

Demansta Uygunuz Seksüel Davranışlar ve Tedavi Yaklaşımları

Dilek Evyapan Akkuş*, Azize Banu Dıramalı**, Ayşe Güler**, Ahmet Acarer***

* Prof. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir

** Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir

*** Uzm. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir

Tel: +905326846244

Faks: +902323421122

E-mail: dilekevyan@mail.ege.edu.tr

ÖZET

Demanslar nörodejeneratif bozuklukların en sıklıkla karşılaşılan tipidir. Demans hastalarında davranışsal bozukluklara sık rastlanır ve demanslı hastaların neredeyse %80'i davranışsal problemler sergilerler. Uygunuz seksüel davranışların, demansta görülen diğer davranışsal problemler kadar fazla görülmemesine karşın, bu davranışlar hem hastanın kendisi hem de bakım veren kişi için ağır güçlükler yol açabilirler. Demansta görülen uygunuz seksüel davranışlar, diğer davranışsal bozukluklara oranla daha az araştırılmıştır. Günümüzde, seksüel uygunuzluğun tanımı, tipleri ve kapsamı hakkında hâlen birtakım tartışmalar bulunmaktadır. Demansta karşılaşılan uygunuz seksüel davranışların ilaç tedavisi için gerçekleştirilmiş randomize denemeler bulunmamaktadır; ancak eldeki veriler bazı sık kullanılan tedavi biçimlerinin etkin olabildiğini düşündürmektedir. Bu yazıda, bu davranışların değişik yönleri ve mevcut tedavi seçenekleri gözden geçirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: demans, davranışsal bozukluk, uygunuz seksüel davranış

ABSTRACT

Inappropriate Sexual Behaviors in Dementia and Treatment Approaches

Dementias are the most encountered type of neurodegenerative disorders. Behavioral disturbances are common in dementia patients and almost 80% of patients with dementia show behavioral problems. Although inappropriate sexual behaviors are not as common as other behavioral problems seen in dementia, they can cause heavy trouble to patients who are affected and also caregivers. Inappropriate sexual behaviors in dementia have been relatively less investigated among other behavioral disturbances. At the present time, there are some controversies about the definition, types and content of sexual inappropriateness. There are no randomized drug trials for the treatment of inappropriate sexual behaviors in dementia, but the available data suggest efficacy of some commonly used treatment modalities. In this article, we overviewed various aspects of these behaviors and available treatment choices.

Key Words: dementia, behavioral disturbance, inappropriate sexual behavior

GİRİŞ

Demans kognisyon, davranış ve günlük yaşam aktivitelerinin bozukluğuyla karakterize bir sendromdur. 65 yaş üzerindeki kişilerin %5'ini, 85 yaş üzerindeki kişilerin %20'sini etkilemek üzere, yaşlılıktaki nöropsikiyatrik bozuklukların en sık karşılaşılan tipidir. Demansın en sık gözlenen formu Alzheimer tipi demanstır; bunu sıklık bakımından vasküler demans ve Lewy cisimcikli demans izler. Daha seyrek olarak demans oluşturan nedenler Parkinson hastalığı, alkol kötüye kullanımı, normal basınçlı hidrocefali, HIV

enfeksiyonu, hipotiroidi, B₁₂ vitamini ve folik asid eksikliğidir (Black ve ark. 2005, Cummings ve Mega 2003).

Demansta davranış bozuklukları sıklıkla gözlenir. Bunlar, herhangi bir ortam için, güvenliği ve uyumu bozan, hastanın bakımını güçleştiren davranışlar olarak tanımlanabilir (Bharucha ve ark. 2002). Alzheimer hastalarının çok azı hastalık süresince davranışsal semptom göstermez. Reisberg ve arkadaşları, ayaktan izlenen erken dönem Alzheimer hastalarının kayıtları-

nı gözden geçirmişlerdir ve hastaların %58'inde davranışsal semptomlar bulunduğunu belirlemişlerdir (1987). Erken dönem Alzheimer hastalarına dâir bir diğer çalışmada, üç yıllık izlem süresinde olguların yalnızca %8.5'i psikopatoloji göstermemiştir (Devanand ve ark. 1997). Lyketsos ve arkadaşları demanslı hastaların üçte ikisinde, hastalığın herhangi bir döneminde davranış bozukluklarının geliştiğini bildirmişlerdir (2000). Ayaktan izlenen demanslı hastaların üçte birinde, uzun süreli bakım verilen kurumlarda yaşayan hastaların beşte dördünde davranışsal bozukluklar vardır (Margallo-Lana ve ark. 2001). Bu bozukluklar morbiditede artışa, sağlık harcamalarında yükselmeye ve hastaların erkenden bakımevine yerleştirilmesine neden olmaktadır (Finkel ve ark. 1996, O'Donnell ve ark. 1992, Steele ve ark. 1990).

Son 30 yıl boyunca yapılan çalışmalar, yaşlıların seksüel yönden aktif olmadıkları yönündeki görüşü ortadan kaldırmıştır. Bu çalışmalarda 60 yaş üzeri kişilerin %50-80'inin en azından ayda bir defa seksüel olarak aktif olduğu ve düzenli seksüel aktivitenin 7. ve 8. dekadlar boyunca devam ettiği gösterilmiştir (Marsiglio ve Donnelly 1991, Starr ve Weiner 1981). Yaşlılıkta seksüel davranışları etkileyen faktörler istekli ve aktif bir partnerin mevcudiyeti, kişinin ve partnerinin fiziksel ve zihinsel sağlığı, gizliliğin sağlanabilir olması, geçmişteki cinsel yaşam öyküsü ve deneyimlerdir (Comfort ve Dial 1991, Kligman 1991).

TANIM

Demans oluşturan hastalıkların, kişinin seksüel dürtülerini uygun biçimde bastırma yeteneğini azalttığını düşünmek akla uygun bir yaklaşımdır. Uygunsuz seksüel davranışlar, demansa eşlik eden davranışsal bozuklukların semptom kümesinin bir parçası olarak ele alınmalıdır. Aynı davranışsal bozukluk kavramını kullanarak, demansın başlangıcından sonra gelişen, herhangi bir ortam içindeki, uygunsuz zamanda ve uygun olmayan partnerlere yönelik, uyumu bozan, sıkıntı verici ve hastanın bakımını güçleştiren güçlü bir seksüel dürtü veya diğer seksüel problemler biçiminde kendini gösteren davranışlar olarak tanımlanabilirler (Alkhalil ve ark. 2004, Black ve ark. 2005).

EPİDEMİYOLOJİ

Demanslı hastaların %7 ilâ %25'inin uygunsuz seksüel davranışlar gösterdiği tahmin edilmektedir (Burns ve ark. 1990, Szasz 1983, Tsai ve ark. 1999). Tsai ve arkadaşlarının çalışmasında farklı demans tipleri arasında uygunsuz seksüel davranış görülme oranları anlamlı farklılık göstermemiştir; ayrıca bu tür dav-

ranışları bulunan ve bulunmayan hastalar arasında yaş, demansın başlangıç yaşı, eğitim düzeyi ve mental durum puanları yönünden de anlamlı farklılık yoktur (1999). Gerçekteki cinsiyet oranları kesin olarak bilinmemekle birlikte, erkeklerde daha sıklıkla gözlenir (Levitsky ve Owens 1999, Ryden 1988). Uygunsuz seksüel davranışlar başlıca 3 tipe ayrılabilir (Alkhalil ve ark. 2004, Black ve ark. 2005, Szasz 1983):

1) Seks üzerine konuşmalar yapmak: Uygunsuz davranışın en sıklıkla görülen formudur ve hastanın premorbid kişiliğiyle uyumsuz kötü konuşmaları, seksüel yorumları ve seksüel konularla aşırı ilgilenmeyi içerir. Eşin sadakatsizliğine âit seksüel hallüsinasyonlar veya hezeyanlar da bu grupta yer alır.

2) Seksüel eylemler yapmak: Başkalarını takip etmek, dokunmak, tutmak, sarılmak, öpmek, onları soymaya çalışmak, genital veya göğüs bölgelerini ellemek, teşhircilik yahut masturbasyon yapmak gibi eylemleri kapsar. Gizli veya toplumsal alanlarda görülebilir.

3) İmâlî seksüel eylemlerde bulunmak: Başkalarını baştan çıkarmaya yönelik davranışlarda bulunmak, açıkça pornografik materyaller okumak veya gereksiz olarak genital bakım isteğinde bulunmak gibi eylemleri içerir.

