

Το τελευταίο ταμπου

Σεξουαλικότητα και οικειότητα στην άνοια

Συγγραφέας: Δρ. Nițu Cezar

Εισαγωγή

Η σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων αντιμετωπίζεται ως ταμπου, ένα θέμα που είναι πολύ δύσκολο να θιγεί. Τείνουμε να υποθέτουμε ότι, καθώς οι άνθρωποι γερνούν, ο «σωστός» τρόπος ζωής είναι η σεξουαλικότητα να μειωθεί ή — ακόμα καλύτερα — να εξαφανιστεί εντελώς.

Οι γιατροί ρωτούν συστηματικά για σεξουαλικά προβλήματα στο πλαίσιο καρδιαγγειακών παθήσεων, διαβήτη ή κατάθλιψης — ωστόσο, η άνοια σχεδόν πάντα παραλείπεται από αυτή την αξιολόγηση, παραμένοντας ένα από τα θέματα που αποφεύγονται πιο συστηματικά στην καθημερινή ιατρική πρακτική.

Αυτή η παράλειψη μπορεί να φαίνεται ουδέτερη, αλλά αποκαλύπτει μια τοξική αλληλεπίδραση μεταξύ της γήρανσης, του στίγματος της άνοιας και της πολιτισμικής μας αμηχανίας απέναντι στη σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων — ένας συνδυασμός που τελικά αφήνει τους ασθενείς χωρίς υποστήριξη, τους συντρόφους τους χωρίς καθοδήγηση και τους φροντιστές χωρίς κανένα μέσο για να παρέμβουν.

Το φάσμα της σεξουαλικής έκφρασης στην άνοια

Είναι σημαντικό να τονιστεί εξ αρχής ότι, αν και η άνοια αποτελεί από μόνη της μια τραγωδία, οι επιπτώσεις της στη σεξουαλικότητα δεν είναι απαραίτητα πάντα αρνητικές. Για πολλούς ανθρώπους που βρίσκονται σε αυτή την κατάσταση, η σωματική εγγύτητα παραμένει πηγή παρηγοριάς και αμοιβαίας στήριξης πολύ καιρό μετά την περιορισμό των άλλων τρόπων επικοινωνίας.

Η κοινή αντίληψη συνδέει την άνοια με τη σεξουαλική αποθάρρυνση — ακατάλληλη συμπεριφορά, ανεπιθύμητες προτάσεις, χυδαία γλώσσα. Η πραγματικότητα είναι σημαντικά πιο περίπλοκη: μελέτες δείχνουν ότι οι σεξουαλικές αλλαγές που παρατηρούνται στην άνοια καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα, στο οποίο η μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας (υποσεξουαλικότητα) αποτελεί την κυρίαρχη εικόνα.

Οι Ahmed και συνεργάτες (2018) έδειξαν ότι, ανεξάρτητα από τον τύπο της άνοιας, η πιο συνηθισμένη εκδήλωση είναι η εξασθένηση της σεξουαλικής επιθυμίας, της οικειότητας και της σωματικής τρυφερότητας. Οι σεξουαλικές συμπεριφορές χωρίς αναστολές εμφανίζονται σε μια μειοψηφία — η οποία εκτιμάται ότι φτάνει έως και το 17% των ασθενών — και εξαρτώνται από τον τύπο της άνοιας και την περιοχή του εγκεφάλου που έχει προσβληθεί.

Από ιατρική άποψη, η πιο σημαντική διάκριση είναι αυτή μεταξύ της μετωποκροταφικής άνοιας και της νόσου του Αλτσχάιμερ. Στη μετωποκροταφική άνοια, επηρεάζονται οι

μετωπικοί λοβοί του εγκεφάλου — οι περιοχές που ρυθμίζουν την κοινωνική συμπεριφορά και τον έλεγχο των παρορμήσεων· γι' αυτό μπορεί να εμφανιστούν συμπεριφορές ακατάλληλες για το συγκεκριμένο πλαίσιο, όπως χειρονομίες ή σχόλια σεξουαλικού περιεχομένου. Οι Mendez και Shapira (2013) ανέφεραν τέτοιες συμπεριφορές στο 13% των ασθενών με μετωποκροταφική άνοια, σε σύγκριση με κανέναν στην ομάδα των ασθενών με νόσο του Αλτσχάιμερ. Στη νόσο του Αλτσχάιμερ, η εικόνα είναι αντίστροφη: η σταδιακή απώλεια της μνήμης και της αναγνώρισης του συντρόφου οδηγεί συχνά σε συναισθηματική απόσυρση και αδιαφορία, και μερικές φορές σε την κατεύθυνση της στοργής προς άτομα άλλα από τον σύντροφο της ζωής τους — μια οδυνηρή κατάσταση για τους πιο κοντινούς τους ανθρώπους.

