

Pedofilik Bozukluk ve Ensest: Olgu Sunumu

Hüseyin Bulut¹

¹Büyükcemece Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği,
İstanbul - Türkiye



ÖZET

Pedofilik bozukluk ve ensest: Olgu sunumu

Pedofilik bozukluk en az 6 aylık bir süre boyunca kişide ergenlik dönemine girmemiş bir çocukla ya da çocuklarla cinsel etkinlikte bulunmayla ilgili, yoğun, cinsel yönden uyarıcı düşlemlerin (fantezi), cinsel dürtülerin ya da davranışların yineleyici biçimde ortaya çıkmasıdır. Ensest ise, aile içinde ya da yakın akrabalar arasında görülen, çocuğa yönelik olduğunda çocuğun cinsel istismarı olarak da adlandırılabilir cinsel yakınlaşma veya saldırdır. Pedofilik bozukluk-ensest birlikteliği çoğu zaman gözden kaçan önemli bir detaydır. Bu olgu sunumunda hedef tıbbi ve toplumsal yönlerden ayrı ayrı öneme sahip bu iki tablonun birlikteliğine dikkat çekmektedir.

Anahtar kelimeler: Ensest, pedofilik bozukluk, cinsel kötüye kullanım

ABSTRACT

Pedophilic disorder and incest: a case report

Pedophilic disorder is defined as having recurrent, intense sexually arousing fantasies, sexual urges or behaviors involving sexual activity with a prepubescent child or children over a period of at least 6 months. Incest, on the other hand, is a sexual activity or assault between family members or close relatives and when towards a child can be defined as the sexual abuse of the child. The concomitance of pedophilic disorder and incest is an important detail which is usually ignored. We would like to emphasize in this case presentation that concomitance of these two pictures are significant in targeted medical and social aspects.

Keywords: Incest, pedophilic disorder, sexual abuse

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Hüseyin Bulut,
Büyükcemece Devlet Hastanesi Semt
Polikliniği, Dizdarye Mah., Gölboyu Cad., No: 11,
Büyükcemece/İstanbul, Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-881-2284

Faks / Fax: +90-212-883-4422

Elektronik posta adresi / E-mail address:
hubulut@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
2 Kasım 2015 / November 2, 2015

İlk düzeltme öneri tarihi /
Date of the first revision letter:
10 Aralık 2015 / December 10, 2015

Kabul tarihi / Date of acceptance:
16 Aralık 2015 / December 16, 2015

GİRİŞ

DSM-5'te (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Gözden Geçirilmiş 5.Baskı) pedofili, pedofilik bozukluk adı ile parafilik bozuklukların içerisinde değerlendirilmiştir. DSM-5 tanı ölçütlerine göre pedofilik bozukluk, en az 6 aylık bir süre boyunca, ergenlik öncesi çocuk ya da çocuklarla cinsel etkinlikte bulunmakla ilgili, yineleyen, cinsel yönden uyarıcı yoğun düşlemler (fantezi), cinsel dürtüler ya da davranışlar olarak tanımlanır. Aynı zamanda kişinin, bu cinsel dürtülere göre davranmakta olması ya da bu kişinin cinsel dürtüleri ya da düşlemlerinin belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası sorunlara neden olması tanı için gerekli bulunmaktadır. DSM-5 tanı ölçütlerine göre pedofilik bozukluk tanısı konabilmesi için kişinin en az 16 yaşında olması ve cinsel etkinlikte bulunduğu çocuklardan en az beş yaş daha büyük olması gerekmektedir (1). DSM-5'te hastalık sayılamayacak atipik cinsel ilgiler ile parafililer arasındaki ayrımın daha net

belirlenmesi için parafililerin isimlerinin sonuna "bozukluk" terimi eklenmiştir. DSM-IV-TR'de pedofili olarak anılan durum da DSM-5'te tanı ölçütlerinde bir değişiklik olmamakla birlikte "pedofilik bozukluk" olarak adlandırılmıştır.

