

Die seelische Verarbeitung der chirurgischen Kontrazeption bei Mann und Frau

P. Petersen

Die Bezeichnung chirurgische Kontrazeption wird anstelle des Wortes Sterilisation gewählt, da dieser Ausdruck technisch richtiger, psychologisch günstiger und historisch unbelasteter ist. Entgegen Falschinformationen und Vorurteilen ist die chirurgische Kontrazeption im Rahmen der Familienplanung als Dauerkontrazeptivum empfehlenswert, sofern die Partnerschaften vor der Operation sorgfältig beraten und ausgewählt werden. Bedingungen für eine günstige seelische Verarbeitung sind: selbständige, eindeutige und freie Entscheidung; klare Motivation, kein Kind mehr haben zu wollen; Übereinstimmung zwischen den Partnern; weitgehende Freiheit von chronischen Partnerschaftskonflikten und Persönlichkeitsstörungen. Diese Resultate ergeben sich aus der kritischen Sichtung von Reihenkatamnesen der letzten 50 Jahre, vorwiegend im westlichen Ausland.

Mental Acceptance of Surgical Contraception by Man and Wife: The term „surgical contraception“ is chosen instead of the word „sterilization“ because this expression is technically more accurate, psychologically more favorable and historically less tainted. Opposed to false information and prejudice, surgical contraception is commendable in the sphere of family planning as a permanent contraceptive, as long as the partners are carefully advised and selected before the operation. Conditions for a favorable mental acceptance are: independent, unequivocal and free decision, clear motivation, no wish to have any more children, agreement between the partners, and to a great extent, freedom from strife between the partners and from personality disorders. These results are obtained from the critical review of serial catamneses in the last 50 years, mainly from western countries.

Jedes Paar, das sich zur chirurgischen Kontrazeption entschließt, sollte diese Entscheidung in größtmöglicher Freiheit, Selbständigkeit, Selbstverantwortung und Bewußtheit treffen. Dem Paar eine bewußte und selbstverantwortliche Entscheidung zu ermöglichen, muß grundsätzlich das Ziel jeder ärztlichen und psychologischen Beratung sein. Als Psychoanalytiker und Psychotherapeut möchte ich einige sozialpsychologische Bedingungen und innerseelische Motivationen darstellen, deren Kenntnis für den Berater notwendig ist. In der Beratung sollte er natürlich nur so viele Bedingungen und Motivationen als Entscheidungshilfe in die Diskussion mit dem Paar einbringen, wie das die jeweilige Situation des individuellen Paares erforderlich macht, damit es eine selbständige und selbstverantwortliche Entscheidung fällen kann.

Bedeutung der chirurgischen Kontrazeption

Vorausschicken möchte ich kurz einige Bemerkungen zur Benennung und zur allgemeinen Bedeutung der chirurgischen Kontrazeption. Absichtlich habe ich das Wort chirurgische Kontrazeption in Anlehnung an die amerikanischen Forscher *Rodgers u. Ziegler* als Kontrapunkt gegenüber dem gebräuchlichen Wort Sterilisation gewählt. Chirurgische Kontrazeption spiegelt den zukunftsbezogenen aktiven Willensentschluß des Klientenpaares wider, sich als verantwortlich denkende Eltern damit auseinandergesetzt zu haben, wieviele Kinder es sich angesichts seiner individuellen ökonomischen, sozialen und psychischen Möglichkeiten wünscht. Zukunftsbezogen ist dieser Ausdruck deshalb, weil dabei die soziale und seelische Zukunft des Paares und die mögliche Zukunft möglicher Kinder in den Blick gerückt wird. Sterilisation dagegen lenkt den Blick auf eine Negation: auf Unfruchtbarkeit, Assoziationen wie „steril sein“, „keimfreie, unlebendige Existenz“ werden geweckt. Sterilisation spiegelt rein auf den Körper bezogenes Denken wieder: der Körper als gewordene, durch die Erbmasse, durch die genetische Vergangenheit festgelegte Existenz – insofern ist Sterilisation vergangenheitsbezogen, vergangenheitsverhaftet – abgesehen davon, daß unsere jüngere Vergangenheit das Wort Sterilisation belastet und auch insofern den Blick für die Zukunft verstellen kann.

Aus einem weiteren Grund bevorzuge ich das Wort chirurgische Kontrazeption: es beschreibt die Operation medizinisch-technisch zutreffender als Sterilisation. Sterilisation verführt von der Wortbedeutung her zu der Annahme, der Klient sei physiologisch steril, schlechthin zeugungsunfähig. Tatsache dagegen ist, daß weiterhin Samenfäden und Eier gebildet werden. Lediglich durch eine mechanische Blockade am Samen- oder Eileiter ist der Transport der Ei- und Samenzellen gezielt unterbrochen. Andere mechanische oder che-

Vortrag, gehalten auf dem 7. Internationalen Kongreß „Medica 75“, Düsseldorf, 19. bis 23. 11. 1975.

