

Münchener Medizinische Wochenschrift

München, 21. November 1969 111. Jahrgang Heft 47

Städt. Krankenanstalten
Bielefeld
Arztebibliothek

Aus der Psychotherapeut. Abteilung (Leiter: Prof. Dr. med. H. U. Ziolko)
der Psychiatr. und Neurolog. Klinik der Freien Univ. Berlin (Direktor: Prof. Dr. med. H. Selbach)

Zur Psychodynamik der Nebenwirkungen von oralen Kontrazeptiva

von H. U. ZIOLKO

Zusammenfassung: Nach Applikation von Kontrazeptiva treten in unterschiedlicher Häufigkeit unerwünschte Nebenwirkungen, insbesondere Libidoverminderung, Angst, Depressivität etc. auf.

Aus psychodynamischer Sicht resultieren diese Störungen aus der Interaktion des Individuums mit seinen (unbewußten) Erlebniskonstellationen und dem kontrazeptiven Pharmakon, mit und an dem als Vehikel die Problematik der sexuellen Identität erneut Ausdruck findet.

Die Störungen sind (neurotische) Symptombildungen, sie kennzeichnen mißlungene sexuelle Triebbefriedigung; die dabei wirksamen Abwehrtendenzen sind auf den separierten Akt der oralen medikamentösen Applikation bezogen und verschoben; zudem gewährleisten sie Pseudounabhängigkeit und Manifestation von Feindseligkeit.

Das Geschehen läßt sich in formaler Hinsicht den pharmakopsychologischen Prinzipien subsummieren, die für die subjektiv bedingten atypischen Effekte und die unerwünschten Nebenwirkungen von Psychopharmaka herausgestellt wurden.

Die derzeitigen Bestrebungen, die menschliche Sexualität nicht mehr ausschließlich durch das Merkmal der Fortpflanzung definiert sein zu lassen, fällt in bemerkenswerter Weise mit jenen Ergebnissen zusammen, wie sie mit den Kontrazeptiva heutzutage erreichbar sind; als Mediziner — und erst recht als Psychotherapeuten — haben wir sowohl mit dem Postulat enttabuisierter Sexualität als auch mit den oralen Kontrazeptiva zu tun. Aus den nie konfliktfreien menschlichen Phänomenen werden vor allem die Störformen und Auffälligkeiten zu uns getragen.

Unter medizinisch-historischem Aspekt haben die Kontrazeptiva in ihrer jahrtausendealten Entwick-

Summary: On the Psychodynamics of the Side-Effects of Oral Contraceptives. After the administration of contraceptives undesirable side-effects, particularly a decrease of libido, anxiety, depression etc. occur with variable frequency.

From a psychodynamic view these disorders result from the interaction of the individual with her (subconscious) experience constellations and the contraceptive drug, with and in which as a vehicle the problems of sexual identity manifest themselves anew.

The disorders are (neurotic) developments of symptoms, they characterize unsuccessful satisfaction of the sexual drive, the rejection tendencies which are effective in this regard refer to the separate act of administration of an oral agent and they are distorted. Furthermore, they assure pseudo-independency and manifestation of hostility.

From a formal point of view this process may be classified with the pharmaco-psychological principles which have been evolved for the atypical effects and the undesirable side-effects of psycho-pharmaceutic agents which have a subjective base.

lung einen gewissen Höhepunkt erreicht. Es sei an jene erste aus der Genesis 38,9 tradierte Technik erinnert, die dem Schwager der *Tamar* zugeschrieben wird, oder an die ältesten pharmazeutischen Rezepte der alten Ägypter (um 1850 v. Chr.), die Krokodildung, Öl, Honig u. a. zu applizieren empfahlen (12); sie überließen der Magie, was heute die systematische Synthese der Steroide präziser ermöglicht.

Daß es sich bei ihnen um chemisch differente Stoffe handelt, ist zu bekannt, so daß auf ihre chemische Konfiguration hier nicht näher eingegangen zu werden braucht.

Bei den klassischen Ovulationshemmern werden

vom 5. bis 25. Zyklustag tägliche Kombinationen von Östrogen und Gestagen impliziert.

Die Wirkungsweise beruht auf mehreren Faktoren, die auf typische Veränderungen des Endometriums sowie des Zervikalschleims gerichtet sind; vor allem erfolgt eine Beeinflussung der Gonadotropine des HVL; dies führt zu einer Ovulationshemmung. Auch scheint es zu einer direkten Einwirkung auf das Ovar mit Blockierung der Ovulation zu kommen (6, 8—11, 17—20, 34, 37, 41, 42, 44).

