



Florian Bödecker

# Paarkonflikte bei Demenz

Vom Finden einer neuen Balance  
zum Finden einer neuen Basis

**BELTZ** JUVENTA

# 1 Die Bedeutung der Paarkonflikte bei Demenz und die Gefahr ihrer Therapeutisierung

Ziel meiner Studie ist die Untersuchung der Konflikte, die Partner in einer Beziehung erfahren, wenn einer von ihnen von Demenz betroffen ist. In Kapitel 1.1 führe ich aus, warum intime Beziehungen im Alter für das Wohlbefinden beider Partner wichtiger werden, sie aber gleichzeitig durch die aus der Demenz resultierenden Konflikte gefährdet werden können. In Kapitel 1.2 zeige ich, dass die Forschung zur häuslichen Angehörigenpflege lange von der Belastungsforschung dominiert war, neuere Studien zwar Beziehungsphänomenen berücksichtigen, den MmD dabei aber nicht immer einbeziehen. Während die belastenden Folgen von Familienkonflikten und ihre Gründe erforscht sind, gibt es kaum Arbeiten, die sich explizit mit Paarkonflikten beschäftigen. In Kapitel 1.3 führe ich aus, wie Demenz heute biopsychosozial verstanden wird und warum gerade bei Paarkonflikten die Gefahr droht, die Gesellschaftlichkeit der Konflikte auszublenden und die Konflikte dadurch zu therapeutisieren. Auf der Grundlage der ersten drei Kapitel konkretisiere ich meine Forschungsfrage in Kapitel 1.4 in Form von vier Unterfragen und skizziere den Aufbau meiner Arbeit.

## 1.1 Bedeutung der Paarbeziehung und Paarkonflikte bei Demenz

### Bedeutung und Herausforderungen intimer Beziehungen im Alter

Menschen in intimen Beziehungen haben heute im Hinblick auf ihre Lebenserwartung gute Chancen, miteinander alt zu werden. So gilt die Phase der nacheherlichen Gefährtenschaft heute als die längste Phase in Zweierbeziehungen<sup>1</sup>, deren Anteil an der gesamten Lebenszeit sich von 1–2% von

---

1 Burkart (2009, S.235f.)

vor hundert Jahren auf heute 30% erhöht hat.<sup>2</sup> Für die Kohorten der heutigen Alten ist die Ehe die häufigste Beziehungsform im Alter.<sup>3</sup>

Diese Partnerschaft ist für viele Ältere gleichzeitig auch die wichtigste Beziehung<sup>4</sup>: Im Gegensatz zu Jüngeren werden für Ältere die sozialen Netzwerke kleiner und die emotionale Nähe in ihren Beziehungen größer, so dass auch die Partnerschaft wichtiger für Kontakt und Unterstützung wird.<sup>5</sup> Der Einfluss von sozialen Beziehungen auf die psychische Gesundheit und Lebensqualität allgemein soll im Alter stark zunehmen.<sup>6</sup> Besonders die Ehezufriedenheit gilt als entscheidend für das subjektive Wohlbefinden.<sup>7</sup> Die Verkleinerung der sozialen Netzwerke und die Hinwendung zu emotional bedeutsamen Beziehungen sind dabei nicht nur dem Ableben von nahestehenden Personen geschuldet, sondern auch bewusst gewählt: Nach der *sozioemotionalen Selektivitätstheorie* spielt die wahrgenommene verbleibende Lebenszeit eine wichtige Rolle für die Ziele, die man verfolgt: Nimmt man die Lebenszeit noch nicht als begrenzt wahr, verfolgt man zukunftsorientierte Ziele, wie den Erwerb neuen Wissens, macht neue Bekanntschaften. Nimmt man die verbleibende Lebenszeit dagegen als begrenzt wahr, geht es um kurzfristige Ziele in der Gegenwart wie z. B. die soziale Verbindung mit anderen und Unterstützung durch andere sowie die Regulierung der Emotionen durch Beschränkung auf positive, bedeutungsvolle Beziehungen.<sup>8</sup> Älterwerden sollte deshalb immer als eingebettet in Beziehungen verstanden werden, die sowohl positive Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität haben können als auch Risiken und Belastungen mit sich bringen.<sup>9</sup> Soziale Bedürfnisse nach positiven Beziehungserfahrungen, in denen sie gleichzeitig ihre Autonomie wahren können, sind deshalb für alte Menschen besonders wichtig; Beziehungen sollten die Selbständigkeit und Wirksamkeit alter Menschen unterstützen.<sup>10</sup>