FİZYOPATOLOJİ

Demanstaki uygunsuz seksüel davranışların nedenleri yeterince aydınlanmış değildir. Cinsellik oldukça karmaşık bir beyin işlevidir ve birçok biyolojik ve psikolojik faktörlerle normal seksüel ifâde bozukluğa uğrayabilir. Uygunsuz seksüel davranışların gelişiminde başlıca dört beyin bölgesinin etkilenmesi sorumlu tutulmuştur. Bunlar frontal loblar, temporo- limbik sistem, striatum ve hipotalamustur. Bu sistemlerin her birinin diğerlerinden farklı olarak işlev gördüğü düşünülür ve her bir sistemle ilişkili uygunsuz davranışların tipini ayırt etmek olasıdır (Black ve ark. 2005):

a) Frontal Sistem: Tüm beyin sistemleri arasında, üzerinde en çok çalışılmış olanıdır ve seksüel davranışların ifâde edilmesine aracılık eder. Frontal sistemin disfonksiyonu, libido artışı ve hiperseksüaliteden çok, tipik olarak dizinhibisyon oluşturur. Demanslar, multipl skleroz ve tümörlerle bu bölgede etkilenme sıklıkla gözlenir (Black ve ark. 2005, Cooper 1987, Huws ve ark. 1991, Potocnick 1992).

b) Temporolimbik Sistem: Hayvan çalışmalarında seksüel davranışlarla temporolimbik sistemin de bağlantısının bulunduğu gösterilmiştir. Sıçanlarda limbik sistemin kronik stimülasyonu ile hiperseksüel

davranışlar gözlenmiştir (Persinger 1994). İnsanlarda da temporal lobların bilateral lezyonu sonucunda Kluver- Bucy Sendromu meydana gelir. Bu sendrom otoerotik davranışlar, hiperoralite, hipermetamorföz, vizüel agnozi, parmak agnozisi, uysallık, kaygısızlık ve bellek bozuklukları gibi özellikler içerir (Lilly ve ark. 1983).

Hiperseksüel davranışlar temporal lob inmeleri, tümör ve epilepsi ile de bildirilmiştir (Bear ve Fedio 1977, Blustein ve Seeman 1972, Monga ve ark. 1986). Sağ temporal lob emosyonları ve seksüel uyarılmaya eşlik eden duygulanımları modüle ettiğinden, sağ yandaki temporal lezyonlarda, sol yandaki lezyonlara oranla daha sıklıkla seksüel davranış değişiklikleri ortaya çıkabilir (Mendez ve ark. 2000, Miller ve ark. 1986).

c) Striatum: Kortikostriatal çemberlerin lezyonlarında bazı seksüel davranışlarla karşılaşılabilir ve bunlar kuramsal olarak obsesif-kompulsif doğada açıklanabilir. Bu davranışlar internal olarak oluştururlar ve işlev bozucu özelliktedirler (Black ve ark. 2005). Bu tipteki davranışlar Hungtington hastalığı, Wilson hastalığı ve Gilles de la Tourette sendromunda görülebilir (Akil ve Brewer 1995, Comings ve Comings 1982, Janati 1985). Parkinson hastalarında da L-dopa, dopamin agonistleri ve amantadin tedavisi sonrasında, ayrıca pallidal cerrahi ile artmış seksüel davranışlar bildirilmiştir (Bowers ve ark. 1971, Brown ve ark. 1978, Roane ve ark. 2002).

d) Hipotalamus: Hipotalamus lezyonları seksüel davranışlarda artışa neden olabilirler (McLean 1973). Hipersomnolans ve artmış seksüel dürtü ile karakterize Klein-Levin sendromunun hipotalamik disfonksiyona bağlı olduğu düşünülmektedir (Black ve ark. 2005). Sağ hipotalamus ve periventriküler alanın lezyonları seksüel dürtü artışı da dâhil olmak üzere, manik semptomlara neden olabilir (Miller ve ark. 1986). Septal bölge hasarlarında da hiperseksüalite bildirilmiştir (Alkhalil ve ark. 2004).

Bâzi olgularda ise hiperseksüalite, seksüalize biçime dönüşmüş bir psikolojik yaklaşma isteğiyle bağlantılı olabilir. Bu anlamda seks, özsaygıyı düşüren kognitif ve işlevsel kayıpları kompanse etme aracı olarak görülebilir. Anksiyete, yalnızlık duygusu veya korkuları azaltma çabasıyla kurulan fiziksel yakınlık, seksüel saldırganlık biçimini alabilir. Öte yandan bâzi olgular, önceye âit olayları veya eylemleri unuttukları için, yineleyici biçimde seksüel aktiviteyi başlatmak isteyebilirler. Bâzi durumlarda da, hasta için seksüel partnerin rolü değil, yalnızca seks eyleminin kendisi önem taşıyabilir. Demanslı olgular, bu tür bir davranışın bencilce ve zorlayıcı doğasından haberdar olmaya-

bilirler (Kuhn ve ark. 1998).

UYGUNSUZ SEKSÜEL DAVRANIŞLARIN SONUÇLARI

Bu davranışlar hastanın yakınları ve bakıcıları için oldukça sıkıntı verici olabilirler (Hashmi ve ark. 2000). Aynı zamanda, hasta bireyin evine kapanmasına veya bakımevine yerleştirilmesine yol açabilirler. Bu tür davranışlar, diğer bakımevi sâkinleri, personel ve âileler için de sorun oluşturabilir. Yineleyici mastürbasyon genital travmaya neden olabilir. Demanslı olgunun seksüel istismara uğraması travmalara yol açabilir ve bu durum seksüel geçişli hastalıklar için aynı zamanda bir risk faktörüdür (Haddad ve Benbow 1993). Yanlış biçimde suçlamalar, suçlanan personelin gereksiz olarak kovulmasına neden olabilir (Hashmi ve ark. 2000). Seksüel ifâdenin engellenmesi hastanın özerkliğine saygısızlık olarak algılanabilirken, hastayı ve diğer kişileri mental ve fiziksel travmadan koruma gerekliliği nedeniyle uygunsuz davranışları önlemeye çalışmak, bakım verenleri etik ve yasal sorumluluklar arasında bir çatışmaya sürükleyebilir (Kamel ve Hajjar 2004).

DEĞERLENDİRME

Değerlendirmenin ilk aşaması, ayrıntılı seksüel öyküyü de içeren detaylı bir anamnez almaktır (Kamel ve Hajjar 2004). Eğer hastada ağır kognitif yıkım varsa, öykü bakıcı veya âile üyelerinden alınmalıdır. Uygunsuz seksüel davranışlar, beynin uyarıcıları normâl biçimde değerlendirme yetisinde bir bozukluktan kaynaklanıyor görünmektedir; ancak aynı zamanda fizik veya psikolojik çevre ile de tetiklenebilirler. Bunun yanında, bir ilâca karşı olumsuz reaksiyon yahut akut bir medikal problem açısından da öykü derinleştirilmelidir. Ancak tüm değiştirilebilir veya düzeltilebilir durumlar dışlandıktan sonra demansın kendisi uygunsuz seksüel davranışların nedeni olarak kabul edilebilir. Bu davranışlar gerçekten seksüel ve uygunsuz doğada olmalıdır ve bir yakınlık veya rahatlama isteğini yansıtmamalıdır. Kişinin kendisine veya başkalarına dokunması, basitçe can sıkıntısının bir ifâdesi olabilir ve kendini oyalama aracı olabilir. Özellikle bakımevlerinde, hasta tanıma güçlüğü nedeniyle diğer bireyleri eşi sanabilir. Demanslı bireyin bakış açısıyla, bir yandan yargılama ve bellek bozukluğu seksüel yakınlık isteğini artırırken, seksüel ilişkiler, başkalarıyla ilişki kurmanın normâl bir yolu olarak algılanabilir (Kuhn ve ark. 1998). Bu tür davranışlardan bâzılarının seksüel dezinhibisyon olarak yanlış yorumlanması, bakıcılar ve bakımevi personeli arasında sık karşılaşılan bir durumdur (Reidenbaugh ve ark.

