ya da bu kişinin cinsel dürtüleri ya da düşlemlerinin (fantezileri) belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası sorunlara neden olması tanı için gerekli bulunmaktadır. DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre pedofili tanısı konabilmesi için kişinin en az

16 yaşında olması ve cinsel etkinlikte bulunduğu çocuklardan en az beş yaş daha büyük olması gerekmektedir.[6] Pedofili hastalarının çocuğa cinsel ilgisinin genellikle ergenlik yıllarında ortaya çıktığı bildirilmektedir, ancak erişkin yaşta da gelişebildiğini gösteren veriler bulunmaktadır. Ergenlerde tanı koymada kişinin duygusal ve cinsel gelişim düzeyini dikkate almak gereklidir.[8]

Belirli bir olay sonrasında pedofili tanısı düşünülüyorsa olayın kişinin yargılama fonksiyonlarını etkileyecek mani gibi bir psikiyatrik rahatsızlık ya da madde kullanımı sırasında olup olmadığının değerlendirilmesi gerekmektedir.[9] Belirli bir eylem mevcut ve eşlik eden bir psikiyatrik rahatsızlık ya da madde kullanımı varsa kişinin daha önceki cinsel tercih, fantezi ve eylemleri dikkate alınmalıdır. Pedofili hastalarında hasta olmadığı ya da alkol madde kullanmadığı dönemlerde de çocuğa yönelik cinsel ilgi ve fanteziler bulunmaktadır.[10]

Bu yazıda cinsel istimar bağlamında pedofilin yaygınlığı, klinik özellikleri, nedenleri ve tedavisi ele alınacaktır.

Çocuğa Yönelik Cinsel İstismarın Yaygınlığı

Çalışmalar incelendiğinde çocuklara yapılan cinsel istismarın yaygınlığı konusunda bildirilen oranlar büyük farklılıklar göstermektedir. Cinsel istismar sık rastlanan ve genelde yıllarca süren bir durum olmakla birlikte sıklıkla gizli kalmaktadır. Birçok çocuk, inanılmayacağı, eylem nedeniyle kendilerini suçlayacakları ve zarar görecekleri korkuları nedeniyle tekrar tekrar istismara maruz kalmaktadır. Bu nedenle çalışmalarda sadece bildirilen ya da bir şekilde açığa çıkan olguların sıklığı bildirildiği, gerçek yaygınlığın çok daha yüksek oranda olduğu ve olguların yalnızca %15'inin bildirildiği ya da açığa çıktığı tahmin edilmektedir. Çalışmalarda çocuklukta cinsel istismara maruz kalma sıklığının %10-40 olduğu, cinsel istismar kurbanlarının %53'ünün 14 yaşın altında olduğu bildirilmektedir.[11,12]

Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda çocuğa yönelik cinsel istismarın yaygınlığının sanıldığından çok daha fazla olduğu gösterilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) istatistikler kız çocukların %12-32'i, erkek çocukların ise %3-16'sının 18 yaşından önce cinsel istismara maruz kaldıklarını göstermektedir.[13,14] Ülkemizde çocuğa yönelik cinsel istismarın sıklığına ilişkin sağlıklı istatistik verileri ve araştırma sonuçları bulunmamaktadır.[15] Ancak Çocuk Koruma Kanunu ve yeni Türk Ceza Kanununun 2005 yılında yürürlüğe girmesinden itibaren cinsel istismarın istismara uğrayan birey, onların aileleri ve toplum üzerindeki ciddi sonuçlarına ilişkin farkındalığın önemli bir biçimde arttığı görülmektedir.[16]

ABD istatistikleri cinsel istismara maruz kalan bireylerin %67'sinin 18 yaşın altında olduğunu; cinsel istismara uğrayan çocukların %34'ünün 12 yaşından küçük olduğunu; %33'ünün 12 ile 17 yaş arasında olduğunu göstermektedir. Bimodal bir yaş dağılımı olup, istismar sıklığının beş yaş ve 14 yaş çocuklarında yoğunlaştığı tespit edilmiştir. Kızların erkek çocuklardan daha fazla cinsel istismara uğradığı, istismara uğrama oranlarının da yaşla birlikte artış gösterdiği, %27 oranında ensest görüldüğü rapor edilmektedir.[5] Abel ve Harlow çalışmalarında çocuklara cinsel istismarda bulunanların %68'inde bir aile üyesine istismarda bulunduğunu; bunların %30'unun üvey çocuğuna veya evlat edindiği çocuğuna, %19'unun kendisinin bir ya da daha fazla çocuğuna, %18'inin kardeş çocuğuna ve %5'inin de torununa cinsel istismarda bulunduğunu göstermişlerdir.[8,17]

Pedofilinin Yaygınlığı

Genellikle eylemlerini gizli yaptıkları ve tedaviye başvurmadıkları için pedofili olgularının yaygınlığını belirlemek mümkün olamamaktadır. Elde edilen verilerin çoğu adliyeye intikal etmiş olguların belirlenmesinden oluşmaktadır ve gerçek yaygınlığı göstermemektedir.[18] Pedofilik fantezisi olup eyleme geçirmeyen veya eyleme geçirip bildirilmeyenlerin oranlarını belirleme imkânı bulunmamaktadır. Bu alanda yapılan birçok çalışma pedofiliklerin işledikleri suçların seri halinde birçok çocuğa karşı olduğunu, bunların çoğunun da adli mercilere yansımadığını ortaya çıkarmaktadır.[19,20]

Çocuklara cinsel istismarda bulunmanın tıbbi bir tanı olmadığı, çocuğa cinsel istismarda bulunan her bireyin de pedofilik olmadığı bilinmektedir. Aynı yaş grubu çocuklar arasında, zor kullanmadan, acı çekmeye ya da herhangi bir utanca sebep olmayan cinsel oyunlar çocukların kimlik arayışlarıyla ilgili masum araştırmalar olarak değerlendirildiğinden cinsel istismarla ayırımı önemlidir. Çocuğa yönelik cinsel istismarda bulunanların yaklaşık olarak yarısının bu tür eylemlerine ergenlik yıllarında başladığı bilinmektedir. Bu durum ergenlik yıllarında cinsel davranış bozukluğu gösteren bütün olguların erişkin yıllarında cinsel istismarda bulunacağını göstermese de, bu veriler ergenlik yıllarında çocuklara cinsel eylemde bulunulmasının sadece ergenlik yıllarında olmuş cinsel davranış bozukluğu olarak değerlendirilmemesi gerektiğine işaret etmektedir. Bu yaşlarda bir eylem tespit edildiğinde ergen için gerekli tedbirler alınıp, tedavi yöntemleri kullanılırsa erişkin yıllarında ortaya çıkabilecek ciddi sorunların önüne geçilebilir.[8,14] ABD verilerinde 12 yaş altı çocuklara yapılan cinsel istismarların %40'ünün ergenler tarafından yapıldığı belirtilmiştir.[5] Abel ve Harlow

çalışmalarında daha sonra pedofili tanısı alan kişilerin %40'ının ergenlik yıllarında çocuklara cinsel istismarda bulunma öyküsü olduğunu göstermişlerdir. Çocuklara cinsel istismarda bulunan kişilerin yaklaşık %88'inin hâlihazırda ya da gelecekte pedofili tanısı alacağı bildirilmektedir.[8,17]

Pedofilinin Klinik Özellikleri

Pedofili olgularının fantezilerinin genellikle benliğe yabancı (egodistonik) ve rahatsız edici olmadığı bilinmektedir. Bu nedenle psikiyatri kliniklerine tedavi başvurusu yapmaları çok nadir olup, genellikle çocuğa cinsel taciz nedeniyle adli olaylar sonucu kliniklerde görülürler.[21]

Çocuğa yönelik cinsel istismarda bulunanların eylemlerinin nadir olarak impulsif bir cinsel eylem olarak ortaya çıktığı, büyük çoğunluğunun önceden planladığı gösterilmiştir. Bu kişilerin çoğunluğunun istismar ettikleri çocukları önceden tanıdıkları, bu tanışıklık durumunu seçtikleri mağdura yaklaşma ve onun istismarı için ortam hazırlamakta kullandıkları birçok bilimsel çalışmada saptanmıştır.[22] Eylemleriyle yüzleştirildiklerinde eylemi tipik olarak öğretme, çocuğun zevk aldığı, çocuğun teşvik ettiği gibi bahanelerle küçümseme ya da aklamaya çalışırlar.[23] ABD Adalet Bakanlığına bağlı çalışanlar karşılaştıkları pedofili olgularının savunma örüntülerini incelediklerinde; kullandıkları savunmaları genel olarak beş başlık altında toplamışlardır. Bunlar inkâr ("çocuğu kucaklamak suç mu? " vb.), küçümseme ("sadece bir kez oldu," vb.), akla yatkın hale getirme ("erkek çocuklardan hoşlanan biriyim", "çocuk sapığı değilim" vb.), uydurma ("araştırma projesi için kullanıyorum" vb.), saldırma (çocuğa, polise, doktora vb.) olarak belirlenmiştir.[20]

Hastalığın süresinin genellikle çok uzun olduğu bilinmektedir.[24] Bu konuda yapılan çalışmalarda diğer cinsel saldırı yapan gruplarla karşılaştırıldığında pedofilik bireylerin daha büyük yaş grubunda oldukları, eylemlerin yapıldığı ortalama yaşların ise 40-70 yaş arası olduğu gösterilmiştir.[25] Pedofili hastalarında % 50-70 oranında diğer parafililer (sürtünmecilik (fröttorizm), teşhircilik (ekshibisyonizm), röntgencilik (voyurizm), sadizm) ektanı olarak bulunabilir. Cinsel eylem türü olarak ensest, ergenle veya zorla yapılan eylemlerde penetrasyon daha sık, bunun dışındaki durumlarda cinsel organa temas, okşama gibi eylemleri daha çok tercih ettikleri saptanmıştır.[22]

