

## **„Beziehungen zu demenzkranken Ehe- und Lebenspartnern. Wie verändern sich die Beziehungen, wenn ein Partner an einer Demenz erkrankt?“**

Demenz ist eine der Hauptursachen für Pflegebedürftigkeit im Alter, etwa 50-80% der alten Pflegebedürftigen sind an einer Demenz erkrankt (Bickel, 1999).

Die Demenz verändert durch eine Vielzahl von krankheitsbedingten Einschränkungen und Störungen den erkrankten Menschen und hat gleichfalls Auswirkungen auf das begleitende Umfeld, insbesondere aber auf die Ehebeziehung der betroffenen Paare.

### **Die Auswirkungen der Demenz auf Ehe und Partnerschaft**

Etwa 1/3 der Pflegepersonen sind Ehe- oder Lebenspartner. Neben der Konstellation „Frau pflegt eigene Mutter“ ist die Variante „Frau pflegt Ehemann“ das zweithäufigste Muster. Etwa ein Drittel der weiblichen Pflegepersonen sind Ehefrauen und überraschenderweise etwa zwei Drittel der männlichen Pflegepersonen Ehemänner. (vgl. BMFSFJ 2002, 4. Altenbericht)

Hierbei verändert sich die Qualität der Ehebeziehung und wandelt sich allmählich in eine Pflegebeziehung. Gefestigte Rollen und Funktionen geraten ins Wanken, die Vertrautheit der Intimität schwindet. Das Paar kann nicht mehr gemeinsame Interessen verfolgen, es entsteht ein Ungleichgewicht. Im sexuellen Bereich kommt es entweder zum Nachlassen oder seltener zur Steigerung des sexuellen Interesses des Erkrankten. Auch Gesten der Zuneigung und Zärtlichkeit nehmen mit der Zeit ab (vgl. Wright 1998). Probleme liegen vor allem darin, dass der erkrankte Partner immer weniger in der Lage ist, den sexuellen und auch den Zärtlichkeitsbedürfnissen des Anderen Beachtung zu schenken. Schwierig für den pflegenden Partner/In ist die zunehmende Mutter- bzw. Vater-Kind-Beziehung (vgl. Duffy, 1995). Die pflegenden Partner sind auf einer existenziellen Ebene konfrontiert mit den Themen Pflicht, Verlust, Trauer, Tod, Einsamkeit, Ängstlichkeit, Schuld, Wut, Liebe. Charakteristisch für Ehegatten ist, dass ihre Gefühle paar-bezogen und weniger ich-bezogen sind, als vergleichsweise bei pflegenden Kindern (vgl. Meuser und Marwitt, 2001).

Viele EhepartnerInnen übernehmen fraglos und selbstverständlich die Pflege. Die Hintergründe für die hohe Motivation zur Pflege sind Liebe, Normen, z.B. Gefühle der Verpflichtung und nicht zuletzt die Ethik des ehelichen Versprechens, ausgesprochen während der Trauungszeremonie („in guten wie in schlechten Zeiten“).

### **Im Umgang mit dem Pflegealltag**

- integrieren manche EhepartnerInnen die Pflegerolle in ihre Ehebeziehung,
- andere trauern der von ihnen als verloren erlebten Ehe nach,
- andere betonen den Pflegecharakter der neuen Beziehung und fokussieren die Belastungen,
- wieder andere fokussieren dabei die persönlichen Gewinne, die ihnen die Pflege bringt.

Charakteristisch für pflegende EhepartnerInnen scheint zu sein, dass sie besonderen Wert darauf legen und auch stolz darauf sind, die Bedürfnisse des Partners gut zu kennen und ihnen gerecht zu werden, und dass ihnen der Schutz der Persönlichkeit und der Würde des Partners besonders am Herzen liegt.

Bei der Frage nach Unterstützungssystemen kann die Kenntnis und Förderung der Schutzstrategien von erkrankten PartnerInnen helfen:

## Schutzstrategien von Menschen mit Demenz

Insbesondere in den ersten Phasen einer dementiellen Erkrankung erleben Betroffene bewusst, dass ihre geistigen Fähigkeiten nachlassen und sie die Kontrolle über ihr eigenes Leben verlieren. Als Reaktion hierauf entwickeln sie unterschiedlichste Strategien und Tricks, um mit der eigenen Veränderung umzugehen. Es kann sich Niemandem anvertraut werden, denn die Anderen dürfen ja nichts merken. Der Betroffene kann sich selbst nicht erklären, was mit ihm geschieht. Diese Strategien dienen dem Schutz ihrer Würde und der Aufrechterhaltung der Persönlichkeit.