1997). Öykü alınmasını iyi bir mental ve fizik durum muayenesi izlemelidir. Deliryumu dışlamak için görünümleri incelemeleri de dâhil olmak üzere, laboratuvar verileri de elde edilmelidir. Nöropsikolojik değerlendirme, hastaların kognitif işlev düzeyini belirleme ve defisitlerini aydınlatmada yardımcı olabilir. Başarının anahtarları iyi bir değerlendirme, iyi bir iletişim ve zaman kaybetmeden müdahalede bulunmaktır (Black ve ark. 2005).

AYIRICI TANI VE GÖZ ÖNÜNE ALINMASI GEREKEN DİĞER FAKTÖRLER

1. Merkezî Sinir Sistemi Hastalıkları: İnmeler, epileptik nöbetler, tümörler, operasyonlar ve travma seksüel davranış bozukluklarına neden olabilirler. Bu durum, sıklıkla daha önce benzer davranış bozukluğu öyküsü bulunmayan veya yaşamlarında seksüel dürtülerini başarılı biçimde bastırmayı başarmış olan kişilerde ortaya çıkar (Black ve ark. 2005, Hashmi ve ark. 2000, Miller ve ark. 1986).

2. Deliryum: Demans ve diğer medikal bozukluklara sâhip olan hastalarda sıklıkla görülen bir komplikasyondur. Davranışlar sıklıkla akut biçimde ortaya çıkar ve altta yatan nedenin tedavisiyle düzelir (Haddad ve Benbow 1993).

3. İlâçlar: Farklı sınıftaki ilâçlar bu davranışlara neden olabilir veya mevcut davranışları ağırlaştırabilir. Levodopa, Parkinson hastalarında seksüel davranışlara yol açabilir (Bowers ve ark. 1971, Weinman ve Ruskin 1995). Alkol ve benzodiyazepinler kognisyonu bozarlar ve dezinhibisyona neden olurlar (Fava ve Borofsky 1991). Kokain gibi stimülan ilâçlar, libido artışına neden olabilirler (Black ve ark. 2005).

4. Psikotik Bozukluklar: Bu bozukluklarda uygunsuz davranışlar görülebilir. Bunlar genellikle bizar özelliktedir ve altta yatan psikopatoloji ile bağlantılıdır. Bu davranışlar, hastanın bir başkasını hezeyanî yanlış tanıma sonucunda eşi sanmasına bağlı olabilir. Hezeyanlar ve halüsinasyonlar yanlış seksüel iddialara neden olabilir (Black ve ark. 2005).

5. Duygudurum Bozuklukları: Hipomanik veya manik hastalarda uygunsuz davranışlar görülebilir. Bu davranışlar libido artışı, yargılama bozukluğu ya da bunların bir kombinasyonuna bağlı olabilir. Depresif bozukluklar uygunsuz davranışlardan çok, sıklıkla seksüel disfonksiyona neden olurlar (Black ve ark. 2005).

6. Önceye âit seksüel saldırganca davranış öyküsü, bu tür davranışların ortaya çıkışını açıklayıcı olabilir (Black ve ark. 2005).

7. Sosyal Faktörler: Gizliliğin eksikliği, sınırlayıcı

tutumlar ve sosyal zorlamalar uygunsuz davranışlarla sonuçlanabilir (Hashmi ve ark. 2000). Bu davranışlar normal seksüel dürtülerin ifâdesi için uygun ortamın eksikliğinden kaynaklanabilir. Kognitif bozukluğu bulunan yaşlı kişilerde, seksüel içerikli televizyon şovlarının izlenmesi ve/veya karşı cinsiyetten biri tarafından fiziksel bakım verilmesi, uygunsuz davranışlarla sonuçlanabilir (Black ve ark. 2005).

TEDAVİ

Demanstaki uygunsuz seksüel davranışların tedavisini sistematik olarak gözden geçiren çalışmalar son derece az sayıdadır. Eldeki verilerin çoğu ya olgu sunumları ya da olgu serilerinden gelmektedir. Tedavi seçimi durumun âciliyeti, davranış tipleri ve altta yatan medikal nedenlere bağlıdır. Hem nonfarmakolojik hem de farmakolojik tedavilerin etkili olduğu bulunmuştur (Black ve ark. 2005).

1. Nonfarmakolojik Tedaviler:

a) Destekleyici Psikoterapi: Özellikle uygunsuz davranışlara sâhip hastaların eşleri için yararlıdır. Bu tür davranışların, ilişkilerinin bir yansıması değil, hastalığa sekonder bir durum olduğu konusunda rahatlatılmaya eşlerin sıklıkla gereksinimi vardır. Aynı zamanda, partnerin bu seksüel isteklerinin, yakınlık ve güven arayışı çerçevesine oturtulması da yararlı olabilir (Hashmi ve ark. 2000).

b) Davranış Modifikasyonu: Uygunsuz davranışlar görüldüğünde, hastaya nâzik biçimde bu davranışların neden kabûl edilemez olduğunu açıklamak gerekir. Aşırı suçluluk veya utanmaya neden olabileceğinden, yüzleştirmeden kaçınmak yararlıdır. Bu davranışlar, elde olmaksızın hastayı zor durumlara düşürebileceğinden, ihmâl edilmemelidir. Hastaların bâzıları için distraksiyon çok yararlı bir yöntem olabilir (Kamel 2001). İlginin artırılması ve hasta için uygun aktiviteler plânlanması, hastanın insanlarla yakınlaşma isteğini karşılayarak bu tür davranışları modifiye edici olabilir (Kuhn ve ark. 1998). Bakımevlerinde tek kişilik odalar sağlanması ve eşin ziyâretine veya hastanın evini ziyâretine olanak tanınması, hastanın normâl seksüel dürtüsünün doyurulması bu tür davranışların sıklığının azaltılmasına yardımcı olabilir. Uygunsuz davranışlar sergileyen hastalar için, aşırı uyarıcı televizyon yâhut radyo programları gibi eksternal uyarılardan kaçınılması yararlıdır. Mümkünse, bu tür davranışları tetikleyen kişilerle karşılaşma engellenmelidir (Black ve ark. 2005, Kuhn ve ark. 1998). Müzik ve “beyaz gürültü” tekniklerinin de, demansın davranışsal komplikasyonlarının yatışmasında yararı olduğu belirtilmektedir (Kuhn ve ark. 1998). Teşhircilik ve-

ya toplulukta mastürbasyon yapma eğilimi bulunan hastalarda, arkadan açık yâhut fermuarsız pantolonlar yararlı olabilir. Uyaranların azaltıldığı ortamdaki hastalar için yeterli sosyal aktiviteler sağlanmalıdır. Seksüel yanlış yorumlamalara sâhip hastalara, bu davranışların neden kabûl edilemez olduğu basit ve tekrarlayıcı açıklamalarla anlatılmalıdır (Black ve ark. 2005).

c) Âile, Bakıcılar ve Bakımevi Personelinin Tutumlarının Değiştirilmesi: Kendi evinde veya bakımevinde demanslı hastalara bakım verilmesi, yüksek düzeyde teknik ve kişilerarası beceriler gerektirir. Bakıcılar sıklıkla ahlâkî değerler, kendi doğruları ve hastalarına uygun bakımı sağlama gerekliliği arasında kalarak güçlükler yaşarlar (Kamel ve Hajjar 2004). Bu da karmaşa, öfke, suçlama, inkâr, âcizlik, bâzen de ambivalans ve ilgisizliğe yol açabilir. Âile, bakıcılar ve bakımevi personeli için uygun seks eğitim programları, demanslı kişinin yaşam kalitesini artırabilir. Hiperseksüalite davranışlarının demanslı birey tarafından kasıtlı olarak ortaya konmadığı ve bunların kişisel bir tercih olmadığı konusunda bakım veren kişilere bilgi verilmelidir. Eğitim sırasında uygunsuz seksüel davranışlar önlenirken, normâl seksüel ifâdenin gerekliliği de vurgulanmalıdır (Black ve ark. 2005, Kuhn ve ark. 1998). Çalışmalar, cinsellik ve yaşlılık konusunda daha fazla bilgi sâhibi olmanın, daha hoşgörülü bir tutum sağladığını göstermiştir (Aja ve Self 1986, Sullivan-Miller 1987, White ve Catania 1982).

