

Albertinen Akademie

Weiterbildung DEMERGO

Kurs 2

Kursleitung Gudrun Schaade

Sexualität bei Demenz
& ergotherapeutische Ansätze

Marie Wirbals

31.05.2015

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	1
1. Was ist Demenz	2
2. Was ist Sexualität?	2
2.2 Wo entsteht Sexualität?	4
2.3 Veränderte pathologische Strukturen des Gehirns bei Demenz & mögliche Auswirkungen auf die Sexualität	5
2.4 Demenzformen und mögliche Auswirkungen auf die Sexualität	7
3. Wahrnehmungssuche - ein weiterer Grund für sexuelle Handlungen bei einer dementiellen Erkrankung	8
4. Fallbeispiele	9
5. Herausforderung & „Gefahren“	10
6. Ergotherapeutische Verantwortung & Interventionsmöglichkeiten	11
6.1 Interventionsmöglichkeiten mit Kollegen	12
6.2 Interventionsmöglichkeiten mit Angehörigen	12
6.3 Interventionsmöglichkeiten bei Betroffenen	13
6.4 Hilfsmittel	14
6.5 Gruppen- & Einzeltherapie	14
6.6 Weitere Therapieformen	14
7. Fazit	15
Literaturverzeichnis	

Anlagen:

Weiterbildungsmöglichkeiten

Filmempfehlungen

Einleitung

Demenz und Sexualität sind zwei Themen, die viele Ängste und Vorurteile hervorrufen können. Obwohl das Krankheitsbild Demenz immer öffentlicher behandelt und diskutiert und durch Mainstream-Medien, wie das Kino, beinahe „populär“ geworden ist, ist es in Verbindung mit Sexualität ein ungebrochenes Tabu-Thema.

Auf dem Markt der Fachliteratur gibt es erste zarte Vorstöße in dieses spezielle Gebiet. Es existieren auch einige wenige Fortbildungen, um sich informieren zu können. Hört man sich jedoch unter dem Fachpersonal in Pflegeeinrichtungen um, ist kaum einer über die Thematik aufgeklärt, geschweige denn, dass derjenige konfrontiert mit der Sexualität eines (erkrankten) Bewohners professionell zu handeln wüsste.

Wozu es noch keine Fortbildungen, Literatur o.ä. gibt, sind die ergotherapeutischen Möglichkeiten Menschen mit Demenz Unterstützung in Bezug auf sexualisiertes Verhalten zu bieten und ihre Körperwahrnehmung und (sexuelle) Identität - das sogenannte Ich-Gefühl – positiv zu stärken.

Dass Ergotherapie bei Menschen mit Demenz einen wertvollen Beitrag leisten kann, wird von den meisten Fachärzten, Allgemeinmedizinerinnen und Krankenkassen bereits anerkannt. Da es jedoch für Sexualität als einen wichtigen Teilaspekt der Erkrankung noch keine berufsspezifische Unterstützung für die Therapeuten gibt, ist eine nähere Beschäftigung mit diesem Thema längst überfällig.

Im Verlauf meiner Facharbeit möchte ich mit Hilfe von anatomischen Hirnstrukturen die Veränderungen und Zusammenhänge von Sexualität bei Demenz aufweisen, sowie durch Fallbeispiele und bekannte ergotherapeutische Methoden eine Erweiterung des Behandlungsspektrums auf diesem Themengebiet erreichen. Das Hauptaugenmerk soll auf den von primären Demenzformen Betroffenen und ihren Bedürfnissen liegen.

Dabei soll geklärt werden, was die Ergotherapie leisten kann und sollte, wenn die Sexualität bei Menschen mit Demenz in den Vordergrund rückt.

Anmerkung: Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf genderspezifische Sprachformen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten für alle Genderformen.

1. Was ist Demenz?

Demenz ist ein Sammelbegriff für eine Erkrankung des zentralen Nervensystems, bei der Hirnmasse irreversibel geschädigt wird. Es gibt zum einen so genannte sekundäre Demenzen, bei denen eine andere Erkrankung dementielle Symptome hervorruft (z.B. bestimmte Stoffwechselerkrankungen, Tumore, Depression usw.). Eine erfolgreiche Behandlung der ursprünglichen Erkrankung kann die dementiellen Symptome zum Verschwinden bringen.

Zum anderen gibt es so genannte Primäre Demenzen, bei denen die Alzheimer-Demenz prozentual am Stärksten vertreten ist. Diese haben meist eine unbekannt Ursache. Sie sind irreversibel, können also nicht mehr rückgängig gemacht werden und verlaufen meist progredient. Die geschädigten Areale sind auf einem Schädel-CT eindeutig zu erkennen. Dort, wo die Hirnmasse abgebaut wurde, sind die Funktionen dieser Areale dauerhaft verloren.

Da es noch keine medizinischen Möglichkeiten gibt, um die Erkrankung aufzuhalten oder zu kurieren, sind die Behandlungsmethoden rein palliativ. Die Ergotherapie richtet hierbei ihre Ziele unter anderem auf den möglichst langen Erhalt der Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, sowie der Teilhabe am sozialen Leben.

2. Was ist Sexualität?

Dass Sexualität viel mehr ist, als ein bloßer körperlicher Akt, wird schnell klar, wenn man beobachtet, welche unterschiedliche Reaktionen eine Umarmung bei Menschen auslösen kann und wie viele Variationen von dieser zwischenmenschlichen Interaktion existieren.

Ein frisch verliebtes Paar wird sich anders umarmen als Mutter und Kind oder ein Mann eine attraktive Frau, die zu ihm in loser Bekanntschaft steht.