Prof. Dr. med. P. Petersen, Leiter der Arbeitsgruppe Psychotherapie der Medizinischen Hochschule, Misburger Str. 35, D-3000 Hannover 61.

mische Blockaden wie Kondom, Portio-Kappe, Intrauterin-Pessare, Vaginalchemikalien und hormonale Kontrazeption verhindern den Transport an anderer Stelle auf andere Weise. Zwar führt die bisherige Operationstechnik bei der chirurgischen Kontrazeption vorerst noch durchschnittlich zu irreversiblen Zuständen. Nach neuesten gynäkologischen Erfahrungen mit dem Hostaform-Clip kann man jedoch auch hier auf reversible Techniken bei der Tubenligatur hoffen. Jedoch scheint mir die bisherige Irreversibilität der chirurgischen Kontrazeption neben den bekannten Nachteilen auch einen wesentlichen Vorteil zu haben: sie bedeutet psychologisch eine viel stärkere Herausforderung. Eine Herausforderung zur bewußten Auseinandersetzung mit Familienplanung und verantworteter Elternschaft, ebenso zur bewußten Differenzierung zwischen Fruchtbarkeitswunsch und Entfaltung intimer, sexueller Partnerschaft. Durch das Wort chirurgische Kontrazeption wird diese Herausforderung und diese bewußte Trennung von Fruchtbarkeitsbedürfnis und partnerschaftlicher Sexualität klarer herausgestellt. Dagegen meint Sterilisation ausschließlich die Negation des Fruchtbarkeitswunsches, wobei der partnerschaftlich-sexuelle Aspekt verleugnet wird.

Die seelische Verarbeitung der Tubenligatur und der Vasektomie hat ziemlich viel damit zu tun, ob der betroffene Mann und die betroffene Frau diese Operation bewußt oder unbewußt als Sterilisation oder als chirurgische Kontrazeption auffaßt, ob das Klientenpaar mehr oder weniger unter erkennbarem oder unterschwelligem Druck und Zwang handeln muß oder ob es frei entscheidet; ob das Paar einseitig *nur* die Verhinderung der Fruchtbarkeit oder *nur* die freiere sexuelle Freude sucht oder ob es die Ambivalenzspannung zwischen beiden bewußt erträgt und auch *mit* dieser Spannung einen bewußten Entschluß faßt; ob das Paar vergangenheitsbezogen ausschließlich auf die eigene, genetisch bestimmte Körperlichkeit als statische Unveränderbarkeit fixiert ist (und z. B. zur Hypochondrie neigt) oder ob das Paar die eigene soziale, psychische und körperliche Zukunft auch als eine dynamisch veränderbare und gestaltbare Größe ins Auge faßt. Je nachdem, ob das Paar in diesem Sinne mehr zur Einstellung der Sterilisation oder der chirurgischen Kontrazeption neigt, wird auch die seelische Verarbeitung günstiger oder ungünstiger sein. Das ergibt sich eindeutig aus dem statistisch abgesicherten Ergebnis zahlreicher Untersuchungen.

Die Notwendigkeit, sich fachkundig mit der chirurgischen Kontrazeption auseinanderzusetzen, wird durch die rapide Verbreitung dieser kontrazeptiven Methode bestimmt. In den USA hatten bis 1970 ca. 10% aller Ehen, in der die Frau jünger als 45 Jahre alt ist, entweder die Tubenligatur oder die Vasektomie als Methode der Familienplanung gewählt – 1965 waren es dagegen erst 8%.

Dabei hat der relative Anteil der Vasektomien erheblich zugenommen: die „Association for Voluntary Sterilization“ schätzt, daß 1960 ca. 75% aller chirurgischen Kontrazeptionen an Frauen durchgeführt wurden, während 1971 75% aller Männer sich dazu bereit fanden. 1970 ließen sich in den USA

ca. 300 000 Männer aus kontrazeptiven Gründen vasktomieren. Abgesehen von England, Holland und der Schweiz verbreitet sich die chirurgische Kontrazeption in den westeuropäischen Ländern langsamer. Aus der Bundesrepublik sind keine Gesamtzahlen zu bekommen; lt. Statistik der Bundeszentrale von „Pro Familia“ (Deutsche Gesellschaft für Familienplanung und Sexualberatung) ist immerhin die Anzahl der wegen chirurgischer Kontrazeption Beratung suchender Klienten zwischen 1973 und 1974 sprunghaft um 300% auf ca. 1000 Klienten angestiegen, von denen der überwiegende Teil die Vasektomie wählte. Wegen dieser zunehmenden Verbreitung sollten für Berater und Operateure gesicherte prognostische Kriterien und vor allem auch Beratungstechniken bekannt sein. Denn ohne Beratung und ohne Auslese der Klienten kann diese Operation zu ungünstigen seelischen Entwicklungen führen, während man bei einer Operation nach gezielter Fachberatung mit einem ca. 100% günstigen Ergebnis rechnen darf. Bei dieser Gelegenheit möchte ich meinen eigenen Standpunkt ausdrücklich erwähnen, da er indirekt ohnehin zum Ausdruck kommen dürfte: ich halte die chirurgische Kontrazeption für eine ausgezeichnete kontrazeptive Methode im Rahmen der Familienplanung, und als Dauerkontrazeptivum der sogenannten Pille überlegen, vorausgesetzt, daß diese Methode bedachtsam und reflektiert verwendet wird.

