

Erkeklerde Cinsel Sapkının Tedavisi

Yazarlar: Ariel Rösler ve Eliezer Witztum, The New England Journal of Medicine, 12 Şubat 1988

Çeviren: Ercan Caner, Sun Savunma Net, 5 Temmuz 2018



ÇEVİRENİN NOTLARI

Sun Savunma Net sitesinde defalarca çocuklara ve kadınlara yönelik cinsel istismar, taciz ve şiddet olaylarıyla ilgili yazılar paylaştım. Sadece Türkiye’de değil, bütün dünyada son derece yaygın olan bu problem hakkında, uzmanlık alanım olmamasına rağmen bir kamuoyu oluşabilmesi için elimden gelenin en iyisini yaptığuma inanıyorum.

Bu yazıyı çevirmemin nedeni; son günlerde kamuoyunun gündemini meşgul eden olaylar ve gündeme gelen idam tartışmalarıdır. Hukukçu da değilim ve maksadım ne tıp alanında ne de hukuk alanında bir şeyler dikte etmek değil.

Araştırma yazısının yayınlanma tarihine sayın okuyucuların dikkatini çekmek isterim. Eminim bu alanda yapılan daha birçok çalışma mevcuttur. 12 Şubat 1998 tarihinde, yani günümüzden 20 yıl önce yayınlanan bir yazıyı çevirerek

paylaşmamın nedeni, herkesin söz söylemeye çalıştığı bir ortamda, konunun uzmanlarının ortaya çıkıp doğruları dile getirmemesidir.

ÖZET

ARKA PLAN

Sapkın ve anormal cinsel davranış bozukları gösteren veya parafili erkekler, genel olarak psikoterapi, antidepresan ilaçlar, progestinler (ÇN: Progesteron kadınlarda ön hipofizden salgılanan lutein yapıcı hormonun denetimi ile yumurtalıklar tarafından salgılanan, insan ve diğer canlılarda adet döngüsü, gebelik ve embriyogenezde önemli etkisi olan cinsiyet ve stereoit hormonudur. Erkeklerde progesteron normal değeri -0,1 ile 1 ng/ml arasındadır) ve antiandrojenler ile tedavi edilmekte, fakat bu tedaviler genellikle etkisiz olmaktadır. Sapkın erkeklerde, hipofiz-gonadal (ÇN: Gonad üreme hücrelerini meydana getiren üreme organlarıdır.) işlevinin uzun süreli gonadotropin salgılatıcı hormonun agonist analog yöntemi ile selektif olarak engellenmesi, testosteron hormonu salgılanmasını azaltarak sapkın cinsel davranışları ortadan kaldırabilir.

YÖNTEMLER

Sonuçları kontrol edilmeyen gözleme dayalı bir çalışmada, ciddi ve uzun süreli parafili rahatsızlığına sahip, yaş ortalaması 32 olan, 30 erkeği (25'i pedofili ve 5'i diğer anormal cinsel davranışlar gösteren), aylık 3,75 mg triptorelin ve destekleyici psikoterapi uygulayarak 8-42 ay tedavi ettik. Tedavinin etkinliği aylık olarak Cinsel Arzu Yoğunluğu ve Semptomları Skalası ve yıllık olarak da Üç Ana Şikâyet anketi ile değerlendirilmiştir.



SONUÇLAR

Triptorelin tedavisi uygulanan bütün erkeklerin tedavi öncesi haftada ortalama ($\pm$ SD) 48 ± 10 olan sapkın cinsel fantezi ve arzularının miktarının tedavi esnasında sıfıra ($P < 0.001$) ve ayda 5 ± 2 olan anormal cinsel davranış olay sayısının da sıfıra düşecek şekilde azaldığı gözlenmiştir. Bu etkiler 3 ile 10 aylık ($P < 0.001$) tedavi uygulaması sonucunda ortaya çıkmış ve en az bir yıl süre ile tedavi uygulanan 24 erkeğin tamamında devamlılık göstermiştir. Erkeklerin tedavi öncesinde desilitrede 545 ± 196 ng (litrede $18,9 \pm 6,8$ nmol) olan ortalama serum testosteron yoğunlukları, 42 aylık tedavi sonrasında desilitrede 23 ± 14 ng (litrede $0,8 \pm 0,5$ nmol, $P < 0.001$) oranına düşmüştür. Tedavinin ana yan etkileri olarak sertleşme yetersizliği, sıcak basmaları tespit edilmiş ve bazı erkeklerin kemik mineral yoğunluklarında da azalma olduğu görülmüştür.



Uzun etkili bir agonist analog olan gonadotropin hormon salgılayıcı triptorelinin destekleyici psikoterapi tedavisi ile sürekli uygulanması, ciddi parafili (cinsel sapkınlık) rahatsızlığı olan erkeklerin tedavisinde etkili bir tedavi yöntemi olabilir.

Birleşik Devletlerde her yıl sayıları 100,000 ile 500,000 arasında değişen çocuk erkeklerin cinsel saldırılarına maruz kalmaktadır^{1,2}. Benzer yüksek oranlar orantılı olarak Kanada³, Avustralya⁴, Birleşik Krallık^{1,5}, Hollanda¹, Danimarka⁶, Almanya^{1,6} ve Belçika^{7,8} ülkelerinde de görülmektedir.

Etkilenen çocukların sayısı büyük bir olasılıkla çok daha yüksektir, çünkü birçokları cinsel taciz ve saldırıları rapor etmemektedir. Dr. Abel, kapsamlı epidemiyolojik çalışmalara dayandırarak, 18 yaşına gelene kadar çocukların yaklaşık olarak yüzde 10-20'sinin cinsel saldırılara maruz kaldığını tahmin etmektedir⁹. Bu bulgular, erkeklerde sapkın cinsel davranış bozukluğunun (parafili) oldukça yaygın bir problem olduğunu göstermektedir.

Parafili, nedeni bilinmeyen karmaşık bir psikiyatrik bozukluktur⁹. Parafililerin bağımlılık, obsesif kompulsif bozukluk veya bir hiperseksüalizm paterni gösterip göstermedikleri hâlâ tartışılan bir meseledir.^{10,11} Psikiyatrik literatür, erkeklerde çok çeşitli parafili bozuklukları tanımlasa da ¹⁰ pedofili ve teşhircilik belki de en yaygın olan parafili formlarıdır.^{9,12}



Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabının dördüncü baskısında pedofili (çocuklara düşkünlük veya sübyancılık); yetişkin bir kimsenin bir çocukla cinsel faaliyeti içeren, tekrarlayan ve yoğun cinsel dürtüler ve cinselliği uyandıran fanteziler duyması olarak tanımlanmaktadır.¹² Pedofili bir erkek, aile üyelerini veya akraba olmayan çocukları kurbanı olarak seçebilir. Kurbanlar kız veya erkek çocuklar olabilirken, bazı pedofili erkekler de hem çocuklara hem de yetişkinlere ilgi duyabilirler.