Pedofili olgularının büyük çoğunluğunun erkek olduğu tespit edilmiştir. Çocuğa cinsel istismar yapanların içinde kadın oranı %1-6 oranında bildirilmiştir.[26] Abel ve Harlow, çocuklara cinsel istismarda bulunan 4007

kişinin incelenmesi sonucu sadece %1'inin kadın olduğunu tespit etmişler, ancak genel olarak kadınların bildirimlerinin düşük olması nedeniyle bu oranın gerçek oranı yansıtmadığını ifade etmişlerdir.[8,17] Çocuğa yönelik cinsel istismarda bulunan erkeklerin istismarının genellikle kız çocuğa yönelik olduğu, kadınların istismarının ise genellikle erkek çocuğa yönelik olduğu gösterilmiştir. Kadınlar genellikle bir erkekle birlikte ortak istismarcı (co-abuser) olarak bulunmakta ve bazısı çocukla temasta bulunmayabilmektedir. Çocuğa cinsel istismarda bulunan kadınlar çalışmalarda cinsel istismarda bulunan kişi olarak sınıflanmakta olup, pedofili olarak sınıflanmamaktadır. Kadınlar tarafından istismarın daha az bildirilme nedenleri olarak çocuğu banyo yaptıрма, üstünü değiştirme gibi normal bakım verme davranışı sırasında olduğu için anlaşılabilmesi, ergenlerle cinsel birliktelikte ergenlerin bunu istismar olarak değerlendirmeyip memnun olunacak bir şey olarak yorumlamaları olabileceği gösterilmektedir.[22] Kadınların uzun süreli cinsel uyarılma yaşamadıkları için pedofili hastası olamayacağı öne sürülmektedir. Kadınların erkek olgulara kıyasla daha genç yaş grubunda oldukları (22-33 yaş); daha fazla psikiyatrik hastalık bulunduğu, kişilik bozukluğu eşlik etme oranının da fazla olduğu saptanmıştır.[22]

Pedofilinin Sınıflandırılması

Pedofili olgularının bazı özelliklerine dayanılarak çeşitli sınıflandırmalar ortaya konmuştur. Bazı yazarlar pedofilik bireyleri tercih ettiği yaş grubuna göre ergenlik (puberte) öncesi yaş grubu çocukları tercih edenler (pedofiller (pedophiles)) ve ergenlik sonrası yaş grubu çocukları tercih edenler (hebefiller (hebephiles)) olarak ikiye ayırmaktadır.[7] Sadece çocuklara cinsel ilgisi olan olgular seçici pedofili (exclusive pedophile); hem çocuklara hem erişkinlere cinsel ilgisi olan olgular seçici olmayan pedofili (nonexclusive pedophile) olarak değerlendirilmektedir.[22] Abel ve Harlow pedofili olgularının %7'sinde sadece çocuklara yönelik cinsel ilgi bulunduğunu tespit etmişlerdir.[8,17] Fiziksel olarak sadece olgunlaşmış çocukları tercih edenler (telofili-teleiophile) ve sadece bebekleri seçenler (infantophilia;infantfili) gibi alt gruplandırmalar da yapılmaktadır.[27,28]

Sadece karşı cinsce yönelen pedofili olguları heteroseksüel pedofili; aynı cinsce yönelen pedofili olguları homoseksüel pedofili; hem karşı cins hem de aynı cinsce yönelimi olan olgular biseksüel pedofili olarak adlandırılmaktadır.[27] Homoseksüel pedofili görülme oranının %9-%40 arasında olup erişkin homoseksüelliğinin görülme oranından (%2-%4) 20-40 kat fazla olarak görüldüğü belirtilmiştir. Biseksüel pedofili görülme oranının ise yaklaşık %95 olduğu bildirilmektedir. Bu oranlar pedofiliklerin

çocuklara cinsel yönelimlerinin büyük oranda homoseksüel veya biseksüel olduğunu ortaya çıkarmaktadır.[29] Her iki cinse de yönelimi olan hebefili olgularının diğer iki gruba oranla çocuklarla karşılıklı cinsel ilişki geliştirmeyi tercih eden, fırsatçı, sosyal işlevsellikleri daha iyi ve sonlanımı daha iyi olan grup oldukları bildirilmektedir. Kız çocuklara yönelen pedofili olgularının genellikle 8-10 yaş arası çocukları seçtikleri, erkek çocuklara yönelenlerin ise genellikle 10-13 yaş arasını tercih ettikleri saptanmıştır. Biseksüel pedofiliklerin ortalama 27.3 çocuğu istismar ettikleri, homoseksüel pedofiliklerin ortalama 10.7 çocuğu istismar ettikleri, heteroseksüel pedofiliklerin ise ortalama 5.2 çocuğu istismar ettikleri bildirilmektedir.[22]

Çocuğun Cinsel İstismarının Özellikleri

Çocuğun cinsel istismarı sözel istismar, açık saçık telefon konuşmaları, çocuklara cinsel organlarını gösterme (ekshibisyonizm; teşhircilik), çocukları soyma ve seyretme (voyurizm; röntgencilik), cinsel ilişkiye tanık edilme veya çocuğun yanında mastürbasyon yapma, cinsel organını sürtme (frotterizm), bedenine cinsel amaçla dokunma, okşama, müstehcen yayınlara konu etme, oral seks, ağza vajinaya ve/veya anüse penetrasyon gibi çok farklı şekillerde olabilmektedir.[16,21] Pedofili olgularının genellikle bu cinsel eylemler için zor kullanmadığı, aksine önce masum dokunma sonra uygunsuz dokunma, açık resimler gösterme, porno izletme gibi birçok fiziki manipülasyon ve duyarsızlaştırma yöntemlerini kullandıkları gösterilmiştir.[8,17] Türkiye’de yapılan bir çalışmada istismara uğrayan çocukların tamamının temas içeren cinsel istismara maruz kaldığı ve tanımlanan istismar davranışlarından anal sürtünmenin erkek çocuklarda, dokunma-okşama ve öpmenin kız çocuklarında yüksek oranda saptandığı belirtilmektedir. Ayrıca yaş arttıkça çocukların birden çok istismar şekline maruz kaldığı, beden bütünlüğünün bozulduğu ve kız çocuklarında yaşın yükselmesine paralel olarak vajinal penetrasyon şeklindeki istismarın arttığı bulunmuştur.[30]

Çocukların cinsel istismarında failerin %60-%70’i akrabalar, öğretmenler, komşular, otorite figürleri gibi çocuğun bildiği ve güvendiği kişilerdir. Pedofilik bireyler planlayarak, çocuklara gözlemsiz biçimde yakın olabilecekleri bakıcılık, komşu, spor hocalığı ve servis şoförlüğü gibi mesleklere ve konumlara yerleşirler. Çocuklara yakınlaşmak için önceleri çocuğun ve ailenin güvenini kazanacak davranışlarda bulunurlar.[12] Pedofilik bireylerin eylemlerini gerçekleştirmek için tercih ettiği yer genelde çocuğun tanıdığı bildiği yerlerdir. Küçük çocuklar ve kız çocuklarının çoğunlukla kendi evlerinde ya da pedofilik bireyin evinde, ergenlerin ve erkek çocukların ise ev dışındaki yol kenarı, ağaçlıklar, okul, oteller gibi yerlerde cinsel istismara uğradıkları

gösterilmiştir.[22] Şiddet içeren cinsel saldırı olayların yaklaşık %70'inde ise çocuklar istismarcıları tanımamaktadır. İstismar edilmek üzere seçilen çocuklarda belli aile özelliklerinin öne çıktığı görülmektedir. Bunlar; ebeveynlerin boşanmış ya da ölmüş olması, düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeye sahip olma, çoğunlukla babaların ilgisiz ve uzak olduğu olgulardır.[5,11,24]

Çocuklar kolayca güven duydukları, kolayca korkutulabildikleri ve kandırılabilirdikleri için istismara çok açıktırlar. İstismar eden kişi yakınları ya da akrabaları ise, tacizci tehdit etmişse, hiç kimsenin kendilerine inanmayacağını, anne babalarının ve sevdiklerinin gözünde değerlerini yitireceklerini, etiketleneceklerini düşündüklerinden veya cinsel istismarı anlama ya da anlatma kapasiteleri henüz gelişmemiş olduğundan çocuklar yaşadıkları istismar olayını anlatmazlar ya da anlatamazlar.[3,16] Çocukluğunda istismara uğrayıp da bildirmeyen kişilerle bunun nedenini araştıran bir çalışmada; çocuklar tarafından en çok verilen yanıt kendilerini eylemden dolayı sorumlu hissettikleri (%57.7) ve eylemi yapan kişiye olan bağlılıkları nedeniyle cezalandırılmasını istememeleridir (%44.2).[14]

Pedofilide Kişilik Özellikleri

Pedofilik bireylerin kişilik özelliklerini belirlemek birçok alt grup olduğu için zordur. Bu bireylerin çoğunun kişilik patolojilerine sahip olmalarına karşın kısa süreli karşılaşmalarda ve muayenede kendilerini normal olarak gösterebilmektedirler.[24] Pedofilik bireylerin aile içinde ve dışında sosyal teması sınırlı, içe kapanık, eşi ya da ailesiyle sıcak ilişki kuramayan psikopatik, psikoseksüel ve sosyal açıdan olgunlaşmamış kişilik özelliklerine sahip oldukları uzun yıllardır belirtilmektedir.[31,32]

Cohen ve arkadaşlarının Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory) kullanarak 20 heteroseksüel pedofili olgusunu kontrollemlerle karşılaştırdıkları çalışmada; pedofili olgularında zarardan kaçınma skorlarının yüksek olduğu, yenilik arama puanlarında ise fark olmadığı bulunmuştur.[33] Bu sonuçları dikkate alarak Cohen ve arkadaşları pedofilik bireylerde dürtüsel-agresif özellikten çok (sonuç düşünmeden, plansız) kompulsif-agresif özelliklerin (dürtüleri bastırmak için önceden planlanarak yapılan) baskın olduğu sonucuna varmışlardır. Diğer birçok çalışmada pedofilik bireylerin empati yeteneklerinin kısıtlı olduğu, disforik, pasif-agresif, öfke ve düşmanlık duygularının, narsistik ve sadist özelliklerinin belirgin olduğu, doyumunu erteleme kapasitelerinin azalmış, engellenmeye karşı toleranslarının düşük olduğu gösterilmiştir.[11] Bu kişilik özelliklerinin yarattığı karmaşık duygulanımlarla başa çıkmak için entelektüelizasyon,

inkâr, mantıksallaştırma ve bilişsel çarpıtma gibi savunma mekanizmalarını sıkça kullandıkları öne sürülmektedir.[34]

Pedofilik bireylerin yakınlık kurma ve bağlanma becerilerinde de kısıtlılıklar olduğu bildirilmektedir. Curnoe ve Langevin, MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri) kullanarak pedofilik bireyler ve pedofilik fantezileri olan 186 olguyu değerlendirdikleri çalışmalarında; tutarsızlık, psikopatik sapma, erkeksilik – kadınsılık (maskulinite-feminite), paranoya ve şizofreni puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu sonuçlara göre A ve B grubu kişilik bozukluklarına benzer şekilde pedofilik bireylerin çoğunun sosyal olarak yalıtılmış, duygusal açıdan dalgalı bireyler oldukları yorumu yapılmıştır.[35] Gelişmiş ülkelerdeki çalışmalarda, pedofilik bireylerin büyük çoğunluğunun sosyal olarak yalıtılmış bir yaşam sürdükleri, sadece yaklaşık %50'sinin evli olduğu gösterilmiştir.[11]