Schließlich stellt die Anwendung von Kontrazeptiva ein pharmakologisches Massenexperiment von noch nie gewesenem Ausmaß dar. Von zahlreichen gesunden Frauen — man schätzt etwa 30 Millionen — werden während ihrer fertilen Zeit täglich und über Jahre hin freiwillig Medikamente eingenommen, und dies nicht einmal aus therapeutischen Gründen.

Die relative Anwendungsquote liegt (in Deutschland) um 12 bis 14% der entsprechenden Frauen (19); sie scheint bei Jugendlichen erheblich geringfügiger zu sein, z. T. finden sich höhere Zahlen (13).

Nebenwirkungen

Was hier unser Interesse beansprucht, sind bestimmte Beeinträchtigungen, die im Zusammenhang mit der Applikation von Kontrazeptiva auftreten.

Über die Art dieser Nebenwirkungen besteht weitgehend Übereinstimmung. Es sind einmal *körperlich-vegetative Beeinträchtigungen* wie Kopfschmerzen, Schwitzen, Herzbeschwerden, Magen-Darm-Störungen, Übelkeit, Schlafbehinderungen etc.; ferner *psychische Störungen*, die hier besonders interessieren, Reizbarkeit, Unruhe, gestörte Leistungsfähigkeit sowie affektive Labilität und

Zustände depressiver Verstimmung bis zu schweren *Depressionen*; hinzu kommen *Veränderungen der Libido*.

Beispiel:

Ein jung verheiratetes Paar beklagte sich über die nachteilige Wirkung der Kontrazeptiva; bei der Frau bestehen seit etwa einem halben Jahr Frigidität, Desinteresse an sexueller Beziehung mit einer „verkrampft unnatürlichen“ Einstellung. — Diese Veränderungen datieren nach etwa einjähriger störungsfreier medikamentöser Applikation seit dem Zeitpunkt kurz vor der Eheschließung.

Übereinstimmung besteht jedoch nicht über die *Häufigkeit der Nebenwirkungen*: sie wird sehr unterschiedlich angegeben, so z. B. weniger als 1%, wird aber auch in 56% festgestellt (vgl. Tabelle 1). Das mag am Untersuchungs- bzw. Patientengut liegen; doch ist zweifellos auch der in der Medizin gültige Subjektivismus mit all seinen Implikationen mit von Belang.

Zum Entstehungsmodus der Nebenwirkungen

Da es sich um pharmakologisch differente Stoffe handelt, wurden und werden derartige Veränderungen in erster Linie auf die *hormonalen Komponenten* der Medikamente bezogen.

Dies läßt an Veränderungen bereits während des physiologischen menstruellen Zyklus erinnern, so z. B. an eine Abnahme der sexuellen Aktivität und der Orgasmuskapazität in der *postovulatorischen* Periode oder auch an die in dieser Periode kennzeichnende *Zunahme psychiatrischer Krankheiten* einschließlich des Vorkommens von Selbstmord, Selbstmordversuchen, ohne daß bisher mehr als von einer „Labilisierung“ gesprochen werden kann (15).

Tabelle 1
Häufigkeit von Nebenwirkungen nach oraler Kontrazeption
(nach verschiedenen Autoren; %-Zahlen)

	2433 Pat. Ca. 620 Ärzte (Gyn.) Kirchhoff u. Haller (1964)	Ca. 6700 Ärzte (Gyn.) USA (1967)	Ca. 250 Pat. (Psychiat.) Nilsson et al. (1967)	Ca. 119 Pat. (Gyn.) Hauser u. Schubiger (1966)	50 Pat. (11 Psychiat.) Kane et al. (1967)	Glick (1967)
Schweißausbrüche	1,36		22,4			
Schlafstörungen	0,37		6,6			
Herzsensationen	0,21		12,7			
Kopfschmerzen (Migräne)	0,08	35	22,0	8,0		
Übelkeit		20	24,3	16,0		
Reizbarkeit	0,49			10,0		
Depressive Stimmung	0,45	40	20,1		38	2—30
Psychiatrische Symptome	(0,49)		44,5			
Unerwünschte Effekte					56	
Libidosteigerung	0,16	24	2,3	15,0	4	5—13
Libidoabnahme	1,4	31	26,0	39,0	20	20—50

Für die hier interessierenden Nebenwirkungen wurde bereits von einem *provokativen Effekt* der Medikamente gesprochen; bestehende Gegebenheiten treten nun erst hervor. Die bereits „nervöse“ Frau werde nach Applikation von Kontrazeptiva noch nervöser oder es komme — unter der Medikation — auch zur Aktivierung von Kopfschmerzen (10, 46).