Αυτή η διάκριση δεν είναι απλώς θεωρητική: η συμπεριφορά χωρίς αναστολές σε ένα άτομο με μετωποκροταφική άνοια δεν αποτελεί επιλογή, αλλά σύμπτωμα της νόσου, το οποίο απαιτεί διαφορετική προσέγγιση από την συναισθηματική απόσυρση ενός ατόμου που πάσχει από τη νόσο του Αλτσχάιμερ.

Οι περισσότερες περιπτώσεις, ωστόσο, δεν εμφανίζονται σε οίκους ευγηρίας ή σε νέες σχέσεις, αλλά σε ζευγάρια με μακροχρόνια σχέση. Μελέτες δείχνουν με συνέπεια ότι η πλειοψηφία των συντρόφων — περίπου το 80% — παρατηρεί μια αλλαγή στην ερωτική τους ζωή μετά την εμφάνιση της νόσου, καθώς το άτομο με άνοια γίνεται αδιάφορο για τη σεξουαλική ζωή. Μια μελέτη παρατήρησης (Wright, 1998) διαπίστωσε ότι, πέντε χρόνια μετά την εκδήλωση της νόσου, μόνο το 27% των ζευγαριών που επηρεάστηκαν παρέμεναν σεξουαλικά ενεργά, σε σύγκριση με το 82% των υγιών ζευγαριών της ίδιας ηλικίας.

Πίσω από αυτά τα ποσοστά κρύβεται η δική τους δοκιμασία: το να ζουν δίπλα σε κάποιον που, αν και φυσικά παρών, μετατρέπεται σταδιακά σε άλλο άτομο, με την προσωπικότητά του να ξεθωριάζει σιγά-σιγά εξαιτίας μιας ασθένειας που δεν περιορίζεται απλώς στη μείωση της επιθυμίας, αλλά μερικές φορές εξαλείφει την ίδια την αναγνώριση του άλλου.

Σε αυτό προστίθεται και μια αλλαγή ρόλου: από σύντροφο, σύζυγο ή σύζυγο, κάποιος μετατρέπεται σταδιακά σε φροντιστή. Και ο ρόλος του φροντιστή, με τη ρουτίνα της υγιεινής, της χορήγησης φαρμάκων και της επίβλεψης, συχνά υπονομεύει τη ρομαντική και ερωτική διάσταση της σχέσης. Αξίζει να σημειωθεί μια λεπτομέρεια από μια πενταετή μελέτη: η στοργή του υγιούς συντρόφου μειωνόταν σταθερά κατά τη διάρκεια της ασθένειας — αλλά ανακάμπτει σημαντικά μόλις το άτομο με άνοια εισάγεται σε μονάδα φροντίδας.

Αυτή η δοκιμασία θέτει ένα πρόβλημα που λίγοι τολμούν να ονομάσουν: την ενοχή. Μερικοί σύντροφοι χάνουν σταδιακά την έλξη που νιώθουν· άλλοι αναζητούν την οικειότητα αλλού· πολλοί αισθάνονται ένοχοι απλώς και μόνο επειδή εξακολουθούν να επιθυμούν την οικειότητα, σαν η επιθυμία για κάποιον που είναι άρρωστος να αποτελεί προδοσία. Καμία από αυτές τις αντιδράσεις δεν αποτελεί ηθική αποτυχία. Πρόκειται για ανθρώπινες αντιδράσεις σε μια δύσκολη κατάσταση.

