

## **Sexualität und Parkinson**

Es schämen sich viele Patienten die individuellen Probleme beim Arzt oder bei den Therapeuten anzusprechen. Es sind mehrere Faktoren verantwortlich. Einerseits wird die Sexualität bei der Patientenaufklärung wenig beachtet, andererseits existieren auch einige Fehlmeinungen, die keineswegs begründet sind. So wird z.B. allgemein angenommen, dass die Parkinson-Patienten alle höheren Alters sind. Wir wissen aber, dass ein Anteil von ca. 10 % der Parkinson-Erkrankungen vor dem 40. Lebensjahr auftritt. In diesem Alter sind die Menschen auch nach der allgemeinen Meinung noch sexuell aktiv. Die andere weit verbreitete, aber nicht zutreffende Meinung ist, dass ältere Leute nicht mehr am Sex interessiert sind bzw. nicht mehr sein dürfen. Sexuelle Bedürfnisse sind im Alter etwas Anrühiges. Diese und ähnliche, manchmal wohlgemeinten Annahmen führen dazu, dass der Patient und vielleicht auch der betreuende Arzt die Fragen der Sexualität der Patienten nicht anspricht.

Dennoch führen die körperlichen Symptome der Parkinson-Krankheit und die dadurch ausgelösten psychischen Hemmungen häufig auch im Sexualleben der Betroffenen zu erheblichen Schwierigkeiten. Hier ist besonders zu betonen, dass diese Probleme nicht nur die Kranken selbst, sondern auch die Partnerschaft und auch die Betreuenden erheblich betreffen.

### **Krankheitsbedingte sexuelle Störungen**

In Bezug auf die menschlichen Sexualstörungen unterscheiden wir zwischen der Störung des sexuellen Verlangens (Libido, „sexdrive“) und der Sexualfunktion (Erregungs- und Orgasmusfähigkeit).

Es versteht sich von selbst, dass körperliche Erscheinungen wie die Unbeweglichkeit, die Steifheit der Muskulatur, die Haltungsstörungen, das Zittern und in späteren Stadien die Fluktuation dieser Symptome die sexuelle Aktivität schon im Bereich der motorischen Ausführung negativ beeinträchtigen. Hinzu kommen die eventuell alters-, krankheits- oder medikationsbedingte Erektionsschwäche der männlichen Patienten oder die Trockenheit der Scheide bei den Frauen. Weitere körperliche Symptome wie der Speichelfluss, die Inkontinenz und das starke Schwitzen können in der Partnerschaft zu psychischen Problemen führen (z.B. Ekelgefühl).

Weniger bekannt und deswegen für die Partner unverständlich ist, dass der Kranke infolge der Einschränkung der Mimik und Gestik seine Gefühle nicht mehr wie gewohnt auch mimisch, sondern nur verbal ausdrücken kann (Poker-Gesicht). Häufig ist aber auch dieser Kommunikationsweg gestört und das ständige Nachfragen und dann die Wiederholung des Gesagten zerstören die schöne Stimmung.

Auch die Spontanität leidet, wie Patienten und Partner häufig beklagen. Einerseits sind der krankheitsbedingte Antriebsmangel, eventuell Schamgefühle und die häufig vorhandene depressive Verstimmung die Ursache dafür, andererseits fühlen sich die Partner den Schwankungen der Medikamentenwirkung ausgeliefert. Bei den Patienten besteht oft ein vermindertes Selbstwertgefühl; alles was bis jetzt wichtig und schön war, scheint vorbei zu sein. Und jetzt versagt man auch hier... Diese Gefühle und die Versagensängste reichen schon aus, um Auslöser psychisch bedingter Störungen der Sexualität zu sein.

Auch wird selten daran gedacht, dass die chronische Krankheit oft zu grundlegenden Veränderungen im Rollenverhältnis der Partner führen kann. Der seit 30 Jahren aktivere Partner wird infolge der Krankheit immer passiver und kann seine Initiatorrolle nicht mehr

ausüben. Wenn die Partner es nicht merken und die Initiative nicht ergreifen, dann schläft die sexuelle Aktivität zum großen Leiden beider ein. Zu einem ähnlichen Erliegen der Sexualität kann die übertriebene Schonung des Patienten führen.

Auch unbegründete Ängste – die sexuelle Aktivität könne die Krankheit verschlimmern – können zum Rückzug aus dem Sexualleben führen. Das Gegenteil ist der Fall, ein harmonisches und erfülltes Sexualleben hilft, das „Zusammenleben“ mit der leider noch unheilbaren Krankheit zu meistern.

### **Widerspruch zwischen Verlangen und „Können“**

Entgegen der oben erwähnten und häufig geäußerten Meinung schläft das sexuelle Verlangen im höheren Alter oder krankheitsbedingt im Allgemeinen nicht ein. Es entsteht also ein gravierender Widerspruch zwischen Verlangen und sexuellen Fähigkeiten. Dieser Widerspruch führt bei vielen Patienten zu einem hohen Leidensdruck und zu einer Konfliktsituation in der Partnerschaft.

