

erwünschte Mutterschaft beschränkte auch die sozialen Ambitionen mit Aufgabe der Erwerbstätigkeit häufiger als sonst bei Frauen mit Kindern.

Den umfassenden anglo-amerikanischen Statistiken über die Anwendung von Ovulationshemmern wird nur ein kleines Kollektiv von 70 jungen Müttern zugefügt, wobei das gute Vertrauensverhältnis einer langjährigen eingehenden Betreuung eine Objektivierung der psychosexuellen Situation und von Veränderungen in der Intimsphäre bei verhüteter Ovulation und Konzeption über mehrere Cyclen ermöglichte. Unter der Einnahme der Ovulationshemmer gaben  $\frac{1}{3}$  einen häufigeren ehelichen Verkehr an, und eine Veränderung der Libido glaubten 7 Frauen mit einer Steigerung und ebensoviele mit einer Verminderung zu bemerken. Obwohl alle eine psychische Entspannung hervorhoben, fand sich bei 9 Frauen mit einer Anorgasmie keine Besserung. Alle jungen Mütter waren und blieben berufstätig. Auch bei intensiver Psychoexploration war bei dem nach psychischer und matrimonialer sowie sozialer Situation weitgehend einheitlichen Kollektiv junger Mütter keine eindeutige Änderung der Psychosexualität bei hormonal gehemmter Ovarialfunktion nachzuweisen.

Zusammenfassend ergibt die langjährige psychologische Beobachtung junger Frauen mit primär fehlender oder sekundär gestörter generativer und endokriner Ovarialfunktion keine Ausprägung der Geschlechtsrolle oder sozialen Persönlichkeit allein durch genetische oder hormonale Korrelationen, so daß durch eine individuelle sexual- und sozialpädagogische Beratung situationsbedingte neurotische Konflikte vermieden oder gelöst werden können.

### 39. Herrn H. Poettgen (Düren/Rhld.): Psychologische und theologische Probleme der Kontrazeption mittels Ovulationshemmern.

Nach Erscheinen der „Enzyklika humanae vitae“ im Juli d. J. sprach der Tübinger Theologe KÜNG von einem zweiten Fall Galileo Galilei, den sich die Kirche nicht leisten könnte. In der Tat hat seit Beginn des heliozentrischen Zeitalters, abgesehen von der Entdeckung der Kernspaltung, keine naturwissenschaftliche Erfindung ein so leidenschaftliches Engagement in der breiten Öffentlichkeit hervorgerufen wie die Einführung der Ovulationshemmer als antikonzeptionelle Methode; und es hat fast den Anschein, als vermöchten jene wenigen Milligramm einer Gestagen-Oestrogenkombination eine 2000 Jahre alte mächtige Kirche in zwei Lager aufzuspalten. Wenn wir in dieser Situation unseren Standort als Ärzte und Fachärzte umreißen sollen, so müssen wir — frei von jeglichem emotionalen Engagement — in unseren Aussagen bestimmt werden von einer nüchternen Analyse der wissenschaftlichen Fakten.

Über den Rahmen der pharmakodynamischen Exploration einer Droge hinaus haben die Ovulationshemmer psychologische, anthropologische und theologische Probleme aufgeworfen, denen wir uns als Ärzte stellen müssen. Wird diese Aufgabe von uns nicht wahrgenommen, so liefern wir unsere Patientinnen in dieser geistigen Auseinandersetzung dem Einfluß einer Publizistik aus, deren Anliegen es sicher nicht ist, der wissenschaftlichen Erhellung dieser Probleme zu dienen.

PRILL u. IMLE haben in einer demoskopischen Studie nachgewiesen, daß bei einem hohen Prozentsatz der Frauen und ihrer Partner Voreingenommenheiten gegen die Einnahme von Ovulationshemmern bestehen. Diese abwehrenden Einstellungen können einmal von den soeben beschriebenen publizistischen Einflüssen herrühren, zum anderen aber auch in einer Aktivierung vorher vorhandener latent-neurotischer Persönlichkeitsstrukturen begründet sein. Hierher gehört z. B. die Cancerphobie der oral gehemmten Frauen, hierher gehört aber auch die Angst vor dauernder Sterilität bei Frauen mit intensivem unterbewußtem Kinderwunsch. Die Applanierung des *congressus sexualis* auf die Stufe alltäglicher Risikolosigkeit mobilisiert in diesen Frauen Abwehrvorgänge, die sich in einer sekundären Frigidität niederschlagen können. Darüber hinaus beobachten wir bei den Frauen, die der passiven Kategorie des Handelns angehören, unter der Einnahme von Ovulationshemmern Schlaflosigkeit und Unruhezustände. Bei ihnen wird der ungewohnte Zuwachs an Macht und Selbstverantwortung mit neurotisierender Angst beantwortet. Wer sich hierüber näher informieren will, der sei auf die Arbeit von MOLINSKI aus der Düsseldorfer Klinik verwiesen. Relativ groß ist die Anzahl der Frauen, die nach der Einnahme von Ovulationshemmern Orgasmusstörungen aufweisen. Im wesentlichen lassen sich hier drei Gruppen unterscheiden:

