

JOURNAL FÜR MENOPAUSE

SEEHAFER P

*Der Einfluss psychosozialer Faktoren auf das Erleben der
Menopause*

Journal für Menopause 2000; 7 (4) (Ausgabe für Schweiz), 15-19

*Journal für Menopause 2000; 7 (4) (Ausgabe für Deutschland)
16-20*

*Journal für Menopause 2000; 7 (4) (Ausgabe für Österreich)
15-20*

Homepage:

www.kup.at/menopause

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

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



DER EINFLUSS PSYCHOSOZIALER FAKTOREN AUF DAS ERLEBEN DER MENOPAUSE

The influence of psychosocial factors in menopause

Summary

Within the period of February until May 1999, 171 women in Germany gave details on their physical state of well-being in the climacteric phase, on their restrictions due to their state of health, the social conditions and their sex role identification.

More than half of the women stated few complaints on the Menopause Rating Scale, no restrictions in daily life and few at work.

Influential factors such as socio-economic state, fertility, job, sex role identification and loss of close persons show no correlation with menopausal trouble. There is also a statisti-

cally significant connection between expectations with a negative touch and the experienced trouble. The more satisfied the women were with their individual life-aspects (occupation, partnership etc.), the less burdened they felt with their menopause.

Sexual activity, irrespective of a partnership, lead to a positive influence of the menopause experience. Problems such as divorce or disagreements with the partner lead to an increase of complaints.

70 % of the questioned women stated to be of perfect health.

Key words: *menopause, hormone therapy, psycho-sociological factors, sex role identification*

70 % der befragten Frauen erfreuen sich nach eigenen Angaben ausgezeichnete Gesundheit.

EINLEITUNG

Der Lebenszyklus einer Frau ist durch ein beinahe einmaliges Merkmal innerhalb der Säugetiergruppe gekennzeichnet. Unabhängig von der Lebensspanne verliert sie die Reproduktionsfähigkeit, lange bevor andere physiologische Erscheinungen des Seniums auftreten. Das Ende der fertilen Phase macht sich durch die ersten involutionsbedingten Unregelmäßigkeiten des Menstruationszyklus sowie den Beginn eines typischen Beschwerdenkomplexes bemerkbar.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Klimakterium und der Frau in dieser Zeit erfolgte zunächst fast ausschließlich von seiten der Medizin. Damit wurde dieses universelle Phänomen zunehmend pathologisiert.

Bereits 1655 vermutete Jacobus Pimrose Gebärmuttererkrankungen als Ursache für folgende Krankheiten: Epilepsie, Melancholie, Herzrasen und Probleme mit Milz, Magen und Kopf [1]. Als Ursache wurden Vergiftungen durch das nicht mehr abfließende Menstruationsblut angesehen, dem generell eine reinigende Wirkung zugeschrieben wurde.

Henry Halford [2] beschrieb die klimakterische Krankheit als eine Phase der Müdigkeit, von Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit und Konzentrationsverlust. Die Patienten fühlten sich teilweise fiebrig, hätten öfter Kopf- und Brustschmer-

ZUSAMMENFASSUNG

In der Zeit von Februar bis Mai 1999 gaben 171 Frauen in Deutschland Auskunft über ihr körperliches Wohlbefinden in der Zeit des Klimakteriums, ihre Beeinträchtigungen durch den Gesundheitszustand und soziale Rahmenbedingungen. In einer nahezu repräsentativen Studie zeigen diese Frauen mehrheitlich kaum Beschwerden auf der Menopause-Bewertungsskala, keine Einschränkungen im Alltag, keine Beeinträchtigungen bei der täglichen Arbeit und den Sozialkontakten.

Einflußfaktoren wie sozio-ökonomischer Status, Erwerbstätigkeit,

Fertilität, Geschlechtsrollenidentifikation und Verlust oder schwere Krankheit nahestehender Personen zeigen keinen Konnex mit klimakterischen Beschwerden. Es findet sich ein Zusammenhang zwischen einer negativ gefärbten Erwartungshaltung und den erlebten Beschwerden. Je zufriedener die Frauen mit ihrem Leben in verschiedenen Bereichen sind, desto weniger fühlen sie sich durch die Menopause belastet. Sexuelle Aktivität zeigt unabhängig von einer Partnerschaft eine positive Wirkung auf das gesamte Befinden. Probleme wie Trennung, häufiger Streit und sexuelle Probleme drücken sich dagegen hochsignifikant in stärkeren Beschwerden aus.

zen, rheumatische Beschwerden, Schwindelgefühl, geschwollene Beine und Darmträgheit. Vor allem die Sorge um den Geisteszustand und Kummer oder Traurigkeit seien die Ursachen für dieses Krankheitsgefühl. Er schloß mit der Überlegung, daß es das Herannahen des Todes sei, was den Menschen den inneren Frieden raube.

Das Wort „Menopause“ wurde 1821 vom französischen Arzt Gardanne eingeführt. Er hielt psychosoziale Faktoren (wie die sozialen Umwälzungen der französischen Revolution) für die Ursache dessen, was in der Alltagssprache der Oberschicht als „*dodging time*“ bezeichnet wurde und die Zeit vor und nach der letzten Menstruation bedeutete [3].

Mit der Identifizierung der weiblichen Sexualhormone in den zwanziger Jahren des 20. Jahrhunderts wurde das Klimakterium durch das Nachlassen dieser Hormonfunktion erklärt. Damit wurde die Pathologisierung dieser Lebensphase noch gefördert und erreichte mit den neuen Möglichkeiten der synthetischen Herstellung von Östrogenen zur Substitution ihren Höhepunkt.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Klimakterium der Frau findet nach wie vor zu meist unter endokrinologischen Gesichtspunkten statt. Die Fragestellungen zielen fast immer auf eine Hormontherapie ab. Nur selten wird nach positiven Aspekten der Menopause gefragt. Der größte Anteil der Probandinnen sind Patientinnen, d. h. Frauen, die wegen ihrer klimakterischen Beschwerden um Hilfe bitten. Nichtkörperliche Einflüsse, wie Familie, Partnerschaft, Bildung,

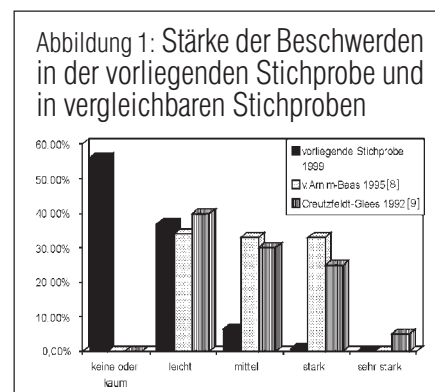
Beruf, Kultur usw., finden zu wenig Beachtung. Alterseffekte werden gar nicht beachtet und stellen somit in den meisten Untersuchungen einen methodischen Fehler dar [4].

Entwicklungspsychologisch handelt es sich bei den Wechseljahren um eine Reifungskrise, in der es bei mangelnden intra- und interpersonellen Ressourcen zu einer Akzentuierung bestehender Probleme oder auch zu vorzeitigen altersbedingten Funktionsverlusten kommen kann [5].

Die vorliegende Arbeit untersucht in Deutschland den Einfluß psychischer und sozialer Faktoren auf das Erleben der Menopause.

METHODEN

Einer hinsichtlich soziodemographischer Parameter nahezu repräsentativen Stichprobe von 280 Frauen aus Deutschland wurde 1999 in einer anonymen, schriftlichen Erhebung ein Fragebogen zum Wohlbefinden (Menopause-Bewertungsskala nach Hauser et al. 1994 [6] und Fragen nach Gesundheitszustand, Medikation, Fertilität, Erwerbstätigkeit



und familiärer Situation) sowie das Bem-Sex-Role-Inventary (BSRI) [7] zugesandt, von denen mit einer Rücklaufquote von 66,4 % 186 Fragebogensätze zurückkamen.

Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 54,2 Jahre (42–65 Jahre).

ERGEBNISSE

Der überwiegende Teil der Frauen gibt neben einer hohen Zufriedenheit in den verschiedenen Lebensbereichen kaum Beschwerden auf der Menopause-Bewertungsskala an (Abb. 1). Eingeschränkt und beeinträchtigt fühlen sich nur die allerwenigsten Frauen durch ihre klimakterischen Beschwerden.

Der Vergleich der Daten dieser Stichprobe mit anderen, z. B. von Hauser (1999) [10] und von Edman (1983) [11], ist nur in begrenztem Umfang möglich, weil nur Angaben über die relative Häufigkeit des Auftretens einzelner Symptomgruppen unabhängig von der Stärke der Beschwerden vorliegen. In der Tabelle 1 werden diese Angaben jenen der vorliegenden Stichprobe gegenübergestellt. Eine Aufspaltung der Probandinnen in Anwenderinnen und Nichtanwenderinnen einer Hormontherapie ermöglicht einen Vergleich der Symptommhäufigkeiten. Es zeigt sich dabei, daß die drei am häufigsten genannten Symptomgruppen (*körperliche und geistige Erschöpfung, Schlafstörungen und Reizbarkeit*) unabhängig von einer Hormontherapie gleich bleiben. Der χ^2 -Test ergibt für alle Symptomgruppen, außer für *körperliche und geistige Erschöpfung* ($\chi^2 = 7,37$; $p < 0,01$),

keine signifikanten Unterschiede innerhalb der vorliegenden Stichprobe zwischen Hormonanwenderinnen und Nichtanwenderinnen.

Die in den Studien von Hauser (1999) [10] und Edman (1983) [11] dargestellten Häufigkeiten unterscheiden sich z. T. erheblich von den Angaben der vorliegenden Studie und können mit der Auswahl der Untersuchungsgruppe begründet werden.

Wegen ihrer Wechseljahresbeschwerden konsultierten nur 14,0 % der Probandinnen innerhalb der letzten drei Monate ihren Gynäkologen; 0,6 % der Frauen suchten einen Internisten und 1,8 % ihren Hausarzt auf. Der überwiegende Teil (83,6 %) der Frauen war nicht wegen klimakterischer Beschwerden in ärztlicher Betreuung.

Eine Hormontherapie zur Behandlung des klimakterischen Syndroms wandten 45 % der Frauen zum Zeitpunkt der Erhebung an. Trotzdem zeigen diese Frauen keinen meßbaren Vorteil in ihrem Befinden gegenüber den Frauen ohne Hormontherapie. Es war aber nicht zu klären, ob die Frauen, die jetzt eine Hormontherapie anwenden, sich vorher wesentlich schlechter fühlten und jetzt hormonell so eingestellt sind, daß sich ihre Beschwerden nicht mehr von denen der Nichtanwenderinnen unterscheiden.

Das führte zu der Vermutung, daß es eine persönliche Akzeptanz der hormonbedingten Schwankungen und der damit einhergehenden Befindlichkeitsänderungen gibt und daß andere Aspekte als die hormonelle Unausgewo-

genheit eine entscheidende Rolle beim Erleben des Klimakteriums spielen.

Einflußfaktoren wie sozioökonomischer Status, Fertilität, Erwerbstätigkeit, Verlust oder schwere Krankheit nahestehender Personen zeigen in der vorliegenden Studie keinen Zusammenhang mit klimakterischen Beschwerden. Ob eine Frau in einer Partnerschaft lebt oder nicht, wirkt sich nicht auf die Menopausebeschwerden aus. Probleme wie Trennung, häufiger Streit und sexuelle Probleme korrelieren hochsignifikant mit stärkeren Beschwerden. Häufige sexuelle Aktivität zeigt unabhängig von einer Partnerschaft eine positive Wirkung auf das gesamte Befinden und die Menopausebeschwerden.

Frauen zeigen mehr Beeinträchtigungen bei der täglichen Arbeit, je mehr Kinder noch im gemeinsamen Haushalt wohnen. Dabei wirken Probleme mit ihnen (Entfremdung, Erziehungs- und Ausbildungsprobleme) auch verstärkend auf die empfundenen klimakterischen Beschwerden.

Ebenso findet sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen einer negativ gefärbten Erwartungshaltung (Nachlassen der Gesundheit, Erwartung von Beschwerden, Attraktivitätsveränderung) und den erlebten Beschwerden. Je zufriedener die Frauen mit ihrem Leben in den einzelnen Bereichen (Hauptbeschäftigung, Familie/Partnerschaft, Gesundheit) sind, desto weniger fühlen sie sich durch die Menopause belastet.

Tabelle 1: Häufigkeiten des Auftretens der klimakterischen Symptome in der vorliegenden Studie und in den Stichproben vergleichbarer Studien

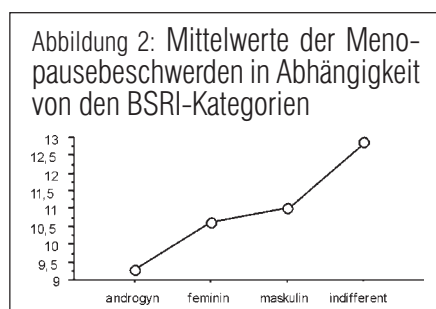
	Seehafer (1999) [12] n = 171			Hauser 1999 [10] n = 100	Edman (1983) [11] n = k. A.
	Alle Frauen [%]	Frauen ohne HRT [%]	Frauen mit HRT [%]	Patientin- nen mit HRT [%]	k.A.
Hitzewallungen	42,7	39,4	46,8	79	k.A.
Herzbeschwerden	40,4	37,2	44,2	42	44
Schlafstörungen	64,3	67,0	61,0	74	51
Depressive Verstimmung	57,9	57,4	58,4	63	78
Reizbarkeit	61,4	63,8	58,4	75	92
Ängstlichkeit	35,1	31,9	39,0	k.A.	k.A.
Körperliche und geistige Erschöpfung	72,5	64,9	81,8	61	88
Sexualprobleme	46,8	43,6	50,6	53	20
Harnwegsbeschwerden	39,8	37,2	42,9	43	20
Trockenheit der Scheide	32,2	34,0	29,9	50	k.A.
Gelenk- und Muskelbeschwerden	56,1	60,6	50,6	69	48
Kribbeln	18,1	17,0	19,5	k.A.	k.A.
Melancholie	35,7	30,8	41,6	k.A.	k.A.
Mattigkeit, Schwächegefühl	50,3	45,7	55,8	k.A.	k.A.
Schwindelgefühl	26,3	26,6	26,0	k.A.	k.A.
Kopfschmerzen	36,3	38,3	33,8	k.A.	71

Inwieweit andere Erkrankungen wie Arthritis und Ischialgie die Beschwerden verstärken oder durch die klimakterischen Veränderungen selbst verstärkt werden, läßt sich anhand der vorliegenden Daten nicht klären.

Im Gegensatz zu vielen Voruntersuchungen zeigen in dieser Studie die androgynen Frauen keinen Vorteil in bezug auf körperliche und mentale Gesundheit, aber die Frauen ohne bzw. mit indifferenter Geschlechtsrollenidentifikation leiden statistisch signifikant mehr unter klimakterischen Beschwerden (Abb. 2).

Gazebrook und Munjas [13] postulierten eine hohe Konformität mit der geschlechtstypischen Rolle bei depressiven Patienten. In der vorliegenden Stichprobe zeigen die Frauen mit indifferenter Geschlechtsrollenorientierung die höchste Belastung durch depressive Verstimmungen. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den vier Kategorien der Geschlechtsrollenidentifikation besteht nicht, es zeichnet sich höchstens eine Tendenz ab ($H = 6,24$; $p = 0,10$). Damit kann die Aussage von Gazebrook und Munjas anhand der vorliegenden Daten nicht bestätigt werden (Abb. 3).

Auch für die Symptomgruppe „Reizbarkeit, Nervosität, innere



Anspannung“ gibt es keine Unterschiede in bezug auf die Geschlechtsrollenidentifikation ($H = 1,47$; $p = 0,69$).

Für Ängstlichkeit zeigt sich kein signifikanter Unterschied ($H = 3,80$; $p = 0,28$) zwischen den einzelnen Kategorien der Geschlechtsrollenidentifikation. Ebenso finden sich Niedergeschlagenheit und Traurigkeit ohne statistisch signifikante Unterschiede in allen vier Kategorien der Geschlechtsrollenidentifikation.

Damit kann auch die Aussage, daß feminine Frauen signifikant häufiger unter psychosomatischen Beschwerden, wie Nervosität, Ängstlichkeit und Depressivität, leiden [14], nicht durch die Daten der vorliegenden Stichprobe unterstützt werden.

DISKUSSION

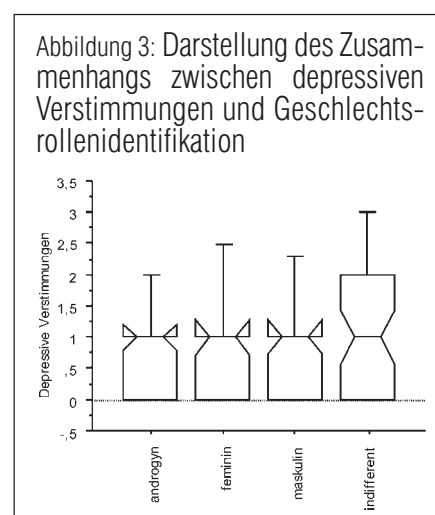
Das Klimakterium als Reifungskrise zu behandeln, impliziert mit einer nachsichtigen Konnotation, daß die Frauen die Möglichkeit

hätten, etwas dagegen zu tun. Die Frauen der vorliegenden Studie sind überwiegend so unbelastet durch die Menopause, daß ich es nicht angemessen finde, generell von einer Krise zu sprechen. Das Klimakterium ist ein physiologischer Prozeß, der nicht mit behandlungsbedürftiger Krankheit gleichgesetzt werden sollte und damit in eine medizinische oder psychologische Betreuung gezwungen wird. Wie die Mehrzahl der Frau beweist, ist dies auch nicht notwendig.

Die Situation zu vorangegangenen Jahren bzw. Frauengenerationen scheint sich deutlich dahingehend verändert zu haben, daß die Frauen das Klimakterium nicht mehr mit dem Beginn der Greisenhaftigkeit und dem Verfall gleichsetzen und sich davor fürchten.

Die Selbstbestimmung, sei es in der Frage der Schwangerschaften/ Geburten, der Trennung vom Partner oder auch der Hormoneinnahmen bei Beschwerden in den Wechseljahren, führte in der hier untersuchten Generation zu einem Selbstverständnis der Frauen in sich, bei dem die äußeren Begleitumstände nur noch eine untergeordnete Rolle spielen. Die Frauen befürchten nicht mehr die oben genannte Vielfalt an Beschwerden, weil sie wissen, daß ihnen Hilfe, z. B. in Form einer Hormontherapie, zur Verfügung steht.

Auch wenn Kinder und Partnerschaft nicht mehr die einzigen Identifikationspunkte für die Frauen sind, beeinflussen die Art und die Form der Beziehung zu ihnen die Zeit des Klimakteriums vorrangig und in jedem Fall mehr als die tägliche Arbeit, der soziale



Mag. art. Peggy Seehafer

Geboren 1966 in Königs-Wusterhausen. 1983–1986 Hebammenschule. Seit 1986 Tätigkeit als freiberufliche und angestellte Hebamme. Von 1990 bis 1993 Absolvierung des Abendgymnasiums in Heidelberg. Von 1994 bis 2000 Studium der Anthropologie an der Universität Hamburg (1996/97 Auslandsstudium an der Universität Zürich, Schweiz). Abschluß des Studiums als M.A.-Anthropologin in Hamburg im Jahr 2000.

Korrespondenzadresse:

Mag. Peggy Seehafer
D-20459 Hamburg, Deichstraße 39
E-mail: peggy.seehafer@hamburg.de



und ökonomische Status oder die Geschlechtsrollenidentifikation.

Im Vergleich zu klinischen Stichproben wird die Zeit des Klimakteriums in dieser Stichprobe so viel positiver erlebt, daß diskutiert werden kann, ob dieser Befund nicht eine Stützung der „Großmutter-Strategie“ in der evolutionsbiologischen Forschung zum Reproduktionsverhalten liefert. Inwieweit sich ein Zusammenhang zwischen ausgelebter Großmutterrolle und Menopausebeschwerden finden läßt, bliebe zu untersuchen.

70 % der befragten Frauen erfreuen sich nach eigenen Angaben ausgezeichnete Gesundheit. Damit können sich die Frauen in

Deutschland durchaus mit den Japanerinnen in der Lebensmitte vergleichen [3], deren geringe Menopausebelastung immer als Gegensatz zu der Belastung in den westlichen Kulturen präsentiert wurde.

Literatur:

1. Schmidt P, Rubinow D. Menopausal mood disorders, past and future research strategies. In: Denmers LM, McQuire JL. Premenstrual, postpartum and menopausal mood Disorders. Urban und Schwarzenberg, Baltimore, 1989; 193–203.
2. Halford H. On the climacteric disease. In: College of Physicians in London. Medical Transitions. Vol. 4. Longham, London, 1913.
3. Lock M. Menopause: Lessons from anthropology. Psychosomatic Med 1998; 60: 410–9.

4. von Sydow K, Reimer C. Psychosomatics of the menopause: Research review 1988–1992. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1995; 45: 225–36.
5. Greene J. The social and psychological origins of the climacteric syndrome. Gower Aldershot, New Hampshire, 1984.
6. Hauser GA, Huber JC, Keller PJ, Lauritzen C, Schneider HPG. Evaluation der klimakterischen Beschwerden (MRS). Zentralbl Gynäkol 1994; 116: 16–23.
7. Bem SL. On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. J Consulting Clin Psychol 1977; 45: 196–205.
8. von Armin-Baas A. Befindlichkeit von Frauen im Klimakterium. Quintessenz Verlag, München, 1995.
9. Creutzfeldt-Glees C. Frauen und Hormone. Kreuz Verlag, Zürich, 1992.
10. Hauser GA. Häufigkeit der einzelnen klimakterischen Symptome und ihr unterschiedliches Ansprechen auf die Hormonersatztherapie. J Menopause 1999; 6(2): 44–50.
11. Edman 1983. Zit ex: Creutzfeldt-Glees C. Frauen und Hormone. Kreuz Verlag, Zürich, 1992; 234.
12. Seehafer P. Eine empirische Untersuchung zum Einfluß psychosozialer Faktoren auf das Erleben der Menopause. Magisterarbeit am Institut für Humanbiologie, Universität Hamburg, 1999.
13. Gazebrook C, Munjas B. Sex roles and depression. J Psychol Nursing 1986; 24: 9–12.
14. Christiansen K. Percieving gender, Wahrnehmung der eigenen Geschlechtsrollenidentifikation und körperliche bzw. psychische Befindlichkeit. In: Pasero U, Braun F (Hrsg). Wahrnehmung und Herstellung von Geschlecht – Percieving and Performing Gender. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, 1998.

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](#)