

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 06/2020

Wechseljahre

Ein integrativer Blick auf biopsychosozial-ökologische &
ökonomische Prozesse weiblicher Entwicklung im aktuellen
Zeitgeist des 21. Jahrhunderts.*

*Miriam Qammou-Engel, Scheidegg / Bern***

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**,. Mailto: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

**Teilnehmerin der EAG-Weiterbildung ‚Psychotherapie im Verfahren der Integrativen Therapie‘. GutachterInnen/BegleiterInnen: Dipl.-Päd. Ulrike Mathias-Wiedemann, Univ.-Prof. Dr. Hilarion G. Petzold.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitende Worte zur Wahl des Themas	3
2. Das Klimakterium: Begriff und Forschungsliteratur	7
2.1. Zur Begriffsdefinition	7
2.2. Forschungsliteratur zum Klimakterium der Frau	8
3. Aktuelle Bevölkerungsstatistiken im deutschsprachigen/christlich geprägten Mitteleuropa - Anteil der im Mittleren Erwachsenenalter befindlichen Bevölkerung	14
3.1. Alterspyramiden im Vergleich	14
3.2. Anstieg der Lebenserwartung	16
3.3. Scheidungsraten	18
3.4. Anstieg und Verteilung von psychischen Erkrankungen	20
4. Überlegungen zur Erstmaligkeit eines breiten Gesellschaftsphänomens (im Konvoi unterwegs)	21
4.1. Kulturelle, gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung: Die erste Generation mit:	22
4.1.1 Bevölkerungsexplosion und Globalisierung	22
4.1.2 Spezialisierung und Wegwerfkultur	24
4.1.3 Einkommensnotwendigkeit mit außerhäuslicher Berufstätigkeit und der wirtschaftlich-politischen Veränderungen der letzten 30 Jahre	25
4.1.4 Komplexität in Makro-, Meso- und Mikrokosmos	27
4.1.5 Denaturierungsprozesse, krankmachende (pathogen wirkende) Umwelt	28
4.2. Veränderungen speziell für die Frau - die erste Generation mit:	31
4.2.1 Emanzipationsbestrebungen, Mitsprache politisch, gesellschaftlich	31
4.2.3 Selbstbestimmung über Mutterschaft - gender- und geschlechtsspezifische Aspekte - Belastungsfaktoren für Mütter speziell, für Frauen insgesamt	33
5. Die "Fünf Säulen der Identität"	36
5.1. Die Dimensionen Gesundheit / Krankheit und Definitionen	36
5.1.1 Das Anthropologische Gesundheitsmodell des Integrativen Verfahrens	40
5.2. Definitionen der Integrativen Persönlichkeits- und Identitätstheorie	42
5.3 Einflussfaktoren auf die fünf Identitätssäulen	44
5.3.1 Säule Leib (Gesundheit/Vitalität, Krankheit/Schwäche)	47
5.3.2 Säule Sozialer Kontext /Netzwerk / Konvoi	48
5.3.3 Säule Arbeit/Leistung/Freizeit	51
5.3.4 Säule Materielle Sicherheit	55
5.3.5 Säule kulturellen Werte und Normen	56
6. Einflussfaktoren auf Leiblichkeit, Persönlichkeit und Identität	58
6.1. Der informierte Leib	59
6.1.1 Definition	59
6.1.2 Der informierte Leib in den Wechseljahren, Faktoren differierender Leib-Erfahrungen und - Gedächtnisse	61
6.1.3 Interiorisierung eines negativen Bilds einer älter werdenden Frau	65
6.2. Geschlecht und Gender einer Frau: was ist was und wirkt sich wie aus?	68