Der Duden drückt sich noch sehr abstrakt aus und sagt: [Sexualität sei die] „*Gesamtheit der im Geschlechtstrieb begründeten Lebensäußerungen, Empfindungen und Verhaltensweisen.*“

Während Tiere ihr sexuelles Verhalten rein instinkt gelenkt ausleben, ist, wie die Duden-Definition andeutet, das sexuelle Verhalten der Menschen eingebettet in regional geltende Werte, Normen, gesellschaftliche Gepflogenheiten, individuelle positive oder negative Erfahrungen, Vorlieben und Abneigungen. Als gesunde Menschen können wir unsere Sexualität in bestimmten Bereichen bewusst lenken. Es ist unsere Entscheidung, ob und wie wir eine sexuelle Handlung durchführen und was für eine Bedeutung wir einem sexuellen Erlebnis in unserem weiteren Leben zumessen.

Wozu wir Sexualität benötigen, steht außer Frage: Fortpflanzung. Wissenschaftliche Fortschritte, die einen geschlechtlichen Akt für die Fortpflanzung unnötig machen, sowie eine Fortführung von Sexualität, nach dem die sexuelle Reproduktion durch Alter oder Krankheit nicht mehr sinnvoll erscheint, lassen aber überdeutlich den Schluss zu, dass Fortpflanzung nur *ein* Grund für die Ausübung von Sexualität ist.

Sexualität ist eine sinnliche Erfahrung¹. Der Mensch erfährt Sexualität mit allen Sinnen. Mit den Augen erfassen wir Merkmale aneinander, erleben sinnliche Candle-Light-Dinner, oder sehen uns seufzend Sonnenuntergänge an. Mit den Händen nehmen wir Kontakt zueinander auf und erfassen durch die Haut Reize, wie z.B. einen sanften Druck, die Wärme eines Anderen, das Prickeln einer kühlen Brise, das angenehme Gefühl schöner Seide auf dem Körper, die wohltuende Wirkung von Kneippanwendungen und Massagen. Den Wohlklang eines Violinenkonzertes, einer beruhigenden Sprechstimme oder das beruhigende Prasseln von Regen ans Fensterglas nehmen wir mit den Ohren wahr. Die Geschmacksknospen auf der Zunge lassen uns den süßen Saft einer Erdbeere oder den lieblichen Geschmack von Wein erleben. Mit der Nase können wir unbewusste Informationen über unser Gegenüber erfassen, wie z.B. genetische Kompatibilität, Familienzugehörigkeit (genetischer Eigengeruch), Potenz oder ganz offensichtliche olfaktorische Informationen wie Aftershave und Parfüm. Der Geruch des Meeres kann ebenso stimulieren, wie der Geruch von warmen Essen oder Gewürzen.

Eines der wichtigsten Aspekte von Sexualität ist die dabei entstehende Intimität. Die Hand des Partners zu halten, erweckt das Gefühl von Verbundenheit. Ein Kind klammert sich schutzsuchend an seine Mutter oder ein guter Freund umarmt einen tröstend, nachdem ein enges Familienmitglied gestorben ist. Durch zwischenmenschliche Intimität fühlen wir uns verstanden, nicht allein, angenommen und wohl.

Wie sehr wir dies alles genießen und zulassen können, beeinflusst unsere persönliche Biographie, unser Charakter und unsere Veranlagung. Missbrauch sowie Erfahrungen der Ausgrenzung und Diskriminierung können eine positive Entwicklung der eigenen Sexualität verhindern. Das Eingehen intimer Beziehungen (z.B. Freundschaften, Eltern-Kind-Beziehungen, Partnerschaften) kann dadurch dauerhaft gestört sein. Des Weiteren werden Menschen mit Demenz zusätzlich noch in ihrer Beziehungsfähigkeit und Kommunikation durch Beeinträchtigungen im Sprach- und Verstehvermögen gehemmt. Das zuvor vielleicht schon gestörte Verhältnis zur Sexualität und Intimität kann zum großen unartikulierbaren Problem werden.

¹siehe auch: „*Sexualität bei Menschen mit Demenz*“ von Elaine Withe

2.1 Wo entsteht Sexualität?

Sexualität entsteht im Gehirn. Um zu verstehen, warum die Sexualität bei Demenz, einer voranschreitenden, degenerativen Erkrankung des Gehirns, zum Thema der Ergotherapie werden kann, müssen wir die Vorgänge in einem physiologischen, also gesunden, Gehirn betrachten.

Das Gehirn ist immer noch ein großes Rätsel und auch wenn vielen Fähigkeiten des Menschen bestimmte Regionen zugeordnet werden können, erweitert sich der Wissensstand durch die Forschung rapide und kann erhebliche Änderungen dieser bisherigen Zuordnung zur Folge haben.

Deshalb, und weil eine genauere Betrachtung im Rahmen dieser Arbeit nicht leistbar ist, werde ich im Folgenden die komplexen und sehr vielfältigen Vorgänge im Gehirn durch die Sexualität nur beispielhaft und grob dargestellt darlegen.

Im Gehirn werden im optimalen Fall Reize verarbeitet, Informationen sortiert und gespeichert und es kann dadurch situationsgerecht reagiert werden. Unser Langzeitgedächtnis, voll von gesammelten Lebenserfahrungen, hilft uns bei dieser situationsgerechten Reaktion. Mindestens ein, meist aber mehrere, wenn nicht alle, Sinnesorgane nehmen einen Reiz auf, welcher im Großhirn in einer dafür spezialisierten Region oder im Zusammenspiel mit verschiedenen Regionen erkannt wird.