Material

Neben meiner eigenen Erfahrung als psychologisch-psychiatrischer Berater von Klienten und als wissenschaftlicher Berater von „Pro Familia“ stütze ich mich bei meinen Angaben zur Sache auf 42 systematische medizinische, psychologische und psychiatrische sowie sozialpsychologische Nachuntersuchungen an insgesamt 12 817 Frauen; diese Katamnesen wurden zwischen 1928 und 1975 mit einer Katamnesezeit – d. h. der Zeit zwischen der Operation und Nachuntersuchung – von 0,5 bis 19 Jahren durchgeführt. Obwohl die Vasektomie inzwischen weitaus verbreiteter ist, fand ich in der Weltliteratur nur 18 systematische Reihenkatanmesen bei insgesamt 3404 Männern der Jahre 1946 bis 1971 mit einem Katamnesezeitraum von 0,5 bis 15 Jahren. Will man ein höchst ungenaues, weil sehr komplexes Kriterium für die durchschnittliche seelische Verarbeitung aus diesen Massenuntersuchungen herausnehmen, so wäre das die Unzufriedenheit mit der Operation zum Zeitpunkt der Untersuchung. Unzufriedenheit heißt: die Nachuntersuchten würden die Operation nicht mehr wiederholen, sie bereuen sie, sie würden sie nicht weiterempfehlen oder sie machen sogar dem Operateur Vorwürfe. Die meisten Studien erwähnen als homogenes Kriterium nur diesen Faktor. Die durchschnittliche Unzufriedenheit der Frauen beträgt 5,1%, die der Männer 1,3%. Aus diesem für die Männer günstigeren Ergebnis der Massenuntersuchungen darf man auf keinen Fall den Fehlschluß ziehen, der Mann würde generell die chirurgische Kontrazeption besser verarbeiten als die Frau.

Denn sehr wahrscheinlich sind bei der untersuchten Population die Frauen stärker mit ungünstigen Prognosekriterien oder Risikofaktoren belastet als die Männer. Weiterhin darf man nicht den falschen Schluß ziehen, bei *jeder* Klientel von 100 Frauen würden fünf Frauen mit der chirurgischen Kontrazeption später unzufrieden sein; vielmehr wird man unter ungünstigen Bedingungen auch eine

größere Zahl unzufriedener Klienten finden und unter günstigen Bedingungen ausschließlich zufriedene Klienten. Vorwegnehmend möchte ich die ungünstigen Bedingungen auf eine kurze Formel bringen: seelisch-labiler Charakter und psychosoziale Störungen; Ambivalenz (Unentschlossenheit) gegenüber der Operation; innerer oder äußerer Druck oder Zwang; chronisch gespannte oder destruktive Partnerschaft bzw. Ehe.

Mehr im Nebensatz erwähnen möchte ich, daß trotz großen wissenschaftlichen Fleißes die vorhandenen Untersuchungen erhebliche Mängel aufweisen, so daß die Resultate auch nur z. T. verwertbar sind. Studien mit klarem Konzept und durchsichtiger Methodologie – insbesondere prospektive Studien mit Kontrollgruppen, mit genügend großer Klientel und erkennbarer Motivation der Klienten – sind zukünftig unbedingt erforderlich.

Seelische Zustandsbilder nach chirurgischer Kontrazeption

Überwiegend berichten die Paare über entspanntere zwischenmenschliche Beziehungen, die sich vor allem in der Partnerschaft bzw. in der Ehe und beim Geschlechtsverkehr bemerkbar machen. Die Entlastung von der Schwangerschaftsängst wirkt sich darüber hinaus auf das ganze Lebensgefühl aus, so daß diese Menschen bei größerer Daseinsfreude auch spontaner, schöpferischer und initiativfreudiger sind. Im Zusammenhang damit sind auch Besserungen neurotischer Zustandsbilder mit ihren mannigfachen zwischenmenschlichen, psychischen und psychosomatischen Störungen zu verzeichnen, sofern sie mit der Schwangerschaftsängst zusammenhängen. Ich möchte aber vor der Fehleinschätzung warnen, daß die chirurgische Kontrazeption eine neurotische Partnerbeziehung oder eine neurotische Sexualstörung wie Impotenz oder Frigidität als solche heilen könne – eine eigentliche Neurose wird mit Sicherheit nicht durch die chirurgische Kontrazeption beseitigt, eher könnte sie konflikthaft verstärkt werden.

In einer tabellarischen Darstellung (4) sind die möglichen günstigen und ungünstigen vegetativ-somatischen, psychisch-affektiven und psychosozialen Zustände aufgelistet. Es zeigt sich dabei ein buntes, z. T. widersprüchliches Bild: bunt deshalb, weil dabei ganz unspezifische Entlastungsercheinungen wie auch Störungen beschrieben werden, im Prinzip fast alles, was sich in der psychosozialen Medizin denken läßt; widersprüchlich deshalb, weil sowohl verbesserte wie verschlechterte Zustände der gleichen Art, wie z. B. gebesserte und verschlechterte sexuelle Befriedigung nebeneinander beschrieben werden. Es ist hervorzuheben, daß die gebesserten Zustände insgesamt bei weitem überwiegen. Diese scheinbar verwirrende Widersprüchlichkeit der Befunde begegnet dem Leser beim näheren Studium der Arbeiten über chirurgische Kontrazeption dauernd. Denn der eine Autor preist diese Methode als Nonplusultra und belegt seine Meinung mit zweifellos positiven Befunden und statistisch abgesicherten Zahlen, der andere Autor verdammt die Methode als gefährlich und liefert auch dafür medizinische und psychologische Beweismaterialien. Des Rätsels Lösung für die Widersprüchlichkeit der Befunde ist eine methodische.

