

Die Anwendung von Viagra® bei Frauen – Eine kasuistische Beschreibung von fünf Frauen

Treatment of female sexual dysfunction with Viagra® – five case reports

E. Nika, P. Briken

Zusammenfassung

Im Rahmen einer Multicenterstudie der Firma Pfizer, wurde eine Anwendungsbeobachtung der Phase II von Sildenafilcitrat (Viagra®) randomisiert, doppelblind und placebokontrolliert an Frauen durchgeführt, die den Einschlusskriterien entsprachen und nach DSM- IV folgende Diagnosen aufwiesen: Dyspareunie infolge von Lubrikationsstörungen; sexuelle Erregungsstörungen; Lustlosigkeit oder Orgasmusstörung, wenn diese mit einer sexuellen Erregungsstörung assoziiert waren. Fünf Studienteilnehmerinnen, die sich an eine sexualtherapeutische Poliklinik gewandt haben, werden kasuistisch beschrieben. Weder die Studienteilnehmerinnen, die die Wirksubstanz (N=3) noch diejenigen, die Placebo (N=2) erhielten, berichteten über einen anhaltenden positiven Effekt auf die Libido. Weibliche Sexualität scheint nicht in „mechanischen Parametern“, wie sie die Lubrikation darstellt, meßbar zu sein; bei drei Frauen kam es ab Mitte des Studienverlaufs zu einer Enttäuschung, die auch zu einer reduzierten Einnahme des Medikaments führte; zwei Frauen begannen nach Studienbeendigung erneut eine Psychotherapie; nur in einem Fall (D) wäre nachträglich zu erwägen, ob bei konsequentem Paartherapieangebot ohne Medikation eine Motivation zur Psychotherapie leichter hätte erzielt werden können. Wir schließen aus diesem Ergebnis, daß bei sexuellen wie auch bei anderen Funktionsstörungen, der Versuch einer medikamentösen Behandlung keineswegs den Weg zur Psychotherapie verbauen muß, sondern ganz im Gegenteil oft Widerstände aus dem Weg räumen und die Motivation zur Psychotherapie stärken kann.

Schlüsselwörter: Sildenafilcitrat (Viagra®), weibliche sexuelle Funktionsstörungen

Abstract

We report about a phase II, randomized, double-blind and placebo-controlled multicentre study to evaluate the efficacy, safety and toleration of Sildenafil (Viagra®) in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. Five women who participated as outpatients of our clinic are described in case reports. Neither the women who received the verum (N=3) nor those who received a placebo (N=2) reported a continuous positive effect on their libido. Female sexuality seems to be less measurable in „mechanical parameters“ like lubrication. Three women were frustrated at the middle of the study, which was followed by a reduction in using the medication for intercourse. Two women started psychotherapy once again after finishing the study. In one case we are still wondering if exclusively offered couple-therapy without the option of medication would have facilitated the motivation for a psychotherapy. Our final conclusion is that pharmacological treatment in cases of sexual dysfunctions similar to other disorders doesn't block up the way to a psychotherapy. On the contrary sometimes it seems to be able to reduce resistances and strengthen the motivation for a psychotherapy.

Keywords: Sildenafil (Viagra®), female sexual dysfunctions

1. Einleitung

Sildenafilcitrat (Viagra®) ist ein selektiver Hemmstoff der cGMP (cyclo-Guanosinmonophosphat)-Phosphodiesterase, Typ 5, der in der glatten Gefäßmuskulatur des Corpus cavernosum überwiegt. Sildenafilcitrat wirkt dabei peripher. Durch Hemmung des Abbaus von cGMP verstärkt Sildenafilcitrat (Viagra®) die gefäßerweiternde Wirkung von bei sexueller Stimulation freigesetztem NO.

Als Nebenwirkungen von Sildenafilcitrat (Viagra®) werden Kopfschmerzen, Flush, Schwindel, Dyspepsie, Verstopfungen der Nase, Sehstörungen (Veränderungen des Farbsehens, Lichtempfindlichkeit, unscharfes Sehen), Muskelschmerzen und (in wenigen Fällen bei Überdosierung) Priapismus beschrieben (Pfizer GmbH Produktmonographie 1998).

Da dieses Medikament erfolgreich in der Behandlung der erektilen Dysfunktion eingesetzt wurde (Goldstein et al. 1998), sollte in einer weiteren Studie die Anwendung bei weiblichen sexuellen Funktionsstörungen untersucht werden.

