

JOURNAL FÜR MENOPAUSE

BITZER J

Psychosomatische Sichtweise der Menopause

Journal für Menopause 2000; 7 (4) (Ausgabe für Schweiz), 9-14

Journal für Menopause 2000; 7 (4) (Ausgabe für Deutschland)

7-14

Journal für Menopause 2000; 7 (4) (Ausgabe für Österreich), 7-14

Homepage:

www.kup.at/menopause

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

PSYCHOSOMATISCHE SICHTWEISE DER MENOPAUSE

Psychosomatic view of the menopause

A psychosomatic perspective on menopause means the inclusion of biological, psychological and social factors in the counselling of women in this phase of life. In addition to the endocrinological investigations and possible treatment there are four main pillars to this approach: the menopausal transition as a segment of life and chance for growth, the interactions between psyche and physiology at this time, healthy living combined with issues of motivation and compliance and, lastly, the specialities of the doctor-patient relationship during menopausal counselling.

A knowledge of developmental psychology, psychoendocrinology, health psychology as applied encouragement to healthy living and compliance and of the therapeutic and diagnostic possibilities inherent in the doctor-patient relationship is an integral part of menopausal counselling.

Key words: *biological and psychosocial perspective, systemic view of menopause, patient education, health promotion, life-span development*

ZUSAMMENFASSUNG

Die psychosomatische Sichtweise der Menopause bedeutet die Einbeziehung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren bei der Beratung der Frauen in dieser Lebensphase. Neben der endokrinologischen Abklärung und eventuellen Behandlung umfaßt diese Sichtweise 4 zentrale Elemente: den Bereich des menopausalen Übergangs als Lebensphase und Entwicklungsprozeß, den Bereich der körperlich-seelischen Wechselwirkungen in diesem Zeitraum, den Bereich des Gesundheitsverhaltens, der Motivation und Compliance und schließlich die Besonderheiten der Arzt-Patienten-Beziehung in der Menopausensprechstunde.

Die Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie, der Psychoendokrinologie, der Gesundheits-

psychologie im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung und Compliance und das Wissen über die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der aktiven Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung sollten in die Menopausen-Sprechstundentätigkeit integriert werden.

EINLEITUNG

Der menopausale Übergang kann aus sehr verschiedenen Perspektiven betrachtet werden:

- aus der endokrinologischen Perspektive, bei der die Veränderungen der Steroidhormonsekretion durch die Ovarien im Vordergrund stehen;
- aus der entwicklungspsychologischen Perspektive, bei der körperliche und seelische Prozesse des Alterns den Fokus der Aufmerksamkeit bilden;

- aus der soziologischen Perspektive, die in ihren Forschungen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zum Thema hat, innerhalb deren sich der menopausale Übergang gestaltet.

Psychosomatische Medizin stellt den Versuch dar, biologische, psychologische und soziale Prozesse gleichzeitig zu betrachten, um deren Wechselwirkung besser zu verstehen und um der Gesamtheit des Phänomens „Prä- und Postmenopause der Frau“ gerecht zu werden.

Innerhalb dieses Versuchs einer ganzheitlichen Sichtweise haben sich in der Forschung und Praxis vier Bereiche herausgebildet, die psychosomatisches Denken und Handeln in der Menopausensprechstunde bestimmen:

- der Bereich des menopausalen Übergangs als Lebensphase und Entwicklungsprozeß;
- der Bereich der körperlich-seelischen Wechselwirkungen in diesem Zeitraum;
- der Bereich des Gesundheitsverhaltens, der Motivation und „Compliance“;
- die Besonderheiten der Arzt-Patientin-Beziehung in der Menopausensprechstunde.

Bei all diesen Themenbereichen geht es um das Individuum in seiner körperlich-seelischen Gesamtheit und in seinem sozialen Kontext.

LEBENSPHASE UND ENTWICKLUNG

Um die einzelne Person in einer bestimmten Lebensphase wie der Prä- und Postmenopause zu ver-

stehen, bedarf es eines theoretischen Modells, das es uns erlaubt, die vielfältigen Faktoren auf der Ebene der einzelnen Persönlichkeit sowie der sozialen Umwelt zu berücksichtigen. Ein solches Modell ist das aus der Systemtheorie kommende Entwicklungsmodell (Abb. 1), das von dem zentralen Begriff der „Passung“ ausgeht [1].