Der Partnerschaft im Alter stehen allerdings auch Entwicklungsaufgaben gegenüber, die die Beziehung gefährden können: In keiner Lebensphase treten so viele Veränderungen auf wie im Alter, die sowohl als Chancen für

---

2 Riehl-Emde (2009a, S.6)

3 Bamler (2009, S.534)

4 Kruse (1991, S.85)

5 Schmitt/Re (2004, S.385)

6 Lang (2004, S.363ff.); Baas/Schmitt (2010, S.377)

7 Baas/Schmitt (2010, S.378)

8 Carstensen/Isaacowitz/Charles (1999, S.178)

9 Lang/Rohr (2012, S.431ff.)

10 Lang (2000, S.145f.)

gemeinsames Wachstum gelten als auch zu Krisen führen können.<sup>11</sup> Neben der Gestaltung des Ruhestandes, den Veränderungen in der Sexualität, Scheidung bzw. Verwitwung ist hier vor allem die Pflegebedürftigkeit des Ehepartners zu nennen, die die Beziehung durch neue Ungleichgewichte und Abhängigkeiten bedrohen kann<sup>12</sup>, da der Hauptfaktor für Pflegebedürftigkeit das Alter ist: Während der Anteil der Pflegebedürftigen unter den Versicherten in der Barmer GEK im Alter von 75–79 Jahren bei 8% liegt, steigt dieser Anteil auf 26% für die Männer und 37% für die Frauen im Alter von 85–89 Jahren.<sup>13</sup> Für Willi ist die Gebrechlichkeit des Partners die „härteste Probe“ auf die Ehe<sup>14</sup>, weil hier das Kräftespiel der Beziehung neu organisiert werden muss.<sup>15</sup> Auch Blieszner zählt neben Konflikten, die das Wohlbefinden beeinträchtigen können, die Pflegebedürftigkeit zu den schwierigsten Problemen in einer Zweierbeziehung.<sup>16</sup> Wie Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit allgemein, so beeinflussen nach Rolland auch chronische Krankheiten die Beziehung tiefgreifend, weil viele Aspekte wie z. B. das Verhältnis von Ehe- und Pflegebeziehung ausbalanciert werden müssen. Als besonders schwierig gelten dabei chronische Krankheiten mit kognitiven Einschränkungen, weil sie die emotionale und intellektuelle Intimität zerstören.<sup>17</sup>

Es sind gerade die chronischen Krankheiten<sup>18</sup> wie die Demenzen, die im Alter eine Hauptursache für Einschränkungen sind.<sup>19</sup> So wird der Anteil der Langzeitpflegebedürftigen mit Demenz mit 50% angegeben.<sup>20</sup> Allerdings spielt sie nur bei 60% der pflegebedürftigen Frauen und 54% der pflegebedürftigen Männer bis zum Tod eine Rolle.<sup>21</sup>

---

11 Willi (1986, S.294ff.)

12 Baas/Schmitt (2010, S.377ff.); Schmitt/Re (2004, S.377ff.)

13 Rothgang et al. (2010, S.9)

14 Willi (1986, S.301)

15 Willi (1986, S.294ff.)

16 Blieszner (2007, S.7)

17 Rolland (1994, S.327ff.)

18 Chronische Krankheiten, die die Mobilität und Kognition beeinträchtigen, sind der Hauptgrund für funktionale Einschränkungen im Alltag, die bis zur Pflegebedürftigkeit reichen können. Ihre Prävalenz nimmt mit dem Alter zu und führt dazu, dass sich die chronischen Krankheiten vervielfältigen im Sinn von Multimorbidität und auch zu psychischer Komorbidität führen können. Funktionale, körperliche und seelische Beeinträchtigungen müssen daher im Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gesehen werden: Menning/Hoffmann (2009); Saß/Wurm/Ziese (2009); Tesch-Römer/Wurm (2009).

