

striche einen hohen Karyopyknoseindex auf, der als Zeichen einer ausgeprägten Östrogeneinwirkung auf das Epithel gilt, während andere Ausstriche eine derartige Östrogeneinwirkung ganz vermissen ließen. Der Vortragende führt diese uneinheitliche Verhaltensweise des Vaginalepithel während der Einnahme von Ovulationshemmern auf die verschiedenen hormonellen Ausgangslagen der behandelten Patientinnen zurück. — Besonders beeindruckend waren 2 Abstriche zweier Patientinnen, bei denen im Abstrich von der seitlichen Scheidenwand überraschend ein menopausenähnliches Ausstrichbild, nämlich Grad 2 nach der Schmittschen Einteilung, auftrat. — Das Alter dieser Patientinnen betrug 34 bzw. 38 Jahre und die Dauer der Medikation 16 bzw. 38 Hemmzyklen. Bei den verwendeten Präparaten handelte es sich um Eugynon und um Etalontin. Merkwürdigerweise ergab die ein halbes Jahr nach dem Auftreten dieses abnormen Funktionsbildes durchgeführte Kontrolle des Ausstriches unter Fortführung der Hormonmedikation in beiden Fällen dann wieder eine normale Proliferation des Plattenepithel. — Boquoi wie auch Mehring haben bei insgesamt 3 Frauen nach kurzer Behandlung mit Ovulationshemmern ebenfalls einen menopauseähnlichen, atrophischen Vaginalabstrich sowie zunehmend verringerte Entzugsblutungen festgestellt. Nach sofortigem Abbruch der Hormonbehandlung hatte sich das funktionszytologische Ausstrichbild schon nach der ersten Regelblutung wieder normalisiert. — Was hat nun zu dem Auftreten des atrophischen Abstrichbildes geführt, wenn doch — wie Untersuchungen an Kastratinnen gezeigt haben — die in den Ovulationshemmern enthaltene Wirkdosis ausreichend ist, eine Proliferation des Vaginalepithel zumindest bis zur Intermediärzellschicht zu bewirken? Bei der Diskussion dieser Frage sind die Untersuchungen von Dallenbach-Hellweg am Endometrium nach längerer Einnahme von Ovulationshemmern interessant. Sie beobachtete nämlich bei einzelnen Frauen nach längerer Ovulationshemmereinnahme ein atrophisches Endometrium, welches schließlich so irreversibel verändert war, daß selbst massive Hormondosen keine Reaktion des Endometrium mehr auszulösen vermochten. Diese irreversible hormonell künstlich erzeugte Atrophie führt sie auf eine Zerstörung der in den Genomen verankerten spezifischen Rezeptoren der Östrogenwirkung durch die langfristige unphysiologische Zufuhr synthetischer Hormone zurück. Es erscheint denkbar, daß unter der Einnahme von Ovulationshemmern auftretende atrophische Vaginalzellbilder auf die Gefahr der Entwicklung einer — später eventuell sogar irreversiblen — Endometriumatrophie hinweisen, wenngleich sich auch bei den beiden im vorigen geschilderten Patientinnen das zytologische Funktionsbild ohne Unterbrechung der ovulationshemmenden Medikation zumindest zunächst wieder normalisierte. — Daher sollte insbesondere auch das Funktionszellbild bei Frauen unter der Einnahme von Ovulationshemmern in stärkerem Maße als bisher beobachtet werden. Es erscheint angebracht, bei eventuell auftretenden atrophischen Veränderungen des Vaginalzellbildes die ovulationshemmende Medikation zu unterbrechen. Gegebenenfalls — z. B. bei außerdem zunehmend verringerten Entzugsblutungen — sollte dann auch durch eine Probeabrasio der Funktionszustand des Endometrium kontrolliert werden.

**Laengner (Berlin): Bewertung der einzelnen Nebenerscheinungen unter der Therapie mit hormonalen Ovulationshemmern.** (Referat lag bei Redaktionsschluß nicht vor.)

#### Referat

**Molinski (Düsseldorf): Psychologische Auswirkungen der Ovulationshemmereinnahme.** Hinsichtlich kontrazeptiver Maßnahmen läßt sich der psychisch Gesunde von der Vernunft leiten und nimmt im wesentlichen eine realitätsgerechte Haltung ein. Der psychisch Gestörte aber hat infolge seiner Kindheitsentwicklung Verformungen der sogenannten prägenitalen Erlebensanteile erlitten. Diese Verformungen

des Erlebens bedingen, daß kontrazeptive Methode oder aber Kontrazeption an sich für die betreffende Person eine unrealistische Bedeutung annehmen; und wegen dieser unrealistischen Bedeutung führt die betreffende kontrazeptive Maßnahme zu Schuldgefühlen, Ängsten und Befürchtungen. — Um zu zeigen, daß das keineswegs lediglich für die Ovulationshemmer (OH) gilt, werden einige neurotisch determinierte Einstellungen zu einigen konventionellen kontrazeptiven Methoden erörtert — ein Thema, das merkwürdigerweise kaum Untersucher gefunden hat. Hinsichtlich der OH wird ausgeführt, daß bestimmte realistische Faktoren die Akzeptabilität günstig und daß andere realistische Faktoren die Akzeptabilität ungünstig beeinflussen können. Ferner wurde an Beispielen ausgeführt, daß auch realistische Faktoren psychologischer Art die Akzeptabilität der OH beeinträchtigen können. Bei der neurotisch determinierten Einstellung den OH gegenüber werden 9 Gruppen von Befürchtungen und Konflikten beschrieben, die für typisch strukturierte Frauen spezifisch sind sowie 6 Gruppen von Befürchtungen und Konflikten, die für typisch strukturierte Männer spezifisch sind. Es wird ausgeführt, daß die für Frauen typischen Befürchtungen und Konflikte den OH gegenüber in einem Zusammenhang mit den unterschiedlichen Auffassungen stehen, welche die Frauen von ihrer eigenen Weiblichkeit haben können. Beobachtungen ganz anderer Art hatten zu der Einsicht geführt, daß unterschiedliche psychogene Störungen von Schwangerschaft und Geburt eine Beziehung zu unterschiedlichen Bildern der eigenen Weiblichkeit haben. Über die angedeuteten Ängste und Befürchtungen hinaus wird an einigen Beispielen auch auf den Zusammenhang zwischen dem Erleben der Menstruationsblutung und der Einstellung den OH gegenüber eingegangen; wobei neben anderen Einzelheiten auch die psychologische Situation junger Mädchen beschrieben wird, welche die Pause zwischen den Zyklen nicht einhalten, um das Erleben einer monatlichen Blutung auszuschalten. Auch wird auf den Zusammenhang zwischen den OH und dem Problem der Gleichberechtigung hingewiesen. — Hinsichtlich der Nebenwirkungen der OH sollte unterschieden werden zwischen 1. den auf einer pharmakologischen Wirkung beruhenden körperlichen Symptomen, 2. den psychischen und nervösen Symptomen wie etwa Angaben über verändertes Erleben und Befinden und 3. der bloßen Angst vor Nebenwirkungen, die von vielen Patienten und auch von manchen Ärzten mit dem tatsächlichen Vorhandensein von Nebenwirkungen gleichgesetzt werden. — Darf man aber die Angst und die Schuldgefühle, die sich entweder in nervösen Symptomen oder in der unrealistischen Angst vor Nebenwirkungen äußern, wirklich als Nebenwirkungen der OH auffassen? Nicht die OH an sich sind verantwortlich, sondern die Konfrontation mit den OH ist in der Lage, beim Vorliegen von bestimmten neurotischen Konflikten schon vorher bereitliegende Ängste und Befürchtungen zu mobilisieren. Das heißt aber, nicht jeder Mensch kann quasi beliebig die eine oder die andere der diskutierten Ängste und Befürchtungen entwickeln, sondern nur ganz bestimmte Menschen können und müssen jeweils spezifische Befürchtungen haben. — R. Lidz hat an der Yale University weitgehend solche Ängste und Befürchtungen beobachtet; und zwar sowohl bei den OH als bei der Lippes-Schleife. Das stellt eine gute wechselseitige Bestätigung der Befunde dar. Ein Unterschied besteht freilich darin, daß Lidz ihre so ähnlichen Befunde auf die Haltung der Frau zu Unfruchtbarkeit, Sexualität, Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft bezieht. Dieses Herausstellen der sexuellen und genitalen Funktionen bei Lidz und die Betonung der sogenannten prägenitalen Erlebensanteile stellen aber nichts einander Ausschließendes dar. Es handelt sich lediglich um unterschiedliche Blickwinkel und Bezugspunkte. Freilich sollte beachtet werden, daß Konflikte im Bereich von Sexualität, Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft oft in Konflikten des prägenitalen Erlebens wurzeln. Die Spezifität aber, die Beobachtung, daß bestimmte Methoden der Kontrazeption von einer bestimmten Person gerade so und nicht anders erlebt werden, ist im Bereich des prägenitalen Erlebens zu finden.