Pedofilinin Nedenleri

Birincil önleme tedbirleri geliştirilmesi sürecinde pedofilik eğilimin gelişmesine yol açan faktörlerin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Literatürde çocuklara cinsel istismarda bulunan kişileri inceleyen çok sayıda çalışma ve teori bulunmaktadır.[36] Son zamanlarda biyolojik, psikolojik ve kişilerarası ilişkileri içeren birçok faktörün pedofilik eğilimin ortaya çıkmasına yol açabileceğini belirten teoriler geliştirilmiştir.[37,38] Örneğin bir yaklaşımda pedofilinin heteroseksüel ya da homoseksüel cinsel kimlik üzerine gelişen bir durum olmayıp kendisinin özel kategoride bir cinsel yönelim olabileceği ileri sürülmektedir. Bu teoriler; bireylerin mi pedofilik olmayı seçtikleri?, yoksa böyle mi doğdukları?, eğer bu eğilimle doğdularsa herhangi bir tedavi yöntemi bu bireyleri normal erişkin cinsel yönelime döndürebilir mi? gibi sorulara yanıt aranmasına yol açmıştır.[22] Bazı teoriler pedofilik eğilimin ortaya çıkmasında gelişimsel, ailesel ve çevresel faktörlerin etkileşimini göz önüne almak gerektiğine vurgu yapmıştır.[39,40] Bütün olarak ele alındığında pedofilik eğilimin gelişiminde birçok faktörün etkili olduğu anlaşılmaktadır. Ancak bu konuda çok sayıda teori ve araştırma bulunmasına karşın henüz hangi risk faktörlerinin daha önemli olduğu veya bu faktörlerin nasıl etkileştiğine dair yeterli deneysel veriler bulunmamaktadır.[36] Bu konuda yapılan çalışmalar ve teoriler aşağıdaki başlıklarla özetlenebilir.

Biyolojik Yatkinlık

Deneysel verilere göre; bazı aday genler hem normal cinsel davranışların ortaya çıkmasında hem de cinsel davranış bozukluklarının ortaya çıkmasında rol oynamaktadır.[41] Miller ve arkadaşları, erkeklerin dopamin D2 ve D1 reseptör allelleri ile ilk cinsel ilişkide buldukları yaş arasında bir bağıntı olduğunu belirlemişlerdir. Bu bulgunun dopaminerjik reseptörlerin erkek cinsel davranışlarının hem hazırlanma hem de doyum fazında büyük rol oynadığına işaret ettiğini bildirmişlerdir.[42] Comings, Tourette sendromu olan olgular ve akrabalarında yapılan çalışmaları temel alarak cinsel davranışın gelişmesinde genetik faktörlerin rolünü değerlendirmiştir. Bu çalışmada parafilik davranışların Tourette sendromu ile çok yaygın olarak birlikte görülmemesine rağmen, Gts genlerinin yüklülüğü ile parafilik davranışlar arasında pozitif bir bağıntı saptandığı bildirilmiştir. Comings'e göre cinsel isteğin şiddeti, cinsel yönelim ve pedofilik ve diğer parafilik durumların gelişiminde kişinin genetik yükü belirleyici rol oynamaktadır. Bu görüşe göre pedofili genetik olarak belirlenen "ödül eksikliği sendromu"nun (reward deficiency syndrome) fenotipik belirtilerine benzemektedir. Cinsel dürtü ve davranışların çocuğa yöneltilmesi "doğal olmayan bir ödülün kötüye kullanımı"nın (abusing an unnatural reward) bir türüne uymaktadır.[43]

Blanchard ve arkadaşları, çalışmalarında pedofilik bireylerin annelerinde kontrollere kıyasla daha fazla psikiyatrik tedavi alma öyküsü bulunduğunu saptamışlardır. Bu bulguyu ise pedofili gelişmesi için genetik geçiş ya da eğilim olabileceği, ancak çevresel faktörlerin etkisinin dışlanamayacağı şeklinde yorumlamışlardır.[9]

Nöropsikiyatrik Farklılıklar

Pedofilik bireylerin diğer cinsel saldırıda bulunan bireyler ve sağlıklı toplum örnekleriyle nöropsikiyatrik farklılıklar açısından kıyaslandığı birçok araştırma yapılmıştır. Son yıllarda davranışsal baskılanmanın kalkması (disinhibisyon), frontal anormallikler, bilişsel yürütücü işlevler gibi beyin işlevleri ve pedofili arasındaki ilişkiyi araştıran birçok çalışma bulgusu ortaya konmasına karşın halen kesin neden-sonuç ilişkisi gösteren tutarlı bir veri bulunmamaktadır. Nörofizyoloji, kişilik özellikleri, cinsel öykü, pletismografi ve nörogörüntüleme çalışmaları, pedofili ile erken beyin gelişimi ilişkisini ortaya çıkarmış olmakla birlikte pedofilinin nörobiyolojik temeli tam olarak halen bilinmemektedir. Bütün bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde pedofilinin nörogeşimsel bir bozukluk olabileceği düşünülmektedir.[44,45]

Nöroanatomik Teoriler

Pedofili etiolojisinde iki nöroanatomik teori öne çıkmaktadır: Frontal Yönetmel İşlevlerdeki Bozukluklar Teorisi (Frontal Dysexecutive Theory) ve Temporal-Limbik Teori. Ancak son zamanlarda hem temporal lob (rahatsız edici, aşırı cinsel istek) hem de frontal lob (davranışsal disinhibisyon) bölgelerinde işlev bozukluğu olduğunu bildiren çift işlev bozukluğu (double dysfunction) varsayımı desteklenmektedir.[45]

Frontal Yönetmel İşlevlerdeki Bozukluklar Teorisi, frontal korteks işlev bozukluğuna bağlı olarak baskılanmanın kalkması (disinhibisyon) sonrası cinsel davranış bozukluklarının ortaya çıktığı gerçeği gözönünde bulundurularak oluşturulmuştur. Pedofili olguları ve diğer cinsel saldırıda bulunan bireylerin Kontrollü Sözcük Bağlantı, Hazzın Geciktirilmesi, Porteus Labirent, Stroop ve Wisconsin Kart Eşleme gibi nörofizyolojik testler sonucunda amaçlı yürütücü işlevlerinin bozuk olduğunun saptanması bu teoriyi desteklemektedir.[44] Pedofili ve diğer kompulsif cinsel davranış bozukluklarının; dürtü kontrol bozuklukları, kleptomani, piromani, patolojik kumar ve trikotillomani gibi obsessif-kompulsif spektrum bozuklukları ve Tourette sendromu gibi nörolojik bozukluklarla benzerliği bu teoriyi destekleyen bir diğer bulgudur.[46,47] Pedofili ve obsessif-kompulsif spektrum bozukluklarının etiolojisi tam olarak anlaşılammış olsa da, her iki bozuklukta da beynin aynı bölgelerinde anormallikler saptanmakta, önemli fenomenolojik (tekrarlayıcı davranış ve davranış inhibisyon bozukluğu) ve genetik benzerlikler (dopamine reseptör allelleri) bulunmakta ve 5-HT (serotonin) sistem düzenleyicileri her iki durumda da tedaviye yardımcı olmaktadır.[46,48]

Beyindeki yapısal anormalliklerin sosyal ve antisosyal davranışların gelişmesinde etkili olduğu bilinmektedir. Striato-talamo-kortikal döngü ve frontal lobların dopaminerjik innervasyonunun, dürtüsellik, bağımlılık ve kompulsif davranış eğilimlerinin patofizyolojisinde önemli rol oynadığı bilinmektedir.[49,50] Özellikle lateral orbitofrontal bölge, disinhibisyon ve cinsel kompulsif davranışlar gibi uyaran kontrollü davranışlarla ilgili bölgedir.[51] Bu veriler pedofilik bireylerde frontostriatal sistemle ilgili beyin bölümlerinde yapısal anormallikler olabileceği hipotezini doğrumuştur. Pedofili ile frontostriatal morfolojik anormallikler arasında ilişki olduğuna işaret eden veriler giderek artmaktadır. Beyin görüntüleme ve fonksiyonel inceleme çalışmaları obsessif-kompulsif spektrum bozuklukları ve Tourette sendromunda frontostriatal döngü, bazal ganglion, serebellum ve insulada anormallikler olduğunu göstermiştir.[52,53,54]

Benzer şekilde beyin görüntüleme çalışmalarında kontrollere kıyasla pedofilik bireylerde ventral striatum, insula, orbitofrontal korteks ve serebellumda bilateral olarak azalmış gri cevher hacmi, unilateral ve bilateral frontal lob, temporal lob ve serebellar değişiklikleri tespit edilmiştir. Schiffer ve arkadaşlarının 24 homoseksüel ve heteroseksüel sağlıklı kontrollerle, 18 pedofilik olguyu beyin manyetik rezonans (MR) görüntüleme yöntemiyle karşılaştırdıkları çalışmalarında, pedofilik bireylerde ventral striatum, orbitofrontal korteks ve cerebellum bölümlerinde gri cevherde azalma olduğunu saptamışlardır.[45] Bu bulguların obsesif-kompulsif spektrum bozuklukları ile pedofilinin ortak bir etiyolojiyi paylaştığına dair hipotezleri desteklediği ileri sürülmüştür.

