

Auswirkungen des M. Parkinson auf Sexualität und Partnerschaft

Klaus M. Beier, Christoph Joseph Ahlers

Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Humboldt-Universitätsklinikum Charité, Berlin

psychoneuro 2004; 30 (8): 449–452

Schon theoretisch lassen sich Auswirkungen auf die Sexualität durch drei bedeutsame Dopaminsysteme herleiten (Tab. 1).

Einen weiteren wichtigen Einflussfaktor auf die Sexualität stellen ferner die parkinsonspezifischen Medikamente dar:

- Levodopa-Präparate
- Dopaminagonisten
- Enzymhemmer und Amantadine
- Anticholinergika.

Hinzu kommen mögliche Nebenwirkungen medikamentöser Behandlungen anderer Erkrankungen, welche Parkinson-Betroffene – nicht zuletzt aufgrund ihres höheren Alters – haben können: Hierzu zählen insbesondere Herz-Kreislauf-, Nieren- sowie Stoffwechselerkrankungen. Schließlich kann durch die Behandlung von Begleiterscheinungen des Morbus Parkinson – z.B. depressive Verstimmungen, die medikamentös therapiert werden – noch ein weiterer substanzbedingter Einflussfaktor gegeben sein, der sich negativ auf das sexuelle Erleben und Verhalten auswirkt.

■ M. Parkinson und Sexualität

Erst seit einigen Jahren finden verschiedene sexuelle Dysfunktionen als Begleitsymptome des idiopathischen M. Parkinson in der Forschung Beachtung (12, 22, 24). Nur in vereinzelten Studien wurde allerdings untersucht, welche sexuellen Dysfunktionen auftreten (4, 12, 15, 16). Häufig sind die Definitionen der einzelnen Veränderungen der Sexualität auch sehr uneinheitlich. Unter „Hyperse-

M. Parkinson kann wie eine Vielzahl anderer neurologischer Erkrankungen zu sexuellen Funktionsbeeinträchtigungen führen. Während man früher annahm, dass funktionale Sexualstörungen zu den Spätfolgen der Erkrankung zählen, deutet heute vieles darauf hin, dass sie im Sinne eines Krankheitsindikators zu den Frühsymptomen gerechnet werden müssen. Der Einfluss von behandlungsbedingt eingenommenen Medikamenten auf die sexuelle Funktionalität und Erlebnisfähigkeit ist dabei bisher wenig erforscht und nicht zuletzt deswegen häufig schwer überschaubar. Und schließlich ist die partnerschaftliche Lebenssituation der betroffenen Personen darüber hinaus nicht nur ein weiterer, wichtiger Einflussfaktor für die Ausbildung und/oder Aufrechterhaltung sexueller Dysfunktionen, sondern muss ebenso als bedeutsame Ressource für die Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse verstanden werden, was durch Einbeziehung möglicher Partnerinnen und Partner bei der Behandlung entsprechend Berücksichtigung finden sollte.

xualität“ z.B. verstehen Brown et al. (12) eine erhöhte sexuelle Appetenz während andere Autoren zusätzlich eine erhöhte sexuelle Aktivität in diese Definition einschließen. 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 (4, 12, 25, 27). Die Angaben zur Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen bei M. Parkinson schwanken beispielsweise zwischen 35% und 80%, was allerdings an einem fehlenden definitorischen Konsens bezüglich der Variable „Funktionsstörung“ liegen dürfte – ein systematischer Fehler, der in der nachfolgend vorgestellten Untersuchung durch die Operationalisierung anhand der Kriteriologie des DSM-IV (3) vermieden wurde.

In einer Untersuchung am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Humboldt-Universitätsklinikums Charité in Berlin (8–10, 17, 18) wurden alle 12 000

Mitglieder der Deutschen Parkinsonvereinigung (dPV) samt ihrer Partnerinnen bzw. Partner befragt. Insgesamt n = 2 099 Betroffene (davon 330 Frauen und 1 008 Männer, die sich in einer Partnerschaft befanden) füllten die Fragebögen aus. Als Erhebungsinstrument diente das „Basismodul Sexualmedizin“, welches sowohl sämtliche sexuellen Funktionsstörungen nach DSM-IV auf den Zeitebenen „vor der Diagnose“ und „seit der Diagnose“, als auch die von den Betroffenen erlebten Auswirkungen der krankheitsspezifischen Medikation erfasst und eigens für diese Untersuchungen am obigen Institut entwickelt wurde (1, 2).