Ferner stellten sich psychische Nebenwirkungen bei solchen Frauen ein, in deren Anamnese sich bereits psychiatrische Symptome, Insuffizienzreaktionen oder Neigung zu affektiv auffälligem Verhalten fanden, oder bei denen es bereits zu nachteiligen Beeinträchtigungen während vorausgegangener Schwangerschaften gekommen war (7, 14, 23, 25, 27, 28, 43).

Das heißt, daß bei der Frage nach den Bedingungen der „Akzeptabilität“ von Kontrazeptiva auch das Vorliegen solcher anamnestischen psychischen oder psychopathologischen (rein deskriptiven) Merkmale nicht unberücksichtigt bleiben kann.

Dies erfordert, als Determinanten die subjektiven psychischen Bedingungen zu präzisieren und damit den wirksamen Mechanismus zu klären versuchen, der sich zwischen den Endpunkten: kontrazeptive Medikation — unerwünschte Nebenwirkungen abspielt.

Die Kontrazeption ist selbst gewählt, kontrolliert und reversibel. Die Separation von (medikamentöser) kontrazeptiver Technik und Sexualität sollte also mit der Ausklammerung der Furcht vor unerwünschter Konzeption und anderen nachteiligen Faktoren mittelbar eine Optimierung sexueller Möglichkeiten und Beziehungen gewähren (36).

Positive Veränderungen nach oraler Kontrazeption, wie die Zunahme der Libido (7, 23 u. a.) sind vorwiegend als medikamentunspezifischer, psychisch bedingter Effekt anzusehen. Sie beruhen vor allem auf der Eliminierung der Konzeptionsangst.

Der Stellenwert der unerwünschten Nebenwirkungen, die bei der Anwendung oraler Kontrazeptiva für das individuelle Erleben auftreten, läßt sich etwa folgendermaßen bestimmen:

Die Art der Reaktionen auf diese medikamentöse Applikation hin ist ein Indikator einer (problematischen) Interaktion des Individuums mit dem kontrazeptiven Pharmakon. Es hängt von der Bedeutung ab, die dieses Pharmakon mit seinen Auswirkungen oder seinem Symbolwert für das subjektive — vor allem auch unbewußte — Erleben hat; dabei sind es die mit der (sexuellen) Zielrichtung des Pharmakon interferierenden, gegenteiligen *Abwehr-Tendenzen*.

Schon bei der Frage und Ratsuche nach Kontrazeption können solche abwehrenden Einstellungen als bedeutsame individuelle psychische Faktoren eine Rolle spielen, etwa dann, wenn sie gegen die

Absicht des Partners oder sogar gegen die eigenen (unbewußten) Wünsche und Tendenzen gerichtet sind, so daß bereits damit subtile Konflikte reflektiert werden (22, 23).

Eigene Erfahrungen

Unser Erfahrungsgut stützt sich auf zahlreiche Frauen — im Alter zwischen 20 und 35 Jahren —, bei denen es sich zum größten Teil um neurotische Patientinnen aus ambulanter und klinischer Beobachtung und Behandlung handelt. Bei ihnen kam es bei bzw. nach Applikation von Ovulationshemmern zu Erscheinungen, die der Definition der „unerwünschten Nebenwirkungen“ entsprechen.

Das psychodynamische Geschehen

soll an Hand einiger exemplarischer Beobachtungen aufgezeigt werden.

Auslösung von Schuldgefühlen

Bei einer 27j. Patientin führte die Einnahme der Ovulationshemmer zu einer deutlichen Intensivierung und Frequenzzunahme der seit vielen Jahren nur gelegentlich sich äußernden *Migräneanfälle*.

Als Charakteristika sind anzuführen: Mußehe, 2 ungewollte Kinder sowie Interruptio.