19 Sütterlin/Hoßmann/Klingholz (2011, S.18)

20 Sütterlin/Hoßmann/Klingholz (2011, S.30)

21 Rothgang et al. (2010, S.12f.)

Das Demenzrisiko steigt mit dem Alter stark an, vor dem 65. Lebensjahr treten nur 3% der Demenzfälle auf.<sup>22</sup> Ab dem 65. Lebensjahr steigen Prävalenz und Inzidenz exponentiell an, bis sie sich nach dem 90. Lebensjahr wieder abschwächen.<sup>23</sup> Für die gegenwärtige Gesamtlebenszeitprävalenz bedeutet das, dass 29% der Männer und 47% der Frauen in ihrem Leben mit Demenz rechnen müssen, insgesamt ist also mehr als jeder dritte in seinem Leben von Demenz betroffen.<sup>24</sup> Für die Prognose zukünftiger Demenzfälle werden altersspezifische Prävalenzraten und Bevölkerungsprognosen miteinander multipliziert und addiert: Je nachdem, welche Annahmen man hier macht, reicht die erwartete Anzahl von Menschen mit Demenz in Deutschland 2050 von 1,3 bis 3 Millionen. Weil die steigende Lebenserwartung und das Älterwerden großer Kohorten in der Zukunft entscheidend sein werden, wird dieser Anstieg auch nicht von Änderungen in der Prävalenzrate aufgehalten<sup>25</sup>, die sich durch kausale oder symptomatische Therapien und Veränderungen im Lebensstil ergeben können.<sup>26</sup>

Nach der amtlichen Pflegestatistik 2011 werden 70.3% der Pflegebedürftigen, die Leistungen nach dem SGB XI beziehen, zu Hause<sup>27</sup> von Angehörigen mit oder ohne die Hilfe von Pflegediensten versorgt.<sup>28</sup> Schneekloth kann also feststellen: „Der ‚größte Pflegedienst in Deutschland‘ ist und bleibt die Familie.“<sup>29</sup> Es ist kein Geheimnis, dass die häusliche Angehörigenpflege von der Familie getragen wird und dass ohne sie das Pflegesystem zusammenbräche<sup>30</sup>, auch wenn es sicher richtig ist, dass auch die meisten MmD die Unterstützung durch vertraute Menschen vorziehen.<sup>31</sup>

60%<sup>32</sup>–75%<sup>33</sup> der MmD werden zu Hause versorgt. Die meisten MmD sind entweder verwitwet oder verheiratet, 98% haben eine Hauptbezugsperson.

---

22 Sütterlin/Hoßmann/Klingholz (2011, S.7)

23 Doblhammer et al. (2012, S.55–56, 64ff.). Das Gegenteil behaupten Sütterlin/Hoßmann/Klingholz (2011, S.21).

24 Rothgang et al. (2010, S.164)

25 Doblhammer et al. (2012, S.89)

26 So werden bereits erste Hinweise auf eine Verringerung der Inzidenz diskutiert, die mit einem höheren Bildungsniveau in den nachfolgenden Kohorten und besserer Kontrolle kardiovaskulärer Risikofaktoren in Verbindung gebracht werden (Larson/Langa 2012).

27 Wann die Heimpflege relevant wird, ist für die Geschlechter unterschiedlich: So hat für Frauen die Heimpflege erst ab dem 85. Lebensjahr einen größeren Anteil, für Männer überwiegt erst ab dem 95. Lebensjahr die Heimpflege die Pflege zu Hause (Doblhammer et al. 2012, S.106).

28 Statistisches Bundesamt (2013, S.9)

29 Schneekloth (2006, S.408)

30 Gunzelmann et al. (1996, S.22, 25 ff.)

31 Poll/Gauggel (2009, S.31 f.)

32 Weyerer/Schäufele (2004, S.41 ff.); Weyerer (2005, S.25)

son (HPP), die auch gleichzeitig die Hauptpflegeperson ist. Hauptpflegepersonen sind mit 39,2% die Kinder und mit 38,5% der Ehepartner. Bei 73,6% der MmD lebt die Hauptpflegeperson im selben Haushalt. 73% der HPP sind Frauen.<sup>34</sup>

Die Aussage, dass *die* Familie der Pflegedienst der Nation (auch bei Demenz) ist, muss in zweierlei Hinsicht relativiert werden. Erstens sind es meistens Frauen, die die Angehörigenpflege übernehmen,<sup>35</sup> und zweitens sind es auch nicht *die* Frauen, die pflegen, sondern die Pflegearbeit wird entlang internationaler Armutsgrenzen *zwischen* Frauen verteilt. Wie Kumbrock/Rumpf/Senghaas-Knobloch betonen, lässt sich diese Übernahme von Pflegearbeiten allerdings nicht immer auf Frauenunterdrückung zurückführen, weil z.B. in der Ehegattenpflege Frauen deshalb häufiger pflegen, weil die Männer kürzer leben und gleichzeitig älter sind. Auch würden viele Untersuchungen nur die HPP berücksichtigen und damit die Unterstützungsleistungen der weiteren Familienmitglieder vernachlässigen.<sup>36</sup> In der Literatur findet sich dazu Widersprüchliches zur Rolle der Ehegattenpflege: Während Schneekloth einen Rückgang in der Ehegattenpflege von 1991 bis 2002 feststellt, bezeichnet sie Franke wegen der gestiegenen Lebenserwartung als „Zukunftsmodell“, die wegen ihrer Besonderheit im Gegensatz zur Pflege durch Kinder besondere Aufmerksamkeit verdiene.<sup>37</sup>

## Bedeutung und Probleme intimer Beziehungen bei Demenz

Wie im Alter allgemein so werden bei Demenz die engen Beziehungen in der Familie für das Wohlergehen beider Partner wichtiger: So lässt sich mit Mast vermuten, dass nach der sozioemotionalen Selektivitätstheorie MmD angesichts der unsicheren Zukunft und der gefährdeten eigenen Identität Halt in emotionalen Bindungen in der Familie suchen.<sup>38</sup> Nach Miesen kämpfen MmD permanent gegen den Verlust von Kontrolle und Sicherheit an, was sich z.B. in Bindungsverhalten zeigt.<sup>39</sup> Vertraute Beziehungen sind ebenfalls wichtig, um Einsamkeit zu reduzieren.<sup>40</sup> Die besondere Bedeutung der Beziehung zu nahestehenden Menschen für MmD lässt sich anhand von

---

33 Grass-Kapanke (2008, S.5)

34 Schäufele et al. (2006, S.117f.)

35 Schneekloth (2006, S.408f.)

36 Rumpf (2010, S.118, 128, 137, 143–147, 162ff.)

37 Franke (2008, S.145ff.); Franke (2006b, S.11f.)

38 Mast (2009, S.35)

39 Miesen (2010, S.474)

40 Moyle et al. (2011, S.1447)

Studien belegen, die zeigen, dass die MmD am meisten besorgt waren über die Auswirkungen der Demenz auf die Beziehung zum Ehepartner<sup>41</sup> und zur engsten Familie.<sup>42</sup> Es verwundert daher nicht, dass für MmD die Beziehungen zu anderen und zur Familie höchste Priorität haben.<sup>43</sup> Besorgt sind sie insbesondere über die Rollenveränderungen,<sup>44</sup> haben Angst davor, eine Belastung zu sein und ihre Autonomie zu verlieren.<sup>45</sup> Eine internationale Umfrage zeigt in diesem Sinne, dass für MmD Fragen der Lebensqualität am wichtigsten sind, wozu einerseits die Symptomkontrolle durch Medikamente gehört und andererseits Beziehungen, in denen sie sich sicher und unterstützt fühlen.<sup>46</sup> Steeman et al. kommen in ihrem Review zu dem Ergebnis, dass in der postdiagnostischen Phase soziale Interaktion bei der Bewältigung helfen kann, wenn der MmD sich geliebt, verstanden, akzeptiert und wertgeschätzt fühlt sowie in bedeutungsvolle Aktivität miteinbezogen wird.<sup>47</sup> Für Dröes et al. sind die notwendigen Anpassungsleistungen bei Demenz ähnlich wie bei anderen chronischen Krankheiten: Dazu zählt auch das Vermeiden sozialer Isolation durch Kontaktpflege mit Familie, Freunden und Bekannten.<sup>48</sup> Gerade diese Verbindung zur Familie und Freunden wird durch die Gedächtnisstörungen bedroht; MmD können sich deshalb leichter an die Demenz durch Akzeptanz und praktische Problemlösung anpassen, wenn sie das Gefühl haben, weiter ihren Platz im Leben anderer zu haben. Anderenfalls werden sie eher versuchen, ihre Schwierigkeit kleinzureden und die Auseinandersetzung mit der Demenz zu vermeiden.<sup>49</sup> Die Beziehung zu anderen Menschen spielt deshalb auch für die Einschätzung und die Bewältigung der Schwierigkeiten eine Rolle.

Die Beziehungen zu anderen ist aber auch im negativen Sinne wichtig: MmD haben Angst davor, die Diagnose zu enthüllen, weil sie befürchten, stigmatisiert zu werden; Erfahrungen mit Einschränkungen und vermehrter Beaufsichtigung durch die Familienmitglieder sind nicht selten.<sup>50</sup> Wie Stechl et al. betonen, leugnen MmD ihre Gedächtnisprobleme, weil sie Angst haben vor den Symptomen und ihren Auswirkungen auf das Zu-

---

41 Sørensen/Waldorff/Waldemar (2008, S.296); Piest/Haag (2012, S.27)

42 Sørensen/Waldorff/Waldemar (2008, S.295)

43 Snyder (2002, S.112 ff.)

44 Frank et al. (2006, S.152 ff.)

45 Snyder (2002, S.112 ff.)

46 Kurz et al. (2008, S.345 ff.)

47 Steeman et al. (2006, S.731 ff.)

48 Dröes et al. (2011, S.1771)

49 van Dijkhuizen/Clare/Pearce (2006, S.89 f.). So auch Steeman et al. (2013, S.219)

50 Boer et al. (2007, S.1026 ff.)

rechtkommen im Alltag. Am meisten haben sie allerdings davor Angst, dass die Diagnose verändert, wie sie von anderen betrachtet werden.<sup>51</sup> MacRae kommt in diesem Sinn zu dem Schluss, dass die Erfahrung der Demenz wesentlich von der Reaktion der anderen abhängt: Sie können den MmD einerseits durch Überfürsorglichkeit seiner Autonomie berauben und ihn dadurch entwerten, dass sie ihn auf seine Defizite reduzieren, andererseits können sie auch das Gefühl vermitteln, indem der MmD mit seinen Fähigkeiten so in Hausarbeiten eingebunden wird, dass er eine positive Identität erhalten kann.<sup>52</sup> Gerade dieses soziale Bedürfnis nach Teilnahme an Aktivitäten mit anderen ist bei MmD häufig unbefriedigt,<sup>53</sup> aber auch schwer von Angehörigen allein zu befriedigen.

Aber nicht nur für den MmD selbst, sondern auch für den unterstützten Angehörigen ist die Beziehungsqualität von entscheidender Bedeutung für ihre *Belastung*. Wie die Belastungsforschung zeigt, ist die Demenzpflege besonders belastend für pflegende Angehörige. Neben dem hohen Betreuungsaufwand und den persönlichen Einschränkungen sind es insbesondere die Veränderungen in der Beziehung zum MmD, die die Angehörigen belasten, wie sie sich durch den *Beziehungsverlust* und die *Verhaltensänderungen* ergeben.<sup>54</sup> Zentrales Anliegen der pflegenden Ehepartner ist daher das Retten ihrer Ehe, die durch die Demenz in eine Krise geraten ist.<sup>55</sup> Für das Belastungsempfinden ist vor allem die Qualität der Beziehung *vor* und *während* der Demenz entscheidend.<sup>56</sup> Das entspricht Studienergebnissen zur Wechselwirkung zwischen individuellem Wohlbefinden und der Beziehungsqualität bei körperlichen und psychischen Krankheiten. Eine Krankheit belastet zwar beide Partner und auch die Beziehung, sie kann aber auch das Wohlbefinden und die Bewältigung der Krankheit fördern bzw. behindern (z. B. Rauchen aufgeben).<sup>57</sup>

---

51 Stechl et al. (2012, S.23)

52 MacRae (2011, S.445); MacRae (2011, S.452)

53 Meaney/Croke/Kirby (2005, S.322)

54 Zank/Schacke (2007, S.140); Wettstein (2005, S.118); Franke (2006b, S.321)

55 Franke (2006b, S.325 ff.)

56 Wilz (2002, S.176, 184 ff.); Wenz (2012); Davis et al. (2011, S.225 ff.); Davey/Murphy/Price (2000, S.242 ff.); Miesen (2010, S.476); Balfour (2007, S.241 ff.); Ball et al. (2010, S.112 ff.); Shim/Barroso/Davis (2012, S.220); Gunzelmann et al. (1996, S.24 f.); Townsend/Franks (1997); Wettstein (2005, S.118 ff.); Ascher et al. (2010, S.53); Winter/Gitlin/Dennis (2011, S.227); LoboPrabhu (2006, S.101); Zarit/Zarit (2008, S.86 ff.); Braun et al. (2010, S.197 f.); Yang/Liu/Shyu (2014)

57 Baucom et al. (2012, S.62)

Die Wechselwirkung zwischen der Beziehungsqualität (vor und während der Demenz) und der Erfahrung mit der Demenz wurde mittlerweile in zwei Reviews systematisch untersucht.

