

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

SEXUELLE VERHALTENSSTÖRUNGEN BEI DEMENZ

Sexualität ist – im Gegensatz zu früher – ein fast schon alltägliches Thema, zumindest in den Medien. Dies nicht zuletzt bei grenzwertigem Verhalten, wenn nicht gar kriminellen Übergriffen. Dabei finden sich auch zunehmend sexuelle Verhaltensstörungen im krankhaften Sinne; ein zwiespältiges Thema mit sehr unterschiedlicher Einschätzung, je nach Standort. Eindeutig krankhaft, und doch extrem irritierend sind sexuellen Verhaltensstörungen bei Demenz. Denn hier handelt es sich zwar um Kranke, aber zum einen aus unserer Mitte, d. h. zuvor unauffällig, vielleicht sogar beispielhaft in Leistung, Verhalten und Ansehen; und zum anderen erst im höheren Lebensalter. Hier spielen also nicht nur Irritation, Ratlosigkeit, Befremden oder Scham, vielleicht sogar Empörung oder Anklage eine Rolle, hier wird man mit einer für jedermann möglichen krankhaften Entwicklung am Ende eines Lebens konfrontiert.

Leider gibt es zu diesem Phänomen erstaunlich wenig fachliche Erklärungen, diagnostische Hinweise und therapeutische Empfehlungen. Nachfolgend deshalb eine komprimierte Literatur-Übersicht aus wissenschaftlicher Sicht zu Definition, Häufigkeit, spezifischen Merkmalen, theoretischen Überlegungen, zu Ursachen, Hintergründen und Verlauf; sowie zu den therapeutischen Möglichkeiten aus verhaltenstherapeutischer Sicht (auch für Angehörige und Pflegepersonal!) sowie pharmakotherapeutischen Empfehlungen (und ihren begrenzten Einflussmöglichkeiten).

Erwähnte Fachbegriffe:

Demenz – Alzheimer-Demenz – Sexualität – sexuelle Verhaltensstörung – sexuelle Verhaltens-Auffälligkeiten – nicht-kognitive Störungen – nicht-kognitive Verhaltens-Auffälligkeiten – sexuell herausforderndes Verhalten bei Demenz – Demenz und Sexualität – Definition sexueller Störungen bei Demenz – Hypersexualität bei Demenz – zwanghaftes Onanieren bei Demenz – sexuelles Be-

tatschen bei Demenz – sexuelle Entblößung bei Demenz – öffentliches Entkleiden bei Demenz – Sexualität und Pflegeheim – sexuelle Enthemmung und Angehörige – Libidoverlust und Demenz – hirnorganische Ursachen bei sexuellen Verhaltensstörungen – Hypersexualität und Gehirn – sexuelle Verhaltensstörung und Gehirn: Frontalhirn, temporo-limbisches System, Striatum, Hypothalamus, cholinerges System u. a. – Therapie sexueller Verhaltensstörungen bei Demenz: verhaltenstherapeutische und milieu-therapeutische Verfahren – Alltags-Empfehlungen bei sexuellen Verhaltensstörungen durch Demenz – pharmakotherapeutische Möglichkeiten bei sexuellen Verhaltensstörungen durch Demenz: anti-androgen wirksame Substanzen, Östrogene, Antidepressiva, Betablocker, Neuroleptika, Benzodiazepine, Cholinesterasehemmer u. a. – Aufklärung von Angehörigen und Pflegepersonal – u. a. m.

Sexuelle Störungen im Allgemeinen und sexuelle Verhaltensstörungen im Speziellen, das sind Begriffe, die findet man tagtäglich in den Medien. Insofern müssen sie auch ein weit verbreitetes Phänomen sein, offenbar aktueller denn je. Ob letzteres stimmt, bleibt ungeklärt. Zu einem zwiespältigen Thema, mitunter recht direkt bis ungehemmt, wird es aber sicher derzeit mehr als früher. Und dies sogar dort, wo man es nun wahrlich nicht erwarten würde, beispielsweise im höheren Lebensalter. Sogar bei älteren Männern und Frauen mit einer Demenz.

