

Bakkalaureatsarbeit

von

Sabrina Abel

0733039

Wechseljahre – Sexualität im Alter

Medizinische Universität Graz
Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Im Rahmen der Lehrveranstaltung:

Gesundheitspsychologie und geschlechtsspezifisches Gesundheitshandeln

Begutachterin:

Mag.a Sabine Seiberl
Hammerweg 16 / 5
3100 St. Pölten

Abgabedatum:

März 2010

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bakkalaureatsarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommene Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 08. März. 2010

Unterschrift:

Lebrina Abel

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
2 Die Wechseljahre.....	2
2.1 Was geschieht in der Menopause?	2
2.2 Zeitplan der Menopause.....	2
2.3 Phasen der Menopause	2
2.3.1 Prämenopause.....	2
2.3.2 Perimenopause.....	2
2.3.3 Postmenopause.....	3
3 Sicht der Entwicklungspsychologie.....	3
4 Epidemiologie.....	4
4.1 Demographie.....	4
4.2 Symptomverteilung.....	4
5 Einflussfaktoren auf die Symptombildung.....	4
5.1 Persönlichkeit.....	5
5.2 Geschlechtsrollenorientierung / Erwerbstätigkeit.....	5
5.3 Bildungsniveau / Schichtzugehörigkeit.....	5
5.4 Gesundheitsverhalten.....	5
5.5 Einstellung zur Menopause.....	5
5.6 Kulturkreis (kulturelle Unterschiede).....	5
6 Vielfalt der Symptome	6
6.1 Hitzewellen.....	6
6.2 Nachtschweiß.....	6
6.3 Vaginal- und Harnwegssymptome.....	7
6.4 Muskel- und Gelenksbeschwerden.....	8
6.5 Prämenstruelles Syndrom.....	8
6.6 Gesicht- und Hautsymptome.....	8
6.7 Sexuelle Symptome.....	9
6.8 Schlaflosigkeit.....	9
6.9 Magen- und Darmsymptome.....	9
6.10 Brustsymptome.....	10
6.11 Gewichtszunahme.....	10
6.12 Herzbeschwerden.....	11
6.13 Emotionale Symptome.....	11
7 Strategien gegen Wechseljahrsbeschwerden.....	12
7.1 Positives Denken.....	12
7.2 Geistige Beweglichkeit.....	12

7.3 Gesunde Ernährung.....	12
7.4 Sportliche Aktivitäten.....	13
8 Erkrankungen in der Menopause.....	14
8.1 Osteoporose.....	14
8.1.1 Primäre Osteoporose.....	14
8.1.2 Sekundäre Osteoporose.....	14
8.2 Herz- und Schlaganfälle.....	15
8.3 Urogenitalprobleme.....	15
9 Hormonersatztherapie (HET).....	16
9.1 Was sind Hormonpräparate?.....	16
9.2 Vorteile der HET.....	16
9.3 Nebenwirkungen und Risiken.....	17
9.4 Wie wird die Hormonersatztherapie verabreicht?.....	17
10 Liebe und Sexualität über 60	19
11 Der normale Alterungsprozess und die Sexualität.....	22
11.1 Veränderung der Sexualorgane im Alter.....	22
11.1.1 Klitoris	22
11.1.2 Schamlippen.....	23
11.1.3 Vagina.....	23
11.2 Auswirkungen auf den sexuellen Reaktionszyklus.....	23
11.2.1 Erregungsphase.....	23
11.2.2 Plateauphase.....	24
11.2.3 Orgasmusphase.....	24
11.2.4 Rückbildungsphase.....	24
11.3 Funktionelle sexuelle Störungen.....	24
11.4 Die sexuelle Reaktionsfähigkeit der älteren Frau.....	25
11.5 Das männliche Hormon, das Libidohormon für Mann und Frau.....	26
12 Emotionale Probleme mit der Sexualität.....	26
12.1 Persönliche Ängste.....	27
12.2 Die „Greisen-Falle“.....	27
12.3 Scham und Schuldgefühle.....	28
13 Probleme in der Partnerschaft.....	29
13.1 Phasen der Erregung nach Masters und Johnson.....	30
14 Veränderte Rollen.....	30
15 Besondere Lebenssituationen.....	31
15.1 Scheidung.....	31
15.2 Jüngere Frauen mit älteren Ehemännern.....	31
15.3 Pensionierung.....	32
15.4 Chronische Krankheiten und Behinderungen.....	32
15.5 Leben im Heim.....	32
15.6 Tod des Partners / der Partnerin.....	33

<u>16 Krankheiten und Sexualität.....</u>	<u>34</u>
<u>16.1 Medikamente.....</u>	<u>34</u>
<u>16.2 Diabetes.....</u>	<u>34</u>
<u>16.3 Herz-Kreislauf-erkrankungen.....</u>	<u>35</u>
<u>16.4 Brustoperationen.....</u>	<u>35</u>
<u>16.5 Operationen an der Gebärmutter / Eierstöcken oder Prostata.....</u>	<u>35</u>
<u>16.6 Arthritis.....</u>	<u>35</u>
<u>16.7 Demenz und Sexualität.....</u>	<u>36</u>
<u>Schlussfolgerung.....</u>	<u>37</u>
<u>Literaturverzeichnis.....</u>	<u>38</u>
<u>Abbildungsverzeichnis.....</u>	<u>40</u>

1 Einleitung

In unserer Gesellschaft wird häufig das Alter des Menschen diskutiert, dabei stellt sich immer wieder die Frage, wann eine Frau als alt bezeichnet wird? Es kommt immer darauf an, welche körperlichen und sozialen Beeinträchtigungen eingetroffen sind, die auf das nahende Lebensende hindeuten. Der Eintritt in die Menopause ist für viele Frauen eine schwere Zeit, da nach dem Ende der Menopause die reproduktive Phase endgültig vorbei ist. Viele glauben dadurch ihre „Weiblichkeit“ zu verlieren und nicht mehr attraktiv genug zu sein. Die sexuelle Reaktionsfähigkeit und auch die Sexualorgane durchleben einige Veränderungen, was aber nicht heißen soll, dass man nicht mehr sexuell aktiv sein kann. Ein erfülltes Sexualleben ist auch in der 2. Lebenshälfte möglich und wirkt sich sogar positiv auf die Gesundheit aus. Der Rücktritt aus dem Berufsleben, die Pensionierung, welche sicher eine der schwierigsten Veränderungen im Leben darstellt, sollte nicht negativ, sondern als neue Freiheit und Zeit, die man zu zweit verbringen kann, gesehen werden.

Ich möchte in meiner Arbeit darauf hinweisen, dass die Menopause nicht als Verlust der Weiblichkeit gesehen werden darf, sondern der Beginn eines neuen Lebensabschnitts ist. Trotz der Vielfalt der Symptome in den Wechseljahren, gibt es Möglichkeiten diese in den Griff zu bekommen, um ein beschwerdefreies Leben zu führen. Weiters möchte ich darauf hinweisen, dass Sexualität im Alter kein Tabuthema ist, sondern wichtiger Bestandteil einer Beziehung zwischen zwei Menschen.

Ich habe folgende Fragestellungen bearbeitet:

Was passiert mit unserem Körper, wenn man älter wird, und wie wirkt sich das auf unser Sexualleben aus?

Welche psychischen und körperlichen Veränderungen durchlebt die Frau in den Wechseljahren?

2 Die Wechseljahre

2.1 Was geschieht in der Menopause?

Durch die Abnahme der Eisprünge verändert sich auch der Östrogen- und Progesteronspiegel. Die Werte schwanken zwischen normal und niedrig, bis sie dann schlussendlich sinken und niedrig bleiben. Diese Schwankungen führen zum Ende der Periode, welche durch den plötzlichen Östrogenentzug den ganzen Körper beeinflusst. Diese Schwankungen sind von Frau zu Frau unterschiedlich, manche erleben nur wenige oder keine Symptome, andere wiederum haben starke Beschwerden. (Vgl. Stoppard 2002: 273)

2.2 Zeitplan der Menopause

Für viele Frauen stellt die Menopause einen drastischen Wendepunkt im Leben dar. Genau genommen bedeutet das Wort „Menopause“ das Ende der Menstruation. Die Veränderung der Symptome wird genauer gesagt als „Klimakterium“ bezeichnet, wobei sich diese Zeitspanne 15-20 Jahre erstrecken kann. Die Funktion der Ovarien lässt in dieser Zeit nach, die Hormonproduktion sinkt und der Körper passt sich diesen Veränderungen an. Man kann sich vorstellen, dass die Menopause, das Gegenstück zur Menarche (erstes Einsetzen der Menstruation / erste Regelblutung) ist. Deshalb vergleicht man das Klimakterium mit den Jahren der Pubertät, wenn die Funktion der Ovarien beginnt und reift. (Vgl. Stoppard 2002: 274)

2.3 Phasen der Menopause

2.3.1 Prämenopause

Darunter versteht man den Zeitraum vor dem Eintritt der Menopause, der etwa 5 Jahre dauert und in dem häufig Blutungsstörungen und vegetative Beschwerden auftreten. In Mitteleuropa beträgt das Menopausenalter ungefähr 52 Jahre. Als Menopause wird auch die letzte von den Eierstöcken gesteuerte Menstruation bezeichnet. (Vgl. Neises & Ditz 2000:122)

2.3.2 Perimenopause

Hier spricht man von der Übergangsphase zwischen Prä- und Postmenopause. Diese Phase beginnt 2 Jahre vor der Menopause und hält nach dieser noch etwa 1 Jahr an. (Vgl. Neises & Ditz 2000:122)

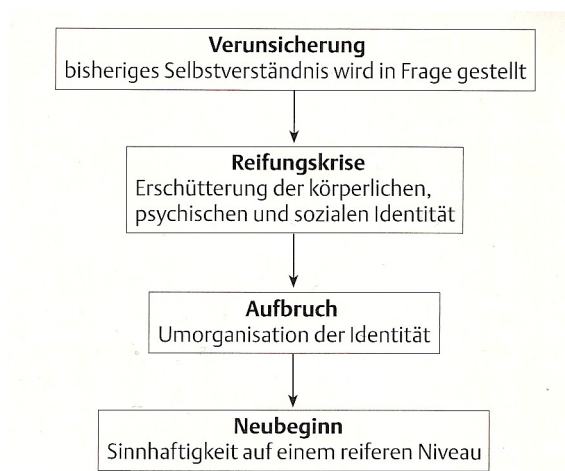
2.3.3 Postmenopause

Diese Phase bezeichnet den Zeitraum der ein Jahr nach der Menopause beginnt und bis zum Ende des Lebens anhält. (Vgl. Neises & Ditz 2000:122)

3 Sicht der Entwicklungspsychologie

Das Klimakterium beginnt meist mit einer Identitätskrise, mit der gedanklichen Vorstellung, man sei nicht mehr fortpflanzungsfähig. In den mittleren Jahren erlebt man Veränderungen in allen Lebenszusammenhängen, die eine Umgestaltung und Neubewertung von Rollen notwendig machen. Diese Veränderungen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene führen zu einer Erschütterung der eigenen Identität. Weiters ist man damit konfrontiert sich neu zu organisieren, um die nun anstehenden Aufgaben bewältigen zu können. Mit dem Beginn der Wechseljahre entstehen neue Freiheiten zur Selbstverwirklichung und neue Möglichkeiten des Aufbruchs und Neubeginns. (vgl. Neises & Ditz 2000:122)

Abb.1: Die 4 Phasen des psychologischen Klimakteriums



Quelle: (vgl. Neises & Ditz 2000:123)

4 Epidemiologie

4.1 Demographie

Die durchschnittliche Lebenserwartung einer Frau beträgt im mittleren Menopausenalter (52 Jahre) noch weitere 25-30 Jahre. Wenn man nun von der individuellen Perspektive jeder Person ausgeht, dann will jede Frau dieses Alters ihr gesundheitliches Wohlbefinden erhalten und fördern. Deshalb ist es auch gerechtfertigt, wenn man angesichts der noch vor ihr liegenden Lebenszeit die zur Verfügung stehenden medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten in Anspruch nimmt. Ziel ist es in diesen Jahren, die Lebensqualität im mittleren Menopausenalter zu verbessern. (Vgl. Neises & Ditz 2000:123)