Bisher gibt es nur wenige Hinweise, daß die cGMP-spezifische Phosphodiesterase, Typ 5 bei Frauen im Genitaltrakt vorkommt bzw. die Verbindungsachse zwischen NO und cGMP bei der sexuellen Erregung der Frauen eine Rolle spielt (Chai et al. 2000). Bei beiden Geschlechtern haben die erektilen Bereiche ihren embryonalen Ursprung in den Müller-Gängen. Es könnte daher möglich sein, daß die erektilen Bereiche der Frau ähnlich wie der Schwellkörper des Mannes auf Veränderungen der NO-cGMP-Achse (Burnett 1995) reagieren. Ausgangspunkt für die Studie war dabei die Annahme, daß diesen Mechanismen eine Bedeutung bei der Clitoriserektion, perivaginaler Durchblutung und vaginaler Lubrikation bei sexueller Stimulation zukommt. Möglich wäre, daß sich die physiologische Erregung durch eine vermehrte genitale Durchblutung während der sexuellen Aktivität verändert.

Im Rahmen einer Multicenterstudie beteiligte sich auch eine Spezialabteilung für sexuelle Störungen an einer Untersuchung der Wirksamkeit von Sildenafilcitrat (Viagra®) bei Frauen.

Vorläufige Ergebnisse der Studie wurden am 23. Mai 2000 auf der Jahrestagung des American College of Obstetricians and Gynecologists vorgestellt. Im Rahmen dieser randomisierten und kontrollierten Studie, die an über 500 Frauen mit sexuellen Funktionsstörungen durchgeführt wurde, konnten keine spezifischen Effekte durch Sildenafilcitrat nachgewiesen werden (Basson et al. 2000). Dieses Ergebnis steht ganz im Einklang mit unserem klinischen Eindruck und soll daher anhand der bei uns untersuchten Frauen kasuistisch exemplifiziert werden.

2. Methoden

Untersucht werden sollten Effektivität, Sicherheit und Verträglichkeit von Sildenafil bei Frauen mit sexuellen Funktionsstörungen. Weiterhin wurden die Effektivität verschiedener Dosierungen, pharmakokinetische Variablen und die Validität eines neuen Instruments zur Erfassung sexueller Funktionsstörungen überprüft.

Ein- bzw. Ausschlusskriterien

Insgesamt sollten 536 Patientinnen randomisiert in die Doppelblindstudie aufgenommen werden. Eingeschlossen wurden Frauen, die zwischen 18 und 55 Jahre alt waren. Ein-

schlußdiagnosen (DSM-IV) waren: Dyspareunie infolge von Lubrikationsstörungen, sexuelle Erregungsstörungen, Lustlosigkeit oder Orgasmusstörung, wenn diese mit einer sexuellen Erregungsstörung assoziiert waren. Die Symptome mußten mindestens sechs Monate vor Einschluß persistent vorhanden gewesen sein und die betroffenen Frauen sollten sich in einer heterosexuellen Beziehung befinden. Ausschlusskriterien waren u.a. eine begleitende Psychotherapie zur Medikation, postmenopausale Frauen, Frauen mit einer Retinitis pigmentosa, Frauen, die im letzten Halbjahr vor Einschluß einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall erlitten haben oder die Nitrat- bzw. Nitritpräparate zu sich nahmen.

Studienmedikation

Nach Diagnose- und Indikationsstellung sowie einem medizinischen Screening erfolgte initial eine vierwöchige medikamentenfreie Phase zur Erhebung von Sexualitätsmerkmalen. Danach erhielten die Frauen über den Zeitraum von zwölf Wochen ein Medikament, wobei doppelblind und je nach Randomisierung Placebo, 10, 50 oder 100 mg Sildenafil ausgehändigt wurde. Den Teilnehmerinnen wurde empfohlen das Medikament eine Stunde vor dem Geschlechtsverkehr einzunehmen. Sie sollten innerhalb eines Monats nicht mehr als eine Dosis pro Tag einnehmen. Die Studienteilnehmerinnen wurden monatlich ärztlich gesehen und untersucht. Zu diesen Zeitpunkten wurde die Medikation für einen Monat ausgehändigt.

Untersuchungsinstrumente

Neben körperlichen, gynäkologischen und laborchemischen Untersuchungen, sollten die Frauen zur Medikation begleitend ein vorgefertigtes Tagebuch führen, in welchem sie das Datum und die Uhrzeit der Medikamenteneinnahme eintragen, sowie Angaben über den ausgeübten Geschlechtsverkehr machen sollten. Zu den Untersuchungszeitpunkten (screening, baseline, 4, 8 und 12 Wochen) füllten die Teilnehmerinnen Fragebögen aus, die Informationen zum medikamentösen Effekt auf die Sexualität (Sexual Function Questionnaire), Angaben zur Lebensqualität (Fugl-Meyer Life Satisfaction Checklist), Angst und Depression (Hospital Anxiety and Depression Scale) zu eruieren versuchten. Partnerfragebögen waren optional und enthielten u.a. ebenfalls Fragen zur Zufriedenheit mit der Sexualität. Zum Ende der Studie sollten die Patientinnen noch eine globale Einschätzung der Wirksamkeit des Medikaments geben. Sicherheit und Verträglichkeit sollte anhand der Meldung von Nebenwirkungen, laborchemischer Analysen und medikationsbedingter Studienabbrüche überprüft werden.