Pedofiliyi açıklamak üzere ortaya konan Temporal-Limbik teori; cinsel davranış ve davranışsal disinhibisyonun temporal lob yapıları tarafından düzenlendiği verisine dayanılarak oluşturulmuştur.[44] Temporal lob epilepsisi, Kluver-Bucy sendromu (temporal loblarda bilateral lezyon) gibi temporal lobla ilgili bozukluklarda hiperseksüel ve hiposeksüel davranışlar görüldüğü bilinmektedir. Temporal lobun erotik ayırım yapma ve uyarılma eşiği ile ilgili olduğu gösterilmiştir. Pedofili olguları ile kontrollerin karşılaştırıldığı beyin görüntüleme çalışmalarının çoğunda temporal lob anormallikleri saptanmıştır. Pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışmalarında sağ inferior temporal korteks ile süperior ventral frontal gyrusda glukoz metabolizmasında azalma olduğu tespit edilmiştir.[22]

Nöroradyolojik farklılıkların, erken beyin gelişimindeki bozukluklar sonucu gelişebileceği gibi, pedofili olgularında görülen psikiyatrik bozukluklara bağlı olarak oluşabileceği de ileri sürülmektedir. Bu değişiklikler pedofili olgularına sıklıkla eşlik eden bazı kişilik bozuklukları ve birçok diğer psikiyatrik bozukluklarda da saptanmıştır.[22] Özellikle travma sonrası stres bozukluğu olan hastalarda ve pedofili olgularında fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmalarında prefrontal korteks, orbitofrontal korteks ve insula bölgelerinde benzer değişiklikler saptanmıştır. Bu bulgular pedofili olgularında beyinde görülen değişikliklerin, beyin gelişimi veya olgunlaşması ile ilgili sorunlardan mı yoksa çocuklukta fiziksel ya da cinsel istismara uğrama gibi yaşam olaylarından mı kaynaklandığı sorusunu akla getirmektedir.[55,56]

Pedofili olgularındaki nörokimyasal farklılıkları araştıran çalışmalarda; serotonin fonksiyonu ve metabolizmasında farklılıklar olduğu gözlemlenmiştir. Serotoninin parafililerde de sıklıkla sorun olan dürtü kontrol bozukluğundaki rolü uzun süredir bilinmektedir. Maes ve arkadaşları pedofili olguları ile kontroller arasındaki nörokimyasal farklılıkları karşılaştırdıkları çalışmalarında; pedofili olgularında serotonerjik bozuklukların presinaptik

serotonerjik nöron aktivitesinde azalma ve serotonin-2 postsinaptik reseptör aşırı duyarlılığı nedeniyle ortaya çıkabileceğini belirtmişlerdir.[57,58]

Pedofilik bireylerin bilişsel özelliklerinin normal kontrollerle karşılaştırıldığı çalışmalarda; pedofilik bireylerde görsel-uzaysal ve sözel bellek puanlarında normalden sapma gösterdiği, pedofilik bireylerin zekâ düzeylerinin normalere göre düşük olduğu tespit edilmiştir.[44] Blanchard ve arkadaşları 679 pedofilik bireyin ortalama zekâ düzeylerini inceledikleri çalışmalarında, heteroseksüel pedofilik bireylere göre biseksüel ve homoseksüel pedofiliklerin ortalama zekâ düzeylerinin önemli derecede düşük olduğunu saptamışlardır.[59]

Blanchard ve arkadaşları, 1206 bireyde kafa travması öyküsü ile pedofilik olma ilişkisini araştırmışlardır. Bu çalışmada 6 yaşından önce bilinç kaybının eşlik ettiği kafa travması öyküsü bulunan bireylerde zekâ ve eğitim düzeylerinin daha düşük ve pedofili görülme oranının yüksek olduğunu saptamışlardır. Blanchard ve arkadaşları bu sonuçları erken çocukluk dönemindeki yaralanmalar ve nörogelişimsel farklılıkların bireylerin çocuklara cinsel yönelim geliştirmesinde etkili olabileceğini belirten teorileri desteklediği şeklinde yorumlamışlardır.[9]

Çevresel ve Sosyal Faktörler

Birçok araştırma ve teori, çevresel ve sosyal faktörlerin pedofili gelişiminde etkili olabileceğini bildirmektedir. Bu teorileri destekler şekilde pedofilik bireyler çoğunlukla çocuklara cinsel saldırı öncesi dürtü ve isteklerinin artmasında çevresel bir stresin rol oynadığını belirtirler. Ek olarak çocuklara yönelik cinsel istismarda bulunan bireylerin çoğunun çocukluklarında cinsel istismara uğradıkları birçok çalışmada gösterilmiştir. Bir bireyin ileride çocuğa cinsel saldırıda bulunma olasılığını arttırdığı tespit edilen en önemli çevresel neden, kişinin kendisinin çocuklukta cinsel olarak istismara uğramasıdır.[60] Bu ilişki "mağdurluk-saldırganlık döngüsü" veya "mağdur edilmiş-mağdur eden fenomeni" olarak adlandırılır. Bu durumun sıklığı ve yaygınlığı %28 ile %93 arasında çalışmadan çalışmaya, örneklemin nereden ve nasıl alındığına göre çok çeşitlilik gösterir. Kadınlarda bu durumun daha belirgin olduğu, çocuğa cinsel saldırıda bulunan kadınların %47 ile %100 oranında çocuklukta cinsel istismara uğradıkları belirtilmektedir. Homoseksüel yönelimi olan pedofiliklerin heteroseksüel yönelimi olan pedofiliklerden daha sık olarak çocuklukta cinsel istismara uğrarlar. Bazı çalışmalarda cinsel istismarda bulunacakları çocuklarda yaş tercihi olan pedofiliklerin kendilerinin cinsel istismara uğradıkları yaştaki çocukları seçtikleri belirlenmiştir.[22] Kendisi çocukluğunda cinsel istismara maruz kalan pedofilik bireylerin çoğunun mağdur çocukları aile içinden değil aile dışından

seçtiklerini gösteren çalışmalar bulunmaktadır.[61] Salter ve arkadaşları çalışmalarında mağdur-saldırgan bireylerin %26'sının aile bireyleri içinden çocuğa cinsel istismarda bulduklarını, %61'inin ise mağdur olarak aile dışından çocuklara cinsel istismarda bulduklarını saptamışlardır.[62]

"Mağdurluk-saldırganlık döngüsü" veya "mağdur edilmiş-mağdur eden fenomeni"ni açıklayan birçok teori bulunmaktadır. Bunların başında saldırganla özdeşim; mağdur durumundan kurtulmak için çocuğun saldırganı örnek alarak yeni ve farklı bir kimlik oluşturma çabası yer alır. Bu durum için ortaya konan diğer açıklamalar; erken yaştaki cinsel istismar nedeniyle oluşan bozuk cinsel uyarılma örüntüsünün oluşması, erken yaştaki cinsel istismara bağlı gelişen hiperseksüel davranışlar, sosyal öğrenme yoluyla pedofilik eğilimin edinilmesidir. Ancak kendisi çocukluğunda cinsel istismara uğrayan birçok bireyin yetişkinlikte istismar eden olmadığı da akılda tutulmalıdır. Ek olarak pedofilik bireylerde yapılan çalışmalarda çocukluğunda cinsel istismara uğradığını belirten bilgilerin bu bireylerin kendilerinden alındığı, davranışlarının hoş görülmesi, daha az ceza alma uğraşları olabileceğinden dolayı gerçek oranın farklı olabileceği akılda tutulmalıdır.[14,60]

Pedofilik özelliklerin ortaya çıkmasında çocukluk döneminde özdeşleşeceği birilerinin olmaması, sosyal bileşenler açısından patolojik bir aile yapısına sahip olmaları, destek sistemlerinden yoksun olmaları sorumlu tutulmaktadır. Pedofilik yapının ortaya çıkmasında çocukluk ve ergenlik dönemindeki gelişimsel ve ailesel faktörlerin etkisine dikkat çeken Tardif ve Van Gijseghe bu bireylerde gelişim döneminde yaşanan sorunlar nedeniyle ego bütünlüğü ile ilgili sorunlar olabileceğini belirtmişlerdir.[32] Sağlıklı, dengeli ve psikososyal uyuma yönelik bir ego oluşması gelişimsel dönemde özdeşimler ve olgunlaşma sonucunda sağlanır. Ego yapılanması aşamasında sorun olan bireylerin sonraki dönemlerde ilişkisel problemlere eğilimli, sosyal uyumu bozuk bireylere dönüşebilecekleri öne sürülmektedir. Tardif ve Van Gijseghe, pedofilik bireylerin beden algısı ve ego bütünlüğünü inceledikleri çalışmada; kontrollere göre pedofilik bireylerde beden algısı ve ego bütünlüğü ile ilgili sorunların daha fazla olduğunu saptamışlar.[32]

Gelişim sürecinde özdeşimler yoluyla bireyin kendilik duygusu, diğerleriyle ilişki kurma ve cinsel yönelim gelişiminin gerçekleştiği, özdeşim sürecinde yaşanan sorunların bireylerin kişilerarası ilişkiler ve sosyal uyumlarının bozuk olmasında etkili olduğu ortaya konan teorilerde vurgulanmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalarda da, pedofilik bireylerin kişilerarası ve sosyal uyumlarında sorunlarının bulunduğu tespit edilmiştir. Ayrıca büyük çoğunluğunda aile içerisinde şiddet olgusu, aile içi sorunlar,

ebeveyn ve çocuk ilişkisinde sorunlar, bağlanma bozuklukları, olumsuz ebeveyn algısı bulunduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bütün bu veriler pedofilik yapının gelişmesinde aile ortamı ve anne-babanın rolünün önemini göstermektedir.[32]

Cinsel istismarda bulunan bireylerin genel olarak eğitim ve sosyoekonomik düzeyleri düşüktür. Pedofilik bireylerin yaklaşık olarak %61'inin sınıf tekrarı yaptığı ya da özel alt sınıflarda eğitim gördükleri saptanmıştır. Pedofilik bireylerin genel toplum örneklerine oranla daha düşük eğitim düzeyine sahip oldukları ve işsizlik oranlarının yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Ancak burada örneklerin genelde hapis yatan, yakalanan gruptan alındığı, bu nedenle bu tür olguların hepsine genellenemeyeceği akıldan çıkarılmamalıdır.[44]

Blanchard ve arkadaşları 260 pedofilik birey ile 260 sağlıklı kontrolü inceledikleri bir çalışmada; homoseksüel pedofili ile doğum sırası arasında bir bağlantı saptamış, bu bireylerin çoğunun kendilerinden büyük bir erkek kardeşe sahip olduklarını belirlemiştir. Benzer bulgular erişkin homoseksüelliği ile doğum sırası ilişkisinde de gösterilmiştir. Diğer bazı çalışmalarda ise anne yaşının ileri olması ile pedofilik olma arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Doğum sırası ile pedofili arasındaki ilişkiyi açıklamada daha önce erkek çocuk doğurmuş multipar kadınların kanında anti-erkek antikörlerinin olabileceği, bunlarında fetüsün nörogelişimini etkileyebileceği şeklinde teoriler de bulunmaktadır.

