

Sexualität und Partnerschaft bei Morbus Parkinson – Ergebnisse einer empirischen Studie bei Betroffenen und ihren Partnern

Sexuality and Partnership – Aspects of Parkinson's Disease

Klaus M. Beier, Maja Lüders, Steffen A. Boxdorfer, Ch. J. Ahlers

Zusammenfassung

In einer Querschnittsstudie zu den Auswirkungen von Morbus Parkinson auf Sexualität und Partnerschaft, wurde eine klinische Stichprobe von 2099 Betroffenen samt ihrer Partnerinnen bzw. Partnern bezüglich ihrer partnerschaftlich-sexuellen Zufriedenheit untersucht. Die Stichprobe konnte mit dankenswerter Unterstützung der Deutschen Parkinson-Vereinigung DPV gewonnen werden. Durchschnittlich waren die befragten 330 Frauen und 1008 Männer 65 Jahre alt und 37 Jahre partnerschaftlich gebunden. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen war eine starke Zunahme sexueller Funktionsstörungen (verbunden mit subjektivem Leidensdruck) seit der Diagnosestellung Morbus Parkinson festzustellen. Auch bei den Partnern/innen kam es zu einem signifikanten Anstieg von sexuellen Funktionsstörungen und ebenso zu einer starken Abnahme der sexuellen Zufriedenheit. Die Betroffenen gaben parkinsonspezifische Symptome und Medikamenteneinnahme als maßgeblich für die Beeinflussung ihrer Sexualität an. Auffällig war, dass ein und dieselbe Substanzgruppe bei den Betroffenen für fast alle sexuellen Funktionen sowohl eine Abnahme als auch eine Zunahme oder auch gar keine Veränderung bewirken konnte, wobei zusätzlich Geschlechtsunterschiede auffielen. Hinsichtlich der partnerschaftlichen Situation gaben sowohl Männer als auch Frauen an, dass der Austausch von Zärtlichkeiten, die Mitteilung von Empfindungen wie überhaupt die Kommunikation seit der Diagnosestellung abgenommen hatten, wobei der Wunsch nach gemeinsamer Intimität aber unvermittelt fortbestand.

Schlüsselwörter: Morbus Parkinson, Partnerschaft, Sexuelle Funktionsstörungen, Levodopa, Dopaminagonisten

Abstract

In a cross-section study the influence of Parkinson's Disease (PD) on sexuality and partnership in 2099 affected members of the German Parkinson Organization (DPV) were investigated. At an average age of 65, 330 women and 1008 men had been living in a partnership for an average of 37 years. Not only sexual dysfunctions occurred both in affected women and men as well as in healthy partners but also an evident reduction of sexual contentment on the whole. The affected patients mentioned specific symptoms of PD and medication as the deciding factors of influence on their sexuality. It was impressing that one single group of substances could influence sexual functions by increasing as well as decreasing them or having no influence at all. Furthermore different effects in different genders became obvious. The information concerning their partnership situation given by both men and women shows that communication in general, especially caressing and showing feelings, are reduced since diagnosis, whereas a desire for mutual intimacy prevails on the same level as before. *Keywords:* Parkinson's Disease, partnership, sexual dysfunctions, Levodopa, Dopamine agonists

An Morbus Parkinson erkrankten Menschen in der Regel erst ab der zweiten Lebenshälfte. Die meisten Betroffenen haben also zum Zeitpunkt der Diagnosestellung ihren Lebensentwurf weitgehend verwirklicht – in beruflicher, wirtschaftlicher sowie auch in partnerschaftlicher und familiärer Hinsicht. Umsomehr ist die Erkrankung dann ein Einbruch in die bisherige Lebensbahn – mit teilweise gravierenden Auswirkungen auf das soziale Netzwerk.

Dabei ist – insbesondere vielen Betroffenen – kaum bekannt, dass die Erkrankung selbst sowie eine Vielzahl von Parkinson-Medikamenten das sexuelle Verlangen, die sexuelle Erregbarkeit oder aber auch die Zufriedenheit mit der Sexualität dramatisch verändern können.

Aufgrund der bisher aufgedeckten neurobiologischen Funktionszusammenhänge des Dopamins lässt sich bereits theoretisch gut herleiten, dass die Sexualität in vielfacher Weise beeinflusst werden kann (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Beeinflussung der Sexualität durch Dopaminsysteme

Dopaminsysteme	Auswirkungen auf die Sexualität
Dopaminerge Verschaltungen mit dem Hypothalamus-Hypophysen-System, dem Hauptkontrollzentrum der endokrinen Drüsen, welches auch die Freisetzung von Geschlechtshormonen regelt. Die Basalganglien im Mittelhirn, die eine wichtige Rolle bei der Bewegungsabstimmung spielen.	durch Veränderung der hormonellen Situation durch die erschwerte Realisierung von Wünschen und Vorstellungen aufgrund der Bewegungseinschränkungen (Hypo- und Akinese), des Zitterns (Tremor) oder der erhöhten Muskelanspannung (Rigor), die alle geeignet sind, um die aktive Ausgestaltung von sexuellen Wünschen zu behindern
Verbindungen zwischen dem Mittelhirn, dem Großhirn und dem sog. limbischen System (Einfluß auf Gefühle und Wahrnehmungen).	durch Veränderungen von Gefühlswelt und Wahrnehmungsinhalten, die auch dazu führen können, dass Angst und depressive Verstimmungen zunehmen – schlechte Voraussetzung, um sich auf sexuelle Begegnungen einzulassen.

Hinzu kommen mögliche Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung des Morbus Parkinson sowie anderer Erkrankungen, welche Parkinson-Betroffene – nicht zuletzt aufgrund ihres höheren Alters – zusätzlich aufweisen können (z.B. Herz-Kreislauf-, Nieren- oder auch Stoffwechselerkrankungen). Schließlich kann durch die Therapie von Begleiterscheinungen des Morbus Parkinson (z. B. depressive Symptome) zusätzlich ein substanzinduzierter Einflussfaktor entstehen, der sich negativ auf das sexuelle Erleben und Verhalten auswirkt.

Erst seit einigen Jahren jedoch finden verschiedene sexuelle Dysfunktionen als Begleitsymptome des idiopathischen M. Parkinson in der Forschung eigenständige Beachtung (Brown et al. 1990). Überblickt man das gesamte Schrifttum – also auch diejenigen Studien, die krankheitsbedingte Veränderungen der Sexualität zumindest mituntersucht ha-

ben – wird meist kein Aufschluss darüber gegeben, welche sexuellen Dysfunktionen im einzelnen auftreten (Hyypä et al. 1970; Brown et al. 1978; Brown et al. 1990; Koller et al. 1990; Basson 1996). Häufig sind die Definitionen der einzelnen Veränderungen der Sexualität sehr uneinheitlich. Unter „Hypersexualität“ z.B. verstehen Brown und Mitarbeiter (1990) eine erhöhte sexuelle Appetenz, während andere Autoren zusätzlich eine erhöhte sexuelle Aktivität in diese Definition einschliessen (Uitti et al. 1989).

Die Angaben zur Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen bei M. Parkinson liegen zwischen 35% und 80% (Brown et al. 1990; Koller et al. 1990; Wermuth & Stenager 1995; Burguera et al. 1994; Welsh et al. 1997). Dabei unterscheiden sich die Angaben hinsichtlich des Ausmasses der sexuellen Veränderungen bei weiblichen bzw. männlichen Parkinson-Betroffenen deutlich. So stellten Brown und Mitarbeiter (1990) fest, dass sexuelle Funktionsstörungen bei Paaren mit männlichen Patienten häufiger vorkommen (65%) als bei weiblichen Parkinson-Betroffenen (34%). Im Gegensatz dazu stehen die Ergebnisse von Wermuth und Mitarbeiter (1995) die nur bei 40% der männlichen Patienten im Gegensatz zu 70% der weiblichen Parkinson-Kranken eine veränderte „Libido“ (sexuelle Appetenz) und eine ebenfalls etwa doppelt so häufige Veränderung der sexuellen Aktivität bei den weiblichen Patienten (80%) im Vergleich zu den Männern (33,4%) feststellten. Auch Koller und Mitarbeiter (1990) fanden bei parkinsonkranken Frauen im Vergleich zu den erkrankten Männern häufiger eine verringerte sexuelle Appetenz und Erregungsstörungen, während die Häufigkeit des Orgasmuserlebens sowie der sexuellen Aktivitäten bei beiden Geschlechtern abnahm.

In bisherigen Studien mit Kontrollgruppenvergleich fanden Lipe und Mitarbeiter (1989) keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit oder Form des Auftretens sexueller Parameter bei Parkinson-Kranken im Vergleich zu Arthritis-Patienten, bei denen das Nervensystem nicht involviert ist (allerdings dürften hier andere krankheitsbedingte Faktoren, insbesondere Gelenkschmerzen, Auswirkungen auf die Sexualität haben), während Singer und Mitarbeiter (1989) eine höhere Zahl männlicher Parkinson-Patienten, die unter einer Erektionsstörung litten (60,4%) als bei einer Kontrollgruppe gesunder Männer dieser Altersklasse (37,5%) ermittelten.

Bezüglich der Einflussfaktoren auf die Sexualität wurden bislang am häufigsten die Auswirkungen der parkinsonspezifischen Medikation auf die Sexualität untersucht, wobei meist ein Zusammenhang gefunden wurde (Hyypä et al. 1970; Kolodny et al. 1978; Brown et al. 1978; Brown 1990; Vogel & Schiffter 1983; Balon et al. 1996; Courty et al. 1997; Korpelainen et al. 1998), nicht allerdings von Singer und Mitarbeiter (1989).

Nur vereinzelt ist bisher der Versuch unternommen worden, zusätzliche Einflüsse auf die Sexualität der Parkinson-Betroffenen, wie Krankheitssymptomatik, Krankheitsdauer sowie auch soziale und psychische Faktoren, zu erfassen (Brown et al. 1990; Szasz 1989; Wermuth & Stenager 1992; Basson 1996).