2) Farmakolojik Tedaviler: Bu tür davranışların tedavisinde kullanılan ilaçların hiçbirisiyle gerçekleştirilmiş çift-kör plasebo kontrollü çalışma bulunmamaktadır. İlaçlar, sâdece diğer tüm tedavi yöntemleri başarısız olduğunda kullanılmalıdır. Yaşlılarda ilaç kullanımının genel kuralı olan düşük dozda başlamak ve yavaş doz artırımını yapmak burada da geçerlidir. Yan etkiler açısından uyanık olmak gerekir. Davranışsal bozukluk oluşturan veya mevcut olan bozukluğu ağırlaştıran ilaçları kesmek uygun olur. Benzodiyazepin gibi dezinhibisyona neden olabilen ilaçları kullanmaktan kaçınılmalıdır (Black ve ark. 2005).

a) Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) ve Diğer Antidepresanlar: SSRI ilaçların antiobsesyonel ve antilibidinal etkileriyle uygunsuz davranışları azalttığı düşünülmektedir (McElroy ve ark. 1994, Perilstein ve ark. 1991). Aynı zamanda seks hormonunun indüklediği saldırganca davranışları da azaltma eğilimi gösterirler (Guidotti ve Costa 1998). Bu ilaçlar doz aşımı açısından emniyetli bulunmuşlardır; ayrıca birlikte bulunan depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde de ek olarak yarar sağlarlar. En sık karşı-

laşılan yan etkileri bulantı-kusma ve ishâl gibi gastrointestinal bozukluklar, baş ağrısı, yorgunluk hissi, uykusuzluk ve seksüel disfonksiyondur (Alkhalil ve ark. 2004, Black ve ark. 2005).

Literatürde dezinhibisyonu ve demansı bulunan 69 yaşındaki bir erkek olguda paroksetin kullanımına âit bir bildiri bulunmaktadır (Stewart ve Shin 1997). Bu hastada 20 mg/gün dozunda 1 hafta içinde etki gözlenmiş ve düzelme 3 aylık izlem boyunca devam etmiştir.

Bakımevinde yaşamını sürdüren, iki yıllık fiziksel saldırganlık ve çevresindeki erkeklere pelvik bölgesini açarak gösterme şeklinde uygunsuz davranış öyküsü bulunan 90 yaşındaki bir kadın olguda sitalopram kullanımına âit bir bildiri vardır (Raji ve ark. 2000). 20 mg/gün oral sitalopram denemesi, saldırganca ve uygunsuz davranışlarda 1 hafta içinde oldukça etkin biçimde azalma ile sonuçlanmıştır. Semptomlardaki remisyon 9 aylık takip boyunca devam etmiştir.

Bunun yanında, günde 10 mg gibi düşük dozda fluoksetin kullanımının ve 50–100 mg/gün dozlarda sertralin kullanımının yararlı olduğunu bildiren gözlemler de bulunmaktadır (Haussermann ve ark. 2003, Regier ve ark. 2004).

Demanstaki uygunsuz seksüel davranışların tedavisinde trisiklik, nonspesifik bir norepinefrin ve serotonin geri alım inhibitörü olan klomipramin kullanılan 2 olgu bildirilmiştir (Leo ve Kim 1995). Cinsel organını teşhir eden ilk hastada klomipramin dozu günlük 150 mg olacak biçimde titre edilmiştir. Dört hafta sonra davranışlarda belirgin azalma gözlenmiştir. Topluluk içinde mastürbasyon ve tekrarlayan dokunmalar gözlenen ikinci olguda ise klomipramin dozu günde 200 mg'a dek artırılmıştır. Uygunsuz seksüel davranışlar kaybolmuş, ancak, ortostatik hipotansiyon gelişmiştir. 175 mg/gün doz ile yan etki oluşmamıştır. Yaşlı olgularda trisiklik antidepresanlar kullanılırken ortostatik hipotansiyon, düşmeler ve antikolinergik yan etkilere dikkat edilmelidir (Alkhalil ve ark. 2004).

Non-SSRI bir antidepresan olan venlafaksin'in 75–150 mg/gün dozlarda testosteron düzeylerini azaltabildiği ve parafililerin tedavisinde bir seçenek olabileceği de bildirilmiştir (Bell ve Shipman 2000).

Trazodon bir serotonin presinaptik geri alım inhibitörü ve ılımlı bir postreseptör agonistidir. Simpson ve Foster, antipsikotiklere ve benzodiyazepinlere yanıt vermeyen, ancak trazodon ile düzelme gösteren, demans ve uygunsuz seksüel davranışları bulunan 4 erkek olgudan oluşan bir seri bildirmişlerdir (1986). Trazodon için doz aralığı günde toplam 100–500 mg'dır. Yanıtın ilâcın antidepresan etkisine değil, sâ-

kinleştirci etkisine bağlı olduğu düşünülmüştür. Tra-zodon'un başlıca yan etkileri baş ağrısı, ağız kurulu-ğu, sedasyon, ortostatik hipotansiyon ve kilo alımıdır. Nâdiren priapizm görülür ve özellikle erkek hastalar-da sabah sertliklerinin süre ve derecelerinin takibi ge-rekir (Black ve ark. 2005).

b) Anksiyolitikler: Regier ve arkadaşları, maks-i-mum günlük doz 60–90 mg olacak biçimde buspiron kullanımının, parafili olgularındaki hiperseksüalite üzerine etkili olduğunu bildirmişlerdir (2004). Ancak demanslı olgularda buspiron kullanımına âit veri yok-tur ve benzodiyazepinler de uygunsuz seksüel davra-nışlar üzerine etkili değildir (Series ve Dégano 2005).

c) Antipsikotikler: Bu davranışların tedavisi için yaşlılıkta antipsikotiklerin kullanımına âit bilinen kli-nik denemeler yoktur. Ancak, eldeki kanıtlar etkililik-lerine işâret etmektedir (Nagaratnam ve Gayagay 2002). Bu ilâçların dopamin bloke edici etkilerinden dolayı uygunsuz cinsel davranışları azalttıkları düşü-nülmektedir. Tüm antipsikotiklerin bu davranışların tedavisinde eşit etkiye sâhip oldukları düşünülmekle birlikte, atipik antipsikotikler yaşlılıkta daha iyi tolere edilirler (Maixner ve ark. 1999).

Literatürde ketiapin kullanılmış olan bir olgu bil-dirilmiştir (MacKnight ve Rojas-Fernandez 2000). De-mansı ve parkinsonizmi bulunan, gün içinde cinsel or-ganının hasar görmesine neden olacak kadar mastür-basyon yapma biçiminde uygunsuz seksüel davranış-ları görülen 85 yaşındaki bir erkek hastada, 25 mg/gün oral ketiapin tedavisine iyi yanıt alınmıştır. Seksüel davranışlar iki gün içinde kaybolmuş ve iki aylık izlem periyodunda tekrarlamamıştır. Parkinso-nizm veya kan basıncı tablosunda da bu iki ay süre-since kötüleşme olmamıştır.

Esas olarak parafilik olgulardaki hiperseksüaliteye yönelik olarak birçok antipsikotik denenmiştir. Bunlar arasında tioridazin (oral yolla 20–100 mg/gün), ben-peridol (oral yolla 0.25–1.50 mg/gün), klorpromazin (oral yolla 25–300 mg/gün), zuklopentiksol (oral yol-la 10–50 mg/gün), risperidon (oral yolla 0.5–2 mg/gün), melperon (oral yolla 50–100 mg/gün), olan-zepin (oral yolla 5–10 mg/gün) yer almaktadır ve bu ajanlar demanstaki uygunsuz seksüel davranışların tedavisi için önerilen şemalar arasında da yer almak-tadırlar (Haussermann ve ark. 2003, Regier ve ark. 2004, Series ve Dégano 2005).

d) Hormonal Ajanlar:

Antiandrojenler: En sıklıkla kullanılan antiandro-jenler, potent progesteron ajanları olan medroksipro-gesteron asetate (MPA) ve siproteron asetate (CPA)tır. Hem MPA hem de CPA, pituitar luteinizan hormon

(LH) ve follikül uyarıcı hormon (FSH) inhibisyonu, so-nuçta da testislerdeki testosteron sentezinin bloke edi-lmesi ve serumdaki testosteron düzeylerinin düşmesi yolu ile etki ederler. CPA aynı zamanda bir testosteron reseptör antagonistidir (Alkhalil ve ark. 2004, Black ve ark. 2005). CPA'nın antilibidinal etkilerinin ortaya çıkışı için 2–3 hafta geçmesi gerekebilir ve ilâcın oral yolla 10–300 mg/gün dozlarında, birkaç ay boyunca veril-mesi gerektiği belirtilmektedir. MPA'nın oral doz aralığı ise 5–100 mg/gün olarak belirtilmektedir ve kullanım süresi CPA gibidir. CPA'a karşıt olarak, MPA'nın femini-zasyona yol açmadığı bildirilmiştir (Alkhalil ve ark. 2004, Berlin ve Meinecke 1981, Black ve ark. 2005, Bradford 1988, Cooper 1986, Haussermann ve ark. 2003, Levitsky ve Owens 1999, Mellor ve ark. 1988, Re-gier ve ark. 2004, Series ve Dégano 2005). Bu doz ve kullanım bilgileri esas olarak parafili olgularından elde edilmiştir. Ancak, demanstaki uygunsuz seksüel dav-ranışlar için de önerilmektedirler (Haussermann ve ark. 2003, Regier ve ark. 2004, Series ve Dégano 2005).