Das Durchschnittsalter der Betroffenen lag etwa bei 65 Jahren und die durchschnittliche Partnerschaftsdauer bei 37 Jahren. Etwa zwei Drittel waren berentet und die Betroffenen waren im Durchschnitt ca. zehn Jahre an Morbus Parkinson erkrankt.

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen war eine starke Zunahme sexueller Funktions-

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	Durch Veränderung der hormonellen Situation
Die Basalganglien im Mittelhirn, die eine wichtige Rolle bei der Bewegungsabstimmung spielen	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

störungen (erfasst nach den Kriterien des DSM-IV und demnach nur dann als krankheitswerte Störung gewertet, wenn eine funktionelle Beeinträchtigung in Verbindung mit subjektivem Leidensdruck und Unzufriedenheit angegeben wurde) seit der Diagnosestellung Morbus Parkinson festzustellen. Bei den betroffenen Männern war dieser Anstieg besonders auffällig: Während vor Diagnosestellung weniger als 10% eine Appetenz-, Erregungs- oder Orgasmusstörung beklagten, waren dies seit Diagnosestellung 50%. Bei den Frauen betrug der Anstieg von ca. 10%, die eine Funktionsstörung vor Diagnosestellung angaben, bis zu 30% seit Diagnosestellung (Abb. 1).

Besonders imposant war aber, dass auch bei den Partnern/innen der betroffenen Parkinson-Patien-

ten/innen 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%. Auffällig war darüber hinaus der hohe Anteil von Betroffenen und Partnern, welche eine (mit Leidensdruck verbundene) „sexuelle Aversion“ (F52.1) nach Diagnosestellung angaben (zwischen 20 und 38%; Abb. 1 und 2).

Die Betroffenen gaben vor allem parkinsonspezifische Symptome als maßgeblich für die Beeinflussung ihrer sexuellen Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit an. Dies galt sowohl

für die betroffenen Frauen als auch für die Männer, wobei die Frauen etwas häufiger auch die Auffassung vertraten, dass bei ihnen Depressionen und Angst zu einer Veränderung ihres sexuellen Erlebens und Verhaltens beigetragen haben könnten (Abb. 3 und 4).

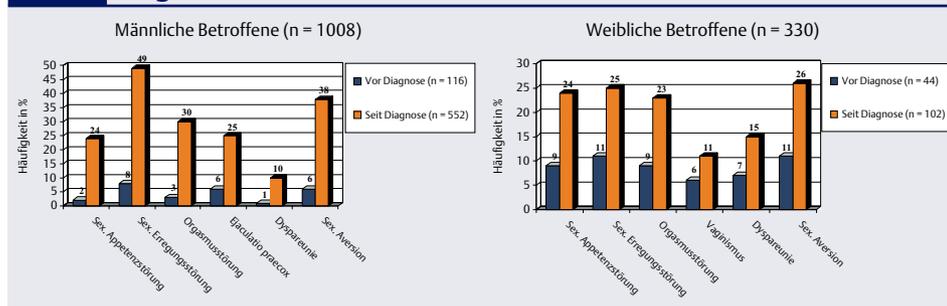
Etwa ein Drittel der betroffenen Frauen und zwei Drittel der Männer sahen einen Zusammenhang zwischen Medikamenteneinnahme und Veränderung ihrer Sexualität. Bei den Levodopa-Präparaten wurde vor allem Madopar genannt, bei den direkten Dopaminagonisten Pergolid (Parkotil®) sowie Bromocriptin (Pravidel®, Kirim®). Auffällig war dabei, 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 auch noch eine geschlechtstypisch unterschiedliche Verteilung der Zuordnung auffiel:

So führen Levodopa-Präparate beispielsweise bei Männern in etwa zwei Dritteln der Fälle zu einer Abnahme der sexuellen Erregung und Orgasmusfähigkeit, aber nur bei einem Drittel der Frauen. Die meisten Frauen berichteten sogar über eine Zunahme von Erregung und Orgasmusfähigkeit unter Levodopa-Präparaten (Abb. 5 und 6).