Sagt zum Beispiel unser Partner mit sinnlicher Stimme etwas Anzügliches zu uns, passieren viele Dinge gleichzeitig im Gehirn: Wir erkennen das Gesicht und die Stimme unseres Partners und verknüpfen diese mit den gespeicherten Erinnerungen. Wir verstehen die Worte sachlich und können diese mit dem Tonfall in einen emotionalen Zusammenhang bringen.

Zuerst treffen alle wahrnehmbaren Sinneseindrücke auf das entsprechende Sinnesorgan, dann werden diese Reize weitergeleitet und bewertet, zunächst einmal nüchtern von der **Großhirnrinde**. Das Gedächtnis wird aktiviert. Kennen wir die Reize? Fanden wir sie angenehm oder nicht? Je nachdem lassen wir uns weiter darauf ein oder versuchen die Reizeinwirkung zu beenden.

Die Amygdala lässt bei Erregung den Puls und die Atmung schneller werden. Sie liegt im Temporallappen und ist ein Teil des **limbischen Systems**. Sie steigert das Lustempfinden, löst eine Flucht- oder Angstreaktion aus.

Hat das Großhirn die sexuelle Information jetzt ausreichend bewertet und vielleicht als vorantreibenswert eingestuft, wird der **Thalamus**, der die **Hypophyse** steuert (unsere Hirnanhangdrüse und wichtiger Hormonproduzent), uns viele wohlige Gefühle bescheren.

Sogenannte Glücks-, Stress- oder Bindungshormone können sehr widersprüchliche Empfindungen auslösen und eine ganz komplexe Gefühlssituation schaffen.

2.2 Veränderte pathologische Strukturen des Gehirns bei Demenz und mögliche Auswirkungen auf die Sexualität

Wie in der Einleitung erwähnt, ist der Verlauf einer Demenzerkrankung je nach Diagnose sehr unterschiedlich. Ebenso wie in der Darstellung der physiologischen Vorgänge im Gehirn, ist es auch hier, um den Rahmen der Facharbeit nicht zu sprengen, nötig, auf grobe schematische Darstellungen zurück zu greifen, um ein Gefühl für die Bandbreite möglicher Probleme der Sexualität bei Demenz zu vermitteln.

Als Beispiel greife ich folgende Situation auf: Unser Partner streichelt unseren Arm und sagt im liebevollen Ton etwas Zärtliches zu uns. Wieder erreichen mehrere Reize unser Gehirn.

Reiz	Ort der Verarbeitung	Mögliche kognitive Störungen	Mögliche Folgen für den Betroffenen
Gesicht des Partner	Temporal-lappen	<ul style="list-style-type: none"> - Störung der Augen, trotz Hilfsmittel (z.B. Brille) kann das Gesicht nicht oder fehlerkannt werden, - Störung des Temporallappens verhindert korrekte Gesichtserkennung (Prosopagnosie) oder ruft optische Halluzinationen hervor, - Störung des Gedächtnisses (auf passende Informationen über intime Situationen mit unserem Partner kann nicht mehr zugegriffen werden) 	Angst, Scham, Wut, Irritation da optische Halluzinationen oder das fremd- bzw. nicht erkannte Gegenüber zu Fehlverhalten führen (wer ist der Fremde, mit der vertrauten Stimme? Warum fasst er mich an? Oder man küsst den „Falschen“)
Stimme und Tonfall	Broca-Region im Frontallappen und Wernicke-Zentrum im Temporal-lappen	<ul style="list-style-type: none"> - Störung der auditiven Wahrnehmung, Gesagtes kann nicht gehört oder verstanden werden (Aphasie) - Stimme wird nicht erkannt - Tonfall wird nicht identifiziert, Feinheiten wie Ironie werden nicht wahrgenommen 	Unverständnis und Irritation, da der Tonfall nicht zum Gesagten passt oder das Gesagte nicht - bzw. falsch - verstanden wurde (statt etwas Zärtlichem, verstehen wir z.B. nur Kauderwelsch)
Streicheln	primär-sensorischer Cortex	<ul style="list-style-type: none"> - Schäden der sensiblen Nervenfasern des ZNS führen zu: - Missempfindungen (Parästhesien), - Überempfindlichkeit (Hypästhesie), - keine Empfindungsfähigkeit (Anästhesie) 	Die Berührung wird als unangenehm wahrgenommen oder gar nicht, weshalb eine adäquate Reaktion vielleicht ausbleibt.

Wenn die einzelnen Komponenten zur richtigen Erkennung einer Situation nicht mehr zusammenspielen, kann keine passende Reaktion mehr produziert werden. Auf der anderen Seite können vielleicht alle Komponenten richtig wahrgenommen werden, aber eine passende Antwort des Betroffenen auf die Reize ist nicht möglich. Durch die Schädigung im Sprachzentrum kann der Betroffene keine verständliche Antwort mehr produzieren. Oder das beeinträchtigte Kurz- und Langzeitgedächtnis kann keine Information über ähnliche Situationen mit dem Partner abrufen, bzw. ruft diese beim falschen Menschen ab, da die Erkennung des eigenen Partners nicht mehr möglich ist.

