Originalarbeiten

Sexuologie

Partnerschaft und Sexualität bei M. Parkinson

Partnership and Sexuality in Cases of Parkinson Disease

M. Lüders; S. Boxdorfer; K.M. Beier

Zusammenfassung

In einer retrospektiven, nicht randomisierten Querschnittsstudie (N=12000) werden bei Morbus Parkinson (MP) die krankheitsbedingten Einflüsse auf Sexualverhalten und partnerschaftliche Beziehungen der betroffenenen Paare untersucht. Beginn der Hauptstudie war Oktober 1998. Vorgestellt werden hier die Ergebnisse der Vorstudie (N=51), die im Sommer 1998 durchgeführt wurde. Sexuelle Funktionsstörungen treten sowohl bei betroffenen Frauen und Männern als auch bei gesunden Lebenspartnern auf. Bei den Erkrankten geben mehr Frauen (51%) als Männer (40%) Orgasmusstörungen an. 40% der Männer klagen über Erektionsprobleme und etwa die Hälfte der Frauen über eine sexuelle Erregungsstörung. Über die Hälfte der gesunden männlichen Partner (56%) haben Orgasmusstörungen, die gesunden Frauen dagegen leiden in erster Linie unter Appetenzstörungen (73%) und Erregungsstörungen (61%). Sowohl die partnerschaftliche als auch sexuelle Zufriedenheit der betroffenen Paare war vor der Erkrankung hoch. Die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Beziehung verändert sich im Verlauf der Erkrankung nur geringfügig; im Gegensatz dazu nimmt die sexuelle Erfüllung deutlich ab.

Betroffene Männer und Frauen sehen zu 98% einen Zusammenhang zwischen verschiedenen Krankheitssymptomen und ihrer Lustempfindung bzw. ihrer Sexualität. An erster Stelle stehen dabei Hypo- bzw. Akinese (54%), verringerte Feinmotorik (44%) sowie Rigor und Tremor (40%). Der Einfluß von Angst und Depression auf die veränderte Sexualität wird als weniger bedeutsam angesehen. Eine Einflußnahme parkinsonspezifischer Medikamente auf die Sexualität beobachten etwa die Hälfte der Erkrankten (46%), die medikamentös behandelt werden. Ein Informationsbedürfnis über mögliche Veränderungen der Sexualität, z.B. aufgrund von Medikamentenwirkungen und Wünsche nach fachlicher Betreuung hinsichtlich partnerschaftlicher und sexueller Problemfragen bestehen bei fast allen betroffenen Paaren (96%).

Schlüsselworte: Parkinsonismus, Partnerschaft, Sexualität, Sexuelle Dysfunktionen, medizinische Betreuung

Abstract

In a retrospective, non randomized study (N= 12000) the influences of Parkinson Disease (PD) on sexuality and partnership in affected couples are investigated. Onset of study was October 1998; the results presented here were found in a pre-study (N=51) conducted in summer 1998. Sexual dysfunctions occure both in affected women and men as well as in healthy partners. Amongst the PD-sample more woman (51%) than men (40%) report disorder of orgasm. 40 % percent of affected men complain about sexual arousal disorders. Half of the women can t maintain their sexual arousal (arousal disorder). Whereas sexual desire disorders in male patients (35%) had not occured before diagnosis of PD, the amount of

women suffering from these disorders after diagnosis is equal to the amount that had been experiencing respective problems before diagnosis (37%). More than half of the healthy male partners suffer from disorders (56%), whereas healthy females are affected primarily with sexual desire (73%) and arousal (61%) disorders. Both the contentment with partnership and sexuality in affected couples had been high before PD. In the course of illness the perceived quality of partnership changes little, which cannot be said in respect to sex-life. 98% of affected men and women see a relation between various symptoms of PD and their feeling of desire respectively their sexuality. Most common are hypo- and akinesis (54%), reduced ability of fine movements (44%), rigor and tremor (40%). The impact of anxiety and depression on sexuality is estimated less severe. About half of patients (46%) who were treated with parkinson specific medication report an influence of respective medication on theire sex-life. Almost all affected couples would very much appreciate receiving information concerning possible changes in sexuality - i.e. side effects of medication - and requests qualified health care concerning problems with partnership and sexuality.
Keywords: Parkinsonism, partnership, sexuality, sexual dysfunktions, health care