Auch innerhalb der einzelnen Substanzgruppen fallen bemerkenswerte Unterschiede auf: Lisurid (Dopergin®) führte beispielsweise bei etwa 50% der Frauen, die eine Veränderung ihrer Sexualität bemerkten, zur Abnahme des sexuellen Verlangens, bei den Männern lag der entsprechende Prozentsatz aber lediglich bei 25%.

Hinsichtlich der partnerschaftlichen Situation wird sowohl von den Männern als auch von den Frauen angegeben, dass der Austausch von Gedanken, Gefühlen und Zärtlichkeiten, wie überhaupt die Kommunikation seit der Diagnosestellung abgenommen hatten, wobei der Wunsch nach wechselseitiger Mitteilung von Empfindungen, körperlicher Nähe sowie einer gemeinsamen Gestaltung des Alltags unvermindert fortbestand, und zwar so-

Abb. 1 Häufigkeit sexueller Dysfunktionen jeweils vor und seit der Diagnose Morbus Parkinson



Gesamtstichprobe partnerschaftlich gebundener Parkinson-betroffener Männer (n = 1 008) und Frauen (n = 330)

wohl bei den Erkrankten als auch bei ihren Partnern. Bei beiden kam es auch zu einer Zunahme von Versagensängsten, d.h. der Befürchtung, den Erwartungen des Partners nicht gerecht werden zu können.

Abbildung 7 zeigt das Verhältnis von Wunsch und Wirklichkeit hinsichtlich der Zärtlichkeit bei parkinsonbetroffenen Männern und Frauen sowie deren Partnern – jeweils vor und seit der Diagnose Morbus Parkinson.

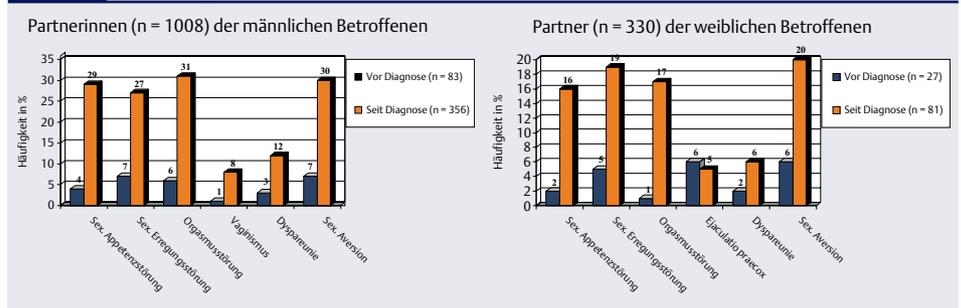
Fallbeispiel Morbus Parkinson

Wie deutlich das gesamte (Er-)Leben der Patienten und somit auch das des Partners durch die Parkinsonsche Erkrankung beeinträchtigt werden kann, zeigt der folgende Erfahrungsbericht einer 54-jährigen Parkinsonpatientin, die den Einfluss von Parkinsonmedikamenten auf ihr Sexualleben beschreibt:

„Ich bekam das Medikament Pravidel®. 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® 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

Abb. 2 Häufigkeit sexueller Dysfunktionen der Partner jeweils vor und seit der Diagnose Morbus Parkinson



Gesamtstichprobe der Partnerinnen (n = 1008) und Partner (n = 330) Parkinson-betroffener Männer und Frauen

Präparat musste aus anderen Gründen aber wieder abgesetzt werden. Als nächstes wurde ich auf Parkotil® 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.“

Aufmerksamkeit verdient auch das Ergebnis, dass nur wenige der Patienten und ihrer Partner von beruflichen Helfern Informationen über Veränderungen der Sexualität im Verlauf der Parkinsonerkrankung erhielten. 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 über mögliche Nebenwirkungen der Medikamente (hinsichtlich der Sexualität) informiert. Eine Verbesserung der sexualmedizinischen Betreuung wurde insgesamt von 735 betroffenen Männern (77%) und 507 ihrer Partnerinnen (55%) sowie 172 betroffene Frauen (56%) und 131 ihrer Partner (43%) gewünscht.