Ancak tüm bu veriler ve pedofili arasında gözlenen ilişkinin sosyal faktörlere mi yoksa biyolojik faktörlere mi bağlı ortaya çıktığı henüz kesin biçimde aydınlatılabilmemiş değildir.[27]

Pedofili ile Birlikte Bulunan Psikiyatrik Bozukluklar

Pedofilik bireylerde bulunan diğer psikiyatrik bozukluk eştanılarının saptanması bireye özgü psikoterapi, ilaç tedavisi ve uygun tedbirlerin alınması açısından önemlidir. Pedofili olgularının çoğunluğunda başta diğer parafililer olmak üzere diğer birçok psikiyatrik hastalık ektansının bulunduğu bildirilmektedir.[39] Birlikte en sık görülen psikiyatrik bozukluklar duygudurum bozuklukları (%60-%80) ve anksiyete bozuklukları (%50-%60)'dır.[63] Ayrıca pedofilik bireylerde aralıklı patlayıcı bozukluk, kleptomani, piromani, patolojik kumar oynama gibi dürtü kontrol bozuklukları da sıklıkla (%30-55) görülebilir.[21]

Pedofilik bireylerde kişilik bozuklukları yaygın (%70-%80) olarak görülür. Bir çalışmada; bu olgularda C kümesi kişilik bozukluklarının %43; B kümesi

kişilik bozukluklarının %33 ve A kümesi kişilik bozukluklarının %18 oranında bulunduğu bildirilmiştir. [64]

Bogaerts ve arkadaşları, aile içi ve aile dışı çocuğa cinsel istismarda bulunan olgularda kişilerarası ilişkiler ve kişilik bozukluklarını araştırmışlardır. Bu çalışmada ailedeki kişilerin çocuğa cinsel istismar uyguladıkları durumlarda, bu kişilerde şizoid, narsistik ve kaçınan kişilik bozukluklarının yaygın olduğu; aile dışı kişilerde ise antisosyal, narsistik ve pasif agresif kişilik bozukluklarının yaygın olduğu saptanmıştır.[29] Raymond ve arkadaşları [10] 45 erkek pedofili olgusunda DSM-IV eksen-I ve eksen-II bozukluklarının görülme sıklığını araştırdıkları çalışmada; olguların %33'ünün (n=15) yaşam boyu en az bir diğer parafilik bozukluk ektanısı aldığını, %93'ünün (n=42) yaşam boyu en az bir eksen I psikiyatrik hastalık ektanısı aldığını, sadece 3 olgunun ek bir psikiyatrik hastalık tanısı almadığını saptamışlardır. Bu çalışmada en sık görülen psikiyatrik bozukluk ektanısının duygudurum ve anksiyete bozuklukları olduğu, kişilik bozukluklarının da oldukça yaygın biçimde görüldüğü bildirilmiştir. En sık görülen kişilik bozuklukları sırasıyla obsesif-kompulsif, antisosyal, kaçınan, narsistik ve paranoid kişilik bozukluklarıydı.[10]

Pedofili olgularında alkol ve madde kullanımının oldukça yaygın olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Raymond ve arkadaşları, 45 erkek pedofilik bireyin %51'inin (n=23) yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu tanısı aldığını, %44'ünün (n=20) ise madde kullanım bozukluğu tanısı aldığını bildirmişlerdir.[10]

İnternet ve Çocuk ve Ergenlerin Cinsel İstismarı

Pedofilikler, çocuğun cinsel istismarı eylemlerinde çocuk pornosu ya da internet kullananlar ve kullanmayanlar olarak da iki gruba ayrılabilir.[65] Çocuk pornografisi ürünlerini seyreden kişilerin %30 ile %80'inin bir çocuğa cinsel istismarda bulunduğu bildirilmektedir. Bu araçları kullanan pedofili OLGULARININ beş farklı grup özelliklerine sahip olduğu gösterilmiştir. Bunlar: 1. Takipçiler: çocuklara ulaşmak için kullananlar; 2. Geziciler: fiziki kontak olmadan cinsel haz yaşamak için kullananlar; 3. Mastürbatörler: internetteki çocuk porno görüntüleriyle cinsel haz sağlayanlar; 4. Açgıclar: diğer pedofilik bireylerle ilişki kuran, çocuk pornosu yayan, satan ve 5. Kombine özellikleri olanlardır.[66]

Cinsel sapkınlığı olan bireyler için internet ortamı bilgi edinme, mağduru belirleme ve ilişki kurma, fantezi geliştirme, diğer sapkınlığı olan kişilerle bağlantı kurma gibi birçok istek ve ihtiyaçlarını karşılamak için bir araç olmaya başlamıştır. İnternet ortamında bilinmez olma ve karşı karşıya gelme-

den ilişki kurma fırsatı nedeniyle normal sosyal ortamlardaki inhibisyonlar ve sınırlamalar kolaylıkla ortadan kalkabilmektedir. İnternet ortamında utanma ve kaygının az olması kişilerin normalde sınırlayacağı diyaloglara veya yaşantılara girmesinin önünü açarak bilmediği kişilerle yakınlık kurmalarına yol açabilmektedir.[67] Ayrıca, internet daha önceleri yalıtılmış olan pedofili gibi cinsel sapkınlar için destek gruplarının oluşmasını sağlayarak, eyleme dökmeye cesaret edemediği fantezilerini uygulamaya başlamasına sebep olabilmektedir.[67]

Davranışsal kısıtlamaları kaldıran internet, fantezi ile gerçeklik arasındaki sınırları kaldırarak kişilerin fantezilerini keşfetme ve geliştirmelerine yol açabilmektedir. Gerçek dünyada bir çocuğa cinsel olarak ilgi duymayan biri internet ortamında ne olabileceğini görmek için bunu deneyebilir. Gerçek dünyada mağdur olma riski düşük olan bir çocuk, internette baskılanmanın azalması nedeniyle bu yönden yüksek riskli hale gelebilir. İnternet fantezi ve aktarım gelişimini arttırabilir. Bu açıdan internet kişinin yüzünden daha fazla şeyi örten bir maskeye benzetilmektedir. Mağdur için ortada sadece online yorumlayabileceği pedofilik kişilerin sözleri bulunmaktadır. Yüz ifadesi, ses tonu, vücut dili gibi birçok fiziksel faktör bulunmamakta, mağdur bilinçaltı ihtiyaçları ve yansımaları ile baş başa kalmaktadır. On üç yaşında bir kız kilometrelerce uzakta yaşayan 14 yaşında bir erkek ergenle cinsel fantezilerini paylaşmak isteyebilir, oysa bu kişinin yakınlarda oturan orta yaşlı bir erkek olduğunu bilse bunları paylaşmaktan rahatsızlık duyacağı için çekilir. Birçok ergen aynı yaşta sanıp aylarca cinsel içerikli paylaşımlar yaptığı kişilerin orta yaşlı pedofilik kişiler olduğunu ve bunların gerçek isteklerini öğrendiklerinde büyük şok yaşarlar.[68]

Gerçek bir kişiden duygusal-algısal uyarının olmadığı internet ortamında, cinsel sapkınlığı olan bireyin davranışlarının ortaya çıkmasında fantezi daha büyük bir rol oynar. Mağdur cinsel sapkınlığı olan bireyin yansımaları ve narsistik fantezilerinin hedefi olabilir, cinsel sapkınlığı olanı birey mağdurun fantezilerini kullanarak onu kullanabilir. İnternet ortamında bulunan kolay ve hemen yakınlık kurabilme olanağı kişiler için çekici olmaktadır. Utangaç, problemlili bir kişi bu sorunlarını yüzü olmayan dinleyici ile kolaylıkla paylaşabilmektedir.[69]

Pedofilikler genellikle belli planlar içinde mağdur çocuğun bazı özelliklerini kullanarak cinsel istismar eylemini gerçekleştirmektedir. Mağdura yaklaşmakta kullandığı özellikler duygusal, psikolojik, fiziksel veya bunların bileşimi olabilmektedir.[70] Saldırgan mağdur çocuklar hakkında bilgi toplayabilmekte, bu bilgileri mağdurun güvenini kazanmak ve onu kontrol etmek için kullanabilmektedir. Pedofilikler interneti mağduru cinsel istismara hazırlamak için kullanabilmekte, mağdurun direncini azaltarak, cinsel

ilişkiye geçme planı için onunla güven ve korku temelli bir ilişki geliştirmektedir.[71]

Yakın zamanlara kadar çocuklarla toplum içinde akrabalar, öğretmenler gibi sadece güvenilir kişiler uzun süreli ilişkiye girebilmekteydi. İnternet pedofilikler için mağdurlara uzun süre ulaşmak, bu süre içinde mağdurun güvenini kazanmak, onu kontrol altına almak ve onunla gerçek ortamda buluşma ayarlamak için çok büyük imkânlar sunmaya başladı. Günümüzde internet neredeyse herkesin çocuklarla kendi evinde, anne baba yan odayken ilişkiye geçmesine imkân tanımaktadır. İnternet pedofilik kişilerin mağdurla güven ilişkisi geliştirmek, mağduru hazırlamak, kontrol etmek ve mağdurun istismarı haber vermesini önlemek için sıklıkla kullandığı ortamlar olmaya başlamıştır. Hazırlama aşaması genellikle pedofiliklerin mağdurun yalnızlık, düşük benlik saygısı, cinsel merak, deneyimsizlik gibi bazı duygularını, para gibi bazı maddi ihtiyaçlarını kendi çıkarına kullanarak bağ geliştirmesini içermektedir. Pedofilikler bağ geliştirdikten sonra mağduru kolayca ikna ederek ilişkiyi gizli tutmasını sağlamaktadırlar. Bu gizli psikolojik güç pedofilikler için güçlü bir silahtır.[71]

İnternet ayrıca pedofiliklerin kendini istediği yaş ve cinsiyette göstermek yoluyla mağdurun güvenini kazanarak kimliğini ve adresini saklama imkânı sağlar. Pedofilikler internet yoluyla diğer pedofilik özelliklere sahip kişilerle bilgi ve verileri paylaşma olanağı da bulurlar. Ayrıca, internet pedofilik kişilerin mağdura fizik olarak saldırmadan zarar vermelerine de aracı olmaktadır. Buna karşın, yeni teknolojilerin ortaya çıkması saldırganların davranış şekillerini tamamen değiştirmesini sağlamamaktadır. İnternetin keşfinden önce de pedofilik kişiler bilgileri ve mağdurları değişik tokuş yapmak için başka uluslararası bağlantı yolları geliştirmişlerdi. İnternet ise pedofilik kişilerin kaygı ve sıkıntıdan uzak olarak bilgi toplaması, mağdur ile ilişki kurması, kontrol etmesi, güven ve kontrol ilişkisi geliştirmesi için kolaylaştırıcı ve cazip bir araç olmuştur.[67,72]

Pedofilide Tedavi Yöntemleri

Çocuklara cinsel istismarda bulunan bireylerin hepsinin pedofilik olmadığı bilindiğinden, hem adli hem de klinik durumlar için tedavi başlamadan önce pedofilik birey ile pedofilik olmayan bireyin ayırımı önemlidir. Pedofilik bireylerin erişkinle ilişki kurmasına imkân olduğu, çocuğa yönelmesine bir neden olmadığı halde bile cinsel uyarılmayı sağlayan fanteziler çocukları içermektedir.[73] Pedofili olgularında birey tedaviye istekli değilse hiçbir tedavi yöntemi etkili olmamaktadır. Kendi istekli olmadığı durumda uygulanan psikoterapi, farmakolojik tedavi ve cerrahi kastrasyon gibi bütün tedavi

yöntemleri sırasında pedofilik bireylerin eylemde bulunmaya devam ettikleri belirlenmiştir. Uzun süreli psikoterapi, farmakolojik tedavi sonrasında cinsel arzu ve istekte azalma saptanmasına karşın bu bireylerin çocuğa cinsel yönelimlerinde bir farklılık tespit edilmediği için günümüzde pedofilik bireylerin tedavisinde hedef çocuklara cinsel yönelimi değiştirmek olmayıp, yeniden eylemde bulunma oranlarını azaltmaya yöneliktir.[74] Hiç bir tedavi yönteminin bu bireylerde problemlili olduğu tespit edilen vicdan ve ahlaki sorumluluk duygusu üzerinde bir etkisi bulunmamaktadır.[75] Pedofilik bireylerin yeniden eylemde bulunma oranlarını azaltmaya yönelik tedavide sıkı adli ve klinik izlem, kimyasal ve cerrahi kastrasyon, psikoterapi ve psiko-farmakolojik ilaçlar kullanılmaktadır.[76]