MPA'nın yan etkileri uyku hâli, ılımlı diyabet, iştah ve kilo artışı, yorgunluk, tüylenmede azalma, soğuk ve sıcak basmaları, bacak krampları, depresyon ve eja-külasyon hacminde azalmadır. CPA'nın yan etkileri ise hepatik disfonksiyon, yorgunluk, kilo artışı, geçici depresyon, tromboembolik fenomenler ve jinekomas-tiyi içerir (Alkhalil ve ark. 2004, Black ve ark. 2005).

Demans ve uygunsuz davranışlar (mastürbasyon, teşhircilik, dokunma ve diğer hastalarla seksüel ilişki kurmaya çalışma) bulunan 4 erkek bakımevi hastasına haftada 300 mg intramusküler MPA 1 yıl boyunca uy-gulanmıştır (Cooper 1987). İstenmeyen seksüel aktivi-teler 10–14 gün içinde azalmıştır. 28 gün sonra serum ortalama testosteron ve LH düzeyleri sırasıyla %90 ve %60 düşme göstermiştir. Araştırmacılar ilâcın etkisinin yalnızca testosteron azalmasına bağlı olmadığını, hi-potalamik nöronlar üzerindeki inhibitör etkisine de bağlı olabileceğini düşünmüşlerdir.

Weiner ve arkadaşları, demanslı ve seksüel uygun-suz davranışları (sarkıntılık, teşhircilik, mastürbasyon ve dokunma) bulunan, 72 ve 84 yaşlarında iki erkek olguyu bildirmişlerdir (1992). İlk hasta 2 haftada bir 150 mg, ikinci hasta ise 2 haftada bir 200 mg intramus-küler MPA ile tedavi edilmiştir. İki haftanın sonunda uygunsuz davranışlarda azalma gözlenmiştir.

Oral MPA kullanımına dâir bir olgu bildirisi Kuhn ve arkadaşlarına âittir (1998). Günde 5 mg ile bu erkek olguda iki hafta içinde hiperseksüalite dramatik ola-rak azalmıştır.

Light ve Holroyd, 5 olguluk serilerinde demansta uygunsuz seksüel davranışları kontrol edebilmek için

haftada 500 mg intramusküler MPA kullandıklarını bildirmişlerdir (2006).

Demanstaki uygunsuz seksüel davranışların CPA ile tedavisine âit bildiriler az sayıdadır. Haussermann ve arkadaşları, biri Parkinson, diğeri de vasküler demanslı iki olguda oral yolla verilen 10 mg/gün dozda CPA ile hiperseksüel davranışlarda yatışma sağlamışlardır (2003).

Caparros-Lefebvre ve Dewailly, değişik tiplerde demanslara sâhip 19 olguya oral yolla 50–100 mg/gün CPA vererek, saldırganca ve impulsif davranışları kontrol altına almışlardır (2005). Bu davranışlar arasında seksüel davranış bozukluğu bulunduğundan da söz edilmiştir.

Östrojenler: Östrojenlerin etki mekanizması da MPA ve CPA'a benzerdir. Bu ilaçlar LH ve FSH salgılanmasını azaltarak, böylece de testosteron üretimini düşürerek etki ederler. Seksüel uygunsuzluk tedavisi için en sık kullanılanları dietilstilbestrol (DES), konjuge östrojenler ve transdermal östrojen bantlarıdır. Östrojenlerin yan etkileri, sıvı retansiyonu, bulantı, kusma, empotans, jinekomasti, tromboemboli eğilimi, kardiyovasküler ölüm riskinde artış ve nadiren de meme kanseridir (Alkhalil ve ark. 2004, Black ve ark. 2005). Kyomen ve arkadaşları, penisini başka bir hastanın ağzına sokmaya çalışmak ve dövmek gibi seksüel agresyonu olan demanslı 94 yaşındaki bir erkek hastada DES kullanmışlardır ve bu hasta günlük 2 mg DES tedavisine 3 hafta içinde yanıt vermiştir (1991). Lothstein ve arkadaşları da 39 demans hastasının 38'inde oral konjuge östrojen (0.625 mg/gün) veya transdermal östrojen (0.05-0.10 mg) tedavileri ile semptomlarda belirgin düzelme bildirmişlerdir (1997). Öte yandan Hall ve arkadaşları 27 demanslı erkek olguda, 0.05–0.10 mg/gün dozlardaki transdermal östrojenin yararlı olmadığını bildirmişlerdir (2005). Shelton ve Brooks, demanslı iki erkek olguda sırasıyla 0.625 mg/gün ve 1.875 mg/gün oral konjuge östrojen kullanımı ile seksüel agresyonda yatışma sağlamışlardır (1999). Flynn da demanstaki uygunsuz seksüel davranışlar için günlük 1.25 mg konjuge östrojen ya da 2 mg/gün östradiol dozunu önermiştir (1999).

Gonadotropin Releasing Hormon (GnRH) Analogları: Bu ilaçlar başlangıçta pituitar LH ve FSH salgılanmasını stimüle ederek, androjen ve östrojen düzeylerini yükseltirler. Kullanıma devam edildikçe, artık hipofiz bezi endojen LHRH'a yanıt vermez olur; böylece LH ve FSH salgılanması anlamlı olarak düşer. Bunun sonucunda ise, testosteron salgılanması belirgin biçimde azalır. Bu ilaçların etkili olmaları için sürekli kullanılmaları gereklidir. Klinik pratikte en çok

kullanılan GnRH analogu löprolid asetattır. En fazla görülen yan etkileri yüzde kızarmalar, erektil disfonksiyon, libido azalması, kemik yoğunluğunda azalma ve enjeksiyon bölgesinde irritasyondur (Alkhalil ve ark. 2004, Black ve ark. 2005).

Demanstaki seksüel davranışsal bozukluklardaki kullanımlarıyla ilgili olgu sunumları bulunmaktadır. Ott, Kluver-Bucy sendromu ve demansı bulunan, ayda 7.5 mg intramusküler löprolid asetat kullanımına iyi yanıt alınan 43 yaşında bir erkek hastayı bildirmiştir (1995). Rosin ve Raskind, 78 yaşındaki demanslı erkek olgularında ayda bir 3.6 veya üç ayda bir uygulanan 10.8 mg subkutan goserelin uygulamalarıyla, saldırganca davranışta yatışma sağlamışlardır (2005). Demans dışında, parafilili bulunan olgulara âit serilerde de löprolid (subkutan 1 mg/gün, intramusküler veya subkutan olarak ayda bir 3.75–7.50 mg ve 3 ayda bir intramusküler 11.25–22.50 mg), goserelin (subkutan ayda 3.6 mg ya da 3 ayda 10.8 mg), buserelin (nazal yolla günde 3 kez 400 µg ya da subkutan günde 3 kez 500 µg) ve triptorelin (intramusküler yolla ayda 3.75 mg) kullanımıyla olumlu yanıtlar bildirilmiştir (Briken ve ark. 2003, Krueger ve Kaplan 2001, Regier ve ark. 2004, Rosler ve Witztum 1998, Series ve Déga-no 2005).