Pedofilik bozukluğu olanların çocuğa cinsel ilgisinin genellikle ergenlik yıllarında ortaya çıktığı bildirilmektedir; ancak erişkin yaşta da gelişebildiğini gösteren veriler bulunmaktadır (2). Genellikle eylemlerini gizli yaptıkları ve tedaviye başvurmadıkları için pedofilik bozukluğun yaygınlığını belirlemek mümkün olamamaktadır (2). Pedofili olgularının büyük çoğunluğu erkeklerdir (3). Eylemlerinde genellikle zor kullanmadıkları, aksine, önce masum dokunma sonra uygunsuz dokunma, açık resimler gösterme, porno izletme gibi birçok yöntemler uyguladıkları gösterilmiştir (4,5).

Pedofilik bozukluk tanısı koyabilmek için olayın, kişinin muhakemesini etkileyecek mani gibi bir psikiyatrik rahatsızlık ya da madde etkisi altındayken gerçekleşip gerçekleşmediğinin değerlendirilmesi

gerekmektedir (2). Pedofiliik izlenim veren bir eylem mevcut ve eşlik eden bir psikiyatrik rahatsızlık ya da madde etkisi varsa kişinin daha önceki cinsel tercih, fantezi ve eylemleri dikkate alınmalıdır (2).

Ensest ise, cinsel ilişki açısından sosyal ve kültürel olarak yasak sayılan, aralarında resmi veya gayri resmi akrabalık ve kan bağı olan kişilere yönelik cinsel eylemdir (6,7). Çocuğa yönelik diğer cinsel tutum ve davranışlarda olduğu gibi, ensest de çocuğun cinsel istismar çeşitlerinden birisidir. Ensest tüm toplumlarda görülen, yasaklanan, kınanan bir cinsel saldıdır. Genellikle öz ya da üvey olan baba ile çocuk arasında ya da kardeşler arasında olur. Daha az sıklıkla dede ile torun, amca ya da dayı ile kız ya da erkek yeğen arasında görülür (8). Açığa çıkmış olan çocuk cinsel istismarlarının %20-25'ini ensest olguları oluşturmaktadır (9,10). Tıpkı pedofili gibi ayıplanan ve yasaklanan bir ilişki olduğundan ensest sıklığı da tam olarak bilinmemektedir.

Pedofiliik bozukluğu olan bireylerin özelliklerinin, farklılıklarının vurgulanması ve pedofiliik bozukluk çeşitlerinin tanınması klinisyenler açısından önemlidir. Pedofiliik bozukluk-ensest birlikteliği çoğu zaman gözden kaçan önemli bir detaydır. Özellikle muayene sırasında bu husus akılda tutulmalıdır. Tıbbi ve toplumsal yönlerden ayrı ayrı öneme sahip bir tablo olması nedeniyle, pedofiliik bozukluk olgularında ensestin sorgulanması ve bu yönde bilgilerin dikkatlice alınması ayrı bir değer taşımaktadır. Genelde bu olgular adli sorunlar neticesinde psikiyatrik muayeneye başvururlar. Bu olgu sunumunda eşiyile birlikte yardım arayışı içerisinde olan, psikiyatrik muayeneye bir aile içi kriz sonrası başvuran bir pedofiliik bozukluk olgusunun 6 yıllık takip süreci özetlenecektir. Pedofiliik bozukluk ile ensest birlikteliğinin klinik önemini hatırlatmak ve ayrıca bu olgularda uzun süreli remisyona ulaşabileceğini göstermek açısından, bu olgu dikkate değerdir.

OLGU

Bu olgu sunumunun yayınlanabilmesi için hastadan yazılı onam formu alınmıştır. Elli yaşında, lise mezunu, serbest meslek sahibi erkek hasta polikliniğe karısı ile birlikte başvurdu. Karısı, yüksek sesle ağlıyordu. Hasta, karısının yanında başı aşağıda, çökkün bir vaziyette

duruyor, ellerini ovuşturup, ağlıyordu. Karısı dışarı çıktıktan sonra kısmen rahatlamış şekilde bizimle iletişime geçti.