Hirnareale	Funktion	Mögliche Auswirkung einer Störung
Frontallappen (<i>Cortex frontalis</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Sitz der Persönlichkeit, Werte und Normen - Handlungsplanung und -durchführung (Praxie) - Anteile des Sprachvermögens 	<ul style="list-style-type: none"> - enthemmtes Verhalten (z.B. masturbieren in der Öffentlichkeit, sexuelle Avancen, triebgesteuertes Verhalten) - Sprachstörung (Aphasie) (z.B. Wortwiederholungen, Verwendung unpassender Worte...) - Störung Praxie (Betroffener kann sich z.B. nicht mehr ankleiden)
Temporallappen (<i>Cortex temporalis</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Anteile des Sprachvermögens - Verarbeitung optischer Reize 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesichter werden nicht- oder fehlerkannt (Prosopagnosie) - zum Erleben gewohnter Sexualität wird nicht der Partner gewählt, da dieser nicht erkannt wird
Limbisches System	<ul style="list-style-type: none"> - Lust und Triebempfinden - Entstehen und Verarbeiten von Emotionen 	<ul style="list-style-type: none"> - emotionale „Fehlreaktionen“ - gesteigertes oder geringeres Lustempfinden

Neben den hirnganischen Störungen sollten jedoch auch andere organische Schäden nicht außer Acht gelassen werden. Genitale Infektionen können einen unerträglichen Juckreiz auslösen, der den Betroffenen zwingt, sich irgendwie zu helfen. Da er sich nicht mehr verständlich machen kann, bleibt sein Problem oft lange Zeit unbemerkt. Das Einführen von Gegenständen und andere manuelle Manipulationen sind eine Lösung, welche oft als gestörte sexuelle Neigung gesehen wird. Pflegende sollten angehalten werden, bei der Versorgung genau nachzusehen, ob Veränderungen in der genitalen Region erkennbar sind, denn ggf. muss sofort ein Arzt konsultiert werden. ²

² Siehe auch: „Das Gehirn: Von der Nervenzelle zur Verhaltenssteuerung“ von Richard Thompson

2.3 Demenzformen³ und mögliche Auswirkungen auf die Sexualität

Im Folgenden werde ich tabellarisch einige der häufiger auftretenden Demenzformen darstellen und im Zusammenhang mit den kognitiven Ausfällen mögliche Konsequenzen auf das sexuelle Verhalten / Empfinden eines Betroffenen aufzeigen.

Demenzformen	kognitive Funktionseinschränkung	Auswirkung
Alzheimerdemenz	<ul style="list-style-type: none"> - frühe Störung des Kurzzeitgedächtnis, später auch des Langzeitgedächtnis - Orientierungsprobleme - Sprachstörung - Stimmungsschwankungen - Störung der Handlungsplanung (Apraxie) 	<ul style="list-style-type: none"> - Partner kann nicht mehr erkannt werden, es werden andere ggf. ähnliche Partner gesucht (der Betroffene wird als „pervers“ und „ungezügelt“ gesehen) - man verläuft sich, geht in fremde Zimmer und denkt, es wäre das eigene (andere fühlen sich belästigt) - Bedürfnisse sind nicht mehr artikulierbar - Ängste, Aggressionen, Trauer entstehen, eine ursprüngliche Sexualität zwischen den Partnern kann gestört werden - Probleme sich zu entkleiden, obwohl der Betroffene es gern möchte oder umgekehrt: er möchte sich ankleiden, kann dies aber nicht mehr
Frontotemporale Demenz (Morbus Pick)	<ul style="list-style-type: none"> - Verhaltensänderungen - Persönlichkeitsveränderungen - Enthemmung, Steuerungselemente für Werte und Normen gehen verloren - Verwahrlosung und Antriebslosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - öffentliches Masturbieren, Entkleiden, Urinieren - Verwendung der Fäkalsprache - Suchen nach sexuellen Kontakten und fordern diese ein - Unvermögen zu verstehen, warum ein anderer keinen sexuellen Kontakt aufnehmen will oder das Verhalten für die Umwelt nicht normgerecht ist - Vernachlässigung der Körperhygiene
Hydrozephalusdemenz	<ul style="list-style-type: none"> - frühe Inkontinenz - schnell nachlassende Hirnleistung (Orientierung, Gedächtnis) 	<ul style="list-style-type: none"> - die Probleme sind ähnlich denen der Alzheimerdemenz - hinzukommende Inkontinenz kann den Betroffenen beschämen, ihn erniedrigen und seine Sexualität hemmen obwohl er diese mit seinem Partner noch teilen könnte
Lewy-Körperchen Demenz	<ul style="list-style-type: none"> - Schwankungen in der Gedächtnisleistung - v.a. optische Halluzinationen - Gangstörung - Schlafstörung 	<ul style="list-style-type: none"> - Ängste, Verwirrung, Aggressionen durch Gedächtnisprobleme - Nahestehende werden nicht erkannt - Halluzinationen von evtl. erotischer Natur, Menschen sehen (kann sowohl Angst, als auch Lust auslösen, Fehlverhalten entsteht, Betroffener entkleidet sich, reagiert entrüstet etc.) - ruheloses, nächtliches Umherwandern, Betreten fremder Zimmer

All dies sind Aspekte, die verschiedene Anteile der Sexualität stören können und zu verändertem Verhalten führen. Da oft keine genaue Diagnose vorliegt, muss der Therapeut, konfrontiert mit dem Sammelbegriff „Demenz“, oft selbst die fehlenden Puzzleteile zu einer genaueren Diagnose finden.

³ siehe auch: „Ergotherapie bei Demenzerkrankungen: Ein Förderprogramm“ von Gudrun Schaade

3. Wahrnehmungssuche - ein weiterer Grund für sexuelle Handlungen bei einer dementiellen Erkrankung

Die Wahrnehmung von Menschen mit Demenz ist oft in vielfältiger Weise eingeschränkt. Wahrnehmung ist Prozess und Ergebnis der Informationsgewinnung und der Verarbeitung von Reizen aus der Umwelt und dem Körperinneren.