Hormonal ajanların yaşlılardaki uygunsuz cinsel davranışlar için kullanımı, aslında oldukça tartışmalı bir konudur. Hastanın onay verme yetersizliği, ilaçların yen etki profili ve kimyasal kastrasyon olarak görülen ilaç kullanımının oluşturduğu sosyal damgalanma sorunları oluşturmaktadır. Bu sorunlarla nasıl başa çıkılacağı konusunda yeterli literatür bilgisi bulunmasa da, etik çatışmaları çözmede pragmatik bir yaklaşım, bu ilaçların yararları ve riskleri konusunda bakım verenler ve aile ile tartışmaktır. Son olarak, diğer denemelerin başarısız olduğunun yeterince belirlenmiş olduğu durumlarda bu ilaçların son seçenek olarak kullanılması da, kullanımları konusundaki anksiyeteyi azaltmada yardımcı olabilir (Alkhalil ve ark. 2004, Black ve ark. 2005).

e) Antiandrojenik Yan Etkisi Bulunan İlaçlar: Simetidin, ketokonazol ve spironolakton bu tür bir yan etkiden yararlanılarak kullanılmıştır. Wiseman ve arkadaşları, çeşitli uygunsuz davranışları (mastürbasyon, dokunma, seks ile aşırı ilgilenmek, kendini sergilemek ve eşlerinin sadakati ile ilgili seksüel halüsinasyonlar ve hezeyanlar) olan, demanslı 20 hastayı retrospektif olarak incelemişlerdir (2000). 20 hastanın 14'ünde, 600–1600 mg/gün doz aralığında simetidin, libido ve hiperseksüel davranışlarda azalma sağlamıştır. Sık gözlenen yan etkiler bulantı, artralji ve baş ağrısıdır.

Tablo 1. Demansta Görülen Uygunsuz Seksüel Davranışların Tedavisi İçin Kullanımları Önerilen İlaçların Sınıfları, Kullanım Yolları ve Dozları (PO: Peroral, IM: İntramusküler, SC: Subkutan).

Sınıf	İlaç Maddesi	Kullanım Yolu	Dozu
ANTİDEPRASANLAR	Fluoksetin	PO	10 mg/gün
	Paroksetin	PO	10-30 mg/gün
	Sertralin	PO	50-100 mg/gün
	Sitalopram	PO	10-30 mg/gün
	Klomipramin	PO	75-200 mg/gün
	Venlafaksin	PO	75-150 mg/gün
	Trazodon	PO	100-500 mg/gün
ANKSİYOLİTİKLER	Buspiron	PO	15-90 mg/gün
ANTİPSİKOTİKLER	Benperidol	PO	0.25-1.50 mg/gün
	Ketiapin	PO	25-100 mg/gün
	Klorpromazin	PO	25-300 mg/gün
		IM	25-50 mg/3-6 saat
	Melperon	PO	50-100 mg/gün
	Olanzepin	PO	5-10 mg/gün
	Risperidon	PO	0.50-2 mg/gün
	Tioridazin	PO	20-100 mg/gün
	Zuklopentiksol	PO	10-50 mg/gün
		IM	50 mg/2-3 gün
HORMONAL AJANLAR			
ANTİANDROJENLER	Medroksiprogesteron asetat	PO	5-100 mg/gün
		IM	100-500 mg/hafta - 2 hafta - ay
	Siproteron asetat	PO	10-300 mg/gün
		IM	200-400 mg/hafta - 2 hafta
ÖSTROJENLER	Dietilstilbestrol	PO	2 mg/gün
	Östradiol	PO	2 mg/gün
	Konjuge östrojen	PO	0.625-1.875 mg/gün
	Transdermal östrojen	Transdermal	0.05-0.10 mg/gün
GONADOTROPİN RELEASEİNG HORMON ANALOGLARI	Buserelin	Nazal	400 µg/8 saat
		SC	500 µg/8 saat
	Goserelin	SC	3.6 mg/ay
			10.8 mg/3 ay
	Löprolid	SC	1 mg/gün
		SC ve IM	3.75-7.50 mg/ay
		IM	11.25-22.50/3 ay
ANTİANDROJENİK YAN ETKİLİ İLAÇLAR	Triptorelin	IM	3.75 mg/ay
	Ketokonazol	PO	100-200 mg/gün
	Simetidin	PO	600-1600 mg/gün
	Spironolakton	PO	50-200 mg/gün
BETA BLOKERLER			
ANTİEPİLEPTİKLER	Pindolol	PO	40-60 mg/gün
	Gabapentin	PO	900-2700 mg/gün
	Karbamazepin	PO	200-600 mg/gün
	Valproat	PO	300-600 mg/gün
KOLİNESTERAZ İNHİBİTÖRLERİ	Donepezil	PO	5 mg/gün
	Rivastigmin	PO	6 mg/gün

Geriye kalan olgularda simetidin ile ketokonazol (100–200 mg/gün) veya spironolakton (75 mg/gün) kombinasyonları etkili olmuştur. Yanıt alınma zamanı 1–8 hafta arasındadır. Bu ilaçların antiandrojenik etkileri iyi bilinmekle birlikte, demanstaki uygunsuz seksüel davranışlarda kullanımına âit başka veri bulunmamaktadır.

f) Beta Blokerler: Propranolol'un 60–560 mg/gün oral yolla kullanımıyla Alzheimer hastalarında ajitasyon, saldırganlık ve anksiyetede yatışma sağlandığı bilinmektedir; ancak hiperseksüalite üzerine etkisine âit veri yoktur (Masterman 2003). Ott'un sunduğu olguda da seksüel saldırganca davranışlar üzerinde etkili bulunmamıştır (1995).

Pindolol kullanımıyla ilgili olarak, saldırganca ve hiperseksüel davranışları (verbal yorumlar, sarılmak, öpmek, kendini sergilemek ve okşamaya çalışmak) olan 75 yaşında demanslı bir erkek hasta bildirilmiştir. Haloperidol 3 mg/gün ve hidroksizin 100 mg/gün kullanımına 40 mg/gün pindolol tedavisinin eklenmesi, hem ajitasyonu hem de hiperseksüel davranışları azaltmıştır. Cevap süresi 2 haftayı bulmuştur. Sık rastlanan yan etkileri yorgunluk ve hipotansiyondur. Bu ilacın adrenerjik dürtüyü azaltma yoluyla ajitasyonu, agresyonu ve uygunsuz davranışları düzelttiği düşünülmektedir (Jensen 1989). Greendyke ve arkadaşları da, organik nedenli agresyon ve uygunsuz seksüel davranışlar üzerinde 40 mg/gün pindolol'un etkili olduğunu bildirmişlerdir ve optimal doz aralığını 40–60 mg/gün olarak belirtmişlerdir (1989). Bunlar dışındaki beta blokerlerin demanstaki hem seksüel hem de diğer davranışsal bozukluklar üzerine etkileri, olasılıkla yaşlılıktaki yan etkileri nedeniyle bilinmemektedir.

g) Duygudurum Dengeleyicileri: Lityum ve anti-epileptik ilaçların, yaşlılıktaki bipolar bozukluğun ve demansa eşlik eden davranışsal bozuklukların tedavisinde sıklıkla kullanılmalarına karşın, uygunsuz seksüel davranışların tedavisinde kullanımlarıyla ilgili yeterli bilgi bulunmamaktadır (Lonergan ve ark. 2004, Young ve ark. 2004). Miller, vasküler demanslı 62 yaşındaki bir erkek olguda, kullanılmakta olan antidepresan ve nöroleptik tedaviye günde 3 kez 300 mg gabapentin eklenmesiyle ajitasyon, uygunsuz seksüel davranışlar ve emosyonel labilitede azalma bildirmiştir (2001). Alkhalil ve arkadaşları, 2 Alzheimer ve 1 vasküler demanslı toplam 3 olguda 1800–2700 mg/gün doz aralığında gabapentin kullanımı ile uygunsuz seksüel davranışların problem olmaktan çıktığını bildirmişlerdir (2004). Haussermann ve arkadaş-

ları, 300–600 mg/gün valproat kullanımının, demanstaki uygunsuz seksüel davranışlar üzerine etkili olduğundan söz etmektedirler (2003). Freymann ve arkadaşları, 78 yaşındaki bir erkek hastada seksüel dezinhibisyonun 200 mg/gün karbamazepin'le kontrol altına alındığını bildirmişlerdir (2005).

h) Kolinesteraz İnhibitörleri ve N-metil D-aspartat (NMDA) Reseptör Antagonisti: Donepezil, rivastigmin ve galantamin gibi kolinesteraz inhibitörlerinin, demansa eşlik eden kognitif disfonksiyon ve davranışsal bozukluklarda etkili oldukları bulunmuştur (Cummings 2003). Bunun yanında Ivanco ve Bohnen, 55 yaşındaki bir erkek Parkinson hastasındaki kompulsif hiperseksüel davranışları 5 mg/gün donepezil ile bir yıl boyunca kontrol altında tutmuşlardır (2005). Alagiakrishnan ve arkadaşları, 72 yaşındaki karma demanslı bir kadın hastada günde iki kez 3 mg rivastigmin kullanımı ile, ajitasyon ve seksüel agresivitede yatışma sağlamışlardır (2003).