4.2 Symptomverteilung

Für westliche Industrieländer gilt für etwa ein Drittel der Frauen ein symptomloser Verlauf des Klimakteriums, ein weiteres Drittel erlebt leichte bis mittelschwere Symptome und für das letzte Drittel bedeuten die Wechseljahre eine Zeit schwerwiegender körperlicher und / oder psychischer Beschwerden. (Vgl. Neises & Ditz 2000:123)

5 Einflussfaktoren auf die Symptombildung

Wie vorhin bereits erwähnt, kann das Klimakterium sowohl symptomlos bzw. symptomarm sein, sich aber auch in körperlichen und psychischen Beschwerden äußern. Bei schwerwiegenden Beschwerden können beträchtliche körperliche, seelische und soziale Beeinträchtigungen entstehen. Das Auftreten und die Ausprägung der Beschwerden kann durch folgende Faktoren beeinflusst werden:

- hormonelle Faktoren
- Persönlichkeit
- Erwerbstätigkeit
- familiäre Orientierung
- sozioökonomischer Status
- Bildungsniveau
- Gesundheitsverhalten
- Einstellungen zur Menopause
- Kulturkreis

5.1 Persönlichkeit

Beschwerden in den Wechseljahren treten häufiger bei Frauen mit niedrigem Selbstwertgefühl auf. Um die Anforderungen des Klimakteriums zu bewältigen, ist das Selbstvertrauen sehr wichtig. Für Frauen, die die Reifung ihrer Weiblichkeit akzeptieren, verläuft das Klimakterium meist symptomlos. (Vgl. Neises & Ditz 2000:123)

5.2 Geschlechtsrollenorientierung / Erwerbstätigkeit

Frauen, die der traditionellen weiblichen Rolle entsprechen (passiv, liebenswürdig, um die Beziehung bemüht), leiden stärker unter den Beschwerden der Menopause als selbstbewusste, mehr mit männlichen Eigenschaften ausgestattete, dominierende Frauen. Damit sind Frauen gemeint, deren Selbstverständnis nicht von der Fürsprache des Partners abhängt, sondern von eigenen Tätigkeiten und Problemlösungen geprägt ist. Offenbar spielt die Erwerbstätigkeit einer Frau für die Verarbeitung des Klimakteriums eine wichtige Rolle. Hausfrauen erfahren eine stärkere Belastung als Berufstätige, bei ihnen sind die Symptome stärker ausgeprägt. (Vgl. Neises & Ditz 2000:124)

5.3 Bildungsniveau / Schichtzugehörigkeit

Frauen, die einer höheren sozialen Schicht angehören und gebildeter sind, erleben leichtere klimatische Beschwerden. (Vgl. Neises & Ditz 2000:124)

5.4 Gesundheitsverhalten

Frauen, die regelmäßig Sport betreiben, leiden seltener an klimatischen Beschwerden. (Vgl. Neises & Ditz 2000:124)

5.5 Einstellung zur Menopause

Eine Frau, die sich wohl fühlt und auch keine Beschwerden hat, hat auch keinen Grund eine negative Einstellung zu entwickeln, jedoch korreliert die negative Einstellung mit den somatischen und psychischen Beschwerden, wobei die Empirie keine Aussagen über kausale Zusammenhänge machen kann. (Vgl. Neises & Ditz 2000:124)

5.6 Kulturkreis (kulturelle Unterschiede)

Der Ausprägungsgrad und die Art der Beschwerden sind in den verschiedenen Kulturen unterschiedlich. Es gibt Kulturen, in denen sich der gesellschaftliche Status einer Frau mit dem Alter erhöht. Dazu gehören beispielsweise Indien, Japan und China. In diesen Ländern sind klimakterische Beschwerden weitgehend fremd. Hauptsächlich davon betroffen sind Frauen in so genannten Übergangskulturen (Heimatvertriebene, Gastarbeiterinnen). Diese Frauen haben die

Begünstigungen der Emanzipation noch nicht erreicht, beispielsweise selbständige Auswahl eines Berufs außer Haus, Trennung von Sexualität und Fortpflanzung durch die Verwendung von Kontrazeptiva, und leben noch in der traditionellen Frauenrolle. (Vgl. Neises & Ditz 2000:124)

6 Vielfalt der Symptome

Die Liste der Symptome ist lang, jedoch erlebt keine Frau alle Beschwerden, manche werden nur wenige erleben, andere wiederum erleben gar keine Symptome. Deshalb ist es wichtig, die Vielfalt der Symptome zu kennen, um sich von dem behandelten Frauenarzt / der behandelten Frauenärztin beraten zu lassen. (Vgl. Stoppard 2002: 276)

6.1 Hitzewellen

Als klassisches Symptom treten Hitzewellen bei mehr als 85 Prozent der Frauen auf, die je nach Intensität und Dauer unterschiedliche Ausprägung haben. Im schlimmsten Fall kann die betroffene Frau während der Hitzewelle in Ohnmacht fallen.

Der Temperaturregler im Gehirn reguliert die Körpertemperatur und entscheidet wann der Körper überhitzt ist. Der „natürliche Regelwert“ reagiert bei Überschreiten der Körpertemperatur mit Schwitzen und bei Unterschreitung mit Gegenmaßnahmen wie Zittern. Hitzewellen werden nicht nur an Kopf, Gesicht und Hals empfunden, sondern betreffen den ganzen Körper bis in die Finger- und Zehentemperaturen.

Das Gefühl einer Hitzewelle ist nicht zu vergleichen mit der Erwärmung durch die Sonne oder nach dem Sport. (Vgl. Stoppard 2002: 277)

Selbsthilfe bei Hitzewellen

Um Hitzewellen zu vermeiden, sollte man keine Kunstfaserkleidung tragen, vor allem Kleidungsstücke mit hohem Kragen oder Ärmeln sollten vermieden werden. Empfohlen werden kalte Duschen, das Benutzen eines Ventilators und Nikotinabstinenz. (Vgl. Stoppard 2002: 273)

6.2 Nachtschweiß

Das Auftreten von Hitzewellen in der Nacht wird auch als Nachtschweiß bezeichnet. Viele Frauen wachen nachts auf, ihr Körper fühlt sich heiß an und sie sind schweißnass. Jedoch muss Nachtschweiß nicht immer ein Symptom der Wechseljahre sein, sondern kann auch durch Stress oder eine andere Erkrankung ausgelöst werden. Nachtschweiß hat die physiologische Folge eines sehr kurz andauernden Fiebers, das 1-2 min. dauert. Die Temperatur steigt, das Herz fängt an schneller zu schlagen und erzeugt ein Gefühl des „Gejagtwerdens“, wobei der Schweiß über

Gesicht und Brust läuft. Bei Frauen, die stark und sehr häufig unter Nachtschweiß leiden, treten nicht selten Depressionen auf, die jedoch wieder verschwinden, wenn die nächtlichen Schweißausbrüche unter Kontrolle sind. (Vgl. Stoppard 2002: 278f.)

Selbsthilfe bei Nachtschweiß

Um die Beschwerden zu erleichtern, sollte man die Raumtemperatur niedrig halten, eventuell das Fenster geöffnet lassen. Bettwäsche aus Baumwolle verwendet werden und neben dem Bett sollte eine Schüssel mit lauwarmem Wasser stehen, um sich erfrischen zu können. (Vgl. Stoppard 2002: 278)

6.3 Vaginal- und Harnwegssymptome

Bei einem Großteil der Frauen treten urogenitale Probleme auf, wobei nur 4 von 10 Frauen deswegen zum Arzt gehen. Vagina und untere Harnwege liegen anatomisch sehr eng beieinander und sind nur durch wenige Zellschichten voneinander getrennt. Beide schrumpfen durch Östrogenmangel und werden dünn und trocken.

Ein unangenehmes Gefühl beim Wasserlassen, heftiger Harndrang, auch wenn nur wenig Urin in der Blase ist, gehören zu den Harnwegssymptomen. Durch das fehlende Östrogen ist auch der Verschlussmuskel der Blase geschwächt, was dazu führt, dass die Frau den Urin auch tröpfchenweise verliert. Auch beim Lachen, Husten oder schwerem Tragen entweicht Urin, was man unter „Stressinkontinenz“ zusammenfasst. Als Ursache gilt ein erhöhter Druck im Bauchraum, wodurch Urin aus der Blase gepresst wird. Meistens treten auch noch Juckreiz und Scheidentrockenheit auf. Eine häufige Beschwerde ist auch vaginales Wundsein, das besonders während aber auch nach dem Geschlechtsverkehr auftritt, weil die Befeuchtung der Scheide nicht mehr ausreicht. (Vgl. Stoppard 2002: 280)

Selbsthilfe bei vaginalen oder Harnwegssbeschwerden

Um Scheidentrockenheit, Wundsein oder Juckreiz während des Geschlechtsverkehrs zu lindern, sollte wasserlösliches, scheidenbefeuchtendes Gel verwendet werden. Bevorzugt wird auch das Tragen von lockerer und weicher Unterwäsche. (Vgl. Stoppard 2002: 280)

6.4 Muskel- und Gelenksbeschwerden

Mit dem Eintritt der Menopause verlieren die Muskeln an Masse, Stärke und Koordination. Die Gelenke können anschwellen, wodurch ihre Beweglichkeit eingeschränkt wird. Auch die Muskeln werden steifer und anfälliger für Muskelkater. Durch Wassereinlagerung können Taubheit, Kribbeln und Prickeln in Händen und Füßen auftreten. Osteoporose, auch als „Die Krankheit der brüchigen Knochen“ bezeichnet, verursacht ständige bzw. stechende Schmerzen am ganzen Körper, die vor allem durch die dünner werdenden Wirbelkörper am oberen Rücken entstehen. (Vgl. Stoppard 2002: 281)

Selbsthilfe bei Muskel- und Gelenksbeschwerden

Das regelmäßige Betreiben von Sport und Gymnastik stärkt die Muskeln. (Vgl. Stoppard 2002: 281)

6.5 Prämenstruelles Syndrom

Frauen, die unter diesem Syndrom leiden, haben Beschwerden, wie Müdigkeit, Angstgefühle, Weinerlichkeit, Spannungen in der Brust, Reizbarkeit, Einlagerungen von Wasser, Schlaflosigkeit, etc. (Vgl. Stoppard 2002: 282)

Selbsthilfe beim prämenstruellen Syndrom

Nachtkerzenöl ist besonders wirksam bei PMS, aber auch andere Heilkräuter wie Wachslilie und Wanzenkraut können die Symptome lindern. (Vgl. Stoppard 2002: 282)

6.6 Gesicht- und Hautsymptome

Durch die Reduktion der Östrogenwerte verändert sich das Hautbild, die Haare, Nägel, Augen, Mund und Gaumen. Dies basiert aufgrund von Veränderungen der Struktur der Kollagenfasern und der Schwächung des Proteins Elastin, das dem Bindegewebe seine Stärke und Biegsamkeit gibt. Die Entstehung von Falten im Gesicht ist auch deutlich zu erkennen. (Vgl. Stoppard 2002: 283)

Selbsthilfe für Gesicht und Haut

Um Haut und Gesicht zu schützen, sollte man der Haut viel Feuchtigkeit geben, Reinigungslotion statt reines Wasser benutzen, die Nägel pflegen und intensive Sonnenbestrahlung vermeiden. (Vgl. Stoppard 2002: 283)

6.7 Sexuelle Symptome

Mit dem Eintritt der Menopause verändert sich auch die Reaktion des Körpers auf Erregung und Sex, was aber nicht das Ende der Sexualität einleitet. Zurückführen lässt sich dies auf die körperliche Veränderung des Urogenitaltraktes. Die Selbstbefeuchtung der Scheide lässt nach und somit ist das Eindringen des Penis schmerzhaft und die Vaginalschleimhaut kann bluten oder sogar reißen. (Vgl. Stoppard 2002: 284)