Tablo 1. Ciddi Parafili Bozukluğu Olan 30 Erkeğin Klinik Özellikleri

ÖZELLİKLER	DEĞER
Yaş (yıl)	32±8
Medeni Durum (sayı)	
Bekâr	16
Evli	9
Boşanmış	5
Çocukluğunda Cinsel Tacize Maruz Kalan (sayı)	
Evet	9
Hayır	21
Cinsel Sapkınlık Süresi (yıl)	16±9
Pedofili (sayı)	25
Erkek Çocuklara Cinsel İlgi Duyan	6
Kız Çocuklara Cinsel İlgi Duyan	12
Erkek ve Kız Çocuklara Cinsel İlgi Duyan	7
Ensest	2
Sadece Çocuklara Cinsel İlgi Duyan	8
Çocuklara ve Yetişkinlere Cinsel İlgi Duyan	17
Teşhirci (sayı)	7
Röntgenci (sayı)	2
Fortçuluk (sayı)	2
Kontrol Edilemeyen Cinsel Dürtü (sayı)	30
Mastürbasyon (bir haftadaki sayı)*	32±6
Sapkın Cinsel Fanteziler (bir haftadaki sayı)*	48±10
Anormal Cinsel Davranışlar (bir aydaki sayı)*	5±2
Diğer Psikiyatrik Bozukluklar	
Paranoyak Şizofreni	5
Kişilik Bozukluğu	9
Duygusal Bozukluk	3
Şizoaftif Bozukluk	1
Sınırdaki Entelektüel Fonksiyon	2
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	2
Geçmişte Cinsel Suçlardan Mahkûm Olan (sayı)	16
Geçmişte veya Hâlihazırda Tedavi Gören (sayı)	
Siproteron Asetat (+)	9
Fluvoksamin (-)	4
Fluoksetin (-)	3
Tiyoridazin	3
Perfenazin	4
Penfluridol	2
Lityum	2

(±) Değerler ortalamadır ±SD. Bozukluklar DSM-IV (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının Dördüncü Baskısı) kriterleri esas alınarak sınıflandırılmıştır.

(*) Değerler, triptorelin tedavisi öncesindeki dört aylık değerlerin ortalamasıdır.

(+) Tedavi, triptorelin uygulaması başlamadan en az 12 ay önce kesilmiştir.

(-) Tedavi, triptorelin uygulaması başlamadan en az 2 ay önce kesilmiştir.

Parafili bozukluğu olan erkeklerin tedavisi zordur. Cerrahi hadım,¹³ psikoterapi¹⁴ ve farmakoterapi¹⁵ yöntemlerinin hepsi kullanılmış, fakat sonuçlar genellikle başarısız olmuştur. Bazı erkeklerde serotonerjik ilaçların¹⁶ faydalı oldukları görülmüştür.

Gonadotropin ve dolayısıyla testesteron hormonu salgısını önleyen antiandrojen medroksiprogesteron^{17,18} ve testesteron faaliyetini tersine çeviren siproteron asetat^{19,20} kullanımı, çoğunlukla testesteron hormon salgılanması ve faaliyeti tamamen önlenemediği için başarısızlıkla sonuçlanmıştır.

Sapkın erkeklerde, hipofiz-gonadal işlevinin uzun süreli gonadotropin salgılatıcı hormonun agonist analog yöntemi ile selektif olarak engellenmesi, testesteron hormonu salgılanmasını çok düşük seviyelere düşürerek parafili bozukluğu olan erkelerdeki sapkın cinsel fanteziler, dürtüler ve davranışları ortadan kaldırabilir^{21,22}. Sonuçları kontrol edilmemiş ve gözleme dayalı bir denemede, parafili bozukluğuna sahip erkeklerde, uzun etkili bir agonist analog olan gonadotropin hormon salgılayıcı triptorelinin, destekleyici psikoterapi tedavisi ile sürekli uygulanmasının sonuçlarını test ettik.



Yöntemler

ÇALIŞMA İÇİN DENEKLERİN SEÇİMİ

Psikiyatrist ve toplum merkezleri için yayınlanan tıbbi bir dergide yayınlanan bir reklam ve bir televizyon haber programında bahsedilmesi nedeniyle, iki yıldan uzun bir süre boyunca psikiyatristler, mahkemeler veya İsrail'deki avukatlar tarafından çalışmamız için bize 49 parafili bozukluğu olan erkek önerilmiştir.

Tedaviye başlama (ve sürdürme) cezaevinden çıkma veya yargılanmaktan kurtulmak için bir koşul değildi. İkisi zekâ geriliği, birisi herhangi bir problemi olduğunu inkâr etmesi, dördü aktif olmayan parafili, dördü başka psikiyatrik bozukluklarının olması, dördü tedavi görmeyi reddetmesi ve dördü de tutuklu olmaları nedeniyle toplam on dokuz erkek tedavi kapsamı dışında bırakılmıştır.

Çalışmaya katılan 30 erkeğin klinik özellikleri Tablo-1’de özetlenmiştir. Tamamında, DSM-IV kriterlerine¹² göre diğer terapilere dirençli ciddi parafili bozukluğu bulunmaktadır. Tedavi sürecine katılanlardan on altısı (her biri üç ile sekiz arasında) daha önce cinsel saldırı nedeniyle suçlanmış ve toplam 2 ile 29 yıl arasında hapis cezalarına mahkûm olmuştur. 22 erkekte diğer psikiyatrik bozukluklar olsa da bunlar hafifleme dönemindedir ve sadece gerektiğinde, çeşitli dozlarda psikoaktif ilaçlar almaktadırlar.



Çalışmaya katılan erkeklerden dokuzu daha önce, 4 ile 10 yıl arasında değişen sürelerde siproteron asetat (günde 150-300 mg) ile tedavi edilmiştir. Bütün denekler, çeşitli zaman sürelerinde psikoterapi tedavileri almıştır. Bu tedaviler etkili olmamış ve

yaş gruplarındaki erkeklerin yüzde 85±8'i oranında) hariç ölçülen değerler normaldir; 14 adamdan yedisi daha önce siproteron asetat tedavisi görmüştür.

Tedaviye katılan erkeklere daha sonra belirsiz bir süre, kas arasına enjekte edilen aylık 3,75 mg triptorelin (Decapeptyl-CR, Ferring, Malmö, İsveç) tedavisi uygulanmıştır. Tedavi esnasında serum luteinize edici hormon, folikül uyarıcı hormon ve testosteron seviyeleri aylık olarak, testiküler hacim her üç ayda bir ve kemik mineral yoğunluğu da her altı ayda bir ölçülmüştür.

Triptorelinin, tedaviye katılan erkeklerin parafili bozukluğu üzerindeki etkileri; Üç Ana Şikâyet Anketi²⁴ ve Cinsel Arzu Yoğunluğu ve Semptomları Skalası²⁵ esas alınarak değerlendirilmiştir. Üç Ana Şikâyet anketi, tedavinin başında ve ilk yılın sonunda katılımcılara uygulanmış, Cinsel Arzu Yoğunluğu ve Semptomları Skalası ise tedavi öncesinde en az iki kez ve tedavi süresince de her ay deneklere uygulanmıştır. Anket sonuçları her zaman aynı doktor tarafından incelenmiş ve takip edilmiştir. İhtiyaç duyulan ilave bilgiler, tedaviye katılan erkeklerin eşleri ve akrabalarından elde edilmiştir.