Συγκατάθεση — το ηθικό δίλημμα

Το ερώτημα είναι το εξής: μπορεί ένα άτομο με άνοια να δώσει έγκυρη συγκατάθεση για μια οικεία σχέση;

Η απλοϊκή απάντηση — «δεν μπορούν» — είναι τόσο λανθασμένη όσο και ενδεχομένως επιβλαβής. Η ικανότητα συναίνεσης δεν είναι θέμα «όλα ή τίποτα» και δεν χάνεται ομοιόμορφα με τη διάγνωση. Παρουσιάζει διακυμάνσεις και εξαρτάται από την κατάσταση και το στάδιο της νόσου. Ο Wilkins (2023) υποστηρίζει ότι πολλά άτομα με ήπια ή μέτρια άνοια είναι απολύτως ικανά να συναινέσουν σε μια στενή σχέση με έναν μακροχρόνιο σύντροφο, ειδικά όταν η σχέση προϋπήρχε της νόσου και ο συναισθηματικός δεσμός διατηρείται. Καμία διάγνωση — ούτε καν η άνοια — δεν αποκλείει αυτόματα την ικανότητα ενός ατόμου να λαμβάνει αποφάσεις σε έναν συγκεκριμένο τομέα της ζωής του.

Ωστόσο, το νομικό πλαίσιο σε πολλές χώρες δεν αντανακλά αυτή τη λεπτή διαφορά. Οι Sorinmade, Ruck Keene και Peisah (2024) δείχνουν ότι η νομοθεσία στην Αγγλία και την Ουαλία, για παράδειγμα, απαιτεί η συγκατάθεση « » να εκφράζεται ακριβώς τη στιγμή της πράξης — κάτι που στην πράξη αποκλείει οποιονδήποτε πάσχει από προχωρημένη άνοια, ανεξάρτητα από το ιστορικό της σχέσης.

Το πρόβλημα γίνεται πραγματικά δύσκολο στις νέες σχέσεις, ιδίως σε οίκους ευγηρίας, όπου ένα άτομο με άνοια μπορεί να επιδιώξει την εγγύτητα με κάποιον άλλο. Σε αυτή την περίπτωση, η αξιολόγηση της ικανότητας συναίνεσης πρέπει να είναι εξατομικευμένη και να λαμβάνει υπόψη διάφορους παράγοντες: αν το άτομο κατανοεί τη φύση της σχέσης, αν μπορεί να προστατευθεί από την εκμετάλλευση, αν έχει επίγνωση των κινδύνων, καθώς και τη συναισθηματική του κατάσταση και τυχόν σημάδια ευχαρίστησης ή δυσφορίας. Οι Peisah και συνεργάτες (2021) προτείνουν ένα κλιμακωτό μοντέλο αξιολόγησης της ικανότητας, το οποίο λαμβάνει υπόψη το πλαίσιο της σχέσης, ως εναλλακτική λύση στην άκαμπτη προσέγγιση «ναι/όχι».

Πρακτικές επιπτώσεις

Πρέπει να κατανοήσουμε ότι το άτομο που ζει μαζί με έναν σύντροφο που πάσχει από άνοια φέρει ένα βάρος που η κοινωνία σπάνια αντιλαμβάνεται. Οποιαδήποτε προσέγγιση αυτού του θέματος πρέπει να ξεκινά με την αναγνώριση αυτής της δοκιμασίας, και όχι με έναν κατάλογο συμπεριφορών που πρέπει να διορθωθούν.

Η πιο πολύτιμη υποστήριξη που μπορεί να λάβει ένας τέτοιος σύντροφος συχνά δεν είναι ιατρική, αλλά έχει να κάνει με την κατανόηση. Το να του εξηγηθεί γιατί έχει αλλάξει η συμπεριφορά ενός αγαπημένου προσώπου — ότι φταίει η ασθένεια και όχι προσωπική απόρριψη — μπορεί να προσφέρει μια αίσθηση ανακούφισης. Εξίσου σημαντικό είναι να του γίνει σαφές ότι η απουσία σεξουαλικής ζωής δεν σημαίνει το τέλος της οικειότητας: μια αγκαλιά, το κράτημα των χεριών, η σωματική εγγύτητα παραμένουν πολύτιμες μορφές σύνδεσης και δεν οδηγούν σε προβληματική συμπεριφορά. Οι σύντροφοι των ατόμων με άνοια έχουν δικαίωμα στη δική τους συναισθηματική ζωή, και οι ανάγκες τους δεν εξαφανίζονται επειδή ο άλλος έχει αρρωστήσει.