Einleitung

Morbus Parkinson ist eine chronische neurologische Erkrankung des höheren und zunehmend mittleren Lebensalters, an der in Deutschland über 250 000 Menschen leiden. Aufgrund unterschiedlicher Ätiologie liegt eine progrediente Degeneration nigrostriataler dopaminerger Neurone vor, welche überwiegend zu Störungen im extrapyramidalen System führt, das die unwillkürliche Motorik steuert. Die Folgen auf somatischer Ebene sind neben Tremor, Rigor und Hypo- bzw. Akinese vielfältige vegetative Begleitsymptome sowie Angst und Depression. Es treten zudem verschiedene Veränderungen im sexuellen Erleben und Verhalten der Patientenpaare auf. Im kognitiven Bereich kann es zu verlangsamten Denkabläufen kommen. Die Patienten werden in erster Linie medikamentös und physiotherapeutisch behandelt; psychologische Betreuung und das Erlernen von Entspannungstechniken werden überwiegend in Spezialeinrichtungen bzw. von - auf die Parkinsonsche Erkrankung - spezialisierten Ärzten angeboten.

Bisherige Forschungsergebnisse

Erst seit einigen Jahren beginnen verschiedene sexuelle Dysfunktionen als Begleitsymptome des idiopathischen M. Parkinson Beachtung zu finden (vgl. u.a. Brown et al. 1989). Nur in vereinzelten Studien wurde untersucht, welche sexuellen Dysfunktionen auftreten (vgl. Brown et al. 1989, Basson et al. 1996, Hyppä et al. 1970, Koller et al. 1990). Häufig sind die Definitionen der einzelnen Veränderungen der Sexualität sehr uneinheitlich. Unter ‘Hypersexualität’ z.B. verstehen Brown et al. (vgl. 1989) eine erhöhte sexuelle Appetenz während andere Autoren zusätzlich eine erhöhte sexuelle Aktivität in diese Definition einschliessen (Uitti et al. 1989). Über mögliche Einflußfaktoren auf die Sexualität der von der Parkinsonschen Krankheit Betroffenen, wie Krankheitssymptomatik, Pharmaka, ggf. chirurgische Maßnahmen, soziale und psychische Faktoren liegen zum Teil widersprüchliche Ergebnisse vor (Brown et al. 1989, Basson et al. 1996, Wermuth et al. 1992, Szasz et al. 1989). Die Angaben zur Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen bei M. Parkinson liegen zwischen 35 % und 80 % (Brown et al. 1989, Koller

et al. 1970).
Die bisherigen Studien gehen über eine Stichprobengröße von 50 nicht hinaus (Singer et al. 1989, Wermuth et al. 1992, 1995, Quinn et al. 1983, Basson et al. 1996).
Zudem wurden darüber hinaus nur selten die Partner in Studien einbezogen (Basson et al. 1996, Brown et al. 1989, Koller et al. 1990).

Methode

Die skizzierten Forschungslücken bzw. die sich daraus ableitenden Fragestellungen waren der Ausgangspunkt für die Auswahl des Studiendesigns.

Instrument
Eigens für diese Untersuchung wurde jeweils ein Erhebungsinstrument für den Patienten und dessen Partner konstruiert. Der Fragebogen gliedert sich in folgende Bereiche:
- Allgemeine Angaben zur Person und zum sozialen Umfeld
- Angaben zur Partnerschaft
- Angaben zur Erkrankung und Medikation
- Angaben zur Sexualität
- Informationsstand über mögliche Auswirkungen der Erkrankung auf Sexualität

Die ersten drei Abschnitte (Skalen) entsprechen den vermuteten Haupteinflußfaktoren auf die Sexualität. Die Methode des Testinstruments besteht darin, sowohl das sexuelle Erleben und Verhalten als auch die Haupteinflußgrößen wie demographische und soziale Faktoren, Symptome, Medikamente, Partnerschaft usw. in zwei Zeiträumen zu erfassen. Somit wird zunächst ermöglicht die sexuellen Dysfunktionen im Verlauf – d.h. vor und nach der Erkrankung – zu betrachten. Ferner können Zusammenhänge zwischen den genannten Einflußfaktoren und der Sexualität in beiden Zeiträumen hergestellt werden. Mit speziellen Items konnten die Betroffenen und ihre Partner ihre subjektive Einschätzung hinsichtlich der vermuteten Beziehungen geben; so z.B: hinsichtlich des Einflusses parkinsonspezifischer Pharmaka auf die Sexualität bzw. bestimmter Symptome und der Sexualität.
Die Mehrzahl der überwiegend geschlossenen ordinalskalierten Fragen wird in zwei Zeitebenen *vor der Diagnose* und *seit der Diagnose* gestellt. Hierbei finden sich im allgemeinen vier abgestufte Merkmalsausprägungen. Die Zeitebenen lassen daher auch einen Rückschluß auf das Ausmaß sexueller Funktionsstörungen im Verlauf der Erkrankung zu. Inhaltlich basieren die Fragebögen auf erprobten und normierten Instrumenten wie z.B. dem Hahlweg-Partnerschaftsbogen mit Fragen zum Streitverhalten, zur Kommunikation und Zärtlichkeit als Gradmesser für den Zustand der Partnerschaft (Hahlweg 1996). Die Erfassung sexueller Funktionsstörungen von Betroffenen und deren Partnern erfolgt in Anlehnung an die DSM IV- Klassifikation, dem 'Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen' (APA 1994), so daß die Studienergebnisse auf international gültigen Operationalisierungen basieren. In einem letzten Abschnitt des Fragebogens werden der Kenntnisstand betroffener Paare über mögliche Veränderungen ihrer Sexualität sowie die Form der Krankheitsbewältigung (coping) erfaßt.