1. Zur 1. Gruppe gehören jene Frauen und Mädchen, die in ihrer Persönlichkeitsstruktur eine Identitätsschwäche aufweisen; ein mangelhaftes „sich bekennen können“ zur eigenen Weiblichkeit, das aus verschiedenen Ursachen heraus entstanden sein kann, führt zur Angst vor Identitätsverlust. In der Anamnese dieser Patientinnen finden wir auch schon vor Einnahme der Ovulationshemmer Störungen der orgasmischen Potenz sowie Amenorrhoe oder Dysmenorrhoe.

2. Die 2. Gruppe wird gebildet von den Frauen, die durch die Aufhebung der Befruchtungsmöglichkeit Störungen im Selbstwertgefühl und eine Beeinträchtigung ihrer Selbstbestätigung im Sinne einer Aktivierung des weiblichen Kastrationskomplexes erfahren. Hier kommt es zur sekundären Anorgasmie, da die Libido solcher Frauen trotz Ablehnung weiteren Kindersegens durch die potentielle Konzeptionsmöglichkeit positiv stimuliert wird.

3. die 3. Gruppe leitet nun gleichzeitig zum zweiten Teil meines Themas, zu den theologischen Problemen über.

In dieser Gruppe findet sich die große Zahl derer, die im ständigen Konflikt zwischen den Ansprüchen ihrer sexuellen Triebphäre und den moralischen Forderungen religiöser Sittengesetze der menschlichen Gesellschaft leben. Es wäre sehr vordergründig, wenn man diese Patientinnen nur unter den kirchlich engagierten Mitgliedern unserer Gesellschaft suchen wollte, da die Normen religiöser Ethik im Verlauf der Jahrhunderte längst säkularisiert und somit auch in das Denken und Fühlen kirchenfremder Gesellschaftsschichten als sexualpädagogische Leitbilder von Eltern und Erziehern eingraviert wurden. Gerade hinter einer bewußtseinsmäßig von solchen Patienten betonten Emanzipation von kirchlicher Bevormundung verbirgt sich im Unterbewußtsein sehr oft eine moralische Konfliktsituation. In solchen Fällen kommt es nach der Einnahme von Ovulationshemmern zu unbewußten Schuldgefühlen mit Selbstbestrafungstendenzen, die in einer rückläufigen Libidoentwicklung ihren psychophysischen Niederschlag finden. Die unbewußte Assoziation: sexuelle Lust = Sünde hat bei dieser neurotischen Konfliktsituation Pate gestanden.

Es ist nun an der Zeit, die Ursprünge einer Moraltheologie zu durchleuchten, die durch Jahrhunderte hindurch die Entfaltung einer natürlichen Sexualität verhinderte. Wo liegen die sittlichen Normen, die die theologische Ethik so vieler christlicher Konfessionen und Denominationen zu einer solchen, die Entfaltung menschlichen Seins hemmenden und schädigenden Einstellung veranlaßten? Die Antwort lautet:

1. In der kirchlichen Lehre vom Naturrecht und
2. im Synkretismus frühchristlichen Gedankengutes mit Elementen der hellenistischen Gnostik und Stoa.

#### *ad 1. Was ist Naturrecht im Denken der Theologie?*

Aristoteles glaubte, in seiner Entelechielehre dem Geheimnis der formenden Kräfte in der Natur auf die Spur gekommen zu sein. Seine philosophische Ethik gipfelt in der Vorstellung, daß menschliches Wesen auf dem Wege einer permanent evolutionären Entfaltung zur Vollkommenheit gelangen könnte. Hierin liegt eine metaphysische Spekulation, die heidnisch-antiken Denken entspringt. Die Moraltheologie hat die aristotelische Philosophie und die asketische Weltanschauung der Stoa uminterpretiert, indem sie biologische Gesetze als Ausdruck göttlichen Willens und damit als sittlich verbindlich deklarierte. Die Naturrechtslehre enthält also unkontrollierte mythisch-magische Elemente

antiken Denkens, die einer Überprüfung im Geiste einer auf den canonischen Evangelien fundierten modernen christlichen Theologie nicht standhalten können. In der rational und wissenschaftlich erhellten Existenz des heutigen Menschen kann daher das herkömmliche kirchliche Naturrecht nicht mehr als verbindlich angesehen werden. Nirgends wird die Notwendigkeit der Entmythologisierung christlichen Gedankengutes deutlicher sichtbar als hier.

*ad 2. Wie kam es zur christlichen Leibfeindlichkeit ?*

Die historisch-kritische Bibelforschung der modernen Theologie hat herausgefunden, daß einige Paulus-Briefe (Thimoteus, Epheser, Kolosser) nicht aus der Feder des Apostel Paulus stammen. Diese Briefe enthalten eine Menge an manichäistischem Gedankengut, das aus der späthellenistischen Gnostik stammt. Die Gnostik aber war eine griechische Sekte, deren Leibfeindlichkeit und Askese als Reaktion auf die ausschweifende Sinnlichkeit der untergehenden Antike zu verstehen war. Über Paulus-Epigonen hielt dieses synkretistische Element Einzug in die eben erwähnten Schriften. In den maßgebenden Büchern der Synoptiker hingegen ist keine einzige Aussage Jesu zu finden, die eine Diffamierung, geschweige denn eine Verurteilung menschlicher Erotik und Sexualität beinhaltet.

Und doch haben die Kirchenväter, an ihrer Spitze CLEMENS VON ALEXANDRIEN und AUGUSTINUS, die aristotelisch-stoische Naturrechtslehre und den deuteropaulinischen Manichäismus zu Grundpfeilern einer Jahrhunderte beherrschenden Moralthologie gemacht. Auch AUGUSTINUS, der den größten Einfluß auf die Moralthologie ausübte, ist es nicht gelungen, eine Synthese zwischen Geschlechtsleben und christlicher Liebe zu finden. Im Gegenteil, er begründete jenen verheerenden Dualismus zwischen der Sexualität einerseits und der christlichen Liebe andererseits. Liebende Hingabe an den Partner, losgelöst vom Zeugungsakt, wurde seitdem als Sünde verurteilt, weil angeblich die Einheit des Geschlechtsaktes gewahrt werden sollte. Dabei hat niemand anderes als diese Theologie selber die angestrebte Einheit schon in ihrem Denkansatz zerstört, indem sie *eine* Komponente dieser Einheit, nämlich die sexuelle Lust, verketzerte. Es wird ein geistesgeschichtliches Phänomen ersten Ranges bleiben, daß ausgerechnet die „Religion der Liebe“ über 2 Jahrtausende hin mit großem Eifer einen wesentlichen Bestandteil menschlicher Liebe denunzierte. Die personale Tiefen-Dimension menschlicher Sexualität, wie sie in den wenigen Worten NIETZSCHES . . . . „Denn alle Lust will Ewigkeit, — will tiefe, tiefe Ewigkeit . . . .“ bereits intendiert wird, ist bis zum heutigen Tage ein blinder Fleck im Blickfeld der Moralthologie geblieben.

### Zusammenfassung

1. Die Verwendung von Ovulationshemmern in der ärztlichen Praxis fordert neben genauer Kenntnis der pharmakodynamischen und psychologischen Wirkungen und Nebenwirkungen den Arzt zu einer Stellungnahme und Entscheidung in ethischen Fragen heraus.

2. Der Arzt, der aus weltanschaulichen Gründen die Verordnung von Ovulationshemmern verweigert, ohne die philosophischen und theologischen Hintergründe seiner Haltung genauer untersucht zu haben, verfehlt seine ärztliche Aufgabe ebenso wie der Arzt, der Ovulationshemmer ohne genaue Sachkenntnis der oben genannten drei Erfahrungsbereiche leichtfertig verabfolgt.

3. Die Gründe der Moralthologie, die zur Ablehnung der Ovulationshemmer führten, wurzeln in der Vermischung von antikem, teils mythologischem Gedankengut mit einer von der Eschatologie her geprägten Religiosität der Urgemeinde. Die Reglementierung des Geschlechtslebens auf dieser Basis beruht demnach auf ideologisch überfremdetem christlichem Gedankengut. Eine zeitgemäße theologische Ethik muß frei sein von jeglicher Diffamierung des menschlichen Sexualtriebes.

4. Eine antikonzeptionelle Methode kann weder sittlich gut noch sittlich böse sein. Auf keinen Fall aber kann die eine Methode (Knaus-Ogino) sittlich gut und die andere sittlich schlecht sein, denn in ihrer Intentionalität, die letzten Endes für den Akt sittlichen Handelns entscheidend ist, sind sie alle gleich.

5. Ethische Normen für ärztliches Handeln können nicht aus ontischen Strukturen abgelesen werden, sondern nur aus der perichoren Verflochtenheit der pathischen Kategorie mit der ontischen, wie es V. v. WEIZSÄCKER in seiner medizinischen Anthropologie darzustellen versuchte.

6. Die Angst vor der Manipulation am Menschen haben seit jeher Theologie, Philosophie und Jurisprudenz mit Mißtrauen gegenüber Naturwissenschaft und Medizin erfüllt. Dazu wäre an dieser Stelle zu sagen: es gibt keine gefährlichere Manipulation am Menschen als die an der Freiheit seiner Gewissensentscheidung.

7. Es konnte nicht Aufgabe dieses Referats sein, eine historisch lückenlose Darstellung über die Entwicklung der Moralthologie zu liefern. Vielmehr muß es dem Arzt erlaubt sein, auf Grund seiner Begegnung mit psychosomatischen Leiden des Menschen an *der* Stelle auf wesentliche historische Faktoren zu reflektieren, an welcher kulturelle, religiöse und soziologische Einflüsse pathogen in die psychophysische Ordnung des Menschen einstrahlen.

*Literatur.* ARISTOTELES: Ausgabe Lehmann-Leander. — FR. BÖCKLE: Bulletin zur innerkirchlichen Diskussion um die Geburtenregelung. — Dokumente der päpstlichen Kommission für Geburtenregelung Herder Korrespondenz 21/9. — A. HERTZ: Naturrechtsmetaphysik oder Heilsbotschaft? FAZ 186/13. — W. KEMPER: Die Störungen der Liebesfähigkeit beim Weibe. — H. MOLINSKI: Ovulationshemmer und das Erleben von Macht und Ohnmacht. — MORUS: Eine Weltgeschichte der Sexualität. — A. MÜLLER: Welt und Mensch in ihrem irrealen Aufbau. — FR. NIETZSCHE: Also sprach Zarathustra. — H. J. PRILL: Psychosomatische Gynäkologie. — H. ROEMER: Gynäkologische Organneurosen. — V. v. WEIZSÄCKER: Begegnungen und Entscheidungen. — V. v. WEIZSÄCKER: Einführung in die Medizinische Anthropologie.

#### 40. Herr G. Silló-Seidl (Frankfurt a. M.): Die Behandlung von Potenzstörungen durch den Frauenarzt.

Der sexualgestörte Patient sucht üblicherweise allein den Arzt in der Annahme auf, daß er selbst erkrankt sei und infolgedessen man nur ihn behandeln muß. Da aber ein impotenter Ehemann verheiratet ist, d. h. er in einer sexuellen Gemeinschaft lebt, sind seine Schwierigkeiten meist nicht allein in ihm, sondern auch in der gestörten Wechselbeziehung der Partner zu suchen.

Schon am Anfang meiner Tätigkeit in Frankfurt fielen mir die mit den potenzgestörten Patienten die Sprechstunde gemeinsam aufsuchenden Ehefrauen auf. Als ich sie in die näheren Besprechungen und Untersuchungen einbezog, kamen immer mehr und mehr Ursachen zum Licht, die darauf hindeuteten, daß in vielen Fällen selbst die Ehefrauen für die Potenzstörung verantwortlich sind. Andererseits war eine Reihe von Anhaltspunkten von den Ehefrauen zu erfahren, z. B. über die Intimsphäre, Äußerlichkeiten, worüber der Mann uns nicht unterrichtete. So konnte der Arzt von der Partnerin u. a. erfahren, daß der Mann eine Freundin oder sie einen Freund hatten, daß sie an einem Verkehr nicht interessiert sei, sogar ihr schmerzte, sich vor einer Schwangerschaft fürchtete, den Mann nicht mehr liebt, sogar ablehnt, mit den Schwiegereltern zankt, glaubt, geistig über ihrem Manne zu stehen, welche sexuellen Exzesse sie oder er haben, über die vorehelichen Verhältnisse und Erfahrungen, über ihre Erkrankungen, Schwangerschaften, verschwiegene Aborte, religiöse Einstellung usw. Bei dieser Besprechung kann der Arzt erfahren, wie die Partnerin überhaupt aussieht, ob sie eine aparte Erscheinung ist, wie gepflegt ihre Haut, Haare, Zähne, Kleidung sind, ob sie Mundgeruch, Schweißgeruch hat. Gynäkologisch ist zu erfahren, ob sie viril ist, Hängebauch, Fluor, Vaginismus hat, an Genitalentzündungen, Tumoren leidet, ob sie im Verhältnis zum Glied des Ehemannes eine enge oder sehr breite Scheide hat usw.