Το πρόβλημα έχει επίσης μια θεσμική διάσταση. Οι Grigorovich και Kontos (2022) εντοπίζουν τα κύρια εμπόδια στα γηροκομεία: τις αρνητικές στάσεις του προσωπικού, την έλλειψη σαφών πολιτικών σχετικά με την οικειότητα και την απουσία ιδιωτικών χώρων. Η σεξουαλικότητα δεν αφορά μόνο τη σεξουαλική πράξη, αλλά ένα ευρύ φάσμα χειρονομιών — άγγιγμα, τρυφερότητα, εγγύτητα — και πολλά ιδρύματα, μέσω περιοριστικών κανόνων, στερούν από τους ενοίκους ακόμη και αυτές τις ήπιες μορφές επαφής. Η αναγνώριση της ανάγκης για οικειότητα και η δημιουργία αξιοπρεπών συνθηκών για αυτήν αποτελεί επίσης ζήτημα σεβασμού της αξιοπρέπειας του ατόμου.

Μερικές κατευθυντήριες αρχές μπορούν να βοηθήσουν τις οικογένειες και τους φροντιστές:

Αναγνωρίστε το· μην το αγνοείτε. Η συναισθηματική και η σεξουαλική ζωή ενός ατόμου πρέπει να αποτελεί μέρος της συζήτησης σχετικά με την άνοια, τόσο κατά τη διάγνωση όσο και καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου.

Η συμπεριφορά είναι, τις περισσότερες φορές, ένα σύμπτωμα, όχι μια επιλογή. Οι αλλαγές — είτε πρόκειται για μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας είτε για απώλεια αναστολών — είναι συνέπειες της νόσου, όχι ηθικά ελαττώματα. Η κατανόηση αυτού του γεγονότος μειώνει το αίσθημα ενοχής και καθοδηγεί την αντίδραση της οικογένειας.

Διαχωρίστε την ασθένεια από τη φυσιολογική κατάσταση. Ένα άτομο με μετωποκροταφική άνοια που κάνει ανάρμοστες ερωτικές προτάσεις βρίσκεται σε διαφορετική κατάσταση από ένα άτομο με νόσο Αλτσχάιμερ που λαχταρά την οικειότητα με τον σύντροφο μιας ζωής. Η αντίδραση πρέπει να αντανακλά αυτή τη διαφορά.

Διαχείριση της ακατάλληλης σεξουαλικής συμπεριφοράς

Όταν εμφανίζονται ανάρμοστες σεξουαλικές συμπεριφορές, υπάρχουν δύο βασικοί τρόποι προσέγγισης: αφενός οι ψυχολογικές και περιβαλλοντικές παρεμβάσεις και, αφετέρου, η φαρμακευτική αγωγή. Ο γενικός κανόνας είναι ότι η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να εξετάζεται μόνο αφού έχουν δοκιμαστεί χωρίς επιτυχία τα άλλα μέτρα. Η επιλογή εξαρτάται από το πόσο επείγουσα είναι η κατάσταση, από το είδος της συμπεριφοράς και από τις άλλες παθήσεις του ατόμου.

Η πρώτη γραμμή παρέμβασης είναι, επομένως, συμπεριφορική και περιβαλλοντική, χωρίς παρενέργειες. Μερικές στρατηγικές που έχουν αποδειχθεί χρήσιμες:

- **Μην ενισχύετε ακούσια τη συμπεριφορά.** Οι έντονες αντιδράσεις — είτε πρόκειται για εκνευρισμό είτε για διασκέδαση — μπορούν, παραδόξως, να την ενθαρρύνουν να επαναληφθεί. Αντίθετα, η προσοχή και η έγκριση μπορούν να κατευθυνθούν προς τις κατάλληλες συμπεριφορές.
- **Δημιουργήστε αντιπερισπασμό.** Για πολλούς ανθρώπους, αρκεί μια ήπια ανακατεύθυνση προς μια άλλη δραστηριότητα.