Selbsthilfe beim Sex

Reinigungsotionen, parfümiertes Toilettenpapier, Badeöle und Schaumbäder sollten vermieden werden, da sie die Scheide reizen können. Die Partner sollten sich beim Geschlechtsverkehr Zeit lassen, damit die Scheide richtig feucht werden kann. Die Verwendung von Gleitgel, um das Eindringen des Penis zu erleichtern und Schmerzen beim Geschlechtsakt zu vermeiden, ist eine weitere Alternative. (Vgl. Stoppard 2002: 284)

6.8 Schlaflosigkeit

Bei Schlaflosigkeit wird eine erholsame Nachtruhe zur Seltenheit, man ist niedergeschlagen und wacht morgens sehr früh auf. Frauen mit normalen Östrogenwerten verbringen längere Phasen im Tiefschlaf und fühlen sich deshalb am nächsten Tag erfrischer als Frauen mit reduzierten Östrogenwerten. Auch wenn man die ganze Nacht durchschläft, weniger Östrogen macht müde und man ist erschöpft. (Vgl. Stoppard 2002: 285)

Selbsthilfe bei Schlaflosigkeit

Ziel ist es, die nächtlichen Schweißausbrüche zu stoppen, um einen erholsamen Schlaf zu haben. (Vgl. Stoppard 2002: 285)

6.9 Magen- und Darmsymptome

Blähungen und Spannungsgefühle im Bauch können vor allem in den Wechseljahren auftreten. Im Alter entstehen Ausstülpungen im Enddarm, die sich leicht entzünden können und dadurch eine Divertikulitis (Erkrankung des Dickdarms) zur Folge haben können. Durch das Gären der Nahrungsreste in den Divertikeln können große Gasmengen entstehen. Wenn der Darm davon übersät ist, dann ist der Bauch morgens zwar flach, schwillt jedoch im Laufe des Tages an und man fühlt sich, als wäre man im 6. Monat einer Schwangerschaft. Die Geschwindigkeit des Nahrungstransports durch den Verdauungstrakt wird durch die weiblichen Hormone Progesteron und Östrogen beeinflusst. Progesteron bewirkt selteneren Stuhlgang. Der Stuhl ist hart, trocken und

unregelmäßig. Östrogen wirkt beschleunigend und einen Stuhlgang mit normaler Konsistenz und Häufigkeit. Eine oft auftretende Wechseljahrsbeschwerde ist deshalb auch die Verstopfung. (Vgl. Stoppard 2002: 286)

Selbsthilfe bei Magen- und Darmsymptomen

Homöopathische und Kräuterheilmittel werden erfolgreich gegen Magen- und Darmbeschwerden eingesetzt. Wichtig sind auch viel Flüssigkeit und ausreichend Ballaststoffe, welche die Darmtätigkeit normalisieren. Vermieden werden sollten Lebensmittel, die den Gärungsprozess fördern, da diese einen Blähbauch verursachen. Die besten Mittel gegen Verstopfung sind Feigen und Pflaumen. (Vgl. Stoppard 2002: 286f.)

6.10 Brustsymptome

In der Woche vor der Menstruation verspüren viele Frauen Brustbeschwerden. Die Brüste schwellen durch Einlagerung von Flüssigkeit im Brustgewebe an und es entstehen unangenehme Spannungen in der Brust. Die Brüste sind extrem berührungsempfindlich, besonders die Brustwarzen. Alltägliche Bewegungen wie das Umdrehen im Bett können starke Schmerzen verursachen. Frauen im Alter von 40 Jahren leiden sehr häufig unter Mastodynie (schmerzende Brüste), welche häufig zyklusabhängig sind und vor der Menstruation auftreten. (Vgl. Stoppard 2002: 287)

Selbsthilfe bei Brustbeschwerden

Eine der wichtigsten Maßnahmen ist die Selbstabtastung der Brüste, um Knoten frühzeitig zu erkennen, Form und Gewebsunterschiede zu entdecken und somit die Gesundheit der Brüste zu erhalten. (Vgl. Stoppard 2002: 287)

6.11 Gewichtszunahme

Agrund einer Stoffwechselverlangsamung, von der auch Männer betroffen sind, nimmt man in den Wechseljahren an Körpergewicht zu. Durch eine Verringerung des Östrogenwertes kommt es zu einer Umverteilung des Körperfetts. Eine leichte Gewichtszunahme in den Wechseljahren stellt keine Gefahr da, sondern ist normal. Wenn man jedoch mehr Gewicht zunimmt und auch andere Risikofaktoren wie hoher Blutdruck, Rauchen, etc. vorhanden sind, sollte die Ernährung umgestellt werden. (Vgl. Stoppard 2002: 288)

Auf das Gewicht achten

Das Gewicht, sowie die Masse um Bauch und Taille sollte regelmäßig kontrolliert werden, es sollten nicht mehr als das an Hüften und Oberschenkeln betragen, um die Risikofaktoren zu senken. (Vgl. Stoppard 2002: 288)

6.12 Herzbeschwerden

Männer wie Frauen sind gleich häufig von Herzerkrankungen betroffen. Östrogen ist sehr wichtig, da es vor Herzproblemen schützt. Ein heftig stechender Schmerz in der Brust weist auf einen Angina pectoris Anfall hin, der meist bis in den linken Arm ausstrahlt. Auch Herzrhythmusstörungen und Luftnot bei Belastung sollten ernst genommen werden. Wenn eine dieser Beschwerden zutrifft, sollte man einen Arzt aufsuchen, um die Ursache herauszufinden. (Vgl. Stoppard 2002: 289)

Vorbeugung von Herzkreislauferkrankungen

Das Risiko, an Herzkreislauferkrankungen zu erkranken, ist bei übergewichtigen Menschen höher als bei Normalgewichtigen. Deshalb sollte auf Zucker, tierische Fette und Fertigprodukte verzichtet werden und viel Obst, frisches Gemüse, reichlich Milchprodukte, Fisch und Hülsenfrüchte auf dem täglichen Speiseplan stehen. Regelmäßig leichte Gymnastikübungen, Schwimmen, leichtes Lauf- und Radtraining stärken das Herz und senken den Blutdruck und dadurch auch das Risiko einer Herzerkrankung. (Vgl. Stoppard 2002: 289)

6.13 Emotionale Symptome

In den Wechseljahren treten Symptome wie Angst, Depressionen, Energielosigkeit, Stimmungsschwankungen und Reizbarkeit zur gleichen Zeit auf. Durch den sinkenden Östrogenspiegel wird unser Hirnzentrum für Eigenwahrnehmung beeinflusst und führt zu einem ständigen Auf und Ab. Der Körper reagiert darauf mit Zittern, Unruhe, Unwohlsein und es entstehen bedrohliche Gefühle wie Angst oder Verzweiflung. Aufgaben, die man früher problemlos lösen konnte, verursachen Schwierigkeiten. Mit dem Beginn der Menopause geht auch der Verlust des Selbstwertgefühls einher, welches in seltenen Fällen in Form von Depressionen auftritt. (Vgl. Stoppard 2002: 290f.)

Selbsthilfe bei Gefühlsproblemen

Emotionale Probleme lassen sich in erster Linie leichter bewältigen, wenn man mit dem eigenen Partner darüber spricht oder wenn man sich einer Selbsthilfegruppe anschließt, um dort auf Frauen zu treffen, denen es gleich ergeht. (Vgl. Stoppard 2002: 291)

7 Strategien gegen Wechseljahrsbeschwerden

7.1 Positives Denken

Jede Frau durchlebt während der Menopause Ängste, nicht mehr weiblich genug zu sein, da die Fruchtbarkeit abnimmt und sich der Körper verändert. Viel wichtiger ist es, die Menopause als Möglichkeit zu nutzen, sich neu zu entdecken, um neue Aufgaben und Ziele zu gestalten. Ein gesundes Selbstwertgefühl und Optimismus für die Zukunft sind wichtig, um die gestellten Ziele zu erreichen. Mithilfe einer Strategie, mit der sich die Wechseljahrsbeschwerden kontrollieren lassen, wird sich die Gesundheit und das Wohlbefinden enorm steigern. (Vgl. Stoppard 2002: 302f.)

7.2 Geistige Beweglichkeit

Wichtig ist es die geistige Gesundheit zu erhalten, sich Herausforderungen zu stellen, in Notsituationen reagieren zu können, um langfristige Stressreaktionen bewältigen zu können. Mit dem Älterwerden muss man mit vielen Stresssituationen zurechtkommen, wie z.B. der Verlust einer geliebten Person.

So wie die Muskeln schwach werden, wird auch das Gehirn schwach, wenn man es nicht regelmäßig stimuliert. Es wurde herausgefunden, dass das beste Geistes training die Arbeit ist, da man dadurch größere mentale Fähigkeiten erreicht. Mit zunehmendem Alter verliert man auch die Fähigkeit Verbindungen im Gehirn zu knüpfen. Wichtig ist es diese Verknüpfungen zu erhalten und in Übung zu bleiben. Eine Möglichkeit dafür ist das Denken, es bedeutet, dass man alles, was passiert, wahrnimmt. Um zu einem Ergebnis zu kommen, sollte man sich nicht scheuen Fragen zu stellen. Seine Fähigkeiten kann man mit dem Besuch von Abendkursen, Volkshochschulen oder vielleicht auch einem Studium stärken. (Vgl. Stoppard 2002:306f.)

7.3 Gesunde Ernährung

Wenn man älter wird, ist es für den Körper schwieriger, Nahrungsmittel und aufgenommene Kalorien zu verarbeiten. Obwohl der Grundumsatz niedriger ist, braucht man die gleiche Menge an Vitaminen und Mineralstoffen. Eine gesunde Ernährung in der Menopause enthält viel Vollkornprodukte, Gemüse, Obst, Fisch, Meerestiere, Öle und Eier. Zu viel Fleisch erhöht das

Osteoporoserisiko, deshalb sollte der Fleischkonsum reduziert werden und durch Fisch, Reis und Pasta ersetzt werden. Gesättigte Fettsäuren sollten vermieden werden. Es ist besser zu natürlichen Nahrungsmitteln zu greifen, die nützliche Fette wie Pflanzen- und Fischöl enthalten. Die Aufnahme von Kalzium ist besonders wichtig, um die Gesundheit der Knochen zu erhalten, das Herz zu schützen und die Blutfette zu verringern. Die tägliche Flüssigkeitszufuhr in Form von Wasser, sollte als wichtiger Bestandteil während der Menopause nicht fehlen. 2 bis 3 Liter, um die Flüssigkeit, die wir durch Urin, Stuhl und Schweiß verlieren, wieder zu ersetzen. Am besten in Form von klarem Wasser oder von frischen Obst- und Gemüsesäften. Alkohol und koffeinhaltige Getränke dagegen wirken harntreibend und trocknen unseren Körper aus. (Vgl. Stoppard 2002: 314ff.)

7.4 Sportliche Aktivitäten

Körperliche Aktivitäten halten den Körper fit und regen die Nebennierenrinden an, welche das Hormon Androstendion in Östrogen umwandeln. 30 min. Sport pro Woche sind ausreichend um die Östrogenwerte zu erhöhen. Regelmäßiger Sport vergrößert die Knochendichte, reduziert das Risiko an Osteoporose zu erkranken und hält geistig fit. Welche Bewegung für den / die Einzelne am besten geeignet ist, kann jeder selbst auswählen und hängt von den persönlichen Vorlieben ab. Es gibt nicht nur Angebote in Sport- und Fitnesszentren sondern auch Übungen, die man problemlos zu Hause ausführen kann. Auch Sportarten wie Tennis, Badminton oder Squash, in denen man zwischenmenschliche Kontakte knüpfen kann, sind geeignet. Traditionelle Sportarten wie Laufen und Schwimmen halten den Körper fit. (Vgl. Stoppard 2002: 324f.)