Dieser Aspekt hat nun allerdings keine voyeuristische Färbung oder gar sensationsgeleitete Tendenz. Hier dominieren eher Verwunderung, Betroffenheit oder gar Scham – und zwar seitens des Umfelds, d. h. Angehörige, Freunde, Mitpatienten, Pflegepersonen, vielleicht sogar Fremde, je nach Situation. Sexuelle Verhaltensstörungen bei alten Menschen mit Demenz – ein ungewöhnliches Phänomen, das man am liebsten verschweigt, umgeht oder wenigstens herabspielt. Und doch ist es offenbar nicht selten. Also: es darf, ja muss besprochen werden. Konkrete Aufklärung tut not, auch wenn man sich dabei schwer tun sollte.

Dies findet sich aber inzwischen auch in fast allen Informationsschriften zum Thema Demenz (meist konkret umschrieben mit der häufigsten Demenz-Form, der Alzheimer-Krankheit). Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Mit anderen Worten: Solche Hinweise gehören inzwischen nicht umsonst zu den grundlegenden Informationen einer entsprechenden Aufklärung. Sie dienen dem mitunter schwierigen Verständnis für Verhaltensweisen, die man bei diesen alten Menschen nie für möglich gehalten hätte, schon gar nicht im höheren, pflegebedürftigen Alter. Deshalb stellt sich auch die Frage: Ist dieses Phänomen wirklich bedeutsam, zahlenmäßig, inhaltlich, vor allem für das nähere Umfeld? Dazu eine wissenschaftliche Übersicht über *Sexuelle Verhaltensstörungen bei Demenz* von den Experten Dr. C. Kämpf von der Fachklinik für Alterspsychiatrie, Psychiatriezentrum Münsingen sowie Dr. C. Abderhalden, Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege & Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern/Schweiz in

der Fachzeitschrift Fortschritte Neurologie/Psychiatrie 80 (2012) 580. Im Einzelnen, wissenschaftlich gesehen:

VERHALTENSSTÖRUNGEN BEI DEMENZ

In Deutschland leben gegenwärtig mehr als eine Million Demenz-Erkrankte. Jahr für Jahr treten eine Viertelmillion Neu-Erkrankungen auf. Die Zahl nimmt kontinuierlich zu. Die Gesellschaft ist gezwungen, sich damit gezielt zu beschäftigen. Der Vorteil ist die gestiegene Lebens-Erwartung (die sich jeder wünscht). Der Nachteil sind die seelischen, psychosozialen, geistigen und körperlichen Konsequenzen, die zu ertragen sind (einige waren früher kein Thema, weil man eben auch nicht so alt werden durfte).

Die für eine entsprechende Diagnose maßgebenden Beeinträchtigungen liegen auf kognitivem Gebiet (vom lat.: cognoscere = erkennen). Einzelheiten siehe die verschiedenen Beiträge in dieser Serie zum Thema Demenz allgemein und Alzheimer-Erkrankung im speziellen. Neben diesen kognitiven Beeinträchtigungen zeigen sich aber auch bisweilen ungewöhnliche Verhaltens-Auffälligkeiten, um es schonend auszudrücken, sehr unterschiedlich nach Häufigkeit und Inhalt, nach Individuum und wohl auch Umfeld.

Diese nicht-kognitiven Störungen und Verhaltens-Auffälligkeiten bezeichnet man nach der International Psychogeriatric Association – IPA als „Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia - BPSD. Im deutschsprachigen Raum nennt man sie auch „Verhaltensstörungen, nicht-kognitive Störungen der Demenz“ oder „herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz“.

Was zählt dazu? In seelischer, psychosozialer und körperlicher Hinsicht vor allem Angst, depressive Verstimmungen, Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen), Wahnideen sowie Verhaltensweisen wie Aggression, Schreien, Ruhelosigkeit, Agitation (innere Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit, Getriebenheit), das „Wandering“ („Umhergeistern“, vor allem nachts), sexuelle Enthemmung, Apathie (Teilnahmslosigkeit, Gleichgültigkeit), Schlafstörungen u.a.m.