Gelungene Entwicklungen in diesem Modell finden dann statt, wenn die persönlichen Entwicklungsziele und Entwicklungspotentiale in Übereinstimmung gebracht werden können mit den von der Umwelt kommenden Entwicklungsanforderungen und Entwicklungsangeboten. Was ist damit gemeint? In jeder Lebensphase bildet jeder einzelne Mensch, teilweise bewußt, teilweise unbewußt, Entwicklungsziele und Entwicklungsbedürfnisse aus. Zur Zeit des menopausalen Übergangs sind diese Ziele z. B. Gesunderhaltung, Beibehaltung der Leistungsfähigkeit, Abwendung der Angst vor schweren Erkrankungen, Bedürfnis nach partnerschaftlicher Zuwendung und Stabilität, Wünsche nach Weiterentwicklung und Wachs-

tum etc. Gleichzeitig bestehen bei jedem Menschen sehr individuelle Entwicklungspotentiale im körperlichen und seelischen Bereich. Diese sind häufig durch die Lebensgeschichte und die persönliche Konstitution vorgegeben, dazu gehören ebenso Lebenserfahrung, Kompetenz, Beziehungen, Vernetzung, Wissen etc.

Diesen persönlichen Faktoren stehen nun Änderungen in der Umwelt entgegen, die sich als Entwicklungsanforderungen präsentieren. Dazu gehört z. B. Verluste zu akzeptieren und zu verarbeiten, wie die Abnahme der Attraktivität, der Leistungsfähigkeit in bestimmten Bereichen, die Veränderungen in der Sexualität, Veränderungen in der Beziehung zu den Kindern etc. Neben diesen Entwicklungsanforderungen bietet aber die Umwelt auch Entwicklungsangebote, wie berufliche Chancen, soziale Organisationen, kulturelle Rahmenbedingungen, altersentsprechende Angebote in Freizeit und Partnerschaft.

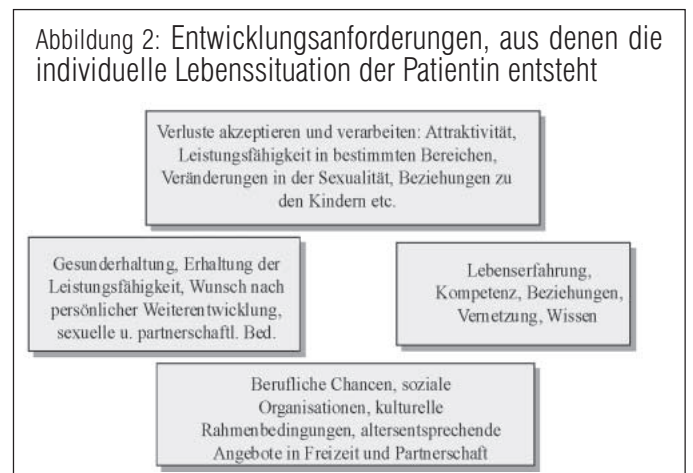
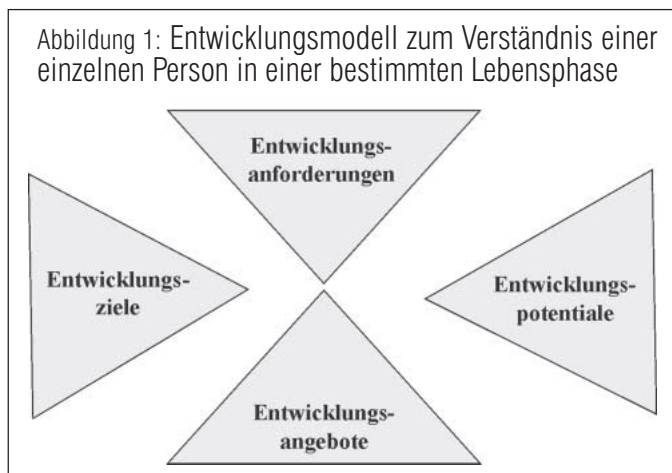
Aus dem Zusammenwirken dieser Elemente im Sinne einer systemischen Wechselwirkung entsteht die individuelle Lebenssituation

der Patientin, die es zu verstehen gilt (Abb. 2) [2].