Regelmäßige Bewegung:

- reduziert das Risiko für Herzerkrankungen
- reduziert das Risiko an Diabetes zu erkranken
- erhält die Stärke der Muskeln
- hält die Knochen gesund und reduziert somit das Risiko an Osteoporose zu erkranken
- stärkt das Immunsystem
- reduziert den Fettgehalt im Körper
- wirkt sich günstig auf die geistige Fitness aus
- wirkt sich positiv auf das Schlafverhalten aus
- erhält die Beweglichkeit der Gelenke

8 Erkrankungen in der Menopause

Aufgrund des natürlichen Alterungsprozesses und des fallenden Östrogenspiegels während der Wechseljahre werden Frauen anfälliger für Krankheiten. Eine sehr schmerzhafteste Krankheit ist die Osteoporose. Es gibt noch weitere Erkrankungen, die jedoch mit einer Kombination aus medizinischer Therapie und zielgerechten Selbsthilfemaßnahmen bewältigt werden können. (Vgl. Stoppard 2002:293)

8.1 Osteoporose

Als Osteoporose (Knochenschwund) wird eine allmähliche Abnahme der Knochenmasse bezeichnet, die über das natürliche Maß für Alter und Geschlecht hinausgeht. Es kommt zu einer schmerzhaften Instabilität des Skeletts und einem erhöhten Risiko für Knochenbrüche. Osteoporose kann einzelne Knochen betreffen oder aber auch das gesamte Skelett des menschlichen Körpers. Quelle: <http://www.onmeda.de/krankheiten/osteoporose-definition-1490-2.html> (Datum des Zugriffs: 26.11.2009)

8.1.1 Primäre Osteoporose

Diese Form wird nach dem Zeitpunkt ihres Beginns unterteilt. Sie tritt nach den Wechseljahren auf und wird als postklimakterische Osteoporose bezeichnet oder als Altersosteoporose, die nach dem 70. Lebensjahr entsteht.

8.1.2 Sekundäre Osteoporose

Diese tritt als Folge von Erkrankungen mit Störungen des Stoffwechsels und Hormonhaushalts auf (z.B. Diabetes mellitus) oder als Folge einer langfristigen Medikamenteneinnahme, Alkoholabusus oder erhöhtem Nikotinkonsum.

Quelle: <http://www.onmeda.de/krankheiten/osteoporose-definition-1490-2.html> (Datum des Zugriffs: 26.11.2009)

Vorbeugung von Osteoporose:

Jeder lebt mit dem Risiko an Osteoporose zu erkranken, deshalb sollte jede Frau die Selbsthilfemaßnahmen kennen, um ihre Widerstandskräfte zu stärken. Wichtig ist gesunde und vor allem kalziumreiche Ernährung, regelmäßige Bewegung und geistige Beweglichkeit. Auch der regelmäßige Besuch beim Arzt darf nicht fehlen. Gefahrenquellen, wie z.B. herumliegende Kabel,

rutschende Teppiche etc. sollten entfernt werden, um das Sturzrisiko zu mindern. (Vgl. Stoppard 2002:295)

8.2 Herz- und Schlaganfälle

Durch Erkrankung der Arterien wird der Blutfluss vermindert und der Blutdruck erhöht sich. Durch Fett und Kalkablagerung können die Arterien verstopfen, sodass ein Gefäßverschluss entstehen kann. Risikofaktoren sind Fettleibigkeit, Rauchen, Bewegungsmangel, hoher Blutdruck und vor allem die Wechseljahre. Wer bereits in der Menopause unter Herzbeschwerden leidet, sollte aufhören zu rauchen, ungesunde Ernährung und Stress reduzieren. (Vgl. Stoppard 2002:296)

Vorbeugung von Herz- und Schlaganfällen:

Am besten wäre es, die oben genannten Risikofaktoren zu reduzieren. Tägliche Blutdruckkontrolle, Umstellung der Ernährung und regelmäßige Bewegung wäre empfehlenswert. (Vgl. Stoppard 2002:296)

8.3 Urogenitalprobleme

Solange der Östrogenspiegel konstant bleibt, bleiben Blase, Harnröhre und Vagina gesund. Jedoch sinkt in den Wechseljahren der Östrogenspiegel und dadurch wird das Gewebe im Urogenitaltrakt dünner, schrumpft und man wird anfälliger für Infektionen. Eine trockene, juckende Vagina und Vulva sind Zeichen eines Gewebsschwundes im Urogenitaltrakt, welcher Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs verursacht. Hinzu kommen auch noch heftiger Harndrang und Inkontinenz, welches als „urogenitales Syndrom“ bezeichnet wird und bei Frauen ab dem Alter von 55 Jahren eintritt. (Vgl. Stoppard 2002:298)

Selbsthilfe bei Urogenitalproblemen:

Bei einer bakteriellen Entzündung sollte man viel Wasser oder verdünnte Fruchtsäfte zu sich nehmen. Bei Juckreiz im Genitalbereich sollte man auf Seife und andere Reinigungsprodukte verzichten, weil diese den natürlichen Fettfilm der Haut entfernen. Besser ist es, sich nur mit lauwarmem Wasser zu waschen und eine Creme auf Silikonbasis zu verwenden. Bei Harndrang sollte man sich angewöhnen, alle 2 Stunden zur Toilette zu gehen und harntreibende Getränke wie Kaffee oder Tee vermeiden. (Vgl. Stoppard 2002:298f.)

9 Hormonersatztherapie (HET)

HET, übersetzt als Hormonersatztherapie korrigiert den Mangel an weiblichen Hormonen, Östrogenen und Progesteronen während der Wechseljahre. Beide Hormone werden von Ärzten verschrieben, um Beschwerden wie Hitzewallungen zu lindern und ernste Gesundheitsprobleme wie Osteoporose zu verhindern, die durch Östrogendefizite entstehen. Für jede Frau wird die Hormonersatztherapie individuell zusammengestellt. (Vgl. Stoppard 2002:360)

9.1 Was sind Hormonpräparate?

Östrogen ist die Basis aller Hormonersatztherapien, Progesteron wird nur dann hinzugefügt, wenn man eine Abbruchsblutung veranlassen möchte. Die Hormonersatztherapie ist ein Ersatz für die weiblichen Sexualhormone Östrogen und Progesteron. Während und nach der Menopause sinkt die körpereigene Hormonproduktion und dann werden diese Hormone verschrieben. Östrogen ist zuständig zur Erhaltung des weiblichen Körpers, Progesteron hingegen veranlasst das Abstoßen der Gebärmutterschleimhaut. (Vgl. Stoppard 2002:362)

Es werden meistens Östrogene verwendet, die dem körpereigenen Östradiol, welches in den Eierstöcken produziert wird, ähneln. Die Wirkung von Progesterontabletten würde nur kurz anhalten, deshalb wird Progesteron immer in der synthetischen Form des Progesterons gegeben. Die körpereigene Östrogen- und Progesteronproduktion wird in eine bestimmte Abfolge vom Menstruationszyklus gesteuert. Deshalb versucht man auch diese Hormone in die HET aufzunehmen. (Vgl. Stoppard 2002:362)

9.2 Vorteile der HET

Die HET wird als wichtigstes Verfahren zur Verhinderung chronischer Krankheiten verwendet. Sie senkt das Risiko einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden. Das akute Herzkrisiko kann durch eine Hormonersatztherapie um 50 Prozent gesenkt werden. Sie schützt die Gesundheit der weiblichen Fortpflanzungsorgane, verhindert das Austrocknen des Urogenitalgewebes und somit Inkontinenz. Sehr wichtig zur Erhaltung der Organe, Knochen und Muskeln ist Östrogen. Durch das Nachlassen der Spannkraft der Muskulatur verändert sich die Figur und es siedeln sich Fettzellen im Bauchbereich an, was durch die HET verhindert werden kann. Die Hormonersatztherapie ist aber kein Medikament zur Gewichtskontrolle. Gesunde Ernährung und Sport können nicht durch Hormone ersetzt werden. (Vgl. Stoppard 2002:364)

Das Einsetzen der Hormonersatztherapie als Linderung von Wechseljahrsbeschwerden ist eine sehr wirksame Methode. Bei 90 Prozent der Frauen verschwinden die Beschwerden und 98 Prozent berichten über eine Linderung der Beschwerden. Ein häufiges Problem von Frauen im Alter von 40-50 Jahren sind starke Menstruationsblutungen. Auch bei diesen Beschwerden kann die Hormonersatztherapie hilfreich sein, jedoch nur in geringer Dosierung. Östrogen beeinflusst auch die Haut, sie wird weicher und ist besser durchblutet. Auch Nägel und Haare werden kräftiger und weniger anfällig für Brüchigkeit. Ein Monat nach Beginn der HET können auch geistige Probleme, wie Konzentrationsstörungen und Unentschlossenheit verschwinden. Durch die Einnahme von Östrogen werden auch Trockenheit und Reizungen der Vagina und dadurch entstehende Schmerzen beim Sex gelindert. (Vgl. Stoppard 2002:365)

9.3 Nebenwirkungen und Risiken

Für etwa 10 bis 15 Prozent ist das Progesteron belastend. Dennoch brechen die meisten Frauen die HET nicht wegen der damit verbundenen Nebenwirkungen ab, sondern wegen der Belastung des monatlichen Blutens und der Angst an Brustkrebs zu erkranken. Es ist aber wissenschaftlich erwiesen, dass eine HET mit Progestogen kein Brustkrebsrisiko darstellt.

Zu den Nebenwirkungen zählen:

- Gewichtszunahme
- Einlagerung von Wasser im Gewebe
- Hautprobleme (fette Haut, Akne)
- Bauchkrämpfe
- Stimmungsschwankungen (Reizbarkeit, Aggressivität, etc.)

Treten ein oder mehrere dieser Nebenwirkungen auf, sollte die Dosis reduziert werden oder eine alternative Form des Progesterons eingesetzt werden. (Vgl. Stoppard 2002:371)

9.4 Wie wird die Hormonersatztherapie verabreicht?

Bei einer kombinierten HET nehmen die betroffenen Frauen sowohl Östrogen als auch Progesteron, welches häufig in Tablettenform verschrieben wird, ein. Die Einnahme erfolgt für etwa 12 Tage im Monat, beziehungsweise in der Zeit eines Zyklus, wobei das Progesteron die Abbruchsblutung auslöst. Man kann die Hormontherapie jedoch auch in Form von Implantaten, Cremes und Pflaster durchführen. Die Art der Verabreichung hängt von den Wünschen der Frau und der Meinung des Arztes ab. (Vgl. Stoppard 2002:373)

Im nachfolgenden Teil meiner Arbeit werde ich auf die Sexualität im Alter eingehen, speziell auf die Veränderung der Sexualorgane der Frau, den Reaktionszyklus und den damit verbundenen Beschwerden im höheren Alter.

10 Liebe und Sexualität über 60

Heutzutage nehmen viele an, dass Sexualität im Alter schlicht vorbei sei. Nicht nur junge Menschen, sondern auch Menschen mittleren Alters und auch viele alte, teilen diese Ansicht. Aufgrund bestehender klinischer und wissenschaftlicher Forschungen und den daraus resultierenden Erkenntnissen von Fachleuten wie Kinsey, Masters und Johnson (Sexualforscher) ist es jedoch bewiesen, dass gesunde ältere Menschen bis ins hohe Alter sexuell aktiv sein können. (Vgl. Butler & Lewis 1996:10f.)