- Nach Ablitt/Jones/Muers soll eine niedrigere *gegenwärtige* Beziehungsqualität mit Depression beim Pflegenden und MmD verknüpft sein und mit mehr Belastung beim Pflegenden. Sie ist auch verbunden mit weniger Selbstwirksamkeit beim Pflegenden und weniger funktionalen Fähigkeiten des MmD. Niedrigere Beziehungsqualität *vor* der Demenz ist dagegen mit Depression, Belastung und emotionaler Reaktivität beim Pflegenden verknüpft. Eine gute Beziehungsqualität scheint daher ein Schutzfaktor zu sein, allerdings kann bei einer guten Beziehung, d.h. sehr viel Nähe, auch das Leiden über den Verlust schwerer wiegen.<sup>58</sup> Die Autoren weisen außerdem darauf hin, dass die Beziehung vor der Demenz beeinflusst, welche Form die Pflegebeziehung mit ihren jeweiligen Stärken und Schwächen annimmt (siehe Kapitel 4.1). Die Beziehungsqualität beeinflusst das Wohlbefinden beider Partner, weil das Wohlbefinden des Pflegenden zu besserer Pflegequalität führt und damit wiederum das Wohlbefinden des MmD stärkt. Insgesamt verschlechtert sich die Beziehungsqualität durch die Demenz, es bleiben aber positive Aspekte wie Nähe und Zuneigung erhalten.<sup>59</sup>
- Zu recht ähnlichen Ergebnissen kommen Quinn/Clare/Woods. Danach wird die Beziehung durch die Demenz insgesamt schlechter, weil sich die Intimität, Kommunikation und Zuneigung verringern. Einige Pflegende berichten allerdings auch über größere Nähe als in der Vergangenheit. Von den MmD wird dabei die Beziehung als positiver eingeschätzt als von den Partnern. Die Beziehung *vor* der Demenz beeinflusst das Wohlbefinden des Pflegenden und seinen Umgang mit dem MmD: Bei hoher Beziehungszufriedenheit ist der Pflegende weniger belastet, depressiv und reagiert weniger emotional reaktiv auf Gedächtnisprobleme und Verhaltensauffälligkeiten. Für den MmD ist die frühere Nähe in der Beziehung mit weniger Veränderungen von Gedächtnisleistung und Persönlichkeit verknüpft. Die *gegenwärtige* Beziehungsqualität beeinflusst ebenfalls das Wohlbefinden des Part-

---

58 Ablitt/Jones/Muers (2009, S. 501 ff.)

59 Ablitt/Jones/Muers (2009, S. 508 f.)

ners und die Bereitschaft, weiter zu pflegen: Weniger Belohnungen in der Beziehung waren mit mehr Depression und verletzendem Verhalten verbunden. Eine enge emotionale Verbindung war dagegen mit besserer körperlicher Gesundheit verbunden wie niedrigerer Blutdruck und weniger Einfluss des Stresses auf die Herzrate.<sup>60</sup>

Aber nicht nur für die Unterstützung bei Demenz und das Wohlbefinden beider Partner scheint für die Beziehungsqualität entscheidend zu sein, sondern möglicherweise auch als *Schutz- bzw. Risikofaktor* für das Entwickeln einer Demenz selbst. Neben dem Alter als wichtigstem Risikofaktor für Demenz werden auch soziodemographische Faktoren, Lebensstilfaktoren, Krankheiten und allgemeine Lebensumstände diskutiert.<sup>61</sup> Viele Studien verweisen auf eine Schutzfunktion sozialer Beziehungen hin. So fassen Amieva et al. bisherige Befunde wie folgt zusammen:

- Das Demenzrisiko verhält sich umgekehrt proportional zur Anzahl der Sozialkontakte.
- Menschen mit einem Partner haben im Vergleich zu Singles und Verwitweten ein geringeres Risiko, Demenz zu entwickeln.<sup>62</sup>
- Menschen, die allein leben und keine persönlichen Bindungen haben, haben ein doppelt so hohes Demenzrisiko.
- Größere soziale Netzwerke sind mit geringer Inzidenz der Demenz verbunden.
- Einsamkeitsgefühle sind mit einem größeren Demenzrisiko verbunden.<sup>63</sup>

In ihrer Studie kommen die Autoren allerdings zu dem Ergebnis, dass es nicht die *Quantität* des sozialen Netzwerkes ist (Anzahl der Sozialkontakte), die schützt, sondern die *Qualität* der sozialen Interaktionen, hier gemessen über die Zufriedenheit mit den Beziehungen und der wahrgenommenen

---

60 Quinn/Clare/Woods (2009, S.144ff.)

61 Doblhammer et al. (2012, S.73). Viele Risikofaktoren sind allerdings umstritten, weil die Studienergebnisse aufgrund von methodischen Problemen in der epidemiologischen Forschung oft inkonsistent sind (Doblhammer et al. 2012, S.73; Seidler 2004, S.40f.).

62 So z.B. Hakansson et al. (2009, S.1 ff.)

63 Amieva et al. (2010, S.905)

Reziprozität.<sup>64</sup> Soziale Interaktionen scheinen durch kognitive Stimulation zur kognitiven Reserve beizutragen, können aber bei Unausgewogenheit auch zu schlechterem Wohlbefinden führen.<sup>65</sup> Diese kognitive Stimulation ist nicht nur früh im Leben wichtig, etwa im Hinblick auf die eigene Bildung, sondern über die Lebensspanne hinweg, weil kognitive und koordinative Freizeitaktivitäten auch im Alter einen Schutzeffekt haben.<sup>66</sup>

Erklärt werden die beeinträchtigenden und schützenden Effekte sozialer Beziehungen zu anderen Menschen u.a. mit der *Theorie der kognitiven Reserve*.<sup>67</sup> Danach werden die Auswirkungen der Hirnschädigung durch die Demenz mit Hilfe der kognitiven Reservekapazität bis zu einem gewissen Grad kompensiert. Dabei beziehen sich passive Reserve-Modelle auf strukturelle Unterschiede zwischen Gehirnen wie Neuronenzahl und Synapsendichte, während aktive Modelle unabhängig davon Unterschiede darin sehen, wie effektiv vorhandene neuronale Netzwerke gebraucht werden können oder wie gut beschädigte durch alternative Netzwerke kompensiert werden können. In jüngster Vergangenheit wurde das Konzept der kognitiven Reserve durch das einer *motivationalen Reserve* ergänzt: Danach sind es die motivationalen Fähigkeiten wie Selbstdisziplin, Willenskraft, Sorgfalt, Gewissenhaftigkeit und Verfolgung eines Lebenszwecks, die zu einer besseren kognitiven Reserve über flexiblere und effizientere Gehirnstrukturen und damit weniger Demenz führen.<sup>68</sup> In diesem Sinn könnte man die Ergebnisse von Seidler interpretieren, dass neben einem ausgeprägten sozialen Netzwerk auch ein abwechslungsreicher und selbstbestimmter Job vor Demenz schützen könne<sup>69</sup>, weil hier die motivationalen Fähigkeiten überhaupt erst voll zum Tragen kämen.

Aber nicht nur das Demenzrisiko des bereits Betroffenen scheint zusammenzuhängen mit der Qualität seiner früheren sozialen Beziehungen, sondern auch der pflegende Partner scheint durch die Pflege ein höheres Demenzrisiko zu haben. So haben nach der Cache County Study Ehepartner, die einen MmD pflegen, ein sechsfach erhöhtes Risiko, selbst eine Demenz zu entwickeln.<sup>70</sup> Ein möglicher Grund könnte der chronische Stress sein, die

---

64 Dieses Ergebnis bestätigen Kuiper et al. (2015) in ihrer aktuellen Metaanalyse insofern, als besonders mangelnde soziale Interaktion, d.h. geringere soziale Partizipation, seltenerer sozialer Kontakt und Einsamkeit, das Demenzrisiko erhöht.

65 Amieva et al. (2010, S.905 ff.)

66 Sattler (2011)

67 Perneckzy et al. (2011); Stern (2006); Stern (2009); Stern (2002); Stern (2012)

68 Maercker/Forstmeier (2012, S.175 ff.); Forstmeier/Maercker (2009, S.48)

69 Seidler (2004, S.47f.)

70 Norton et al. (2010, S.898f.)

zunehmende Beeinträchtigung des MmD mitansehen zu müssen, was den Hippocampus schädige.<sup>71</sup>

Die Beziehungsqualität scheint aber nicht nur ein Schutz- bzw. Risikofaktor für das Auftreten von Demenz zu sein, sondern darüber hinaus auch Auswirkungen auf den *Verlauf der Demenz* zu haben:<sup>72</sup> So sollen die kognitiven und funktionalen Leistungen bei MmD in engeren Beziehungen, besonders in Ehebeziehungen, langsamer abnehmen. Diese Verlangsamung entspreche dabei der Effektstärke der Anti-Dementiva. Mögliche Gründe könnten nach Norton et al. darin liegen, dass (1) in engeren Beziehungen die MmD eher in kognitive stimulierende Aktivitäten eingebunden sind, dass (2), weil diese Pflegenden mehr Zeit haben für bedeutsame Aktivitäten, da sie mehr Hilfen annahmen. Umgekehrt könnte eine distanzierte Beziehung zu mehr Stress führen und zur mehr herausforderndem Verhalten des MmD. Das könne zur erhöhter pharmakologischer Behandlung führen und zur Vernachlässigung von Komorbiditäten, was wiederum die Leistungsfähigkeit schneller abnehmen lassen könnte.