Die dopaminergen Antiparkinsonmittel (L-Dopa, Dopamin-Agonisten) können sogar zu einer erheblichen Libido-Steigerung führen, leider ohne Zunahme der sexuellen Fähigkeiten. Die Libidosteigerung ist für die Partner oder die Pflegenden häufig unverständlich. Patienten beider Geschlechter schämen sich und haben erhebliche Hemmungen infolge der „verbotenen“ sexuellen Phantasien, Träume und der „verbotenen“ Selbstbefriedigung. Der seit Jahren sexuell nicht mehr aktive Patient zeigt jetzt eine praktisch ständige sexuelle Erregtheit, versagt aber ständig beim Vollziehen des Geschlechtsverkehrs. Diese missglückten Versuche sind für die Partner häufig sehr lästig, bei dem Patienten können sie zu paranoiden Entwicklungen führen (Eifersuchtswahn). Viel Fingerspitzengefühl brauchen auch die Pflegenden, wenn sie mit dem erhöhten Verlangen des Patienten konfrontiert werden, das für sie unangenehm, manchmal beleidigend oder belästigend erscheint.

Die medikamentös bedingte Steigerung des sexuellen Verlangens kann auch im Rahmen einer so genannten Impulskontrollstörung (siehe Artikel auf [www.parkinson-web.de](http://www.parkinson-web.de)) in eine Art von „Sexsucht“ ausarten. Diese suchartigen sexuellen Betätigungen können den Patienten und die Familie ruinieren und bedürfen dringender ärztlicher Hilfe. (Sextelefonate, Bordellbesuche, kriminelle Handlungen usw.)

### **Sexuelle Fragen in der Arztstunde**

Über diese vielfältigen sexuellen Probleme der Parkinson-Patienten und der Partner wird aber bei den Arzt-Patienten-Gesprächen am Anfang nicht viel gesagt. Die Erziehung und das Schamgefühl verhindern, über „unanständige“ Sachen zu sprechen. Später, wenn das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient tiefer geworden ist, bitten die Parkinson-Kranken oder die Angehörigen um ein Gespräch, wo die geschilderten Probleme zur Sprache kommen. Der Arzt sollte deshalb dem Patienten einfühlend erleichtern, auch diese „schwierigen“ Fragen anzusprechen.

Die häufigste, von Männern gestellte Frage ist die Ursache der Erektionsstörung. Gleichzeitig wird um medikamentöse und mechanische Hilfsmitteln gebeten. Wenn wir aber das bisher Gesagte betrachten, sind die sexuellen Probleme viel tiefgreifender und lassen sich im Allgemeinen nicht ausschließlich mit Tabletten oder Hilfsmitteln beseitigen.

Die sexuellen Probleme der an Parkinson erkrankten Frauen sind infolge der verständlichen

Hemmungen noch schwieriger zu erfahren. Sie sind im körperlichen Bereich häufig durch das fehlende Feuchtwerden der Scheide (Lubrikation) bestimmt. Weil die weibliche Orgasmusfähigkeit bei entsprechender Stimulation erhalten bleibt, sind die meisten Probleme seelischer Natur.

### **Therapie parkinson-bedingter Sexualstörungen**

Erfolg versprechend ist in der Behandlung der sexuellen Störungen von Parkinson-Patienten ein komplexes Vorgehen. Selbstverständlich ist, dass der Arzt zunächst die Medikation durchforstet. Bei Störungen der Erektion, bei verspätetem Samenerguss oder Trockenheit der Scheide kann das Absetzen der so genannten Anticholinergika hilfreich sein. Auch andere Medikamente können Erektionsschwäche (z.B. Betablocker) verursachen.

Bei krankhafter Libidosteigerung kann die Änderung der Medikation oder das gezielte Einsetzen von Gegenmitteln Linderung verschaffen. Auch eine urologische bzw. gynäkologische Untersuchung kann weiterhelfen. Eventuell kann auch eine Hormonbehandlung, aber erst nach Bestimmung der Hormone und auf ausdrückliches Anraten des Arztes, notwendig sein.

Der Arzt kann die Patienten auch im Bereich der mechanischen Hilfsmittel (Vakuumpumpe, Penis-Prothese, Gleitcreme usw.) und der erektionsfördernden Medikamente Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil, Apomorphin, Penis-Spritze und -Salbe oder Gleitgel beraten.

Der durchaus wichtigere Teil der komplexen Therapie ist die psychologische Betreuung beider Partner. Zunächst ist das Ziel, dass beide Partner offen über ihre Probleme sprechen. Beiden Partnern müssen die krankheitsbedingten Störungen, die aus der körperlichen und psychischen Symptomatik, aus der neuen Situation, aus den veränderten Rollen der Partner herrühren, klar sein. Nur so ist es möglich, die das Sexualleben negativ beeinträchtigenden Erscheinungen aufzudecken und zu beseitigen.

In den Gesprächen ist es auch möglich, neue Verhaltensweisen zu entdecken, die dann zum harmonischen, für beide Partner erfüllten Sexualleben beitragen. Es muss klar werden, dass die Sexualität auch anders gestaltet werden kann und dass die Sexualität im Kopf beginnt. Die Bedeutung der Äußerlichkeiten einerseits, wie romantische Umgebung, Musik, Kerzenschein, Sauberkeit, aufregende Kleidung, Make-up und Düfte und des gegenseitigen Verhaltens andererseits, wie liebevolle Aufmerksamkeiten, körperliche Zärtlichkeiten, genügend Zeit, ist stets zu betonen.

Auch die oben genannten Hilfsmittel können nur beim gegenseitigen Einverständnis beider Partner zur Anwendung kommen. Die Probleme der Sexualität von Parkinson-Betroffenen können also nur in diesen vertraulichen Gesprächen gelöst werden. Wenn beide Partner mitmachen, gelingt es, die Störfaktoren mit Hilfe eines auch in diesem Bereich erfahrenen Arztes, eventuell eines Sexualtherapeuten zu beseitigen, und das – für die meisten Menschen so wichtige – erfüllte Sexualleben wiederherzustellen.