6.2.1 Definitionen	68
6.2.2 Auswirkungen der heutigen komplexen Lebenswelt auf die Geschlechtsidentität der Frauen im Mittleren Alter	69
6.2.3 Die Möglichkeit der Entwicklung von prekären Geschlechtsidentitäten und Genderintegritäten bei Frauen im Mittleren Alter	71
6.3. Identitätsformende Sozialisations- und Erziehungsaspekte	75
6.3.1 Definitionen	75
6.3.2 Sozialisations- und Erfahrungserfahrungen von Frauen im Mittleren Alter im deutschsprachigen Mitteleuropa	77
7. Veränderungen - Wechsel-Jahre	82
7.1. Abschied, Verlust, Loslassen	82
7.1.1 Vom Mädchen zur fruchtbaren Frau (und Mutter) bis zur reifen Persönlichkeit	84
7.1.2 Defizite, Mängel, Wünsche, Bedürfnisse	85
7.2. Neubeginn, Wiederentdecken, Weiterentwickeln	87
7.2.1 "Gesellschaftliche" Pflichten und persönliches Wachstum	87
7.2.2 Erste Generation mit:	88
8. Implikationen für eine multifokale, multimodale Humantherapie bei komplexen Störungen der psychischen Gesundheit im Mittleren Lebensalter der Frau	89
8.1. Übliche ICD-10-F-Diagnosen: hilfreich oder einschränkend?	90
8.2. Krise, Burnout, Überlastung, und/oder klimakteriale Beschwerden - Müssen dazu Störungen diagnostiziert werden?	92
8.3. Überblick über die Konzepte der Integrativen Therapie	94
8.3.1 Die Hermeneutische, therapeutische und agogische Spirale	94
8.3.2 Vier Wege der Heilung und Förderung	94
8.3.3 Das Tetradsche Modell	95
8.3.4 Die Vierzehn plus Drei Heilfaktoren	95
8.3.5 Identitätsarbeit	97
8.4. Heilung (curing) oder eher Coping und Unterstützung (supporting)?	98
8.5. Methoden und Techniken	100
8.5.1 Die Frage nach dem/der "passenden" Therapeut*in	100
8.5.2 Welche therapeutischen Techniken und Methoden auf welcher Säule der Identität?	103
9. Zusammenfassende Überlegungen	107
10. Persönliche Anmerkungen zum Schluss	109
11. Zusammenfassung /Summary	111
12. Literaturverzeichnis	112

1. Einleitende Worte zur Wahl des Themas

„Mache dich selbst zum Projekt“.
(Orth, Petzold und Sieper, 2016)

"Über den Menschen nachzudenken heißt: Ein Vernetzen von Perspektiven, ein sich Vernetzenlassen, Konnektivierungen ohne Ende, Bewegungen in alle Richtungen der Welt!"
(Petzold, 2000j)

Es erwischt alle Frauen zwischen 40 und 60 Jahren - das Klimakterium. Eine wechsel-hafte Zeit, nicht nur auf leiblicher Ebene. Auch Männer erleben eine solche Phase (Klimakterium virile), allerdings mit geschlechtsspezifischen Unterschieden. In dieser Arbeit bleibt das Augenmerk auf die Frau gerichtet, jedoch wäre es natürlich spannend, diese Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten zwischen Mann und Frau in dieser Entwicklungszeit des Mittleren Erwachsenenalters genauer zu erforschen und zu beschreiben. Dies würde den Rahmen dieser Arbeit allerdings sprengen.

Da ich als Autorin einerseits Frau bin und damit zur Hälfte der Weltbevölkerung gehörend ebenfalls von diesem Thema betroffen bin, sozusagen mittendrin stecke, habe ich mir einige Gedanken dazu gemacht, über Zusammenhänge, Hintergründe, Zukunftsperspektiven, Vergangenheitsbewältigung, momentane Befindlichkeiten, Vergleichserlebnisse von Freundinnen und Bekannten etc. Darunter habe ich auch als angehende Integrative Therapeutin den professionellen Blick geschärft, hinsichtlich der Klientinnen, die zu mir in die Praxis kommen oder in psychosomatischen Kliniken behandelt werden. Mir ist aufgefallen, dass die Bevölkerungsverteilung zumindest in den deutschsprachigen Ländern derzeit einen Überhang an Personen mittleren Alters aufweist, wir also im größeren Konvoi (Petzold, 2005t) unterwegs sind, daher sich viele Themen, Störungen, Erkrankungen, Probleme aktuell häufen, sich auch ein bestimmter Zeitgeist gebildet hat (Petzold, 2016l), der möglicherweise gesellschaftliche, vielleicht auch nachhaltige Veränderungen mit sich ziehen kann. Petzold (2016l und bereits 1989f) definiert Zeitgeist als:

"(...) übergreifendes, die Meso- oder Makroökologie umfassendes und das Meso- oder Makrokontinuum umspannendes, sozioemotionales Klima, das Individuen, Gruppen, Schichten, ja Nationen berühren, erfassen, prägen und bewegen kann."

