

Sexualität und Demenz

Sexuelle Bedürfnisse, Paarbeziehungen und Sexualeben demenzkranker Menschen

Herbert Mück

■ In Deutschland sollen bereits 1,2 Millionen Menschen von einer Demenz betroffen sein. Der „Geist“ mag zwar weichen („De-Mens“), körperliche und soziale Bedürfnisse (zum Beispiel nach Kontakt) schwinden damit aber nicht zwangsläufig. Im Gegenteil. Durch den Wegfall sozial antrainierter „Hemmungsmechanismen“ werden manchmal Verhaltensweisen (erstmalig) möglich, die von den Betroffenen bislang nicht ausgelebt werden konnten. Dazu gehören auch sexuelle Bedürfnisse.

Das Thema „Sexualität von und mit Demenzkranken“ ist deswegen so schwierig zu handhaben, weil es mit mehreren ähnlich gelagerten Tabus einhergehen kann: dem Tabu der „Sexualität im Alter“, dem Tabu der „Sexualität mit Abhängigen“, dem Tabu der „Sexualität mit Behinderten“, dem Tabu „Sexualität im Pflegeheim“ und dem Tabu „Sexualität der Pflegenden“. Erfreulicherweise nimmt seit ca. 2009 die Zahl der Weiterbildungs- und Informationsveranstaltungen eindrucksvoll zu, die sich dem Thema widmen. Auch Filme wie „An ihrer Seite“ und „Wolke 9“ sowie erste Bücher (Böhm: Sexualität in der Demenz, 2010) haben sicher zur Tabu-

lockerung beigetragen. Im Alltag wird es oft noch so sein, wie es ein Bericht im Kölner Stadt-Anzeiger (21.02.2011) andeutet: Danach kommentierten peinlich berührte Angehörige masturbatorische Handlungen ihres Vaters mit dem Kommentar „Er leidet halt an einer Lebensmittelallergie“.

Einfluss der Demenz auf das Sexualeben

Nach wie vor gibt es nur wenige Untersuchungen, die dieser Frage nachgegangen sind. Fast alle wurden außerhalb von Deutschland durchgeführt. Von neueren Zahlen berichtet eine US-amerikanische Studie an 162 ursprünglich zu Hause lebenden Paaren, von denen ein Teil an einer leichten bis mittelschweren Demenz erkrankt war (Davies et al. 2012). In dieser Untersuchung berichteten die gesunden Partner, dass immerhin über 70 Prozent der Demenzkranken intime Kontakte aktiv während des zurückliegenden Monats begonnen hatten (einschließlich Küssen und Umarmen). Geschlechtsverkehr selbst hatten aber nur 27,5 Prozent aktiv angestrebt. Während 82,5 Prozent der Kranken generell auf intime Angebote der gesunden Partner eingegangen waren, ließen sich nur

36,4 Prozent der Demenzkranken auf das Angebot von Geschlechtsverkehr ein. Nur 27,9 Prozent der Kranken gelang es, während der sexuellen Aktivität sich nicht ablenken zu lassen und die Erregung zu bewahren.

Als häufigstes sexuelles Problem Demenzkranker beschreiben mehrere ältere Studien nachlassendes sexuelles Interesse (!) mit ca. 23 Prozent (teilweise gibt es wohl Schätzungen bis zu 70 Prozent), gefolgt vom zweiten Problem, einer Libidozunahme, mit ca. 14 Prozent. Ein „unangemessenes sexuelles Verhalten“ wird mit lediglich 5 Prozent beziffert (Miller et al. 1995; Cummings et al. 1990, Harris et al. 1998). Während in der öffentlichen Wahrnehmung das „störende Verhalten“ möglicherweise im Vordergrund steht (dieses fällt eben auf), stellt sich das häufigste „Problem“ (nachlassendes sexuelles Interesse) offenbar nur im privaten Bereich der Zweierbeziehung ein, wo es eher ein „Problem“ der gesunden PartnerInnen ist und nach außen kaum kommuniziert wird. Eine Studie (Zeiss et al. 1996), die zeitlich sehr genau „problematisches Verhalten“ in der Öffentlichkeit erfasste, gelangt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass es in nur 1,6 Prozent der

gesamten Beobachtungszeit zu eindeutig „sexuell unangemessenem“ Verhalten der Kranken kam. Dass problematische Verhaltensweisen häufiger aus stationären Einrichtungen berichtet werden als aus dem häuslichen Bereich, mag daran liegen, dass das enge Zusammenleben vieler Betroffener auf engem Raum Probleme fördert, die sich im häuslichen Bereich oder im öffentlichen Raum weniger stellen.

Bezogen auf den Entwicklungsverlauf einer Demenz lässt sich verallgemeinernd sagen, dass die partnerbezogene Sexualität kontinuierlich abnimmt, um spätestens im Stadium einer schweren Demenz komplett zu fehlen. Parallel dazu nimmt Verhalten, das als „sexuell problematisch“ erlebt wird, bis zum Stadium der mittelschweren Demenz zu, um dann bei schwerer Demenz ebenfalls eher wieder zu versiegen. Im Hinblick auf die Vorgänge im Gehirn geht man davon aus, dass im Bereich des Vorderhirns angesiedelte Hemmungsmechanismen aufgrund der Demenz nachlassen. Dies kann bei ursprünglich sehr gehemmten Menschen dazu führen, dass sich diese erstmalig aus Sicht der jeweiligen Partner „angenehm normal“ (nämlich „frei“) verhalten. Dagegen kann der Wegfall von Hemmung bei immer schon lustbetonten Personen zu „überschießenden“ sexuellen Impulsen führen.

In Paarbeziehungen beeinflusst nicht nur die Demenz des Betroffenen das sexuelle Miteinander, auch eine veränderte Einstellung des gesunden Partners wirkt darauf wesentlich ein. So sehen manche Partner im Kranken nicht mehr die Person, die sie einmal geheiratet haben: Sie klammern sich

an ein älteres Bild, in dem der Partner noch attraktiv, aktiv, sexuell in seinen Bedürfnissen klar, hygienisch anspruchsvoll und kontinent war. Nach Einsetzen der Demenz haben sie es zunehmend mit einer Person zu tun, die diesen Vorstellungen immer weniger entspricht. Stattdessen leidet der Kranke vielleicht noch unter

weiteren Gesundheitsproblemen und medikamentösen Nebenwirkungen, was das Bild noch stärker verfremdet. In einer solchen Situation fühlen sich die Gesunden nicht mehr als gleichwertige Partner, sondern eher als mütterliche oder väterliche Pflegeperson (für die dann unter Umständen ein gefühltes „Inzestverbot“ gilt).

Die Gesunden leiden zunehmend darunter, dass sich der Demenzkranke immer weniger auf sie beziehen kann (vermehrte Unbeholfenheit, Vergessen der Bedürfnisse des Anderen, Namensverwechslung). Auch glauben sie oft, bestimmte gesellschaftliche Erwartungen an den Umgang mit dem Kranken erfüllen zu müssen. Dadurch werden sie selbst zunehmend erschöpfter und sexuell immer lustloser. Werden dann auch noch getrennte Schlafzimmer bezogen und gilt die Vorstellung, den Demenzkranken sexuell „schonen“ zu müssen, dann versiegt aus Sicht der gesunden PartnerInnen das gemeinsame Sexualleben irgendwann komplett.

FOTO AUS COPY-RIGHT-GRÜNDEN AUSGEBLENDET

Wie mit sexuellen Bedürfnissen Demenzkranker umgehen?