Yaşadıklarını nasıl anlatacağını bilemediğini; tutucu, geleneksel bir aileden geldiğini ve reisi olduğu ailesinin de bu özelliklerde olduğunu söyledi. Küçük bir Anadolu kasabasında esnaflık yaptığını, bu yaşadıklarının duyulmaması gerektiğini, yoksa yaşayamayacağını ifade etti. Muayeneye son yaşadıklarından sonra karısının zoruyla geldiğini anlattı. Kızına fiziksel olarak dokunduğunu, karısının bunu yanlış anladığını, aslında kızını sevmeye çalıştığını ve kızının da bundan hoşnut olduğunu belirtti. Yargılayıcı olmayan sorular ile durumun anlaşılmasına çalışılması üzerine bunları istemeden yaptığını, çocuklara ilgi duyduğunu anlattı. Onları düşünerek cinsel açıdan uyarıldığını, bu şekilde hayaller kurduğunu, sevmeye bahanesi ile çocuklara dikkat çekmeden yaklaştığını söyledi. Küçük çocuklara ilgisinin ergenlik döneminden beri olduğunu, çocukların erkek veya kadın cinsiyetinden olmasının önem arz etmediğini belirtti. Sevmeye davranışının; okşama, dokunma dışında ileriye gitmediğini ifade etti. Çocuklara karşı olan bu ilgisinin zamanla evdeki kızının da dahil olacağı şekilde değiştiğini açıkladı. Kızının 13 yaşında olduğunu, kendisine çok yakın davrandığını belirtti. Bazı geceler anne baba olarak kızlarını yatakta ortalarına alarak uyuduklarını anlattı. Kızının da kendisini çok sevdiğini, babasız yapamayacağını, her zaman kendi kucağına oturmak istediğini belirtti. Zamanla bu durumun hoşuna gittiğini ve kızını okşadığını, hiç bir zaman ileriye gitmediğini; ancak son olayda kızının dudağını öptüğünü, kızının da durumu annesine anlattığını, bu şekilde evde kriz çıktığını ve apar topar bize geldiklerini anlattı.

Çocukluk yaşlarında (9-10 yaşları civarında) mahallelerinde abi dediği iki kişinin, birbirlerinden farklı zamanlarda ve tek olarak, zaman zaman kendisini eve çağırarak, kucaklarına oturtup masaj yapar şekilde vücuduna dokunduklarını, boynunu öptüklerini; ama daha ileriye gitmediklerini sıklıkla anlattı. Ergenlik dönemine girdikten sonra cinsel ilgisinin sürekli olarak küçük çocuklara karşı olduğunu belirtti. Bazen kendisinden küçük çocuklara (cinsiyet fark etmeksizin) dokunarak uyarıldığını, bazen de onları hayal ederek

mastürbasyon yaptığını anlattı. Gençlik döneminde evlendiğini; ama bu arzusunun hiç bitmediğini ifade etti.

Hastanın yapılan ruhsal durum muayenesinde; yaşında gösteren hasta, sorulara uygun ve amaca yönelik cevaplar veriyordu. Yer, kişi, zaman yönelimi tamdı. Duygudurumu çökkün, duygulanımı kaygı ve üzüntü yönünde artmıştı. Düşünce içeriğinde, yaşadıkları olayı nasıl atatabilecekleriyle ilgili temalar hâkimdi. Sanrı, varsanı tespit edilmedi. Dışa vuran davranışlarında kaygılı hali dikkat çekiyordu.

Karıyla yapılan görüşmede, kocasının daha önceleri şüphe oluşturacak bir davranış sergilemediğini ancak kocasının çocuklarla çok ilgilendiğini, onları dokunarak sevdiğini; ama aklına kötü bir şey gelmediğini söyledi. Akrobalarının eve çocuklarla geldiği dönemlerde, kocasının özellikle evde kalmak ve çocuklarla zaman geçirmek istediğini, son zamanlarda da kızıyla çok yakından ilgilendiğini anlattı. En son olayda da, kızının kendisinin yanına gelerek babasının kendisini okşadığını ve dudaklarından öptüğünü açıkladığını belirtti. Bu durumu kimseye anlatamayacaklarını, acil yardım amacıyla bizlere geldiklerini ifade etti.

Muayene sonrasında, hasta ve eşi bilgilendirildi. Yasal durum ve olası süreç anlatıldı. Tam kan sayımı, rutin biyokimyasal tetkikler (Hepatit B, C, Sfiliz, Anti HIV, serum testosteron seviyeleri dahil), idrar ve kanda madde taraması yapıldı. Ek olarak, beyin görüntüleme (beyin manyetik görüntüleme incelemesi) ve EEG çekimi yapıldı. Tüm değerler normal sınırlar içerisindeydi ve dikkat çeken bulgu yoktu.