Studiendurchführung
Die erste Version des Erhebungsinstrumentes ist nach einer eingehenden Entwicklungs-

phase, in der die Fragebögen (Patient und Partner) wiederholt mit Vertretern der Selbsthilfevereinigung für Parkinsonkranke (dPV) und anderen Experten diskutiert und modifiziert wurden (Validierung), im August 1997 zu einem ersten Vortest an eine Stichprobe von betroffenen Paaren (N=26) versendet worden. Es folgte eine Optimierungsphase mit dem Ziel, die Validität zu erhöhen. Im Ergebnis der zweiten Vorstudie (N=62) erwies sich das Testinstrument als hinreichend präzise und stabil (Retest-Reliabilität). Die Auswahl der Teilnehmer dieser Vorstudie (N=62), wurde aus allen Mitgliedern der Selbsthilfeorganisation durch deren Geschäftsführer getroffen.

Ergebnisse

Aus der Vorstudie wurden die Antworten von 8 Patientinnen mit Partner und 43 Patienten mit Partnerinnen (N=51 betroffene Paare) ausgewertet. Das Durchschnittsalter für Männer beträgt 61 Jahre und für Frauen 57 Jahre.

Erkrankung
Die Krankheitsdauer beträgt durchschnittlich 7 (Frauen) bzw. 9 (Männer) Jahre. Die Rangfolge der vorherrschenden Symptome auf somatischer Ebene sind bei beiden Geschlechtern Hypokinese, gefolgt von Rigor, Tremor bzw. Akinese. Das Auftreten von Depression im Zusammenhang mit der Erkrankung zeigt keine geschlechtsspezifischen Unterschiede, jedoch liegt bei den Frauen eine deutliche Zunahme (etwa 2-3fach) der Häufigkeit von Depressionen vor, nachdem die Krankheit diagnostitiert wurde. Bei mehr als der Hälfte der erkrankten Frauen und etwa 20% der betroffenen Männer sind, treten Ängste auf.

Tab.1: Häufigkeit von Symptomen vor und seit der Diagnose M. Parkinson bei Patienten/innen (N=51)

FBeK-Skala	Gruppe	N	M	SD	t	p
Attraktivität/	Wöchnerinnen	100	10.25	2.18	5.76	.000***
Selbstvertrauen	Schwangerverd.	18	7.17	1.42		
Akzentuierung des	Wöchnerinnen	100	6.67	2.27	.10	.921
Erscheinungsbildes	Schwangerverd.	18	6.61	2.57		
Unsicherheit/	Wöchnerinnen	100	3.12	1.97	- 4.13	.000***
Besorgnis	Schwangerverd.	18	5.28	2.45		
Körperlich-sex.	Wöchnerinnen	100	1.87	.97	- 2.91	.009**
Mißempfinden	Schwangerverd.	18	2.78	1.28		

Sexualität der Erkrankten
Das Spektrum der Veränderungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens ist sehr vielgestaltig. In den folgenden Ausführungen und Abbildungen werden die wesentlichen Ergebnisse, die Gemeinsamkeiten zwischen Männern und Frauen sowie geschlechtstypische Unterschiede dargestellt. Es geht in erster Linie darum, die veränderte Sexualität der Betroffenen im Verlauf – d.h. vor und nach der Diagnose – zu betrachten und in diese Betrachtung zusätzlich den Partner einzubeziehen. In den beiden folgenden Diagrammen

sind jeweils die wichtigsten sexuellen Dysfunktionen sowie die Frequenz sexueller Aktivitäten für die Patienten (männlich – Abb.1 / weiblich – Abb. 2) dargestellt.