Die Kontrazeptiva änderten bei der stets frigid und häufig ablehnenden Patientin, die eine langjährig hysterisch-phobische Symptomatik und mehrere ernsthafte Suizidversuche durchgeführt hatte, das Sexualleben insofern nachteilig, als sie sich durch eigene Vorwürfe belastet fühlte. Der mit den Kontrazeptiva direkt akzentuierte Sexualbereich wurde in der Qualität des „doch eigentlich Verbotenen“ bewußter.

Solches mit den Kontrazeptiva exazerbierende Schuld- und Vorwurfserleben wird auch als „Wertminderung“ oder als „Verworfenheit“ erfahren und gründet bei diesen — neurotischen — Frauen auf ihrer stets virulenten Sexual- und Partnerproblematik. Das Kontrazeptiv eliminiert diese nicht, sondern evoziert sie.

Eine solche Erlebnisweise stellt sich noch relativ maskiert bei der folgenden Patientin dar; sie bezeichnete ihr bisheriges Sexualverhalten als „noch verkrampfter“ und verwies auf die sehr lange Zeit, die sie benötigte, bis sie zu intemem Kontakt bereit und fähig war.

Jetzt wendet sie Kontrazeptiva an, sagt aber ihrem Freund, der selbst Sexuallängste hat, nichts davon, um auch in dieser Weise ihre Überlegenheit und Macht beizubehalten.

Das gibt sogar ein Beispiel dafür ab, daß die Applikation von Kontrazeptiva auch ein Symptom sein kann. Das normal erscheinende Tun wird in die Stoßrichtung des neurotischen Arrangements mit einbezogen.

Hinzu kommt, daß die Patientin ihr Tun doch nicht voll akzeptiert; sie sieht sich sogar der angstvollen

Gefahr ausgesetzt, daß sie sexuelle Beziehungen jetzt „zu früh“ eingehe.

Obwohl sie es doch ist, die ihre sexuellen Beziehungen angstfrei erfahren will, werden Vorwurf und Verurteilung projektiv auf den Partner gerichtet; beklagt sie sich doch, daß für ihn nun nur das Körperliche Bedeutung habe.

In ähnlicher Weise wird von anderen Frauen argumentiert, daß das Medikament „Kurzschlußhandlungen“ fördere, womit solche intendierten, aber zugleich auch verurteilten sexuellen und zumeist promisküösen Handlungen gemeint sind; denn sonst, ohne die medikamentöse Anwendung, würde es nicht dazu kommen.

Entstehung von Angst

Dies läßt erkennen, daß die Beseitigung von Ängsten durch ihre äußeren Voraussetzungen nicht automatisch integriertes Sexualerleben bedeutet. Das vorhandene Potential der Triebimpulse, insbes. der aggressiven, manifestiert sich erneut, in die „allgemein gangbare Münze der Angst eingetauscht“ (Freud).

Es geht hierbei um die *Erlebnisbedeutung des Medikaments, das Symbol der Droge*; dies wird auch durch jene (verheiratete) Patientin exemplifiziert, die, abgesehen von Kopfschmerzen, Übelkeit und intensiven *Angstgefühlen*, auf die Applikation des Medikaments reagiert; schon die erste Einnahme wurde mit einem angsthaften Lähmungsgefühl um Tage, dann Stunden hinausgezögert.

Die Kontrazeptiva bedeuten eine Art „Freibrief“; die zutiefst intendierten *Dirnen- und Prostitutionsphantasien* sind in gefährliche Verwirklichung gerückt und erfahren in der Angst Signal und Abwehr (vgl. 48).

Mit der pharmakologischen Applikation ist eine Situation sexueller Versuchung repräsentiert; die in ihr erfolgte Stimulierung der Triebbereiche wird — als Gefahr erlebt — auf den separierten Akt der oralen medikamentösen Applikation verschoben und angstvoll abgewehrt.

Bei solchen ganz kurzfristig eingenommenen Kontrazeptiva erübrigt es sich, schon eine eigentliche medikamenteneigene Wirkung in Betracht zu ziehen; diese Annahme gilt weitgehend auch für Störungen, die sich bei länger dauernder Applikation einstellen.

Das oben erwähnte Beispiel der postkontrazeptiven Frigidität zeigt, daß diese durch die eindeutige unbewußte Ablehnung der (berufstätigen) Frau ihrem noch studierenden Partner gegenüber determiniert ist. So beklagte sich die Patientin über die Phantasielosigkeit ihres Mannes, der ihren Prägungen und Erwartungen gemäß nicht der begehrte „Typ des Verführers“ sei und ihrer sexuellen Agilität nicht entsprach. Die resultierende Frigidität war nur die Konsequenz dieser Einstellung.