Eine befriedigende Sexualität kann das Alter in einer gewissen Art und Weise bereichern. Wir dürfen aber nicht vergessen, dass Ansichten und Einstellungen über Sexualität, die uns unsere Eltern, Verwandten, Lehrer, sowie unsere Gesellschaft mitgegeben haben, uns seit der Kindheit prägen. Das ist ein nicht zu unterschätzender psychischer Aspekt, der es uns leichter macht, Probleme zu verstehen, die uns im Zusammenhang mit der Sexualität begegnen. (Vgl. Butler & Lewis 1996:11)

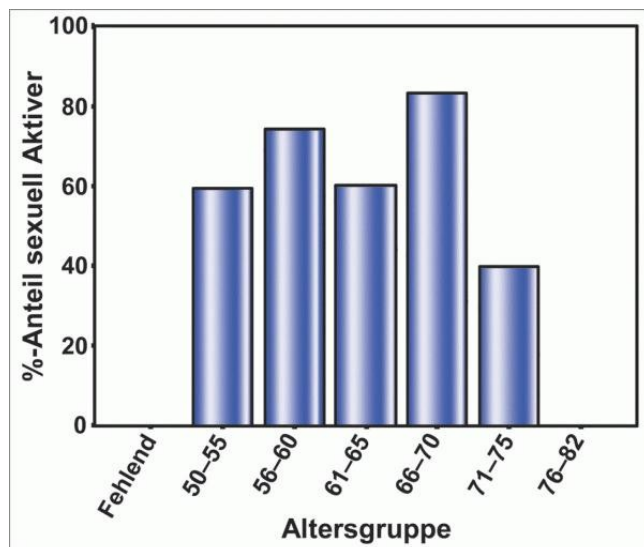
Es wird oft tabuisiert, dass unsere Eltern oder Großeltern die gleichen Bedürfnisse und sexuellen Wünsche haben wie wir. Es wäre doch viel einfacher, wenn man sich das Bild der Großmutter vorstellt, die in ihrer Küche Kekse backt, während der Großvater im Schaukelstuhl sitzt und eine Pfeife raucht. Man geht von dem Idealtypus aus, dass es sich nicht gehört, ein eigenes Sexualleben zu haben. (Vgl. Butler & Lewis 1996:11f.)

Die meisten Vorstellungen über Sexualität basieren jedoch auch auf falschen Informationen. Viele teilen die Ansicht, dass das sexuelle Verlangen mit dem Alter automatisch abnehme und dass man sich zurückentwickle, sobald man die Vierzig überschritten habe. Mit einem Alter zwischen sechzig und fünfundsechzig Lebensjahren erreiche man dann den Tiefpunkt. Aber warum ist unsere Einstellung zu Liebe und Sexualität so negativ? Liegt es an der eigenen Angst vor dem Altwerden oder dem Sterben? Die negative Einstellung unserer Gesellschaft hat zur Entstehung der Altersdiskriminierung geführt, die sich auf die klischeehaften Vorurteile gegen ältere Menschen stützt. Der alte Mensch wird als langweilig, dement, als „gesellschaftlich nutzlos“ beschrieben und man traut ihm keine besonderen Fähigkeiten zu. Das Alter wird nach wie vor mit Krankheit und Gebrechlichkeit verbunden. Wenn man sich die Maßstäbe für eine aktive Sexualität ansieht, ist es kein Wunder, dass sich alte Menschen verwirrt und unsicher fühlen, was ihre Sexualität betrifft. Frauen als auch Männer möchten wissen, mit welchen Veränderungen sie im Laufe ihres

Alterungsprozesses zu rechnen haben, und ob die körperliche Liebe noch genau so befriedigend ist, wie sie es in der Jugend war. Männer unterliegen oft dem Druck körperlicher Höchstleistungen, Männlichkeit wird körperlicher Leistungsfähigkeit gleichgesetzt. Ältere Männer messen ihre sexuellen Kontakte und ihre Potenz meist mit jüngeren. Dass sie nicht mehr mithalten können und der Körper erste Anzeichen von Veränderungen zeigt, macht ihnen Sorgen. Es stellen sich viele Fragen, die Männer in den älteren Jahren beschäftigen. Werde ich impotent? Merkt meine Partnerin, dass ich den Bedürfnissen nicht mehr gewachsen bin? Was geschieht mit mir? Frauen hingegen haben, was die Leistung angeht, einen weniger starken Druck, lassen sich jedoch auch beunruhigen. Ältere Frauen sind besorgt, weil ihre Vaginalmuskeln schlaffer werden, sich die Größe der Scheide verändert, die Scheidensekretion nachlässt und es dadurch zu einer Austrocknung kommen kann. In dieser Phase erleben manche Frauen zum ersten Mal Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und es stellt sich die Frage, was man dagegen tun kann? Der größte Druck, den Frauen ausgesetzt sind, beruht auf dem Schönheitsideal, dass nur junge Frauen sexuell begehrt sein könnten. Sobald die Haare grau werden, die Haut faltig wird, der Körper nicht mehr so straff und fest ist, fühlen sich Frauen unattraktiv. Viel wichtiger sind Eigenschaften wie Charakter, Intelligenz, Leistung, Körperhaltung, Ausstrahlung, etc. die jeden Menschen zu einer einzigartigen Persönlichkeit machen und ihnen Schönheit verleihen. (Vgl. Butler & Lewis 1996:12ff.)

Anschließend eine Abbildung, die zeigt, dass Frauen im Alter sehr wohl noch sexuell aktiv sind. Den Höhepunkt erreichen sie im Alter von 66-70 Jahren. Gründe für sexuelle Inaktivität lassen sich aus der Abbildung 2 ablesen. Der häufigste Grund sind nicht sexuelle Probleme und Libidoverlust sondern die Partnerlosigkeit.

Abb. 2: Anteil sexuell aktiver Frauen aller Altersgruppen



Gruchalla B, Debus G Journal für Menopause 2006; 13 (1) (Ausgabe für Deutschland): 6-10 ©

Quelle:<http://www.kup.at/journals/inhalt/868.html> (Datum des Zugriffs: 01.02.2010)

Abb. 3: Sexuell inaktive Frauen mit/ ohne Partner im Alter zwischen 50-70 Jahren



Abb. 3: N= 217 sexuell inaktive Frauen mit/ohne Partner im Alter zwischen 50-70 Jahren

Quelle:http://www.fu-berlin.de/presse/publikationen/fundiert/2004_01/04_01_schultz-zehden/index.html (Datum des Zugriffs: 27.01.2010)

11 Der normale Alterungsprozess und die Sexualität

Was passiert nun mit unserem Körper, wenn man älter wird, und wie wirkt sich dies auf unsere Sexualität aus? Mit dem Alterungsprozess treten auch deutliche körperliche und psychische Veränderungen auf, die unseren Körper verändern. Dies muss jedoch nicht heißen, dass diese Veränderungen zu sexuellen Problemen führen. Solange keine Krankheiten oder Nebenwirkungen von Medikamenten auftreten, müssen wir uns keine Sorgen um unsere Sexualität machen. (Vgl. Butler & Lewis 1996:20)

Körper, Geist und Gefühlsleben werden in den Geschlechtsakt miteinbezogen, auch das Nervensystem, die Hormone und die Organe unseres Körpers spielen dabei eine bedeutende Rolle. Sie nehmen alle am Reaktionszyklus teil. Beginnend von der sexuellen Lust und Erregung bis zum Orgasmus und letztendlich der Phase der Entspannung. Die sexuellen Reaktionen dieses hormonellen Vorgangs laufen beim Mann, wie auch bei der Frau ganz ähnlich ab. (Vgl. Butler & Lewis 1996:20)

Sexuelle Stimulation kann in einer Vielfalt durch Bilder, Gedanken, Gefühle, Gerüche und Berührungen erfolgen. Dabei werden die Sexualorgane intensiv durchblutet, es steigert sich die Muskelspannung und auch der Beckenbereich reagiert. Besonders wichtig sind bei dieser Reaktion die Sexualhormone, welche bei Frauen in den Eierstöcken und bei Männern in den Hoden und bei beiden in den Nebennieren produziert werden. Für die Entwicklung und die Funktionsfähigkeit der weiblichen Sexualorgane ist Östrogen, ein weibliches Hormon, sehr bedeutsam. Sexuelle Begierde wird durch das männliche Hormon Testosteron gesteuert, sowohl beim Mann als auch bei der Frau (Auch Frauen verfügen in kleinen Mengen über Testosteron). Weiters beeinflusst es bei Männern die sexuelle Entwicklung und die Leistungsfähigkeit. Die Ausschüttung aller Hormone erfolgt über die Hirnanhangdrüse, die unterhalb des Gehirns liegt und als wichtigste Drüse des Körpers bezeichnet wird. Durch die im Alter auftretenden körperlichen Veränderungen wird die Sexualität von Frauen und Männern in unterschiedlichster Weise beeinflusst. (Vgl. Butler & Lewis 1996:20f.)

11.1 Veränderung der Sexualorgane im Alter

11.1.1 Klitoris

Sie dient ausschließlich der Lust und besitzt doppelt so viele Nervenfasern als der Penis. Die Klitoris besteht aus 2 Schenkeln, zwei darunter liegenden Schwellkörpern, welche die Harnröhre

umschließen, an die Vaginalwand anschließen und sich versteifen können. Bei Erregung strömt Blut in die Klitoris ein, wird jedoch nicht festgehalten, sondern immer wieder gepumpt. Dadurch kann man entspannen und viele Orgasmen hintereinander haben, auch im Alter. Jedoch kann die Klitoris bei älteren Frauen kleiner und sensibler werden. (Vgl. Grond 2001: 44f.)

11.1.2 Schamlippen

Durch den in der Menopause bedingten Östrogenmangel schrumpfen die Schamlippen, schwellen langsamer an und bleiben dadurch oft trocken, weshalb es den Geschlechtsakt schmerzhaft macht. (Vgl. Grond 2001: 45)

11.1.3 Vagina

Im Alter lässt sich die Vagina nicht mehr so leicht dehnen, da sie dünnwandig wird und austrocknet. Das Eindringen des Penis wird schwerer, da die Gleitfähigkeit nicht mehr gegeben ist und die Schmerzen das Erleben des Geschlechtsverkehrs beeinträchtigen. Die Blase ist durch die dünner gewordene Vaginalwand weniger geschützt und deshalb kommt es beim Geschlechtsverkehr nicht selten zur Dranginkontinenz. Beckenbodentraining führt nicht nur zur Verbesserung bei Stress- oder Belastungsinkontinenz, sondern fördert auch die Orgasmusfähigkeit. (Vgl. Grond 2001: 45)

11.2 Auswirkungen auf den sexuellen Reaktionszyklus

Die sexuelle Reaktion lässt sich in vier verschiedene Phasen einteilen, welche aus der Erregungsphase, Plateauphase, Orgasmusphase und Rückbildungsphase besteht. Kurze Erläuterung der vier Phasen:

11.2.1 Erregungsphase

Sexuelle Erregung kann sich bei Frauen auf zwei Arten äußern. Die Brustwarzen werden hart (Mamillenreaktion) und die Klitoris schwillt an. Beide Reaktionen treten sowohl bei der 70-jährigen, als auch bei der jungen Frau auf. Durch die Reduktion der Sexualhormone in den Wechseljahren verändert sich zwar die Vagina in ihrem Aussehen und ihrer Reaktion, die sexuelle Empfindung wird jedoch nicht beeinträchtigt. In der Erregungs- und Plateauphase ist lediglich die Spannung der Beckenmuskulatur nicht mehr so stark ausgeprägt wie in jüngeren Jahren. (Vgl. Sydow 1994:16)

11.2.2 Plateauphase

Ein gewisses Maß an sexueller Erregung ist bereits in der Plateauphase erreicht worden, die Klitoris zieht sich wieder zurück, sie ist nicht mehr so leicht zu ertasten wie in der Erregungsphase. In dieser Phase schwillt das äußere Drittel der Vagina an (orgiastische Manschette). Beide Reaktionen treten sowohl bei jüngeren als auch älteren Frauen auf. (Vgl. Sydow 1994:16f.)

11.2.3 Orgasmusphase

Die physiologische Reaktion des Orgasmus erfolgt durch unwillkürliche Kontraktionen der Vagina, welche auch als orgiastische Manschette bezeichnet wird. Außer der Orgasmusphase, die bei älteren Frauen kürzer ist, sind beide Reaktionen bei jüngeren als auch älteren Frauen anzutreffen. Kontraktionen der Rektalmuskeln treten bei älteren Frauen seltener auf, sind jedoch bei starker sexueller Erregung vorhanden. (Vgl. Sydow 1994:17)

Auch physische Veränderungen bewirken keinen Verlust der Orgasmusfähigkeit im Alter. Den Höhepunkt der Orgasmusfähigkeit erreicht die Frau zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr. (Vgl. Eberfeld 1992: 43)

11.2.4 Rückbildungsphase

Bei älteren Frauen bildet sich die Vagina schneller in den unstimulierten Zustand zurück. Vulva und Vagina werden zwar mit dem Alter empfindlicher, die sexuelle Reaktionsfähigkeit (Erregbarkeit, Orgasmusfähigkeit) bleibt aber auch nach den Wechseljahren bis ins hohe Alter erhalten. (Vgl. Sydow 1994:17)

11.3 Funktionelle sexuelle Störungen

A. Störungen der Appetenzphase (betrifft das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von sexuellem Interesse) – z.B. Abneigung gegen Sexualität, kein oder aber übermäßiges sexuelles Interesse.