E. Erikson hat in seinem Modell der Lebensphasenentwicklung zwei zentrale Themen für diesen Lebensabschnitt definiert: einmal das Thema „Generativität versus Stagnation“. Damit ist gemeint, daß die Entwicklungsaufgabe in dieser Lebensphase darin besteht, die nächste Generation zu fördern, um ein berufliches, soziales und politisches Engagement aus der Situation der Erfahrung im Leben zu entwickeln. Die zweite Entwicklungsaufgabe ist die unter dem Thema „Integration versus Verzweigung“. Erikson meint damit die Reflexion über die eigene Biographie, die Fähigkeit, die Begrenztheit des eigenen Lebens zu akzeptieren, Zufriedenheit mit dem Erreichten zu entwickeln und auch im höheren Lebensalter ein sinnstiftendes und produktives Engagement entwickeln zu können.

KÖRPERLICH-SEELISCHE WECHSELWIRKUNGEN

Im menopausalen Übergang gibt es eine Fülle von körperlich-seeli-



schen Wechselwirkungen, die ebenfalls modellhaft verstanden werden können (Abb. 3).

In diesem Modell stehen das Gehirn und spezifische Körperfunktionen in einer Wechselwirkung, bei der beide Elemente sowohl Signalgeber als auch Signalempfänger sind. Diese Wechselwirkungen sind eingebettet in die biologische Umwelt, den biologischen Kontext, und in die psychosoziale Umwelt, den psychosozialen Kontext.

Beim menopausalen Übergang geht es zum einen um die Wirkungen spezifischer Körperfunktionen auf das Gehirn. Damit ist gemeint, daß insbesondere die Ovarien Signalgeber für das Gehirn sind, indem die Steroide auf Rezeptoren im Zentralnervensystem einwirken. Wir nennen dies die **somatopsychischen Steroidwirkungen auf das Gehirn**.

Dabei finden im menopausalen Übergang Veränderungen derart statt, daß die bisherigen Signale (Progesteron und Östrogene sowie teilweise Testosteron) nicht mehr im gleichen Ausmaß auf das Gehirn einwirken. Diese Abnahme der Steroidsignalwirkung wird im Zusammenhang mit Ver-

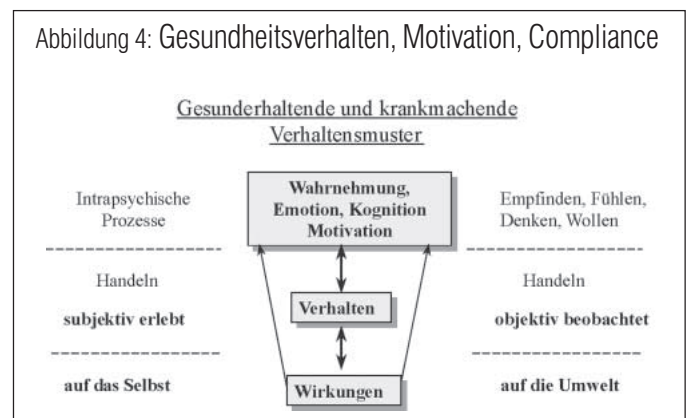
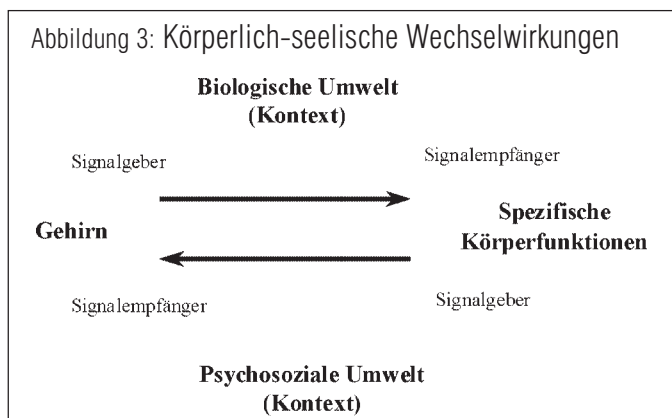
änderungen der Sexualität sowie im Zusammenhang mit Veränderungen der affektiven Befindlichkeit im Sinne der Dysphorie und Depression gesehen [3].

Zu diesen steroidbedingten Veränderungen der Sexualität und der Affektivität gibt es inzwischen eine große Zahl von Untersuchungen, die diese Einflüsse beischreiben. Zusammenfassend kann nach unserem heutigen Wissen dabei folgendes festgehalten werden: Eine Abnahme der Östrogene kann bei disponierten Personen zu einer Veränderung der affektiven Grundstimmung im Sinne der Dysphorie oder der leichten bis mittleren Depression führen. Eine Abnahme der Steroide führt im Bereich der peripheren Sexualorgane häufig zu Veränderungen, die eine Dyspareunie hervorrufen können. Im zentralen Bereich kann eine Minderung der Testosteronsignale zusammen mit den peripheren, östrogenmangelbedingten Veränderungen eine Abnahme der Libido bewirken.

Ein besonderes Thema stellen die Patientinnen dar, die unter einer psychotischen Grunderkrankung leiden und Antipsychotika einnehmen müssen. Hier gibt es

Hinweise darauf, daß die Östrogene eine gewisse protektive Wirkung haben. Im Falle der Östrogenabnahme wird dann eine Verstärkung der Symptomatik beobachtet [4].

Neben diesen somatopsychischen Wirkungen bestehen gleichzeitig psychosomatische Wechselwirkungen, bei denen das Gehirn als Signalgeber und die spezifischen Körperfunktionen als Signalempfänger verstanden werden müssen. Bei diesen Prozessen führen Änderungen der Emotionalität, des Denkens und Verhaltens zu veränderten körperlichen Erscheinungen. Dies beobachten wir bei den sogenannten Somatisierungs- oder somatoformen Störungen, bei denen körperliche Beschwerden vorliegen, für die keine organmedizinische Erklärung gefunden werden kann. Gleichzeitig beobachten wir das im Rahmen von affektiven Störungen, wie Angst und Depressionsstörungen, bei denen affektive Grunderkrankungen von körperlichen Symptomen, insbesondere vegetativen Symptomen, begleitet werden. Diese Art der Wechselwirkung wird bei Sexual- und Anpassungsstörungen in der Sprechstunde zu beobachten sein [5].



Die Kunst bei der individuellen Betreuung der Patientin besteht nun darin, beide Achsen der körperlich-seelischen Wechselwirkungen gleichwertig in Betracht zu ziehen, d. h. weder einseitig die somatopsychischen noch die psychosomatischen Prozesse als ausschließliche verursachende Faktoren von Beschwerden zu betrachten. In der Praxis bedeutet das, daß klimakterische Beschwerden nicht ausschließlich durch den Östrogenmangel, sondern auch durch Anpassungsstörungen und Stressoren bedingt sein können. Es bedeutet auch, daß auf der anderen Seite Sexualstörungen nicht automatisch psychoreaktiv oder psychoneurotisch, sondern endokrinologisch in Angriff genommen werden können.

GESUNDHEITSVERHALTEN, MOTIVATION UND „COMPLIANCE“

Zentraler Bereich der menopausalen Medizin ist das Ziel der Gesundheitserhaltung. Aus psychosomatischer Sicht ist deshalb gesunderhaltendes und krankmachendes Verhalten ein zentrales Forschungsthema (Abb. 4). Auch dazu bedarf es eines Verständnismodells. Wir können gesunderhaltende und krankmachende Verhaltensmuster entlang dynamischer Linien verstehen:

Aus der Verhaltens- und Sozialpsychologie wissen wir, daß drei Elemente eine Verhaltenssequenz wesentlich bestimmen [6]: Zunächst wird vom Individuum etwas wahrgenommen, es werden Informationen aufgenommen im Sinne der kognitiven Verarbeitung und des Wissens. Diese verbind-

den sich mit inneren Zuständen, Emotion und Affektivität zu einer verhaltensgerichteten Motivation. Das Verhalten selbst führt dann zu bestimmten Wirkungen, die vom Individuum erneut verarbeitet werden und zu Motivationsverstärkung oder Motivationsabschwächung führen können.

Auf der intrapsychischen Ebene der Wahrnehmung, Emotion, Kognition und Motivation spielen im Zusammenhang mit dem menopausalen Übergang folgende Vorgänge eine zentrale Rolle:

a) Wahrnehmung

Körperliche Veränderungen, Informationen aus der Umwelt, aktive Suche und Selektion der Informationen zur Menopause und zum Umgang mit diesem Lebensabschnitt.

b) Denken und Kognition

Bewertung der körperlichen Veränderungen, Verarbeitung der von außen kommenden Informationen, soziales Wissen, Schemata, Attributionen und Stereotype.

c) Emotion

Die emotionalen Reaktionen auf Veränderungen wie Angst, Enttäuschung, Unsicherheit, Traurigkeit, Hoffnung.

d) Motivation

Auf dieser Ebene spielen Motivationskonflikte eine wesentliche Rolle: zum einen Wünsche nach Gesunderhaltung und Wohlbefinden, gleichzeitig Ängste vor aktiven therapeutischen Maßnahmen, Ängste vor Krebserkrankungen etc.

Dieser gesamte Bereich der intrapsychischen Prozesse, die sich um das Thema „menopausaler Übergang“ herum entwickeln, ist Fokus der sozialpsychologischen Forschung.

Das Verhalten im Sinne von Handeln ist Gegenstand der empirischen Forschung. Verhalten kann objektiv beobachtet werden und zeigt bestimmte Merkmale, wie Konstanz, Kontinuität, Variabilität, Flexibilität [7].

In bezug auf das gesundheitserhaltende bzw. krankmachende Verhalten zeigen empirische Forschungen einen relativ hohen Grad der Diskontinuität, insbesondere in bezug auf die Hormonersatzbehandlung. Aber auch im Bereich Ernährung, Bewegung, Vermeidung von Noxen, wie Rauchen, Medikamentenabusus etc., finden sich relativ hohe Raten von tendenziell krankmachenden Verhaltensmustern [7].

Um diese verhaltensbedingten Risiken anzugehen, müssen wir lernpsychologische Erkenntnisse in die gynäkologische Praxis umsetzen. Dabei geht es darum, den Frauen durch Beratungsgespräche zu helfen, **die Wirkungen ihres Verhaltens bewußter wahrzunehmen und einen Plan der Verhaltensänderung aufzustellen.** Dazu dienen Modelle der Verhaltensänderung, wie sie in anderen Bereichen, z. B. in der Suchtbehandlung, entwickelt wurden. Wir gehen dabei davon aus, daß die betreffenden Personen durch verschiedene Stadien der Veränderung hindurchgehen (Präkontemplation, Kontemplation, „Action“, „Maintenance“, „Relapse“) [7]. Bei Verhaltensänderungen müssen

diese Stadien häufig mehrfach durchlaufen werden, bis ein stabiles neues Verhaltensmuster im Sinne einer neuen Gewohnheit aufgebaut ist.

BESONDERHEITEN DER ARZT-PATIENTIN-BEZIEHUNG

Die Arzt-Patientin-Beziehung in der Menopausensprechstunde ist durch mehrere Besonderheiten gekennzeichnet. Zum einen treffen in dieser Sprechstunde häufig konflikthaft das medizinische und das Laienkonzept der Menopause und des menopausalen Übergangs aufeinander. Damit ist gemeint, daß auf der Seite der betroffenen Frauen häufig Vorstellungen von Natürlichkeit und Naturgegebenheit der Veränderungen vorliegen, während im medizinischen Konzept die objektivierbaren endokrinen Veränderungen im Vordergrund stehen. Diesen endokrinen Veränderungen sind im medizinischen Konzept gesundheitliche Risiken zugeordnet (Osteoporose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen etc.), die im Konzept der Laien entweder nicht vorkommen oder anders bewertet werden. Daraus ergeben sich unterschiedliche Handlungsmotivationen und -intentionen. Im Laienkonzept besteht dabei häufig eine tiefliegende Sorge, daß gegen die Natur gerichtete Interventionen einen mittel- bis langfristigen Preis fordern, der häufig mit Krebserkrankung, insbesondere im Bereich der Brust, assoziiert wird.

In diesen Zusammenhang gehören auch die unterschiedlichen Auffassungen und Bewertungen

des menopausalen Übergangsprozesses, die am einen Ende der Bewertung auf einem sogenannten Defizitmodell gründen. Dabei stehen im Vordergrund der Betrachtung die negativen Veränderungen und Verluste während dieser Zeit (klimakterische Beschwerden, Abnahme der Attraktivität und Leistungsfähigkeit). Am anderen Ende dieses Bewertungsspektrums steht das Modell der Ressourcen-Orientierung. In diesem Modell wird auf die positiven Veränderungen hin fokussiert, und es werden die Stärken und Chancen betont, die im menopausalen Übergang liegen (Minderung der Kompetition, weniger Verantwortung, mehr Zeit für sich selbst, Neuorientierung etc.) [8].