Studienteilnehmerinnen

Insgesamt stellten sich im Rahmen der regulären Erstsprechstunden unserer Klinik acht Patientinnen vor, die die erforderlichen Einschlusskriterien erfüllten und an der Studie teilnehmen wollten. Einer der acht Frauen rieten wir, wegen einer ausgesprochen komplizierten Partnerschaftssituation von der Studie ab und vermittelten sie in eine Paartherapie. Eine andere Frau entschloß sich vor dem Screeningtermin gegen eine Studienteilnahme. Eine weitere wurde nach dem Screening, aber vor Medikamenteneinnahme ausgeschlossen, da sie in der Zwischenzeit eine Menorrhagie entwickelt hatte. Letztendlich haben fünf Teilnehmerinnen die Studie begonnen. Von diesen fünf Frauen brach eine

ohne Begründung nach dem dritten Besuch ab. Im Vordergrund standen bei allen Frauen Orgasmus- und sexuelle Erregungsstörungen.

Da keine der von uns untersuchten Patientinnen mit der Medikation zufrieden war, soll nach Auflösung des Doppelblindsettings nochmal im Einzelnen den Effekten der Behandlung nachgegangen werden.

3. Ergebnisse

Studienteilnehmerin A: Frau A war zum Zeitpunkt der Studiendurchführung 27 Jahre alt, berufstätig und seit zwei Jahren in einer festen Partnerschaft. Sie berichtete über Orgasmus- und Erregungsstörungen sowie sexuelle Lustlosigkeit. Die Orgasmus- und Erregungsstörungen seien seit Beginn ihrer sexuellen Aktivität (mit ca. 20 Jahren) anhaltend auch in früheren Beziehungen vorhanden gewesen. Wegen dieser Problematik sei sie zuvor ein Jahr in einer tiefenpsychologisch fundierten psychotherapeutischen Behandlung gewesen, die aber nicht zum gewünschten Erfolg geführt habe. Nun sei sie der Überzeugung, daß nur das Medikament ihr weiterhelfen könne. Sie habe Angst, daß ihre Beziehung wegen ihrer sexuellen Schwierigkeiten in Mitleidenschaft gezogen werde. Ihr Freund wüßte nicht, daß sie an dieser Studie teilnähme. Sie war zur Studienteilnahme sehr motiviert, zu einer Paartherapie war sie zu diesem Zeitpunkt nicht bereit.

Frau A hatte bis auf ein fokales Anfallsleiden, das mit einem Antiepileptikum behandelt wurde, keine Vorerkrankungen. Die Untersuchungen zum Screeningzeitpunkt waren ausnahmslos ohne pathologischen Befund.

Nach Aushändigung der Medikation (wie sich am Ende der Studie herausstellte 100 mg Sildenafilcitrat/Einnahmedosis), nahm Frau A im ersten Monat die Hälfte, der ihr mitgegebenen Medikamentenpackung. Sie hatte mit ihrem Partner etwa ein- bis zweimal die Woche Geschlechtsverkehr, war stark motiviert und nahm daher häufiger die Medikamente. Vier Wochen nach der Einnahme von Sildenafilcitrat berichtete Frau A, daß sie keinerlei Effekte auf ihre Sexualität bemerkt habe. Trotzdem blieb sie weiter motiviert, Sildenafilcitrat auszuprobieren. In der achten Woche nach Einnahme hatte Frau A ein Drittel der ihr mitgegebenen Medikation eingenommen. Sie wirkte sichtlich frustriert, weil sie keine Veränderung ihres Sexuallebens beobachten konnte. Sie berichtete von den bekannten Nebenwirkungen wie Schwindel, Kopfschmerzen und Lichtempfindlichkeit. Ihr Blutdruck war, im Vergleich zum Ausgangswert, leicht erniedrigt. Wegen dieser Nebenwirkungen war Frau A sicher, kein Placebo einzunehmen, was ihre Frustration noch verstärkte. Nun begann sie zu erzählen, daß sie mit ihrem Freund über ihre sexuelle Problematik nicht sprechen könne. Er habe den Eindruck, daß ihr gemeinsames Sexualleben in Ordnung sei, da sie ihm ihre Unzufriedenheit nicht mitteile. Sie selbst vermute, daß ihre rigide und strenge elterliche Erziehung zu ihrer sexuellen Problematik beigetragen habe. In den Vorgesprächen hatte sie eher verschlossen gewirkt und nur knappe Antworten gegeben. Auch nach weiterer Medikamenteneinnahme kam es zu keinem positiven Effekt auf die Sexualität. Die einzige Veränderung zu diesem Zeitpunkt war, daß Frau A von einer starken Lubrikation berichtete, die sie eher als unangenehm empfand. Die Koitusfrequenz lag während der Studienteilnahme relativ konstant bei 1 – 2 mal wöchentlich.

