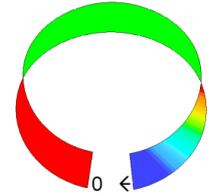


Altern, Sexualität, Demenz

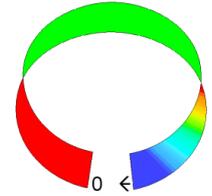
Berlin 05.09.2019

Übersicht



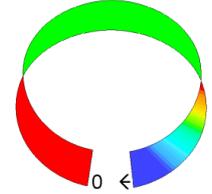
1. Sexualität
2. Mythos Asexualität
3. Forschungen zu Alter und Sexualität
4. Beratung(sliteratur)
5. Gender
6. Institution
7. Sexuell unangemessenes Verhalten
8. Sexualität und Demenz
9. Anliegen

A. Sexualität



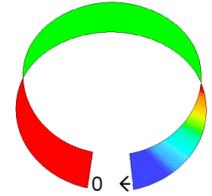
- Umfasst psychologisch Gefühle, Verhalten und Motive
- Kein reines Instinktverhalten, sondern bewusster **Entscheidungsprozess**
- Bildet zentralen Aspekt menschlichen Lebens in jeder Altersphase: als **erotisches psychosoziales Reaktionsmuster** entwickelt es sich über die Lebensspanne hinweg beginnend mit dem Kind (Neugierde), Adoleszenz (Identität und emotionale Intimität), junges Erwachsenenalter (Beziehungsaufbau und Bindung), Erwachsenenalter (Prokreativität), **spätes Erwachsenenalter (von der Prokreativität zum Vergnügen), im Alter (Genuss von Intimität mit und ohne GV/Orgasmus)**
- Sexualität umfasst **Genderidentität(en) und -rollen, sexuelle Orientierungen**, Intimität und Vermehrung; wird in Gedanken, Phantasien, Verlangen, Überzeugungen, Haltungen und Werten zum Ausdruck gebracht; ist eng verbunden mit **Lebensqualität, Entspannung, Selbstachtung und Attraktivität**
- Wird stark geprägt von biologischen, psychologischen, sozialen, ökonomischen, politischen, ethisch-rechtlichen, historischen und religiösen Faktoren
- Ist **eng mit dem Bindungssystem verknüpft, das sich nach der Kindheit in intimen Beziehungen fortsetzt** (bei Belastung und Stress Trost und Sicherheit in emotional bedeutendster Beziehung suchen: EFT, S. Johnson 2014)

Alter und Sexualität



- In der Sexualität im Alter kulminiert der bisherige sexuelle Entwicklungsprozess des Menschen. Die meisten Menschen glauben, im Alter noch dieselben wie vorher zu sein, allerdings im Rahmen eines (idR) nun stabilen Selbstkonzepts. (Erikson: Ego-Integrität)
- In der Regel altern Menschen gut, wenn Sie gelernt haben zu trauern, eine hohe Mentalisierung entwickelt haben und selektiv optimieren können: **also das weiterhin gut und ausreichend tun, was sie vorher getan haben (,the busy ethics‘): dies gilt auch für die sexuelle Entwicklung im Alter**
- Liegt Ego-Integrität und Optimierung vor, dann kann die sich im Alter entwickelnde Sexualität **akzeptiert und gestaltet werden, d.h. auch wenn Sexualität als GV/Orgasmus abnimmt, nimmt nicht die Zufriedenheit mit Sexualität ab** (Schuster&Achburn 1992). D.H Sex ‚nimmt nicht ab‘, sondern **entwickelt sich zusammen mit dem alternden Körper zu einer weiteren Gestalt** (Sharpe 2004)*

B. Mythos ‚Asexualität‘



1. Gesellschaftlich bedingte normative ‚Zeittafeln‘

- In westlichen Kulturen (schon in griechischer und römischer Zeit#): Verbindung von Sex und Zeugung, daher ist **Sex Prägorative der Jugend** = gesellschaftliche Funktion der Sexualität; Alte sollten keine sexuellen Bedürfnisse haben, sondern sich bescheiden zurückhalten (dann werden sie ‚geehrt‘), wenn nicht
- Setzen Stereotype Vorstellungen vom gierigen Greis/Hexe ein: lächerlich, unnatürlich, ekelig, bössartig, sündig (Narr oder Perverser)*

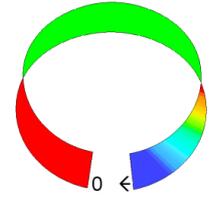
2. ‚Agism‘: Altern ist eigentlich Sterben, Alte werden als fehlerhaft, armselig, schäbig, moralisch defizient dargestellt; wer krank ist, sollte keinen Sex haben

- Radikalisierung im 19. Jh: frühkapitalistisches Menschenbild, das im senilen Alten das Gegenteil des liberalen self-made-man entwirft
- Agism ist tief in der westlichen Kultur verankert (z.B. Frühverrentung, Anti-Aging, Verdrängung von Sterben/Tod)
- Daher ‚erfolgreich altern‘= Hypernormalisierung als beständige Optimierungsaufgabe, im Alter nicht ‚alt‘ zu sein: dafür gepriesen werden, noch so jung auszusehen (Max Frisch) Müller-Hergl



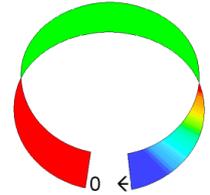
3. IdR sind Asexualität und Agism **‚verinnerlicht‘**, also **Bausteine der Alteridentität, internalisierte & automatisierte negative Assoziationen**, stillschweigende Compliance, bes. bei Frauen (doppelte Unsichtbarkeit), bei lesbisch veranlagten alten Frauen ‚dreifache Unsichtbarkeit‘+
4. Mehr in westlich geprägten Gesellschaften ausgeprägt: in fernöstlichen, islamischen und afrikanischen Gesellschaften häufiger auch positive Wertung der Sexualität im Alter*
5. Psychoanalytisch: Ödipus- und Elektrakomplex – Tötungswunsch wird wg Inzest-Tabu unterdrückt mit resultierender Verdrängung der Sexualität der Eltern; **Abscheu vor der Sexualität der Eltern generalisiert sich als Abscheu vor der Sexualität der Alten** (betr. Bes. Angehörige)
6. Evolutionsbiologisch: Kampf zwischen dem dominanten Männchen (Weißbrücken) und der Horde junger Männchen & dann
Evolutions-kulturell: **Symbolische Kastrierung der Alten durch die Jungen anhand gesellschaftlicher Leitbilder von der Asexualität der Alten** > Alte internalisieren diese Leitbilder und fallen damit als sexuelle Rivalen aus

C. Forschungen: Die klassische Triade



- Drei frühe Studien bestimmen bis heute den mainstream der Diskussion
- Kinsey 1948: Sexualität nimmt im **Alter graduell ab** (Gesundheit, Psyche, fehlender Partner)
- Masters 1966: Verlangen bleibt **lebenslang auf einem individuenspezifisch gleichen Niveau, aktiveres Sexualeben in jungen Jahren sagt mehr sexuelle Aktivität im Alter voraus**, Erregung am meisten durch das Alter betroffen, längere Rückbildungsphase
- Newman 1960-72: Verlangen geht weniger zurück als sex. Aktivität, bei **Frauen hängt es oft von Verfügbarkeit eines Partners ab**

Weitere ausgesuchte Ergebnisse

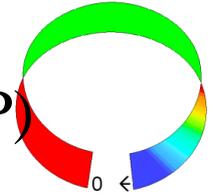


- George/Weiler 1981: sex. Aktivität bleibt bis in die 70er Jahre etwa gleich wie vorher, d.h. auch: **war Sexualität wichtig in jungen Jahren, ist sie dies auch im Alter**
- Gothenburg Studien: Sexualität verbunden mit **besserer Gesundheit**
- Beckmann 2008: im Vergleich der Kohorten der letzten 30 Jahre nimmt die **Zufriedenheit mit GV und sexuellem Verlangen im Alter in den letzten 30 J beständig zu**
- Starr & Weiner 1981: **GV & Orgasmen sind nicht die besten Indikatoren für guten Sex**; 75% der TN (60-91J) berichteten, dass Sex im Alter gleich gut oder besser sei als in jungen Jahren trotz teilweise fehlender Orgasmen; Bedeutung der Zärtlichkeit nimmt im Alter zu



- Brecher 1984, Bullard-Poe 1994: **GV wurde von Männern bedeutsamer als von Frauen beurteilt**; sex. Aktivität geht zurück, **aber 60% der Männer und 40% der Frauen sind nach dem 80J sex. aktiv**; Männer masturbieren häufiger als Frauen im Alter; etwa 50% der TN praktizieren nach dem 50J weiterhin Oralverkehr; nach dem 50J nimmt die Nutzung von Vibratoren zu
- Massachusetts Male Aging Study 1987-2004: **erektile Dysfunktion & Testosteron-Defizit nimmt mit dem Alter zu** (ab 40: 5%, ab 70: 15%, moderate Dysfunktion bei 70J: 34%); wichtigste Gründe: **Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, Medikamente** (bes. Psychopharmaka, Antidepressiva, Benzodiazepine, Diuretica, Antiparkinsonmittel), **Depressivität und Ärger**
- Testosteron und Östrogene: Östrogenmangel nach der Menopause bedingt reduzierte vaginale Lubrikation, urogenitale Atrophien; Testosteronmangel: verantwortlich für geringeres sexuelles Verlangen, tangiert aber nicht die erektile Funktion, Zeugungsfähigkeit nimmt deutlich ab dem 70 LJ ab

Lindau 2007, 2010



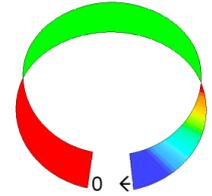
The National Social Life, Health and Aging Project (NSHAP)

- (n=3005 Personen zw. 57-85 J): Regelmäßiger und guter Sex sind assoziiert mit **physischer und psychischer Gesundheit**
- mit dem Alter nimmt die Häufigkeit von **GV stetig ab (mehr bei Frauen als bei Männern)**, aber: 54% der 75-85J haben 2-3x im Monat, 23% 1x in der Woche GV; Frauen haben (wg fehlendem Partner) weniger GV als Männer; **schlechte Gesundheit der Männer ist der häufigste Grund für Einschränkungen und Verzicht auf GV**
- **1/2 haben ein, 1/3 mindestens 2 Probleme, die Sex behindern**; Männer (Häufigkeit/Besorgnis): erektile Dysfunktion (37%/90%), geringes Verlangen (28%/65%), Versagensangst (27%/75%); Frauen: geringes Interesse (43%/61%), Lubrikation (39%/68%), nicht vergnüglich (23%/64%), Schmerzen (17%/ 97%)
- 14% der Männer nehmen Medikamente (Viagra & Co), 1% der Frauen



- Mehrheit von alten Menschen in Paarbeziehungen **halten Sex für einen wichtigen Teil ihres Lebens & ihrer Lebensqualität**
- Die Häufigkeit von GV nimmt ab, bleibt aber bis zum 74LJ etwa auf dem Niveau früher Jahre; **erst ab 75J deutlicher Rückgang**; Gründe habe weniger per se mit dem Alter, als mit mangelnder Verfügbarkeit eines Partners, Erkrankungen und Medikamenten zu tun
- **Frauen sind eher als Männer geneigt, Sexualität als weniger bedeutsam einzuschätzen**
- Frauen im Alter sprechen sexuelle Probleme weniger häufiger gegenüber dem Arzt an als Männer

D. Beratungsliteratur



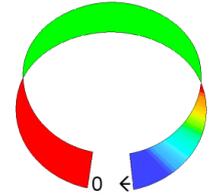
- Alte Menschen **lassen sich zu denselben Problemen beraten wie junge**: Angst vor sexuellem Leistungsverlust, geringes sexuelles Verlangen, geringe sexuelle Erregung (physisch und psychisch), erektile Dysfunktion, Schwierigkeiten einen Orgasmus zu erleben, Schmerzen oder/und psychisches Unbehagen beim Sex, Leiden an mangelnden Gelegenheiten zum GV, Leiden am eigenen Körper und dessen mangelhafter Attraktivität, Leiden an sexueller Langeweile, die Sehnsucht nach mehr sexuellen ‚Experimenten‘ (Bouman 2013)
- Bes. bei Männern aller Altersklassen: die **Angst vor dem Versagen, die Angst, die Partnerin zu kränken/oder gekränkt zu werden, der vorwegnehmende Rückzug von sexuellen Aktivitäten** (ähnlich aber geringer bei Frauen wg geringer vaginaler Lubrikation)
- Das Alter setzt einen neuen Kontext für diese Themen, die Themen aber bleiben dieselben

E. Gender - Frauen



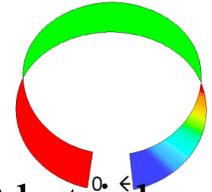
- Jugendkult: **Entwertung der Attraktivität der ältern Frau** (double standard): im Unterschied zum älteren Mann wird die ältere Frau sexuell ‚unsichtbar‘
- Bes. Problematisch für Frauen mit narzisstischer oder histrionischer PS#, aber auch psychotischer Depression (Bsp: Haare)
- Psychologische und soziologische Blockaden: **Vorurteile geg. der Sexualität der älteren Frau** (Angst gegen tradierte Rollen zu verstoßen); Scham aufgrund körperlicher Alterungsprozesse
- Wunsch/Verlangen nach Sex bleibt in etwa gleich erhalten, Menopause hat nur geringen Einfluss (wichtiger als Häufigkeit sind Verlangen und Erwartungen)
- Zusammenhang zw. **Positiver Einstellung zur Sexualität, Selbstannahme, Zufriedenheit mit dem eigenen Körper**; Frauen nach 65 verstehen sich immer weniger als ‚asexuell‘
- Wer geringeres sexuelles Verlangen spürt, für die ist es idR wenig belastend
- Viagra et al führt dazu, dass sich Männer eher nach jüngeren Frauen umschaun und dort Erfolge suchen (verschlimmert den ‚partner gap‘)

Gender: Männer



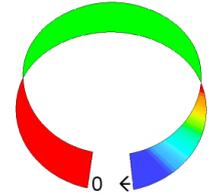
- Kulturelle, heteronormative **Fixierung auf Dominanz und Penetration**: auch der ‚jung gebliebene‘ Alte muss das können
- Enger Zusammenhang **zwischen Penis und Aggression, Wettbewerb, Macht**: Daher ist **ED** so kränkend
- Erwartung der alterslosen, **funktionsbereiten Libido**, ansonsten **kein ‚erfolgreiches Altern‘**: **Kein sexuelles Verlangen zu haben wird damit diskursiv ‚unsichtbar‘, ist schambesetzt**
- Verstärkung dieses Stereotyps durch Viagra & Co (Medikalisierung, Überdiagnostizierung): **Pflicht zur Funktion**
- Aufgabe, dem Stereotyp ‚dirty old man‘ zu entrinnen: also, **immer ‚funktionsbereit‘, aber nicht ‚dirty old‘**

Sandberg 2015 (Männer)



- weiterhin Sex zu haben ist ein Highlight, wenn auch mit kleinen Abstrichen; Zunahme von Verbundenheit und anstrengungsloser Intimität
- In jungen Jahren eher unkontrolliert vom Körper bestimmt („chronic hard-on“), jetzt eher „vom Herzen“ ausgehend
- **Die „ausgereifte Alterssexualität“ wird rekonstruiert als ein „Pfad“, eine Selbsterzählung, der/die sozial akzeptierte sexuelle Orientierung im Alter vermittelt**
- Zu diesem „Pfad“ gehören: **höhere Bedeutung von Zärtlichkeit, mehr Zeit und Geduld, Relativierung der Penetration**
- Um als alter Mann dem Stereotyp „dirty old“ zu entgehen, trotzdem aber als funktionsbereit zu gelten, muß man diesen „Pfad“ beschreiten*
- Sehr alte Männer (>85J) nutzen sodann das Konzept „alt“, um ihr mangelndes Interesse/Verlangen zu positionieren (Impotenz als Orientierung, Pfad für die hochaltrigen Männer)+

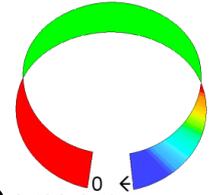
F. Institution



- **Themen: mangelnde Privatheit, Zustimmungsfähigkeit, Kompetenz, Stigma & Diskriminierung, Haltungen von Mitarbeitern und Einfluß der Angehörigen, Reaktionen der Mitbewohner, Politiken der Institution, rechtl. Rahmenbedingungen (z.B. Prostitutionsverbot)**
- **Konkret: Umgang mit Masturbation, sexueller Gewalt/Mißbrauch, Pornographie und Vibratoren, Entkleiden & Exhibitionieren im öffentlichen Raum, sexuellen Anzüglichkeiten geg. Mitarbeitern und Bewohnern, Konflikt zw. Recht auf sexuellem Selbstausdruck und dem Anspruch auf Fürsorge/Sicherheit/Schutz, ungenügende Räumlichkeiten und Ausstattungen**
- **Komplexe Problemlagen, für die es selten einfache Lösungen gibt**

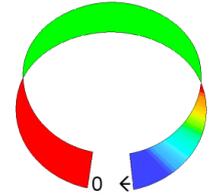
- 
- Häufig: Gesundheitsarbeiter **bekunden positive bis permissive Haltungen, bei Konfrontation mit realen Vorkommnissen** werden Ängste, Ablehnung, Verspottung, Ekel etc. **erkennbar***
 - Nicht nur Bewohner, auch Mitarbeiter bedürfen der Beratung und Supervision bei sexuellen Themen/Anlässen, aber
 - **Kenntnisse über Sexualität und Altern scheinen im institutionellen Kontext die Haltungen der MA nicht zu beeinflussen** (erhöhen nicht tolerante, positive Haltungen)+, wichtiger ist das Alter: je älter der MA, desto toleranter
 - Wenig beachtete Themen: Eifersuchtswahn und obsessive Ansprüche, vorbestehende sexuelle Störungen – mit Eskalationstendenz im Alter/Demenz#, Mißbrauch (durch andere Bewohner, Mitarbeiter und Besucher), Re-Traumatisierungen im Kontext von Körperpflege**

Angehörige und Mitarbeiter



- Befragung von MA & PA anhand einer Vignette: 2 Personen mit Demenz, beide mit anderen Personen verheiratet, beginnen intimen sexuellen Kontakt
- PA & MA berufen sich auf ‚reduced capacity‘: Annahme, dass Verknennung /Verwechslung vorliegt, idR wird der PmD in diesem persönlichen Nahfeld von MA und PA kein Selbstbestimmungsrecht eingeräumt
- Körperkontakt ohne Intimität wird gebilligt, bei körperlicher Intimität (Nacktheit) wird Eingriff von Management und MA gefordert, um dies zu verhindern (möglichst sanft ablenken....)
- Beide sind der Meinung, dass bei Verheirateten der gesunde Partner ein Recht hat, dem Partner mit Demenz intimen Kontakt mit anderen zu untersagen und dass MA eingreifen müssen, auch dann, wenn sich PmD dagegen wehrt
- Interessant: keine Einwände bei Unverheirateten/Verwitweten (Capacity??)
- Angst vor Beschwerden, Öffentlichkeit, Rufschädigung (Mißbrauch!), Strafprozessen (ESB) spielen eine Rolle
- Fehlen von professionellen Leitlinien und gesetzlichen Regelungen: idR wird vom Management erwartet, dies zu ‚regeln‘

Einzelne Befunde



- **Wunsch nach Zärtlichkeiten von PK besonders bei HB, die keinen Besuch von Angehörigen erfahren**
- Bei Männern: **häufig Fixierung auf junge MAInnen**, bei männlichen HB eher Wunsch nach GV als bei weiblichen
- **Bei HBInnen eher Schwärmereien für junge Pfleger**
- Einige HB meinen, dass Sexuelles mit zur Dienstleistung gehört
- Eher zu PK als zu anderen HB, oft im Rahmen der Körperpflege
- **Junge weibliche PK können sich am schlechtesten behaupten & Grenzen ziehen**
- MA werden oft involviert, wenn sich andere HB beschweren ob der Liebschaften von zwei Bewohnern

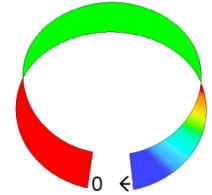
G. Sexuell unangemessenes Verhalten



- Bei Demenz, Schizophrenie, bipolarer Depressivität (manische Phase), Persönlichkeitsstörungen bzw. –veränderungen
- Empfehlungen: genaue Anamnese und FB, Sexualgeschichte, mögliche Stressoren/Anpassungsprobleme: maskiert das Verhalten Schmerzen/Ängste/Kontrollverlust/Verluste?, könnte es Bedürfnisse auf einer anderen Ebene signalisieren (Trost, Kontakt, Bindung)?, Analyse auf der Basis tatsächlichen Verhaltens*, Vermeidung von Gender-Attributionen (Mann als Verfolger, Frau das Opfer), sexuell übergriffiges Verhalten immer deutlich/ entschieden/ einfühlsam begrenzen> einheitliches Vorgehen im Team (z.B. arbeiten mit schriftlichen Instruktionen gemäß Bourgeois), Verhalten immer gegenüber Bewohner verbalisieren#, Beschämungen dabei möglichst begrenzen, die am wenigsten restriktive Möglichkeit wählen, Vorkommnisse ausführlich nachbesprechen

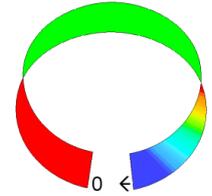
- 
- **Sexuell unagemessenes Verhalten wird erst im Kontext der Demenz manifest (und hat eher selten mit vorbestehenden Neigungen zu tun)**
 - Ist in der Regel **nicht auf eine bestimmte Person gerichtet, sondern erfolgt ‚generalisiert‘**
 - Nicht unproblematisch, zwischen (normalen/legitimen) sexuellen Bedürfnissen und Hypersexualisierung zu unterscheiden
 - Themen: **öffentliche Masturbation, in der Öffentlichkeit die Brüste entkleiden und erregen, andere Pflegende und Bewohner an Brüsten, Gesäß oder Geschlecht anfassen und sie nachhaltig zu sexueller gemeinsamer Aktivität auffordern**
 - Häufiger bei Männern als bei Frauen
 - Meist zusammen mit vielen anderen Formen HV (dissozial), besonders mit **Enthemmung**

H. Forschung: Sex & Demenz



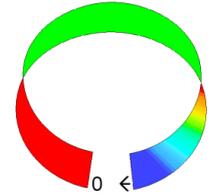
- Im Kontext Demenz **nehmen sexuelle Aktivitäten insgesamt eher ab**: Rückzug der Partner, Exekutivstörungen, fehlende Einfühlung
- unangemessenen Verhaltensweisen sind oft das Resultat einer **Unfähigkeit, Gefühle anderer richtig einzuschätzen (TOM)** und Umgebungsfaktoren angemessen zu berücksichtigen
- häufigste Störung in der Sexualität bei Menschen mit Demenz geht nicht auf Hypersexualität, sondern auf **Apathie und Desinteresse** zurück
- Hypersexualisierung eher selten anzutreffen (vermehrt bei vaskulärer Demenz), **dann aber einschlägig problematisch** (im Kontext der Ehe häufiger als im Heim, ca 5%)
- Häufig: betroffen sind Exekutivfunktionen, die für angemessenes Verhalten notwendig sind (fronto-temporal): Fehlsteuerung zw. Limbischem System und PFK

Forschung: Sex & Demenz



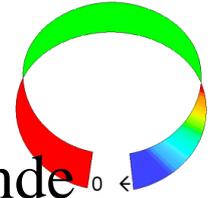
- Intimität, Zärtlichkeit, Körperkontakt, auch genitale Sexualität wird **schmerzlich vermisst, Körperkontakt eng verbunden mit Glück und Zufriedenheit (Bindung)**
- Die äußere Erscheinung ist für MmD sehr wichtig, Bsp. Damenbart, attraktives Aussehen, Schminken, Mode
- **Ehefrauen ziehen sich von Männern mit Demenz eher zurück als Männer von Ehefrauen mit Demenz** (bes. bei Männern mit vaskulärer Demenz ziehen sich Ehefrauen zurück)

Hypothesen



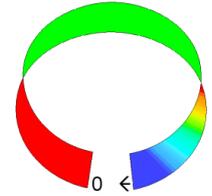
- Fronto-temporale Veränderungen mit Enthemmung: Verhalten nicht als Veränderung des Sexualtriebes, sondern **im Kontext der Enthemmung** zu begreifen, in dem **soziale Normen und Verhaltenskontrolle zunehmend keine Rolle** mehr spielen
- **Selbstbehauptung, Identitätsvergewisserung, Macht, Kompensation narzisstischer Krisen: besonders bei Männern**
- **Langeweile, Unterstimulation**; Möglichkeit, Lebendigkeit und Lust zu erfahren
- **Fehldeutung** von Intimpflege
- **Mehr sexuell stimulierende ‚Angebote‘ und Möglichkeiten im Heim** als im häuslichen Milieu

Mitarbeiter

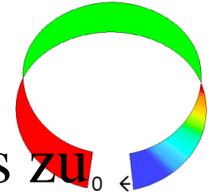


- Sexuell unangemessenes Verhalten: besonders belastende Situation für MA, **beeinflusst wie kaum etwas anderes die innere Haltung gegenüber dem Klienten nachhaltig negativ**: schlimmer als aggressives Verhalten (Scham, wehrlos)
- Weibliche und junge PK reagieren eher **mit Ekel**, männliche PK finden anzügliche HBInnen eher **,charmant‘**
- Reaktionen: zunächst Schock, **dann Kontextualisierung** (z.B. als Verkennung), bei schwerer Demenz eher **entsexualisierende Deutung** (Bedeutung der intentionalen Attribution)
- Mit der Kontextualisierung kann auch die **Ent-Personalisierung** wachsen („weiß nicht, was er tut“)
- Übliche Strategien: ‚ungeschehen‘ machen, entschuldigen, Gewöhnung (mit Alter & Erfahrung), risikobewußte Zugangsweise

I. Anliegen



- Information und Schulung von Gesundheitsarbeitern
- Fragen zur Sexualität sowohl beim Hausarzt wie auch in der Biographiearbeit in Einrichtungen
- Auswirkungen veränderter Geschlechterrollen auf Alterssexualität: anders gelebte häusliche Rollen(& die daraus resultierenden Konflikte), geringere Orientierung der Frauen an den sexuellen Wünschen ihrer Männer
- Langzeitauswirkungen sexuell bedingter Traumatisierung auf Alterssexualität
- Sowohl die Stigmatisierung der Alterssexualität (Asexualität) als auch die Erwartung ewig gleich bleibender Funktionalität bilden sozial konstruierte Stereotype, die problematisch sind
- Internet und internetbasierte Pornographie



- Beratungsangebote für alte Menschen /Paare, besonders zu gesundheitlichen Herausforderungen bei GV, zu sexuellbedingten Infektionen wg verringerter Immunabwehr bei Scheidentrockenheit,
- Baby Boomer: mehr Therapieerfahrungen, mehr psychologisches Wissen, mehr Wissen über Sex
- Mehr Beratung in schwierigen Lebenslagen: Scheidungen & mehrere Ehen/Kinder, Außenbeziehungen, komplexe familiäre Verpflichtungen: sexuelle Störungen als Ausdruck interpersonaler Probleme
- Wg Attraktivitätsdruck im Alter: mehr Essstörungen, Magersucht, Körperschemastörungen
- Quickfix-Denken (Viagra) verhindert Bearbeitung tiefer liegender Störungen