- **Leugnen**  
(„das kann gar nicht sein, ich habe doch immer gesund gelebt, ich habe doch immer Kreuzwort-Rätsel gemacht...“)
- **Relativieren**  
(„Ich war immer schon ein bisschen schusselig.“)
- **Humorisieren**  
(„Ach, Schatz, das weiß ich doch nicht, sag du doch.“)
- **Somatisieren**  
(„Ich hab da was im Kopf.“)
- **Fremdbeschuldigen**  
(„Du hast wieder alles weggelegt, hier findet kein Mensch was!“ Oder „Alles wird hier geklaut, alles könnt Ihr brauchen.“)
- **Notieren**  
(Merkzettel schreiben, z.B. welche Kleidung in welcher Reihenfolge anzuziehen ist, was es täglich einzukaufen gilt, z. B. gute Butter, Milch etc.)
- **Konfabulieren**  
(Fragen werden mit allgemeinen Sätzen oder Satzfragmenten aus völlig anderen Zusammenhängen – die noch bruchstückhaft zur Verfügung stehen – beantwortet. Inhalte „passen“ meist nicht, der Sprachfluss bleibt jedoch lange erhalten.)
- **Ritualisieren**  
(Schaffen von festgelegten Routen inner- und außerhalb der Wohnung, Beharren auf feste Abläufe)
- **Isolieren**  
(Rückzug aus sozialen Bindungen und Verpflichtungen, häufig betrifft dies auch den pflegenden Angehörigen)
- **Biographieren**  
(Rückzug in die Innenwelt, in die inneren, sicherheitsgebenden Wirklichkeitswelten und die eigenen Erinnerungen)

Diese Schutzstrategien sind begleitet von einem **wahren Gefühlskarussell mit steilen Kurven**, z. B. Peinlichkeit, Wut, Misstrauen, Ohnmacht, Verzweiflung, Ungeduld, Angst usw.

Es gilt, die Strategien und Gefühle der Erkrankten wahr- und ernst zu nehmen. Sie sind der gelebte Ausdruck der inneren Befindlichkeit der uns nahe stehenden Personen und deren grundlegendem Bedürfnis die eigene Persönlichkeit zu bewahren. Es gilt jeden Versuch, Kontinuität zu erhalten und verbleibende Kompetenzen zu schützen, zu akzeptieren und vor Erfahrungen des Versagens zu bewahren.

## **Kenntnis der individuellen Paargeschichte**

Gerade wenn Erkrankte in innere Welten abtauchen, können PartnerInnen ihre sehr individuelle und lebensbegleitende Kenntnis der Biografie des Erkrankten nutzen. Wichtig ist dabei in den Erzählungen sich selbst nicht mit „Ich“ zu bezeichnen. Denn ab einem bestimmten Stadium werden PartnerInnen als Person nicht mehr erkannt, die gemeinsame Geschichte kann allerdings – zumindest bruchstückhaft – nachgeföhlt werden.

Beispiel: Eine erkrankte Dame saß neben ihrem Mann auf der Couch und sagte immerzu: „Ich will zu meinem schönen Willi.“ Auf die Antwort der Pflegekraft: „Aber ihr Willi sitzt doch neben Ihnen“, erwiderte sie empört: „Was, der alte Bock!“ Willi, ihr Partner erzählte fortan gemeinsame Erlebnisse, ihre Lebensgeschichten, wie folgt: „Und da warst du mit dem schönen Willi in Berchtesgaden. Da bist du wie eine junge Gams den Berg hinaufgehüpft und der Willi kam nicht hinterher. ....“

Willi, ihr Ehemann, sprach von sich nicht in der Ich-Form, um seine Frau nicht zu irritieren: Denn der alte Mann neben ihr auf der Couch ist zwar der schöne Willi, deckt sich aber nicht mit dem inneren Bild des jungen schönen Willi seiner Frau. Die sich selbst in dem Moment für so jung hält, wie die junge Gams aus der Erzählung ihres Mannes.

Nicole Richard,  
Psycho-Gerontologin, Kassel  
[www.integrative-validation.de](http://www.integrative-validation.de)

### Literatur:

- (1) Bickel, Horst (1999a) Epidemiologie der Demenzen. In: Förstl, H.; Bickel, H. & Kurz, A. (Hrsg.) Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie. Berlin, Heidelberg: New York, Springer, 9-32
- (2) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002) Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin
- (3) Duffy, Linda M. (1995) Sexual behavior and marital intimacy in Alzheimer's couplet: A family theory perspective. In: Sexuality and Disability, Vol. 13, No. 3, 239-254
- (4) Meuser, Thomas M. & Marwit, Samuel J. (2001) A comprehensive, stagesensitive model of grief in dementia caregiving. In: The Gerontologist, Vol. 41, No. 5, 658-670
- (5) Richard, Nicole (2003): Modul V a und V b: Zugänge zu Demenzkranken: Integrative Validation, in: Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (Hrsg.), Mit-Geföhlt. Curriculum zur Begleitung Demenzkranker in ihrer letzten Lebensphase, Wuppertal, 2003, S. 44-45
- (6) Wright, Lore K. (1998) Affection and sexuality in the presence of Alzheimer's Disease: A longitudinal study. In: Sexuality and Disability, Vol. 16, No. 3, 167-179