Depressive Verstimmungen

Affektive Veränderungen werden relativ häufig berichtet; sie sind zuweilen beachtlich (1, 2, 4, 5, 14, 15). Derartige depressive Stimmungsveränderungen erweisen sich u. a. als auf Enttäuschungen beruhend, die an unrealistische Erwartungen bezüglich der kontrazeptiven Medikamentenwirkung gestellt wurden (39).

Bei einer 26j. Patientin überwog bei geringer ausgeprägter depressiver Verstimmung ihre Resignation.

„Gut vorbereitet“ mit dem Kontrazeptiv, erfüllten sich ihre magischen Erwartungen, die auf die „Liebepille“ gerichtet waren, nicht.

Der Wunsch nach dem Medikament und seine Anwendung stellt sich auch hier als Symptom für eine noch nicht ausreichende, die Sexualität noch nicht integrierte Entwicklung dar; empfand doch die Patientin selbst ihre „noch fehlende Reife“ (52).

Bei einer 25j. verheirateten Frau mit 2 Kindern kam es wenige Monate nach der Einnahme von Kontrazeptiva zu einem Zustand verzweifelter Depressivität. Wie aus 2 Menschen bestehend, empfand sie, daß alles in ihr revoltierte. Durch die Tabletten fühlte sie sich „bloßgestellt und vergewaltigt“.

Der problematische Hintergrund zeigt folgende Markierungen: Übelkeitsreaktion schon beim Aufklärungsunterricht in der Schule; Ablehnung jeglicher intimer Beziehungen während vierjähriger Verlobungszeit; Ertragen des ehelichen Verkehrs nur in „großer Überwindung“; Beibehalten onanistischer Befriedigung. Die damit deutlich gewordene Gestörtheit in ihrer Sexualität und Weiblichkeit zeigt Prolongationen, die mit den Störungen und Schwierigkeiten ihres (2j.) Kindes korrespondieren.

Sie stehen in Zusammenhang mit der ihr bewußt gewordenen Ablehnung, da sie sich auch „zu mütterlicher Liebe zwingen“ müsse.

Aggressionen

Aus psychodynamischem Aspekt fungieren die Pharmaka lediglich als Vehikel; mit und an ihnen findet die Problematik der sexuellen Rollenidentität mit den konsekutiven Partnerkonflikten im Phänomen der unerwünschten Nebenwirkungen ihren Ausdruck; Ausdruck latenter oder manifester konflikthafter Erlebnisweisen von Individuen, deren noch nicht gelungene (sexuelle) Identität auch die Fähigkeit zu reifem, sexuellem Partnerverhalten (noch) nicht verfügbar sein läßt.

Es zeigt sich, daß wirksame, nun aktualisierte aggressive Triebimpulse zugrunde liegen; zu ihrer Pathodynamik gehören die hier beobachtbaren Symptommanifestationen, vor allem Angst und Depressivität etc. So sind auch manifeste hostile Tendenzen auszumachen, die den Partner beherrschen, entwerten und schädigen lassen.

So waren bei einer 28j. verheirateten Patientin, die ein — ungewolltes — Kind hat, Kopfschmerzen, affektive Labilität, Unruhe und Angst Folgeerscheinungen der mit den Kontrazeptiva neu aktivierten Problematik.

Schon die Empfehlung ihres Frauenarztes, wegen der Schwangerschaftsängste Ovulationshemmer einzunehmen, wurde als (erneutes) Zeichen von „Zumutung“ und dem Gefühl der „Entwertung“ erlebt.

Abgesehen von der bestehenden sadomasochistischen Partnerbeziehung prädominierte bei der von beiden Eltern (als dritte Tochter) nie akzeptierten und stets — auch in ihren noch florierenden Inzestwünschen — sich zurückgewiesenen fühlenden Patientin eine permanente Feindseligkeitshaltung, eine „Wut auf alle Männer“.

Die Vehemenz aggressiver Impulse ist zuweilen auch dann zu ersehen, wenn aus Angst vor Konzeption das Kontrazeptiv verwendet wird, aber aus einer Art heftigster „Gewissensangst“, die libidinöse Verleugnung und Verurteilung bedingt, davon wieder Abstand genommen wird.