Tedavi esnasındaki psikolojik ve davranış değişiklikleri Üç Ana Şikâyet anketi aracılığı ile değerlendirilmiştir. Bu anket, tedaviye katılanların psikiyatrik değerlendirmesi sonucu tespit edilen ve katılanların en fazla yardım almak ve kurtulmak istediği üç problem üzerine odaklanmaktadır. Belirlenen problemlerin en hafiften en şiddetliye doğru ciddiyetini derecelendirmek için, 13 noktalı bir skala kullanılmıştır.²⁴



Tedavi esnasında Cinsel Arzu Yoğunluğu ve Semptomları Skalası ise üç tip davranışın değerlendirilmesinde kullanılmıştır. Cinsel ilgi ve arzuyu değerlendirmek için tedaviye katılan erkeklerden o ay içindeki cinsel düşünce ve arzularının, (cinsel düşüncenin

olmaması ve yoğun cinsel dürtülü çok sık cinsel düşünce aralığında) niteliği, yoğunluğu ve sıklığını göstermeleri istenmiştir. Cinsel aktivitelerini değerlendirmek için ise tedaviye katılan erkeklere haftada kaç kez mastürbasyon yaptıkları, orgazmla sonuçlanan herhangi bir açık eylemde bulunma sayısı ve anormal cinsel davranışlarının nitelik ve sayısı sorulmuştur.

Cinsel fantezileri değerlendirmek için tedaviye katılan erkeklerden, erotik fantezilerini mümkün olabildiğince canlı (ve uzun süre) hayal etmeleri ve fantezilerindeki objeyi (çocuk veya yetişkin; dişi, erkek veya her ikisi) tanımlamaları, fantezilerinin yoğunluğunu (cinsel uyanmanın olmadığı ve azami uyanma aralığında) belirtmeleri ve o ay içinde, haftada hangi sıklıkla bu fantezileri yaşadıklarını belirtmeleri istenmiştir. Üç davranışın her biri sekiz noktalı bir skalaya göre değerlendirilmiş ve üç skorun ortalaması kullanılmıştır. Örneğin “1” skoru, asgari seviyede veya hiç yaşanmayan cinsel uyarılmayı ve sapkın cinsel fanteziler ile anormal cinsel davranışlar olmadığını gösterirken, “8” skoru, bütün semptomların olduğu, azami ve kontrol edilemeyen uyarılma ve anormal cinsel davranışı göstermektedir.



Okul çantasının arkasına saklanan kız resmi. Endonezya’da çocuklara cinsel saldırıda bulunanlara birkaç yıldır kimyasal hadım cezası uygulanmaktadır. Foto: Getty Images

Parafili (cinsel sapkınlık) bozukluğu olan erkeklerin tedavisinde, destekleyici psikoterapi, uzman bir psikiyatrist veya içimizden biri tarafından düzenli bir şekilde (ayda bir ile dört oturum) deneklere uygulanmıştır. Triptorelin tedavisi esnasında çalışmaya katılan erkeklerden yedisi bir adet, ikisi de iki adet psikoaktif ilaç almayı sürdürmüştür.

LABORATUVAR YÖNTEMLERİ

Serum luteinize edici hormon (LH), folikül uyarıcı hormon (FSH) ve testosteron seviyeleri hassas ve özel radyoimmüanaliz yöntemleri²⁶ ile ölçülmüştür. Çalışmaya katılan deneklerin femur boyun ve bel omuru (L2 ve L4) kemik mineral yoğunlukları ise dual-enerji X-ray absorbsiyometri yöntemi (Fort Atkinson, Wisconsin merkezli Norland Scientific Instruments firması üretimi XR26 cihazı) ile belirlenmiştir. Kemik mineral yoğunluk ölçüm değişimlerinde ilgili katsayılar yüzde 2 ve 1 oranındadır.

İSTATİKSEL ANALİZ

Çalışma esnasında, sadece en az 12 ay tedavi gören 24 deneğin sonuçları istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Her bir değişken için Fisher testi korumalı deneysel önem düzeyi²⁷ verilerin tekrarlanan niteliğine ve parametrik olmayan ayarlara uyarlanmıştır. İlk olarak, bütün zaman noktalarında değerlerin genel homojenliğini test etmek maksadıyla, çift yönlü değişken analizi kullanılmıştır.



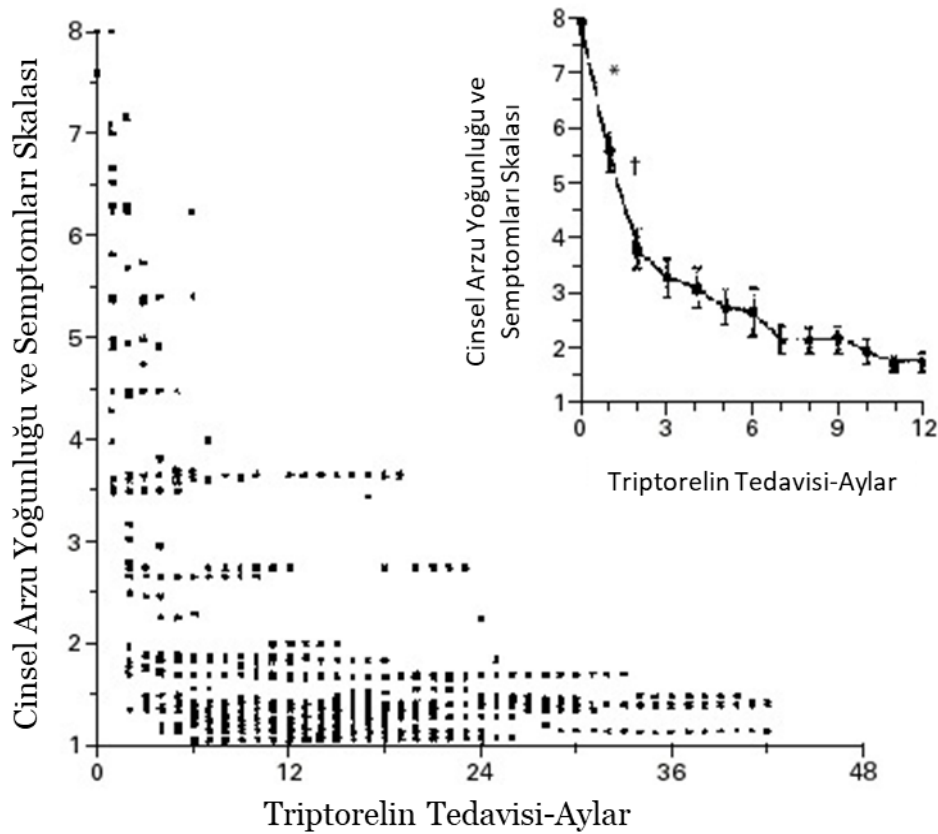
Anayasa Mahkemesinin verdiği bir karara göre; İtalya'da yaşı küçük biriyle para karşılığı yapılan cinsel ilişki girişimi gerçekleşmese dahi suçtur. Foto: West.info.eu

Bu testin sonuçları anlamlı olduğunda, Wilcoxon eşleşmeli çiftler sıralama testini kullanarak ardışık ikili karşılaştırmalara devam ettik. Cinsel Arzu Yoğunluğu ve Semptomları Skalası için taban çizgisi değerleri (başlangıçtaki) yukarıda ayrıntılı

olarak ifade edildiği gibi rastgele “8” olarak belirlenmiştir. Bu nedenle analizlere girilen değerler, bu taban çizgisinden olan farklılık değerleridir. Üç Ana Şikâyet anketi sonuçlarının istatistiksel analizi Student T-Testi ile yapılmıştır. Bütün “P” değerleri iki yönlüdür.