Die Partnerschaft als ein wesentlicher die Sexualität beeinflussender Faktor wurde nur in wenigen Studien überhaupt untersucht; weiterhin sind nur vereinzelt auch die Partner mit einbezogen worden. Wenn dies der Fall war, sind, – wie bei Koller und Mitarbeiter (1990) und Basson (1996) – die Partner lediglich zu deren Sexualität befragt worden. Basson (1996) deutet mögliche partnerschaftliche Schwierigkeiten als Folge sexueller Funktionsstörungen an. Die Partnerschaft als ein die Sexualität beeinflussender Faktor wurde in zwei Fällen lediglich in einem unspezifischen Item erfasst (Longstreth & Linde 1984; Ellgring und Mitarbeiter 1993), so dass so gut wie keine Ergebnisse zur partner-

schaftlichen Situation bei Parkinson-Kranken vorliegen. Brown und Mitarbeiter (1990) untersuchte als einziger bislang verschiedene Einflussfaktoren auf die Sexualität, zu denen auch die Partnerschaft, insbesondere die partnerschaftlichen Zufriedenheit zählt. Jedoch handelt es sich hier um eine sehr kleine Stichprobe (insgesamt 34 Patienten).

Hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens sexueller Dysfunktionen bei den Partnern von Parkinson-Betroffenen gelangen die einzigen beiden Arbeitsgruppen, die dies bisher untersucht haben (Brown et al. 1990; Basson 1996) zu der gleichen Feststellung: Die Partnerinnen weisen wesentlich häufiger als die männlichen Partner sexuelle Dysfunktionen auf. Allerdings wurde eine erhöhte sexuelle Appetenz bei den Patientinnen (2 von 4) weder von diesen selbst noch von deren Partnern als problematisch angesehen; anders verhielt es sich mit den Partnerinnen der männlichen Patienten mit verstärktem sexuellen Verlangen (7 von 17), von denen 6 (von 7) ebenfalls Probleme mit der sexuellen Appetenz entwickelten (Basson 1996). Auch Brown und Mitarbeiter (1990) gelangen zu dem Ergebnis, dass keiner der männlichen Partner der Patientinnen Veränderungen der Sexualität aufwies, wohingegen dies bei 52% der weiblichen Partner der Fall war.

Wie aus Tabelle 2 ersichtlich wird, gehen die bisherigen Untersuchungen über eine Stichprobengröße von 50 nicht hinaus (Singer et al. 1989; Wermuth & Stenager 1995; Basson 1996): teilweise handelt es sich lediglich um Fallbeschreibungen (Quinn et al. 1983; Vogel & Schiffter 1983).

Forschungsmethoden und statistische Auswertung

In enger Zusammenarbeit mit der Deutschen Parkinson Vereinigung (DPV) sowie mit Experten aus involvierten Berufsgruppen (Fachärzte, Psychologen, Pfleger) wurde ein Erhebungsinstrument für die Betroffenen und ein weiteres für deren Partner/innen konstruiert. Der Fragebogen gliedert sich in folgende Bereiche:

1. Allgemeine Angaben zur Person und zum sozialen Umfeld

Z.B. Alter, Geschlecht, Veränderung der beruflichen Situation etc.

2. Angaben zur Partnerschaft

Zur Einschätzung der partnerschaftlichen Zufriedenheit wurde auf das Modul „Partnerschafts-Fragebogen“ aus dem standardisierten und normierten (modularen) „Fragebogen zur Partnerschaft-Diagnostik“ FPD (Hahlweg 1996) zurückgegriffen. Dieser „Partnerschafts-Fragebogen“ besteht aus den Skalen: „Streitverhalten“, „Zärtlichkeit“, „Gemeinsamkeit / Kommunikation“ sowie einem „Gesamtwert“ zur globalen Einschätzung des Glücksempfindens in der Partnerschaft. Darüber hinaus wurden in weiteren, selbstformulierten Items spezielle Verhaltensweisen erfasst, die vermehrt bei Betroffenen-Paaren vorzukommen schienen (Überforderungsgefühle durch vermeintliche oder tatsächliche sexuelle Ansprüche des Partners, Selbstständigkeitsverlust-Gefühle, Rückzugsverhalten).

3. Angaben zur Sexualität

Nach den Vorgaben des DSM-IV (APA 1996) wurden für sämtliche sexuelle Funktionsstörungen einzelne Items formuliert, die sowohl den Betroffenen, als auch den Partnern vorgegeben wurden, wodurch die Studienergebnisse zu diesem Inhaltsbereich auf der Grundlage international gültiger Operationalisierungen objektiviert werden konnten. Dementsprechend wurde z.B. eine sexuelle Funktionsstörung nur dann angenommen, wenn von den Betroffenen zugleich subjektiver Leidensdruck angegeben wurde.

Sämtliche Daten zu Partnerschaft und Sexualität, sowie einige zu Medikationsauswirkungen wurden in zwei Zeitachsen erhoben („vor der Diagnose“ und „seit der Diagno-

Tab. 2: Bisherige Studien zu den Auswirkungen von Morbus Parkinson auf Sexualität und Partnerschaft

Arbeitsgruppe	Studiendesign	Stichprobe Männer (N)	Frauen (N)	Hauptfragestellung	Einbeziehung der Partner- schaft (ja=; nein=n)	Untersuchung der Partner- schaft (ja=; nein=n)	Operationali- sierte Erfas- sung der SFS	Informationsstand der Betroffenen über Sexualität
Hyypä et al. 1970	Interview; prospektiv	41 (m+w)		Erfassung SFS: „Libido“ (sexuelle Appetenz); sexuelle Aktivität	n	n	n	n
Brown et al. 1978	FB-nicht randomi- siert retrospektiv	7?	/	Zusammenhang zwischen Levodopa und ES	n	n	n	n
Quinn et al. 1983	Fallbeschrei- bungen	2	/	Zusammenhang zwischen SFS und Dosierung von APM	n	n	n	n
Vogel et al. 1983	Fallbeschreibung	1	/	Zusammenhang SFS und APM	n	n	n	n
Langstreit et al. 1984	evaluierter FB	44 (m+w)		psychische, psychoso- ziale und physische Faktoren bei SFS	n	unspezifisch	n	n
Ujčić et al. 1989	FB	13 (m+w)		Zusammenhang zwischen APM (Levodopa; Selege-ine, Dopaminagonisten) und Hyposexualität**	n	n	n	n
Brown et al. 1990	FB	23	11	Erfassung SFS verschiedene Einflussfaktoren	j	j	ja (GRISS modifiziert) 0	n
Kodur et al. 1990	FB randomisiert	36	14	SFS	j	n	n	n
Lape et al. 1990	KS (4 Im Arthritis)	41	/	Zusammenhang zwischen SFS und Alter, Depression sowie Schwere der Erkrankung	n	n	n	n

Fortsetzung Tab. 2: Bisherige Studien zu den Auswirkungen von Morbus Parkinson auf Sexualität und Partnerschaft

Ellgring et al. 1993	FB	200	125	psychosoziale Konflikte bei MP	n	unspezifisch: Item	n	n
Bonguera et al. 1994	FB	36	14	ES, sex. Aktivität, „Jährlide“ (sex. Appetenz) SFS	n	n	n	n
Wernuth et al. 1995	FB, strukturiertes Interview	15	10	SFS	n	n	n	n
Basson et al. 1996	Semistrukturiertes Interview; physical examen	21 (14 Partnerinnen)	4 (4 Partner)	pathophysiolog. und psychosoziale Faktoren bei SFS	j	j	j	n
Welsh et al. 1997	Fall-KS (27 gesunde Frauen)	/	27	Vergleich SFS bei MP und KG; Zusammenhänge MP-Dauer, soziokomplex, Faktoren und SFS	j	n	j	n
Beier et al. 1999	FB; nicht randomisiert, retrospektiv	1008	330	Erfassung SFS bei Parkinson und Partner; Analyse der Einflussfaktoren auf Sexualität; soziodemographisch; partnerschaftlich; krankheitsbedingt (Symptome, APM)	j	j	entsprechend DSM-IV	Zustand med. Betreuung Verbesserungswünsche

FB=Fragebogen; KS=Kontrollgruppe; KG=Kontrollgruppe; SFS=Sexuelle Funktionsstörung; MP=Morbus Parkinson; ES=Erektionsstörung;

APM=Antiparkinson-Medikament(e); GRIS=Golembek-Rust Inventory of Sexual Satisfaction; SIQ=Sexual Functioning Questionnaire

*=erhöhte sexuelle Appetenz (laut Definition der Autoren); **=erhöhte sexuelle Appetenz und Aktivität (laut Definition der Autoren); sex.=sexuell(e)

se“) um auf diese Weise quasi eine Verlaufsbeobachtung bzw. eine Veränderungsmessung im Rahmen einer (Ein-Punkt-) Querschnittsuntersuchung zu ermöglichen. Auf der Grundlage dieser Fragebogenkonstruktion über zwei Zeitebenen konnten so Eindrücke über die Einflussgröße der Erkrankung auf Untersuchungsfaktoren wie die sexuelle Funktion und letztlich die partnerschaftlich-sexuelle Beziehungszufriedenheit insgesamt gewonnen werden.

4. Angaben zur Erkrankung und Medikation

Die Entwicklung der Items zum Symptomteil erfolgte in Anlehnung an das international gebräuchliche Instrument zur Klassifizierung der Hauptsymptome des M. Parkinson, der UPDRS-Skala (Unified Parkinson's Rating Scale [APA 19964]).

Im wesentlichen wurde das Prinzip der qualitativen Erfassung der Symptome übernommen und zudem die Kardinalsymptome der Erkrankung Tremor, Rigor, Hypo-, Hyper- und Akinese sowie Angst und Depression aus dem Erhebungsinstrument ausgewählt und in vier verschiedenen Ausprägungsgraden vorgegeben.

Entsprechend der Angaben zu diesen körperlichen Hauptsymptomen konnten dann unterschieden werden:

(1) rigid-akinetischer Krankheitstyp,

definiert durch das Auftreten einer starken bzw. sehr starken Muskelsteifigkeit (Rigor) sowie einer starken bzw. sehr starken eingeschränkten Beweglichkeit bzw. Unbeweglichkeit (Hypo- oder Akinese).

(2) tremordominanter Krankheitstyp,

definiert durch das Auftreten eines starken bzw. sehr starken Muskelzitterns der Extremitäten (Tremor).

(3) Äquivalenztyp,

definiert durch die fehlende Zuordnungsmöglichkeit zu den beiden erstgenannten Typen, also dann, wenn mehrere Hauptsymptome gleichermaßen schwach oder auch stark ausgeprägt sind.

