

Akzeptanz hormonaler Kontrazeption versus Intra-Uterin-Pessar (IUD)

Vergleich von 515 Frauen unter hormonaler Kontrazeption mit 198 Frauen mit IUD

J. M. Wenderlein, H. Nohlen, P. F. Tauber

Vergleichende Forschung über kontrazeptive Methoden nützt dem Gynäkologen bei der individuellen Beratung. Unterscheiden sich Frauen, die zur Kontrazeption die „Pille“ wählten von jenen, die sich für das Intra-Uterin-Pessar (IUD) entschieden in einfachen Sozialdaten? Sind Persönlichkeitsfaktoren bedeutsam? Wie oft ist bei beiden kontrazeptiven Methoden mit Menstruations- und Zyklus-Veränderungen zu rechnen? Wie oft wollen IUD-Trägerinnen bei Versagen der Methode voraussichtlich die Schwangerschaft austragen? Antworten darauf bedeuten Orientierungshilfen für die kontrazeptive Beratung.

Ein standardisiertes Interview in Fragebogenform erfolgte in der Poliklinik der Universitäts-Frauenklinik Erlangen bei 515 Frauen, die hormonale Kontrazeption (OH) einnahmen. Analog wurden 198 Frauen an der Universitäts-Frauenklinik Essen erfaßt, die IUD zur Kontrazeption gewählt hatten. Die Essener Klinik wurde in die Studie einbezogen, da dort eine große IUD-Sprechstunde besteht.

Psychometrisch wurden die Persönlichkeitsdimension Extraversion – Introversion sowie emotionale Stabilität – Labilität nach Maudsley Personality Inventory (MPI) (3) und Depressivität auf der Selbstbeurteilungsskala (Erlanger Depressions-Skala = EDS) (5) erfaßt. Das verbale Intelligenzniveau wurde mit einem Kurztest abgeschätzt (4).

In die Studie aufgenommen wurden Frauen mit momentaner, mindestens 3monatiger OH-Einnahme bzw. über dreimonatiger IUD-Liegedauer. Studienplanung und -auswertung erfolgte an der Universitäts-Frauenklinik Erlangen.

Statistische Signifikanz-Berechnungen erfolgten mit der χ^2 -Methode.

Ergebnisse

1. Soziale Parameter. a) *Alter.* In beiden Kollektiven war je ein Drittel

bis 25 Jahre alt. Über 35jährige Frauen kamen in der IUD-Gruppe doppelt so oft vor (3 von 10) wie in der OH-Gruppe.

b) *Parität.* Es hatten keine Kinder geboren 38% in der IUD- und 46% in der OH-Gruppe. Abort in der Anamnese wurde in beiden Kollektiven etwa gleich oft angegeben.

c) *Familienstand.* Hierin unterschieden sich beide Kollektive nicht, jeweils ein Viertel war ledig.

d) *Schulabschluß.* Auch in diesem sozialen Parameter waren beide Gruppen gleich. Jeweils ein Fünftel hatte Abitur. Im verbalen Intelligenzniveau, mit Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT) abgeschätzt, gab es auch keine Unterschiede. In beiden Kollektiven waren jeweils 6 von 10 Frauen berufstätig.

2. Persönlichkeitspsychologische Aspekte. a) *Persönlichkeitsdimension Extra-Introversion (nach MPI-E).* Deutlich extravertierte Persönlichkeitseigenschaften kamen in der IUD-Gruppe mit 30% doppelt so oft vor, wie in der OH-Gruppe mit 14%.

Umgekehrt verhielt es sich mit Introvertiertheit. Diese Persönlichkeitseigenschaft kam in der IUD-Gruppe mit 8% nur halb so oft vor wie in der Gruppe unter hormonaler Kontrazeption mit 15% (Tabelle 1).

Keine Unterschiede bestanden zwischen beiden Gruppen bei der Persönlichkeitsdimension emotionale Stabilität/Labilität (nach MPI-N).

b) *Depressivität (nach EDS).* Depressive Tendenzen kamen in der IUD-Gruppe seltener vor (12%) als in der Gruppe unter hormonaler

Kontrazeption (22%). Bei dieser Tendenz muß berücksichtigt werden, daß im IUD-Kollektiv 7% der Tests wegen Unvollständigkeit nicht auswertbar waren. Das traf nur für 2% im OH-Kollektiv zu (s. Tabelle 2). Die EDS-Scores korrelierten statistisch signifikant mit den MPI-E-Ergebnissen.