NMDA reseptör antagonisti olan memantin ile ilgili olarak, uygunsuz seksüel davranışların tedavisindeki kullanımına âit bir bildiri bulunmamaktadır.

Bir kılavuz oluşturması açısından, literatürde uygunsuz seksüel davranışların tedavisinde kullanılan ilaçlar, kullanım yolları ve yaşlı olgular için önerilen kullanım dozları Tablo 1'de liste olarak sunulmuştur (Black ve ark. 2005, Haussermann ve ark. 2003, Regier ve ark. 2004, Series ve Dégano 2005).

SONUÇ

Demans, gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık problemidir. Demansa eşlik eden davranış problemleri oldukça sıktır ve majör bir distress kaynağıdır. Bu davranışlar aynı zamanda demanslı bir bireyin bakımına yerleştirilmesinin en başta gelen nedenidirler. Demanslı hastalarda uygunsuz seksüel davranışlar daha seyrek, ancak son derece sıkıntı yaratıcı semptomlardır. Bu davranışların tanımlanması, nörobiyolojisi ve tedavileri gibi değişik yönleri üzerine eldeki veriler sınırlıdır. Gelecekteki araştırmalar sadece etkin tedaviye yönelik değil, bu tür davranışların erkenden tanınması ve önlenmesine odaklı olmalıdır. Böylece hem hastaların hem de bakıcılarının yaşam kalitelerinin düzelmesi yanında, gereksiz sıkıntıların da azalması sağlanacaktır.

KAYNAKLAR

Aja A, Self D (1986) Alternate methods of changing nursing home staff attitudes towards sexual behavior in the aged. J Sex Educ Ther; 12: 37-41.

- Akil M, Brewer GJ (1995) Psychiatric and behavioral abnormalities in Wilson's disease. *Adv Neurol*; 65: 171-178.
- Alagiakrishnan K, Sclater A, Robertson D (2003) Role of cholinesterase inhibitor in the management of sexual aggression in an elderly demented woman. *J Am Geriatr Soc*; 51: 1326.
- Alkhalil C, Tanvir F, Alkhalil B, Lowenthal DT (2004) Treatment of sexual disinhibition in dementia: case reports and review of the literature. *Am J Ther*; 11: 231-235.
- Bear DM, Fedio P (1977) Quantitative analysis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy. *Arch Neurol*; 34: 454-467.
- Bell S, Shipman M (2000) Reduced testosterone level in a venlafaxine treated patient. *Ann Clin Psychiatry*; 12: 171-173.
- Berlin FS, Meinecke CF (1981) Treatment of sex offenders with antiandrogenic medication: conceptualization, review of treatment modalities, and preliminary findings. *Am J Psychiatry*; 138: 601-607.
- Bharucha AJ, Rosen J, Mulsant BH, Pollock BG (2002) Assessment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *CNS Spectr*; 7: 797-802.
- Black B, Muralee S, Tampi RR (2005) Inappropriate sexual behaviors in dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol*; 18:155-162.
- Blustein J, Seeman MV (1972) Brain tumor presenting as functional psychiatric disturbance. *Can Psychiatr Assoc J*; 17: S59-S63.
- Bowers MB, Van Woert M, Davis L (1971) Sexual behaviors during L-dopa treatment for Parkinsonism. *Am J Psychiatry*; 127: 1691-1693.
- Bradford JM (1988) Organic treatment for the male sexual offender. *Ann N Y Acad Sci*; 528: 193-202.
- Briken P, Hill A, Berner W (2003) Pharmacotherapy of paraphilias with long-acting agonists of luteinizing hormone-releasing hormone: a systematic review. *J Clin Psychiatry*; 64: 890-897.
- Brown E, Brown GM, Kofman O, Quarrington B (1978) Sexual function and affect in parkinsonian men treated with L-dopa. *Am J Psychiatry*; 135: 1552-1555.
- Burns A, Jacoby R, Levy R (1990) Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease, IV: disorders of behaviour. *Br J Psychiatry*; 157: 86-94.
- Caparros-Lefebvre D, Dewailly D (2005) Preliminary pilot study of cyproterone acetate for the treatment of aggressive behavior associated with severe dementia. *Rev Neurol*; 161: 1071-1078.
- Comfort A, Dial LK (1991) Sexuality and aging: an overview. *Clin Geriatr Med*; 7: 1-7.
- Comings DE, Comings BG (1982) A case of familial exhibitonism in Tourette's syndrome successfully treated with haloperidol. *Am J Psychiatry*; 139: 913-915.
- Cooper AJ (1986) Progestogens in the treatment of male sex offenders: a review. *Can J Psychiatry*; 31: 73-79.
- Cooper AJ (1987) Medroxyprogesterone acetate (MPA) treatment of sexual acting out in men suffering from dementia. *J Clin Psychiatry*; 48: 368-370.
- Cummings JL (2003) Use of cholinesterase inhibitors in clinical practice: evidence-based recommendations. *Am J Geriatr Psychiatry*; 11: 131-145.
- Cummings JL, Mega MS (editors) (2003) *Dementia. Neuropsychiatry and Behavioral Neuroscience*. 1. Edition, New York: Oxford University Press, 146-164.
- Devanand DP, Jacobs DM, Tang MX, Del Castillo-Castaneda C, Sano M, Marder K, et al (1997) The course of psychopathologic features in mild to moderate Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry*; 54: 257-263.
- Fava M, Borofsky GF (1991) Sexual disinhibition during treatment with a benzodiazepine: a case report. *Int J Psychiatry Med*; 21: 99-104.
- Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, Miller S, Sartorius N (1996) Behavioral and psychological symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implication for research and treatment. *Int Psychogeriatr*; 8 (Suppl 3):497-500.
- Flynn BL (1999) Pharmacologic management of Alzheimer disease, Part I: Hormonal and emerging investigational drug therapies. *Ann Pharmacother*; 33: 178-187.
- Freymann N, Michael R, Dodel R, Jessen F (2005) Successful treatment of sexual disinhibition in dementia with carbamazepine: a case report. *Pharmacopsychiatry*; 38: 144-145.
- Greendyke RM, Berkner JP, Webster JC, Gulya A (1989) Treatment of behavioral problems with pindolol. *Psychosomatics*; 30: 161-165.
- Guidotti A, Costa E (1998) Can the antidysphoric and anxiolytic profiles of selective serotonin reuptake inhibitors be related to their ability to increase brain 3- α , 5- α -tetrahydroprogesterone (allopregnanolone) availability? *Biol Psychiatry*; 44: 865-873.
- Haddad P, Benbow S (1993) Sexual problems associated with dementia, part 2: aetiology, assessment and treatment. *Int J Geriatr Psychiatry*; 8: 631-637.
- Hall KA, Keks NA, O'Connor DW (2005) Transdermal estrogen patches for aggressive behavior in male patients with dementia: a randomized, controlled trial. *Int Psychogeriatr*; 17: 165-178.
- Hashmi FH, Krady AL, Qayum F, Grossberg GT (2000) Sexually disinhibited behavior in the cognitively impaired elderly. *Clin Geriatr*; 8: 631-637.
- Haussermann P, Goecker D, Beier K, Schroeder S (2003) Low-dose cyproterone acetate treatment of sexual acting out in men with dementia. *Int Psychogeriatr*; 15: 181-186.
- Huws R, Shubsachs AP, Taylor PJ (1991) Hypersexuality, fetishism and multiple sclerosis. *Br J Psychiatry*; 158: 280-281.
- Ivanco LS, Bohnen NI (2005) Effects of donepezil on compulsive hypersexual behavior in Parkinson disease: a single case study. *Am J Ther*; 12: 467-468.
- Janati A (1985) Kluver-Bucy syndrome in Huntington's chorea. *J Nerv Ment Dis*; 173: 632-635.
- Jensen CF (1989) Hypersexual agitation in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*; 37: 917.
- Kamel HK (2001) Sexuality in aging: focus on institutionalized elderly. *Annals of long-term care. Clinical Care and Aging*; 9: 64-72.
- Kamel HK, Hajjar RR (2004) Sexuality in the nursing home, part 2: managing abnormal behavior—legal and ethical issues. *J Am Med Dir Assoc*; 5 (Suppl 2): 48-52.
- Kligman EW (1991) Office evaluation of sexual function and complaints. *Clin Geriatr Med*; 7: 15-39.
- Krueger RB, Kaplan MS (2001) Depot-leuprolide acetate for tre-