So war in einem Beispiel einer Patientin die Ehe mit dem Kontrazeptiv nicht durchführbar, ohne Kontrazeptiv resultierten Hilflosigkeit, neurotische Depression mit Suizidimpulsen, die klinische Aufnahme erforderten (40).

Der neurotische Kampf um Autarkie und Unabhängigkeit vom Partner gegen vermeintliche eigene (weibliche) Unterlegenheit und „Demütigung“ erfährt an den Kontrazeptiva eine Neuaufgabe.

Auch dort, wo der Anwendung der Ovulationshemmer mit dem Einwand begegnet wird, daß dann „alles zu glatt“, zu problemlos sei und die „Lust an der Gefahr“ vermißt wird, geht es oft in der Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität und dem Sexualpartner um noch benötigte Vorbehalte, Reservate und Refugien, gegen deren Aufgabe und Verlust sich gewehrt wird.

So fragte eine 23jährige, ob sie sich ihrem Freund unterwerfen und so sein soll, wie er es will, oder ob sie Widerstand leisten müsse; Widerstand, den sie mit den Kontrazeptiva aufzugeben fürchtet.

Beeinträchtigungsgefühle

Hierbei zeichnet sich aber auch jener Umstand ab, daß — aus psychoanalytischer Sicht — für die Frau der Wunsch nach einem Kind die normale Überwindung des „weiblichen Kastrationskomplexes“ bedeutet. Damit interferiert die mit dem Kontrazeptiv verbundene Tendenz.

Die Wirksamkeit dieser Konfliktkonstellationen gilt auch bei solchen Frauen, bei denen Ängste um künftige mögliche Infertilität als Bedrohung des Selbstgefühls erfahren werden, die u. U. die Einnahme von Kontrazeptiva ablehnen lassen. Hierher gehört auch, daß das Wissen um die kontrazeptiv bedingte *ausbleibende Ovulation als Beeinträchtigung der Körperintegrität* frühere Beschädigungs-(Kastrations-)Erlebnisse aktualisiert (43).

Zuweilen wird mit der medikamentösen Applikation auch eine „ständige Unnatürlichkeit“ im

eigenen Körpererleben erfahren; ihre mehrfache Determinierung betrifft nicht nur die gewünschte und zugleich befürchtete Enthemmung; es sind vor allem auch die mit dem Medikament verbundenen zerstörerischen Triebtendenzen gemeint.

Dabei ist es besonders der *orale Modus der Applikation*, der prägenitale Erlebnisweisen in Gang bringt. Die Inkorporation der medikamentösen Substanz als (projektiver) Träger eigener destruktiver Impulse wird nun gefürchtet, da „etwas mit einem gemacht wird“, „Zerstörerisches in einem geschieht“.

Solche, den oralen Bereich einbeziehenden innerseelischen Geschehnisse spielen im übrigen bei *Pharmakaphobien* überhaupt eine wichtige Rolle (49, 50).

Das skizzierte Geschehen läßt sich nach inhaltlichen und formalen Gesichtspunkten sowie dem der Funktion näher bestimmen.

Die *individuellen, psychischen, inhaltlichen Determinanten* der unerwünschten Nebenwirkungen der Kontrazeptiva werden in der Tabelle 2 noch einmal zusammengefaßt.

Demnach stellen die unerwünschten Nebenwirkungen — unter Einbeziehung und auf der Leit-

Tabelle 2

Unerwünschte Nebenwirkungen oraler Kontrazeptiva

Subjektive (inhaltliche) Determinanten:

1. Information über mögliche Nebeneffekte
2. Analoge bzw. gleiche medikamentöse Vorerfahrungen
3. Magische Erwartungen („Liebesdroge“) und Enttäuschungen

Konflikthafte Einstellung zu bzw. Abwehr gegenüber

4. der Konzeption und ihren Implikationen
5. dem Ausbleiben der Ovulation
Beschädigungserleben „Kastration“
Furcht späterer Fertilität
Selbstwerterleben
6. dem (hormonalen) Pseudo-Schwangerschaftszustand
7. a) Sexualität überhaupt („Reife“)
Prägenitale Fixierungen
b) Weiblicher Entwicklung (Identität)
Eigene Kind-Mutter-Beziehung
Schwangerschaft
c) Auswirkungen aktivierter sexueller Impulse
(„Freibrief“), Entsicherung, Bedrohung, Angst,
Strafe
8. dem(n) hetero-sexuellen Partner(n)
und der Stabilität dieser Beziehung(en)
Unterwerfungswünsche, Hostilität
9. der Inkorporation (als Akt)
des Pharmakons (als Substrat
destruktiv-projektiver Impulse)