Ich möchte dazu nur drei methodenkritische Punkte erwähnen:

1. Angesichts der katamnesticen Befunderhebung z. B. drei oder acht Jahre nach der Operation haben während dieser Zeit noch ganz andere Geschehnisse auf diese Menschen eingewirkt als nur die chirurgische Kontrazeption.

2. Nur bei einigermaßen vergleichbaren Kontrollgruppen lassen sich bündige Aussagen über den speziellen Effekt einer bestimmten Methode, hier der chirurgischen Kontrazeption machen.

3. Nur wenige Untersucher haben systematisch die Bedingungen (oder Ursachen) für eine günstige oder ungünstige seelische Verarbeitung berücksichtigt.

Wenn die Bedingungen nicht genügend beachtet werden, so ist es kein Wunder, wenn verwirrende Widersprüchlichkeit herrscht. Die Bedingungen sind zugleich auch die Prognosekriterien bzw. Risikofaktoren.

1973 haben *Hauswirth u. Mitarb.* (Abb. 1) in einer kooperativen Studie der psychiatrischen und der Universitäts-Frauenklinik Basel zwei Gruppen von je 30 Frauen untersucht, von denen eine Gruppe zwischen 1968 und 1973 orale Kontrazeptiva, also die sogenannte Pille, nahm, an der anderen Gruppe 1968 die Tubenligatur ausgeführt worden war. Die Frauen waren in beiden Gruppen 30 bis 40 Jahre alt, bezüglich ökonomischem und sozialem Status, Herkunftsmilieu, Einstellung zur Sexualität und zur Religion und bezüglich biografischer Anamnese waren die Gruppen ebenfalls vergleichbar. Beide Gruppen waren 1968 und 1973 – also fünf Jahre nach dauernder Kontrazeption – durch einen psychiatrischen bzw. familienplanerischen Spezialisten untersucht worden. Deutlich unterschieden sich die Gruppen in der Einstellung zur Kontrazeption: die Pillenfrauen waren weitaus ambivalenter als die operierten Frauen; letztere waren eindeutiger zur dauernden Kontrazeption entschlossen, was sich z. B. darin zeigte, daß sie nicht nur einen einzigen Hauptgrund, sondern verschiedene wichtige, konkrete Gründe (z. B. Höhe des Einkommens, erwünschte konkrete Berufsausbildung der Kinder, seelische Belastung der Mutter, Berufswünsche der Mutter, bisher mißglückte Kontrazeption und folgende unerwünschte Schwangerschaft, Nebenwirkung bei oraler Kontrazeption) als Motiv für den Wunsch nach der Tubenligatur angaben, während die Pillenfrauen in vieldeutiger Weise von ihrer „sozialen Situation“ als Hauptmotiv sprachen. Das Ergebnis dieser Studie ist auch für mich überraschend, obwohl ich aufgrund einer psychologisch-psychiatrischen Untersuchung an 189 Frauen (*Petersen* 1969) von der hohen Rate ungünstiger seelischer Nebenwirkungen der oralen Kontrazeptiva überzeugt war. *Hauswirth* bemerkt treffend: „Während die Sterilisation eine bereinigte Situation schafft, die von fast allen Explorantinnen als befriedigend erlebt wird, bringen die Ovulationshemmer bei der Hälfte der Frauen neue Probleme mit sich“. Warum die Pillenfrauen nur zu einem guten Drittel zufrieden sind, wird aus der schematischen Darstellung der Affektivität und der ehelichen und sexuellen Beziehung deutlich. Bei beiden Kategorien schneidet die Gruppe der operierten Frauen weitaus besser ab. Unter Affektivität ist im einzelnen zu verstehen: beseitigte Schwangerschaftsängst, verstärkte Spontaneität und Mütterlichkeit (Nota bene: die Mütterlichkeit konnte sich bei den operierten Frauen besser, nicht schlechter entfalten), depressive, ängstliche, gereizte, freudige, schamhafte Gefühle und Stimmungen, Affektstabilität, Pseudogravidität und fehlendes Integrationsgefühl (beides bei den