(Petzold, 2016l, S. 7)

Wobei Menschen in entsprechendem Zeitgeist von bestimmten Atmosphären umgeben sind, die auf der Mikro-, Meso- und Makroebene wirken, von Kontexten mit spezifischen Ereignissen bestimmt sind und auf leiblicher Ebene ("unter die Haut gehend") spürbar werden.

"Besonders beunruhigende Zeitgeisteinflüsse belasten Menschen, werfen Sinnfragen auf, schüren subtile Ängste, stellen das adrenerge System und die glucocorticoide Steuerung hoch. Das bleibt nicht ohne Folgen, zeigt sich auf der *psychosomatischen*, bzw. wie wir in der IT konzeptualisieren, auf der *ökopsychosomatischen* Ebene (Petzold 2006p; Leitner, Sieper 2008) mit Einflüssen, die von der Psychotherapie gemeinhin übersehen und vernachlässigt werden. (...). Der "**Informierte Leib**" (idem 2008c; Petzold, Sieper 2012) wird mit belastender Information geflutet, die ohne Kompensation pathogen wirken kann. Wenn man das als "*daily hassles*", als "alltäglichen Nervkram" abtun will, übersieht man, dass solche "*hassles*" krank machen (Hafen et al. 1996). Sie gehören zu den "Krankheitsursachen im Erwachsenenleben" (Petzold 1996f/2013). "Bedrohte Lebenswelten" (idem 1991j) fördern Burnout als "personality Burnout" und das betrifft auch überlastete Helfer (idem 1991p). (...)"

(Petzold, 2016l, S. 8, Hervorhebungen im Original)

Aus der Perspektive einer der vielen Frauen, die derzeit in den Wechseljahren stecken, versuche ich zu verstehen, welche möglichen Wechsel /Veränderungen sich auf welchen Ebenen vollziehen. Dabei habe ich festgestellt, dass alle fünf Säulen der Identität (Petzold, 2012q) von verändernden Prozessen durchdrungen sind. Diese Arbeit richtet sich darauf aus, eine Metaebene einzunehmen und zu beschreiben, mit welcher Breite an Lebensthemen sich Frauen im Mittleren Alter in heutiger Zeit auseinandersetzen (müssen) und das Klimakterium nicht allein von leiblichen/körperlichen Veränderungen, sondern vielerlei (Um-)Brüchen geprägt ist. Kapitel 5 beschreibt die Einfluss- bzw. auch gesundheitsbeeinflussenden Faktoren jeder einzelnen Identitäts-Säule.

Auf der Suche nach passender Literatur, bin ich neben einer Vielzahl von medizinischen und psychologischen Studien zum Klimakterium sowie dem Integrativen Ansatz verbundenen Werken von Petzold et al. unter anderem auf entwicklungspsychologische Arbeiten (Perrig-Chiello und Höpflinger, 2001; Perrig-Chiello, 2008; Sieper 2007b) und Sozialisationstheorien (Hurrelmann und Bauer, 2015), sowie genderperspektivische Arbeiten (Schigl, 2012; Petzold und Orth, 2011; Abdul-Hussain, 2011; Gahlings, 2016) gestoßen, die sich der Thematik des (Mittleren) Erwachsenenalters, bzw. geschlechtsspezifischen (genauer genderspezifischen) Themen annehmen.

Perrig-Chiello und Höpflinger beschreiben beispielsweise in ihrer Studie von 1999 die speziellen neuen Faktoren und Anforderungen, die im Mittleren Erwachsenenalter heutzutage zu bewältigen sind (Perrig-Chiello und Höpflinger, 2001). Hurrelmann und Bauer gehen auf die lebenslange Notwendigkeit der Anpassungsleistungen und Sozialisation ein, um innere und äußere Faktoren ins Gleichgewicht zu bringen und die eigene Persönlichkeit durch "*Productive Processing*" stabil zu halten (Hurrelmann und Bauer, 2015). Beide Autorentams besprechen die gesellschaftlich-kulturellen-ökonomischen Veränderungen der letzten hundert Jahre und die damit verbundenen neuen Herausforderungen und Problemstellungen unserer Zeit. Allerdings wird der Blick auf die Gesamtbevölkerung gerichtet, die spezifischen Anforderungen an Frauen werden nicht herausgehoben. Hurrelmann und Bauer gehen das Mittlere Erwachsenenalter ab ca. 50 Jahren als Teil des Erwachsenenalters an (second adulthood, Hurrelmann und Bauer, 2015, S. 64). Aufgrund der biologischen, sozialen, familiären und auch berufsbedingten Themen ist das Mittlere Erwachsenenalter eine eigenständige Phase, die mit zum Teil grundlegenden Veränderungen einhergehen und damit die späte Erwachsenenphase einläuten. Gerade für Frauen "ab einem bestimmten Alter" - meist ist damit die Menopause gemeint - hat gesellschaftlich-kulturell, mental-biologisch-sexuell, sozial-partnerschaftlich-familiär ein neuer Lebensabschnitt begonnen, der nicht erst mit Beginn der Rente oder mit Beginn des Seniums eintritt. Dies gilt bis zu einem gewissen Grad auch für Männer, deren Situation und Veränderungsprozesse jedoch aufgrund weniger tiefgreifender biologischer Veränderungen, sowie unterschiedlicher Sozialisierungen und gesellschaftlicher Bedingungen mit anderen Folgen als bei Frauen verbunden sind (dazu u.a. Schigl, 2012; Abdul-Hussein 2011; Pramataroff, 2006).