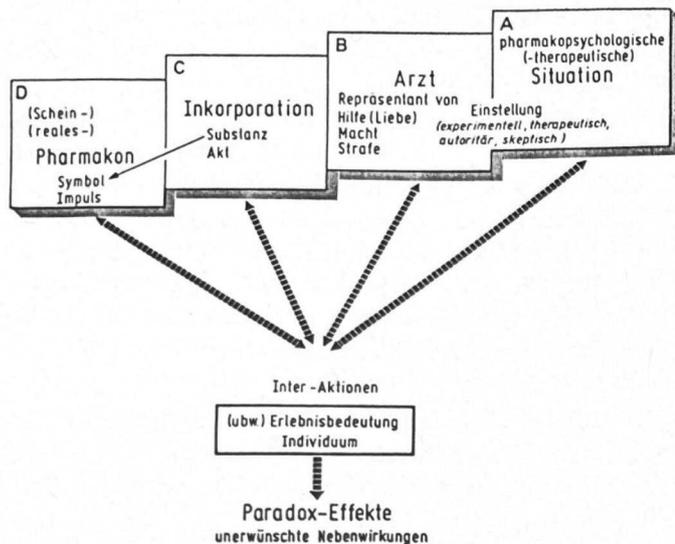


Abb. 1

schiene möglicher pharmakogener Veränderungen — eine (neurotische) Symptombildung dar. Sie signalisieren, metapsychologisch gesehen, im wesentlichen das Vorliegen mißlungener (sexueller) Triebbefriedigungen und intrapsychische Abwehrhaltungen.

Unter dem Gesichtspunkt der Funktion sind die unerwünschten Nebenwirkungen Ausdruck der Manifestation von Feindseligkeit;

der Gewährleistung von Pseudo-Unabhängigkeit und Pseudo-Überlegenheit;

der Abwehr — Verleugnung und Verurteilung — von (eigenen) sexuellen Triebbedürfnissen.

In formaler Hinsicht sind die skizzierten Veränderungen als ein Sonderfall jenem pharmakopsychiatrischen bzw. -psychologischen Bereich zu subsumieren, der die determinierende Bedeutung des Individuums und seiner Erlebniskonstellation für den Pharmakon-Effekt bzw. dessen atypische Ausprägung untersucht und aufzeigt. Damit sind — formal — die gleichen Prinzipien gültig wie die, die für den Bereich der subjektiv bedingten atypischen Effekte von (Psycho-)Pharmaka überhaupt herausgestellt wurden: Die atypischen, paradoxen Reaktionen — und eben auch die unerwünschten Nebenwirkungen — sind durch die Abwehr des Individuums gegenüber dem Bedrohungs- und Entsicherungserleben, das von dem Pharmakon, seinen Impulsen und Derivationen hervorgerufen ist, bestimmt.

Hier, bei den Kontrazeptiva mit ihrer Zielrichtung ist der triebbestimmte Bezug des pharmakopsychologischen Geschehens unmittelbar evident;

sonst, bei der Verwendung anderer Psychopharmaka mit ihren resultierenden Nebenwirkungen oder atypischen Effekten, ist das nur mittelbar erkenntlich.

In Abbildung 1 wird das formale pharmakologische Geschehen veranschaulicht; von den 4 differierbaren, relevanten Dimensionen und Interaktionsfeldern sind hier vor allem die mit C und D bezeichneten von Belang (49, 50, 51).