Frau A hielt nach Abschluß der Studie den Kontakt zu der Spezialambulanz aufrecht und konnte in eine Psychotherapie vermittelt werden. Zu einer Paartherapie zeigte sich die

Patientin, die auch die Studienteilnahme ihrem Freund verschwiegen hatte, weiterhin nicht bereit.

Studienteilnehmerin B: Frau B war zum damaligen Zeitpunkt 26 Jahre alt, Studentin und seit drei Jahren in einer festen Partnerschaft. Sie klagte über Orgasmusstörungen, sexuelle Erregungsstörungen (seit Beginn ihrer sexuellen Aktivität mit 18 Jahren) und eine in letzter Zeit bestehende sexuelle Lustlosigkeit. Da sie sich in ihrer letzten Beziehung als „frigide“ erlebt habe, sei sie in eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gegangen, die sie jedoch nur belastet habe, weil ihr in dieser Therapie der Gedanke gekommen sei, daß ihr der Vater in der Kindheit sexuell zu nahe gekommen sein könnte. Danach habe sie ständig darüber nachdenken müssen, ob ein sexueller Mißbrauch durch den Vater stattgefunden habe oder nicht, ob eine Umarmung seinerseits schon zuviel gewesen sei. Frau B wirkte zu Studienbeginn ambivalent, äußerte Bedenken, ob ein Medikament ihre sexuelle Problematik positiv verändern könne. Sie entschied sich dennoch, um einem neuerlichen Psychotherapieversuch, zu dem sie nicht motivierbar schien, aus dem Weg zu gehen.

Frau B hatte keinerlei Vorerkrankungen. Über den Studienzeitraum bekam sie Sildenafilcitrat (Viagra®) in einer Dosierung von 10 mg. Durchschnittlich nahm sie das Präparat etwa zweimal die Woche ein und hatte über den Studienzeitraum relativ konstant etwa einmal wöchentlich Geschlechtsverkehr mit ihrem Freund. Während der folgenden Untersuchungstermine berichtete sie, keine Veränderungen in ihrer Sexualität bemerkt zu haben. Nebenwirkungen ließen sich, bis auf einen leicht erniedrigten Blutdruck, über den gesamten Zeitraum der Behandlung nicht erheben. Frau B war der Meinung, ein Placebopräparat einzunehmen, nahm aber weiterhin an der Studie teil. In der achten Woche nach Medikationsbeginn, berichtete sie, daß sie sich räumlich von ihrem Freund getrennt habe, da sie mehr Zeit für sich allein brauche. Am schwierigsten fand sie, daß ihr Freund häufig über ihre sexuelle Problematik sprechen wollte, sie sich aber von ihm in dem Punkt unverstanden fühlte und ihn als fordernd erlebte. Nach der räumlichen Trennung fühlte sich Frau B in ihrer Beziehung wohler, da sie nun den Rahmen der Verabredungen mit ihrem Freund selbst gestalten konnte. An der sexuellen Problematik änderte sich nichts. Auch Frau B hielt nach der Studie den Kontakt zur Spezialambulanz aufrecht. Mit ihr wurde eine weitere psychotherapeutische Intervention erörtert, bei der es um die Bearbeitung der nun erneut in den Vordergrund getretenen, fraglichen Mißbrauchserlebnisse gehen würde. Schließlich konnte ihr eine weibliche Therapeutin vermittelt werden.

Studienteilnehmerin C: Frau C war zu Beginn der Studie 44 Jahre alt und seit 27 Jahren verheiratet. Sie arbeitete mit ihrem Ehemann in dem gemeinsamen Betrieb und hatte zwei erwachsene Kinder, wobei das jüngste gerade das Haus verlassen hatte. Sie berichtete über seit etwa sieben Jahren bestehende Orgasmus- und sexuelle Erregungsstörungen. Zusätzlich habe sie in den letzten Jahren eine sexuelle Lustlosigkeit bemerkt. Sie selbst habe lange Zeit geglaubt, daß das mit ihrer Überarbeitung und daraus resultierendem Streß zusammenhänge. Jetzt, da ihr letztes Kind das Haus verlassen habe und sie und ihr Ehemann mit der Arbeit kürzer treten wollten, habe sie beschlossen, etwas gegen ihre sexuelle Probleme zu unternehmen. Sie betonte, daß es ihr dabei ausschließlich um sich selbst gehe. Frau C wirkte bezüglich der Studie motiviert und war darüber enttäuscht, daß sie erst nach einer Untersuchungsphase das Präparat ausgehändigt bekam.