Ayırıcı tanıda, normal zeka düzeyinde olduğu izlenimi verdiği için zeka geriliği düşünülmedi. Kanda ve idrarda herhangi bir maddeye rastlanmadığı için madde etkisiyle gelişebilecek durumlar dışlandı. Alınan detaylı öyküde hipomani veya mani klinik özellikleri yönünde düşündürülecek belirtiler saptanmadı. Obsesif düşünce ve kompulsif davranış sonrası gelişebilen bir tablo da tespit edilmedi ve dolayısıyla obsesif kompulsif bozukluk tanısı da dışlandı. Beyin görüntüleme ve EEG tetkikleri neticesinde de organite dışlandı. Tüm bu veriler ışığında hastaya DSM-5 tanı ölçütlerine göre pedofili bozukluk tanısı konuldu.

Hasta bilişsel davranışçı psikoterapiye yönlendirildi.

Sitalopram 20mg/gün ve duygudurum düzenleyici etkisinden ve dürtüsel davranışları azaltıcı/engelleyici etkisinden faydalanılmak amacıyla valproat 750mg/gün başlandı. Haftada bir kez olmak üzere terapiye başlandı. Hasta ve eşi, haftalık olarak değerlendirildi. Terapinin faydasının olduğunu, çocuklara karşı olan ilgisini bastırabildiğini, özellikle de karısının bu süreçte yanında olmasının kendisine güç verdiğini belirtti. Karısı da aynı bilgileri doğruladı. Uzun vadede terapi ve ilacın bu olumlu etkilerinin devam edip etmeyeceğini merak ettiklerini belirttiler. Bir ay sonraki kontrolünde eşi yeni bir sorun yaşanmadığını, hasta ise kızıyla ya da başka bir çocukla yalnız kalmamak için özen gösterdiğini, dürtü gelse bile karşılaşılabilecek yasal sorunları ve eşinin duyacağı üzüntüyü düşünerek kendisini frenleyebildiğini anlattı. Olgu, yaklaşık 6 yıldır tarafımızdan düzenli aralıklarla (1-3 ayda bir) muayene edilmektedir. İlk başvuruları öncesinde yaşamış oldukları aile içi kriz durumu bir daha tekrar etmedi. Bireysel terapiye zaman zaman karısı da katıldı. Yaklaşık 2 yıl düzenli olarak terapiye geldi (ilk aylarda haftada bir, sonraki dönemlerde 2-3 ayda bir destekleyici, bilişsel davranışçı terapi şeklinde). Çocuklara karşı cinsel ilgisinin devam ettiğini; ancak bunu davranış olarak yansıtmadığını, kızının da artık büyüdüğünü belirtti. Karısı da hastanın bu ilgisinden haberdar olduğunu, birlikte sorunları çözebileceklerini, mevcut durumda eşine güvendiğini belirtti. Tedavisinden memnun olan hasta ilaçlarını düzenli olarak kullanmaktadır.

TARTIŞMA

Pedofili olgularının fantezilerinin genellikle benliğe yabancı olmadığı ve rahatsız edici olmadığı bilinmektedir. Bu nedenle psikiyatri kliniklerine tedavi amacıyla başvuru yapmaları çok nadir olup, genellikle çocuğa cinsel taciz nedeniyle adli olaylar sonucu kliniklerde görülürler (11). Bu olgu da yaşanan aile içi kriz sonrası karısının zorlaması ile psikiyatri polikliniğine gelmişti.

Çocuğa yönelik cinsel istismarda, eylemler nadir olarak impulsif bir cinsel eylem olarak ortaya çıkar. Eylemlerin büyük çoğunluğu önceden planlanmıştır. Pedofili olgularının çoğunluğunun, istismar ettikleri çocukları önceden tanıdıkları, bu tanışıklık durumunu

seçtikleri mağdura yakınlaşma ve onun istismarı için ortam hazırlamakta kullandıkları birçok bilimsel çalışmada saptanmıştır (12). Olgumuz da, eve akrabalar veya komşular geldiğinde evde kalmakta ve onlarla oyun bahanesi ile yakınlık kurmaktaydı.

Pedofili olgularının savunma mekanizmaları genel olarak beş başlık altında toplanabilir. 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 (13). Hastamız da benzer savunmalar ile çocuklarla oynamayı sevdiğini, onların da bundan zevk aldığını, kötü niyeti olmadığını belirtiyordu.