Mit der Wahrnehmung erfahren und verstehen wir uns und die Welt. Kognitive Ausfälle wie beim Krankheitsbild der Demenz können unsere Wahrnehmung beeinträchtigen. Es fällt uns schwer oder ist uns sogar unmöglich, uns und die Welt zu begreifen. Gezielt wird nach Wahrnehmungsreizen gesucht. Oft führt diese Suche zu Verhaltensweisen, die der Umwelt unsinnig erscheinen. Nästeln, Wischen, Schreien, endloses Laufen, Stühle durch die Gänge schieben, dies sind nur einige wenige Beispiele.

Der Homunculus (oder auch das „Hirnmännchen“), ein grafisches Modell aus der Neuroanatomie, stellt sehr anschaulich die quali- und quantitative Bedeutung unserer Körperregionen für die Wahrnehmung und die Motorik dar. Der Körper spiegelt sich in einer Punkt zu Punkt-Zuordnung im Gehirn wider. Für sehr sensible Körperregionen, wie das Gesicht (v.a. die Lippen), Hände und Füße wird die Kapazität von besonders großen Arealen der Hirnrinde benötigt.

Die Stimulation dieser Bereiche bietet Betroffenen viel Körperwahrnehmung. Aber auch das Stimulieren der Brust oder der Genitalien bietet Input und Spürinformation. Solange diese Körperstimulationen in einem für den Betroffenen und die Umwelt geschützten Rahmen stattfinden können, sollten sie nicht unterbunden, sondern durch das Schaffen von Privatsphäre unterstützt werden. Hilfsmittel wie Gleitmittel und erotische Zeitschriften sollten eventuell angeboten werden. Findet die Selbststimulation jedoch an öffentlichen Orten statt, müssen die Umwelt und die Integrität und Würde des Erkrankten geschützt werden. Das Verhalten ist nur schwer mit vernünftigen Mitteln zu verhindern. Wahrnehmungsfördernde Angebote in der Ergotherapie, stimulierende Massagen der Hände, Füße und des Rückens können jedoch das unerwünschte Verhalten positiv beeinflussen bzw. reduzieren helfen.⁴

⁴ siehe auch: Gudun Schaade „*Förderung der Körperwahrnehmung und Bewegungskoordination bei Demenzerkrankungen*“

4. Fallbeispiel

Das folgende Beispiel zeigt einen extremen Fall von sexuell verändertem Verhalten bei einer Demenzerkrankung und den folgenschweren Problemen, die der Umwelt und dem Betroffenen dabei entstehen können. Die Namen sind zum Schutz der Betroffenen verändert und anonymisiert.

Herr T. und Frau T.

Diagnose: Demenz, nicht näher bezeichnet

Problem: sexuell enthemmtes Verhalten von Herrn T.

Herr T. und seine Frau leiden beide an fortgeschrittener Demenz. Wie so häufig gibt es keine genauere Diagnose, doch bei Herrn T. liegt schnell der Verdacht nahe, dass es sich um eine frontotemporale Demenz handelt.

Sein Verhalten ist sexuell enthemmt. Er bedrängt das weibliche Personal, macht eindeutige Angebote, versucht sie am Po oder den Brüsten anzufassen. Dazu ist seine Sprache sehr vulgär und sexualisiert. Seine Frau weint viel und schämt sich für ihn. Ihr gegenüber zeigt Herr T. kein sexuelles Verhalten. Die erwachsenen Kinder des Paares haben bei Gesprächen vor dem Einzug des Ehepaares keine Angaben zu dem Verhalten ihres Vaters gemacht. Sie hatten beide Eltern zuvor zu Hause gepflegt und ohnehin war der Aufenthalt in der Pflegeeinrichtung nur für die Dauer einesurlaubes der betreuenden Kinder.

Bei einem späteren Gespräch über die Auffälligkeiten bei Herrn T. zeigten sich die Kinder schockiert und beschämt. Sie wollten von solch einem Verhalten ihres Vaters nichts wissen und gaben an, er würde sich erst in der Pflegeeinrichtung so aufführen.

Das Verhalten von Herrn T. führte bei dem Pflegepersonal zu Aggressionen. Die Frauen fanden sich übergriffigem Verhalten ausgesetzt, was sie auf intimster Ebene berührte. Kaum jemand wusste sich zu helfen und vor allem das Wechseln des Inkontinenzmaterials oder Maßnahmen der Körperhygiene waren in der Durchführung beinahe unmöglich. Herr T. wurde als lüsterner, widerlicher alter Mann bezeichnet, seine Ehefrau bemitleidet.

Trotz Aufklärungsversuchen mit dem Fachpersonal über die Ursprünge von Herrn T.'s auffälligem Verhalten, fühlten sich die Mitarbeiter überfordert. Herr T. wurde an eine psychiatrische Einrichtung zur medikamentösen Behandlung überwiesen.

Am Beispiel von Herrn T. sind die Folgen einer frontotemporalen Demenz deutlich zu erkennen. Er war triebgesteuert und der Verlust von Werten und Normen machte sich durch die unpassenden Annäherungsversuche und eine vulgäre Ausdrucksweise bemerkbar. Herr T. war nicht mehr in der

Lage die Zurechtweisungen des Pflegepersonals einzuordnen. Er fühlte sich unverstanden und abgewiesen. Seine Frau konnte er vielleicht durch eine Agnosie nicht mehr erkennen, oder sie konnte auf Grund ihrer Demenz die sexuelle Beziehung zu ihrem Mann nicht mehr aufrecht erhalten. Seine Ehefrau schämte sich. Die pflegenden Kinder stellten sich gegenüber der Sexualität ihrer Eltern blind und wollten die Veränderungen ihres Vaters nicht wahrhaben.