Wie ein Artikel in der "Welt" zum Thema Frauen im Mittleren Alter (hier 30-50 Jahre) passend beschreibt, leben wir heutzutage in einem "Zuviel". Zu viele Aufgaben, Rollen, Ansprüche (von anderen, aber auch an sich selbst), Möglichkeiten, Druck, Leistungsanforderungen etc. (Gaschke, 2015). Die persönliche Anpassung an die äußeren Gegebenheiten leistet im Mittleren Erwachsenenalter mindestens so viel ab wie in der Pubertät, vor allem bei Frauen, die meistens mit dem Klimakterium einen deutlicheren leiblichen Veränderungsprozess erleben als Männer. Zudem dauert diese Zeitspanne in einem normalen körperlichen Verlauf ähnlich lange wie die "erste" Pubertät, zwischen fünf und sieben Jahre (Faust, online), weshalb ich die Zeit der Wechseljahre gerne auch als die "Zweite Pubertät" bezeichne.

Dieser "integrative" Blick auf die komplexen Faktoren, die eine Frau der zumindest deutschsprachigen Region zwischen 45 und 55 Jahren heute begleiten, möchte auch ein psycho- bzw. humantherapeutisches Bewusstsein schaffen. Oft sehe ich

Patientinnen/Klientinnen im Mittleren Alter mit der ICD-10 Diagnose "Depressive Episode (F32.0 bis F32.2, bzw. F33.0 bis F33.2)", "Angststörungen (F42.1)", "Anpassungsstörungen (F43.2)", oder auch einer Z73-Diagnose ("Schwierigkeiten in der Lebensgestaltung"), manchmal auch Paare im Konflikt, oder auch Klientinnen, die sich ausgebrannt, im Burnout fühlen ("psychovegetative Erschöpfung, Neurasthenie (F48.0)") oder ständige Schmerzen ohne klare körperliche Diagnose haben ("Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)"). Hier ist sicher sinnvoll, aus genderperspektivischer Sicht die Bedürfnisse von Frauen im Mittleren Erwachsenenalter in der Therapiesituation zu betrachten und diese den behandelnden Therapeuten und Therapeutinnen bewusst zu machen, um "Behandlungsfehler" zu vermeiden (Schigl, 2012).

Als Integrative Therapeutin arbeite ich generell integrativ in alle möglichen Richtungen und Denkansätzen. Die entsprechenden ICD-10-Diagnosen sind hilfreich, um einen Aufhänger und für den Kostenträger ein "wissenschaftliches" und international anerkanntes Argument für eine notwendige Psychotherapie zu bekommen. Jedoch steckt wie angedeutet meistens mehr in den Beschwerdebildern und den Geschichten der Menschen, die zu mir kommen. Die Prozessuale Diagnostik der Integrativen Therapie kann im Laufe der therapeutischen Arbeit daher viel mehr Erkenntnis- und damit auch Verlaufsgewinn bringen, als eine „eindimensionale“ ICD-10-Diagnose mit anschließender, auf die diagnostizierte Symptomatik ausgerichtete Verhaltenstherapie. Hilfreich können auch andere Diagnostikverfahren sein, wie zum Beispiel OPD oder ICF, um die multifaktoriellen Bedingungen und Ursachen für die vordergründig sicht- bzw. fühlbaren Beschwerdebilder auf bio-psycho-sozialen-ökologischen Grund zu stellen. Ich füge hier noch die **ökonomische** Dimension hinzu, da auch die finanzielle und berufliche Situation der Personen, sowie die entsprechenden Perspektiven eine wichtige Dimension für das Gesamtwohlbefinden und die psychische Gesundheit ausmachen.