Beratung und Therapie

Die Ergebnisse der Befragung von Parkinson-Betroffenen machen deutlich, dass bei bestehender Unzufriedenheit über die sexuelle und/oder partnerschaftliche Situation folgende Fragen zu klären wären:

- Gibt es einen Zusammenhang mit der Krankheit Morbus Par-

Abb. 3 Rangfolge der Beeinflussung der Sexualität durch parkinsonspezifische Symptome bei männlichen Betroffenen (n = 611)

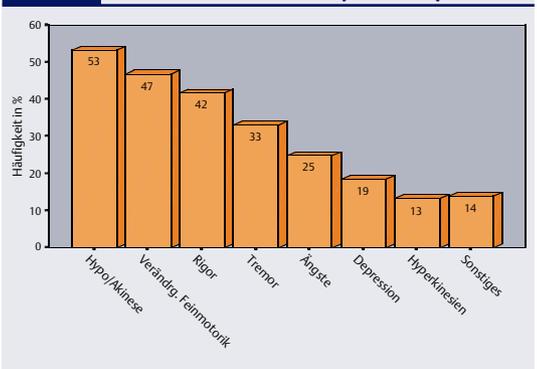


Abb. 4 Rangfolge der Beeinflussung der Sexualität durch parkinsonspezifische Symptome bei weiblichen Betroffenen (n = 304)

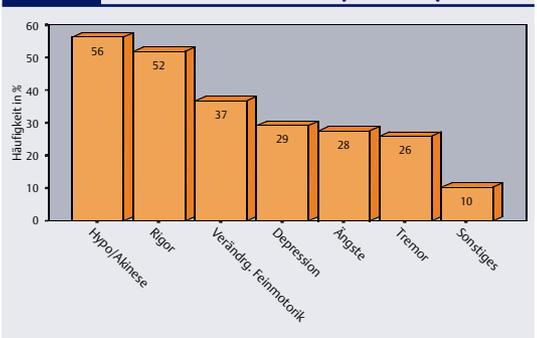


Abb. 5 Veränderungen der Sexualität unter Einnahme von L-Dopa bei männlichen (n = 443) Parkinson-Betroffenen

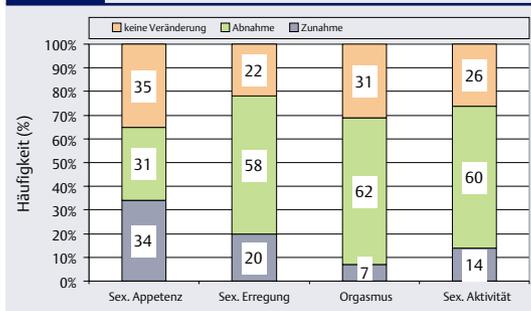
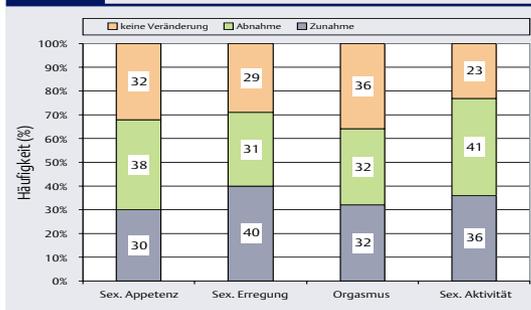