3. Subjektive Beschwerden. Nach der Häufigkeit des Auftretens von 16 subjektiven Nebenwirkungen wurde auf einer dreistufigen Skala gefragt. Es erfolgte eine Wichtung (häufig = 2 Punkte, selten = 1 Punkt, gar nicht = 0 Punkte) und Summation dieser Punkte.

Gefragt wurde nach dem Erleben subjektiver Beschwerden vor IUD-Insertion/Ovulationshemmer-Einnahme, während der ersten 3 Monate und nach über 6monatiger Anwendung der kontrazeptiven Methode.

In beiden Kollektiven bestanden bei Summation der abgefragten Beschwerden keine Unterschiede. Bei Trennung der Beschwerden ergaben sich folgende Unterschiede:

Übelkeit/Erbrechen. Nach über 6monatiger intrauteriner Kontrazeption gaben 4% Übelkeit/Erbrechen an (1% häufig, 3% zeitweise).

In der Gruppe unter hormonaler Kontrazeption wurde Übelkeit/Erbrechen nach mindestens 6monatiger Einnahme von 13% angegeben (3% häufig, 10% zeitweise).

Kopfschmerzen. Im IUD-Kollektiv wurde bei mindestens 6 Monate liegendem Pessar von 29% Kopfschmerz angegeben (3% häufig, 26% zeitweise). In der Gruppe unter hormonaler Kontrazeption wurde bei mindestens 6monatiger OH-Einnahme von 41% Kopfschmerz angegeben (9% häufig, 32% zeitweise).

Keine Häufigkeits-Unterschiede bestanden zwischen beiden Gruppen hinsichtlich vermehrtem Fluor, Mü-

Priv.-Doz. Dr. med. J. M. Wenderlein, Klinik für Frauenheilkunde mit Poliklinik und Hebammenschule der Universität, Universitätsstr. 21/23, D-8520 Erlangen, Priv.-Doz. Dr. med. P. F. Tauber, Dr. med. H. Nohlen, Frauenklinik der Universität, Hufelandstr. 55, D-4300 Essen.

Tabelle 1: Introvertierte Persönlichkeitseigenschaften ließen sich psychometrisch im Kollektiv an 515 Frauen unter hormonaler Kontrazeption (OH) doppelt so oft nachweisen (15%) wie im Vergleichskollektiv von 198 Frauen mit liegendem Intra-Uterin-Pessar (IUD). Umgekehrt ließen sich extravertierte Persönlichkeitseigenschaften in letzterer Gruppe doppelt so oft psychometrisch nachweisen wie im OH-Kollektiv, $p < 0,1\%$, P = Punkte im Maudsley-Personality-Inventory/Eysenck (MPI)

Persönlichkeits-Dimensionen MPI-E					
	introvertiert 0-3 P	weder - noch 4-7 P	8-9 P	extra- vertiert 10-12 P	Keine Angabe
IUD	8%	33%	24%	30%	5%
OH	15%	41%	29%	14%	1%

digkeit/Unlustgefühlen, Nervosität/innerer Unruhe, Reizbarkeit, Leibschmerzen/Sodbrennen und Schwindelerscheinungen/Kreislaufstörungen.

4. Menstruation und Zyklus. Recht starke Menstruationen wurden von 51% im IUD-Kollektiv (21% häufig, 30% zeitweise), aber nur von 17% im Ovulationshemmer-Kollektiv angegeben (5% häufig, 12% zeitweise). Jede 3. Frau im IUD-Kollektiv erlebte die verstärkten Menstruationen nach IUD-Insertion als unangenehm. In der Ovulationshemmer-Gruppe bezeichneten 7 von 10 das Schwächerwerden der Menstruation als angenehm.

Sehr schwache Menstruationen beobachteten 15% mit IUD und 40% unter hormonaler Kontrazeption.

Über schmerzhafte Menstruationen berichteten die Frauen mit IUD doppelt so oft (20%) wie Frauen unter hormonaler Kontrazeption (10%). Schmierblutungen/Zwischenblutungen gaben 34% mit IUD und 14% unter Ovulationshemmer-Einnahme an. Über wenig regelmäßige/unregelmäßige Zyklen berichteten 21% mit IUD und 7% unter OH-Einnahme.

5. Informationen über IUD/Ovulationshemmer. Die Aufklärung über IUD-(OH-)Nebenwirkungen vor erstmaligem Legen der „Spirale“ (Verordnen der „Pille“) bezeichneten 71% (33%) als „ausführlich“,

Tabelle 2: An depressiven Verstimmungen (über 9 Punkte in EDS) litt die Gruppe der Frauen unter hormonaler Kontrazeption (OH) fast doppelt so oft (22%) wie die Vergleichsgruppe von 198 Frauen mit liegendem Intrauterinpessar (IUD) (12%), $p < 0,1\%$, P = Punkte in Erlanger Depressions-Skala (EDS)

	-5 P	-9 P	> 9 P	Keine Angabe
IUD	62%	19%	12%	7%
OH	49%	27%	22%	2%

22% (36%) als „zu wenig“ und 7% (31%) gaben „gar nicht“ an. Das Legen der letzten „Spirale“ bezeichneten als schmerzhaft 37%, wenig schmerzhaft 41% und nicht schmerzhaft 19%, keine Angabe machten 3%.

Wenn bei liegender Spirale eine Schwangerschaft eintreten sollte, wollten von den Frauen 70% einen Schwangerschaftsabbruch, 21% die Schwangerschaft austragen, wenn medizinischerseits nichts dagegen spricht, 9% gaben keine Antwort. Im Ovulationshemmer-Kollektiv wurde keine analoge Frage gestellt. Das gilt auch für die folgende Frage. Im IUD-Kollektiv beantworteten die Frage „Wie ist nach Ihrer Meinung Ihr Arzt zur ‚Spirale‘ (zur ‚Pille‘) eingestellt“: 62% (30%) mit „positiv“, 26% (48%) mit „neutral“ und 3% (7%) „eher ablehnend“, keine Angabe machten 9% (15%).

Diskussion

In einfache Sozialdaten gehen persönlichkeits-psychologische Faktoren ein und umgekehrt. Diese Wechselwirkungen lassen sich bei der kontrazeptiven Beratung individuell besser berücksichtigen als hier generell diskutieren. Die folgenden einfachen Daten geben dazu aber Orientierungshilfen.

1. Soziale Parameter. a) *Alter.* Wegen des deutlich erhöhten Entzündungsrisikos im kleinen Becken bei bis 25jährigen Frauen infolge IUD mit Sterilitätsfolgen wäre bei Kenntnis der Literatur eine andere Alters-Verteilung zu erwarten gewesen. An ärztlicher Aufklärung vor IUD-Insertion dürfte das kaum liegen, denn 7 von 10 Frauen bezeichneten diese als „ausführlich“.

b) *Parität.* Salpingitis mit Tubenverschluß infolge aufsteigender IUD-Infektion bedeutet meist eine Beeinträchtigung bei der Familienplanung. Immerhin hatten 4 von 10 Frauen mit IUD noch kein Kind geboren. Das ist verständlich, da ein Drittel bis 25 Jahre alt war.

c) *Familienstand.* Im IUD-Kollektiv waren nicht weniger ledige Frauen (28%) als im OH-Kollektiv (26%), von denen die meisten unter 25 Jahre und 0-Para waren. Bei dieser Gruppe ist neben dem höheren Entzündungsrisiko mit einer höheren IUD-Expulsions-Rate zu rechnen – ohne auf Probleme wie Uteruskavum zu IUD-Größe einzugehen. In weiteren Studien ist zu klären, welche jugendlichen Frauen sich trotz eingehender Risiko-Aufklärung für IUD entscheiden.

d) *Schulabschluss.* Die gleiche Verteilung hinsichtlich Schulabschluss und verbalem Intelligenz-Niveau in beiden Gruppen läßt zwei Schlüsse zu. Bei der Entscheidung IUD oder OH hat das Bildungsniveau der Frau keine wesentliche Bedeutung. Weiter läßt sich anhand der gleichen Verteilung bei Schulabschluss und Intelligenz-Quotient schließen, daß beide Kollektive nicht nur hinsichtlich Bildungsniveau, sondern auch bezüglich Sozialstatus ähnlich sind (Erlangen hat ca. 100 000 Einwohner, Essen hat über 600 000 Einwohner).