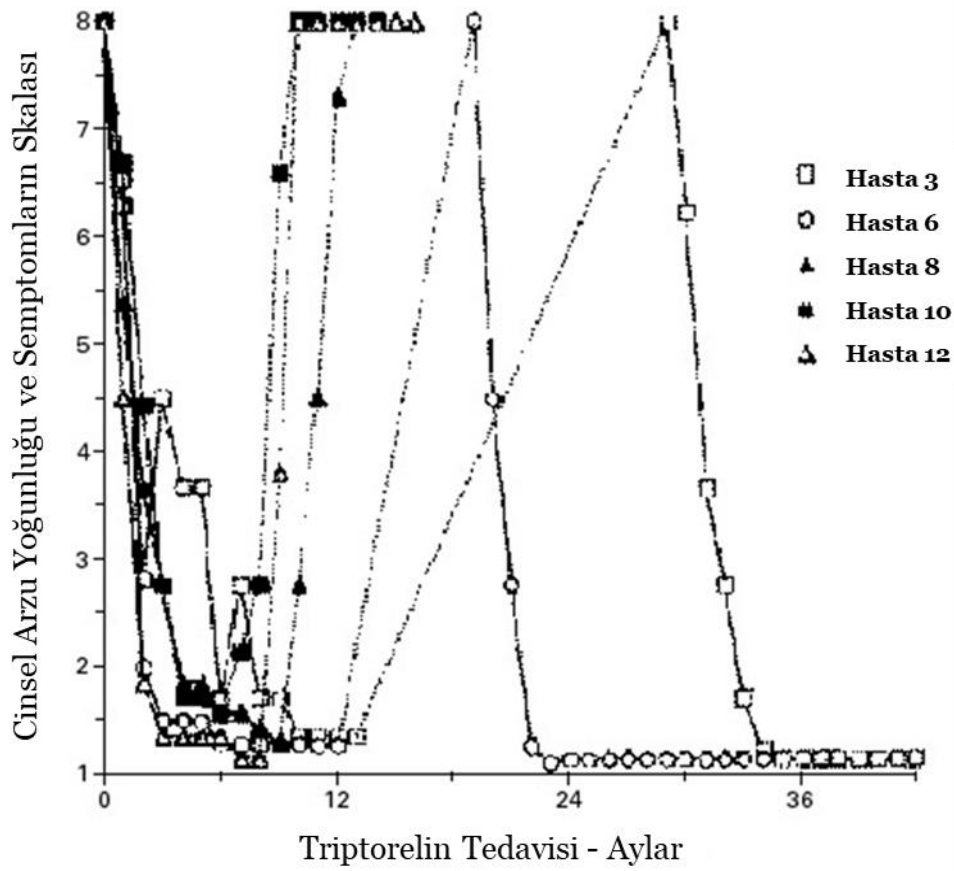
Sonuçlar

Tedavi esnasında 30 deneğin tamamında da parafilik faaliyetlerde ani bir değişiklik yaşanmıştır. Cinsel Arzu Yoğunluğu ve Semptomları Skalasında azami seviyede düşmeler ise, 2 yıl sonra görülen bir erkek hariç olmak üzere, bütün deneklerde tedavinin başlamasından 3 ile 10 ay sonra gözlenmiştir (Şekil 1 ve Tablo 2). Tedaviye katılan bütün denekler, cinsel arzularının önemli ölçüde azaldığını ve cinsel davranışlarının kolayca kontrol edilebilir hale geldiğini ifade etmiştir.



Şekil 1. Ciddi parafili bozukluğu olan ve triptorelin tedavisi uygulanan 30 erkekte görülen Cinsel Arzu Yoğunluğu ve Semptomları Skalası. Aylık olarak belirlenen skor sapkın cinsel fantezi, arzu ve anormal cinsel davranışların yoğunluk ve sıklığını göstermektedir. Ana grafik, katılan erkeklerin tedavi süreci esnasındaki bireysel ve en son güncel verilerini göstermektedir. Diğer grafikte ise en az 12 ay süresince tedavi uygulanan 24 erkeğin ortalama skorları görülmektedir. Yıldız işareti temel çizgiye, hançer işareti ise birinci aya oranla önemli bir fark ($P<0.001$) olduğunu göstermektedir.

Sapkın cinsel fanteziler ve dürtüler tamamen ortadan kaybolmuş ve mastürbasyon sıklığı sıfır veya iki haftada 1-2'ye düşerek önemli derecede azalmıştır. Denekler tarafından beyan edilen, triptorelin tedavisi öncesinde ayda 5 ± 2 (aralık, 2-8) olan aylık anormal cinsel davranış olay sayısı ortalaması ($\pm$ SD) ise tedavi esnasında sıfıra ($P < 0.001$) düşmüştür. Azami etkiler elde edildiğinde, tedavi esnasında deneklerden, akrabaları veya gözetim memurundan alınan bilgilere göre; erkeklerde çocuklara karşı cinsel taciz veya teşhircilik, röntgencilik ve fortçuluk gibi tek bir olaya dahi rastlanmamıştır. Ulaşılan faydalı etkiler, en az bir yıl tedavi gören 24 denegin hepsinde devamlılık göstermiştir.



Şekil 2. Ciddi parafili bozukluğu olan ve triptorelin tedavisi uygulanan beş denekte görülen Cinsel Arzu Yoğunluğu ve Semptomları Skalası değerleri. 3 ve 6 numaralı denekler, üreme kabiliyetini kazanmak için triptorelin tedavisini 12 ve 6 ay sonra kesmiş her ikisinin üreme kabiliyetinde de bir sorun yaşanmamıştır. 8, 10 ve 12 numaralı denekler, tedavi esnasında görülen yan etkiler nedeniyle triptorelin tedavisini tamamen bırakmıştır. Sonrasında bu deneklere günlük 200 mg siproteron asetat tedavisi uygulanmış ve çok az fayda elde edilmiştir. Noktalı çizgiler triptorelin tedavisine ara verilen dönemleri göstermektedir.

Tedaviye katılan altı denek 8-10 ay sonra tedaviyi kesmiştir. Deneklerden ikisi başka bir yere taşınmış, üçünde tolere edilemeyen yan etkiler görülmüş ve bir tanesi de çocuk

sahibi olmak istemiştir. Ayrıca, iki evli denek üretkenlik kabiliyeti için 12 ve 6 ay süreyle tedaviye ara vermiştir. Bu dönemde, beş denekte gözlenen semptomlarda üretkenliğe geri dönüşün mümkün olduğu tespit edilmiştir (Şekil 2).

İki deneğe (3 ve 6) yeniden triptorelin tedavisi uygulanmış ve iyi sonuçlar alınmıştır. Öte yandan üç denek (8, 10 ve 12) yan etkiler nedeniyle triptorelin tedavisini kesmek zorunda kalmış ve bunlara günde 200 mg siproteron asetat tedavisi uygulanmıştır. Bu tedavi deneklerin parafili bozukluğunu kontrol altına alamamış ve iki denek cinsel suçlardan yargılanarak hapis cezasına çarptırılmıştır.