Birçok kaynaktan pedofili başlığı altında ensest kavramının da ele alındığını görmek mümkündür. Çoğu zaman da iç içe geçen klinik durumlar olarak açıklanmaktadır. DSM-5'te pedofilik bozukluk tanımlanırken, mevcudiyeti halinde ensestle sınırlı maddesiyle bu durumdan bahsedilmiş ve böylece ensest de olabileceği vurgulanmıştır. Bu olguda pedofili kliniği ensestle birlikte; ancak ensestle sınırlı değildir. Ayrıca DSM-5, pedofilik bozukluğu tek eğilimli tür (yalnızca çocuklara ilgi duyan) ve tek eğilimli olmayan tür olarak; cinsel ilgi açısından cinsel yönden erkeklere ilgi duyan, cinsel yönden kızlara ilgi duyan ve cinsel yönden her ikisine de ilgi duyan olmak üzere, varlıkları durumunda bu özelliklerin de belirtilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (1). Sunulan olgu, tek eğilimli tür ve cinsel yönden her iki cins de ilgi duyabilen gruptaydı.

Parafilik davranışlar, temporal lob epilepsisine, post-ensefalitik nöropsikiyatrik sendromlara, septal lezyonlara, multipl skleroza ve beyin çeşitli bölgele- rindeki tümörlere ikincil olarak da gözlenebilmektedir (14). Yapılan çalışmalarda beyin hastalığı ve geç yaşlarda başlayan parafilik davranışlar da gösterilmiştir. Yapılan bildirimlerin birinde, pozitron emisyon tomografisi ile temporal lob hipometabolizması saptanan iki hasta tanımlanmıştır. Bir hastada frontotemporal demans ve diğer hastada da bilateral hipokampal skleroz tespit edilmiştir (15). Hastamızın beyin görüntüleme, fizik ve nörolojik muayenelerinde herhangi bir patoloji saptanmamış ve böylelikle organizite

dışlanmıştır. Pedofilik bozukluk gelişimi için riski artırdığı düşünülen bazı durumlar şöyle özetlenebilir: Prenatal androjen maruziyeti, çocukluk çağı travmatik yaşantıları (cinsel istismar dahil), 13 yaşından önce olan kafa travması, düşük zeka seviyesi, azalmış prefrontal ve temporal inhibisyon, amigdala ve hipotalamusun hacim azalması (16). Çocukluk çağı travmatik yaşantıları (cinsel istismar) hastamızda mevcut olan risk faktörü olarak değerlendirilebilir. Tedavide en iyi sonucun ciddi izlem, psikoterapi, ilaç tedavisinin birlikte uygulanmasıyla alınacağı bildirilmektedir (17). İlaç tedavisi olarak, antiandrojenler, östrojen, medroksiprogesteron asetat, siproteron asetat gibi hormonal ajanlar ve gonadotropin analogları kullanılabilir. Ancak tedavideki etkinlikleri, yan etkilerinden dolayı azdır (14). Birkaç yakın tarihli çalışmada seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) (sertralin, fluoksetin ve fluvoksamin) tedavide başarılı olduğu belirtilmiştir (18-21). Son yıllarda pedofilik bozukluk tanısı alan olguların tedavisinde, eylemde bulunma sıklığını azaltmada bilişsel davranışçı tedavi yöntemlerinin umut veren seçeneklerden olduğu bildirilmektedir. SSRI'ların içsel ya da dışsal stres nedeniyle artan cinsel ruminasyonları ve cinsel isteği azalttığı bildirilmektedir (22). Dürtüsel davranışların önlenmesi amacıyla duygudurum düzenleyicilerin faydası olduğu da bilinmektedir.

Ülkemizde pedofilik bireylerin yargılanması ve cezalandırılmasında en büyük engel, durumun hukuki açıdan sorun oluşturacak yaşam olaylarıyla karşılaşmadıkları sürece gizli kalmasıdır. Bu nedenle pedofilik davranışın tekrar işlenmesi çoğu zaman önlenememektedir. Cinsel arzu, yakınlık ve doyum; bazen masum bir sevgi gösterisi, çocuklarla iyi anlaşma ve ilgilenme olarak değerlendirilmektedir. Ensest gibi görece daha ciddi olarak kabul edilen durum ortaya çıkmadığı sürece, çoğu zaman gözardı bile edilebilmektedir. Sosyal toplum kurallarına uygun olmadığı bilinmesine rağmen, bazı olgular bu durumun bir rahatsızlık olduğundan bile habersiz olabilirler.