2. Persönlichkeitspsychologische Aspekte. a) *Persönlichkeitsdimension Extraversion - Introversion.* Warum in der OH-Gruppe doppelt so oft introvertierte und halb so oft extravertierte Persönlichkeitseigenschaften vorkamen wie im IUD-Kollektiv, läßt sich nicht sicher interpretieren. Die Frage, ob extravertierte Frauen häufiger IUD und introvertierte Frauen häufiger OH zur Kontrazeption wählen, läßt sich durch diese Studie nicht eindeutig beantworten. Dieser Selektionsfaktor ist nicht sehr wahrscheinlich. Eher ist anzunehmen, daß hormonale Kontrazeptiva introvertierte Persönlichkeitseigenschaften bzw. die Tendenz dazu bei einer kleinen Gruppe von Frauen verstärken. Dafür sprechen

indirekt die signifikanten Beziehungen zwischen Introvertiertheit und depressiven Tendenzen.

Bei introvertierten Frauen ließen sich doppelt so oft depressive Tendenzen nachweisen (36%) wie bei Frauen mit extravertierten Persönlichkeitseigenschaften (19%). Das bedeutet für die kontrazeptive Beratung, daß bei deutlich introvertierten Frauen die IUD-Alternative sinnvoll ist, wenn diese Persönlichkeitseigenschaften durch OH verstärkt wurden und zu mehr psychosozialen Problemen führten. Bestätigt wird diese mögliche Beziehung durch das folgende Ergebnis.

b) *Depressivität.* Warum in der OH-Gruppe doppelt so oft depressive Tendenzen vorkamen (22%) wie im IUD-Kollektiv (12%) läßt sich nur prospektiv klären. An Selektionsfaktoren ist zu denken. Wie bei der Persönlichkeitseigenschaft Introvertiertheit wäre auch möglich, daß bereits vorhandene depressive Tendenzen durch hormonale Kontrazeptiva verstärkt werden. Manche Studien weisen darauf hin (1, 2, 6, 7).

Andere Studien konnten keine Beziehungen zwischen Depressivität und hormonaler Kontrazeption finden (7). Bei bloßem Fragen nach Niedergeschlagenheit/Depressionen nach mindestens 6 Monate liegendem IUD bzw. OH-Einnahme ergaben sich auch in der eigenen Studie kaum Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Diese werden erst psychometrisch durch die Depressionsskala deutlich. Daher darf qualitativ und quantitativ die Verstärkung depressiver Tendenzen durch Ovulationshemmer-Einnahme nicht überschätzt werden. Bei Frauen mit deutlich depressiven Tendenzen sollte aber bei der Erstverordnung hormonaler Kontrazeption bedacht werden, daß es zur Verstärkung dieser belastenden Persönlichkeitseigenschaften kommen kann.

3. Subjektive Beschwerden. Bei den möglichen subjektiven Nebenwirkungen infolge hormonaler Kontrazeption sollte das Kausalitätsbedürfnis berücksichtigt werden. Zwischen OH- und IUD-Gruppe gab es nur in wenigen subjektiven Neben-

wirkungen signifikante Unterschiede – ohne hier auf methodische Probleme einzugehen.

Tritt unter OH-Einnahme *Übelkeit/Erbrechen* längerfristig und *Kopfschmerz* gehäuft auf, so sollte mit einer alternativen Kontrazeption, etwa IUD, nicht zu lange gewartet werden.