Es hätte vielleicht viele Möglichkeiten gegeben, um Herrn T., seiner Frau, den Angehörigen und auch den Pflegenden zu helfen. Welche das sind, wird im Folgenden beschrieben.

5. Herausforderungen und „Gefahren“

Gerade weil das Thema Sexualität oft mit Ängsten besetzt ist, birgt es auch einige spezielle Herausforderungen und Gefahren. Wie im Fallbeispiel gezeigt, kann das Umfeld stark mit übergriffigem Verhalten konfrontiert werden und seinerseits mit Übergriffen reagieren. Verbale Äußerungen, die den Erkrankten beschämen und verletzen, genauso wie das physische Wegstoßen oder sich Wehren sind Gewalt in der Pflege.

Die Pflegenden sind oft so schlecht über diese Form der Verhaltensänderung informiert, dass sie sich nicht zu helfen wissen. Fragen, wie: „(Wann) Darf ich einen Schutzbefohlenen schlagen, wenn er mich in die Ecke treibt und mich bedrängt?“ werden unter der Hand gestellt.

Die klare Antwort: Nie. Für die Misshandlung von Schutzbedürftigen gibt es keine stichhaltigen Gründe. Mit entsprechender Information, Schulung und gegenseitiger Unterstützung ist ein professioneller Umgang bei übergriffigem Verhalten von Erkrankten möglich.

Natürlich ist der Eigenschutz oberste Priorität. Als Fachpersonal muss ich dafür sorgen, dass keine ausweglosen Situationen entstehen können, die mich zwingen, Gewalt einzusetzen.

Eine weitere Herausforderung stellen Missbrauchserfahrungen dar. Die Generation der heutigen Hochaltrigen erfuhr im Krieg nicht selten sexuelle Ausbeutung, doch auch in den jüngeren Generationen sind Erfahrungen von sexueller Gewalt nicht selten. Statistische Erhebungen gehen davon aus, dass bei Menschen mit Behinderung die Zahl von sexuellen Übergriffen noch höher ist. Für Fachpersonal und Pflegende im Allgemeinen ist das ein Grund, der ihnen den Umgang mit verändertem Verhalten wie im Fall des Herrn T. erschweren kann. Hat man sexuelle Gewalt erlebt, fällt es schwer, sich gegenüber zudringlichen Äußerungen und Verhaltensweisen eines Erkrankten professionell zu verhalten. Es sollten im Team Möglichkeiten gefunden werden, dass diese Person in keine unangenehme Lage mit dem Erkrankten gebracht wird und zusätzliche Unterstützung zur Bewältigung des Traumas angeboten bekommt.

Hinweisen, die auf einen Missbrauch eines an Demenz Erkrankten hindeuten, ist unbedingt nachzugehen. Meist kann der Betroffene sich selbst nicht mehr dazu äußern, zeigt aber klare Verhaltensänderungen oder unerklärliche Blutergüsse oder Läsionen im Genitalbereich. Es darf nicht vergessen werden, dass Männer und Frauen gleichermaßen Opfer von sexueller Gewalt sein können.

Das Entsexualisieren von Menschen mit Demenz ist die größte, weil verbreitetste Gefahr. Als Betreuende und Pflegende müssen wir uns bewusst machen, dass dieser wichtige Aspekt der Persönlichkeit nicht einfach verschwindet, weil jemand in die Jahre gekommen ist oder an einer Krankheit leidet. Wenn Menschen mit Demenz eine sichtbare Sexualität haben und sei diese noch so „harmlos“, stößt diese leider oft noch auf Unglauben, Entrüstung und sogar Ekel.

Da sie vielleicht in anderen Gebieten ihres Lebens auf Betreuung angewiesen sind (z.B. bei der Klärung ihrer Finanzen), wird ihnen die Fähigkeit aberkannt **Heraus** über ihren Körper selbst zu entscheiden. Nicht selten werden frisch verliebte Beziehungen in einem Seniorenheim zwangsgetreunnt, weil sie zwischen einem gesunden und einem erkrankten Bewohner entstanden ist.

6. Ergotherapeutische Verantwortung und Interventionsmöglichkeiten

Das Wohlbefinden eines Klienten, ob Bewohner oder Patient und die Unterstützung zur Teilhabe an allen Aspekten des Lebens und die Achtung seiner Bedürfnisse stehen bei der Zielfindung und Behandlung in der Ergotherapie ganz oben. Es ist notwendig, dass die Ergotherapie auch im Bereich der Sexualität bei an Demenz erkrankten Menschen diese Richtlinien zu verwirklichen versucht. Die Interventionsmöglichkeiten im ergotherapeutischen Berufsfeld sind dabei groß. Zur Hauptverantwortung gehört es, dass im Verhalten gezeigte Bedürfnis des Betroffenen wahrzunehmen und zu analysieren, wie es positiv beeinflusst werden kann.

Folgende Fragen sind dabei unbedingt zu klären:

- Entsteht störendes Verhalten, wenn ja, für wen? Kann man durch Beratung und Schulung zum Thema vielleicht das Gefühl der Störung beenden?
- Muss der Betroffene oder das Umfeld durch das Verhalten geschützt werden?
- Welche Ursachen hat das Verhalten?
- Werden Reize zur Selbstwahrnehmung gesucht?
- Welche Reizangebote können die Wahrnehmung unterstützen?
- Welche Reizangebote können das Bedürfnis nach Intimität, Nähe und Sexualität stimulieren?

- Zeigt der Betroffene nur sein völlig normales sexuelles Verhalten und ist auf Grund der Erkrankung nicht mehr in der Lage, dies in angemessener Umgebung oder mit der richtigen Person zu tun?
- Wird eine Hilfsmittelberatung benötigt?
- Brauchen die Angehörigen Beratungsangebote?
- Wie kann man die Intimsphäre des Betroffenen wahren?
- Wie kann man die Intimsphäre des Paares wahren, wenn einer oder beide Partner im Altersheim leben und sie dennoch intim werden wollen?

6.1 Interventionsmöglichkeiten mit Kollegen

Beratungs- und Aufklärungsangebote sind auf allen Ebenen eines interdisziplinären Teams notwendig, um eine angepasste und bedürfnisgerechte Problemlösung zu finden, wenn das sexuelle Verhalten eines Klienten zum Thema wird. Statt es zu tabuisieren, hinter vorgehaltener Hand in den Raucherpausen zu lachen oder sich angegriffen zu fühlen, muss Verständnis geschaffen und eine gemeinsame Lösung für alle Beteiligten gefunden werden. Hausinterne Schulungen und besondere Angebote für Kollegen mit großen Ängsten oder anderen Befindlichkeiten gegenüber diesem Thema sollten angeboten werden.

Gerade ein Ergotherapeut kann durch sein Fachwissen die veränderten Verhaltensweisen eines an Demenz erkrankten Klienten verdeutlichen und so Kollegen helfen, diese zu akzeptieren und zu respektieren.

6.2 Interventionsmöglichkeiten mit Angehörigen

Beratungs- und Aufklärungsangebote müssen sensibel angeboten und durchgeführt werden. Viele Kinder lehnen es ab, mit der Sexualität ihrer Eltern konfrontiert zu werden, was nicht besser wird, wenn diese durch dementielle Symptome verändert ist.

Auch muss ggf. Ehepartnern die Angst genommen werden, Sexualität mit ihrem erkrankten Partner auszuleben. Oft entsteht bei dem betreuenden Partner das Gefühl der Ausbeutung, auch wenn die nonverbalen Signale des Betroffenen auf das Gegenteil hinweisen. Vielleicht müssen auch Absprachen getroffen werden, wie das Paar auf diskrete und ungestörte Weise intim werden kann. Z.B. Übernachtungsbesuche des einen oder des anderen, Einzelzimmer und „Bitte nicht stören“-Schilder sind einige Möglichkeiten. Bei tieferen Gefühlen von Angst oder Scham, sind ergänzend

andere professionelle Angebote wie eine Gesprächstherapie bei einem dafür ausgebildeten Therapeuten nötig.

6.3 Interventionsmöglichkeiten bei Betroffenen

Wie bereits erwähnt, kann das gezeigte sexuelle Verhalten eine Bandbreite an Hintergründen haben, die vorher ermittelt werden müssen. Das dahinter verborgene Bedürfnis zu finden, ist jedoch oft nur durch das Versuch-und-Irrtum-Prinzip möglich, da der Betroffene durch seine Erkrankung nur in seltenen Fällen in der Lage, ist sich zu erklären.

Die Wahrnehmung zu stimulieren, durch basale Stimulation (Andreas Fröhlich) oder Techniken aus der Sensorischen Integrationstherapie (Jean Ayres) kann dem Betroffenen wieder ein Gefühl für seine Umwelt und seinen Körper vermitteln und bestenfalls das unerwünschte Verhalten (Selbststimulation in unpassenden Situationen) vermindern.

Steht ein sexueller Druck, der unbedingt befriedigt werden muss, hinter dem Verhalten, muss man versuchen, dem Betroffenen die Möglichkeit zu geben, diesen abzubauen. Privatsphäre und Diskretion für Selbststimulation müssen geschaffen werden und evtl. Arrangements (wie im Punkt zuvor beschrieben) mit dem Partner des Betroffenen getroffen werden. Auch die Dienste einer Sexualbegleiterin sollten in Betracht gezogen werden.

Das Bedürfnis nach Intimität kann durch wohltuende Massagen, warme Schaumbäder und andere sinnliche Angebote gestillt werden. Auch hierdurch kann sich unerwünschtes Verhalten vermindern. Düfte, bestimmte Textilien und Musik können ebenso unterstützend eingesetzt werden.

Im Buch „Sexualität bei Demenz“ von Elaine Withe beschreibt sie ein Problem, welches in der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz besonders pikant werden kann: Wenn der Betroffene sich immer wieder und allorts seiner Kleidung entledigt, ist das ein Problem für die Umwelt und die Integrität und Würde des Betroffenen sind bedroht. Elaine Withe schlägt hierfür die Verwendung von Seidenponchos vor. Da die Wahrnehmung durch Demenz verändert wird, kann auch eine Hypersensibilität gegenüber Reizen auf der Haut entstehen, gleichzeitig ist das Empfinden für Wärme und Kälte verändert und so zieht der Betroffene sich eben aus. Für den an Demenz Erkrankten ist dies meist ein völlig natürlicher Vorgang, er fühlt sich wohler und bemerkt das Problem nicht, welches seiner Umwelt entsteht. Ein Seidenponcho, der schnell übergeworfen werden kann, ist eine Möglichkeit, schnell wieder eine würdevolle Situation herzustellen. Ob der Poncho akzeptiert wird, muss ausprobiert werden.