Außer einer einseitigen Nephrektomie bei vorbestehender Schrumpfniere in der Anamnese, gab es keine somatischen Auffälligkeiten. Frau C bekam 50 mg Sildenafilcitrat (Viagra®). In der vierten Woche nach Einnahme des Präparats (sie nahm ein Drittel der ausgehändigten Menge), erkundigte sich Frau C, ob das Medikament eine Droge sei. Sie habe sich nach Einnahme so gut gefühlt, wie lange nicht mehr. Sie habe noch nie Drogen eingenommen, stelle sich aber deren Wirkung ähnlich vor. Sie habe sich wie „im siebten Himmel“ gefühlt, der Geschlechtsverkehr sei befriedigend gewesen und sie habe danach tief und fest geschlafen, was sonst eher ein Problem gewesen sei. Während der Untersuchungssituation wirkte Frau C etwas gereizt. Sie beschwerte sich über den langen Fahrweg und nach längerer Unterhaltung erzählte sie, daß sie von ihrem Ehemann „genervt“ sei, da er ihr wie ein „läufiger Hund“ den ganzen Tag hinterherrenne und sie zum Geschlechtsverkehr überreden wolle. Neuerlich auf ihren Lebenskontext angesprochen, konnte sie äußern, daß sie den Auszug der Tochter aus der gemeinsamen Wohnung nicht verkraftete. Sie hätte sich gewünscht, daß die Tochter bleibe, der Auszug sei zu plötzlich gekommen, sie habe sich darauf nicht richtig vorbereiten können. Trotz eines verabredeten Termins, erschien Frau C nicht zum vierten Besuch und sagte diesen auch nicht ab. Bei der telefonischen Nachfrage gab sie zunächst einen Bandscheibenvorfall für ihr Ausbleiben an, fügte aber dann hinzu, ihr Ehemann sei gegen eine weitere Teilnahme an der Studie. Es folgten mehrere Versuche Frau C telefonisch zu erreichen, um eine Abschlußuntersuchung durchzuführen, die jedoch erfolglos blieben.

Es bleibt offen, ob die Zunahme der sexuellen Ansprechbarkeit nur kurzfristig anhielt und überhaupt medikamentös verursacht war. Möglicherweise bemerkte das Paar durch die eingetretene Veränderung einen ursächlichen Paarkonflikt, der nun bedrohlich wirkte.

Studienteilnehmerin D: Frau D stammte aus dem Mittelmeerraum, war zum damaligen Zeitpunkt 31 Jahre alt, berufstätig, seit drei Jahren in zweiter Ehe verheiratet und Mutter zweier Kinder (14 und 2 Jahre alt). Sie kam in Begleitung ihres Ehemannes und berichtete über Orgasmus- und Erregungsstörungen sowie eine ausgeprägte sexuelle Lustlosigkeit. Die Symptomatik hatte vor einem Jahr begonnen und hielt seitdem an. Sie selbst meinte, daß die Unlust nach der Geburt der Tochter aufgetreten sei und möglicherweise damit zusammenhänge.

Während des medizinischen Screenings bestanden Frau D und ihr Ehemann auf ein gemeinsames Gespräch mit der Studiendärztin. Obwohl dies im Rahmen der Studie nicht vorgesehen war, setzten sich beide durch. In dem Gespräch wirkte Frau D etwas ambivalent, so daß ihr eine Bedenkzeit angeraten wurde. Trotzdem drängte sie darauf, an der Studie teilzunehmen, so daß die Routineuntersuchungen durchgeführt wurden.

Frau D hatte in der Anamnese abgesehen von einer Hepatitis A in der Kindheit keinerlei Vorerkrankungen. Alle weiteren Untersuchungen zeigten außer einer leichten Anämie einen Normalbefund. Frau D war auf ein Placebopräparat eingestellt worden. Sie hatte über den Studienzeitraum etwa drei- bis viermal monatlich Geschlechtsverkehr mit ihrem Ehemann. Nach der vierten Einnahmewoche, hatte Frau D fünf Dosen der Monatsspackung eingenommen. Sie erzählte, daß sie keine Veränderungen in ihrem Sexualleben bemerkt habe. Auch Nebenwirkungen ließen sich nicht feststellen. Frau D kam inzwischen allein zu den Untersuchungsterminen. Beim nächsten Besuch (acht Wochen nach Medikamenteinnahme) hatte Frau D einmalig eine Dosis eingenommen. Sie wirkte auch bei diesem Besuch ambivalent. Daneben machte sie einen gestreßten und depressiv ver-