- **Μειώστε τα ερεθίσματα.** Τηλεοπτικά ή ραδιοφωνικά προγράμματα με έντονο σεξουαλικό περιεχόμενο μπορούν να προκαλέσουν τέτοιες συμπεριφορές· η απομάκρυνσή τους βοηθά.
- **Προσαρμόστε την ενδυμασία.** Όταν υπάρχει τάση να γδύνεται ή να αυνανίζεται σε δημόσιους χώρους, η ενδυμασία που είναι πιο δύσκολο να αφαιρεθεί μπορεί να μειώσει τη συμπεριφορά.
- **Εξηγήστε με απλά λόγια και επαναλάβετε.** Μερικές φορές, μια ήρεμη και επαναλαμβανόμενη εξήγηση για το γιατί μια συμπεριφορά είναι ακατάλληλη μπορεί να βοηθήσει.
- **Προσφέρετε ιδιωτικότητα.** Στα ιδρύματα, η πρόσβαση σε ένα ιδιωτικό δωμάτιο ή οι επισκέψεις στο σπίτι μπορούν να μειώσουν τη συχνότητα των ακατάλληλων συμπεριφορών, ικανοποιώντας μια φυσική ανάγκη.

Αυτές οι παρεμβάσεις απαιτούν χρόνο και υπομονή, αλλά δεν συνοδεύονται από τις, ενίοτε σοβαρές, παρενέργειες των φαρμάκων. Προς το παρόν, δεν υπάρχει φάρμακο εγκεκριμένο ειδικά για αυτές τις συμπεριφορές, ούτε επίσημες κατευθυντήριες οδηγίες θεραπείας. Τα διαθέσιμα δεδομένα, που προέρχονται από μη ελεγχόμενες μελέτες και αναφορές περιπτώσεων, υποδηλώνουν ποικίλη αποτελεσματικότητα για ορισμένα αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωσικά και ορμονικές θεραπείες — τα οποία χρησιμοποιούνται όλα εκτός ενδείξεων, με προσοχή και υπό ιατρική παρακολούθηση, δεδομένου του αυξημένου κινδύνου στους ηλικιωμένους.

Συμπεράσματα

Η σεξουαλικότητα δεν εξαφανίζεται με τη διάγνωση της άνοιας. Μεταμορφώνεται και θέτει στους συντρόφους, τις οικογένειες και τους κλινικούς ιατρούς πραγματικά διλήμματα — ηθικά, νομικά και διαπροσωπικά. Η παραβίαση αυτής της διάστασης δεν προστατεύει κανέναν· στερεί τους ασθενείς από την αξιοπρέπεια, τους συντρόφους από την υποστήριξη και τους φροντιστές από την καθοδήγηση.

Μια ώριμη προσέγγιση απαιτεί σαφή κριτήρια για την αξιολόγηση της συναίνεσης, υποστήριξη προς όσους παρέχουν φροντίδα, καθώς και νομοθεσία αρκετά λεπτομερή ώστε να διακρίνει την προστασία από τον πατερναλισμό. Μέχρι τότε, η ευθύνη βαρύνει τον καθένα από εμάς — και, πάνω απ' όλα, πρέπει να τολμήσουμε να θέσουμε το ερώτημα: τελειώνει πραγματικά η σεξουαλική ζωή με την ηλικία;

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Sorinmade O, Ruck Keene A, Peisah C. The Law, Dementia, and Sexuality. The Gerontologist. 2024;64(11).
- Peisah C, et al. Sexuality and the Human Rights of Persons With Dementia. Int Psychogeriatr. 2021.

- Mendez MF, Shapira JS. Hypersexual Behavior in Frontotemporal Dementia. Arch Sex Behav. 2013;42:501–509.
- Ahmed RM, et al. Neural Correlates of Changes in Sexual Function in Dementia. J Neurol. 2018;265:2562–2572.
- Wilkins JM. Dementia and Concurrent Consent to Sexual Relations. J Med Ethics. 2023.
- Grigorovich A, Kontos P, et al. Dementia and Sexuality in Long-Term Care. Dementia. 2022;21(4):1077–1097.
- Bouman WP. Sexuality in Later Life. In: Oxford Textbook of Old Age Psychiatry. Oxford University Press.
- Wright LK. Affection and Sexuality in the Presence of Alzheimer’s Disease: A Longitudinal Study. Sexuality and Disability. 1998.
- NIA. Sexuality and Intimacy in Older Adults. National Institute on Aging. 2026