Neben diesen unterschiedlichen konzeptionellen Auffassungen, die zu möglichen Konflikten führen, ergeben sich für die Ärztinnen und Ärzte neue Rollen. Da Frauen um die Menopause herum nicht im eigentlichen Sinne kranke Patientinnen sind, entstehen neue Aufgaben wie „Gesundheitsmanager“ und „Lifestyleberater“, und es ergeben sich neue Ziele, die nicht mehr klassisch unter dem Begriff der Krankheitsbehandlung zu fassen sind, sondern sehr viel mehr auf Lebensqualität, Schönheit etc. abzielen.

In der Praxis bedeutet dies eine Langzeitbetreuung mit hohem zeitlichen Aufwand und neuen Inhalten. Es geht um körperlich-seelisches Allgemeinbefinden, um affektive Störungen, Sexualität, Lebensziele, Lebenskrisen etc. Auch daraus können Zielkonflikte zwischen Arzt und Patientin entstehen, die ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz von

der Ärztin oder dem Arzt verlangen.

Schließlich ist ein häufiges, wenn auch nicht explizit formuliertes, aber so doch implizit vorhandenes Thema die Auseinandersetzung mit dem Älterwerden und schließlich auch mit dem Sterben. Zwischen den Zeilen geht es häufig um die Lebensbilanz. Auch diese Themen verlangen wiederum ein hohes Maß an Selbsterfahrung von der Ärztin und dem Arzt und die Fähigkeit, mit der Patientin einfühlsam über ihre Vorstellungen und Gefühle zu diesen Themen zu sprechen.

Literatur:

1. Oerter R, Montada L. Entwicklungspsychologie. Beltz Psychologie Verlags-Union, Weinheim, 1998; 1: 1–20/16: 322–3.
2. Erikson EH. Identität und Lebenszyklus – 3 Aufsätze. 14. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt/M, 1994, Kap 6.
3. Handerson VW. Hormone therapy and the brain. Parthenon Publishing, New York, London, 1999.
4. Hafner H, Hambrecht M, Löffler W, Munk-Jorgensen P, Riecher-Rössler A. Is schizophrenia a disorder of all ages? A comparison of first episodes and early course across the life-cycle. *Psychol Med* 1998; 28: 351–65.
5. Stauber M, Kentenich H, Richter R. Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 1999.
6. Prochaska JO. Strong and weak principles for progressing from pre-contemplation to action on the basis of twelve problem behaviours. *Health Psychol* 1994; 13: 47–51.
7. Prochaska J, Clemente D. Stages and processes of self-change of smoking: towards an integrated model of change. *Consulting Clin Psychol*, 1983; 51: 390–5.
8. Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behavior change – a guide for practitioners. Churchill, Livingstone, 1999.

Prof. Dr. med. Johannes Bitzer

Geboren 1950 in Taiflingen, Deutschland. 1985 Abschluß der Ausbildung und Anerkennung als Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Universitäts-Frauenklinik Basel (Vorsteher: Prof. H. Ludwig). 1993 Habilitation für gynäkologische und geburtshilfliche Psychosomatik. Seit 1994 Leiter der Abteilung „Gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik“ der Universitäts-Frauenklinik Basel (Vorsteher a. o. Prof. A. C. Almendral, seit 1995 Prof. W. Holzgreve). Seit 1997 Titularprofessur in psychosomatischer Gynäkologie und Geburtshilfe. Seit 1998 Präsident der Internationalen Gesellschaft für Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe ISPOG. Ab 1999 Extraordinariat für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. med. Johannes Bitzer
Universitäts-Frauenklinik Basel, Abt. Sozialmedizin/Psychosomatik
CH-4031 Basel, Schanzenstrasse 46*



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

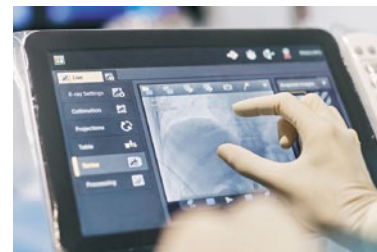
[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)