6.4 Hilfsmittel

Es sollte sich nicht gescheut werden, den Betroffenen in Beratungsgesprächen Gleitmittel oder stimulierende Love-Toys, Zeitschriften oder Videos anzubieten, wenn dies ihnen hilft, ihre Sexualität besser auszuleben.

Beim Geschlechtsverkehr von Paaren kann es im höheren Alter zu physiologischen Problemen kommen. Erektile Dysfunktion kann ein Arzt behandeln. Bei Problemen mit schmerzenden Gelenken und Problemen auf dem Rücken zu liegen, können Lagerungskissen und Adaptionmöglichkeiten des Bettes helfen.

6.5 Gruppen- und Einzeltherapie

Eine Interaktion mit dem Betroffenen in der Gruppe kann Nähe und Intimität fördern, Erfolgserlebnisse schaffen und die Kommunikation anregen.

Bei gymnastischen Übungen, Tanz- und Sitztanzaktivitäten werden Möglichkeit für angenehmen Körperkontakt geschaffen, der vielleicht vorher gefehlt hat. Menschen, die an Demenz erkrankt sind und sexuell auffälliges Verhalten zeigen, dürfen deshalb nicht isoliert werden. Im Gegenteil kann eine gute Integration helfen, die hinter dem Verhalten stehenden Bedürfnisse zu erfüllen.

Einzeltherapie ist das Mittel der Wahl, um gezielter auf die Reizsuche des Betroffenen einzugehen. Werden stärkere Reize benötigt, um die Wahrnehmung zu fördern oder muss mehr Intimsphäre und Diskretion geschaffen werden, ist dies nur in der Einzeltherapie möglich. Alternativ kann auch der Partner mit einbezogen werden, vor allem wenn es um Aufklärung und Information geht, oder Adaptionmöglichkeiten und Hilfsmittel besprochen werden.

Durch Vibration, Druck und Massage können tiefen- und oberflächenstimulierende Reize gesetzt werden. Wohltuende Temperaturreize, das Einbeziehen von anregenden Düften und Lichteffekten schaffen zusätzliche Reize, die Sinnlichkeit, Intimität und Ich-Gefühl fördern.

6.6 Weitere Therapieformen

In den Punkten zuvor wurde schon die fördernde Wirkung von Musiktherapie angesprochen. Musik besitzt einen Aufforderungscharakter. Auch wenn die Sprache und Kommunikationsfähigkeit durch die Demenz schon stark betroffen sind, sind oft ganze Strophen sofort abrufbar, wenn die ersten Noten angestimmt und die Melodie vorgesummt wird. Angenehme Erinnerungen werden geweckt, das Gefühl von Geborgenheit entsteht. Zusätzlich kann Tanz, neben allen anderen therapeutischen Effekten, soziale Interaktion fördern. Berührungsmöglichkeiten und Intimität entstehen beinahe von allein.

Die tiergestützte Therapie möchte ich auch nicht unerwähnt lassen. Wenn wir Menschen lieblosen, Händchen halten oder umarmt werden, schüttet der Körper automatisch Hormone wie Endorphine (Glückshormon) und Oxytocin (sog. Kuschel-, Liebes oder Bindungshormon) aus. Das gleiche passiert, wenn wir das Schnurren einer Katze hören und über das Fell eines Tieres streicheln. Egal welches Tier - Meerschwein, Pferd, Esel, Hund und Co - sie alle haben oft einen erstaunlichen Effekt auf ihre Umgebung. Kommunikation wird angeregt, Kontakt und Interaktion entstehen. Man darf allerdings auch nie vergessen, dass es genügend Menschen gibt, die Tiere ablehnen oder allergisch sind. Auch schlecht ausgebildete „Therapie-Tiere“ oder Therapeuten können mehr Schaden als Nutzen anrichten. Auf die Bedürfnisse des Tieres muss genauso sensibel geachtet werden, wie auf die des Klienten.

Mehrgenerationenarbeit, indem zum Beispiel ein Kindergarten zu gemeinsamen Aktivitäten eingeladen wird, kann den gleichen positiven Effekt erzielen. Auch Kinder haben scheinbar magische Fähigkeiten, wenn es um Senioren im Allgemeinen und an Demenz Erkrankten im Speziellen geht. Sie wecken tief gespeicherte Erinnerungen an Fürsorge, Liebe und wunderschöne prägende Erfahrungen, die man mit den eigenen Kindern erlebt hat.

7. Fazit

Es ist für alle Beteiligten eine Herausforderung, wenn die Sexualität eines Menschen durch Demenz in den Vordergrund rückt, doch man sollte sich ihr stellen. Es ist absolut notwendig, dass ein Betroffener die gleiche Achtung, Hilfe und Integrität zugestanden bekommt, wenn er sexuell geprägtes Verhalten zeigt und nicht „nur“ das *normal* „ver-rückte“⁵ Verhalten, was die Umwelt inzwischen Menschen mit Demenz zugesteht.

Ein Ergotherapeut sollte sich als Mittler zwischen der Umwelt und dem Betroffenen sehen, seine Kollegen schulen, Verständnis und einen positiven Umgang mit dem Problem fördern, die Bedürfnisse des Menschen mit Demenz erkennen und gemeinsam mit ihm herausfinden, wie ein adäquater Umgang damit geschaffen werden kann.

Dabei kann und sollte er sich einer Vielzahl von Methoden bedienen. Meist ist es die Mischung, die die entscheidende, positive Veränderung bewirkt und nicht eine Therapieform im Speziellen.

⁵ siehe auch: „In Würde verrückt werden - Konzepte des Umgangs mit dementiell erkrankten älteren Menschen. Die Methode der Validation.“ Diplomarbeit von Katja Sulimma