Tablo 2. Ciddi Parafili Bozukluğu Olan Erkeklere Sürekli Triptorelin Uygulamasının Etkisi

Değişken	Triptorelin Tedavisi - Aylar								P Değeri	Nominal Aralık
Aylar	0	6	12	18	24	30	36	42		
Denek Sayısı (+)	30	30	24	18	15	11	8	6		
Cinsel Arzu Yoğunluğu ve Semptomları Skalası	8.0±0,2	2.7±2,3*	1.7±0,85	1.6±0,7	1.5±0,5	1.4±0,2	1.3±0,15	1.4±0,15	<0.001	
Serum Luteinize Edici Hormon (mIU/ml)	10.6±5,3	4.0±2,4*	2.7±2,7	3.1±2,5	0.8±0,3	0.8±0,5	0.9±0,4	0.8±0,4	<0.001	3-15
Serum Folikül Uyarıcı Hormon (mIU/ml)	7.1±6,8	4.6±2,6	3.5±1,9	3.8±1,8	2.2±0,7	2.1±0,4	2.0±0,7	1.9±0,9	0.29	2-10
Serum Testesteron (ng/dl) (-)	545±196	26±14*	32±14	23±12	26±21	23±12	23±14	23±14	<0.001	280-870
Testiküler Hacim (ml)	26.2±4,6	19.6±4,0*	17.3±4,1	17.4±5,5	15.6±6,0	14.9±6,2	13.5±9,1	13.8±9,3	<0.001	18-30
Kemik Mineral Yoğunluğu (Aynı yaştaki erkeklere oranla % değeri) (=)										
Omur Uyluk	92.8±13,0 84.5±15,7	88.1±12,2* 83.1±14,5	86.5±10,7* 80.4±8,8						0.005 0.43	

(±) Değerler ortalamadır ±SD

Bütün zaman noktalarında değerlerin genel homojenliğini test etmek için iki yönlü değişken analiz kullanılmıştır. İstatiksel analizlerde 12 aylık tedaviyi tamamlayan 24 erkeğin verileri kullanılmıştır.

(+) Değerler triptorelin tedavisini belirtilen ay sayısında tamamlayan deneklerin sayısıdır.

(*) P<0.05 bir önceki ayla karşılaştırıldığında (Wilcoxon eşleşmeli çiftler sıralama testi).

(=) Analiz 14 erkeği kapsamaktadır.

(-) Serum testesteron değerlerini nanomole/litreye çevirmek için 0,03467 ile çarpın.

Üç Ana Şikâyet anket sonuçları da triptorelin tedavisinin etkili olduğunu göstermiştir. Bütün deneklerde ilk problem parafili bozukluğudur. Ortalama 10±3 olan problemin şiddeti bir yılın sonunda 3±3 seviyesine (P<0.001) düşmüştür. İkinci ve üçüncü problemler ise kişilerarası meselelerin değişkenliği ile ilgilidir. Bu problemler, azalan önem derecesine göre; evlilik ve aileyle ilgili, iş bağlantılı ve sosyal işlevsellikle ilgilidirler. İkinci ve üçüncü ana problemlerin bir yıllık skorlarında da sırasıyla; 10±3 oranından 4±3 oranına (P<0.003) ve 10±4 oranından 6±6 oranına (P<0.02) düşme görülmüştür.

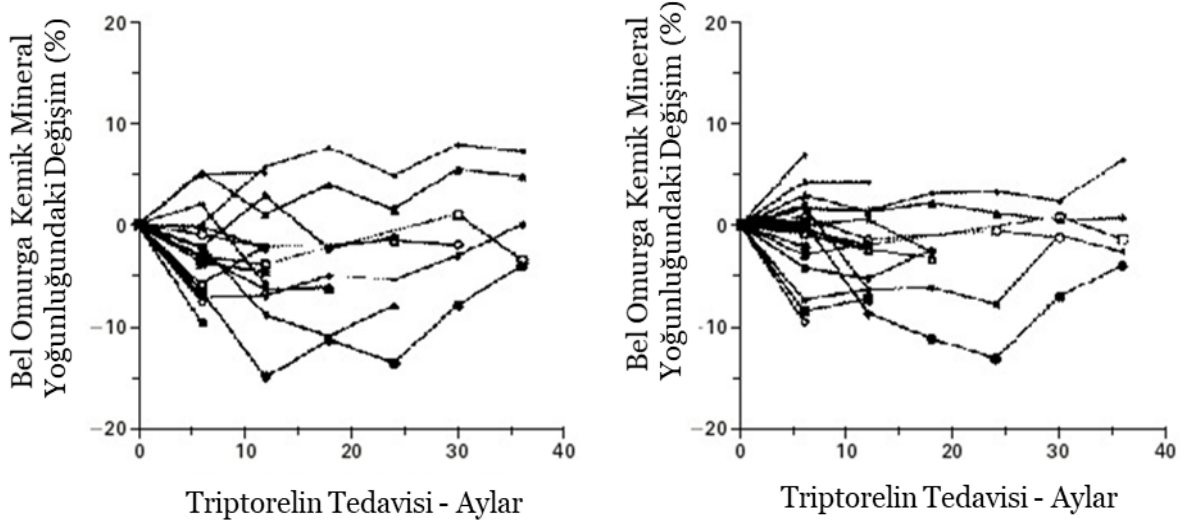
TRİPTORELİNİN HİPOFİZ GONADAL FONKSİYONU VE TESTİKÜLER HACİM ÜZERİNDE ETKİLERİ

Tedaviye başlanmadan önce, deneklerdeki serum luteinize hormon (LH), folikül uyarıcı hormon (FSH) ve testesteron konsantrasyon ortalama temel seviyeleri normaldir (Tablo 2). Tedavi esnasında serum luteinize edici hormon ve testesteron konsantrasyonları önemli ölçüde düşmüş ve triptorelin düzenli olarak verildiği sürece düşük seviyelerde kalmayı sürdürmüştür. Tedaviye ara veren veya bırakan erkeklerde serum testesteron konsantrasyonu iki ay içinde normal seviyesine geri dönmüştür.

Tedavi öncesinde bütün deneklerde testiküler hacim normal aralıktadır. Tedavi esnasında giderek azalmış ve 36 aylık tedavi sonrasında yaklaşık olarak %50 ile en üst azalma seviyesine ulaşmıştır.

TRİPTORELİN TEDAVİSİNİN KEMİK YOĞUNLUĞUNA ETKİLERİ

Tedavi sürecine katılan deneklerde planlı ölçümlerin yapıldığı 18 erkekten 11'inde femur boynu ve omurga kemik mineral yoğunlukları 6-12 aylık tedavi sonrasında düşmüş, 7 erkekte ise değişmemiştir (Şekil 3). Grup bir bütün olarak ele alındığında ise sadece omurga ortalama kemik mineral yoğunluğu önemli ölçüde düşmüştür (Tablo 2). Sürekli mineral eksikliği görülen iki deneye, triptorelin tedavisinin 24'üncü ayından itibaren, ağız yoluyla kalsiyum takviyesi (günde 2 gram) ve 1 α -hydroxyvitamin D₃ (günde 0,5 μ g) verilmiştir.



Şekil 3. Ciddi parafili bozukluğu olan 18 deneye uygulanan triptorelin tedavisinde, bel omuru ve femur boynunda görülen kemik mineral yoğunluk değişimleri. Denekler 6-36 aylık triptorelin tedavisini tamamlamıştır. Noktalı çizgiler iki denekte triptorelin tedavisinin geçici olarak kesildiği dönemleri göstermektedir.