B. Störungen der Erregungsphase – z.B. Probleme, erregt zu werden (auch Impotenz), Erregungsverlust

C. Störungen der Orgasmusphase – z.B. vorzeitiger Orgasmus (Ejakulatio Praecox, d.h. der Mann ejakuliert, bevor er „eigentlich will“), verzögerter oder ausbleibender Orgasmus, mangelnde subjektive Befriedigung.

D. Koitusprobleme – z.B. Vaginismus (unwillkürliche Verkrampfung der Vaginalmuskulatur, die den Geschlechtsverkehr unmöglich macht), Schmerzen beim Geschlechtsverkehr.

E. Ausklingphase – z.B. Missempfinden nach Sexualität oder beim Orgasmus (Sydow 1994:27)

Es lässt sich oft nicht bestimmen, was ein sexuelles Problem ist, da das subjektive Erleben von Frau und Mann unterschiedlich ist. Selten sind funktionelle Störungen die Ursache, sondern emotionale und Beziehungsprobleme. Sydow Kirsten nannte zwei Arten von Problemen: 9 % der Männer haben Probleme mit der Potenz und 5 % der Frauen haben Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. (Vgl. Sydow 1994:27)

11.4 Die sexuelle Reaktionsfähigkeit der älteren Frau

Sexualität ist auch noch im höheren Alter möglich und somit stellt sich die Frage der sexuellen Reaktionsfähigkeit. Im höheren Alter zum Orgasmus zu kommen ist möglich, sofern die sexuellen Kontakte aufrecht gehalten wurden. Das Bedürfnis nach sexuellem Kontakt wächst sogar mit dem Alter, wobei die Fähigkeit einen Orgasmus zu erleben vom 30. bis zum 60. Lebensjahr auf gleichem Niveau bleibt. Die Lust steigt mit dem Ablegen der Angst vor unerwarteter Schwangerschaft oder durch Absetzen der Pille, wodurch die sexuelle Erlebnisfähigkeit gestört war. Wobei letzteres nur auf 20 Prozent der Frauen zutrifft, bei 23 Prozent ist die Lust unter der hormonellen Kontrazeption sogar verstärkt, bei 57 Prozent bleibt sie unverändert. Wenn es jedoch durch die Einnahme der Pille zu einer Abnahme der Lust kommt, sollten auch psychische Probleme in Erwägung gezogen werden. (Vgl. Cyran & Halhuber 1992:41f.)

Diese beeinflussenden Faktoren erübrigen sich nach der Menopause, wenn also die Regel aufgehört hat und keine Empfängnismöglichkeit mehr besteht. Durch die Unregelmäßigkeit der Blutungen in den Jahren vor der Menopause besteht jedoch die Gelegenheit zu empfangen. Ein noch vorhandener monatlicher Zyklus ist ein Hinweis auf eine bestehende Empfängnismöglichkeit unabhängig vom Lebensalter. Schwangerschaften im Alter von 50 Jahren sind keine Unmöglichkeit, sind aber eher selten der Fall. Es gibt auch immer wieder Frauen, die trotz regelmäßigen ehelichen Geschlechtsverkehrs keinen Orgasmus in ihrem Leben hatten und erst mit über 60 mit einem geliebten Partner einen Orgasmus erleben. (Vgl. Cyran & Halhuber 1992:42f.)

11.5 Das männliche Hormon, das Libidohormon für Mann und Frau

Die Sexualität ist nicht nur von sozialen und psychischen Ursachen bestimmt, sondern auch von hormonellen Einflüssen. Das männliche Hormon Testosteron kann die herabgesetzte sexuelle Erlebnisfähigkeit der Frau dosieren. Die im Eierstock und in der Nebennierenrinde gebildeten männlichen Hormone überwiegen im Alter. Die physiologische Reaktionsfähigkeit vermindert sich jedoch, wodurch sexuelle Reize eine längere Stimulierung verlangen. Eine angenehme Atmosphäre und ein einfühlsames Vorspiel sind genau deshalb für die ältere Frau von großer Bedeutung. Bei vielen älteren Frauen wird auch dann die Scheide für die sexuelle Tätigkeit nicht feucht genug. Mithilfe von Östrogenen in Form von Cremes, durch Einnahme von Tabletten oder Anwendung von Pflastern oder Spritzen lässt sich die Scheide befeuchten. Durch Östrogenzugabe lässt sich auch die Schmerzfähigkeit der orgasmischen Kontraktionen der Gebärmutter lindern. (Vgl. Cyran & Halhuber 1992:43f.)

Der Östrogenausfall nach der Menopause wirkt sich besonders störend auf die sexuellen Kontaktmöglichkeiten der Frau aus:

Es kommt zur Scheidenverengung und –entzündung. Ein weiteres Problem ist die Reizblase, da es mit zunehmendem Alter schwieriger wird den Harn zurückzuhalten und der Harndrang bei oder nach der sexuellen Erregung bei dem Geschlechtsverkehr hinderlich sein kann. Die Verletzlichkeit der Scheide und Schmerzen sind ein weiterer Faktor. Auch die Klitorisregion ist hoch empfindlich, weil die Vorhaut der Klitoris dünner wird und diese die Klitoris kaum noch schützen kann. (Vgl. Cyran & Halhuber 1992:44)

12 Emotionale Probleme mit der Sexualität

Nicht nur körperliche sondern auch emotionale Vorgänge beeinflussen unsere Sexualität. Plötzlich eintretende Ereignisse wie der Tod eines geliebten Menschen, eine starke Auseinandersetzung mit dem Partner / der Partnerin, der Eintritt in die Pensionierung oder zuviel Stress und Sorgen können zu sexuellen Problemen führen. Auch das Älterwerden ist mit einer großen Angst verbunden, weil man nicht weiß, was auf einen zukommt und wie man sich zu verhalten hat. Die Einstellung der Gesellschaft und die eigene Erziehung prägen unseren Umgang mit der Sexualität. (Vgl. Butler & Lewis 1996:141)

12.1 Persönliche Ängste

Der normale Alterungsprozess wirkt sich, abgesehen von den möglichen Veränderungen durch die Wechseljahre, auf die sexuelle Leistungsfähigkeit von Frauen nur gering aus. Im Gegensatz zu Männern können Frauen auch den Geschlechtsakt vollziehen, wenn sie unter Stress stehen oder kein Interesse haben. Frauen fürchten vereinzelt das Nachlassen der Orgasmusfunktion, werden aber aufgrund der Wechseljahre entspannter, weil sie sich fallen lassen können, da die Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft verschwindet. Gleichzeitig lässt oft der Stress zu Hause nach, die Kinder ziehen aus, was als angenehm empfunden wird, da somit die Verantwortung abnimmt. (Vgl. Butler & Lewis 1996:144)

Frauen aus früheren Generationen hatten jedoch andere Probleme. Sie wuchsen mit der Vorstellung auf, dass Sex nichts für „anständige Frauen“ sei. Sie wurden passiv, zurückhaltend und duldsam erzogen. Sex galt als eheliche Pflicht und wurde nicht mit Freude und Spaß in Verbindung gesetzt. Diese im 19.Jdt. festgelegten Vorstellungen können einer Beziehung auch noch heute im Weg stehen. Wichtig ist es zu klären, welche Absichten vorhanden sind. Persönliche Wünsche sollten unbedingt berücksichtigt werden. (Vgl. Butler & Lewis 1996:144f.)

Das größte Problem, mit dem Frauen im Alter konfrontiert werden, ist jedoch die Partnerlosigkeit. Aufgrund der hohen Lebenserwartung der Frauen, die rund 83 Jahre beträgt, leben sie im Durchschnitt 5-7 Jahre länger als Männer, bei denen die Lebenserwartung bei 78 Jahren liegt. Frauen heiraten dann meistens auch noch einen Partner, der 3 Jahre älter als sie sind, wodurch auch die Anzahl der Witwen steigt. (Vgl. Butler & Lewis 1996:145)

In der Gesamtpopulation von Frauen und Männern über 60+ gibt es weniger Männer als Frauen. Frauen, die gerne Geschlechtsverkehr hätten, haben keinen Partner in ihrem Alter, um den Koitus zu vollziehen. (Vgl. Sydow 1994:24)

12.2 Die „Greisen-Falle“

Alte Menschen, die körperlich und geistig noch fit sind, tun manchmal so, als wären sie gebrechliche Greise, die ohne Krücken nicht mehr gehen können. Sie spielen stur ihre Rolle des starren alten Menschen. Wenn sie hilflos sind, dann brauchen sie keine Verantwortung gegenüber sich selbst und anderen zu übernehmen und hoffen somit auf das Mitleid anderer. Dieses Verhalten ist oft ein Zeichen für eine Identitätskrise und ist oft verbunden mit Demoralisierung und Resignation. Die meisten behaupten dann, sie hätten keine Leistungskraft mehr und seien für sexuelle Aktivitäten nicht mehr fit genug. Viele ältere Menschen versuchen sexuellen Beziehungen

aus dem Weg zu gehen, anstatt mit dem / der PartnerIn über ihre Probleme zu sprechen. Durch die äußeren Erscheinungen des Alterungsprozesses halten sich viele für hässlich und nicht mehr begehrenswert. Sie versuchen alles, um jünger auszusehen, wobei alle Versuche den Alterungsprozess zu stoppen, vergeblich sind. (Vgl. Butler & Lewis 1996:145f.)

Wie kann man die „Greisen“-Falle vermeiden?

Sich mit einem lebendigen, attraktiven Freundeskreis anzufrunden, ist das beste Lösungsmittel. Man soll mit anderen sprechen, andere um Rat fragen und neue Einstellungen und Verhaltensmuster ausprobieren. Vorerst sollte man sich diese Menschen als Vorbilder nehmen, bis man, wenn man selbst soweit ist, für andere ein Vorbild ist. (Vgl. Butler & Lewis 1996:145f.)

12.3 Scham und Schuldgefühle

Sexualität ist bei vielen alten Menschen mit Scham und Schuldgefühlen verbunden, wobei diese Gefühle schon seit früher Kindheit und Jugend bestehen. Die heute über sechzig Jährigen wurden nicht ausreichend aufgeklärt und es wurden ihnen Schuldgefühle eingeredet, wenn sie ihren sexuellen Regungen nachgingen. Früher herrschte die Vorstellung, dass die Kindheit „rein“ und „unschuldig“ sei und man nichts mit Sexualität zu tun haben sollte. Jede Art von sexueller Erregung und Masturbation waren streng verboten. Noch im 19. Jahrhundert hat man versucht, die Kinder, vor allem die Jungen, davon abzuhalten, sich selbst zu stimulieren. Es wurde ihnen erzählt, dass Masturbation zu Rückenmarksschwund und Geisteskrankheiten führt. Viele ältere Männer teilen die Annahme, dass zuviel Sex die Potenz mindern könnte und somit die Reserven an Samenflüssigkeit aufgebraucht werden. Das stimmt natürlich nicht, da die Samenflüssigkeit vom Körper ständig neu produziert wird. In dieser Zeit war auch die Geburtenkontrolle noch stark eingeschränkt, da Verhütungsmittel noch nicht so verlässlich waren und somit die Angst vor Geschlechtskrankheiten und Schwangerschaft noch relativ groß war. (Vgl. Butler & Lewis 1996:148f.)

Obwohl sich in unserer Gesellschaft die allgemeine Einstellung zur Sexualität verändert hat, lassen sich prägende Gefühle wie Schuld und Scham nicht so leicht überwinden. Deshalb fällt es vielen älteren Menschen schwer, ihren sexuellen Wünschen nachzugehen. Ältere Menschen sollten deshalb lernen, ihre Gefühle aus früher Kindheit zu verstehen und sich somit langsam an die Sexualität herantasten. (Vgl. Butler & Lewis 1996:149)

13 Probleme in der Partnerschaft

Sexuelle Probleme können auch durch Konflikte in der Partnerschaft entstehen. Wenn der / die PartnerIn über längere Zeit Wut oder Langweile empfindet, kann das bei Männern zu Potenzproblemen und bei Frauen zu einem sexuellen Desinteresse führen. Ein geringes sexuelles Interesse ist zumindest für einen der beiden Partner ein großes Problem. SexualtherapeutInnen sagen, dass ein großer Teil ihrer Klientel über ein vermindertes sexuelles Verlangen klagt. Bei fast allen Menschen kommt es einmal in ihrem Leben zu Schwankungen ihres sexuellen Interesses. Das Verlangen kommt nach einer gewissen Zeit normalerweise wieder. Wenn das Desinteresse aber länger anhält, kann dies zu sexuellen Störungen führen, die sich als hartnäckig erweisen und schwer zu behandeln sind. Erfolg erreicht man durch eine Kombination aus Sexualtherapie, Psychotherapie und Paarberatung. (Vgl. Butler & Lewis 1996:150)

Bei anderen wiederum besteht das sexuelle Verlangen, die körperliche Reaktion fehlt jedoch. Bei Frauen äußert sich dies in Orgasmusproblemen und bei Männern in Impotenz. Oft können Ursachen wie Stress, Angst, Wut, Trauer und Depressionen dahinter stecken. Wenn das emotional bestehende Problem gelöst ist, stellt sich die körperliche Reaktion normalerweise wieder von selbst ein. Jedoch können diese psychisch bedingten Symptome den Betroffenen auch verunsichern und somit verängstigen, dass es zu Leistungsdruck und andauernden sexuellen Störungen kommt. (Vgl. Butler & Lewis 1996:151)

Man sollte versuchen sich zu entspannen und darauf vertrauen, dass die volle sexuelle Funktionsfähigkeit wieder zurückkehrt, sobald man wieder sein emotionales Gleichgewicht erreicht. Wichtig ist die Harmonie in einer Partnerschaft, denn sexuelle Aktivitäten lassen sich nicht erzwingen. Außerdem sollte man sich für körperliche Stimulation Zeit lassen und den Körper als Ganzes einbeziehen. (Vgl. Butler & Lewis 1996:151)

13.1 Phasen der Erregung nach Masters und Johnson

Diese 3 Phasen werden oft bei der Sexualtherapie eingesetzt um einem Paar zu zeigen, wie es sich am besten entspannt und sich in den Zustand sexueller Erregung versetzen kann, der dann schlussendlich zum Orgasmus führt.

Phase I

In dieser Phase stehen nicht-genitale Zärtlichkeiten im Vordergrund, die den Körper als Ganzes einbeziehen.

Phase II

Die Genitalien werden durch Berührung und Streicheln einbezogen.

Phase III

Es kommt zu einem angstfreien Geschlechtsverkehr, der Vergnügen bereiten soll und bei dem es nicht um Leistung geht. (Vgl. Butler & Lewis 1996:151)

14 Veränderte Rollen

Störungen im sexuellen Verhalten können auch durch veränderte Rollen in der Partnerschaft entstehen, weil dadurch das Gleichgewicht der Beziehung ins Wanken gerät. In den meisten Beziehungen nimmt der Mann die Rolle des Beschützers ein, von dem die Partnerin abhängig ist. Wenn nun der Mann plötzlich krank und pflegebedürftig wird, kann es zu Problemen kommen, da den jeweiligen Rollen die Grundlage entzogen worden ist. Die beschützte und behütete Frau muss in eine aktive Rolle schlüpfen und selbst Verantwortung übernehmen. Man hat beobachtet, dass Frauen im Alter selbstbewusster und Männer fürsorglicher werden, dies trifft auf zahlreiche Kulturen zu. Vielleicht ist es dadurch zu erklären, dass ihre Rollen routiniert sind und sie sich nach Veränderung sehnen. Sexuelle Langweile und Passivität ist weit verbreitet, da die Routine den Ablauf bestimmt. Es kann auch sein, dass einem am anderen Partner / Partnerin nicht mehr so viel liegt und ein neuer Partner / eine neue Partnerin neuen Schwung ins Liebesleben bringen würde. Beziehungen, die früher instabil und unbefriedigend waren, werden im höheren Alter, wenn die Kinder das Haus verlassen haben und die Eltern in die Pension eingetreten sind, häufig besser, da der Stress und die Belastungen weniger werden. In dieser Zeit können beide Partner reifen und wachsen, um eine neue Basis zu finden. Es kann aber auch zu einseitigen Veränderungen kommen,

indem der Partner / die Partnerin sich neu orientiert und der andere Partner / die Partnerin zurückgelassen wird. (Vgl. Butler & Lewis 1996:153f.)

Was kann man nun tun, wenn es Probleme in der Partnerschaft gibt?

Der wichtigste Schritt ist miteinander zu sprechen, um die Ursachen der Probleme gemeinsam zu ergründen und Lösungsmöglichkeiten zu finden. Das ist nicht einfach, denn es ist schwer, sich ein Problem einzugestehen. Es ist doch viel einfacher, das Problem dem anderen unterzuschieben. Deshalb ist es sehr wichtig, ehrlich und objektiv zu sein, anstatt einen Schuldigen zu suchen. Wenn man jedoch feststellt, dass man sich nicht unterhalten kann, könnte man gemeinsam eine psychotherapeutische oder ärztliche Beratung aufsuchen. (Vgl. Butler & Lewis 1996:154)

15 Besondere Lebenssituationen

15.1 Scheidung

Trennung und Scheidung führen häufiger zu einer therapeutischen Beratung als andere Lebenskrisen, weil sie so schmerzhaft sind. Untersuchungen zeigen, dass Männer eher zu psychischen Anpassungsschwierigkeiten neigen als Frauen, obwohl Frauen mit größeren finanziellen Problemen konfrontiert sind, vor allem dann, wenn sie Kinder haben. Mit zunehmendem Alter ändert sich dieses Bild. In den älteren Jahren fällt es Frauen noch schwerer sich anzupassen als Männer. Ihre finanzielle Situation ist meist noch komplizierter, viele haben noch nie außerhalb des Hauses gearbeitet und es gibt zu wenige Männer, die eine ältere Frau heiraten möchten. (Vgl. Butler & Lewis 1996:155f.)

Trennung und Scheidung können das Selbstbewusstsein beeinflussen und viele haben das Gefühl, nicht mehr begehrenswert und abgeschoben worden zu sein. Deshalb ist es sehr wichtig in dieser Phase neue Beziehungen aufzubauen und Freundschaften zu knüpfen, in denen man Unterstützung, soziale Bestätigung und vielleicht sogar Liebe finden kann. (Vgl. Butler & Lewis 1996:156)

15.2 Jüngere Frauen mit älteren Ehemännern

Sobald Männer das sechzigste Lebensjahr erreichen, machen sich viele jüngere Frauen Sorgen um die Potenz. Diese Angst ist jedoch meist unbegründet und kann durch gezielte Information und Aufklärung überwunden werden. Im Alter lässt die Kapazität für erotische Phantasien nach. Gefühle, Gedanken und Phantasien sind aber für die sexuelle Erregung sehr wichtig. Deshalb sollte man gemeinsam nach Möglichkeiten suchen, um eine erotische Stimmung zu erzeugen. Sei es mit

Musik, Massage oder einfach nur einer romantischen Umgebung. Mit liebevoller Rücksichtnahme und Unterstützung kann man älteren Männern helfen sich zu entspannen und altersbedingte Einschränkungen überwinden. (Vgl. Butler & Lewis 1996:156f.)

15.3 Pensionierung

Der Eintritt in die Pension kann für Beziehungen sowohl belastend als auch anregend sein. Wenn man plötzlich vierundzwanzig Stunden am Tag zusammen ist, muss man sich auf jeden Fall einander anpassen. Die ständige Nähe und das Zusammensein können bestehende Probleme stärker in den Mittelpunkt rücken. Man sollte versuchen, eine Balance zwischen gemeinsamer und allein verbrachter Zeit zu finden, so dass beide genug Bewegungsfreiheit haben, um die gemeinsame Zeit zu zweit genießen zu können. Wichtig ist es, offen über Gefühle mit dem / der PartnerIn zu sprechen. Mit dem Eintritt in die Pension ergeben sich nicht nur negative Aspekte, sondern auch positive. Man hat jetzt mehr Zeit, seine Beziehung zu pflegen und sich näher zu kommen und die Sexualität zu genießen. (Vgl. Butler & Lewis 1996:157f.)

15.4 Chronische Krankheiten und Behinderungen

Wenn durch Krankheit einer der beiden Partner körperlich oder geistig stark behindert ist, reagiert einer der beiden Partner normalerweise mit Besorgnis und dem Wunsch zu helfen. Eine Krankheit kann zu sexuellen Problemen führen, was aber nicht heißen soll, dass die zärtliche und erotische Beziehung dadurch zerbrechen muss. Deshalb sollte man nach Möglichkeiten suchen, um seine / ihre Sexualität auf andere befriedigende Weise auszudrücken. Je weniger man auf ein Ziel fixiert ist, desto wahrscheinlicher ist es, auf eine andere Art und Weise die körperliche Liebe zu genießen. Es ist oft schwierig den Partner / die Partnerin aufgrund einer Einschränkung als sexuell begehrenswert zu erachten, wenn man täglich Tätigkeiten wie Baden, Nahrung eingeben und Pflegen durchführt. In diesem Fall sollte man die Möglichkeit erwägen, eine Pflegekraft bzw. eine Haushaltshilfe einzustellen. Probleme sollten ausgesprochen werden und man sollte auf seine Gefühle vertrauen. (Vgl. Butler & Lewis 1996:158ff.)

15.5 Leben im Heim

Viele Menschen ab fünfundsechzig leben in Altersheimen, Pflegeheimen oder in betreuten Wohneinrichtungen. Das Recht auf Privatsphäre und ein sexuelles Leben wird ihnen oft versagt. Gespräche mit BesucherInnen werden von PatientInnen oder Personal mitgehört und vor allem Verheiratete haben nicht die Gelegenheit, sich allein und ungestört mit dem Partner / der Partnerin

zu treffen. Jene, die dadurch zur Selbststimulation Zuflucht nehmen, müssen immer darauf vorbereitet sein, erwischt zu werden. (Vgl. Butler & Lewis 1996:161)

15.6 Tod des Partners / der Partnerin

Mit steigendem Alter nimmt auch die Gefahr zu, dass einer der beiden Partner stirbt und man so als Witwe oder Witwer endet. Diese unvermeidliche Lebenserfahrung bringt Verlust und Trauer mit sich und muss verarbeitet und akzeptiert werden. Die Überlebende / der Überlebende muss ihr / sein gewohntes Leben wieder aufnehmen, damit er sich ein neues Leben aufbauen kann. Einen geliebten Menschen zu verlieren, ist für jeden ein großer Schock und muss erstmal verarbeitet werden. Die Zeit der Trauer ist sehr intensiv und dauert lange. (Vgl. Butler & Lewis 1996:163)

Man durchlebt in dieser Zeit einige Phasen:

Die akute Trauerphase, welche durch Hoffnungslosigkeit, Wut und Niedergeschlagenheit gekennzeichnet ist, dauert meistens ein bis zwei Monate.

In den darauf folgenden sechs bis achtzehn Monaten schließt sich eine etwas ruhigere Trauerphase an. Sehr schwierig wird es für jenen Partner / jener Partnerin, wenn der Todesfall plötzlich eintritt und der / die überlebende Person nicht auf das Alleinsein vorbereitet ist. Es entsteht das verzweifelte Gefühl nicht allein weiter leben zu können. In diesem Fall ist es wichtig, den Trauernden zu unterstützen und dabei zu helfen, ein aktives Leben aufzubauen. Man sollte seinen Gefühlen freien Lauf lassen und Traurigkeit, Wut und Ärger zulassen. Es ist auch wichtig über sexuelle Gefühle zu sprechen. Viele Verwitwete sind überrascht, dass sie das Sexualleben am meisten vermissen und es fällt ihnen oft schwer dies zu äußern. (vgl. Butler & Lewis 1996:163f.)

Bei unheilbarer Krankheit des Partners / der Partnerin wird ein Teil der Trauerreaktion vor dem erwarteten Tod des kranken Partners / der Partnerin durchlebt. Dies kann den Schock dämpfen, wobei sich der gesunde Partner / die Partnerin zurückzieht, als wäre der im Sterben liegende Mensch bereits tot. (Vgl. Butler & Lewis 1996:164)

Nach dem Tod des Partners / der Partnerin fällt es vielen schwer sich auf eine neue Beziehung einzulassen, da dies immer wieder mit Schuldgefühlen und Ängsten verbunden ist. Einen Menschen zu finden, den man liebt, sei ein Verrat an der Liebe des Verstorbenen. Viele versuchen die Erinnerung des Verstorbenen aufrechtzuerhalten, wobei es dann meistens zu Verehrung oder gar Idealisierung kommt. Dennoch ist es wichtig, die verstorbene Person in Erinnerung zu behalten,

sich jedoch nicht an der Vergangenheit festzuhalten, sondern in die Zukunft zu blicken. (Vgl. Butler & Lewis 1996:164)

16 Krankheiten und Sexualität

Wenn man den Gesundheitszustand des alten Menschen betrachtet, lässt sich feststellen, dass bei Männern ein enger Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und dem sexuellen Verhalten besteht. (Vgl. Sydow 1994:19)

Hegerle (1982, zitiert nach Sydow, 1994:19) sagt, dass diejenigen, die gesünder sind, häufiger sexuell aktiv sind.

Aresin (1980 et.al., zitiert nach Sydow, 1994:19) betont, dass bei Frauen die sexuellen Aktivitäten nicht vom eigenen Befinden abhängen, sondern auf den Gesundheitszustand des Partners zurückzuführen sind.

Eine akute Krankheit verringert den Wunsch nach Sexualität. Sobald jedoch die Krankheit überwunden ist, kommt auch das sexuelle Verlangen wieder. Umso komplizierter wird es, wenn es sich um eine chronische Krankheit handelt. (Vgl. Sydow 1994:20)

Im folgenden Teil meiner Arbeit, werde ich auf einige medizinische Probleme eingehen, welche Auswirkungen auf die Sexualität des alten Menschen haben.

16.1 Medikamente

Viele Medikamente beeinträchtigen und mindern die Erregung, dazu zählen Psychopharmaka (z.B. Antidepressiva) wie auch Antihistamine. Negativ auf die Potenz von Männern wirken sich Medikamente gegen Bluthochdruck (Antihypertensiva) aus. Die weibliche Sexualität wird durch Einnahme von Medikamenten nicht beeinträchtigt. (Vgl. Sydow 1994:21)

16.2 Diabetes

Capuzzi (1982, zitiert nach Sydow 1994:21) betont, dass sexuelle Störungen bei Diabetikern relativ häufig auftreten. Bei Frauen sei die Lubrikation der Vagina (=Befeuchtung der Scheide) vermindert und schwächer ausgebildet, bei Männern kann Diabetes Mellitus zu Impotenz führen.

16.3 Herz-Kreislaufkrankungen

Brecher (1984, zitiert nach Sydow 1994:21) betont, dass Menschen, die in ihrem Leben schon einmal einen Herzinfarkt hatten, Angst vor einem wiederholten Anfall haben. Sexuelle Aktivitäten sind vergleichbar mit Anstrengungen beim Treppensteigen. Die Herzfrequenz steigt an, der Blutdruck erhöht sich und man beginnt schneller zu atmen.

Butler (1976, zitiert nach Sydow 1994:22) betont, dass etwa 1 % der Herztode während oder nach dem Geschlechtsverkehr passieren. Es zeigt sich jedoch, dass Männer und Frauen, die einen Infarkt hinter sich hatten, weniger sexuell aktiv sind.

Althoff (1984, zitiert nach Sydow 1994:22) stellte fest, dass nach Bypass-Operationen an der Herzerterie die weibliche Sexualität weniger betroffen ist als die männliche.

16.4 Brustoperationen

Die Entfernung der Brüste (Mastektomie) erfolgt meist aufgrund einer lebensbedrohlichen Erkrankung, in den meisten Fällen durch eine Krebserkrankung. Durch die Entfernung vermindert sich das Selbstwertgefühl und es verändert sich das körperliche Selbstbild. Eine Korrektur durch plastische Chirurgie wird hier in den meisten Fällen eingesetzt. Laut Brecher (1984, zitiert nach Sydow 1994:22) hat eine Mastektomie nur wenig Einfluss auf das weibliche Sexualverhalten.

16.5 Operationen an der Gebärmutter / Eierstöcken oder Prostata

Die Hysterektomie (operative Entfernung der Gebärmutter) wird bei Frauen im mittleren Alter aufgrund starker Menstruationsblutungen, Uterusmyomen (gutartige Muskelgeschwulst der Gebärmutter) oder Krebserkrankungen durchgeführt. Viele haben den Irrglauben, dass sie danach „keine richtige Frau mehr“ sind. Jedoch gibt es keinen medizinischen Grund dafür, dass sich das sexuelle Interesse nach solch einer Operation verändert. Wenn dies jedoch der Fall sein sollte, dann ist dies meist darauf zurückzuführen, dass die Operation psychisch noch nicht verarbeitet wurde. (Vgl. Sydow 1994:23).

Laut Brecher (1984, zitiert nach Sydow 1994:23) hat eine operative Entfernung der Gebärmutter nur einen sehr geringen Einfluss auf die weibliche Sexualität. Bei Männern wirkt sich eine Prostataektomie im Fall einer Krebserkrankung meistens negativ auf die sexuelle Aktivität aus.

16.6 Arthritis

Laut Zimring (1979, zitiert nach Sydow 1994:24) schränkt Arthritis die Beweglichkeit beim Sexualverkehr ein und es kommt dadurch zu Problemen beim Sexualverkehr. Arthritis ist schmerzhaft und kann die Lust dämpfen.

16.7 Demenz und Sexualität

Bei Demenz setzt ein kontinuierlicher Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit ein, vor allem das Gedächtnis und das Denkvermögen sind betroffen und werden beeinträchtigt.

Quelle: http://www.netdokter.at/krankheiten/fakta/demenz_allgemein.shtml (Datum des Zugriffs: 01.02.2010)

Eine Demenzerkrankung kann zu einer Veränderung des Sexualverhaltens führen, welche nicht nur die erkrankte Person allein betrifft, sondern negative Auswirkungen auf die Umwelt hat. Es kann zu übermäßiger Masturbation, zu exhibitionistischen Aktivitäten oder zu verbalen oder tätlichen Übergriffen auf andere Menschen kommen. In welchem Umfang solche Probleme im Zusammenhang mit den Faktoren stehen ist noch nicht bekannt. Forschungen zu diesem Thema wären wünschenswert. (Vgl. Sydow 1994:29f.)

Schlussfolgerung

Die Ansicht, dass Sexualität im Alter schlicht vorbei ist, ist ein Irrglaube der Menschen. Es wird oft tabuisiert, dass unsere Eltern oder Großeltern die gleichen Bedürfnisse und sexuelle Wünsche haben wie wir. Man geht von dem Idealtypus aus, dass es sich nicht gehört, ein eigenes Sexualleben zu haben. Dennoch kann Sexualität das Alter in einer gewissen Art und Weise bereichern. Gesunde ältere Menschen können bis ins hohe Alter sexuell aktiv sein. Mit dem Älterwerden verändern sich zwar die Sexualorgane und der sexuelle Reaktionszyklus, das sexuelle Verhalten nimmt jedoch nicht ab.

Viele Frauen sehen den Beginn der Menopause als „Verlust der Weiblichkeit“ und glauben nicht mehr attraktiv zu sein. Deshalb versuchen sie, die Zeichen und Symptome zu verdrängen und nehmen die damit verbundenen Beschwerden nicht wahr. Dadurch kann es aber zu ernsthaften Erkrankungen kommen. Deshalb ist es wichtig, auf seine Bedürfnisse zu achten und die Symptome ernst zu nehmen. Aufgrund des natürlichen Alterungsprozesses und des fallenden Östrogenspiegels während der Wechseljahre werden Frauen anfälliger für Krankheiten. Osteoporose und andere schmerzhaftes Erkrankungen können jedoch mit einer Kombination aus medizinischer Therapie und zielgerechten Selbsthilfemaßnahmen bewältigt werden.

Psychische und körperliche Symptome in den Wechseljahren können durch vielfältige Therapieansätze gemindert werden. Mit der Hormonersatztherapie können die Beschwerden bei 90 Prozent der Frauen verschwinden und bei 98 Prozent tritt eine Linderung der Beschwerden ein. Auch das Anwenden von Selbsthilfetipps kann erfolgreich umgesetzt werden und lindert die Beschwerden.

Literaturverzeichnis

Bücher:

- Butler, R.N. & Lewis, M.I. (1996). „Alte Liebe rostet nicht“ Über den Umgang mit Sexualität im Alter: Hans Huber Verlag, Bern
- Cyran, W. & Halhuber, M.J. (1992). Erotik und Sexualität im Alter: Gustav Fischer Verlag, Stuttgart Jena New York
- Eberfeld, I. (1992). „Es wäre schon schön, nicht so allein zu sein“ Sexualität von Frauen im Alter: Campus Verlag Frankfurt, New York
- Grond, E. (2001). Sexualität im Alter, (K)ein Tabu in der Pflege: Brigitte Kunz Verlag, Hagen
- Neises, M. & Ditz, S. (2000). Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde: Thieme
- Stoppard, M. (2002). Ärztlicher Rat für Frauen, Sexualität und Partnerschaft, Die Wechseljahre: Urania Verlag, Berlin
- Sydow, K. (1994). Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen (2. verb. Aufl.):Ernst Reinhardt Verlag München, Basel

Quellen aus dem Internet:

- Edgar P, Prof. Dr. *Gesundheitsweb Österreich* (WWW Dokument) Verfügbar unter:
<http://www.netdoktor.at/krankheiten/fakta/uterusmyom.htm> (Datum des Zugriffs: 01.02.2010)
- Gruchalla B. & Debus G. (2006). Körperlichkeit und Sexualität der älteren Frau: Journal für Menopause (WWW Dokument). Verfügbar unter:
<http://www.kup.at/journals/inhalt/868.html> (Datum des Zugriffs: 01.02.2010)

Herbig, B. Dipl.-Ing. Alinasan GmbH. (2005). *Das Gesundheitsportal über alternative Heilmethoden und Diagnoseverfahren* (WWW Dokument). Verfügbar unter:
<http://www.das-gesundheitsportal.com/sites/mastodyn timer.html> (Datum des Zugriffs: 28.12.2009)

Hollinek, A. *Themenkanal Gesundheit* (WWW Dokument). Verfügbar unter:
<http://www.50plus.at/gesund/lebenser.htm> (Datum des Zugriffs: 15.11.2009)

Schmitz M. *Gesundheitsportal Onmeda* (WWW Dokument) Verfügbar unter:
<http://www.onmeda.de/krankheiten/osteoporose-definition-1490-2.html> (26.11.2009)

Schultz-Zehden B. *Freie Universität Wien: Wissenschaftsmagazin Alter und Altern* (WWW Dokument). Verfügbar unter:
http://www.fu-berlin.de/presse/publikationen/fundiert/2004_01/04_01_schultz-zehden/index.html
(Datum des Zugriffs: 27.01.2010)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die 4 Phasen des psychologischen Klimakteriums

Abbildung 2: Anteil sexuell aktiver Frauen aller Altersgruppen

Abbildung 3: Sexuell inaktive Frauen mit/ ohne Partner im Alter zwischen 50-70 Jahren