Schrifttum: 1. Ayd, F.: Oral contraceptives — psychic effects. Internat. Drug Therapy Newsletter 1 (1966) 3. — 2. Brit. med. Symposium: Oral contraceptives. Brit. med. J. 5355 (1963) 489; Brit. med. J. 5356 (1963) 550. — 3. Buttenberg, D.: M Kurse ärztl. Fortbild. 13 (1963) 542. — 4. Carranza-Acevedo, J.: Lancet (1967) 104. — 5. Daly, R. J., Kane, F. J. u. Ewing, J. A.: Lancet (1967) 444. — 6. Döring, G. K.: Fsch. Med. 87 (1969) 158. — 7. Glick, I. D.: Psychopharmacol. 10 (1967) 363. — 8. Haller, J.: Ovulationshemmung durch Hormone. Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1968; Med. Mitt. (Schering) 27 (1966) 2, 10. — 9. Hammerstein, J.: Persönl. Mitt. — 10. Hauser, G. A. u. Schubiger, V.: Arch. Gynäk. 202 (1965) 175. — 11. Hauser, G. A. u. Schubiger, V.: Therapiewoche 16 (1966) 991. — 12. Himes, N. E.: Medical History of Contraception. New York 1963, zit. n. Moos. — 13. Huber, A.: Med. Klin. 64 (1969) 1134. — 14. Kane, F. J., Daly, R. J., Ewing, J. A. u. Keeler, M. H.: Brit. J. Psychiat. 113 (1967) 265. — 15. Kane, F. J., Treadway, C. R. u. Ewing, J. A.: Compr. Psychiat. 10 (1969) 16. — 16. Kaye, B. M.: J. Amer. med. Ass. 186 (1964) 522. — 17. Kirchhoff, H.: Therapiewoche 19 (1969) 143. — 18. Kirchhoff, H.: Therapiewoche 18 (1968) 66. — 19. Kirchhoff, H. u. Haller, J.: Med. Klin. 59 (1964) 681. — 20. Kirchhoff, H. u. Haller, J.: Therapiewoche 14 (1964) 1, 33. — 21. Kirchhoff, H. u. Haller, J.: Internist 5 (1964) 232 u. 242. — 22. Lehfeldt, H.: Med. Tribune (1968) 38, 28. — 23. Lehfeldt, H. u. Guze, H.: Fertil. Steril. 17 (1966) 110. — 24. Meldman, J. J.: Psychosomatics 5 (1964) 188. — 25. Michel-Wolfrohm, H.: Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obstét. franç. (1962) 666. — 26. Molinski, H.: Z. psychosom. Med. 13 (1967) 212. — 27. Moos, R. H.: Psychosom. Med. 29 (1967) 548. — 28. Moos, R. H.: Arch. gen. Psychiat. 19 (1968) 87. — 29. Nilsson, A. u. Almgren, P. E.: Brit. med. J. (1968/II) 453. — 30. Nilsson, A., Jakobson, L. u. Ingemansson, C. A.: Acta obstet. gynec. scand. 46 (1967) 537. — 31. Peeters, F.: Med. Mitt. (Schering) 29 (1968) 2. — 32. Peeters, F.: Ärztl. Prax. 21 (1969) 2794. — 33. Peeters, F., van Rey, M. u. Oeyen, H.: Med. Klin. 56 (1961) 1679. — 34. Pincus, G.: Science 153 (1966) 493. — 35. Poettgen, H.: Ärztl. Prax. 21 (1969) 1125. — 36. Pollock, G.: zit. n. Glick. — 37. Pschyrembel, W.: Z. ärztl. Fortbild. 53 (1964) 5. — 38. Ringrose, C. A. D.: Canad. med. Ass. J. 92 (1965) 1207. — 39. Sapir, P. et al.: zit. nach Glick. — 40. Schimmelpfennig, G. W.: Hippokrat. 39 (1968) 765. — 41. Stark, G.: Ärztl. Prax. 21 (1969) 1339. — 42. Tronnier, H. u. Hoppe-Seyler, G.: Therapiewoche 22 (1969) 1024. — 43. Wallach, E. F. u. Garcia, C. R.: J. Amer. med. Ass. 203 (1968) 927. — 44. Wearing, M. P.: Canad. med. Ass. J. 89 (1963) 242. — 45. Die Welt, 3. 6. 1967. — 46. West, J. u. West, E. D.: Lancet (1966) 1180. — 47. Wittgenstein, Graf, O.: Phys.-diätet. Ther. 5 (1964) 385. — 48. Zell, J. R. u. Crisp, W. E.: Obstet. Gynec. 23 (1964) 657. — 49. Ziolko, H. U.: Dtsch. med. J. 12 (1961) 553. — 50. Ziolko, H. U.: Internist 8 (1967) 331. — 51. Ziolko, H. U.: Arzneimittelforsch. 19 (1969) 76. — 52. Ziolko, H. U.: Therapiewoche 19 (1969) 1357.

Ansch. d. Verf.: Prof. Dr. med. H. U. Ziolko, Psychiatrische u. Neurologische Klinik der Freien Universität, 1 Berlin 19, Nußbaumallee 30—38.