stimmten Eindruck. Auf diese Vermutung angesprochen erzählte sie, daß es zuhause Schwierigkeiten gäbe. Sie wohne mit ihrer Familie und ihrer Schwester in einer sehr kleinen Wohnung und habe dort keinerlei Privatsphäre oder Rückzugsmöglichkeit. Die Beziehung zu ihrem Mann sei in Ordnung, es gäbe zwischen ihnen keine Schwierigkeiten. Die Studie wolle sie fortführen, obwohl sie keinen Effekt auf ihre Sexualität feststellen könne. Nach der zwölften Woche kam sie mit ihrer zweijährigen Tochter zum Untersuchungstermin. Sie hatte im letzten Monat zweimal die Dosis eingenommen und keine Veränderungen bemerkt. Sie gab zu verstehen, daß sie es eilig habe, und wirkte ausweichend. Zum Nachuntersuchungszeitpunkt berichtete Frau D, sie habe das Medikament „nicht gerne schlucken wollen“, zumal sich in der Zeit der Einnahme nichts verändert habe. Das Angebot einer Psychotherapie lehnte sie gereizt ab und drängte darauf, die Abschlußuntersuchungen möglichst schnell durchzuführen, um gehen zu können. Während der körperlichen Untersuchung meinte Frau D, ihr Mann habe die sexuellen Schwierigkeiten, nicht sie. Sie betonte, daß sie in ihrer früheren Ehe keine sexuellen Beschwerden gehabt habe. Seit sie mit ihrem zweiten Ehemann zusammen sei, könne sie den Geschlechtsverkehr überhaupt nicht genießen. Er arbeite im Schichtdienst, würde nur einmal die Wochen mit ihr sexuell verkehren und zwar dann, wenn „ihm danach sei“. Es gäbe kein Vorspiel, er habe nach 1-2 Minuten seinen Höhepunkt erreicht und wende sich danach von ihr ab. Trotzdem behaupte er, daß sie diejenige sei, die sexuelle Probleme habe und etwas dagegen unternehmen solle. Dies sei auch der Grund, weswegen ihr Ehemann sie gedrängt habe, an der Studie teilzunehmen. Dagegen habe sie sich nicht wehren können und deshalb auch nichts davon berichtet. Ein Paargespräch mit dem Ehemann oder weitere Gespräche in der Abteilung für Sexualforschung wollte sie nicht annehmen.

Studienteilnehmerin E: Frau E war damals 28 Jahre alt, berufstätig und seit vier Jahren in einer festen Partnerschaft. Sie berichtete über seit drei Jahren bestehende Orgasmusstörungen und sexuelle Lustlosigkeit. Weiterhin habe sie aufgrund einer manchmal unzureichenden Lubrikation Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Bisher habe sie nur mit ihrem Gynäkologen darüber gesprochen und wolle nun das „neue Medikament“ ausprobieren, da sie gehört habe, daß es bei männlichen erektilen Dysfunktionen gut geholfen habe. Frau E arbeitete als Krankenschwester und interessierte sich für den Wirkmechanismus des Präparates. In der Anamnese waren keine Vorerkrankungen, Operationen oder Medikamenteneinnahmen zu erheben. Frau E berichtete von starken Menstruationsbeschwerden – Schmerzen und gelegentlich auftretende Krämpfe. Diese Beschwerden hätten sich verstärkt, seit sie vor einem Jahr die oralen Kontrazeptiva abgesetzt habe. Die gynäkologische Untersuchung ergab einen Normalbefund.

Frau E nahm während des Studienzeitraums ein Placebopräparat. Sie hatte mit ihrem Partner relativ konstant einmal wöchentlich Geschlechtsverkehr. Sie nahm kontinuierlich vier Dosen pro Monat ein. Sie berichtete über keinerlei Nebenwirkungen. Einen Effekt auf ihre Sexualität habe sie nicht bemerkt, weswegen sie auch der Überzeugung war, ein Placebo einzunehmen. Der sexuelle Kontakt zu ihrem Freund würde in der letzten Zeit mehr Spaß bringen, jedoch führe sie dies darauf zurück, daß ihre Beziehung momentan harmonischer und konfliktfreier sei. Hingegen habe ihr Partner den Eindruck, daß sie seit Studienbeginn sexuell lustvoller sei. Er meine, daß ihre Lubrikation während des Geschlechtsverkehrs stark zugenommen habe. Diese Beobachtung könne sie nicht bestätigen, aber insgesamt freue sie sich über einen entspannteren sexuellen Verkehr.

Frau E wirkte während des Studienzeitraums fröhlich, witzelte gern und war daran interessiert, wie es den anderen Studienteilnehmerinnen mit dem Medikament gehe. Sie unterhielt sich gern über medizinische Dinge und fragte viel nach. Zum Studienabschluß zog sie das Restümee, daß sich ihre Sexualität durch die Einnahme des Präparates nicht verändert habe, aber ihre Beziehung unabhängig von der Studienteilnahme entspannter geworden sei. Frau E nahm das Angebot einer Paar- bzw. Psychotherapie nicht an, sie sei ein pragmatischer Mensch und könne solch einer Maßnahme nicht viel abgewinnen. Nach einem Jahr meldete sich Frau E erneut – inzwischen hatte der Gynäkologe eine Endometriose bei ihr festgestellt – um zu erfahren, ob sie Sildenafilcitrat oder ein Placebo eingenommen hatte. Die Vorstellung, daß die Einnahme von Sildenafilcitrat die Endometriose beeinflußt oder verursacht haben könnte, habe sie beunruhigt.