Tüm bu iç içe geçiş durumları içerisinde cinsel istismarı ortadan kaldırmanın en etkin yolunun, bunun oluşmasını önlemek ve buna yönelik programlar geliştirmek olduğu açıktır. Bu nedenle gerek

Katkı Kategorileri	Yazarın Adı
Ölğunun takibi	H.B.
Literatür araştırması	H.B.
Makalenin yazımı	H.B.
Makalenin gözden geçirilerek revize edilmesi	H.B.

çocukların gerekse ebeveynlerin eğitimi özel bir önem taşımaktadır.

Çıkar çatışması: Yazar çıkar çatışması beyan etmemiştir.

Finansal destek: Yazar finansal destek beyan etmemiştir.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliğı, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, DSM 5, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Köroğlu E (Çeviri Ed.) 5. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliğı, 2013, 345.
- Erdogan A. Pedophilia: Clinical Features, Etiology and Treatment. *Current Approaches in Psychiatry* 2010; 2:132-160.
- Gren 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.
- Abel GG, Harlow N. *The Stop Child Molestation Book*. Philadelphia, USA, Xlibris, 2001.
- 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. **[CrossRef]**
- Polat O. Ensest. Ankara: Seçkin Yayınları, 2007, 158-188.
- Gültekin G, Ruban C, Akduman B, Korkusuz İ. Çocuk ve cinsel istismar. *Adli Psikiyatri Dergisi* 2005; 3:9-14.
- Celbis O, Ozcan ME, Ozdemir B. Paternal and sibling incest: a case report. *J Clin Forensic Med* 2006; 13:37-40. **[CrossRef]**
- Gölge ZB, Yavuz MF, Başol İ. Classifying rape cases in Turkey. *Forensic Sci Int* 2003; 136 (Suppl 1): 296-297.
- Oaksford KL, Frude N. The prevalence and nature of child sexual abuse: evidence from a female university sample in the UK. *Child Abuse Review* 2001; 10:49-59. **[CrossRef]**
- Cohen LJ, Galynker IL. Clinical features of pedophilia and implications for treatment. *J Psychiatr Pract* 2002; 8:276-289. **[CrossRef]**
- 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. **[CrossRef]**
- Lanning KV. *Child Molesters: A Behavioral Analysis*. 4th ed. Alexandria, Va, National Center for Missing & Exploited Children, 2001.
- Bradford JM. The neurobiology, neuropharmacology, and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behavior. *Can J Psychiatry* 2001; 46:26-34.
- Mendez MF, Chow T, Ringman J, Twitchell G, Hinkin CH. Pedophilia and temporal lobe disturbances. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000; 12:71-76. **[CrossRef]**
- Tenbergen G, Wittfoth M, Frieling H, Ponseti J, Walter M, Walter H, Beier KM, Schiffer B, Kruger TH. The neurobiology and psychology of pedophilia: recent advances and challenges. *Front Hum Neurosci* 2015; 9:344. **[CrossRef]**
- Zonana H, Abel G, Bradford J. Pharmacological treatment of sex offenders, In *Dangerous Sex Offenders: A Task Force Report of the American Psychiatric Association*. Washington DC, American Psychiatric Association, 1999, 103-127.
- Stein DJ, Hollander E, Anthony DT, Schneier FR, Fallon BA, Liebowitz MR, Klein DF. Serotonergic medications for sexual obsessions, sexual addictions, and paraphilias. *J Clin Psychiatry* 1992; 53:267-271.
- Kafka MP. Sertraline pharmacotherapy for paraphilias and paraphilia related disorders: an open trial. *Ann Clin Psychiatry* 1994; 6:189-195. **[CrossRef]**
- Greenberg DM, Bradford JM, Curry S, O'Rourke A. A comparison of treatment of paraphilias with three serotonin reuptake inhibitors: a retrospective study. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1996; 24:525-532.
- Prahlada Rao N, Chand PK, Murthy P. A case of late onset pedophilia and response to sertraline. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9:235-236. **[CrossRef]**