Diese Beschwerden dürften depressionsfördernde Effekte haben. Die pharmakologischen Wirkungsmechanismen sind dabei noch weitgehend ungeklärt. Veränderter Tryptophan-Stoffwechsel oder erhöhter Vitamin B₆-Bedarf unter kontrazeptiven Steroiden wurden diskutiert und neuerdings negiert (1, 2). Biochemische Parameter zur Vorhersage der Verträglichkeit hormonaler Kontrazeption sind in naher Zukunft nicht zu erwarten. Bei vielen subjektiven Nebenwirkungen bestand die Tendenz zu diesen Beschwerden schon vor OH-Einnahme. Eine ausführliche Anamnese-Erhebung vor Erstverordnung läßt die Verträglichkeit der „Pille“ grob vorhersagen.

4. Menstruations- und Zyklusveränderungen. Das dreimal häufigere Auftreten starker Menstruationen bei IUD als unter OH wurde nicht durch Hb-/HKT-Kontrollen objektiviert. Dieses Phänomen ist hinreichend bekannt. Allgemeine Leistungsminderung wird wohl selten im IUD-Kollektiv damit einhergehen. Immerhin erlebte jede 3. Frau im IUD-Kollektiv die verstärkten Menstruationen seit IUD-Insertion als unangenehm. Ob langfristig starke/schmerzhafte Menstruationen mehr physisch oder psychisch belasten, müssen weitere Studien klären. Das Schwächerwerden der Menstruation unter Ovulationshemmer-Einnahme erlebten immerhin 7 von 10 Frauen als angenehm. Größere Zyklusregelmäßigkeit (unregelmäßige Zyklen bei 7% der OH- und 21% der IUD-Gruppe) dürfte langfristig von den meisten Frauen als Vorteil erlebt werden.

5. Informations-Aspekte. Wenn sich Frauen mit Ovulationshemmer-Einnahme doppelt so oft bei der Erstverordnung „zu wenig“ / „gar

nicht“ aufgeklärt fühlten (67%) wie die Vergleichsgruppe vor IUD-Insertion (29%), so sollte das nicht mit methodischen Einwänden abgetan werden. Sicher wäre es ideal, die Aufklärung über IUD und OH jeweils beim selben Arzt zu vergleichen.

Es ist zu vermuten, daß bei gleichem Beratungsaufwand – trotz unterschiedlicher Risiken beider kontrazeptiver Methoden –, die OH-Akzeptanz besser würde. Bekannt ist, daß viele Frauen vom Wunsch nach IUD Abstand nehmen, wenn sie erfahren, daß bei Einsetzen einer Gravidität keine Abruption vorgenommen wird – falls nicht eine medizinische Indikation dazu besteht. Das ist naheliegend, da nur 2 von 10 Frauen im IUD-Kollektiv erwogen, bei Versagen der Methode eine eingetretene Gravidität auszutragen. Dies müßte noch durch Studien über reales Verhalten ergänzt werden. Bisher interessierte kaum, wie oft und bei welchen Frauen die Einstellung des Arztes zu den verschiedenen kontrazeptiven Methoden die Entscheidung der Patientin beeinflußt. Bemerkenswert ist, daß die Frauen im IUD-Kollektiv doppelt so oft eine positive Einstellung des Arztes zum IUD als zu OH registrierten. Daraus sich ergebende Plazebo-Effekte sind naheliegend. Insgesamt zeigt diese Pilot-Studie, daß sich bei kontrazeptiver Beratung gewisse Gesetzmäßigkeiten und Tendenzen mit sozialwissenschaftlicher Methodik erfassen lassen.

Dokumentation: E2 – D8, D13 – E2 Kontrazeption – Kontrazeptiva, orale – Intrauterin-pessare

Literatur

1. Bosse, T. R. u. Mitarb.: Amer. J. clin. Nutrit. 32 (1979) 1015.
2. Donald, E. A. u. Mitarb.: Amer. J. clin. Nutrit. 32 (1979) 1024.
3. Eysenck, H. J.: Maudsley Personality Inventory. Hogrefe, Göttingen 1959.
4. Lehl, S.: Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest. Perimed, Erlangen 1977.
5. Lehl, S., Gallwitz, A.: Erlanger Depressions-Skala. Perimed, Erlangen 1977.
6. Wenderlein, J. M.: Sexualmedizin 8 (1979) 324–329.
7. Wenderlein, J. M.: gynäkol. prax. 4 (1980) 697–704.