4. Diskussion

Nach den ersten positiven Berichten über die Wirkung von Sildenafilcitrat bei der erektilen Dysfunktion des Mannes und kontroversen Beurteilungen dieses Erfolges in den Medien, durfte man in jeder Hinsicht auf die Ergebnisse der Anwendungsbeobachtung von Viagra® bei weiblichen sexuellen Funktionsstörungen gespannt sein.

Im Interview mit G. Schmidt, äußerte R. Rosen (1998) die Meinung, Sildenafilcitrat könne bei Frauen die Lubrikation und sexuelle Empfindungen fördern. Im weiteren glaube er, daß in den nächsten zwei bis drei Jahren die Pharmakologie der sexuellen Funktionsstörungen der Frauen vermutlich einen Quantensprung machen werde. Dies bleibt abzuwarten.

Die oben beschriebenen fünf Fällen sind sicherlich nicht repräsentativ. Sie stellen auch eine Selektion dar, da Patientinnen, die eindeutig Psychotherapie im Sinne einer Paartherapie bevorzugten, sich nicht für die Studie entschieden haben. Es bietet sich jedoch die Möglichkeit, zu demonstrieren, wie vielfältig weibliches Begehren und physiologische Erregung beeinflußt werden und wie wenig die Förderung der Lubrikation im Einzelnen dabei bewirkt. Insgesamt haben nur wenige Frauen der Spezialambulanz für sexuelle Störungen überhaupt Interesse an der Multicenterstudie gezeigt. Männer scheint der reduktionistische Ansatz, Sexualität auf Erektion und Ejakulation zu beschränken, weniger zu stören. Frauen können wohl im Gegensatz dazu mit einer Fokussierung auf Lubrikation und Orgasmus wenig anfangen (vgl. auch Basson 2000).

Am schwierigsten erschien für die Frauen die Einnahme des Präparates eine Stunde vor dem Geschlechtsverkehr, den sie damit initiieren und planen mußten, was sie in eine ungewohnt aktivere Rolle drängte. Sie gerieten in eine „Streßsituation“, die einen entspannten Geschlechtsverkehr erschwerte. Dafür könnte auch die relativ konstant niedrig gebliebene Koitusfrequenz während des Studienzeitraums sprechen.

Interessanterweise wurde der vorgesehene Partnerfragebogen von keinem der Männer ausgefüllt. Ein Grund könnte sein, daß die Frauen dies nicht wollten – im Fall von Frau A wußte der Partner nicht, daß sie an der Studie teilnahm – in anderen Fällen wollten die Partner von sich aus den Fragebogen nicht ausfüllen. Vielleicht war ihnen die Rolle des Beurteilers der Sexualität ihrer Frauen unbehaglich.

Bei einigen Frauen (Studienteilnehmerinnen B, C, D) war aus unterschiedlichen Gründen eine spürbare Ambivalenz vorhanden. B wollte einerseits durch eine Medikamenteneinnahme ihre Sexualität verbessern, andererseits zweifelte sie daran, daß eine derartige In-

tervention ihr sexuelles Problem wirklich lösen könnte. Dies manifestierte sich auch in der reduzierten Medikamenteneinnahme. C hob hervor, daß die Studienteilnahme allein ihre Entscheidung gewesen sei und äußerte als einzige Studienteilnehmerin einen positiven Medikamenteneffekt im Sinne eines „Glücksgefühls“, andererseits beklagte sie sich über ihren Ehemann, der sie sexuelle bedrängte. Der abrupte Abbruch macht deutlich, daß die „funktionierende Sexualität“ der Frau ein neues „Ungleichgewicht“ in der Partnerschaft bewirkt haben muß, das beide nicht erwartet hatten. Bei D blieb die Ambivalenz über den gesamten Studienzeitraum. Sie beruhte darauf, daß sie sich „behandeln lassen“ mußte, während ihr Ehemann seine vermutlich vorhandene Ejaculatio praecox leugnete und die daraus entstehenden sexuellen Schwierigkeiten in der Partnerschaft zu einer sexuellen Funktionsstörung seiner Frau umdefinierte. Bei der Kasuistik von Frau D wird deutlich, wie sehr der Druck des Partners die Medikamenteneinnahme der Frau beeinflusste. Frau D hat wahrscheinlich sogar Symptome vorgetäuscht, um an der Studie teilnehmen zu können. In diesem Fall stellt sich besonders die Frage, ob eine partnertherapeutische Haltung der Untersucher von Anfang an zu einer besseren Motivation geführt hätte, ob man sich nicht vielleicht mit dem Umweg der medikamentösen Behandlung anderen Möglichkeiten sogar versperrt hat.