DİĞER YAN ETKİLER

Deneklerin çoğu vücutlarına triptorelin enjeksiyonu yapılan yerlerde geçici acı hissetmiştir. Altı denek sürekli sıcak basmasından, üçü yüz ve vücut kıllarının azalmasından ve ikisi de anormal halsizlik ve yaygın kas hassasiyetinden şikâyet etmiştir.

Tedaviye katılan bütün denekler sonuçlardan tatmin olsa da uygulanan triptorelin tedavisinin 6-12'nci ayından itibaren, 21'i aşamalı ereksiyon bozukluğundan şikâyetçi olmuştur. Ereksiyonu sürdürmemeye veya cinsel ilişkide bulunamamanın eşlik ettiği kadınlara yönelik cinsel isteksizlik, yaşla orantılı olmuş, bazı genç deneklerde rastlanırken, 35 yaşın üzerindeki bütün deneklerde görülmüştür.

Tartışma

İnsanlarda testosteron, erkek cinsel karakteristiklerinin gelişmesi ve sürdürülmesinin yanı sıra cinsellik, saldırganlık, bilişsellik, duygu ve kişiliğin kontrolünde de çok önemli bir role sahiptir. ²⁸ Testesteron; cinsel arzu, fanteziler ve davranışlarının ana belirleyici faktörüdür ve anlık ve gece oluşan ereksiyonların sıklık, süre ve büyüklüğünü yükseltmektedir. ²⁹ Erkeklerde bütün bu fonksiyonlar hipogonadizm ile bozulmakta, fakat testosteron tedavisiyle geri kazanılabilmektedir.³⁰ Parafili bozukluğu olan erkeklerdeki sapkın cinsel fanteziler, dürtüler ve davranışlar da testosteron ile tetiklenmektedir. Bu nedenle testosteron salgısını azaltmak veya faaliyetini engellemek bu semptomları kontrol altına alabilir.



Geçmişte, parafili bozukluğu olan erkekler için cerrahi hadım yöntemi savunulmuş, fakat zalim bir cezalandırma yöntemi olduğundan bu uygulamadan vaz geçilmiştir. Cerrahi hadım yönteminin uygulanması halen birçok ülkede yasa dışıdır.¹³ Medroksiprogesteron ve siproteron asetat gibi antiandrojenik ilaçlar parafili bozukluğu olan erkeklerin tedavisinde yaygın olarak kullanılmış¹⁷⁻²⁰, fakat bunlardan elde edilen

sonuçlar sınırlı ölçüde başarılı olmuş ve bunun yanı sıra birçok yan etkileri de görülmüştür. Medroksiprogesteron (MP) ilaçlarının yan etkileri kilo alma, uyuşukluk, kâbuslar, kanda şeker yüksekliği ve bacak kramplarıdır. Siproteron asetatin yan etkileri ise meme dokusunun büyümesi, tromboembolik olaylar, depresyon ve hepatosellüler hasardır.³¹ Her iki ilaç muhtemelen kemik mineral kayıplarına da neden olmaktadır.^{19,32} Uyumluluk iyi olsa dahi sadece erkeklerin yüzde 60-80'i bu iki ilaçtan fayda görmektedir.^{18,19}

Triptorelin gibi gonadotropin salgılayıcı hormon uzun süreli analogları, hipogonadizm yan etkileri hariç başka hiçbir yan etkilerin görülmediği ciddi fakat geri döndürülebilir hipogonadizme (erkeklerde testis fonksiyonlarında yetersizlik) neden olmaktadır. ^{21,22} Bunlar, luteinize edici hormon salgısını (ve daha az oranda da folikül uyarıcı hormon) önlemekte ve sonuç olarak da testosteron salgısı da önemli ölçüde düşmektedir.

Parafili bozukluğu olan erkeklerde analogların etkileriyle ilgili geçmişte yapılan çalışmalarla ilgili vaka raporları mevcuttur³³⁻³⁶: istisna olarak bir çalışmada, yedi yıla kadar triptorelin tedavisi uygulanan, ciddi parafili bozukluğu olan altı erkekten beşinde, bütün anormal cinsel davranışlar ortadan kalkmıştır. ^{22,37}

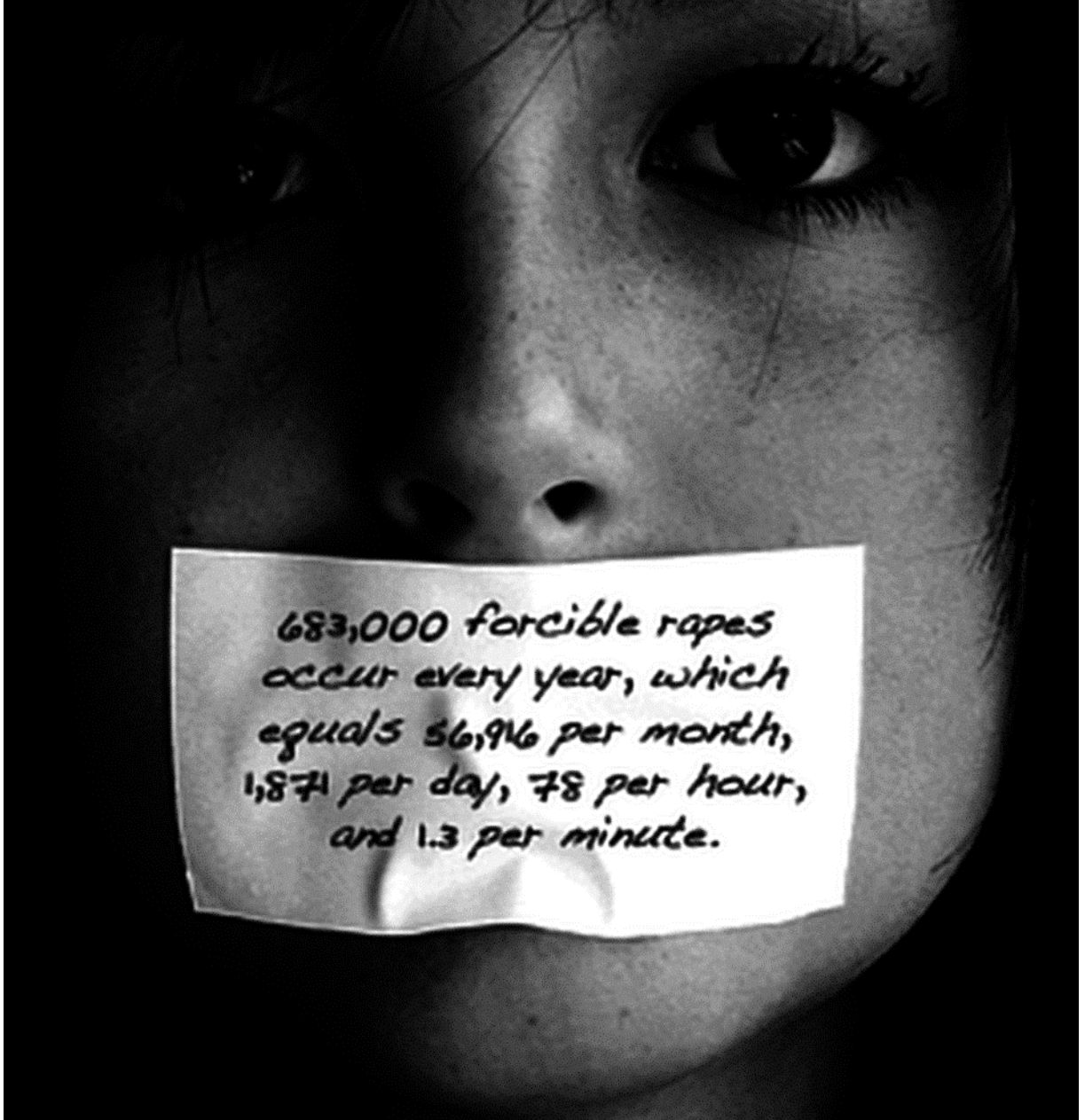


Foto:themonthly.com.au

Bütün bu çalışmalarda ve bizim çalışmamızda, triptorelin tedavisi sapkın cinsel arzu ve davranışları ve özellikle de cinsel fantezilerin yoğunluk ve sıklığını önemli derecede azaltmıştır. Bu fantezilerin, hem iç uyarıcılar (anormal hayaller) hem de dış uyarıcılardan (görsel, dokunsal, koku alma ve işitsel) etkilenmiş ve tepki verilmiş gibi

görülmektedir ve normal erkeklerde olduğu gibi bunlar temel olarak androjen bağımlıdır. [9-11,38](#)

Kontrol edilmemiş çalışmamızdaki metodolojik sınırlara rağmen, sürekli triptorelin tedavisinin, önceki siproteron asetat veya serotonerjik ilaç uygulamaları başarısız olurken, tedaviye devam eden erkeklerde parafili bozukluğunu kontrol altına almada etkili olduğu görülmüştür.



Her yıl 683.000 zorla tecavüz olayı yaşanmaktadır, bu rakam ayda 56,916, günde 1,871, her saatte 78 ve dakikada 1,3 tecavüz anlamına gelmektedir.

Triptorelin, testesteron hücre etkilerini azaltmakta siproterondan daha etkili olabilir ya da sapkın cinsel davranışların bastırılmasında merkezi sinir sistemi üzerinde daha güçlü bir etkisi bulunmaktadır. Gonadotropin salgılayıcı hormonların agonist

türevlerinin intra serebro ventriküler (ICV) uygulamasının erkek farelerde³⁹ saldırganlığı bastırdığı görülmüştür. Bunun da ötesinde gonadotropin salgılayıcı hormon nöronları, hormonun nöromodülatör⁴⁰ davranışı gösterebildiği, burun soğanı ve amigdala gibi hipofiz alanlarına yayılabilmektedir.

Sürekli triptorelin tedavisinin yan etkileri de bulunmaktadır. Kemik erimesine⁴¹ götürebilen hipogonadizme (testislerde faaliyet noksanlığı) neden olmaktadır. Çalışmamıza katılan 18 denekten on birinde, tedavi esnasında kemik mineral yoğunluklarında azalma tespit edilmiştir. Ayrıca birçoğunun, anormal cinsel davranışların yanı sıra normal cinselliklerinde de azalmalar görülmüş ve birkaçında da testosteron yetersizliğinin diğer semptomlarına rastlanmıştır.

Bununla birlikte triptorelin tedavisinin ciddi parafili bozukluğu olan erkeklerde diğer ilaçlara nazaran birkaç avantajı olduğu görülmektedir.^{22,37} Triptorelin tedavisi etkilidir ve diğer tedavi yöntemlerine dirençli olan erkeklerde sonuç alıcıdır. Daha az yan etkileri bulunmaktadır ve sürekli tedavi kemik mineral kütle azalmasına neden olabilse de bu durum kalsiyum ve D vitamini takviyesi veya bisfosfonat ilaç tedavisiyle önlenabilir.⁴² Parenteral (damar veya adale içi yollarla) olarak ayda bir kez verilmesi durumunda, uyumsuzluk nedeniyle tedavideki kesilme olasılığını azaltır ve tedavinin direkt olarak gözlenmesine imkân sağlar.



20 Şubat 2018 tarihinde, The New Indian Express’de yayınlanan bir habere göre, Türkiye’de 2006 yılında 3.788 olan çocuk cinsel istismar sayısı 2016 yılında 21.189’a çıkmıştır ve Türk hükümeti kimyasal hadım seçeneğini de değerlendirmektedir. İllüstrasyon: The New Indian Express

Maksimal etkiler elde edildiğinde, erkeklerin anormal cinsel davranış semptomları asgari seviyeye inmiş ve toplum için çok daha düşük bir tehdit haline gelmişlerdir. Triptorelin veya diğer bir uzun süreli gonadotropin salgılayıcı hormon agonist türev

tedavisi, bu nedenle büyük bir olasılıkla hapse atma veya hasta rehabilitasyon programlarına nazaran daha fazla maliyet-etkin bir tedavi yöntemidir.⁴³

Parafili bozukluğu olan erkeklerde anormal cinsel davranışlar, etkili bir şekilde tedavi edilseler dahi, uzun yıllar kalıcı olabilir ve yaşam boyu sürebilir. Bizim çalışmamızda, tedaviye devam etmeyen deneklerde anormal cinsel davranışlar açık bir şekilde yeniden ortaya çıkmıştır. Bu nedenle triptorelin tedavisi sürekli olmalıdır. Bununla birlikte, ereksiyon bozukluğu ve kemik mineral kaybını azaltmasının yanı sıra anormal cinsel davranışları da azaltacağından, zamanla triptorelin dozunun azaltılması mümkündür.



İllüstrasyon: Collective Evolution

Son olarak iki noktayı vurgulamak istiyoruz. Bunlardan birincisi, yasal olarak zorunlu olmamalarına rağmen tedaviyi düzenli olarak sürdüren erkeklerde uyumluluğun mükemmel olmasıdır. İkincisi de çalışma plasebo kontrollü olmamasına ve erkekler potansiyel olarak faydalı bir tedavi gördüklerini bilmelerine rağmen, elde edilen yararlı etkilerin, erkeklerin bunları zaten ummalarından kaynaklanmamasıdır.

Bu çalışma kısmen, İsveç, Malmö merkezli Ferring firması tarafından desteklenmiştir.

Bu çalışmamızın yürütülmesinde yardımlarını esirgemeyen; Tel Aviv Üniversitesi Kriminoloji Bölümünden Dr. Meir Teichmann'a, Tel Aviv Bölge Psikiyatristi Dr. Jacob Margolin'e, Tel Aviv Adalet Mahkemesinden Yargıç George Kara'ya ve Kudüs Yetişkin Gözlem Servisine, triptorelin tedavisi için denek önerdikleri için, Kudüs Osteoporoz Merkezinden Dr. Joseph Foldes'e kemik mineral yoğunluğu ölçümleri için, Hadassah Üniversite Hastanesi Sosyal Tıp Departmanından Dr. Mario Baras'a verilerin istatistiksel analizi için, Negev Ben Gurion Üniversitesi Zihin Sağlığı Merkezinden Dr. Haim Belmekker'e değerli önerileri için ve Hadassah Üniversite Hastanesi Endokrinoloji ve

Metabolizma Departmanı hemşire ve tıp personeline, deneklerin tedavisinde gösterdikleri sabır ve iş birlikleri için teşekkürü bir borç biliriz.

Referanslar

1. Sexual offenses. In: Bancroft J. Human sexuality and its problems. 2nd ed. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone, 1989:664-731.
2. Child abuse and neglect: critical first steps in response to a national emergency. Washington, D.C.: Advisory Board on Child Abuse and Neglect, 1990.
3. Report of the Committee on Sexual Offenses against Children and Youths: sexual offenses against children in Canada. Ottawa, Ont.: Ministry of Supply and Services Canada, 1984.
4. Glaser B. Paedophilia: the public health problem of the decade. Research and public policy series. No. 12. Canberra: Australian Institute of Criminology, 1997:4-13.
5. Baker AW, Duncan SP. Child sexual abuse: a study on prevalence in Great Britain. Child Abuse Negl 1985;9:457-467
6. Kutchinsky B. Pornography and its effects in Denmark and the United States. Comp Soc Res 1985;8:301-330
7. Vandemeulebroucke M. Un justice plus humaine pour l'enfance violée. Le Soir. January 14-15, 1995:1.
8. Vandemeulebroucke M. Comment soigner les pédophiles? Le Soir. January 14-15, 1995:27.
9. Abel GG. Paraphilias. In Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive textbook of psychiatry/V. 5th ed. Vol. 1. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989:1069-85.
10. Money J. Paraphilias: phenomenology and classification. Am J Psychother 1984;38:164-179
11. Finkelhor D, Araji S. Explanations of pedophilia: a four factor model. J Sex Res 1986;22:145-161
12. Diagnosis and statistical manual of mental disorders. 4th ed.: DSM-IV. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994:527-8.

13. Heim N, Hirsch CJ. Castration for sex offenders: treatment or punishment? A review and critique of recent European literature. *Arch Sex Behav* 1979;8:281-304
14. Marshall WL, Barbaree HE. The long-term evaluation of a behavioral treatment program for child molesters. *Behav Res Ther* 1988;26:499-511
15. Richer M, Crismon ML. Pharmacotherapy of sexual offenders. *Ann Pharmacother* 1993;27:316-320
16. Stein DJ, Hollander E, Anthony DT, et al. Serotonergic medications for sexual obsessions, sexual addictions, and paraphilias. *J Clin Psychiatry* 1992;53:267-271
17. Money J. Treatment guidelines: antiandrogen and counseling of paraphilic sex offenders. *J Sex Marital Ther* 1987;13:219-223
18. Meyer WJ III, Cole C, Emory E. Depo provera treatment for sex offending behavior: an evaluation of outcome. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1992;20:249-259
19. Neumann F, Kalmus J. Cyproterone acetate in the treatment of sexual disorders: pharmacological base and clinical experience. *Exp Clin Endocrinol* 1991;98:71-80
20. Bradford JMW, Pawlak A. Double-blind placebo crossover study of cyproterone acetate in the treatment of the paraphilias. *Arch Sex Behav* 1993;22:383-402
21. Conn PM, Crowley WF Jr. Gonadotropin-releasing hormone and its analogues. *N Engl J Med* 1990;324:93-103
22. Thibaut F, Cordier B, Kuhn JM. Effect of a long-lasting gonadotrophin hormone-releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilia. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:445-450
23. Zachmann M, Prader A, Kind HP, Hafliger H, Budliger H. Testicular volume during adolescence: cross-sectional and longitudinal studies. *Helv Pediatr Acta* 1974;29:61-72
24. Battle CC, Imber SD, Hoehn-Saric R, Nash ER, Frank JD. Target complaints as criteria of improvement. *Am J Psychother* 1966;20:184-192
25. Bancroft J, Tennent G, Loucas K, Cass J. The control of deviant sexual behavior by drugs. I. Behavioural changes following oestrogens and anti-androgens. *Br J Psychiatry* 1974;125:310-315
26. Rosler A. Steroid 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase deficiency in man: an inherited form of male pseudohermaphroditism. *J Steroid Biochem Mol Biol* 1992;43:989-1002

27. Cohen J, Cohen P. Applied multiple regression/correlation analysis of the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum, 1983:172-3.
28. Rubinow DR, Schmidt PJ. Androgens, brain, and behavior. *Am J Psychiatry* 1996;153:974-984
29. Cunningham GR, Hirshkowitz M, Korenman SG, Karacan I. Testosterone replacement therapy and sleep-related erections in hypogonadal men. *J Clin Endocrinol Metab* 1990;70:792-797
30. Salmimies P, Kockott G, Pirke KM, Vogt HJ, Schill WB. Effects of testosterone replacement on sexual behavior in hypogonadal men. *Arch Sex Behav* 1982;11:345-353
31. Hirsch D, Kovatz S, Bernheim J, Shenkman L. Fatal fulminant hepatitis from cyproterone acetate. *Isr J Med Sci* 1994;30:238-240
32. Cundy T, Farquhar CM, Cornish J, Reid IR. Short-term effects of high dose oral medroxyprogesterone acetate on bone density in premenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 1996;81:1014-1017
33. Allolio B, Keffel D, Deuss U, Winkelmann W. Behandlung sexueller Verhaltensstörungen mit LH-RH-Superagonisten. *Dtsch Med Wochenschr* 1985;110:1952-1952
34. Rousseau L, Couture M, Dupont A, Labrie F, Couture N. Effect of combined androgen blockade with an LHRH agonist and flutamide in one severe case of male exhibitionism. *Can J Psychiatry* 1990;35:338-341
35. Dickey R. The management of a case of treatment-resistant paraphilia with a long-acting LHRH agonist. *Can J Psychiatry* 1992;37:567-569
36. Cooper AJ, Cernovsky ZZ. Comparison of cyproterone acetate (CPA) and leuprolide acetate (LHRH agonist) in a chronic pedophile: a clinical case study. *Biol Psychiatry* 1994;36:269-271
37. Thibaut F, Cordier B, Kuhn JM. Gonadotropin hormone releasing hormone agonist in cases of severe paraphilia: a lifetime treatment? *Psychoneuroendocrinology* 1996;21:411-419
38. Loosen PT, Purdon SE, Pavlou SN. Effects on behavior of modulation of gonadal function in men with gonadotropin-releasing hormone antagonists. *Am J Psychiatry* 1994;151:271-273

39. Kadar T, Telegdy G, Schally AV. Behavioral effects of centrally administered LH-RH agonist in rats. *Physiol Behav* 1992;51:601-605
40. Moss RL, Dudley CA. Luteinizing hormone-releasing hormone (LHRH): peptidergic signals in the neural integration of female reproductive behavior. In: Lakoski JM, Perez-Polo JR, Rassin DK, eds. *Neural control of reproductive function*. Vol. 50 of *Neurology and neurobiology*. New York: Alan R. Liss, 1989:485-99.
41. Goldray D, Weisman Y, Jaccard N, Merdler C, Chen J, Matzkin H. Decreased bone density in elderly men treated with the gonadotropin-releasing hormone agonist Decapeptyl (D-Trp6-GnRH). *J Clin Endocrinol Metab* 1993;76:288-290
42. Liberman UA, Weiss SR, Broll J, et al. Effect of oral alendronate on bone mineral density and the incidence of fractures in postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med* 1995;333:1437-1443
43. Prentky R, Burgess AW. Rehabilitation of child molesters: a cost-benefit analysis. *Am J Orthopsychiatry* 1990;60:108-117

Bu yazıdan, 1999 ile 2018 yılları arasında yayınlanan toplam 117 makalede alıntı yapılmıştır.

Sun Savunma Net olarak bu bilimsel makaleyi çevirip okuyucularımızla paylaşmaktan büyük bir gurur duyuyoruz.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199802123380702>