Abb. 1: Häufigkeiten sexueller Funktionsstörungen, Aktivität und Zufriedenheit vor und seit der Diagnose M. Parkinson (MP) bei 43 Patienten, (P) = mit Partner, (M) = bei Masturbation

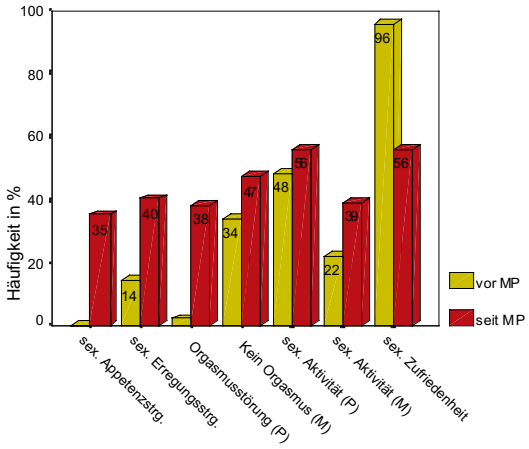
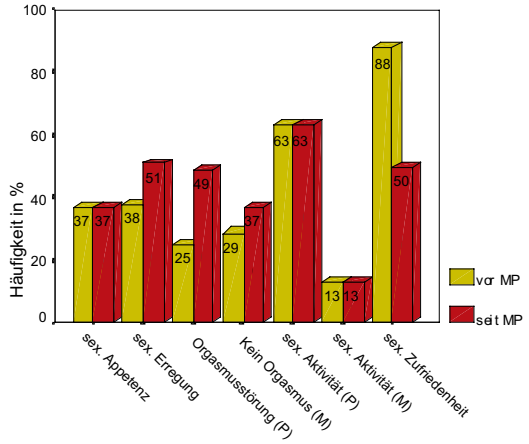


Abb. 2: Häufigkeiten sexueller Funktionsstörungen, Aktivität und Zufriedenheit vor und seit der Diagnose M. Parkinson (MP) bei 8 Patientinnen, (P) = mit Partner, (M) = bei Masturbation



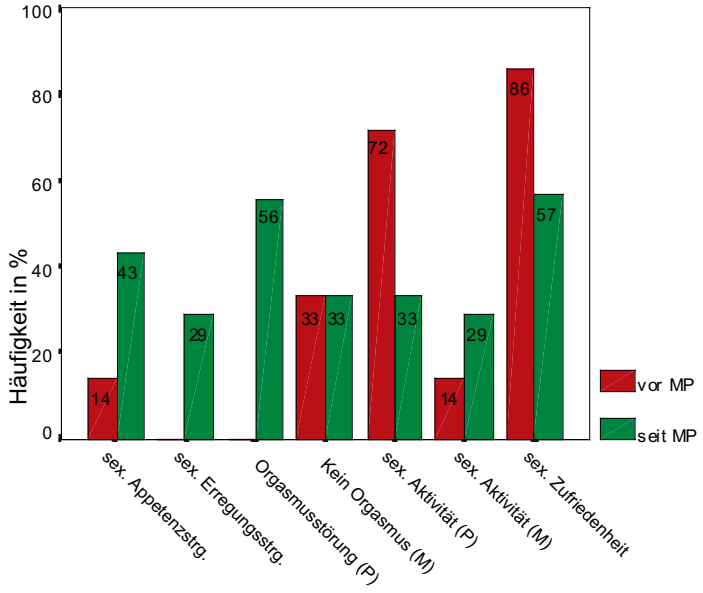
Bei männlichen und weiblichen Betroffenen lassen sich im Vergleichszeitraum vor und nach der Diagnose Morbus Parkinson deutliche Zunahmen von verschiedenen sexuellen Dysfunktionen feststellen. Bei den betroffenen Männern treten mit der Erkrankung erstmals sexuelle Appetenzstörungen (35%) und Orgasmusstörungen (38%) auf; Erektionsstörungen erhöhten sich auf 40% von 14% vor der Diagnose M. Parkinson. Im Vergleich zu dem Zeitraum vor der Diagnose sind Männer seit der Erkrankung häufiger mit dem

Partner sexuell aktiv (56 %) und masturbieren verstärkt (39%) (Abb.1). Auffallend ist, daß Frauen schon vor der Erkrankung Störungen in allen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus angaben. Im Vergleich zu der Zeit davor erhöhen sich mit der Erkrankung sexuelle Erregungsstörungen (51%) und Orgasmusstörungen (49%); die sexuellen Appetenzstörungen sind unverändert (37%). Ebenso bleiben die Häufigkeiten sexueller Aktivitäten der Frauen sowohl mit dem gesunden Partner (63%) als auch bei Masturbation (13%) gleich (Abb.2).