Psikoterapi

Bireysel, grup ya da ikisinin kombinasyonu şeklinde uygulanan psikoterapi tedavinin önemli bir parçası olmakla birlikte etkinliği ve eylemlerin uzun dönemde kontrolü üzerindeki etkisi tartışılmaktadır. Son yıllarda pedofili olgularının tedavisinde, eylemde bulunma sıklığını azaltmada bilişsel-davranışçı tedavi yöntemlerinin umut vadeden seçeneklerden olduğu bildirilmektedir. Empati geliştirme teknikleri, cinsel dürtü kontrolü sağlama, relaps önleme ve biofeedback ile kombine edilen bilişsel çarpıtma ve yadsımayı hedef alan bilişsel davranışsal terapi yöntemlerinin uzun süreli izlem çalışmalarında kalıcı etkilerinin sürdüğü gösterilmiştir.[77,78] İçgörüyü sağlamaya yönelik ya da çevresel şartları düzenlemeye yönelik tedavilerde aynı başarı gösterilememiştir.[79] En iyi sonucun ise ciddi izlem, psikoterapi, hormon terapisi ile ilaç tedavisinin birlikte uygulanmasıyla alınacağı bildirilmektedir.[80]

Psikofarmakolojik Tedavi

İn vitro ve in vivo hayvan deneylerinde serotonin ve prolaktinin cinsel uyarılmayı baskıladığı, norepinefrin, dopamin, asetilkolin, enkefalinler, oksitosin, gonadotropin-salgılayıcı hormon (GnRH), folikül-stimüle eden hormon (FSH), luteinize eden hormon (LH), testosteron, dihidrotestesteron ve östrojen/progesteronun cinsel uyarılmayı arttırdığı gösterilmiştir. Bu nedenle parafilik durumların farmakolojik tedavisinde serotonin ve testosteron, dihidrotestesteron hedef alınır.[81] Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (Selektif serotonin reuptake inhibitors - SSRI) bütün parafililerde ve pedofili olgularının tedavisinde kullanılmaktadır. Etkili olduğunu gösteren açık uçlu çalışmalar ve olgu raporları bulunmakla birlikte şimdiye kadar pedofili tedavisinde SSRI ilaçların etkili olduğunu gösteren kontrollü bir

çalışma bulunmamaktadır.[73,82,83] SSRI'ların etkili olabileceği tezi bazı pedofilik bireylerde dürtü kontrolü ve serotonin anormallikleri olması ve pedofilik bireylerde obsesif kompulsif özelliklerin bulunması, SSRI ilaçların obsesif kompulsif bozukluklarda etkili olması nedenlerine dayanmaktadır.[45] SSRI'ların içsel ya da dışsal stres nedeniyle artan cinsel ruminasyonları ve cinsel isteği azalttığı bildirilmektedir.[21]

Pedofili tedavisinde son zamanlarda topiramet ve voltaj-bağımlı sodyum veya kalsiyum kanallarını düzenleyerek aminobutirik asit iletimini güçlendiren ve/veya amino-3-hidroksi-5-metil-4-isaksazol propionat glutamat reseptörlerini bloke eden ilaçların etkili olabileceği bildirilmeye başlanmıştır. Topiramet tedavisinin kumar, kleptomani, tıkanırçasına yeme ve madde bağımlılığı gibi bağımlılıkla ilgili bozukluklarda faydalı olduğu gösterilmiştir. Pedofili tedavisinde etkili olduğunu gösteren henüz ileriye dönük klinik araştırmalar bulunmamakla birlikte, birçok olgu sunumunda topiramet tedavisinin parafilik ve parafilik olmayan bireylerde (kompulsif cinsel davranışlar sergileyenler, kompulsif pornografi seyredenler, kompulsif mastürbasyon) istenmeyen kompulsif cinsel davranışları azalttığı bildirilmektedir. Etkinin başlaması 6 haftalık süre içinde gerçekleştiği, doz aralığının ise 50-100 mg olduğu bildirilmektedir.[84]

Cinsel İsteği Azaltmak İçin Uygulanan Tedaviler

Cerrahi Kastrasyon

Cerrahi kastrasyonun (orşidektomi: testislerin alınması) tekrar eylemde bulunma sıklığını %2 ile %5 oranına indirerek kesin olarak azalttığı, tekrarlayıcı eylemlerde bulunan pedofilik bireylerde bile etkili olduğu gösterilmiştir.[85] Ancak cerrahi kastrasyon uygulanmış erkeklerin üçte birinin operasyon sonrası cinsel ilişki yaşayabildiği saptanmıştır. Bu nedenle empotans yaratmadaki gücü yeterli bulunmamakta, dışarıdan testesteron alınarak cinsel istekte artış ve tekrar eylemde bulunma riski taşımaktadır.[86] Cerrahi kastrasyon ilk olarak 1892 yılında hiperseksüel davranışların tedavisi için İsviçre'de uygulanmaya başlanmış olup, 1970 yıllarına kadar birçok Avrupa ülkesinde ve ABD'de kullanılan bir yöntem olmuştur. Şimdilerde Avrupa'da sadece Almanya'da ve ABD'nin bazı eyaletlerinde (California, Florida, Iowa, Louisiana ve Teksas) uygulanmaya devam etmektedir.[81]

Schmucker ve Lösel [87] pedofilikler ve diğer cinsel saldırıda bulunan bireylerin tedavisini inceledikleri geniş kapsamlı meta-analiz sonucunda; kimyasal kastrasyon ve cerrahi kastrasyon sonrası, olguların üçte birinde hem genel hem de şiddet içeren eylemde bulunma oranlarında azalma olduğunu belirtmişlerdir. Bu analizde cerrahi kastrasyonun tekrar eylemde bulunma

sıklığını azaltmada etkili olduğunu, ancak cerrahi kastrasyon uygulanan bireylerin on yıl ve daha uzun süreli izlem sonuçlarında sadece %5'inin tekrar eylemde bulunmadıklarının tespit edildiğini belirttiler. Bu metaanalizde kimyasal kastrasyonun cerrahi kastrasyona üstünlüğünün geri dönülebilir olması olduğu, başka bir üstünlüğünün uzun dönemde bulunmadığı belirtilmiştir.[87]

Kimyasal Kastrasyon

Cinsel isteği azaltmak için kullanılan antiandrojen ilaçlar pedofili olgularındaki patolojik düzeyde olan cinsel takıntının yoğunluğunu azaltıp, bireyin kendini kontrol etmesine yardımcı olabilmektedir. Patolojik düzeyde olan cinsel takıntının yoğunluğuna müdahale edilmezse olgular buna yenik düşüp eylemde bulunabilirler. Libidonun azalması psikoterapiye cevabın artması açısından da önemli bulunmuştur.

Hormon tedavisinin geliştirilmesi sonucunda kimyasal kastrasyon adı verilen erkeklerde libidoya etkisi olan testesteron düzeyini düşürmek, bu yolla cinsel eylem sıklığını azaltmak konusu son yıllarda önem kazanmıştır. Kimyasal kastrasyonun cerrahi kastrasyona kıyasla geri döndürülebilir olma avantajı vardır. Ancak hormonal tedavilerin ciddi yan etkileri, tedaviyi devam ettirme, bırakma zorlukları gibi birçok olumsuz yönü bulunmaktadır. Uygulama sırasında klinik takip, ciddi izlem kayıtları ve sonlandırılması için psikiyatrik değerlendirme gerektirir. Diğer bir olumsuz yön ise tedavi bırakıldıktan sonra hem testesteron düzeylerinde ciddi bir artış hem de tekrar eylemde bulunma oranlarında rebound şeklinde bir artış ortaya çıkmasıdır. Diğer bazı farmakolojik ajanlarında etkili olduğuna dair çalışmalar bulunmakta, ancak bunların eylemde bulunma sıklığını azaltma etkileri ile ilgili kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır[88]

ABD Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration-FDA) tarafından onaylanmamış olmasına rağmen medroxyprogesterone acetate (MPA) ABD'de cinsel dürtü ve fantezileri azaltmak amacıyla çok yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır.[89] Benzer şekilde ciproteron asetat Kanada ve Avrupa'da aynı amaçla kullanılmaktadır.[90] Son yıllarda testesteron düzeyini düşürmek için başta flutamid ve nilutamid gibi antiandrojenler, triptorelin gibi GnRH analogları ve leuprolid asetat ve goserelin gibi LH agonistleri olmak üzere diğer birçok ilaç kullanıma girmeye başlamıştır.[80]

Kastrasyon ve Önleme Yasaları

ABD'de son yıllarda pedofilik bireyler için yeni kastrasyon yasaları geliştirilmiştir. ABD'de bu güne kadar 9 eyalette cinsel saldırı eyleminde bulunan bireylere kimyasal ya da cerrahi kastrasyon uygulamasını düzen-

leyen yasalar oluşturulmuştur. Kaliforniya, 1996 yılında cinsel saldırı eyleminde bulunan belirli özelliklere sahip bireylere kimyasal ya da cerrahi kastrasyonu uygulamaya koyan ilk eyalet olmuştur. Uygulamaya katılan 9 eyalet içinde 4 tanesi sadece kimyasal kastrasyon uygulamasına izin verirken (Georgia, Montana, Oregon ve Wisconsin), 4 eyalet (Kaliforniya, Florida, Iowa ve Louisiana) kimyasal ya da isteğe bağlı cerrahi kastrasyon uygulamasını benimsemiştir. Bu eyaletler içinde sadece Teksas tedavi seçeneği olarak sadece isteğe bağlı cerrahi kastrasyon uygulamasını kabul etmektedir.[89]

Ülkemizde 2005 yılında yürürlüğe giren Türk Ceza Kanununun (TCK) 103 maddesi; çocuğa cinsel istismarda bulunanların cezalandırılması ile ilgili ağırlaştırıcı maddeler içermektedir. TCK'nın 103/6 maddesi çocuğa cinsel istismarda bulunanların cezasının ağırlaştırılması için çocuğun beden ve ruh sağlığının bozulması şartını getirmiştir. Ancak bu madde hekimler, hâkimler arasında çok değişik yorum ve uygulamalara yol açmış, uygulamada sanıkların daha az ceza ile serbest kalmaları nedeniyle çocukların bu kişilerin tarafından yeniden istismar edilmesinin önüne geçilememiştir. Ek olarak TCK'da bu bireylerin tekrar eylemde bulunma ihtimaline karşı kayıt altına alınması, izlenmesi ve tedavisi ile ilgili henüz hiç bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Ancak bu kişilerin yargılanması ve cezalandırılmasında büyük sorunlar yaşanması, suçun tekrar işlenmesinin önlenememesi nedeniyle bu bireylerin saptanması, kayıt altına alınması ve tedavisi ile ilgili TCK'da yasal değişiklik önerileri gündemdedir.