Andererseits war bei den Studienteilnehmerinnen A, B, D – insbesondere jedoch bei Frau A – ab der Mitte des Studienverlaufs eine gewisse Frustration eingetreten, die das ärztliche Gespräch in den Vordergrund treten ließ. Zur Sprache kamen persönliche Probleme und Beziehungskonflikte. Dieser Zeitpunkt korrelierte auch mit einer reduzierten Medikamenteneinnahme.

Studienteilnehmerin A und B – die jüngsten von den fünf Frauen – konnten, trotz eines psychotherapeutischen Versuches im Vorfeld der Studienteilnahme, zu einer erneuten Psychotherapie motiviert werden, zeigten allerdings keine Bereitschaft zu einer Paartherapie.

Bei der Betrachtung unseres Klientels entsteht insgesamt der Eindruck, daß Sildenafilcitrat (Viagra®) bei der Behandlung der weiblichen sexuellen Funktionsstörungen, im Gegensatz zu der Behandlung der männlichen erektilen Dysfunktion, kaum Erfolg verspricht. Dies mag einerseits daran liegen, daß der Wirkmechanismus von Sildenafilcitrat (Viagra®) in der glatten Muskulatur des Corpus cavernosum doch nicht ohne weiteres mit der Wirkung auf die glatte Muskulatur des perivaginalen Venenplexus verglichen werden kann. Darüber hinaus scheint auch in Zukunft die weibliche sexuelle Funktionsstörung von den Betroffenen viel komplexer und weniger mechanistisch gesehen zu werden als die erektile Dysfunktion von Männern. Während beim Mann das Empfinden einer Erektion Lustgefühl und einen Antrieb zum Handeln erzeugt, scheint dies für die Empfindung der Lubrikation bei der Frau nicht zuzutreffen.

Durch das vorgegebene Studiendesign war es nur sehr begrenzt möglich, den komplexen Entstehungsbedingungen weiblicher sexueller Dysfunktionen gerecht zu werden. Zwar sind in den Ausschlusskriterien viele Punkte benannt, die sich nur durch eine ausführliche Sexualanamnese erfassen lassen, dennoch ist eine Erhebung ohne Einbeziehung des jeweiligen Partners nur bedingt aussagekräftig. In den Ausschlusskriterien sind u.a. sexuelle Dysfunktionen der Partner und Partnerschaftskonflikte (die nicht direkt in Beziehung zur weiblichen sexuellen Dysfunktion stehen) benannt. Daß sich derartige Konstellationen oft erst im Laufe längerdauernder Therapien oder (wie bei Frau D) im Laufe der Studie herausstellen – wenn der Partner nicht miteinbezogen wird – haben wir oben deutlich ge-

macht. Sehen wir eine – nicht somatisch bedingte – sexuelle Dysfunktion u.a. als Symptom eines zugrundeliegenden Partnerschaftskonfliktes, so ist dieser Konflikt weder für Patientin noch Behandler von Anfang an deutlich. Auch hier erschwert die Abwesenheit des Partners das Erlangen notwendiger Informationen. Somit können die Ergebnisse nur eine sehr eingeschränkte Interpretation zulassen. Insgesamt werden es Medikamente wohl bei Frauen viel schwerer haben, sich so deutlich zu bewähren wie Sildenafilcitrat am Anfang seines Erfolges bei Männern.

Literatur

- Basson, R. (2000): The female sexual response: a different model. *J Sex & Marital Ther* 26: 51 – 65.
- Basson, R.; Mc Innes, R.; Smith, M.D.; Hodgson, G.; Koppiker, N. (2000): Efficacy and safety of Viagra® in estrogenized women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder (FSAD). Abstract presented at 48th ACOG Annual Clinical Meeting in San Francisco (23. Mai), CA.
- Burnett, A.L. (1995): The role of nitric oxide in the physiology of erection. *Biol reprod* 2: 485 – 489.
- Chai, T.C.; Wong, I.; Berman, J.R. (2000): Pilot study of effectiveness of Viagra® for treatment of female sexual dysfunction: Physiologic predictor for success. Presented at AUA 2000 Annual Meeting (29. März. – 4. Mai), Atlanta.
- Goldstein, I.; Lue, T.F.; Padma-Nathan, H.; Rosen, R.C.; Steers, W.D.; Wicker, P.A. (1998): Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. *N Engl J Med* 338: 1397 – 1404.
- Pfizer GmbH Produktmonographie (1998): Viagra®.
- Rosen R (1998): Über Viagra. *Zeitschrift für Sexuallforschung* 11: 271 – 280.

Anschrift der Autoren

Dr. med. E. Nika, Dr. med. P. Briken, Zentrum für psychosoziale Medizin, Abt. f. Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg