SEXUALITATE ȘI DEMENȚĂ

Autor : Dr. Nițu Cezar

Introducere

Sexualitatea vârstnicilor este tratată ca un subiect tabu, foarte greu de abordat. Tindem să considerăm că, odată cu înaintarea în vârstă, modul „corect” de desfășurare a vieții este diminuarea sau, mai bine zis, chiar dispariția completă a sexualității.

S-a observat că medicii întreabă de rutină despre problemele de natură sexuală în contextul bolilor cardiovasculare, al diabetului sau al depresiei — dar demența este exclusă aproape invariabil din această evaluare, rămânând unul dintre cele mai evitate subiecte din practica medicală curentă.

Această omisiune ar putea părea neutră, însă evidențiază o intersecție toxică între îmbătrânire, stigmatizarea demenței și disconfortul cultural față de sexualitatea vârstnicilor — o combinație care îi lasă, în final, pe pacienți fără sprijin, pe partenerii lor fără îndrumare și pe îngrijitori fără instrumente de intervenție.

Spectrul manifestărilor sexuale în demență

Este important să subliniem de la început că, deși demența în sine este o tragedie, efectele asupra sexualității nu trebuie să fie întotdeauna negative. Pentru multe dintre persoanele aflate în această situație, relațiile fizice rămân o sursă de confort și de sprijin reciproc cu mult după ce alte mijloace de comunicare s-au îngustat.

Înțelegerea populară asociază demența cu dezinhibiția sexuală — comportamente inadecvate, avansuri nesolicitate, limbaj vulgar. Realitatea este însă considerabil mai nuanțată: studiile arată că modificările sexuale în demență acoperă un spectru larg, în care scăderea dorinței (hiposexualitatea) este tabloul predominant.

Ahmed și colegii (2018) au arătat că, indiferent de tipul de demență, manifestarea cea mai frecventă este atenuarea dorinței, a intimității și a afecțiunii fizice. Comportamentele sexuale dezinhibate sunt prezente la o minoritate, estimată la până la 17% dintre pacienți și depind de tipul de demență și de zona creierului afectată.

Din punct de vedere medical, distincția cea mai relevantă este cea dintre demența frontotemporală și boala Alzheimer. În demența frontotemporală sunt afectați lobii frontali ai creierului — zonele care controlează comportamentul social și inhibarea impulsurilor; de aceea pot apărea comportamente inadecvate contextual, precum gesturi sau comentarii cu conținut sexual. Mendez și Shapira (2013) au raportat astfel de comportamente la 13% dintre pacienții cu demență frontotemporală, față de niciun caz în grupul cu Alzheimer. În boala Alzheimer, tabloul este invers: pierderea treptată a memoriei și a

Cofinanțat de Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

recunoașterii partenerului duce frecvent la retragere afectivă și dezinteres, iar uneori la orientarea afecțiunii spre alte persoane decât partenerul de viață — o situație dureroasă pentru cei apropiați.

Această diferențiere nu este una pur teoretică, un comportament dezinhibat la o persoană cu demență frontotemporală nu este o alegere, ci un simptom al bolii care cere o abordare diferită de retragerea afectivă a unei persoane ce suferă de demență Alzheimer.

Cele mai multe situații nu se petrec însă în cămine sau în relații noi, ci în interiorul unui cuplu cu o anumită vechime. Studiile arată constant că majoritatea partenerilor — în jur de 80% — observă o schimbare a vieții intime după debutul bolii, persoanele cu demență devenind indiferente față de viața sexuală. Un studiu observațional (Wright, 1998) a constatat că, la cinci ani de la debut, doar 27% dintre cuplurile afectate mai erau active sexual, față de 82% dintre cuplurile sănătoase de aceeași vârstă.

În spatele acestor procente stă drama partenerilor: aceea de a trăi alături de cineva care deși prezent fizic, devine treptat o alta persoană, personalitatea acestuia estompându-se treptat din cauza bolii care nu diminuează doar dorința ci uneori șterge însăși recunoașterea celuilalt.

La aceasta se adaugă și transformarea rolului: din partener, soț sau soție, devii treptat îngrijitor. Iar rolul de îngrijitor, cu rutina lui de igienă, medicație și supraveghere, erodează adesea dimensiunea romantică și erotică a relației. Un detaliu dintr-un studiu pe cinci ani este important de menționat: afecțiunea partenerului sănătos scădea constant pe parcursul bolii — dar își revenea semnificativ după ce persoana cu demență era internată într-o instituție de îngrijire.

Această dramă ridică o problemă pe care puțini îndrăznesc să o numească: vinovăția. Unii parteneri își pierd, în timp, atracția; alții caută apropiere în altă parte; mulți se simt vinovați pur și simplu pentru că își doresc, în continuare, intimitate, ca și cum dorința față de cineva bolnav ar fi o trădare. Niciuna dintre aceste reacții nu este un defect moral. Sunt răspunsuri omenești la o situație dificilă.

Consimțământul — dilema etică

Întrebarea este: poate o persoană cu demență să consimtă valid la o relație intimă?

Răspunsul simplificat — „nu poate” — este atât incorect, cât și potențial nociv. Capacitatea de a consimți nu este una de tipul „totul sau nimic” și nu se pierde uniform odată cu diagnosticul. Ea fluctuează, depinde de situație și de stadiul bolii. Wilkins (2023) argumentează că multe persoane cu demență ușoară sau moderată sunt perfect capabile să consimtă la o relație intimă cu un partener de lungă durată, mai ales atunci când relația precede boala și legătura afectivă se păstrează. Niciun diagnostic, nici măcar demența, nu exclude automat capacitatea unei persoane de a lua decizii într-un anumit domeniu al vieții ei.

Cofinanțat de Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

Totuși, cadrul juridic din numeroase țări nu reflectă această nuanță. Sorinmade, Ruck Keene și Peisah (2024) arată că legislația engleză și galeză, de pildă, cere un consimțământ exprimat chiar în momentul actului — ceea ce exclude practic orice persoană cu demență avansată, indiferent de istoricul relației.

Problema devine cu adevărat dificilă în relațiile noi, mai ales în cămine, unde o persoană cu demență poate căuta apropierea altcuiva. Aici, evaluarea capacității de consimțământ ar trebui să fie individuală și să țină cont de mai mulți factori: dacă persoana înțelege natura relației, dacă se poate feri de exploatare, dacă este conștientă de riscuri, precum și de starea ei emoțională și de semnele de plăcere sau de disconfort. Peisah și colegii (2021) propun un model gradat al evaluării capacității, sensibil la contextul relației, ca alternativă la abordarea rigidă de tip „da/nu”.

Implicații practice

Trebuie sa înțelegem că persoana care trăiește alături de un partener cu demență duce o povară pe care societatea o vede rareori. Orice abordare a acestei teme trebuie să pornească de la recunoașterea acestei drame, nu de la o listă de comportamente de corectat.

Sprijinul cel mai valoros pe care îl poate primi un astfel de partener nu este, adesea, unul medical, ci unul de înțelegere. A i se explica de ce s-a schimbat comportamentul celui drag — că este boala, nu o respingere personală — poate aduce un sentiment de ușurare. La fel de important este să i se spună ca absența vieții sexuale nu înseamnă sfârșitul intimității, o îmbrățișare, ținutul de mână, apropierea fizică rămân forme valoroase de conexiune și nu duc la comportamente problematice. Partenerii persoanelor cu demență au dreptul la propria viață afectivă, iar nevoile lor nu dispar pentru că celălalt s-a îmbolnăvit.

Există și un nivel instituțional al problemei. Grigorovich și Kontos (2022) identifică principalele bariere din cămine: atitudinile negative ale personalului, lipsa unor reguli clare privind intimitatea și absența spațiilor private. Sexualitatea nu înseamnă doar actul sexual, ci o gamă largă de gesturi: atingere, tandrețe, apropiere, iar multe instituții, prin reguli restrictive le neagă rezidenților chiar și aceste forme blânde de conexiune. Recunoașterea nevoii de intimitate și crearea unor condiții decente pentru ea țin tot de respectul față de demnitatea persoanei.

Câteva repere pot ajuta familiile și îngrijitorii:

Recunoașteți, nu ignorați. Viața afectivă și intimă ar trebui să facă parte din discuția despre persoana cu demență, atât la diagnostic, cât și pe parcursul bolii.

Comportamentul este, cel mai adesea, un simptom, nu o alegere. Modificările — fie scădere a dorinței, fie dezinhibiție — sunt urmări ale bolii, nu defecte morale. Înțelegerea acestui lucru reduce vinovăția și ghidează reacția familiei.

Cofinanțat de Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

Distingeți boala de normalitate. O persoană cu demență frontotemporală care face avansuri nepotrivite se află într-o situație diferită de una cu Alzheimer care își dorește apropierea partenerului de o viață. Reacția trebuie să reflecte această diferență.

Cum se gestionează comportamentele sexuale inadecvate

Atunci când apar comportamente sexuale nepotrivite, există două direcții principale de abordare: intervențiile psihologice și de mediu, pe de o parte, și medicația, pe de altă parte. Regula generală este că medicația ar trebui luată în calcul abia după ce celelalte măsuri au fost încercate fără succes. Alegerea depinde de cât de urgentă este situația, de tipul comportamentului și de celelalte afecțiuni ale persoanei.

Prima linie de intervenție este, așadar, una comportamentală și de mediu, fără efecte secundare. Câteva strategii care s-au dovedit utile:

- **Nu întăriți, fără să vreți, comportamentul.** Reacțiile puternice — fie ele de iritare sau de amuzament — pot, paradoxal, să încurajeze repetarea lui. În schimb, atenția și aprecierea pot fi îndreptate spre comportamentele potrivite.
- **Distrageți atenția.** Pentru multe persoane, redirecționarea blândă către o altă activitate este suficientă.
- **Reduceți stimulii.** Programe TV sau radio prea încărcate sexual pot declanșa astfel de comportamente; eliminarea lor ajută.
- **Adaptați îmbrăcămintea.** În cazul tendinței de a se dezbrăca sau de a se masturba în public, hainele mai greu de scos pot reduce comportamentul.
- **Explicați simplu și repetat.** Uneori, o explicație calmă și repetată a motivului pentru care un comportament nu este potrivit este de ajutor.
- **Oferiți intimitate.** În instituții, accesul la o cameră privată sau vizitele acasă pot reduce frecvența comportamentelor inadecvate, satisfăcând o nevoie firească.

Aceste intervenții cer timp și răbdare, dar nu au efectele secundare — uneori serioase — ale medicamentelor. În prezent nu există niciun medicament autorizat special pentru aceste comportamente și nici ghiduri oficiale de tratament. Datele disponibile, provenite din studii necontrolate și raportări de caz, sugerează o eficacitate variabilă pentru unele antidepresive, antipsihotice și tratamente hormonale — toate folosite „în afara indicației aprobate” (off-label), cu prudență și sub supraveghere medicală, dat fiind riscul crescut la vârstnici.

Concluzii

Sexualitatea nu dispare odată cu diagnosticul de demență. Ea se transformă și pune partenerii, familiile și clinicienii în fața unor dileme reale — etice, juridice și relaționale. Ignorarea acestei

Cofinanțat de Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

dimensiuni nu protejează pe nimeni; îi lasă pe pacienți fără demnitate, pe parteneri fără sprijin și pe îngrijitori fără îndrumare.

O abordare matură are nevoie de repere clare pentru evaluarea consimțământului, de sprijin pentru cei care îngrijesc și de o legislație suficient de nuanțată încât să distingă protecția de paternalism. Până atunci, responsabilitatea revine fiecăruia dintre noi — care trebuie, înainte de toate, să îndrăznim să punem întrebarea :"se încheie sau nu viața sexuală odată cu etatea?"

Bibliografie

1. Sorinmade O, Ruck Keene A, Peisah C. The Law, Dementia, and Sexuality. *The Gerontologist.* 2024;64(11).
2. Peisah C, et al. Sexuality and the Human Rights of Persons With Dementia. *Int Psychogeriatr.* 2021.
3. Mendez MF, Shapira JS. Hypersexual Behavior in Frontotemporal Dementia. *Arch Sex Behav.* 2013;42:501–509.
4. Ahmed RM, et al. Neural Correlates of Changes in Sexual Function in Dementia. *J Neurol.* 2018;265:2562–2572.
5. Wilkins JM. Dementia and Concurrent Consent to Sexual Relations. *J Med Ethics.* 2023.
6. Grigorovich A, Kontos P, et al. Dementia and Sexuality in Long-Term Care. *Dementia.* 2022;21(4):1077–1097.
7. Bouman WP. Sexuality in Later Life. În: *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry.* Oxford University Press.
8. Wright LK. Affection and Sexuality in the Presence of Alzheimer's Disease: A Longitudinal Study. *Sexuality and Disability.* 1998.
9. NIA. Sexuality and Intimacy in Older Adults. National Institute on Aging. 2026.

Cofinanțat de Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060