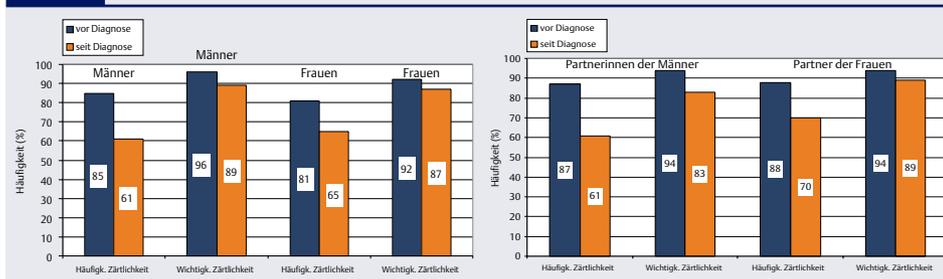
Abb. 6 Veränderungen der Sexualität unter Einnahme von L-Dopa bei weiblichen (n = 82) Parkinson-Betroffenen



kinson oder bestanden die Probleme bereits vor der Diagnosestellung?

- Gibt es einen Zusammenhang mit den parkinsonspezifischen Symptomen?
- Gibt es einen Zusammenhang mit den parkinsonspezifischen (oder anderen) Medikamenten?
- Gibt es einen Zusammenhang mit ungeklärten Fragen oder unterschiedlichen Vorstellungen in der Partnerschaft?

Abb. 7 Zärtlichkeit: Wunsch und Wirklichkeit



Verhältnis von Wunsch (Wichtigkeit) und Wirklichkeit (Häufigkeit) hinsichtlich der Zärtlichkeit bei Parkinson-betroffenen Männern (N=1008) und Frauen (N=330) sowie deren Partnern – jeweils vor und seit Diagnose Morbus Parkinson

Die Abklärung dieser Fragen macht die Einbeziehung des Partners/der Partnerin unbedingt erforderlich. Veränderungsmöglichkeiten können sich dann beziehen auf:

- eine Beeinflussung der parkinsonspezifischen Symptome
- eine Umstellung der aktuellen Medikation (wobei selbstverständlich nicht gemeint ist, dass die sexuelle Symptomlage zum Leitmotiv der Parkinsonmedikation erhoben werden soll, sondern lediglich als ein Aspekt unter anderen Berücksichtigung finden sollte)
- eine Verbesserung der partnerschaftlichen Kommunikation (vor allem Mitteilung gegenseitiger Vorstellungen, Wünsche, Ängste oder Befürchtungen)
- der Einsatz von Hilfsmitteln oder Medikamenten zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen (z.B. bei Erektionsstörungen auch der Einsatz von Sildenafil (11), sofern keine Kontraindikationen bestehen bzw. der Einsatz anderer, später entwickelter, analoger Wirksubstanzen wie Vardenafil oder Tadalafil).

■ Schlussfolgerungen

Die Hauptschwierigkeit für Parkinson-Betroffene, die mit ihrer Sexualität und/oder Partnerschaft unzufrieden sind, besteht 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 unse-

rer 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 ihn betreuenden Ärzten (zumal diese in ihrer Aus- und Weiterbildung in der Regel nicht auf derartige Gespräche vorbereitet werden). Dabei wäre es wichtig, die Betroffenen 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 Studien in „Leitfäden für Betroffene und ihre Partner“ dienen, der für Parkinson-Betroffene bereits vorliegt (6). Darüber hinaus gibt es seit 1997 für Psychologische Psychotherapeuten sowie für Allgemein- und Fachärzte auch ohne psychotherapeutische Spezialisierung curricular fundierte, sexualmedizinische Fortbildungen, welche zur eigenständigen Diagnostik und Therapie von sexuellen Störungen qualifizieren (5, 9, 26). Dabei ist insbesondere auf den hohen Stellenwert paarbezogener Interventionen hinzuweisen, die auch bei krankheits- und/oder behandlungsbedingter Sexualstörung in vielen Fällen zielführend sind (6, 7).

Literatur bei der Redaktion / im Internet unter www.psychoneuro.info

Korrespondenzadresse:
 Prof. Dr. med. Dr. phil. K. M. Beier
 Dipl.-Psych. Ch. J. Ahlers
 Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin
 Humboldt-Universitätsklinikum Charité
 Luisenstr. 57
 10117 Berlin
 E-Mail: klaus.beier@charite.de
 christoph.ahlers@charite.de