Da wir Menschen immer in sozialen Gefügen stehen (Konvivialität, Koexistenz), bzw. in kulturellen/sozialen/zeitlichen Rahmen eingebettet sind (Kontext, Kontinuum, Konvoi), bilden wir in unseren individuellen, leibhaftigen, kognitiven, emotionalen, volitiven, sozialen Entwicklungen mithilfe der Erfahrungen mit anderen Menschen und der eigenen Performanzen ein komplexes Leibgedächtnis und ein Bild von uns selbst (Interiorisierung, Identifikation und Identifizierung), eine Identität, die sich jedoch auch verändern kann, bzw. im Laufe der Jahre angepasst werden muss, um gesund zu bleiben (Sozialisierungstheorie, Hurrelmann und Bauer 2015; life-span-developmental approach, komplexes Lernen, Neuroplastizität, embodiedandembedded Leiberfahrungen, Petzold, 2000j).

Im Laufe der Wechsel-Jahre kann sich die zugrunde liegende Identität bei gutem Verlauf festigen, von bisherigen Rollenbildern/-erwartungen/-zuweisungen, Leiberfahrungen, Selbst- und Fremdattributionen sowie negativ wirkende Interiorisierungen eventuell wo nötig auch Abstand nehmen, und die eigene Integrität wächst (Petzold, 2001p/2004; Heuring, Petzold, 2004). Neue Möglichkeiten der Lebensgestaltung tun sich für viele auf. Es ist ein Reifeprozess, der jedoch vielfach auch krisenhaft verlaufen kann, u.a. aufgrund einiger Verlusterlebnisse ("empty nest", Tod der Eltern, Rollenverschiebung, Trennung von Partnern, (vermeintlich) verringerte sexuelle/körperliche Attraktivität, Leistungsabfall, unklare Perspektiven etc.).

Die humantherapeutische Begleitung sehe ich daher nicht allein im Sinne der Heil-Behandlung einer krankhaften Störung, da die Wechseljahre per se nicht als Krankheit zu definieren sind, sondern ich verstehe die therapeutische Begleitung mehr im Sinne einer Unterstützung für die oft auf mehreren Säulen erschütterte Sicherheit der Identität, im Sinne einer manchmal klaren Hilfestellung zur Problemlösung verschiedener gleichzeitigen, schwierigen und kräftezehrenden Aufgaben im Mittleren Erwachsenenalter heutiger Zeit, einer begleitenden Hilfe zur Festigung der zugrunde liegenden Persönlichkeit und Identität, und manchmal auch im Sinne einer Nachnahrung, einer positiven und motivierenden (vielleicht als Vorbild vorangehend) Unterstützung zur Persönlichkeits**weiter**entwicklung, die unter Umständen lernen kann, Abschied zu nehmen von einem bisherigen Selbst /Identität mit Defiziten und Mängel der früheren Jahre.

2. Das Klimakterium: Begriff und Forschungsliteratur

2.1. Zur Begriffsdefinition

Umgangssprachlich wird das Klimakterium als Wechseljahre der Frau bezeichnet. Hierin zeigen sich a) eine länger andauernde Zeitspanne (-jahre) und b) Wechsel, Veränderungen im bisherigen Sein und (Er-)Leben. Aus der ursprünglichen griechischen Bedeutung "climax"= Höhepunkt/Zenit bzw. Leiter/Treppe und dem lateinischen "klimakter"=Stufenleiter (auch übersetzt als "Kritische Zeit im Leben") kann eruiert werden, dass die Zeitspanne des Klimakteriums damit zusammenhängt, "den Zenit zu überschreiten" und womöglich "Krisen" zu überwinden.

Nach Duden wird Klimakterium als

- "Zeitspanne etwa zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr der Frau, in der die Menstruation und die Empfängnisfähigkeit allmählich aufhören
- Zeitspanne etwa zwischen dem 45. und 60. Lebensjahr des Mannes, die durch eine Minderung der körperlichen, sexuellen Funktion und der geistigen Spannkraft, durch nervöse Spannung [und Depressionen] gekennzeichnet ist"

bezeichnet (Duden online, <https://www.duden.de>). Die "männliche Version" ist auch als Klimakterium **virile** bekannt, umgangssprachlich auch als "Midlifecrisis" bekannt.

Des Weiteren wird vor allem in der gynäkologischen Begrifflichkeit diese Phase der Veränderung weiblicher Reproduktionsfähigkeit als Prä-, Peri- und Postmenopause bezeichnet. Die Menopause wird (rückwirkend) definiert als der Zeitpunkt der letzten spontanen Monatsblutung und nachfolgend mindestens 12 Monate ohne weitere Blutung. Damit wird die Reproduktionsfähigkeit der Frau beendet (im Vergleich dazu verliert ein Mann seine Zeugungsfähigkeit unter normalen Umständen nie). Die Wechseljahre beziehen sich in diesem Begriffsverständnis auf die prä- und perimenopausale Phase, in der hormonelle Schwankungen, bzw. Abbau des Östrogenspiegels zu unregelmäßigen Blutungszyklen und anderer hormonbedingter körperlicher Veränderungen und Beschwerden führen, hierzu wird noch genauer auf die körperlichen/leiblichen Prozesse eingegangen.

Der Lesbarkeit und Klarheit halber werden in dieser Arbeit in erster Linie die Begriffe Klimakterium und Wechseljahre genutzt und hierzu synonym verwendet. Zur Betonung der stattfindenden weiteren sozialen/ persönlichen/ beruflichen und familiär-partnerschaftlichen Veränderungen wird des Öfteren auch die Schreibweise Wechsel-Jahre verwendet.

2.2. Forschungsliteratur zum Klimakterium der Frau

Wird das Stichwort Klimakterium oder Wechseljahre in online Suchmaschinen eingegeben, finden sich allerlei medizinische und alternativmedizinische Informationen, die sich mit der körperlich-sexuellen Veränderungen, vor allem mit den entsprechenden Beschwerden bei Frauen befassen und Mittel zur Linderung dieser Beschwerden anbieten oder empfehlen. Im Internet gibt es jedoch hinsichtlich der psycho-sozialen, psycho-somatischen, mentalen und anderen Veränderungen, die ebenfalls einen Teil dieser Wechsel-Jahre ausmachen, eher wenig Informationen.

Hier finden sich im Internet zum Beispiel die Informationsseite von Prof. Dr. med. Volker Faust (<http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/klimakterium.html>), die etwas ausführlicher auch die Bedeutsamkeit der Psyche in dieser Zeit herausarbeitet. So wird zum Beispiel der Unterschied zwischen vegetativem bzw. psychischem Menopausensyndrom näher ausgeführt (wobei der Begriff Menopause wie oben beschrieben genau genommen die Zeit nach der letzten Monatsblutung bezeichnet):

„Das Menopausen-Syndrom gilt als so genannte „Multi-System-Erkrankung“, also ein Leidensabschnitt, der mehrere Ursachen auf verschiedenen Ebenen hat. Über die eindeutige Hauptursache, nämlich die biologischen, d.h. hormonellen Veränderungen siehe die entsprechende Fachliteratur.

Nicht zu unterschätzen sind allerdings auch die so genannten Veränderungen im sozialen Umfeld, also häufig einschneidende, wenn nicht gar lebens-entscheidende Ereignisse in der „Mitte des Lebens“ zwischen 45 und 55.

Da gilt es beispielsweise folgende Belastungen zu beachten, die zwar fast alle vorhersehbar, in der Mehrzahl sogar erwünscht sind, aber eben trotzdem das Leben nachhaltig verändern können. Im Einzelnen:

- Nach und nach verlassen auch die jüngsten Kinder das Haus („Leeres-Nest-Syndrom“, englischer Fachausdruck: empty-nest-Syndrom).
- Entfremdung vom Partner, in letzter Zeit vielleicht sogar zunehmende Trennungs- und Scheidungsüberlegungen.
- Beginnende Pflegebedürftigkeit der eigenen Eltern mit stress-intensiven, oft langfristigen Aufgaben, die - üblicherweise - in keiner Weise gewürdigt werden.
- Oder der Tod der Eltern (eine Zäsur im Leben, die ebenfalls absehbar, für viele Frauen aber zumindest in Bezug auf einen der beiden Elternteile mit besonderer Bindung sehr schmerzvoll sein kann).
- Verlust der Fertilität (Fruchtbarkeit).
- Subjektive (objektiv ja meist gar nicht vorliegende bzw. beweisbare) Meinung, man habe an Attraktivität eingebüßt.
- Rückgang der Libido (sexuelle Aktivität).
- Umstrukturierung im Berufsleben (von der „reinen“ Hausfrau oder Hausfrau-Halbtagsaufgabe ggf. zurück in die volle Berufstätigkeit, oder jetzt ausschließlich „zu Hause“).
- Zunehmende Gedanken an die „Endlichkeit der eigenen Existenz“
- und anderes mehr.

Als psychosoziale Risikofaktoren gelten Trennung, Scheidung, Verwitwung, sonstige Ursachen eines Partnerverlusts, Auszug der Kinder – kurz: Einsamkeit.

Auch scheinen Frauen mit geringerer Schulbildung (und damit ohne entsprechende Ausweich- oder Ausgleichsmöglichkeiten) stärker gefährdet zu sein."

Wird die einschlägige Forschungsliteratur insgesamt gesichtet, finden sich eine Vielzahl an Studien, die sich mit der Wechseljahresthematik befassen. Die Datenbanken Medline und Psynindex listen mit Stand September 2018 1020 internationale Artikel/Werke zum Stichwort "Menopause" auf, 312 zum Stichwort "Klimakterium" und 56 zum Stichwort "Wechseljahre" (deutschsprachig) aus den Bereichen Biologie, Medizin, Psychosomatische Medizin und Psychologie. Ein kleiner Anteil dieser Literatur wurde in den Jahren 1951 bis 1989 veröffentlicht. Ab den 1990er Jahren zeichnet sich ein Anstieg des Forschungsinteresses zu dieser Thematik ab, die Anzahl der veröffentlichten Studien blieb bis heute hoch (jährlich zwischen 20 und 45 Veröffentlichungen). Da sich unsere Lebens-/Arbeitsbedingungen und gesellschaftliche Situation seit den Anfängen der Forschungsliteratur deutlich verändert hat, wäre es spannend, die Aktualität der Inhalte zu überprüfen. Interessant sind ältere Artikel (vor 1990) unter anderem dafür, die damaligen Verhältnisse vor der flächendeckenden Digitalisierung mit der heutigen Zeit zu vergleichen. Dies kann jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht im erforderlichen Umfang geschehen, jedoch lassen sich einige Studien exemplarisch darstellen.

Ein älterer Artikel aus dem Jahr 1966 von Ursula Lehr beschreibt beispielsweise die sozialpsychologische Sichtweise des "Wechseljahressyndroms" und schon damals wurde moniert, dass sich viele Studien lediglich auf die körperliche Veränderung der Frau im Klimakterium stützen, die psychologischen und sozialen Faktoren jedoch wenig Beachtung finden. So konnte sie darstellen, dass vor allem soziale (familiäre, partnerschaftliche und berufliche) Faktoren Frauen im Alter von 40-49 Jahren weitaus mehr belasteten als die körperliche Umstellung mit Beginn des Klimakteriums. Für viele Frauen zum, bzw. nach Ende der Wechseljahre, in der Postmenopause (Alter zwischen 50-60 Jahre) seien die psychosozialen Belastungen jedoch niedriger als bei prä-/perimenopausalen Frauen. Lehrs Vergleich mit der männlichen Bevölkerung zeigt zudem auf, dass Männer dazumal deutlich später ihre psychosozialen Belastungen (nach Eintritt der Rente) erlebten. Dieser Artikel ist vor dem Hintergrund der vergangenen Zeit spannend, da sich schon die multifaktoriellen (bio-)psychosozialen Belastungen für Frauen in der Zeit der Wechseljahre abzeichnen, sich diese jedoch im Verlauf des letzten halben Jahrhunderts deutlich erweiterten.