Solche Verhaltens-Probleme werden offenbar immer häufiger – oder man nimmt sich der damit verbundenen Problematik eher an. Dies auch die dafür zuständigen Fachbereiche, nämlich Gerontologie, Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Geropsychologie u. a. Und die haben festgestellt, dass solche Belastungen in etwa 90% aller Demenz-Erkrankungen aufzutreten pflegen. Belastungen zum einen für den Patienten, zum andern aber auch für Angehörige und Pflegekräfte. Und natürlich auch der wirtschaftliche, vor allem der finanzielle Betreuungs-Aufwand bzw. die damit verbundenen Kosten.

Interessant auch die Erkenntnis: Die erwähnten BPSD (s. o.) sind zwar kein einheitliches Konzept, sondern ein Sammelbegriff für sehr unterschiedliche Symptome, vor allem unterschiedliche Häufigkeit, unterschiedlicher Verlauf und unterschiedliche Ursachen und Hintergründe. Sie sind aber offenbar keine schicksalhafte natürliche Folge oder Begleiterscheinung einer Demenz, sondern werden auch von Umgebungsfaktoren beeinflusst. Und – sehr wichtig und eigentlich auch konstruktiv, wenn nicht gar tröstlich – sie sind nicht wie die kognitiven Defizite letztlich fortschreitend, und zwar unbeeinflussbar, sondern durchaus behandelbar. Was weiß man und was kann man nützen? Dazu die Experten C. Kämpf und C. Abderhalden in ihrer Literaturrecherche:

Methodische Probleme

Selbst oder gerade wenn man Dutzende von wissenschaftlichen Arbeiten zusammenfasst und auszuwerten versucht, wird bald deutlich: Bei diesem speziellen Thema beginnt das Problem mit der konkreten Erfassung der Symptome und hört bei der Frage nach gezielten Behandlungsmaßnahmen noch längst nicht auf. Was haben aber nun die Experten mit Unterstützung weiter Arbeitsgruppen herausgefunden?

Als Erstes erweist sich schon die Grundlage wissenschaftlichen Arbeitens, nämlich die *Definition der sexuellen Störungen* international gesehen als uneinheitlich und schwierig. Dies nicht zuletzt wegen der Vielschichtigkeit der Symptome, von den jeweiligen Interpretations-Schwerpunkten ganz zu schweigen, was dieses besondere zwischenmenschliche Verhalten anbelangt. Das wird auch deutlich, wenn man die beiden „Bibeln“ der medizinischen Klassifikation heranzieht, nämlich die Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA).

Immerhin finden sich dabei doch bestimmte definitorische Grundmuster. Beispiele: „Unter Hypersexualität bei Demenz wird sowohl gesteigertes sexuelles Interesse wie auch unangebrachtes sexuelles Verhalten zusammengefasst. Das auffällige Verhalten wird erst nach dem Auftreten kognitiver Defizite manifest und hat in der Regel nichts mit vorbestehenden sexuellen Neigungen zu tun.“

Und als konkrete Beispiele: zwanghaftes Onanieren, sowohl privat wie auch in der Öffentlichkeit; anzügliche Bemerkungen; Betatschen der Brüste oder anderer intimer Körperregionen von Pflegenden, Angehörigen oder MitpatientInnen; unsittliche Offerten (Angebote); sich in der Öffentlichkeit entblößen bis hin zu sexuellen Handlungen mit Personen entgegen deren Willen u. a.

Dabei auch eine halbwegs einheitliche Erkenntnis: Typischerweise zielt das unangebrachte Verhalten nicht auf eine einzelne Person.

Dagegen verschieden bewertet wird beispielsweise: Nicht als sexuelle Verhaltensstörung definiert ist beispielsweise das öffentliche Entkleiden, wenn dies mit örtlicher Desorientierung in Verbindung gebracht wird (d. h. der Patient glaubt allein, privat, unbeobachtet zu sein und sich deshalb umziehen, umkleiden u. a. zu können). Auch wird mitunter das Verhalten nur dann als unangemessen eingestuft, wenn es „störend für andere“ ist. Wieder andere Untersuchungen unterteilen sexuell gefärbtes Verhalten als angemessen, unangemessen oder mehrdeutig. Kurz: Diese Art von Sexualität bringt die Wissenschaft offenbar in definitorische Bedrängnis, zumindest kontroverse Diskussion.