Analog zu anderen funktionierenden Lebensbereichen und Fähigkeiten kann man auch eine weiterhin vorhandene „sexuelle Kompetenz“ wertschätzen und sich mit dem Kranken daran erfreuen, dass es in der Sexualität noch Beziehung und Gemeinsamkeit gibt. Gelungene Begegnungen können nachhaltig entspannen und zufrieden machen (auch den gesunden Partner). Denn selbst wenn die Erinnerung nach einer sexuellen Begegnung bei Demenzkranken vielleicht rasch verblasst, kann eine positive Stimmung durchaus länger anhalten. Gesunden und verantwortlichen und handelnden Partnern gilt es die Sorge zu nehmen, dass sie bei sexuellen Begegnungen den Kranken „missbrauchen“. In diesem Zusammenhang können mitunter folgende Überlegungen helfen: Ehe und Liebe enden nicht mit dem Eintritt einer Demenz. Sexualität zwischen Erwachsenen ist kein Rechtsgeschäft, sondern eine intime „Begegnung“.

Solange der Demenzkranke zu „Begegnungen“ in der Lage ist und nicht dazu gezwungen wird, schließt dies einen „Missbrauch“ eher aus. Grundsätzlich gelten die gleichen Prinzipien wie vor Eintritt der Demenz: Es kommt immer auf den natürlichen Willen beider Partner an. Soweit der demenzkranke Partner weiterhin zu verstehen gibt, dass er sexuellen Verkehr wünscht und genießt, sind keine ethischen oder rechtlichen Probleme zu erwarten. Ein entgegenstehender Wille des Partners ist auf jeden Fall zu akzeptieren. Problematisch erscheint es, wenn der kranke Partner schon vor der Ehe nur um des lieben Friedens willen Sex über sich ergehen ließ. Der gesunde Partner kann dann nicht auf „Gewohnheitsrecht“ oder die „ständige Praxis“ pochen. Sexualität sollte zudem nicht die einzige oder hauptsächlich verbliebene Form des Miteinanders sein. Auch anderweitige Zärtlichkeit und Zuwendung sollten ausreichend vorhanden sein.

Perspektiven wechseln

Es ist auf jeden Fall wichtig, sich bewusst zu machen, dass man durch die eigene Deutung der sexuellen Bedürfnisse des Kranken („Das ist ja abnorm!“) wie auch der eigenen („Das wäre ja Missbrauch“) entscheidend dazu beiträgt, ob eine Entwicklung als „Drama“ oder als „märchenhaft“ erlebt wird. Unzulässige „Deutungen“ liegen zumindest teilweise auch dann vor, wenn man den Kranken als „verhaltensgehört“ oder sein Vorgehen mit „Problemverhalten“ oder „herausforderndem Verhalten“ beschreibt. Damit blendet man nämlich aus, dass das Erleben von „Störung“ und „Problem“ in einem selbst entsteht (während der Kranke sich vielleicht kindlich freut) und dass der Kranke bewusst in

den seltensten Fällen seine Umwelt „herausfordern“ will. In solchen Fällen „projiziert“ man ein eigenes Problem in die andere Person und erwartet von dieser Person die Lösung.

Neben dem Bewusstmachen von eigenen „Deutungen“, die wenig hilfreich sind, kann auch der Versuch eines „Perspektivwechsels“ scheinbar sexuell aufgeladene Situationen entspannen. Wenn sich beispielsweise ein Demenzkranker im Speisesaal einer Einrichtung entkleidet, kann man sich (und mitunter auch den Betreffenden selbst) fragen, wo dieser glaubt sich momentan zu befinden. Denn unter der Vorstellung, auf der Toilette, im Schlafzimmer, am FKK-Strand oder in einer Arztpraxis zu sein, kann das Verhalten durchaus passen. In einem solchen Fall würde es möglicherweise mehr helfen, die örtliche Orientierung des Kranken zu verbessern, statt seine „Hypersexualität“ zu bekämpfen. Um solche Perspektivwechsel überhaupt vornehmen zu können, ist es nötig, die Biografie des Kranken wenigstens etwas zu kennen.

Obwohl Humor oft heilsam und entlastend ist, sollte er im Umgang mit sexuellen Bedürfnissen Demenzkranker vorsichtig gehandhabt werden. Schnell kann daraus ein abwertendes Auslachen werden, das letztlich nur die eigene Unsicherheit verbirgt. Oberstes Gebot ist es vielmehr, auch den sexuellen Bedürfnissen und Verhaltensweisen Demenzkranker mit Respekt zu begegnen.

Masturbation anders bewerten

Offenbar betrachten noch immer viele Menschen Masturbation älterer Personen als ein „Problem“ und zwar nicht nur dann, wenn diese in der

Öffentlichkeit erfolgt. Zu einer anderen Betrachtungsweise des Phänomens mögen folgende Überlegungen beitragen: Einer Befragung zufolge (Brecher 1984, Consumer's Union's summary) masturbieren im Alter von 70 und mehr Jahren 43 Prozent der Männer und 33 Prozent der Frauen. Je höher die Bildung, umso eher wird masturbiert. Ab 70 Jahren ist Masturbieren häufiger als herkömmlicher Geschlechtsverkehr. Heutzutage gilt Masturbieren auch in der Sexualwissenschaft nicht mehr als „Ersatzbefriedigung“, sondern als eine eigenständige und gleichberechtigte Form der Sexualität. Ein in anderem Kontext normales Verhalten (wenn man sich in der eigenen Wohnung ohne Zuschauer allein befriedigt) wirkt nun oft nur deshalb „pathologisch“ oder störend, weil es nicht mehr „diskret“ vorgenommen werden kann. Die Verringerung von „Zimmerkontrollen“ oder das Schaffen von Privatsphären könnte manches „Masturbationsproblem“ in Einrichtungen lösen. Masturbation hat neben dem Lusterleben weitere positive Effekte. So kann sexuelle Erregung innere Unruhe und Langweile beseitigen. Sie wird manchmal eingesetzt, wenn die Umgebung keine interessanteren Reize und Einladungen bietet. Durch Masturbation kann sich auch ein Demenzkranker selbst regulieren und Kontrolle über sein Befinden erlangen (was sich auch als fortbestehende „Kompetenz“ verstehen lässt). „Der Gebrauch erhält“ – sexuell aktive ältere Frauen haben ein feuchteres Scheidenmilieu, ihre Vagina schrumpft weniger. Wer masturbiert, erlebt sich dabei als „Mann“ oder „Frau“ und wird sich damit möglicherweise seiner Identität bewusst. Mancher fühlt sich dadurch „lebendig“.

Umgang mit gesteigerten sexuellen Bedürfnissen

Wenn der gesunde Partner mit gesteigerten sexuellen Bedürfnissen eines Demenzkranken nicht zurechtkommt, bieten sich mehrere Möglichkeiten an, die Situation zu entschärfen:

- Man deutet das Verlangen positiv (Statt „Er / sie will mich nur noch benutzen“ vielleicht besser „Wie beeindruckend vital und genussfähig er/sie in diesem Bereich doch ist“).
- Man reagiert wohlwollend (wertschätzend) auf mögliche Einladungen und lenkt zugleich auf ein anderes Thema, statt (brüsk) den Wunsch zurückweisen.
- Man motiviert den Demenzkranken sich vermehrt zu bewegen („abzureagieren“).
- Man vermeidet „Trigger“ (zum Beispiel Bilder, Filme etc.), die Lust auslösen können.
- Man beugt vor, indem man andere Lust und Entspannung vermittelnde Maßnahmen einsetzt (wie Streicheln oder Massieren, warme Bäder).
- Man ermutigt oder bittet den Kranken, sich selbst zu befriedigen.
- Nur im Notfall sollte man (meist dämpfende) Medikamente einsetzen.

Was unter „sexuell unangemessenem Verhalten“ zu verstehen ist, lässt sich nicht allgemein sagen. Wie schon angedeutet, kann ein bestimmtes Verhalten „angemessen“ sein, wenn es unter Ausschluss der Öffentlichkeit erfolgt, nicht aber wenn es vor den Augen anderer stattfindet (zum Beispiel Masturbation). Bevor man ein Verhalten vorschnell als „sexuell“ deutet, sollte man immer alternative Beschreibungsweisen prüfen. So kann ein „Herumnesteln“ zwischen den Beinen auch folgende Gründe

haben: juckende Textilien, zu enge Kleidung, schlechte Hygiene, Mikti-onsdrang, Infektion der Harnröhre, Unterleibsschmerzen oder eine Situationsverknennung (wie sie oben unter dem Aspekt des Perspektivwechsels beschrieben wurde).

Generell hat es sich bewährt, auf „sexuell unangemessenes Verhalten“ in folgenden Schritten zu reagieren: Es gilt IMMER Ruhe zu bewahren und auszustrahlen, also sich selbst als „Medikament“ einzusetzen. Man sollte weiterhin respektvoll kommunizieren (Kein „Schämen Sie sich denn nicht?!“ „Hören Sie auf rumzufingern!“) und bessere innere Bilder wählen (zum Beispiel „Liebesspiel“). Auf Vorwürfe und Drohungen oder gar Bestrafungen ist zu verzichten. Sofern nötig, sollte man das Geschehen entdramatisieren (insbesondere auch gegenüber sonstigen Anwesenden). Denn in Situationen mit mehreren Menschen dienen „fachkompetente Menschen“ als Vorbild, an dem eigenes weiteres Verhalten orientiert wird („Social Referencing“). Ein offenkundiges Gefühl gilt es zu validieren („Sie verspüren Lust“), damit dieses abebben kann, weil es seine Funktion erfüllt hat. Es wird dann nicht mehr als Signal für ein unerfülltes Bedürfnis benötigt („Sie wünschen sich offenbar Abwechslung / Berührung.“) Wenn es möglich ist, sollte man den Demenzkranken mit einem positiven Affekt (Gefühl) „anstecken“ (Sicherheit, Wertschätzung, Gelassenheit).

Mit freundlich entschiedener Stimme kann man um ein Alternativverhalten bitten („Bitte essen Sie jetzt weiter.“). Man sollte immer versuchen, das (möglicherweise) „wahre Bedürfnis“ hinter dem sexuell wirkenden Ver-

halten herauszufinden (wie Wunsch nach Nähe, Berührung, Abwechslung, Zuwendung). Das als vorrangig erkannte Bedürfnis kann man dann gegebenenfalls auch stillen. Es klärt die Situation und erleichtert das weitere Vorgehen, wenn man das unangemessene Verhalten mit Hilfe der Biografie des Betroffenen einordnen und verstehen kann. Erkrankungen, die eine Demenz begleiten können, sollten immer sorgfältig ausgeschlossen werden. Auch sollte man routinemäßig überprüfen, inwieweit Nebenwirkungen von Medikamenten eine Rolle für „problematisches Verhalten“ spielen können. Erst wenn alle bisherigen Strategien nicht greifen, sollten medikamentöse Maßnahmen erwogen werden. Das kann das Absetzen oder Niedrigerdosieren eines Arzneimittels sein (das vielleicht sexuell stimulierend wirkt) oder die Gabe eines Medikaments, das „dämpfend“ wirkt. Hierzu gibt es allerdings bislang keine Richtlinien und sehr oft widersprüchliche Erfahrungen. <<

Die ungekürzte Fassung des Artikels ist im Internet unter www.dr-mueck.de/HM_Beziehung/Sexualitaet/HM_Sexualitaet_Demenz_Alzheimer.htm zu finden.



Dr. Dr. med. Herbert Mück
ist Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Köln.

Aktuell befasst er sich mit Bindungsforschung, „Positiver Psychologie“ (Ressourcenorientierung) und der Behandlung von Traumata. Im Internet hat er Ratgeber unter anderem zu Demenz und Parkinson veröffentlicht.