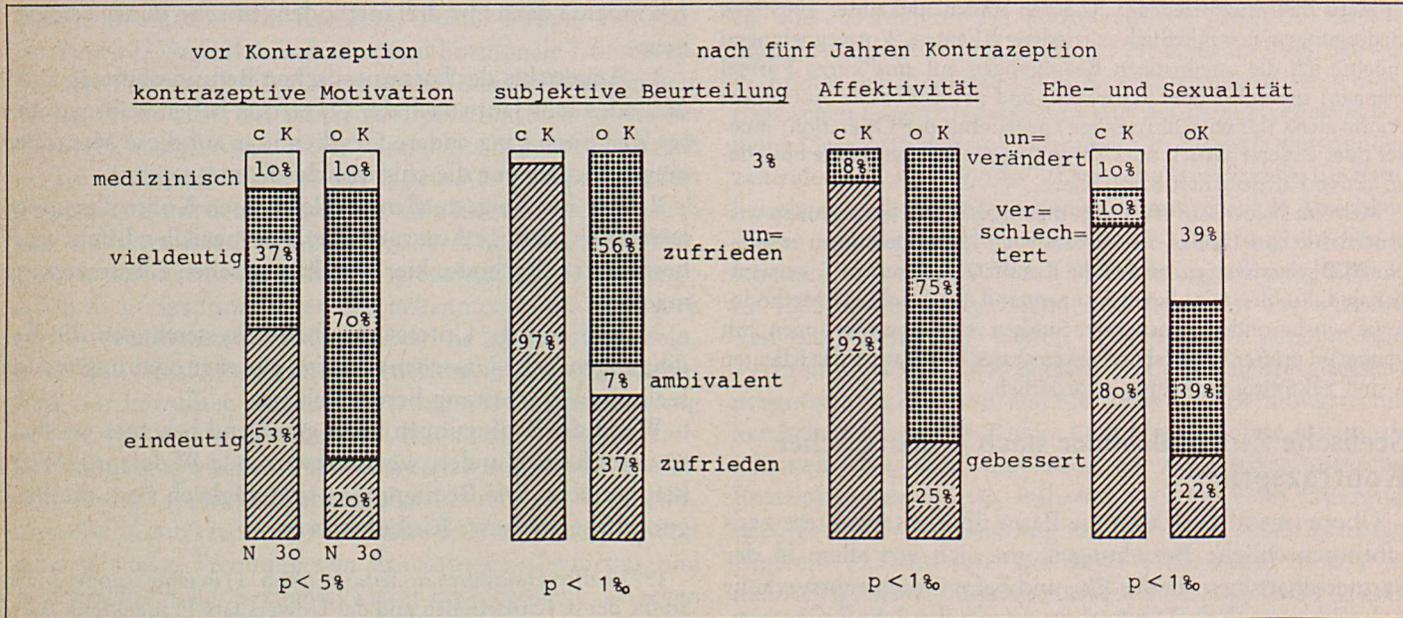


Abb. 1: Chirurgische Kontrazeption (cK) versus orale Kontrazeption (oK) einer 5-Jahres-Studie, 60 Frauen (nach Hauswirth 1975).

Pillenfrauen). Die Rubrik „Ehe und Sexualität“ meint im einzelnen: sexueller Wunsch (Libido), und Befriedigung beim Geschlechtsverkehr, Frigidität, Eifersucht des Partners, partnerschaftliche Beziehung, außerheliche Sexualität.

Die Frage, wie diese beunruhigend ausgeprägten Unterschiede zu erklären sind, ist sicherlich vielschichtig und nur schwer zu beantworten. Eine Bedingung für die unterschiedliche Auswirkung der Kontrazeption dürfte die verschieden starke und verschieden klare und eindeutige Entscheidung zur Empfängnisverhütung sein, wie es in der kontrazeptiven Motivation zum Ausdruck kommt. Eine andere Bedingung dürfte in der unerwünschten psychotropen Hormonwirkung der Pille liegen, die verständlicherweise von der pharmazeutischen Industrie, aber auch von der Bundesärztekammer kaum erwähnt wird.

Von wesentlicher Bedeutung sind die Bedingungen oder Prognosekriterien, die die seelische Verarbeitung der chirurgischen Kontrazeption beeinflussen können. In einer Tabelle (4) wurde ein ganzer Katalog von Prognosekriterien notiert, so daß daraus Anhaltspunkte für die Beratungspraxis gewonnen werden können. Die dort für die Frau, also für die Tubenligatur zusammengestellten Kriterien treffen grundsätzlich ebenso auch für den Mann, also für die Vasektomie zu, soweit sie sich eben auf die Vasektomie anwenden lassen. Ganz allgemein möchte ich die Fülle dieser Kriterien in einer These vereinfachend zusammenzufassen versuchen: Eine günstige Verarbeitung der chirurgischen Kontrazeption ist zu erwarten, wenn die Entscheidung zur Operation mit innerer Bewußtheit und unter äußerer Freiheit, nach intensiver Klärung mit dem Partner und nach fachkundiger Beratung gefällt wird. Jeder äußere Zwang und Druck (wie z. B. in Verbindung mit dem Abort, dem Wochenbett, bei psychiatrischer

oder medizinischer Indikationsstellung durch den Arzt, bei „gutem Zureden“ durch Ärzte, Partner, Verwandte und Behördenvertreter), weiterhin jede innere Unfreiheit und innere Gehemmtheit und damit Entscheidungsschwäche (wie sie bei Neurotikern oder überhaupt psychisch gestörten Personen meist vorliegt) und jede autistische Entscheidung ohne offene Klärung der Motive gegenüber und mit dem Partner (z. B. bei unbewußter Unterwürfigkeit der Frau, wenn sie sich sterilisieren läßt, um die Ehe zu retten; oder aus unbewußtem Dominanzstreben des Mannes, um auch einmal sein kontrazeptives Soll erfüllt zu haben und damit die Oberhand gegenüber der Frau zu gewinnen) und generell chronische Ehespannungen können die Voraussetzung für eine ungünstige seelische Entwicklung sein. Hinzu kommen gesellschaftliche Vorurteile, versteckte Diffamierungen und hochmütige Zynismen, wie man sie heute in der Bundesrepublik noch auf Schritt und Tritt finden kann; nicht zuletzt, wenn Ärzte oder Juristen das unterschwellig herabsetzende Wort „Gefälligkeitssterilisation“ gebrauchen, in typischer Weise im Falle eines 35jährigen Akademikerehepaares mit drei gesunden Kindern, das nach eingehender partnerschaftlicher Klärung aus Gründen der Familienplanung die Vasektomie wünscht. Gesellschaftliche Vorurteile können insofern hemmend wirken, als sie aggressive Reaktionsbildungen in Form von gereizten Ehespannungen hervorrufen oder indem sie beim Paar nach Art einer psychischen Infektion depressive Verstimmungen mit Schuldgefühlen wegen Verstoß gegen die „guten Sitten“ entfachen – seien diese „guten Sitten“ nun durch theologische, juristische, medizinische oder undifferenziert archaische Normen vertreten.

Abb. 2 zeigt die statistische Auswertung einiger Untergruppen des gesamten von mir verwerteten Klientengutes.

Daß die überwiegend psychiatrische Indikation ein hochgradiger Risikofaktor und damit eine Voraussetzung für ungünstige seelische Entwicklung ist, überrascht sicherlich deshalb nicht, weil diese Indikation nur bei psychisch gestörten Menschen zur Geltung kommt. Etwas weniger verständlich dürfte es sein, warum die überwiegend medizinische Indikation, zu der ich auch die Gruppe mit überwiegend eugenischer Indikation zuschlug, als Risikofaktor wirkt. Ich habe dazu folgende Interpretation: entweder werden die Frauen durch Ärzte oder andere Bezugspersonen durch eine „gutgemeinte“ Überredung unter milden Druck gesetzt und sie entscheiden sich deshalb nicht selbstverantwortlich, delegieren also die Verantwortung auf den Arzt, um ihm dann später entsprechend Vorwürfe machen zu können; oder sie setzen sich selbst insofern innerlich unter Druck, als sie ausschließlich die medizinische Notwendigkeit sehen wollen, nicht aber auch die innere Stimme ihres Fruchtbarkeitswunsches, so daß sie diese innere Stimme deshalb verleugnen und nicht zu einer klaren inneren Entscheidung kommen. Eine innere Entscheidung hätte ja auch einen bewußten Verzicht auf weitere Kinder bedeutet. Statt des selbstverantworteten bewußten Verzichtes schieben sie die Entscheidung sozusagen der eugenischen oder medizinischen Notwendigkeit wie einer anonymen Macht zu. Die Folge dieser unklaren und unfreien Entscheidung kann eine ungünstige seelische Entwicklung sein. Aufgrund dieser Untersuchung halte ich den im Bundestag-Sonderausschuß zur Diskussion vorliegenden Sterilisa-

tionsparagrafen (§ 226 b StGB) ebenso wie den § 4 der Ärztlichen Standesordnung, der 1970 von der Bundesärztekammer verabschiedet wurde, für ungünstig, wenn nicht sogar gesundheitsschädlich; denn beide gesetzlichen Regelungen sehen eine medizinische und genetische Indikation vor.

Jede Reglementierung von außen kann gesundheitsschädigend wirken. Die kontrazeptive Motivation, d. h. eine klare eindeutige Entscheidung, dürfte eine der wesentlichen Prognosekriterien sein. Beim gleichzeitigen Abort liegt durch die oft unfreiwillige Koppelung von Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch ebenfalls eine Art Zwangslage vor. Bei dieser oft geübten, sicherlich aus verschiedenen Gründen nicht selten sinnvollen Praxis sollten sich alle Beteiligten – Berater, Operateur, Ehepaar – über die möglichen Konsequenzen klar sein.

Abb. 3 verdeutlicht nochmals, daß vorgängige Persönlichkeitsstörungen und belastete Ehebeziehungen als Risikofaktoren anzusehen sind. Es mag zunächst überraschen, daß die Anzahl der Kinder bedeutungslos für die Prognose ist; auch nach einer noch genaueren, hier abgebildeten Analyse erweist es sich als belanglos, ob ein Paar eins, zwei, drei oder mehr Kinder hat. Ebenso ist nach statistischen Berechnungen das Lebensalter der Frau oder des Mannes zur Zeit der Operation gleichgültig. Ob die Frau zwanzig, dreißig oder vierzig Jahre alt war zum Zeitpunkt der Tubenligatur, hat keinen Einfluß auf die Prognose. Überraschend ist dieses Ergebnis wahrscheinlich deshalb für uns, weil wir unbewußt bisher persön-

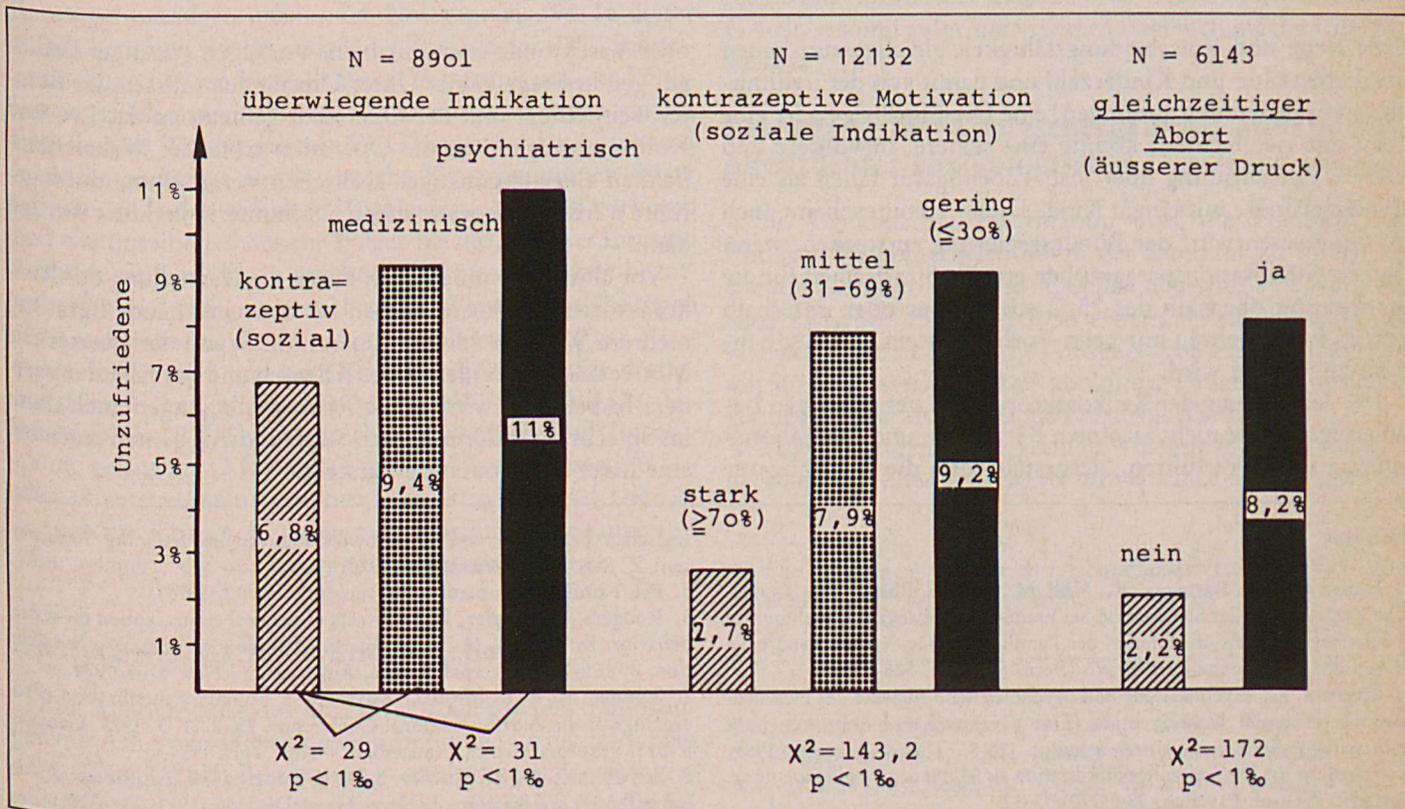


Abb. 2: Indikation, Motivation und Situation in Beziehung zur Unzufriedenheitsrate bei der Frau.