### Konfliktträchtigkeit der Demenz

Obwohl die Beziehungsqualität für beide Partner bei Demenz wichtiger wird, kann sie schon früh durch Konflikte gefährdet sein. Chronische Krankheiten gelten allgemein als dauerhafter Stressor (siehe Kapitel 3.5), der beide Partner, wenn auch unterschiedlich, beeinträchtigen kann durch z.B. Rollen- und Persönlichkeitsveränderungen, Probleme mit der Sexualität und sozialen Belastungen.<sup>73</sup> Karrasch/Reichert kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass die positiven Aspekte der Pflege wie z.B. größerer Zusammenhalt durch die negativen Entwicklungen dominiert werden, wozu aus Sicht beider Partner vor allem Probleme mit der Sexualität und öfter auftretender Streit zählen. Als Hauptgrund dafür wird die Krankheit gesehen, von Pflegenden wurde als zweithäufigster Grund die Persönlichkeit des Partners angegeben, von den Gepflegten das Gefühl, bevormundet zu werden.<sup>74</sup> Deshalb sollen Pflegebeziehungen besonders dazu neigen, latente Konflikte ausbrechen zu lassen und neue hervorzubringen.<sup>75</sup>

Die Bewältigung der Demenz kann schon im frühen Stadium ein „erhebliches Konfliktpotential“ zwischen MmD und seinem Umfeld mit sich

---

71 Norton et al. (2010, S. 895)

72 Norton et al. (2009, S. 565f.)

73 Zimmermann/Heinrichs (2006, S. 120ff.)

74 Karrasch/Reichert (2011, S. 104ff.)

75 Kruse (1991, S. 89f.); Zimmermann/Heinrichs (2006, S. 120ff.)

bringen,<sup>76</sup> das sich mit dem Fortschreiten der Demenz weiter erhöht.<sup>77</sup> Schon in der Vorstufe der Demenz, der MCI, kann sich die Beziehungsqualität etwa durch Verhaltensweisen des Betroffenen verschlechtern, die die Kommunikation beeinträchtigen, wie wiederholtes Fragen oder wenig bis gar nicht mehr sprechen.<sup>78</sup> Es verwundert daher nicht, wenn Bodenmann feststellt, dass Partner eines MmD im Vergleich zu gesunden alten Paaren am häufigsten Stress mit der Partnerschaft angaben (80 % vs. 36 %).<sup>79</sup>

Wie lässt sich erklären, dass Demenz schon früh zu Konflikten zwischen beiden Partnern führen kann? Während die Inhalte und Gründe der *Paarkonflikte* sowie ihre Auflösung in einem eigenen Kapitel dargestellt werden (siehe Kapitel 4.3), gebe ich hier einen Überblick über allgemeine Gründe für Konflikte mit dem MmD:

- Gerade vor der Diagnose kann die *Ambiguität* der Situation konfliktträchtig sein: Schon früh im Vorstadium der leichten kognitiven Beeinträchtigung (MCI) kann es zu Konflikten zwischen MmD und seinem Partner kommen, weil die Rolle des Pflegenden ebenso unklar ist wie die Ursache des veränderten Verhaltens des MmD.<sup>80</sup> So deutet der Partner den Rückzug des MmD vielleicht als mangelndes Interesse und wirft ihm Trägheit vor, was vom MmD zurückgewiesen wird, so dass sich wechselseitige Vorwürfe häufen.<sup>81</sup> Für Wilz und Gunzelmann et al. ist die Ambiguität zwischen Vertrautheit und Fremdheit zentral für „partnerschaftlichen Stress“, weil es dem Partner oft schwer fällt, die Veränderungen beim äußerlichen unveränderten MmD zu akzeptieren, weshalb dieser überfordert werden kann.<sup>82</sup> Caron/Boss/Mortimer beschreiben mit der Theorie der *boundary ambiguity* (siehe Kapitel 7.5) das Dilemma von Familien: Danach erschwert die psychische Abwesenheit des MmD bei gleichzeitiger körperlicher Anwesenheit die Anpassung an die Veränderungen durch die Demenz, weil die Familiengrenzen nicht eindeutig sind. Als Reaktion darauf können Familienmitglieder sich emotional zurückziehen, wodurch ein Zirkel in Gang gesetzt wird, weil der

---

76 Stechl (2006, S.340)

77 Stechl (2006, S.266)

78 Garand et al. (2007, S.976 ff.)

79 Bodenmann (2000, S.150 ff.)

80 Blieszner et al. (2007, S.197 ff.)

81 Schänzle-Geiger (2011, S.313)

82 Wilz (2002, S.24 ff.); Gunzelmann et al. (1996, S.23)