Eğitim ve Önleme

Cinsel istismarı ortadan kaldırmanın en etkin yolu oluşmasını önlemektir, buna yönelik programlar da geliştirilmektedir. Çocuklara yönelik bu programlar, olası istismar durumlarını tanımlarını, uygun bir yolla tepki göstermelerini ve böyle bir durumda güvendikleri bir erişkine olayı anlatmalarını hedeflemektedir. Toplumsal farkındalık ve araştırmaların 1980'li yıllarda artışı Kuzey Amerika ülkelerinde cinsel istismarın önlenmesine yönelik programların ortaya çıkmasıyla sonuçlanmıştır. ABD'de cinsel saldırıda bulunan bütün bireyler için üç tür kanuni düzenleme geliştirilmiştir, ancak uygulamada eyaletlere göre farklılıklar bulunmaktadır. Bunlar; cinsel saldırıda bulunan bütün bireylerin yerel adli birimlerce ev adresi, iş durumu, yaşadığı kişiler gibi bilgilerinin kayıt altına alınmasının yanında, kayıt altına alınan bu bireylere ait bilgilerin bir kısmının topluma açık hale getirilme zorunluluğu ve eylemi sonucu aldığı hapis cezasını takip eden dönemde

tedaviye başlama zorunluluğudur. Örneğin New York eyaletinde internet adresleri ve kullandıkları isimleri bildirmeleri de zorunlu tutulmuştur.[75]

Gelişmiş ülkelerde bireylerin küçük yaşlardan başlayarak cinsel istismardan korunabilmeleri için kişisel güvenlik, iyi dokunuş kötü dokunuş gibi okul temelli beceri eğitimi programlarının uygulanarak, bireylerin cinsel istismara karşı uyanık, bilinçli ve donanımlı olmalarının sağlanması hedeflenmektedir. Ülkemizde cinsel istismarın önlenmesinde polisiye, adli tedbirler, yasalar ya da istismara maruz kalan çocukların kliniklerde sağaltımlarında büyük sorunlar yaşanmaktadır. Henüz cinsel saldırıda bulunan bireyler için özel kanuni düzenleme geliştirilmemiştir. Ancak çocukların cinsel istismara maruz kalmadan önce kendi güvenliklerini sağlamaya yönelik okul temelli önleme çalışmalarının planlanmasına başlanmıştır. Ebeveyn ve öğretmenlerin cinsel istismar ile cinsel istismarın yaşandığına ilişkin ipuçlarının neler olduğu ve yasal olarak hakları ve sorumlulukları konusunda bilgilendirilmeleri konusunda etkin programlar geliştirilmesi gereklidir.[91]

Ülkemizde pedofilik bireylerin yargılanması ve cezalandırılmasında büyük sorunlar yaşanması, suçun tekrar işlenmesinin önlenememesi nedeniyle bu bireylerin saptanması, kayıt altına alınması ve tedavisi ile ilgili yasal düzenlemelerin acilen yapılması gereklidir. Ek olarak cinsel istismara maruz kalan çocukların kliniklerde sağaltımlarında yaşanan sorunların çözümü tüm illerde Çocuk Koruma Merkezleri oluşturarak sağlanabilir.

Sonuç

Pedofili karmaşık, kompulsif, psikoseksüel bir bozukluk olup, çocukların istismarı ve istismarın toplumsal etkileri açısından çok önemli sorunlara yol açar. Klinisyenlerin pedofilik bireylerin özelliklerini, farklılıklarını, çeşitlerini tanımaları, istismar riski olan çocuklar hakkında bilgi sahibi olmaları, pedofilik bireylerin tekrar eylemde bulunma riskleri ve tedavi yöntemleri ve tedaviye cevap özelliklerini bilmeleri bu durumun olabildiğince kontrol altına alınması açısından önemlidir. Pedofilik bireylerin tekrar eylemde bulunma riskinin azaltılmasında farmakolojik ve davranış terapisinin yakın adli ve klinik izleme birleştirilmesinin en etkili yöntem olduğu bilinmektedir. Ancak bütün bu yöntemlerin hepsi kullanılsa bile bu bireylerin çocuğa cinsel yönelimlerinin değişmeyeceği akılda tutulmalıdır. Cinsel istismarı ortadan kaldırmanın en etkin yolunun oluşmasını önlemek olduğu bilinmektedir. Ülkemizde pedofilik bireylerin yargılanması ve cezalandırılmasında büyük sorunlar yaşanması, suçun tekrar işlenmesinin önlenememesi nedeniyle bu bireylerin saptanması, kayıt altına alınması ve tedavisi ile ilgili yasal düzenlemelerin acilen yapılması gereklidir. Çocukların pedofilik bireyler tarafından

cinsel olarak istismar edilmesinin önüne geçmek için daha ileri klinik çalışmalarla pedofilik bireylerdeki farklılıkları tespit etmek, etkili adli, klinik yöntemler ve tedaviler geliştirmek gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Lee J, Jackson H, Pattison P, Ward T. Developmental risk factors for sexual offending. *Child Abuse Negl* 2002; 26:73-92.
2. Craissati J, McClurg G. The challenge project: Perpetrators of child sexual abuse in South East London. *Child Abuse Negl* 1996; 20:1067-1077.
3. Çeçen AR. Çocuk cinsel istismarı: Sıklığı, etkileri ve okul temelli önleme yolları. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2007;4:1-17.
4. İşeri E. Cinsel istismar. In *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* (Eds FÇ Çetin, B Pehlivan Türk, F Ünal, R Uslu, E İşeri, T Türkbay, A Coşkun, S Miral, N Motavallı): 470-477. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2008.
5. Snyder HN. *Sexual Assault of Young Children as Reported to Law Enforcement: Victim, Incident, and Offender Characteristics*. Washington, DC, USA, US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, 2000.
6. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV-TR)* (E.Köroğlu, Çev.). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001.
7. Freund K, Scher H, Chan S, Ben-Aron M. Experimental analysis of pedophilia. *Behav Res Ther* 1982; 20:105-112.
8. Abel GG, Harlow N. *The Stop Child Molestation Book*. Philadelphia, USA, Xlibris, 2001.
9. Blanchard R, Christensen BK, Strong SM, Cantor JM, Kuban ME, Klassen P et al. Retrospective self-reports of childhood accidents causing unconsciousness in phallometrically diagnosed pedophiles. *Arch Sex Behav* 2002; 31:511-526.
10. Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, Christenson GA, Miner M. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* 1999; 156:786-788.
11. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry* 2009; 1:95-119.
12. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismar ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004; 35:82-86.
13. McConaghy N. Paedophilia: a review of the evidence. *Aust NZJ Psychiatry* 1998; 32:252-265.
14. Bagley C, Wood M, Young L. Victim to abuser: mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. *Child Abuse Negl* 1994; 18:683-697.
15. Akduman GG, Ruban C, Akduman B, Korkusuz I. Çocuk ve cinsel istismar. *Adli Psikiyatri Dergisi* 2005; 3:9-14.
16. Ceylan A, Tuncer O, Melek M, Akgün C, Gülmehmet F, Erden O. Van bölgesindeki çocuklarda cinsel istismar. *Van Tıp Dergisi* 2009; 16:131-134.
17. Vandiver DM, Kercher G. Offender and victim characteristics of registered female sexual offenders in Texas: A proposed typology of female sexual offenders. *Sex Abuse* 2004; 16:121-137.
18. Fagan PJ, Wise TN, Schmidt CW, Berlin FS. Pedophilia. *JAMA* 2002; 288:2458-2465.

19. Abel GG, Becker JV, Mittelman M, Cunningham-Rathner J, Rouleau JL, Murphy WD. Self-reported sex crimes of nonincarcerated paraphiliacs. *J Interpers Violence*. 1987;2:3-25.
20. Lanning KV. *Child Molesters: A Behavioral Analysis*. 4th ed. Alexandria, Va, National Center for Missing & Exploited Children, 2001.
21. Cohen LJ, Galyner II. Clinical features of pedophilia and implications for treatment. *J Psychiatr Pract* 2002; 8:276-289.
22. Hall RC, Hall RC. A profile of pedophilia: Definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clin Proc* 2007; 82:457-471.
23. Danni K, Hampe GD. An analysis of predictors of child sex offender types using presentence investigation reports. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2000; 44:490-504.
24. Murray JB. Psychological profile of pedophiles and child molesters. *J Psychol* 2000; 134:211-224.
25. Dickey R, Nussbaum D, Chevolleau K, Davidson H. Age as a differential characteristic of rapists, pedophiles, and sexual sadists. *J Sex Marital Ther* 2002; 28:211-218.
26. Green A. Child sexual abuse and incest. In *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*, 2nd ed (Ed M Lewis): 1041-1048. Baltimore, MA, Williams&Wilkins, 1996.
27. Blanchard R, Barbaree HE, Bogaert AF, Dickey R, Klassen P, Kuban ME et al. Fraternal birth order and sexual orientation in pedophiles. *Arch Sex Behav* 2000; 29:463-478.
28. Greenberg DM, Bradford J, Curry S. Infantophilia—a new subcategory of pedophilia? a preliminary study. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1995; 23:63- 71.
29. Bogaerts S, Declercq F, Vanheule S, Palmans V. Interpersonal factors and personality disorders as discriminators between intra-familial and extra-familial child molesters. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2005; 49:48–62.
30. Akbaş S, Turla A, Karabekiroğlu K, Senses A, Karakurt MN, Taşdemir GN ve ark. Cinsel istismara uğramış çocuklar. *Adli Bilimler Dergisi* 2009; 8:24-32.
31. Avcı A, Tahiroğlu AY. Cinsel İstismar. In *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* (Eds A Aysev, YI Taner): 721-736. İstanbul, Golden Print, 2007.
32. Tardif M, Van Gijsegem H. Do pedophiles have a weaker identity structure compared with nonsexual offenders? *Child Abuse Negl* 2001; 25:1381–1394.
33. Cohen LJ, Gans SW, McGeoch PG, Poznansky O, Itskovich Y, Murphy S et al. Impulsive personality traits in male pedophiles versus healthy controls: Is pedophilia an impulsive-aggressive disorder? *Compr Psychiatry* 2002; 43:127-134.
34. Gacono CB, Meloy JR, Bridges MR. A Rorschach comparison of psychopaths, sexual homicide perpetrators, and nonviolent pedophiles: where angels fear to tread. *J Clin Psychol* 2000; 56:757-777.
35. Curnoe S, Langevin R. Personality and deviant sexual fantasies: an examination of the MMPIs of sex offenders. *J Clin Psychol* 2002; 58:803-815
36. Whitaker DJ, Le B, Hanson RK, Baker CK, McMahon PM, Ryan G et al. Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child Abuse Negl* 2008; 32:529–548.
37. Hall GCN, Hirschman R. Sexual aggression against children: A conceptual perspective of etiology. *Crim Justice Behav* 1992; 19:8–23.

38. Ward T, Seigert RJ. Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective. *Psychol Crime Law* 2002; 8:319–351.
39. Marshall WL. Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: Their incidence and treatment. *Aggress Violent Behav* 2007; 12:16–35.
40. Ryan G. The relevance of early life experience in the treatment of sexually abusive youth. *Irish J Psychol* 1998; 19:32–48.
41. Tost H, Vollmert C, Brassens S, Schmitt A, Dressing H, Braus DF. Pedophilia: neuropsychological evidence encouraging a brain network perspective. *Med Hypotheses* 2004; 63:528–531.
42. Miller WB, Pasta DJ, MacMurray J, Chiu C, Wu H, Comings DE. Dopamine receptor genes are associated with age at first sexual intercourse. *J Biosoc Sci* 1999; 31:43–54.
43. Comings DE. Role of genetic factors in human sexual behavior based on studies of Tourette syndrome and ADHD probands and their relatives. *Am J Med Genet* 1994; 54:227–241.
44. Cantor JM, Kuban ME, Blak T, Klassen PE, Dickey R, Blanchard R. Grade failure and special education placement in sexual offenders' educational histories. *Arch Sex Behav* 2006; 35:743–751.
45. Schiffer B, Peschel T, Paul T, Gizewski E, Forsting M, Leygraf N et al. Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia. *J Psychiatr Res* 2007; 41:753–762.
46. Stein DJ. Neurobiology of the obsessive–compulsive spectrum disorders. *Biol Psychiatry* 2000; 47:296–304.
47. Castle DJ, Phillips KA. Obsessive–compulsive spectrum of disorders: A defensible construct? *Austr NZJ Psychiatry* 2006; 40:114–120.
48. Bradford JM. The neurobiology, neuropharmacology, and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behaviour. *Can J Psychiatry* 2001; 46:26–34.
49. Alexander GE, Crutcher MD. Functional architecture of basal ganglia circuits: neural substrates of parallel processing. *Trends Neurosci* 1990; 13:266–271.
50. Alexander GE, Crutcher MD, DeLong MR. Basal ganglia-thalamocortical circuits: parallel substrates for motor, oculomotor, "prefrontal" and "limbic" functions. *Prog Brain Res* 1990; 85:119–146.
51. Mega MS, Cummings JL. Frontal subcortical circuits: anatomy and function. In *The Frontal Lobes and Neuropsychiatric Illness* (Eds SP Salloway, PF Malloy, JD Duffy): 15–33. Washington, American Psychiatric Publishing, 2001.
52. Pujol J, Soriano-Mas C, Alonso P, Cardoner N, Menchen JM, Deus J et al. Mapping structural brain alterations in obsessive–compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:720–730.
53. Valente Jr AA, Miguel EC, Castro CC, Amaro Jr E, Duran FL, Buchpiguel CA, et al. Regional gray matter abnormalities in obsessive–compulsive disorder: A voxel based morphometry study. *Biol Psychiatry* 2005; 58:479–487.
54. Szeszko PR, Ardekani BA, Ashtari M, Malhotra AK, Robinson DG, Bilder RM, et al. White matter abnormalities in obsessive–compulsive disorder: A diffusion tensor imaging study. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:782–90.
55. Liberzon I, Martis B. Neuroimaging studies of emotional responses in PTSD. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1071:87–109.

56. Rauch SL, Shin LM, Phelps EA. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research—past, present, and future. *Biol Psychiatry* 2006; 60:376-382.
57. Maes M, De Vos N, Van Hunsel F, Van West D, Westenberg H, Cosyns P et al. Pedophilia is accompanied by increased plasma concentrations of catecholamines, in particular epinephrine. *Psychiatry Res* 2001; 103:43-49.
58. Maes M, van West D, De Vos N, Westenberg H, Van Hunsel F, Hendriks D et al. Lower baseline plasma cortisol and prolactin together with increased body temperature and higher mCPP-induced cortisol responses in men with pedophilia. *Neuropsychopharmacology* 2001; 24:37-46.
59. Blanchard R, Watson MS, Choy A, Dickey R, Klassen P, Kuban M et al. Pedophiles: mental retardation, maternal age, and sexual orientation. *Arch Sex Behav* 1999; 28:111-127.
60. Cohen LJ, McGeoch PG, Gans SW, Nikiforov K, Cullen K, Galynker II. Childhood sexual history of 20 male pedophiles vs. 24 male healthy control subjects. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190:757-766.
61. Proeve M, Reilly E. Personal and offending characteristics of child sexual offenders who have been sexually abused. *Psychiatry Psychol Law* 2007; 14:251-259.
62. Salter D, McMillan D, Richards M, Talbot T, Hodges J, Bentovim A et al. Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: A longitudinal study. *Lancet* 2003; 361:471-476.
63. Kavoussi RJ, Kaplan M, Becker JV. Psychiatric diagnoses in adolescent sex offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27:241-243.
64. Berner W, Berger P, Guitierrez K, Jordan B, Berker K. The role of personality disorders in the treatment of sex offenders. *J Offender Rehabil* 1992; 11:159-169.
65. Seto MC, Cantor JM, Blanchard R. Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *J Abnorm Psychol* 2006; 115:610-615.
66. Quayle E, Taylor M. Model of problematic Internet use in people with a sexual interest in children. *Cyberpsychol Behav* 2003; 6:93-106.
67. Durkin KF, Bryant CD. "Log on to sex": some notes on the carnal computer and erotic cyberspace as an emerging research frontier. *Deviant Behav* 1995; 16:179-200.
68. McGrath MG, Casey E. Forensic psychiatry and the internet: Practical perspectives on sexual predators and obsessional harassers in cyberspace. *J Am Acad Psychiatry Law* 2002; 30:81-94.
69. Meloy JR. Stalking (obsessional following): a review of some preliminary studies. *Aggress Violent Behav* 1996; 1:147-162.
70. Cooper A, Scherer CR, Boies SC, Gordon BL. Sexuality on the internet: From sexual exploration to pathological expression. *Profess Psychol* 1999; 30:154-164.
71. Johnson S. Psychological force in sexual abuse: Implications for recovery. In *The Sex Offender: New Insights, Innovations and Legal Developments Vol 2* (Eds BK Schwartz, HR Cellini): 17-1-11. Kingston, NJ, Civic Research Institute, 1997.
72. Casey E. Cyberpatterns: criminal behavior on the internet. In *Criminal Profiling: An Introduction to Behavioral Evidence Analysis* (Ed B Turvey): 299-327. London, Academic Press, 1999.
73. Saleh FM, Berlin FS. Sex hormones, neurotransmitters, and psychopharmacological treatments in men with paraphilic disorders. *J Child Sex Abus* 2003; 12:233-253.

74. Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Lalumière ML. Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. *J Interpers Violence* 1993; 8:512-523.
75. Berlin FS. Sex offender treatment and legislation. *J Am Acad Psychiatry Law* 2003; 31:510-513.
76. Schober JM, Kuhn PJ, Kovacs PG, Earle JH, Byrne PM, Fries RA. Leuprolide acetate suppresses pedophilic urges and arousability. *Arch Sex Behav* 2005;34:691-705.
77. McGrath RJ, Cumming GF, Livingston JA, Hoke SE. Outcome of a treatment program for adult sex offenders. From prison to community. *J Interpers Violence* 2003; 18: 3-17.
78. McGrath RJ, Hoke SE, Vojtisek JE. Cognitive-behavioral treatment of sex offenders. A treatment comparison and long-term follow-up study. *Crim Justice Behav* 1998; 25:203-225.
79. McGuire, J. Integrating findings from research reviews. In *Offender Rehabilitation And Treatment: Effective Programmes and Policies to Reduce Re-Offending* (Ed J McGuire): 3-38. Chichester, UK, Wiley, 2002.
80. Zonana H, Abel G, Bradford J. Pharmacological treatment of sex offenders, In *Dangerous Sex Offenders: A Task Force Report of the American Psychiatric Association*: 103-127. Washington DC, American Psychiatric Association, 1999.
81. Guay DRP. Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders. *Clin Ther* 2009; 31:1-31.
82. Stone TH, Winslade WJ, Klugman CM. Sex offenders, sentencing laws and pharmaceutical treatment: a prescription for failure. *Behav Sci Law*. 2000; 18:83-110.
83. Chow EW, Choy AL. Clinical characteristics and treatment response to SSRI in a female pedophile. *Arch Sex Behav* 2002; 31:211-215.
84. Fong TW, De La Garza R II, Newton TF. A case report of topiramate in the treatment of nonparaphilic sexual addiction. *J Clin Psychopharmacol* 2005; 25:512-514.
85. Bradford JM. The paraphillias, obsessive compulsive spectrum disorder, and the treatment of sexually deviant behavior. *Psychiatr Q* 1999; 70:209-219.
86. Hughes JR. Review of medical reports on pedophilia. *Clin Pediatr* 2007; 46:667-682.
87. Schmucker M, Lösel F. Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema* 2008; 20:10-19.
88. Meyer WJ, Cole C, Emory, E. Depo provera treatment for sex offending behavior: An evaluation of outcome. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1992; 20:249-259.
89. Scott L, MD, Holmberg T. Castration of Sex Offenders: Prisoners' Rights Versus Public Safety. *J Am Acad Psychiatry Law* 2003;31:502-9
90. Bradford JMW, Pawlak A. A double-blind placebo crossover study of cyproterone acetate in the treatment of the paraphillias. *Arch Sex Behav* 1993; 22:383-402.
91. Yalın A, Kerimoğlu E, Erman H. Okul öncesi çocuklarda cinsel istismarı önleme programı: ana babaların tutum, görüş ve davranışlarının taranması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1995; 2:19-27.