- atment of paraphilias: a report of twelve cases. *Arch Sex Behav*; 30: 409-422.
- Kuhn DR, Greiner D, Arseneau L (1998) Addressing hypersexuality in Alzheimer's disease. *J Gerontol Nurs*; 24: 44-50.
- Kyomen HH, Nobel KW, Wei JY (1991) The use of estrogen to decrease aggressive physical behavior in elderly men with dementia. *J Am Geriatr Soc*; 39: 1110-1112.
- Leo RJ, Kim KY (1995) Clomipramine treatment of paraphilias in elderly demented patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol*; 8: 123-124.
- Levitsky AM, Owens NJ (1999) Pharmacological treatment of hypersexuality and paraphilias in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*; 47: 231-234.
- Light SA, Holroyd S (2006) The use of medroxyprogesterone acetate for the treatment of sexually inappropriate behaviour in patients with dementia. *J Psychiatry Neurosci*; 31: 132-134.
- Lilly R, Cummings JL, Benson DF, Frankle M (1983) The human Kluver-Bucy syndrome. *Neurology*; 33: 1141-1145.
- Lonergan ET, Cameron M, Luxenberg J (2004) Valproic acid for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev*; 2: CD003945.
- Lothstein LM, Fogg-Waberski J, Reynolds P (1997) Risk management and treatment of sexual disinhibition in geriatric patients. *Conn Med*; 612: 609-618.
- Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, Norton MC, Steffens DC, Breitner JC (2000) Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry*; 157: 708-714.
- MacKnight C, Rojas-Fernandez C (2000) Quetiapine for sexually inappropriate behavior in dementia. *J Am Geriatr Soc*; 48: 707.
- Maixner SM, Mellow AM, Tandon R (1999) The efficacy, safety, and tolerability of antipsychotics in the elderly. *J Clin Psychiatry*; 60 (Suppl 8): 29-41.
- Margallo-Lana M, Swann A, O'Brien J, Fairbairn A, Reichelt K, Potkins D, et al (2001) Prevalence and pharmacological management of behavioral and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. *Int J Geriatr Psychiatry*; 16: 39-44.
- Marsiglio W, Donnelly D (1991) Sexual relations in later life: a national study of married persons. *J Gerontol*; 46: S338-S344.
- Masterman D (2003) Treatment of the neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *J Am Med Dir Assoc*; 4 (6 Suppl): S146-154.
- McElroy SL, Phillips KA, Keck PE (1994) Obsessive compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry*; 55 (Suppl): 33-51, discussion: 52-53.
- McLean PD (1973) Special award lecture: new findings on brain function and sociosexual behavior. Zubin J, Money J (editors). *Contemporary Sexual Behaviors: Critical Issues in the 1970s*. 1. Edititon, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 53-74.
- Mellor CS, Farid NR, Craig DF (1988) Female hypersexuality treated with cyproterone acetate. *Am J Psychiatry*; 145: 1037.
- Mendez MF, Chow T, Ringman J, Twitchell G, Hinkin CH (2000) Pedophilia and temporal lobe disturbance. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*; 12: 71-76.
- Miller BL, Cummings JL, McIntyre H, Ebers G, Grode M (1986) Hypersexuality or altered sexual preference following brain injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 49: 867-873.
- Miller LJ (2001) Gabapentin for treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Ann Pharmacother*; 35: 427-431.
- Monga TN, Monga M, Raina MS, Hardjasudarma M (1986) Hypersexuality in stroke. *Arch Phys Med Rehabil*; 67: 415-417.
- Nagaratnam N, Gayagay G (2002) Hypersexuality in nursing care facilities—a descriptive study. *Arch Gerontol Geriatr*; 35: 195-203.
- O'Donnell BF, Drachman DA, Barnes HJ, Peterson KE, Swearer JM, Lew RA (1992) Incontinence and troublesome behaviors predict institutionalization in dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol*; 5: 45-52.
- Ott BR (1995) Leuprolide treatment of sexual aggression in a patient with dementia and Kluver-Bucy syndrome. *Clin Neuropharmacol*; 18: 443-447.
- Perilstein RD, Lipper S, Friedman LJ (1991) Three cases of paraphilias responsive to fluoxetine treatment. *J Clin Psychiatry*; 52: 169-170.
- Persinger MA (1994) Maintained hypersexuality between male rats following chronically induced limbic seizures: implications for bisexuality in complex partial seizures. *Psychol Rep*; 74: 647-652.
- Potocnick F (1992) Successful treatment of hypersexuality in AIDS dementia with cyproterone acetate. *S Afr Med J*; 81: 433-434.
- Raji M, Liu D, Wallace D (2000) Sexual aggressiveness in a patient with dementia: sustained clinical response to citalopram. *Annals of Long-Term Care*; 8: 81-83.
- Regier L, Jensen B, Laubscher T (2004) Drug comparison charts. Detailed, objective, comparative drug information. *Can Fam Physician*; 50: 1687-1689.
- Reidenbaugh EM, Zeiss AM, Davies HD, Tinklenberg JR (1997) Sexual behaviors in men with dementing illness. *Clin Geriatr*; 5: 45-50.
- Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas A (1987) Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry*; 48 (Suppl): 9-15.
- Roane DM, Yu M, Feinberg TE, Rogers JD (2002) Hypersexuality after pallidal surgery in Parkinson disease. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*; 15: 247-251.
- Rosin RA, Raskind MA (2005) Gonadotrophin-releasing hormone agonist treatment of aggression in Alzheimer's disease: a case report. *Int Psychogeriatr*; 17: 313-318.
- Rosler A, Witztum E (1998) Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropin-releasing hormone. *N Engl J Med*; 338: 416-422.
- Ryden MB (1988) Aggressive behavior in persons with dementia who live in the community. *Alzheimer Dis Assoc Disord*; 2: 342-355.
- Series H, Dégano P (2005) Hypersexuality in dementia. *Adv Psychiatr Treat*; 11: 424-431.
- Shelton PS, Brooks VG (1999) Estrogen for dementia-related aggression in elderly men. *Ann Pharmacother*; 33: 808-812.
- Simpson DM, Foster D (1986) Improvement in organically dis-

-
- turbed behavior with trazodone treatment. *J Clin Psychiatry*; 47: 191-193.
- Starr BD, Weiner MB (1981) The Starr-Weiner Report on Sex and Sexuality in Mature Years. 1. Edition, New York: McGraw-Hill.
- Steele C, Rovner B, Chase GA, Folstein M (1990) Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*; 147: 1049-1051.
- Stewart JT, Shin KJ (1997) Paroxetine treatment of sexual disinhibition in dementia. *Am J Psychiatry*; 154: 1474.
- Sullivan-Miller BH (1987) Dealing with attitudes, preconceived notions. *Provider*; 13: 24-26.
- Szasz G (1983) Sexual incidents in an extended care unit for aged men. *J Am Geriatr Soc*; 31: 407-411.
- Tsai SJ, Hwang JP, Yang CH, Liu KM, Lirng JF (1999) Inappropriate sexual behaviors in dementia: a preliminary report. *Alzheimer Dis Assoc Disord*; 13: 60-62.
- Weiner MF, Denke M, Williams K, Guzman R (1992) Intramuscular medroxyprogesterone acetate for sexual aggression in elderly men. *Lancet*; 339: 1121-1122.
- Weinman E, Ruskin PE (1995) Levodopa dependence and hypersexuality in older Parkinson's disease patients. *Am J Ger Psych*; 3: 81-83.
- White CB, Catania JA (1982) Psychoeducational intervention for sexuality with the aged, family members of the aged, and people who work with the aged. *Int J Aging Hum Dev*; 15: 121-138.
- Wiseman SV, McAuley JW, Freidenberg GR, Freidenberg DL (2000) Hypersexuality in patients with dementia: possible response to cimetidine. *Neurology*; 54: 2024.
- Young RC, Gyulai L, Mulsant BH, Flint A, Beyer JL, Shulman KI, Reynolds CF (2004) Pharmacotherapy of bipolar disorder: review and recommendations. *Am J Geriatr Psychiatry*; 12: 342-357.