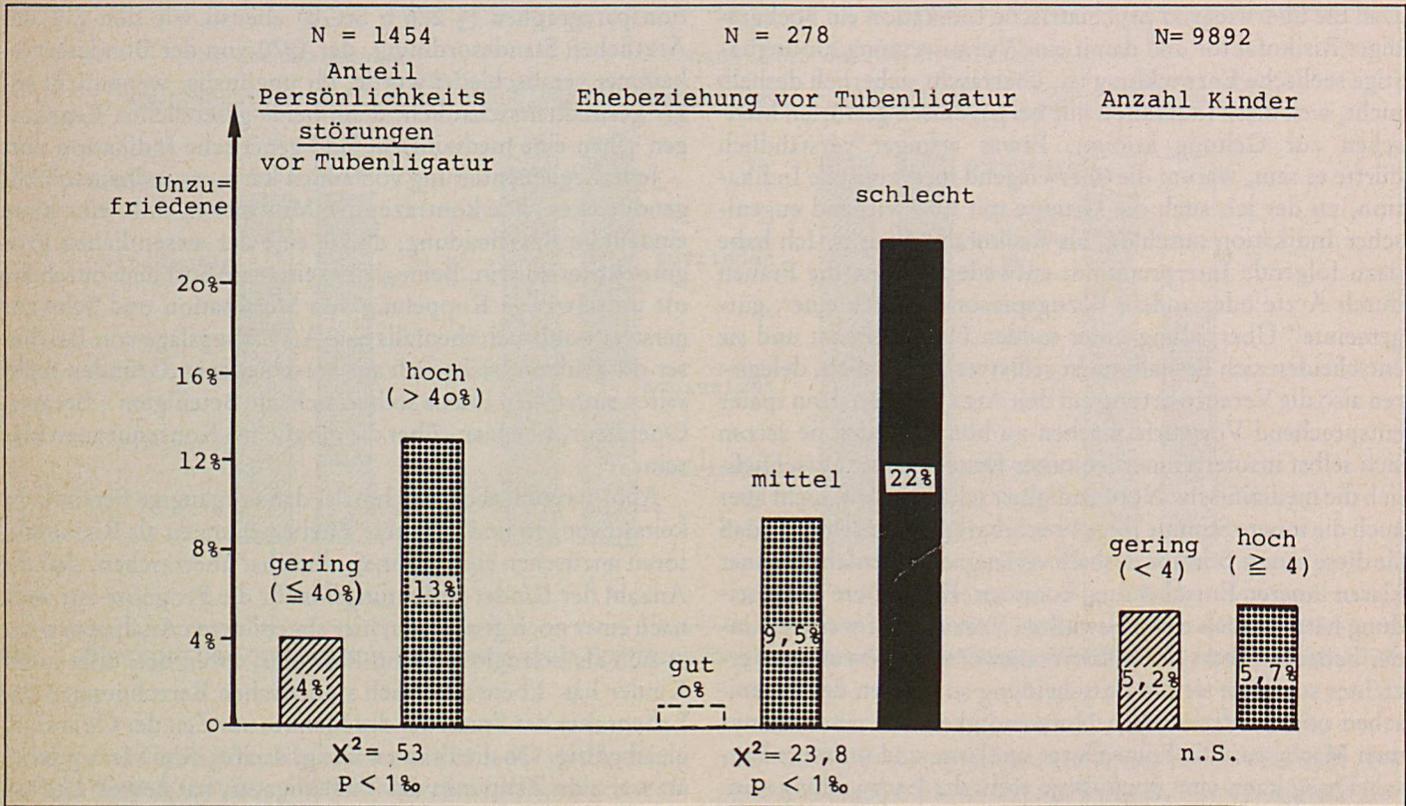


Abb. 3: Präoperative Persönlichkeit, Ehebeziehung und Kinderzahl in Beziehung zur Unzufriedenheitsrate (= ungünstige Folgezustände).

liche Reife und Entscheidungsfähigkeit gleichgesetzt haben mit Lebensalter und Kinderzahl und damit von der irrtümlichen Voraussetzung ausgingen, eine Dreißigjährige oder eine Frau mit vier Kindern könnte eine sichere, bewußtere und klarere Entscheidung über ihre Tubenligatur fällen als eine Zwanzigjährige mit einem Kind. Dieser Irrtum scheint auch im Gesetzesentwurf der Bundesregierung zu stecken, wenn dort im Sterilisationsparagrafen erst die Straffreiheit für die Sterilisation oberhalb des 25. Lebensjahres oder unterhalb von 25 Lebensjahren nur beim Vorhandensein von vier Kindern zugebilligt wird.

Die Aufzählung der Risikofaktoren und der günstigen Bedingungen sollte nicht zu einem Beratungs- und Operationsautomatismus verführen, dergestalt, daß die Tubenligatur

oder Vasektomie eben nur beim Vorliegen günstiger Bedingungen in Frage käme. Unter Umständen müssen der Berater, sein Klient und der Operateur gemeinsam das Pro und Kontra abwägen, ob die Operation trotz der Wahrscheinlichkeit einer ungünstigen seelischen Verarbeitung durchgeführt werden soll, wenn damit Schlimmeres verhütet werden kann.

Vor allem aber möchte ich durch die Darstellung der Risikofaktoren den Anstoß geben für eine eingehende Beratung mehrere Wochen vor der Operation. Wenn der Berater die Motive und den Willen seines Klienten und des Klientenpartners respektiert, wird er die Risikobedingungen auch dann ins Spiel bringen können, wenn das für den Klienten zunächst eine harte Konfrontation darstellt.

Literatur

- Hauswirth, R., Battegay, R., Mall, M., Haefeli, Pfund, Th.: Psychische Verarbeitung der Sterilisation bei Frauen unter Langzeiteinnahme von Ovulationshemmern im Rahmen der Familienplanung, vergleichend katamnestiche Untersuchungen. Praxis (Bern) 64 (1975) 526-532.
- Petersen, P.: Psychiatrische und psychologische Aspekte der Familienplanung bei oraler Kontrazeption (Eine psychiatrisch-endokrinologische und sozialpsychologische Untersuchung). 115 S., Thieme, Stuttgart 1969.
- Petersen, P.: Die freiwillige Sterilisation als Mittel der Familienplanung. Fortschr. Neurol. Psychiat. 38 (1970) 33-52.
- Petersen, P.: Die chirurgische Kontrazeption der Frau und ihre seelische Verarbeitung (Kritische Darstellung der psychologischen und sozialpsycho-

- logischen Ergebnisse von 40 Reihenkatamnesen bei freiwillig Sterilisierten). Z. Sex. Med. (Wiesbaden) 1976.
- Pro Familia: Informationen (Frankfurt) Heft 2 (1975).
- Rodgers, A., Ziegler, F. J.: Effects of surgical contraception on sexual behavior. In: Schima, M. E. u. Mitarb.: Advances in Voluntary-Sterilization, p. 161-166. Excerpta Medica, Amsterdam - New York 1974.
- Schima, M. E. u. Mitarb.: Advances in Voluntary Sterilization (Proceedings of the 2nd International Conference, 25. 2.-1. 3. 1973, Geneva). S. 515. Excerpta Medica, Amsterdam - New York 1974.
- Schwylhart, W. R., Kutner, S. J.: A reanalysis of female reactions to contraceptive sterilization. J. Nerv. Ment. Dis. 156 (1973) 354-370.
- Wiest, W. M., Janke, L. D.: A methodological critique of research on psychological effects of vasectomy. Psychosom. Med. 36 (1974) 438-449.