Sexualität der Partner

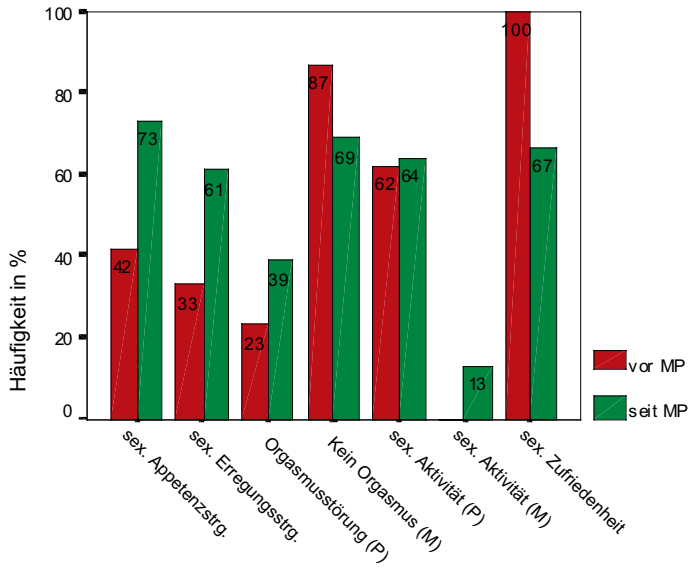
Die Zahl der sexuellen Dysfunktionen bei den gesunden weiblichen und männlichen Partnern ist seit der Diagnose Morbus Parkinson mindestens genauso hoch wie die der Betroffenen (vgl. Abb. 3 und 4). So berichten männliche Partner über erstmalig auftretende Erektions- (29%) und Orgasmusstörungen (56%). Sexuelle Appetenzstörungen erhöhen sich seit der Diagnose auf 43%. Während sich die Masturbationsfrequenz der gesunden Männer im Vergleichszeitraum *vor und seit der Diagnose* von 14% auf 29% erhöht, geben diese an, erheblich seltener mit ihren erkrankten Partnerinnen sexuell aktiv zu sein (33%) als vor der Diagnose (72%). Der Orgasmus der gesunden Männer bleibt zu beiden Untersuchungszeiträumen unverändert bei 33% aus. Bei den gesunden weiblichen Partnern, die schon vor der Erkrankung ihres Lebensgefährten sexuelle Funktionsstörungen hatten, erhöht sich die Appetenzstörung auf 73%, die sexuelle Erregungsstörung auf 61% wie auch die Orgasmusstörung auf 39%. Die Zahl der Frauen, die mit ihrem erkrank-

Abb. 3: Häufigkeiten sexueller Funktionsstörungen, Aktivität und Zufriedenheit bei den 8 Partnern von Patientinnen (vgl. Abb. 2) vor und seit der Diagnose M. Parkinson (MP), (P) = mit Partner, (M) = bei Masturbation



krankten Partner sexuell aktiv ist, bleibt unverändert bei 63%. Während vor der Erkrankung des Mannes keine der Frauen masturbierte, ist dies danach bei 13% der Fall.

Abb. 4: Häufigkeiten sexueller Funktionsstörungen, Aktivität und Zufriedenheit bei den Partnerinnen von 43 Patienten (vgl. Abb. 1) vor und seit der Diagnose M. Parkinson (MP), (P) = mit Partner, (M) = bei Masturbation



Parkinsonspezifische Pharmaka und Sexualität

46% (n=23) der Patienten berichten über einen Einfluß der Antiparkinson-Medikation auf ihre Sexualität. Dabei sind die am häufigsten angegebenen Pharmaka Levodopa, Dopaminagonisten und Budipin (Abb. 5).

Abb. 5: Häufigste Medikamente, die nach Angaben der MP-Patienten (N=23), die Sexualität beeinflußten

◆ Levodopa/ Madopar®:	40%
◆ Dopaminagonist/ Parkotil®, Almirit®:	16%
◆ Budipin/ Parkinsan®:	9%
◆ Sonstige(z.B. Auticholinergika)	35%
	100%

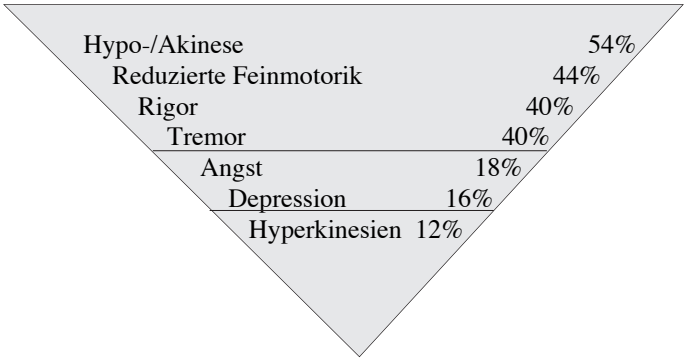
Das Spektrum der Einflußnahme auf sexuelles Erleben und Sexualverhalten reicht von vermehrten sexuellen Phantasien über Erregungsstörungen bis hin zu weiblichen und männlichen Orgasmusstörungen. Dies entspricht den Beobachtungen anderer Autoren (Bowers et al. 1971, Kolodny 1978, Harvey 1988, Balon 1996, Courty et al. 1997, Korpelainen et al. 1998, O´Sullivan et al. 1998). Zudem wird die Frequenz sexueller Akti-

vitäten sowohl bei der Masturbation als auch mit dem Partner beeinflußt. Zusammenhänge zwischen spezifischen Veränderungen der Sexualität und einzelnen Medikamenten können aufgrund dieses heterogenen Erscheinungsbildes und der begrenzten Datenlage nicht hergestellt werden.

Zusammenhang zwischen Symptomen und Sexualität

Wie bereits angeführt, werden die Symptome des Morbus Parkinson als eine der ätiologischen Faktoren angesehen. In einem speziellen Item wurden die Patienten nach einem für sie eventuell erkennbaren Zusammenhang zwischen den spezifischen Symptomen der Erkrankung und ihrer sexuellen Zufriedenheit befragt. 98% der Patienten geben an, sich durch verschiedene Krankheitssymptome in ihrer Lustempfindung oder sexuellen Aktivität beeinträchtigt zu fühlen (Mehrfachantworten möglich).

Abb. 6: Prozentualer Anteil der die Sexualität beeinflussenden Krankheitsymptome, die von Parkinsonpatienten (N=51) angegeben wurden



Wie aus der Abb. 6 ersichtlich ist, werden in erster Linie körperliche Symptome als störend für die Sexualität angesehen; erst dann folgen die psychischen Veränderungen wie Angst und Depression. Dies ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen der Fall.

Partnerschaftliche und sexuelle Zufriedenheit

Patienten sowie Partner wurden in einem Item danach befragt, wie zufrieden sie insgesamt mit ihrer Partnerschaft und in einem weiteren, wie zufrieden sie mit ihrer Sexualität sind bzw. waren – jeweils vor und seit der Diagnose Morbus Parkinson.

Tab. 2: Partnerschaftliche und sexuelle Zufriedenheit bei Betroffenen und deren Partnern vor und seit Diagnose M. Parkinson (N=51)

	Patienten/ Patientinnen (N=51)		Partner/ Partnerinnen (N=51)	
	vor der Diagnose	seit der Diagnose	vor der Diagnose	seit der Diagnose
Zufriedenheit mit Partnerschaft	94 %	88 %	95 %	90 %
Zufriedenheit mit Sexualität	96 %	55 %	98 %	65 %

Während sich im Verlauf der Erkrankung die Zufriedenheit mit der Partnerschaft kaum ändert, sinkt der Grad der sexuellen Erfüllung: Nachdem MP diagnostiziert wurde, sind nur noch die Hälfte der Patienten und zwei Drittel der Partner zufrieden.

Medizinische Betreuung
96 % der Patienten geben an, nicht über die Nebenwirkungen parkinsonspezifischen Pharmaka hinsichtlich der Sexualität informiert worden zu sein.
96% der Patienten sind der Ansicht, daß die Betreuung in Bezug auf die Sexualität verbessert werden sollte.

Diskussion

Die Sexualität der von M. Parkinson betroffenen Patienten-(paare) wird ebenso wie die Sexualität Gesunder von zahlreichen Faktoren, wie z.B. dem Alter, dem Geschlecht, dem Familienstand, dem Zustand der Partnerschaft und nicht zuletzt von der bereits gelebten Sexualität des Paares beeinflußt. Mit dem Auftreten einer chronischen Erkrankung wie M. Parkinson können 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. Die Auswertung des Items zur subjektiven Einschätzung eines möglichen Zusammenhangs zwischen Antiparkinson-Pharmaka und der Sexualität bestätigen die u.a. von Basson 1996 beschriebenen Veränderungen der sexuellen Appetenz sowie des Sexualverhaltens unter dopaminerger Medikation. Von besonderer Bedeutung ist sowohl die Art der Krankheitsverarbeitung (coping) durch die Betroffenen – sofern eine Partnerschaft besteht – als auch die Zufriedenheit mit der Partnerschaft seit der Diagnose. Ein wesentliches Ergebnis der Studie ist die Feststellung, daß nicht nur weibliche und männliche Betroffene des M. Parkinson in hohem Ausmaß unter sexuellen Dysfunktionen leiden, sondern daß das sexuelle Erleben und Verhalten der Partner mindestens genauso stark verändert ist. Ähnliche Ergebnisse hinsichtlich der sexuellen Dysfunktionen bei den gesunden Partnern wurden in den wenigen vorliegenden Studien, bei denen Partner einbezogen worden sind, von einigen Autoren berichtet (Basson 1996, Brown et al. 1990 und Koller et al. 1990). In der hier vorgestellten Studie leiden die gesunden Frauen sogar häufiger als die erkrankten an Veränderungen ihrer Sexualität.
Wie deutlich das gesamte (Er)-Leben der Patienten und somit auch das des Partners – sofern ein solcher existiert - durch die Parkinson'sche Erkrankung beeinträchtigt werden kann, zeigt der folgende Erfahrungsbericht einer 54jährigen Parkinsonpatientin, die den Einfluß von Parkinsonmedikamenten auf ihr Sexualleben beschreibt:

„Ich bekam das Medikament Pravidel (Dopaminagonist). Bei einem Gespräch mit jungen männlichen Parkinsonpatienten, die über ihre veränderte Potenz unter der Einnahme von Pravidel sprachen, wurde ich gefragt, wie das denn bei Frauen sei. Ich sagte, daß bisher keine Frau mit mir darüber gesprochen habe. Da ich an mir keine Veränderung verspüre, gehe ich davon aus, daß dies auch bei anderen Frauen so sei.
Darauf schaltete sich mein Mann in das Gespräch ein. Er sagte, daß aus seiner Sicht sehr wohl eine Veränderung in Richtung verstärkter sexueller Aktivität zu verzeichnen sei. Danach stellte ich das auch selbst fest. Als das Medikament abgesetzt wurde, beobachtete ich einen deutlichen Rückgang der

sexuellen Bedürfnisse.
Später unter Einfluß von Dopergin (ein weiterer Dpoaminagonist) registrierte ich wieder ein erhöhtes Sexualbedürfnis. Nach dem Absetzen beobachtete ich die gleiche Reaktion an mir wie beim Absetzen des Pravidel.
Anschließend nahm ich an einer Cabergolin - Studie teil. Es veränderte sich nichts, außer meinem Sexualbedürfnis. Die sexuellen Vorstellungen waren gesteigert, ebenso meine Potenz. Unter Erhöhung der Medikamentendosis erhöhte sich auch Libido und Potenz (Dieses Präparat mußte aus anderen Gründen abgesetzt werden).
Als nächstes wurde ich auf Parkotil (ein weiterer Dopaminagonist) umgestellt. Erst normalisierte sich das Ganze. Nach einigen Wochen stellte sich der erhöhte Bedarf an sexueller Aktivität erneut ein. Zeitweise waren die Wunschvorstellungen so stark ausgeprägt, daß sie schon einem Suchtverhältnis nahe kamen. Trotz ausgefüllter sexueller Aktivität war dieses Bedürfnis kaum zu befriedigen. Im Kopf ging es zu wie auf einem Karussell. Ich hatte große Mühe, mich auf andere Dinge zu konzentrieren. Nur unter größten geistigen Anstrengungen war mir dies möglich. Unter äußerster Selbstdisziplin gelang es mir, meinen Alltag zu bewältigen."