Außerdem müssen die Experten C. Kämpf und C. Abderhalden feststellen: „Der Großteil der ermittelten Texte waren Einzelfallbeschreibungen oder Untersuchungen an lediglich kleinen Stichproben. Unter den sexuellen Verhaltensstörungen bei Demenz werden sowohl gesteigertes sexuelles Interesse wie auch unangebrachtes sexuelles Verhalten zusammengefasst, das typischerweise nicht nur auf eine einzige Person gerichtet ist.“

Und weiter: Die in Heimen oft fehlende Intimsphäre macht die Abgrenzung zu pathologischen (d. h. krankhaften) Formen zusätzlich schwierig. Allseits akzeptierte Erfassungs-Methoden fehlen offenbar, weshalb dann auch die Prävalenzraten (d. h. die Häufigkeit) in den unterschiedenen Untersuchungen erheblich streuen.

Häufigkeit

Zum einen sagen die bisher erfassten Studien bei dementen Patienten: Verhaltensstörungen generell sind nicht selten, sexuelle offenbar ebenfalls nicht. Dies betrifft vor allem die „Hypersexualität“, wie dieses Phänomen zumeist genannt wird, ein das Umfeld durchaus nachhaltig belastendes Phänomen. Und dies nicht wegen der realen Belästigung oder gar Gefährdung, sondern wegen einer solchen für Angehörige und Pflegende meist scham-, wenn nicht gar schuld-besetzten Erfahrung.

So lassen sich dann auch die Grenzen zwischen normaler Sexualität (z. B. gegenüber dem betagten Partner) und sexueller Enthemmung häufig nicht exakt ziehen, was dann in den entsprechenden Untersuchungen auch zu unscharfen Erkenntnissen bzw. unbefriedigend abgesicherten Statistiken führt.

Kurz: Es wundert nicht, dass deshalb die Häufigkeit sexueller Enthemmungen bei Demenz in den verschiedenen Untersuchungen um den Faktor Zehn variiert: von 1,8% bis zu 18%.

Das ist aber noch nicht der obere Grenzwert. Noch höhere Prävalenzen werden für hochselektierte Populationen berichtet. Beispiel: 53% bei Patienten mit vaskulären Demenzen auf dafür spezialisierten Demenz-Stationen.

Spezifische Merkmale

Zu besonderen Überlegungen oder Erkenntnissen kommen manche Studien mit folgenden Beispielen: Der Libido-Verlust, die mit Abstand häufigste sexuelle Störung bei Demenz und damit das Gegenteil der beschriebenen Verhaltensstörungen, wird bezeichnenderweise nur in einer der erfassten Studien dazu gezählt: Oder: Die meisten Autoren beschreiben ein häufigeres Auftreten bei männlichen Demenzkranken. Einige Untersuchergruppen fanden eine Tendenz für häufigeres Auftreten bei nicht Alzheimer-bedingten Demenzformen, jedoch keine Differenzen bezüglich Alter, Alter bei Krankheitsbeginn, Bildungs-Niveau u. a. In einigen findet sich auch der Hinweis, dass sexuelle Verhaltensstörungen zu Hause häufiger vorkommen als in stationären Einrichtungen.

Theoretische Überlegungen zu Ursachen, Hintergründen und Verlauf

Die Gründe für eine sexuelle Enthemmung werden – erwartungsgemäß – ebenfalls auf verschiedenen Ebenen angesiedelt. Dass psychosoziale Aspekte eine Rolle spielen, ist nachvollziehbar. Die Wissenschaftler interessieren sich aber auch für hirnorganische bzw. -funktionelle Ursachen, oder kurz: Wo könnte die Hypersexualität am ehesten im Gehirn lokalisiert sein? Dafür gibt es ebenfalls verschiedene Hypothesen. Beispiele:

- *Frontalhirn*: Dass eine Störung im Stirnhirn enthemmend wirken kann, ist seit langem bekannt. Hier konzentriert sich auch das wissenschaftliche Interesse bei Sexualstraftätern.
- *Temporo-limbisches System*: Auch hier gibt es Beispiele für bestimmte Krankheitsbilder mit sexuellen Verhaltensstörungen und entsprechender hirnlokaler Störung. Beispiel: Das Kluver-Bucy-Syndrom mit den Symptomen Hypersexualität, exzessives Essen und Stimmungswechsel. Es kann sowohl bei einer Schädigung beider Schläfenlappen als auch als Folge einer Gehirnentzündung sowie bei Demenz beobachtet werden.
- *Striatum*: Auch hier finden sich Beispiele für Hypersexualität und Schädigung dieser Gehirnregion wie Chorea Huntington, Morbus Wilson sowie das Tourette-Syndrom.
- *Varia*: Weitere Hinweise, meist in Einzelfällen, betreffen die Gehirnregion des Hypothalamus sowie das cholinerge System.

Neben den organischen bzw. medikamentösen Auslösern können aber auch psychosoziale Aspekte eine Rolle spielen. Beispiele:

- So kann durch sexuelle (Hyper-)Aktivität im Rahmen einer dementiellen Entwicklung das untergrabene Selbstwertgefühl verbessert werden.
- Oder die Erklärung: Hypersexualität als Ausdruck fehlender Nähe und Zuwendung.
- Schließlich können auch Langeweile und Unterstimulation zu gehäuftem Onanieren führen.
- Eine weitere, durchaus mögliche Ursache ist das falsche Interpretieren von Pflegehandlungen im Intimbereich.
- Und nicht zuletzt wird in mehreren Untersuchungen explizit darauf hingewiesen, dass es die sehr begrenzten Möglichkeiten einer Heim-Umgebung sind, eine (vielleicht noch durchaus normale) Sexualität auch normal auszuleben. Hier gibt es inzwischen auch bestimmte Konzepte, die diesen Umstand berücksichtigen. Dabei ist allerdings noch nicht untersucht bzw. belegt, ob dadurch die Rate krankhafter Ausdrucksformen von Sexualität wirklich gesenkt werden kann.

Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen

Es ist ein gängiges Meinungsbild und fast schon nachvollziehbar, wenn auch nicht zutreffend, dass sexuell enthemmtes Verhalten bei Demenz oft als Charakterschwäche und nicht als Symptom eingestuft wird. Das betrifft weniger die Partnerschaft, mehr den Pflegebereich, insbesondere im Heim. Und es erschwert natürlich eine gezielte Therapie. Dabei lässt sich nach den bisherigen Erkenntnissen zwischen dem jetzt sexuell auffälligen Verhalten und der Vorgeschichte bzw. Wesensart des Patienten kein Zusammenhang finden, jedenfalls beim überwiegenden Teil der Erkrankten. So die Meinung einiger Experten. Deshalb ist ein geschulter und damit professioneller Umgang mit den notwendigen Informationen für Angehörige und Pflegekräfte entscheidend, um zur Entspannung einer sonst immer wiederkehrenden peinlichen Situation beizutragen.

Leider halten sich die therapeutischen Empfehlungen in Grenzen. Was jedoch immer wieder betont wird, ist der Hinweis: Bei sexuellen Verhaltensstörungen bei Demenz sollen grundsätzlich zuerst nicht-pharmakologische Maßnahmen eingesetzt werden. Das ist leider leichter gesagt als getan, werden die betroffenen Angehörigen und zuständigen Pflegepersonen einwenden. Besonders dann, wenn spezielle, zumeist ausbildungs-intensive Therapieformen empfohlen werden, vor allem verhaltens- und milieu-therapeutische Ansätze.

Das sollte man allerdings nicht zu hoch hängen, denn es gibt schon eine Reihe nachvollziehbarer alltags-relevanter Strategien, die zur Entspannung beitragen können. Dazu gehören nach C. Kämpf und C. Abderhalden beispielsweise:

Vermeiden von Situationen, die das problematische Verhalten provozieren können; bei heterosexueller Orientierung eventuell Pflege durch gleichgeschlechtliche Personen; entschlossenes Auftreten; konsequentes Rückmelden an den Patienten; Ablenken, z. B. durch Beschäftigung; Aufklärung der oft verunsicherten Angehörigen; Absprachen bezüglich des gemeinsamen Vorgehens unter den Betreuern; Pflege im Intimbereich sorgfältig kommunizieren (sprich deutlich distanziert erklären); auch sexuell auffälligen Patienten nicht die Zuwendung entziehen, was das Problem noch verschärfen könnte; Kleider bevorzugen, die schwierig auszuziehen sind (d. h. öffentliches Entkleiden oder Onanieren verhindern helfen); ggf. ein Milieuwechsel, z. B. die Verlegung auf eine andere Station; und sogar entsprechende Hintergrundmusik. Also eine Vielzahl von konkreten Maßnahmen auf verschiedenen Handlungs-Ebenen, die das Problemverhalten durchaus wirkungsvoll reduzieren können.

Keine entsprechenden Berichte fanden die Autoren in ihrer umfangreichen wissenschaftlichen Recherche zu Themen, die zumindest theoretisch andiskutiert werden könnten, auch wenn sich dabei nicht wenige Widerstände von verschiedenen Seiten auftun. Beispiele: Ausleben-lassen von Sexualität, z. B. Besuch von Prostituierten, Sexhefte, Pornofilme u. a. Dafür erwähnen manche Experten die Überlegung, neu entstehende Paar-Beziehungen unter Heimbewohnern zu erörtern, was sich aber als besondere Problematik für Betreuende und Angehörige erweisen kann.

Kurz: Es gibt eine Reihe von im Einzelfall durchaus bewährten, aber auch diskutablen und schließlich ambivalent eingestuftten Empfehlungen, was verhaltens- und milieu-therapeutische Maßnahmen anbelangt. Inwieweit sie für Angehörige und Pflegekräfte zumutbar, letztlich realisierbar sind, muss sich im Einzelfall erweisen. Deshalb bleibt die zweite Frage:

Gibt es pharmakotherapeutische Möglichkeiten?

Der Einfluss von Arzneimitteln auf die Sexualität, gewünscht als Medikation, unerwünscht als Nebenwirkung oder Wechselwirkung mit anderen Medikamenten, ist ein Thema von wachsender Bedeutung. Wie aber steht es mit Substanzen, die zur Behandlung sexueller Verhaltensstörungen bei Demenz eingesetzt werden? Dr. C. Kämpf und Dr. C. Abderhalden haben auch dazu entsprechende Publikationen überprüft und kommen auf eine erstaunliche Anzahl, mit denen die Experten versuchten therapeutisch Einfluss zu nehmen. Dabei lassen sich zwei Hauptgruppen unterteilen:

1. So genannte *antiandrogen wirksame Substanzen mit einer entsprechend bremsenden Wirkung auf die Produktion männlicher Geschlechtshormone*. Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur. Hier lediglich zwei Beispiele: Medroxyprogesteronacetat (MPA) und Cryproteronacetat (CPA), zum Teil of-

fenbar wirksam, wenn auch mit entsprechenden Nebenwirkungen belastet. Auch *Östrogene*, also *weibliche Geschlechtshormone* führen zu einer verminderten Testosteron-Produktion bei Männern und entsprechend zu einem Rückgang des Sexualtriebs, allerdings nicht immer im erwünschten Umfang. Auch hier gilt es gegebenenfalls eine Reihe ernster Nebenwirkungen zu tolerieren. Meist sind es aber so genannte Fallberichte mit positiven Effekten auf sexuell enthemmtes Verhalten, was auch bei einer Reihe anderer Substanzen möglich sein soll. Beispiele: LHRH-Antagonisten, Cimetidin, Ketokonazol, Spirinolacton u. a.

2. Zum anderen werden aber auch bestimmte *Substanzen ohne gonadotrope Wirkung* auf die Keimdrüsen untersucht und empfohlen. Beispielsweise die Gruppe der Antidepressiva vom Typ der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) mit ihrer nicht selten libido-reduzierenden Wirkung, jetzt als erwünschten Begleiteffekt. Auch Betablocker, Gabapentin, Cholinesterasehemmer, Neuroleptika (antipsychotisch wirkende Psychopharmaka) und Benzodiazepine (Beruhigungsmittel) gehören zu jenen Medikamenten, bei denen sowohl Erfolge als auch Misserfolge gemeldet werden.

Doch die Experten müssen auch eingestehen: „Die Datenlage bezüglich Medikamenten-Einsatz ist generell relativ bescheiden; vergleichende Untersuchungen fehlen weitgehend. Es fanden sich bei der Durchsicht der verfügbaren Artikel auch keine geeigneten Test-Verfahren, die eine Quantifizierung allfälliger Therapieerfolge ermöglichen würden.“

Außerdem darf man von einer alten Erkenntnis ausgehen, die die Experten schon längst in ihr End-Urteil einbeziehen, nämlich die so genannte Publikations-Bias. Das ist nichts anderes als die allbekannte Strategie, dass im Allgemeinen nur jene Untersuchungs-Ergebnisse publiziert werden, die zumindest einen Teil-Erfolg andeuten. Bei Misserfolg ist die Wissenschaft hier bekanntermaßen sehr viel zurückhaltender, kurz: lieber keine Veröffentlichung.

Schlussfolgerung

Sexuelle Verhaltensstörungen bei Demenz sind ein unangenehmes Thema, das lieber verschwiegen, schamhaft übergangen oder einfach verdrängt wird. Dabei ist es bei Demenz-Kranken und Betagten offenbar nicht so selten, zumindest gelegentlich und in Andeutungen. Die Frage, wie man das wertet, hängt von verschiedenen Faktoren ab, nicht zuletzt dem jeweiligen Umfeld und seiner Toleranz, Einstellung und wohl auch Belastbarkeit. Und natürlich von der Frage: Zu Hause (und hier womöglich mit dem betagten Partner) oder im Heim (und dann vor allem dem Pflegepersonal gegenüber).

Wissenschaftlich untersucht ist dieses Phänomen zwar nicht selten, doch erschweren das Fehlen klarer Definitionen, allseits akzeptierte Einteilungen nach

Ursachen, Hintergründen und Verlauf sowie vor allem verlässliche diagnostische Instrumente die Untersuchung; und damit eine klare Schlussfolgerung.

Zwar werden bestimmte Funktionsstörungen in verschiedenen Hirnbereichen diskutiert, doch gibt es auch hier recht unterschiedliche Interpretations-Ansätze – und vor allem noch wenig gesichertes Wissen. Dass Männer häufiger betroffen sind als Frauen, erstaunt kaum. Vielleicht eher, dass bestimmte Demenz-Formen öfter zu entsprechenden Verhaltensstörungen führen als andere.

Und was die Therapie-Strategien anbelangt, so gibt es eine Reihe von verhaltens- und milieu-therapeutischen Maßnahmen, die sicher zur Milderung der Symptome und damit Entspannung der Pflege-Situation beitragen, wenngleich nicht immer ausreichend und damit befriedigend. Ähnliches gilt für die Medikamente, die von der Zahl der pharmakologischen Angebote gar nicht so gering einzuschätzen sind, beim erwünschten Behandlungs-Effekt dann allerdings zur Bescheidenheit (Erfolg) bzw. Zurückhaltung (Nebenwirkungen) zwingen.

Zusammenfassend also ein ambivalentes Ergebnis, was den heutigen Kenntnis-Stand zu Diagnose und Therapie anbelangt. Und dies in einem Bereich, der in unserer Zeit und Gesellschaft einen nicht unerheblichen Stellenwert hat. Aber wie eingangs erwähnt: Wir werden älter. Das ist erfreulich, hat aber seinen Preis – offenbar auch sexuell.

LITERATUR

Wichtiges Thema, wenn auch meist verschwiegen, das in dankenswerter Weise durch eine umfangreiche Literatur-Recherche auf deutscher und vor allem englischer Sprach-Basis zu interessanten Erkenntnissen geführt hat, nachzulesen in C. Kämpf, C. Abderhalden: *Sexuelle Verhaltensstörungen bei Demenz*. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 80 (2012) 580