Die Erhebung der Antiparkinson-Medikamente ist von vornherein mit einer Einschränkung vorgenommen worden: Es wurde zunächst in einem Item erfragt, ob die Probanden/innen medikamentös therapiert werden und in einem weiteren, ob sie einen Zusammenhang zwischen den eingenommenen Anti-Parkinson-Medikamenten und ihrer Sexualität sehen.

Zu diesem Zweck wurden die 54 in Deutschland am häufigsten applizierten Präparate vorgegeben und die Probanden/innen gebeten, die entsprechenden Medikamente anzukreuzen. In einem nächsten Item wurde nach den beobachteten Veränderungen der Sexualität entsprechend den verschiedenen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus sowie nach Häufigkeiten sexueller Aktivitäten und dem Auftreten sexueller Phantasien gefragt. Es konnte jeweils zwischen einer „Zunahme“, „Abnahme“ bzw. „keine Veränderung“ der verschiedenen sexuellen Parameter gewählt werden.

5. Informationsstand der Betroffenen über mögliche Auswirkungen der Erkrankung auf die Sexualität.

In weiteren Items wurde erfasst, in wieweit Parkinsonkranke und deren Partner von beruflichen Helfern auf Veränderungen der Sexualität aufmerksam gemacht wurden, die mit der Erkrankung einhergehen können.

Vorstudien und Rücklauf

Im Verlauf der Entwicklung des endgültigen Erhebungsinstruments für Parkinson-Betroffene und Partner/innen wurden zwei Vorstudien durchgeführt: die erste im August 1997 mit 26 und die zweite zur Bestimmung der Testgütekriterien im April und Juni 1998 mit 51 betroffenen Paaren.

Das Testinstrument erwies sich als hinreichend valide und stabil (Retest-Reliabilität-Coeffizient: [Cronbach-Alpha-Wert]: 0,6 – 0,7).

Im Rahmen der Hauptuntersuchung (Oktober 1998 bis März 1999) wurden an die ca. 12 000 Mitglieder der deutschen Parkinson-Vereinigung die Fragebögen für Betroffene und deren Partner verschickt. Insgesamt wurden 2099 Fragebögen (= 18%) zurückgesendet; darunter waren

- a) 1338 Probanden/innen, bei denen sowohl die Betroffenen als auch deren Partner geantwortet haben
- b) 334 ‚unechte singles‘, d.h. in einer Partnerschaft lebende Betroffene, bei denen der Partner/ die Partnerin nicht antwortete
- c) 354 ‚echte singles‘, d.h. Betroffene, die nicht in einer Partnerschaft leben und
- d) 73 ‚Partner‘, d.h. Antwort von verwitweten Partnern oder denen, bei denen Betroffene sich nicht äußerten

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse beziehen sich nur auf die Probandenpaare entsprechend der Gruppe a) (vgl. Einteilung oben); dies sind 1008 Männer sowie 330 Frauen, bei denen sowohl die Betroffenen als auch deren Partner den Fragebogen ausgefüllt zurückgesendet haben.

Statistische Auswertung

Nach Eingabe der Daten in das Programm SPSS (Statistical Program for Social Sciences), wurden die erhobenen Faktoren zunächst in einer Deskriptionsanalyse ausgewertet. Hierzu wurden im einzelnen die absoluten und relativen Häufigkeiten zu den soziodemographischen Faktoren, zu sexuellen Funktionsstörungen, zur Partnerschaftsstruktur, zur Medikamenteneinnahme, zur Krankheitsverarbeitung sowie zu den Angaben über die medizinische Betreuung (inklusive Informationsvermittlung zu Auswirkungen der Erkrankung auf die Sexualität) ermittelt.

Die erwarteten Zusammenhänge zwischen den erhobenen Einflussfaktoren und der partnerschaftlich-sexuellen Beziehungszufriedenheit wurden im nächsten Schritt inferenzstatistisch ausgewertet. Hierzu wurden vornehmlich nicht-parametrische Test verwandt (z.B. bivariate Kreuz-Tabelleierungen), weil die Stichprobendaten keine (homogene) Normalverteilung aufwiesen. Zur Bestimmung der Ergebnissignifikanz der jeweiligen korrelativen Zusammenhänge wurden Chi-Quadrat-Tests (nach Pearson) berechnet.

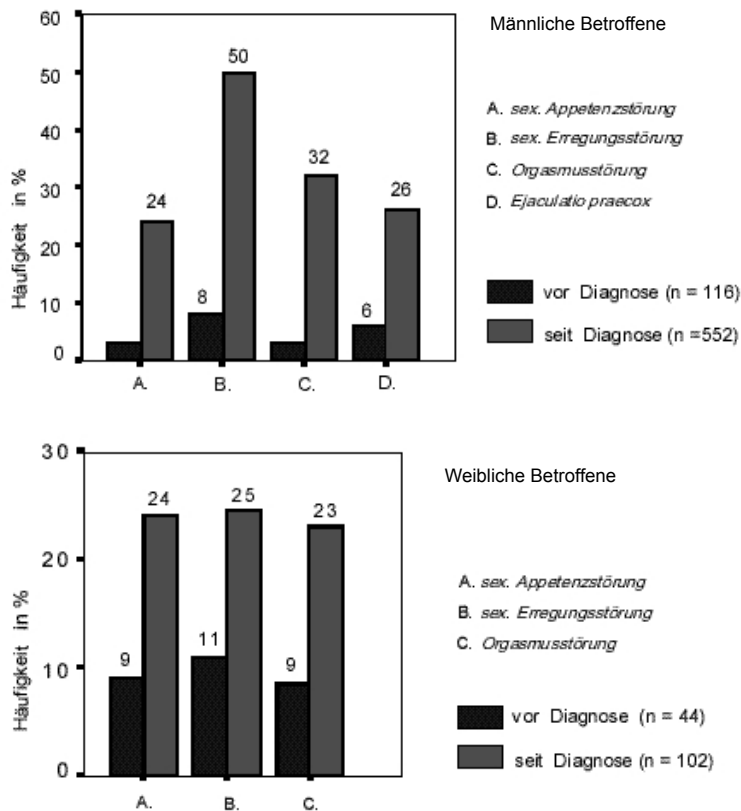
Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der Betroffenen lag etwa bei 65 Jahren und die durchschnittliche Partnerschaftsdauer bei 37 Jahren. Etwa zwei Drittel der Probanden waren im Ruhestand und die Betroffenen waren im Durchschnitt ca. 10 Jahre an Morbus Parkinson erkrankt. Es handelte sich demnach um eine Stichprobe von Paaren, die mehr als die Hälfte ihres Lebens gemeinsam verbracht hatten und auch bereit waren, gemeinsam an der Befragung teilzunehmen, um ihre Erfahrungen anderen Betroffenen zugänglich zu machen.

1. Auswirkungen der Erkrankung auf die Sexualität

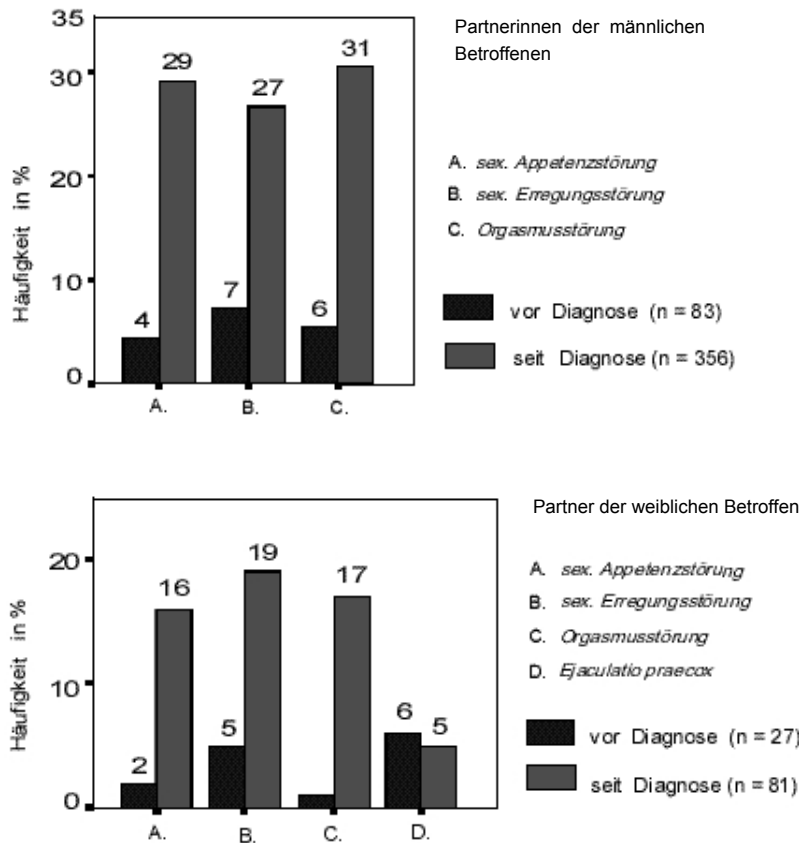
Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen war eine starke Zunahme von – mit Unzufriedenheit verbundenen – sexuellen Funktionsstörungen seit der Diagnosestellung Morbus Parkinson festzustellen. Bei den betroffenen Männern war dieser Anstieg besonders auffällig bei den Erektionsstörungen: Während vor Diagnosestellung weniger als 10% der Patienten diese Störung beklagten, war es nach festgestellter Parkinson-Erkrankung jeder zweite (49%). Eine Appetenz- oder Orgasmusstörung beklagten vor der Diagnosestellung weniger als 5% der männlichen Patienten, seit Diagnosestellung gab jeder vierte (24%) eine Appetenzstörung und 30% eine Orgasmusstörung mit der Partnerin an. Im Unterschied zu den Männern lag bei den betroffenen Frauen die Zahl derjenigen, die bereits vor der Diagnosestellung an sexuellen Funktionsstörungen litten, wesentlich höher. So gab jeweils etwa jede zehnte an, unter Appetenz- (9%), Orgasmusstörungen (9%) oder Erregungsstörungen (11%) zu leiden. Seit Diagnosestellung litten jeweils 23 – 25% der Patientinnen unter den drei genannten sexuellen Funktionsstörungen (Abb. 1).

Abb. 1: Gesamtstichprobe partnerschaftlich gebundener Parkinson-betroffener Männer (n = 1008) und Frauen (n = 330); prozentuale Häufigkeit sexueller Dysfunktionen, die mit Leidensdruck verbunden sind – jeweils vor und seit der Diagnose Morbus Parkinson



Bemerkenswert war zudem, dass auch bei den Partnern der Parkinson-Betroffenen ein signifikanter Anstieg von sexuellen Funktionsstörungen festzustellen war (Abb. 2) und bei allen Betroffenen und allen Partnern eine starke Abnahme der sexuellen Zufriedenheit: Während vor Diagnosestellung ungefähr 90 % der Befragten mit ihrer Sexualität zufrieden waren, sank dieser Prozentsatz seit Diagnosestellung auf unter 60%.

Abb. 2: Gesamtstichprobe der Partnerinnen (n = 1008) und Partner (n = 330 Parkinson-betroffener Männer und Frauen); prozentuale Häufigkeit sexueller Dysfunktionen, die mit Leidensdruck verbunden sind – jeweils vor und seit der Diagnose Morbus Parkinson



2. Parkinsonspezifische Symptome und sexuelle Funktionsstörungen

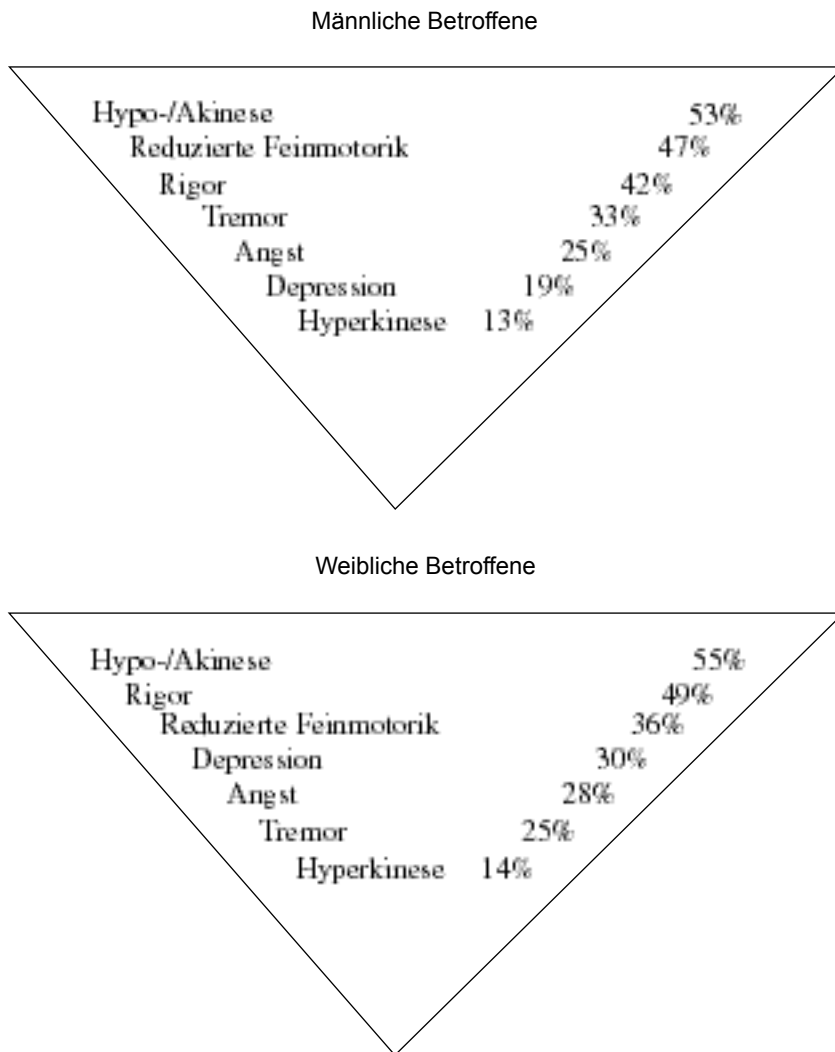
Krankheitsausprägung

Entsprechend der Einteilung der Symptome können mehr als die Hälfte der erkrankten Frauen und fast zwei Drittel der betroffenen Männer dem „Äquivalenztyp“ zugeordnet werden. Die zweitgrößte Gruppe bilden diejenigen, bei denen der „rigid-akinetische“ Typ vorherrscht (etwa ein Viertel der Erkrankten) bei 15% der betroffenen Männer und Frauen liegt eine besondere Ausprägung des Tremors („tremordominanter Typ“) vor.

Symptome und Sexualität

61 % der Frauen und 75 % der Männer sehen einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Veränderungen ihrer Sexualität und den verschiedenen parkinsonspezifischen Symptomen, wobei Hypo-/Akinese, Rigor und reduzierte Feinmotorik bei beiden Geschlechtern im Vordergrund stehen. Im Vergleich zwischen Männern und Frauen fiel vor allem auf, dass die Frauen häufiger angaben, Depressionen und Ängste hätten zu einer Veränderung ihres sexuellen Erlebens und Verhaltens geführt (vgl. Abb. 3).

Abb. 3: Rangfolge der parkinsonspezifischen Symptome, die aus Sicht der parkinsonbetroffenen Männer (n=611) und Frauen (n=185) die Sexualität beeinflussen.



3. Parkinsonspezifische Medikamente und sexuelle Funktionsstörungen

Insgesamt 30 % der Frauen und 64 % der Männer sehen einen Zusammenhang zwischen den eingenommenen Medikamenten und einer Veränderung ihrer eigenen Sexualität.

L-Dopa-Präparate

Die meisten Betroffenen (sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen) gaben Madopar®, als maßgeblich für Veränderungen ihrer Sexualität an. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu bedenken, dass Madopar®, schon sehr lange in der Parkinson-Behandlung eingesetzt wird und dementsprechend sehr viele Betroffene über einschlägige Erfahrungen verfügen.

Auffällig ist jedoch, dass mehr als die Hälfte der Männer eine Abnahme der sexuellen Erregungs- und Orgasmusfähigkeit wie auch der sexuellen Aktivität berichten, während bei den Frauen nur etwa ein Drittel diese Veränderungen feststellten. Andererseits kommt es bei den Männern viel seltener zu einer Zunahme der sexuellen Erregung oder der Orgasmusfähigkeit (etwa in 10 bis 20 % der Fälle), während Frauen häufiger von einer Zunahme berichten (in ca. 40 % der Fälle) (Abb. 4). Die Unterschiede zwischen den einzelnen L-Dopa-Präparaten – bezogen auf die sexuelle Appetenz – wird in Abb. 5 dargestellt.

Abb. 4: Veränderungen der Sexualität unter Einnahme von L-Dopa bei männlichen (n = 443) und weiblichen (n = 82) Parkinson-Betroffenen

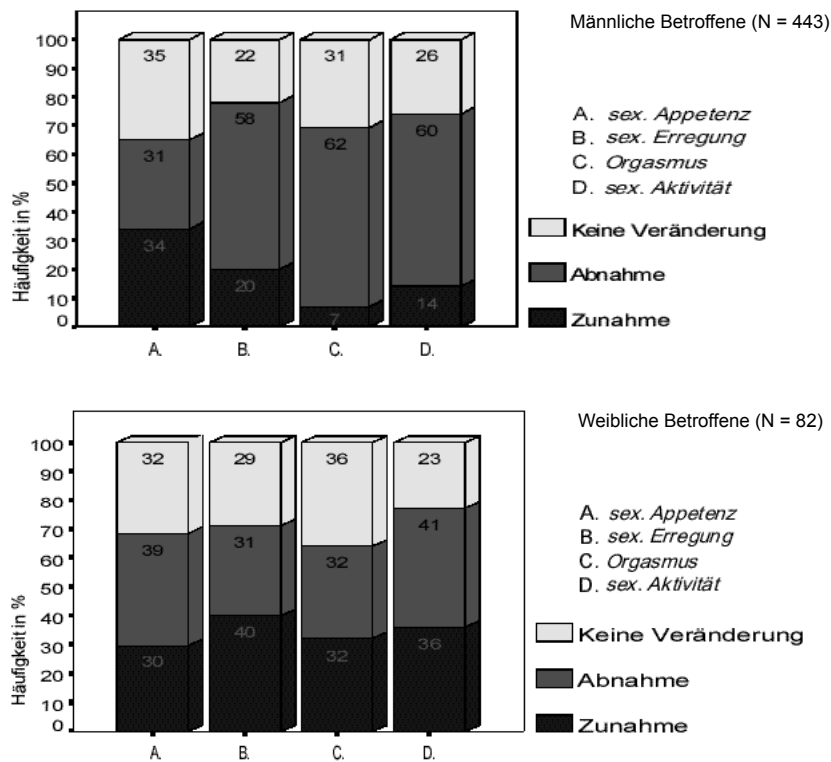
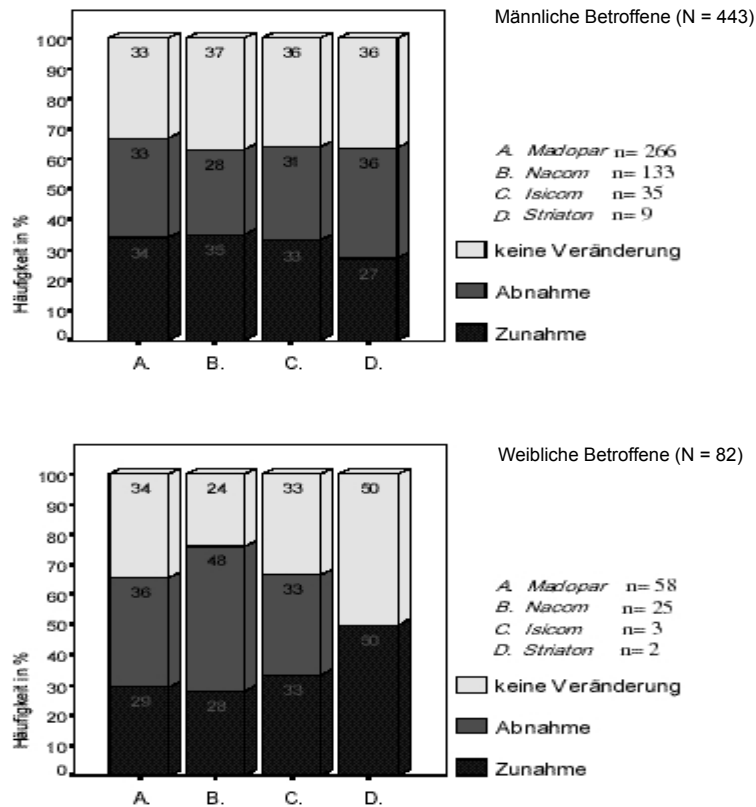


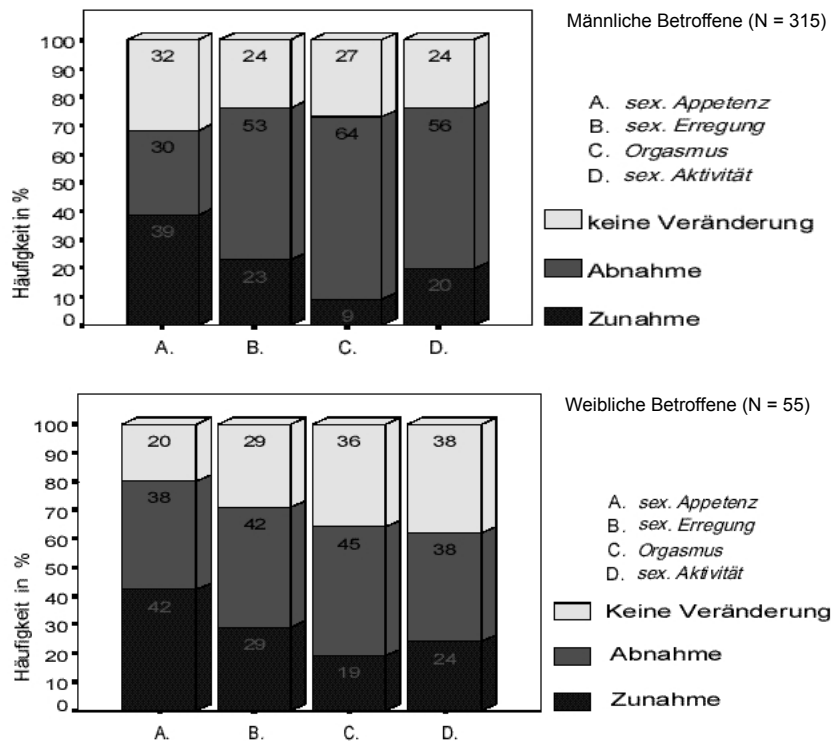
Abb. 5: Veränderungen der sexuellen Appetenz unter Einnahme verschiedener L-Dopa-Präparate bei männlichen (n=443) und weiblichen (n=82) Parkinson-Betroffenen



Dopamin-Agonisten

Sehr im Vordergrund der Einschätzungen, vor allem männlicher Betroffener, zur Veränderung ihrer Sexualität durch Dopamin-Agonisten stehen Pergolid (Parkotil®), Lisurid (Dopergin®) und Bromocriptin (Pravidel®, Kirim®). Die Einschätzungen zu den Auswirkungen der Dopamin-Agonisten (insgesamt) auf die verschiedenen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus sind viel unterschiedlicher als bei den L-Dopa-Präparaten (Abb. 6). Betrachtet man die Angaben zu den Auswirkungen der einzelnen Präparate (Cabaseril®, Parkotil®, Pravidel®/Kirim®, Dopergin®, Almirid®/Cripar®, Requip®) auf verschiedene Phasen der sexuelle Reaktion, lassen sich Unterschiede zwischen den Dopamin-Agonisten und den Geschlechtern feststellen. So wird z.B. Bromocriptin (Pravidel®/Kirim®) bei Frauen in knapp der Hälfte der Fälle mit einer Abnahme der sexuellen Appetenz, aber nur von ganz wenigen weiblichen Betroffenen mit einer Zunahme in Zusammenhang gebracht, während der Anteil von Männern, die unter Pravidel® oder Kirim® eine Zunahme ihres sexuellen Verlangens festgestellt haben, bei einem Drittel liegt (Abb. 7). Einschränkend ist allerdings auf die teilweise sehr kleine Stichprobengröße hinzuweisen.

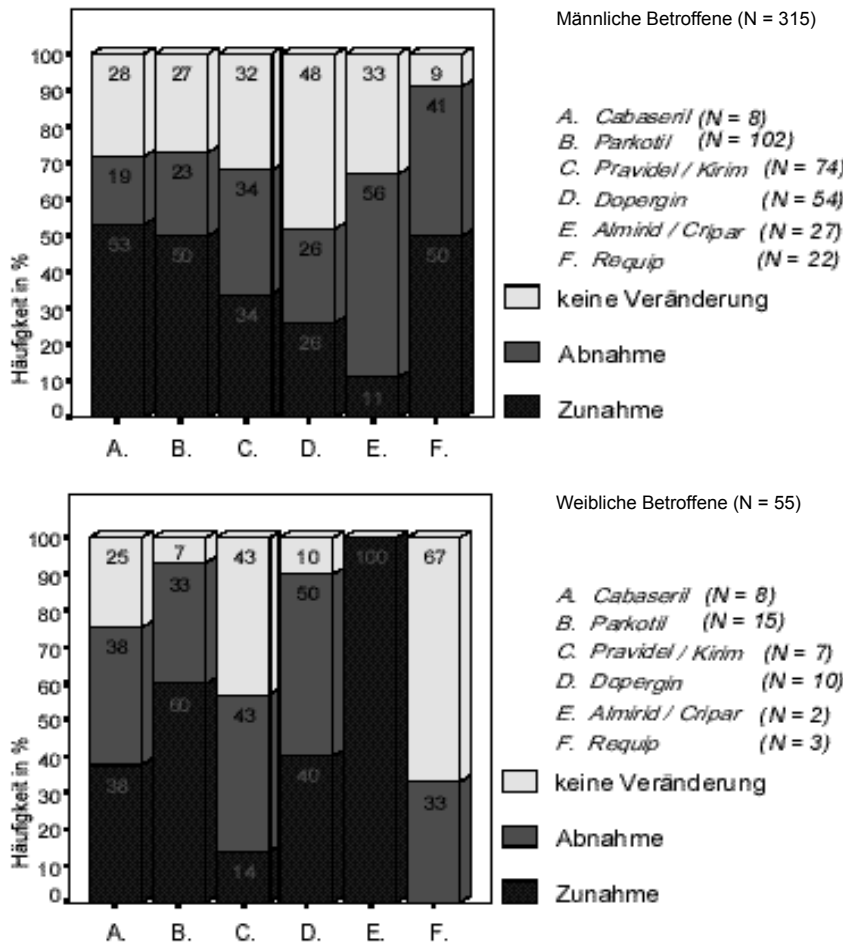
Abb. 6: Veränderungen der Sexualität unter Einnahme von Dopamin-Agonisten bei männlichen (n = 315) und weiblichen (n = 55) Parkinson-Betroffenen



Enzymhemmer und Amantadine

Für die Enzymhemmer wurde eine Auswertung des COMT-Hemmers Tasmar[®] vorgenommen; zum Zeitpunkt der Datenerhebung ruhte die Zulassung von Tasmar[®] noch nicht und neuere Medikamente wie zum Beispiel Comtess[®] waren noch nicht im Handel. Knapp zwei Drittel der Männer aber weniger als die Hälfte der Frauen berichten über eine Abnahme von Erregungs- und Orgasmusfähigkeit, sowie einen Rückgang sexueller Aktivitäten. Demgegenüber ist der Anteil der Männer, die eine Zunahme von sexuellem Verlangen, sexueller Erregungs- und Orgasmusfähigkeit unter Enzymhemmern und Amantadinen feststellen (etwa ein Fünftel) geringer, als bei den Frauen (über ein Viertel). Für die Amantadine wurde lediglich PK-Merz[®] als erstes und ältestes diesbezügliches Medikament einer näheren Betrachtung unterzogen, wobei keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgestellt wurden und die meisten Betroffenen eine Reduzierung sexueller Funktionen angaben.

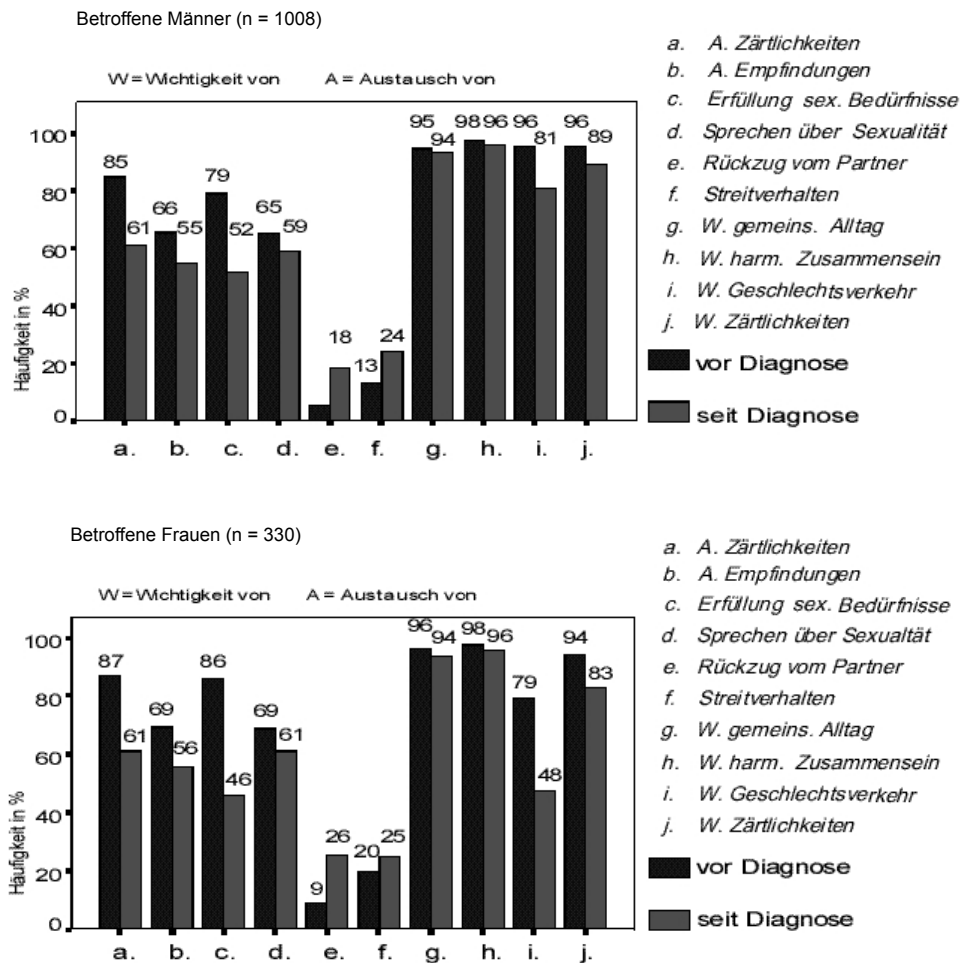
Abb. 7: Veränderungen der sexuellen Appetenz unter Einnahme von einzelnen Dopamin-Agonisten (Auswahl) bei männlichen (n = 315) und weiblichen (n = 55) Parkinson-Betroffenen; Mehrfachnennungen möglich



4. Auswirkungen der Erkrankung auf die Partnerschaft

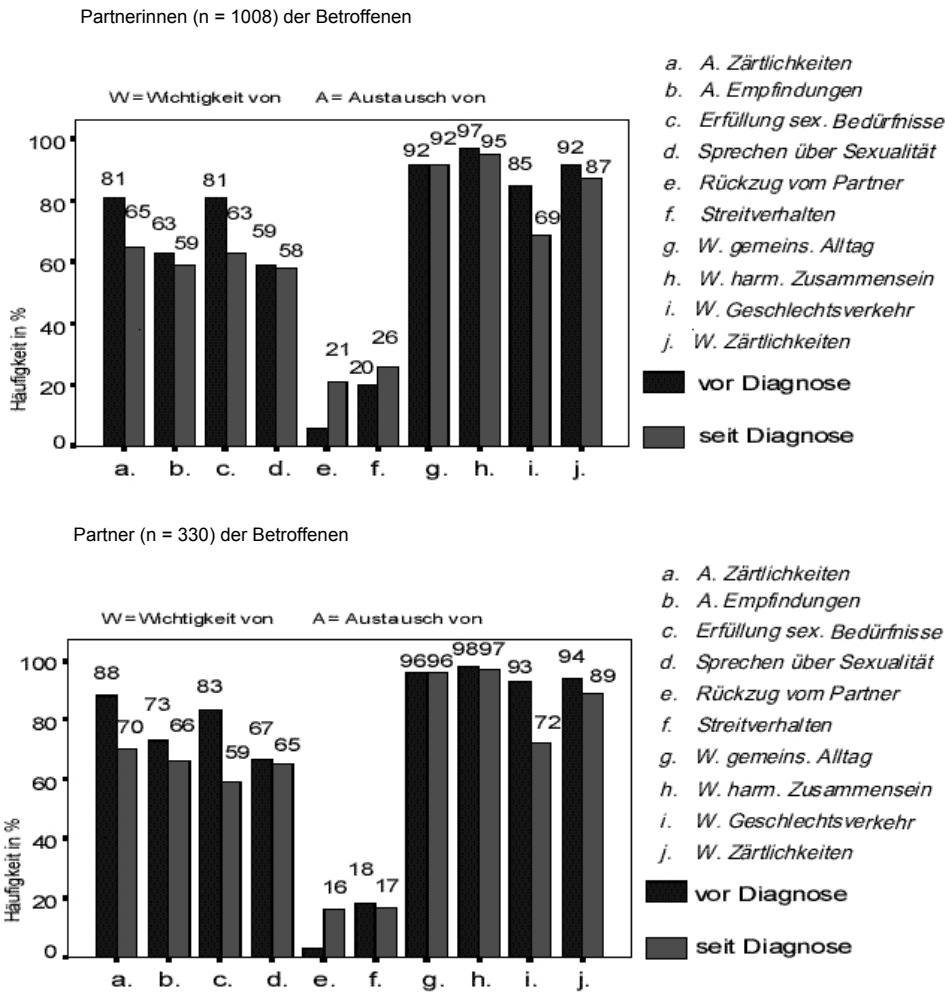
Hinsichtlich der partnerschaftlichen Situation wird sowohl von den Männern als auch von den Frauen angegeben, dass der tatsächliche Austausch von Zärtlichkeiten, die Mitteilung von Empfindungen wie überhaupt die Kommunikation seit der Diagnosestellung abgenommen haben. Der Wunsch nach Zärtlichkeiten und einer gemeinsamen Gestaltung des Alltags besteht aber sowohl bei den Erkrankten als auch bei ihren Partnern/ Partnerinnen unvermindert fort. Bei beiden kommt es auch zu einer Zunahme von Erwartungsängsten, d.h. der Befürchtung, den Erwartungen des Partners nicht gerecht werden zu können (Abb. 8), was der Aufnahme von intimen Kontakten nach sexualmedizinisch-klinischen Erfahrungen eindeutig im Wege steht.

Abb. 8: Verhältnis von Wunsch (Wichtigkeit) und Wirklichkeit (Häufigkeit) hinsichtlich der Zärtlichkeit bei Parkinson-betroffenen Männern (n = 1008) und Frauen (n = 330) – jeweils vor und seit Diagnose Morbus Parkinson



Hierzu passt auch, dass sowohl bei den betroffenen Männern als auch bei den betroffenen Frauen signifikante Zusammenhänge zwischen der Sorge, den eigenen Ansprüchen als Mann/ Frau nicht gerecht werden zu können und den verschiedenen sexuellen Funktionsstörungen bestehen. Die Irrtumswahrscheinlichkeit dieser überzufällig häufigen Nennungen sexueller Funktionsstörungen im Zusammenhang mit der Erkrankung lag durchgängig auf dem höchsten Signifikanzniveau bei $p < 0,0001$ (Ausnahme: Dyspareunie Männer: $p < 0,002$; Ejakulatio praecox: $p < 0,006$). Gleiches gilt für die Sorge der Betroffenen, aufgrund der sexuellen Dysfunktionen den Erwartungen des Partners nicht gerecht werden zu können.

Abb. 9: Verhältnis von Wunsch (Wichtigkeit) und Wirklichkeit (Häufigkeit) hinsichtlich der Zärtlichkeit bei den Partnerinnen (n = 1008) und Partnern (n = 330) der Parkinson-betroffenen Männer und Frauen – jeweils vor und seit Diagnose Morbus Parkinson



5. Informationsstand der Betroffenen über Sexualität und diesbezüglich gewünschte Veränderungen

Nur wenige der Patienten und deren Partner erhielten von beruflichen Helfern Informationen über Veränderungen der Sexualität im Verlauf der Parkinson-Erkrankung. So wurden 72% der männlichen Betroffenen und 75% der Partnerinnen nicht auf eventuell auftretende sexuelle Probleme hingewiesen; bei den weiblichen Betroffenen waren es 79% und 80% ihrer Partner. 91% der erkrankten Männer und 94% der erkrankten Frauen wurden ebenfalls nicht auf mögliche Nebenwirkungen der Medikamente hinsichtlich der Sexualität aufmerksam gemacht. Eine Verbesserung der sexualmedizinischen Betreuung

wurde insgesamt von 735 betroffenen Männern (= 77%) und 507 ihrer Partnerinnen (= 55%) sowie 172 betroffenen Frauen (= 56%) und 131 ihre Partner (= 43%) gewünscht. Tabelle 3 stellt jeweils die von diesen Patienten und deren Partnern bevorzugten Informationsquellen dar.

Zunächst zeigt sich ein dringender Bedarf der Patienten und auch deren Partner an Informationsmaterialien zum Thema Sexualität (ca. 80%). Darüber hinaus werden von etwa der Hälfte der Patientinnen (56%) und von fast zwei Drittel der Patienten (70%) eine kompetente Beratung seitens der behandelnden Ärzte/innen gewünscht. An dritter Stelle steht der Bedarf an psychologischer Betreuung bei weniger als einem Drittel der Parkinsonkranken und deren Partner. Auffallend häufig (43% der männlichen Patienten und 31% der weiblichen Patienten) wurde eine Paarberatung favorisiert.

Diskussion

Das sexuelle Erleben und Verhalten der von Morbus Parkinson betroffenen Patienten-(paare) wird ebenso wie die Sexualität nichterkrankter Menschen von zahlreichen Faktoren, wie z.B. dem Alter, dem Geschlecht, dem Familienstand, dem Zustand (Ab- bzw. der Vorhandenheit) einer Partnerschaft und nicht zuletzt von der bisherigen sexuellen Lerngeschichte beeinflusst. Mit dem Auftreten von M. Parkinson können allerdings zusätzliche Einflüsse, wie die Auswirkungen krankheitsspezifischer Symptome und Pharmaka sowie soziale und intrapsychische Faktoren (Ängste und Depressionen) die Partnerschaft und Sexualität der Patienten und deren Partner erheblich beeinträchtigen. Ein wesentliches Ergebnis der hier vorgelegten Studie ist die Feststellung, dass nicht nur weibliche und männliche Betroffene in hohem Ausmaß unter sexuellen Dysfunktionen leiden, sondern dass das sexuelle Erleben und Verhalten der Partner qualitativ und quantitativ fast genauso stark verändert ist. In früheren Untersuchungen, bei denen die Partner mit einbezogen wurden, konnten hinsichtlich der Veränderungen der Sexualität ähnliche Feststellungen getroffen werden, die aber aufgrund sehr kleiner Stichproben sehr schwer einschätzbar waren.

Bei der hier untersuchten Stichprobe handelt es sich um eine Auswahl von Mitgliedern der Deutschen Parkinson Vereinigung (DPV), wobei hier auch nur diejenigen in die Untersuchung einbezogen wurden, die in einer Partnerschaft lebten und deren Partner auch einen Fragebogen ausgefüllt hatte. Trotz dieses bedeutsamen Selektionseffektes (vermutlich haben vor allem partnerschaftlich zufriedene Paare teilgenommen) musste dieser in Kauf genommen, um Partnerschaft und Sexualität des Paares aus Sicht beider Partner analysieren zu können.

Dies gilt insbesondere deshalb, weil die Vorteile dieser Studie – Stichprobengröße, Einbeziehung des Partners/der Partnerin, operationalisierte Erfassung von sexuellen Funktionsstörungen und deren Zusammenhang mit parkinsonspezifischen Medikamenten, standardisierte Erfassung partnerschaftlicher Faktoren – in der bisherigen Forschung eine einmalige Kombination darstellen (vgl. hierzu auch Tab. 2). Allein die vielen widersprüchlichen Daten zur Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen in bisherigen Studien lassen sich umstandslos durch die fehlende Operationalisierung der Variable „Funktionsstörung“ erklären – ein systematischer Fehler, der in der hier vorgestellten Untersuchung durch die Orientierung an der Kriteologie des DSM-IV vermieden wurde.

Mit Blick auf den Umfang des Erhebungsinstrumentes konnten jedoch nicht alle interes-

sierenden Fragestellungen einbezogen werden. So wurde beispielsweise bei der Konstruktion des Symptomteils zunächst überlegt, eine stärkere Anlehnung an die UPDRS-Skala vorzunehmen und die Auswahlmöglichkeiten weniger subjektiv zu formulieren, dann jedoch entschieden, die wesentlichen Items in einer stark vereinfachten, aber somit verständlichen und verkürzten Form zu entwickeln, um nicht das Risiko einer geringeren Rücklaufquote einzugehen. Darüber hinaus wäre sicherlich eine differentialdiagnostische Abgrenzung des primären von dem sekundären Parkinson-Syndrom aufschlussreich gewesen; jedoch wurde für die Untersuchung des Einflusses der Symptome auf Partnerschaft und Sexualität vor allem als wichtig erachtet, welche Symptome in welcher Ausprägung vorliegen, nicht jedoch die Ätiologie des Parkinson-Syndroms.

Grundsätzlich muss hervorgehoben werden, dass es eine Fülle von Begrenzungen gibt, die bei der Erhebung von Selbstbeschreibungsdaten zu sexuellem Erleben und Verhalten berücksichtigt werden müssen. So kann die Validität der Angaben beispielsweise erheblich eingeschränkt sein, wenn aus Aversion bezüglich des erfragten Sachverhalts oder aus Selbstschutz die Befragten falsche oder gar keine Auskünfte geben. Auch können sich bei der Beantwortung gerade einer großen Anzahl von Fragen – zumal bei älteren Menschen – durch mangelnde Erinnerungsfähigkeit der Betroffenen bzw. ihrer Partner, unabsichtlich falsche Antworten einschleichen. Schließlich ist immer auch mit Problemen im Verständnis der teilweise komplexen Fragen zu rechnen. Damit ist zugleich der Vorteil von Interviewstudien beschrieben, bei denen durch die Gesprächssituation mehr Rückkopplungs- und Kontrollmöglichkeiten bestehen. Fragebogenstudien garantieren wiederum die bestmögliche Form zur Wahrung der Anonymität, welche bei sexualwissenschaftlichen Fragestellungen die Akzeptanz und Teilnahmebereitschaft erhöhen kann (Clement 1990); zu fordern ist dann aber eine ausreichende Retest-Reliabilität, wie sie bei der hier vorgelegten Studie für das verwendete Testinstrument gegeben war.

Die Rücklaufquote von 18% ist in Anbetracht des umfangreichen Fragebogens und der Brisanz des Themas, besonders in dieser Altersgruppe, als eher hoch anzusehen. Dennoch wäre es von erheblichem Interesse, mehr über die ‚Non-Responder‘ zu erfahren, weil schwer vorstellbar erscheint, dass diese Betroffenen oder ihre Partner nicht mit krankheits- oder behandlungsbedingten Auswirkungen von Morbus Parkinson auf ihre Sexualität und Partnerschaft zurecht kommen müssten. Nach den hier vorgestellten Studienergebnissen leiden beispielsweise die gesunden Frauen (i.e. Partnerinnen parkinsonkranker Männer) sogar häufiger als die erkrankten an Veränderungen ihrer Sexualität.

Die Ergebnisse der hier vorgelegten Studie machen aber auch deutlich, dass bereits vor Diagnosestellung sexuelle und/oder partnerschaftliche Probleme vorgelegen haben können. Insbesondere bei den weiblichen Parkinson-Betroffenen aber auch bei den gesunden Frauen (Partnerinnen parkinsonkranker Männer) traten die wesentlichen sexuellen Dysfunktionen schon vor der Erkrankung auf. Auch Uitti et al. (Uitti et al. 1986) konnten zeigen, dass bereits vor Krankheitsbeginn Parkinson-Betroffene Veränderungen ihres sexuellen Erlebens und Verhaltens (wie z.B. eine Zunahme des sexuellen Verlangens) festgestellt hatten. Die männlichen Parkinson-Betroffenen gaben für die Zeit vor der Erkrankung hingegen nur wenige Sexualstörungen an; nach Ausbruch des Morbus Parkinson nahm die Häufigkeit von sexuellen Dysfunktionen bei ihnen aber dramatisch zu.

Gesunde Männer, deren erkrankte Frauen unter starken Erregungs- und Orgasmusstörungen leiden, entwickeln selbst erstmalig Sexualstörungen (insbesondere sexuelle Appetenz- und Orgasmusstörungen). Es lässt sich vermuten, dass die Attraktivität der er-

kranken Partnerinnen aufgrund der körperlichen Symptome wie die Hypo- und Akinese sinkt (wie das bereits von Basson und Mitarbeitern [1996] für Patienten beider Geschlechter beschrieben wurde und von Brown und Mitarbeitern [1990] für die Partner) bzw. dass deren Männer zu unvorbereitet sind, um auf die veränderten sexuellen Bedürfnisse der Frauen einzugehen. Bei den gesunden Frauen sind nach der Erkrankung ihres männlichen Partners sexuelle Appetenz- und Erregungsstörungen häufig, dennoch bleibt die Frequenz der sexuellen Aktivität mit dem Partner gleich. Die erhöhte Masturbationsfrequenz und die verringerte Zahl von (vor der Erkrankung häufigen) Orgasmusstörungen bei der Selbstbefriedigung sprechen für einen sexuellen Rückzug dieser Frauen. Dieser könnte andererseits aber auch zu einer Entdeckung bis dahin nicht bekannter sexueller Bedürfnisse bzw. deren Befriedigung geführt haben, was in anderen Studien bisher nicht beschrieben worden ist.

Insgesamt nimmt die Zufriedenheit mit ihrem sexuellen Erleben und Verhalten bei fast der Hälfte der betroffenen Paare im Verlauf der Erkrankung ab. Dabei scheint die sexuelle Zufriedenheit stärker als die partnerschaftliche Zufriedenheit von den mit der Erkrankung einhergehenden Veränderungen beeinflusst zu sein, denn letztere verringert sich nur geringfügig.

Imposant ist darüber hinaus der hier festgestellte empirische Befund, dass dieselbe Substanz zu entgegengesetzten Auswirkungen auf die sexuellen Funktionen führen kann. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung zwei Dopaminrezeptorfamilien und insgesamt fünf Dopaminrezeptoren mit unterschiedlicher Verteilung in verschiedenen Gehirnstrukturen existieren. Während die Rezeptoren D1 (im Striatum und Neocortex) und D5 (im Hippocampus und Hypothalamus) die D1-Rezeptorfamilie bilden, sind die Rezeptoren der Rezeptorfamilie 2 (D2 – D4) über das Striatum, die Substantia nigra und Hypophyse (D2), den Hypothalamus und Nucleus accumbens (D3) bis zum vorderen Cortex und das Mittelhirn (D4) verteilt. Dies erklärt nicht nur die außerordentlichen Erschwernisse bei der medikamentösen Behandlung des Morbus Parkinson, sondern eben auch die völlig unterschiedlichen, z. T. entgegengesetzten Auswirkungen der gleichen Substanzen bei verschiedenen Betroffenen.

Um so wichtiger erscheint eine frühzeitige Information der Betroffenen (und ihrer Partner) über mögliche Auswirkungen der Medikamente auf die Sexualität. Wie die hier vorgelegten Ergebnisse zeigen, fühlen sich die Betroffenen diesbezüglich unzureichend betreut und wünschen sich mehr Hilfestellungen – einschließlich der Einbeziehung des Partners in die Beratung – durch die sie betreuenden Ärzte/innen.

Die Hauptschwierigkeit für die Parkinson-Betroffenen, die mit ihrer Sexualität und/oder Partnerschaft unzufrieden sind, besteht nämlich offensichtlich darin, dass sie mit Veränderungen ihrer gewohnten Sexualität konfrontiert werden, zunächst ratlos reagieren und nicht wissen, ob es Hilfestellungen gibt und an wen sie sich diesbezüglich am besten wenden könnten. Auch fällt es – trotz der Liberalisierungstendenzen in unserer Gesellschaft – weiterhin den meisten Menschen schwer, eine eigene sexuelle und/oder partnerschaftliche Verunsicherung selbst gegenüber dem Partner – geschweige denn gegenüber anderen Menschen – zum Thema zu machen. Unternimmt ein Patient dennoch den Versuch, das für ihn belastende Problem anzusprechen, stößt er meist auf jene Unsicherheit, die er von sich selbst schon kennt – auch bei den sie betreuenden Ärzten, zumal diese in ihrer Aus- und Weiterbildung in der Regel nicht auf derartige Gespräche vorbereitet sind (allerdings gibt es seit 1997 für Allgemein- und Fachärzte auch ohne psychotherapeuti-

sche Spezialisierung curricular fundierte sexualmedizinische Fortbildungen (Vogt et al. 1995; Beier 1999) welche zur eigenständigen Diagnostik und Therapie von sexuellen Störungen qualifizieren). Dabei wäre es wichtig, die Patienten zu ermutigen, die mit der Erkrankung einhergehenden Veränderungen hinsichtlich der Partnerschaft und der Sexualität wahrzunehmen und diese gegenüber beruflichen Helfern offen anzusprechen. Diesem Zweck soll auch die Publikation der wichtigsten Ergebnisse der hier vorgestellten Studie in einem *Leitfaden für Betroffene und ihre Partner* (Beier 2000) dienen. Die Ergebnisse der Befragung von Parkinson-Betroffenen machen nämlich deutlich, dass sich therapeutische Maßnahmen vor allem auf vier Aspekte beziehen können:

1. eine Beeinflussung der parkinsonspezifischen Symptome, wenn diese sich negativ auf das sexuelle Erleben und Verhalten auswirken
2. eine Veränderung der aktuellen Medikation, sofern vermutet wird, dass diese das sexuelle Erleben und Verhalten beeinträchtigen
3. eine Einflussnahme auf die partnerschaftliche Beziehung, sofern zwischen den Partnern unterschiedliche – und vor allem unausgesprochene – Erwartungen bestehen (hier gibt es spezielle sexualtherapeutische Interventionen, die auf eine Optimierung der partnerschaftlichen und sexuellen Kommunikation abzielen).
4. die Anwendung von Medikamenten oder Hilfsmitteln zur Verbesserung der sexuellen Funktion, was immer gemeinsam vom Paar getragen werden muss und wobei es stets zu einer Besprechung der Erfahrungen mit dem verschreibenden Arzt/der Ärztin kommen sollte. Wird dies beachtet, dann steht beispielsweise bei den Erektionsstörungen mit dem Phosphodiesterasehemmer Typ 5 (Sildenafil) eine Substanz zur Verfügung, die aufgrund ihrer Selektivität aus sexualmedizinischer Sicht gerade gut geeignet ist, um die durch Erwartungsängste (sympatikoton) bedingte Engstellung der Gefäße im Schwellkörper abzumildern. Unter Berücksichtigung der Gegenanzeigen (körperlich: z.B. schwere Herzinsuffizienz, Einnahme von Nitriten; psychisch: z.B. neurotische Erkrankungen, aber auch ungeklärte partnerschaftliche Situationen) ist das Medikament auch bei Parkinson-Betroffenen eine mögliche therapeutische Option, die nach ersten Daten – erhoben allerdings an kleinen Stichproben – bereits bei mittlerer Dosierung (50mg) effektiv sein kann (Brewer & Stacy 1998).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Interventionen zur Verbesserung partnerschaftlicher und/oder sexueller Zufriedenheit bei Morbus Parkinson-Betroffenen in aller Regel den Rahmen einer Sexualberatung (mit wenigen Sitzungen) nicht überschreiten. Die Sexualberatung versucht, durch die Vermittlung von Informationen, die Korrektur von möglichen Lerndefiziten und (Fehl-)Vorstellungen/(Fehl-)Erwartungen über den Partner sowie ggf. gezielte Anregungen zur Verhaltensmodifikation sexuelle Probleme zu beheben und/oder einer Chronifizierung entgegenzuwirken. Die Einbeziehung des Partners bietet dabei viele Vorteile, insbesondere durch die dadurch entstehende Möglichkeit, die unterschiedlichen Sichtweisen beider Partner zu erfahren und das Zusammenspiel der Partner besser zu verstehen sowie schließlich die Chance, sich als Anwalt des Paares einzubringen. Ein Nachteil ist dabei sicherlich die Sorge vor möglicher Verletzung der Intimsphäre des Paares (wird man evtl. als Voyeur empfunden?) und die Unberechenbarkeit des Verlaufs mit der Möglichkeit einer Eskalation und der Befürchtung, dem Paar womöglich zu schaden. Besonders ungewohnt für berufliche Helfer ist aber auch die Aufgabe der „Expertenrolle“, zumal sie oftmals vom Paar induziert wird („nur Sie können uns noch helfen“). Die sexualmedizinische Erfahrung belegt aber, dass aus Sicht des

Paares das Paargespräch als Chance verstanden wird, Missverständnisse aufzuklären und Kränkungen zu bearbeiten, woraus meist erst die Möglichkeit erwächst, eine neue Vertrautheit zu gewinnen und diese als Ausgangspunkt einer vertieften Intimität zu nutzen. Der/die Therapeut/in ist dabei ein ermutigendes Modell für die Auseinandersetzung mit sexuellen Schwierigkeiten und für die Entwicklung neuer Sichtweisen (vgl. Beier et al. 2001).

Dies darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass bei Parkinson-Betroffenen eine Reihe von besonders belastenden Problemen anfallen können, welche insbesondere den Wechsel des Partners in die Rolle des Pflegers betrifft. Die damit verbundenen psychischen Verarbeitungsprozesse erklären gewiss auch einen Teil der Zunahme „sexueller Aversionen“, über die Partner und Partnerinnen nach Diagnosestellung in der hier vorgelegten Studie berichtet haben. Auch hier würde aber gelten, diese Schwierigkeiten gerade nicht zu umgehen, sondern sie offen anzusprechen, weil die darin angelegte Problematik einer Frustration von psychosozialen Grundbedürfnissen (bei beiden Partnern) unbedingt einer für beide Partner akzeptablen Lösungsmöglichkeit zugeführt werden sollte.

Danksagung

Unser großer Dank für die organisatorische, finanzielle, inhaltliche und persönliche Unterstützung der Studiendurchführung gilt dem Vorsitzenden der Deutschen Parkinson-Vereinigung (DPV), Herrn Dr. Götz, dem Geschäftsführer der DPV, Herrn Mehrhoff, den Mitgliedern des Clubs U40, die unter Leitung von Frau Schmöger aktiv an der ersten Vorstudie mitgewirkt haben sowie allen Betroffenen und deren Partnern, die die Fragebögen im Rahmen der Hauptstudie ausgefüllt haben.

Literatur

- (APA) American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington: APA press.
- Balon R. (1996): Intermittent amantadine for fluoxetine-induced anorgasmia. *J Sex Marital Ther* 22 (4): 290 – 292.
- Basson, R. (1996): Sexuality and Parkinson's Disease. *Parkinsonism and related disorders* 2 (4): 177 – 185.
- Beier, K.M. (1999): Sexualmedizin – berufsbegleitende Fortbildung mit Zertifikat. *Dt. Ärzteblatt* 33: A 2075 – 2077.
- Beier, K.M. (2000): Sexualität und Partnerschaft bei Morbus Parkinson – ein Leitfaden für Betroffene und ihre Partner. Potsdam: Pairdata Verlag.
- Beier K.M.; Bosinski, H.A.G.; Hartmann, U.; Loewit (2001): Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis. München: Urban & Fischer.
- Brewer, M.; Stacy, M. (1998): Sildenafil citrate therapy in men with Parkinson's disease. *PSG/HSG/MDS Twelfth annual symposia abstracts. Movement disorders* 13 (5): 860.
- Brown, E.; Brown, G.; Kofman, O.; Quarrington, B. (1978): Sexual function and effect in parkinsonian men treated with L-Dopa. *Am J Psychiatry* 135: 1552 – 1555.
- Brown, M.; Jahanshahi, M.; Quinn, N.; Marsden, C.D. (1990): Sexual function in patients with Parkinson's disease and their partners. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*: 55: 480 – 486.
- Burguera, J.A.; Garcia Rebol, L; Martinez Agullo, E. (1994): Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Neurologia* 9 (5): 178 – 181.
- Clement, U. (1990): Empirische Studien zu heterosexuellem Verhalten. *Z Sexualforsch* 3: 289 – 319.
- Courty, E.; Durif, F.; Zenut, M.; Courty, P.; Lavarenne, J. (1997): Psychiatric and sexual disorders induced by apomorphine in Parkinson's disease. *Clin Neuropharmacol* 20 (2): 140 – 147.

- Ellgring, H.; Seiler, S.; Perleth, B.; Frings, W.; Gasser, T.; Oertel, W. (1993): Psychosocial aspects of Parkinson's disease. *Neurology* 12 (Suppl 6): 41 – 44.
- Hahlweg, K. (1996): Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Hyypä, M.; Rinne, U.K.; Sonninen, V. (1970): The activating effect of L-dopa treatment on sexual functions and its experimental backgrounds. *Acta Neurol Scand* 46 (Suppl 43): 223.
- Koller, W.C.; Vetere-Overfield, B.; Williamson, A.; Busenbark, K.; Nash, J.; Parrish, D. (1990): Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Clin neuropharmacol* 13 (5): 461 – 463.
- Kolodny, R. C. (1978): Effects of alpha-methyl dopa on male sex function. *Sexuality and disability* 1: 223 – 228.
- Korpelainen, J.T.; Hiltunen, P.; Myllylä, V.V. (1998): Moclobemide-induced hypersexuality in patients with stroke and Parkinson's disease. *Clin Neuropharmacol* 21 (4): 251 – 254.
- Lipe, H.; Longstreth, W.T.; Bird, T.D.; Linde, M. (1989): Sexuality in Parkinson's disease. *Neurology* 39 (Suppl 1): 320.
- Longstreth, W.T. Jr.; Linde, M. (1984): Sickness impact profile in Parkinson's disease [Abstract]. *Neurology* 34 (Suppl 1): 207 – 208.
- Masur, H. (1995): Skalen und Scores in der Neurologie. Stuttgart New York: Georg Thieme: 312 – 317.
- Quinn, N.P.; Toone, B.; Lang, A.E.; Marsden, C.D.; Parkes, J.D. (1983): Dopa dose – dependent sexual deviation. *Brit J Psychiat* 142: 296 – 298.
- Singer, C.; Weiner, W.J.; Sanchez-Ramos, J.R.; Ackerman, M. (1989): Sexual Dysfunction in Men with Parkinson's disease. *J Neuro Rehab* 3: 199 – 204.
- Szasz, G. (1989): Sexuality in persons with severe physical disability: a guide to the physician. *Can Fam Physician* 35: 345 – 351.
- Uitti, R.J.; Tanner, C.M.; Rajput, A.H.; Goetz, C.G.; Klawans, H.L.; Thiessen, B. (1989): Hypersexuality with antiparkinson therapy. *Clin Neuropharmacol* 12 (5): 375 – 383.
- Vogel, H.P.; Schiffter, R. (1983): Hypersexuality a complication of dopaminergic therapy in Parkinson's Disease. *J Pharmacopsychiat* 16: 107 – 110.
- Vogt, H.J.; Loewit, K.; Wille, R.; Beier, K.M.; Bosinski, H.A.G. (1995): Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ – Bedarfsanalyse und Vorschläge für einen Gegenstandskatalog, *Sexuologie* 2 (2): 65 – 89.
- Welsh, M.; Hung, L.; Waters, Ch.H. (1997): Sexuality in women with Parkinson's disease. *Movement disorders* 12 (6): 923 – 927.
- Wermuth, L.; Stenager, E. (1992): Sexual aspects of Parkinson's disease. *Semin Neurol* 12 (2): 125 – 126.
- Wermuth, L.; Stenager, E. (1995): Sexual problems in young patients with Parkinson's disease. *Acta Neurol Scand* 91: 453 – 455.

Anschrift der Autoren

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier; Maja Lüders; Dr. med. Steffen A. Boxdorfer, Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers; Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité; Humboldt-Universität zu Berlin; Luisenstr. 57, 10117 Berlin