Sowohl bei weiblichen Patienten als auch bei gesunden Frauen treten die wesentlichen sexuellen Dysfunktionen schon vor der Erkrankung auf. Dies wurde schon von der Arbeitsgruppe Uitti et al. (1989) beschrieben, dieπ vor Krankheitsbeginn ein breites Spektrum der Sexualität der Patienten beobachteten, welches von einer beglückenden Sexualität bis zu erhöhtem sexuellen Verlangen reichte.
In der hier vorgelegten Studie sind bei männlichen Betroffenen wenige Sexualstörungen ausgeprägt (nur Erektionsstörungen: 14%), bevor die Erkrankung festgestellt wurde. In den anderen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus machen sich die sexuellen Störungen in einem hohen Prozentsatz erst mit der Erkrankung bemerkbar. Die parkinsonkranken Männer haben demnach mit einer zusätzlichen Schwierigkeit zu kämpfen, die ihnen bis dahin nicht bekannt war. In persönlichen Gesprächen mit jungen Parkinsonkranken beschrieben die betroffenen Männer diese mit dem Widerspruch zwischen zunehmendem Leistungsdruck auf sexuellem Gebiet und dabei sinkendem Selbstwertgefühl aufgrund nachlassender körperlicher Kraft und Bewegungsfähigkeit.
Gesunde Männer, deren erkrankte Frauen unter starken Erregungs- und Orgasmusstörungen leiden, sind mit ihrer Sexualität unzufrieden und entwickeln erstmalig verschiedenste Sexualstörungen (sexuelle Appetenz- und Orgasmusstörungen). Es läßt sich vermuten, daß die Attraktivität der erkrankten Partnerinnen aufgrund der körperlichen Symptome wie die Hypo- und Akinese sinkt bzw. daß Männer zu unvorbereitet sind, um auf die veränderten sexuellen Bedürfnisse der Frauen einzugehen.
Im Verhältnis zu den Männern leiden wesentlich mehr Frauen - sowohl erkrankte als auch gesunde - unter den verschiedenen sexuellen Dysfunktionen.
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 der Sexualität 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.
Die Hauptschwierigkeit für die Patientenpaare, die mit ihrer Sexualität nicht glücklich sind, besteht offensichtlich zunächst darin, daß sie mit Veränderungen in der gewohnten Sexualität konfrontiert werden und sich mit diesem Thema allein gelassen fühlen. Trotz der 'Sexualisierung' unserer Gesellschaft durch die Medien fällt es schwer mit Fremden über Intimität zu sprechen. Unternimmt ein Patient dennoch den Versuch, das für ihn belastende Problem zu thematisieren, findet er häufig kein Gehör – auch bei Ärzten (die nicht selten auf Allgemeinplätze ausweichen) oder anderen Ansprechpartnern. Dies ist nicht verwunderlich und soll auch nicht als Vorwurf verstanden werden, schließlich sind sexualmedizinische Inhalte bisher kein Bestandteil der medizinischen Ausbildung
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. Zu diesem Zweck ist einerseits geplant, nach Abschluß der Hauptstudie den Patienten-(paaren) mittels Broschüren die notwendigen Informationen zu vermitteln. Andererseits müßte auch die Wahrnehmungsfähigkeit für sexuelle Schwierigkeiten bei Allgemein- und Fachärzten verbessert werden, wofür sich spezielle curricular fundierte sexualmedizinische Fortbildungen anbieten (vgl. Vogt et al. 1995; Loewit & Beier 1998) Auf diese Weise könnten sowohl seitens der Patienten als auch der beruflichen Helfer Berührungsängste in partnerschaftlichen und sexuellen Fragen abgebaut werden, was dazu beitragen würde, Sexualität als wesentlicher Bestandteil der Lebensqualität für Patienten-(paare) positiv verfügbar zu machen.

Literatur

American Psychiatric Association (APA) (1994): Diagnosic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition; Washington: APA press.

Balon, R. (1996): Intermittent amantadine for fluoxetine-induced anorgasmia. J Sex Marital The 22 (4): 290-2.

Basson, R. (1996): Sexuality and Parkinson's Disease. Parkinsonism and Related Disorders 2 (4): 177-185.

Bowers, M.B. Jr.; Van Woert, M.; Davis, L. (1971): Sexual behavior during L-dopa treatment for Parkinsonism. Am J Psychiat 127 (12): 1691-3.

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.

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.

Goecker, D.; Babinsky, S.; Beier, K.M. (1998): Sexualität und Partnerschaft bei Multipler Sklerose. Sexuologie 5 (4): 193-202.

Hahlweg, K. (1996): Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik. Göttingen u.a.: Hoegrefe.

Harvey, N.S. (1988): Serial cognitive profiles in levodopa-induced hypersexuality. Brit J Psychiat 153: 833-6.

Hyyppa, 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-Methyldopa on male sex function. Sexuality and disability 1: 223-228.

Korpelainen, J.T.; Hiltunen, P.; Myllyla, V.V. (1998): Moclobemide-induced hypersexuality in patients with stroke and Parkinson´s disease. Clin Neuropharmacol 21 (4): 251-4.
Loewit, K.; Beier K.M. (1998): Standortbestimmung der Sexualmedizin, Sexuologie 2 (5): 49-64
O´Sullivan, J.D.; Hughes, A.J. (1998): Apomorphine-induced penile erections in Parkinson´s disease. Movement Disord 13 :536-9.
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.
Wermuth, L.; Stenager, E. (1992): Sexual Aspects of Parkinson's disease. Semin Neurol Juni 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
Maja Lüders, ÄiP; S. Boxdorfer AiP; Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin an der medizinischen Fakultät (Charité) der Humboldt-Universität, Tucholskystr. 2, D-10117 Berlin, e-mail: maja.lueders@charite.