Eine Metaanalyse zur Psychosomatik der Menopause in der medizinischen (Medline-Datenbank) und psychologischen (Psynindex/Psylim) Literatur wurde 1995 veröffentlicht (Von Sydow und Reimer, 1995). Darin werden die veröffentlichten englisch- und deutschsprachigen Studien zum Thema Menopause aus den Jahren 1988 bis 1992 zusammenfassend gesichtet und interpretiert. Nach Eingrenzung auf die Hauptthematik seien 1217 Artikel in der Zeit veröffentlicht worden, wobei über 90 % der Studien keine

psychologischen/psychosomatischen, sondern rein medizinische/pharmakologische Inhalte geboten hätten, und nur wenige Artikel sich der psychologischen Faktoren angenommen hätten. Unter anderem kommt der Artikel zum Schluss, dass das Klimakterium zwar vorübergehend körperliche Beeinträchtigungen auslösen könne, "(...) die Mehrheit der Frauen fühlt sich davon jedoch nicht oder wenig tangiert. (...)" (Von Sydow und Reimer, 1995, S. 232). Entgegen vieler gynäkologischer Studien, in denen die Wechseljahre als behandlungsbedürftig und krankheitswertig gesehen werden, verweisen die beiden Autoren darauf, dass in der gesichteten Literatur bei der Mehrheit der Frauen gesundheitlich/körperlich keine behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen gäbe:

"(...) Das einzige Symptom, das bei der Mehrheit der menopausalen Frauen auftritt, sind Hitzewellen. Die körperliche Befindlichkeit ist in dieser Lebensphase eng verflochten mit der gesundheitlichen, psychischen und sozialen Situation. Viele Frauen fühlen sich nach den Wechseljahren besonders gesund und leistungsfähig. Die vorliegenden Untersuchungen belegen, daß die Menopause an sich nicht von solcher psychologischer Signifikanz ist, wie es in medizinischen Kreisen vorausgesetzt wird. (...)"

(Von Sydow und Reimer, 1995, S. 232)

Anstatt einer - wenn überhaupt - Freud'schen analytischen Sichtweise auf die psychogenen Veränderungen während der Wechseljahre postulieren die Autor*innen eine entwicklungspsychologische Sicht:

"(...) Der angemessene theoretische Rahmen bei der Beschäftigung mit Menopause scheint die Entwicklungspsychologie und insbesondere die *Psychologie der Lebensspanne* zu sein, eine metatheoretische Orientierung, innerhalb derer Entwicklung als lebenslanger Prozeß konzeptualisiert wird, im Sinne einer differentiellen Perspektive nach verschiedenen Entwicklungsmustern gesucht und versucht wird, das Wechselspiel von biologischen, psychologischen und Umweltfaktoren zu erforschen (Sydow 1993 b). (...)"

(ibid., Hervorhebung im Original).

Der Artikel diskutiert zudem auch verschiedene Mängel der Studien, unter anderem Alterseffekte, fehlende Vergleiche zwischen Mann und Frau, kulturelle Unterschiede - nicht nur weltweit, sondern auch innerhalb Europas, biopsychosoziale Einflüsse für die psychosomatischen Beschwerden, gynäkologische Bias: Frauen werden als Patientinnen dargestellt, ein Vergleich zu Nichtpatientinnen fehle etc.

"(...) Trotz der Vielzahl von Untersuchungen zur Menopause werden Fragen nach der Verursachung etwaiger psychischer und physischer Veränderungen in dieser Zeit kaum gestellt, sondern oft selbstverständlich angenommen, alle Veränderungen seien hormonell

bedingt (*Spezifität*). Die medizinischen Untersuchungen vernachlässigen daneben auch vielfach wesentliche *nichtkörperliche Einflüsse wie Familie und Partnerschaft, Bildung und Beruf, finanzielle Lage* und Kultur.(...)"

(ibid., Hervorhebungen im Original).

Der Artikel kommt hinsichtlich der Interventionen zum Schluss, dass zunächst eine genaue differentielle Diagnose erfolgen sollte, um Beschwerden angemessen zu behandeln. So sollte vor einer Hormonvergabe auch die familiäre, partnerschaftliche, berufliche, psychische Situation wie auch Freizeitaktivitäten und soziales Umfeld mit berücksichtigt werden, um Fehlbehandlungen zu vermeiden.

"Während Hormongaben bei bestimmten körperlichen Beschwerden eine wesentliche Hilfe darstellen können, ist eine (reine) Hormontherapie nicht das angemessene Mittel zur Beeinflussung gravierender psychischer, sozialer oder sexueller Probleme. In diesen Fällen ist eher eine Psychotherapie für die Frau bzw. das Paar oder die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe indiziert, da nur Hitzewellen, nicht aber Depressionen in Zusammenhang mit dem Hormonstatus stehen (*Greene u. Visser, 1992*). Im Gegensatz zur oft vertretenen Lehrmeinung kann in den vorliegenden methodisch seriösen Studien kein konsistenter Effekt von Östrogengaben auf die psychische Befindlichkeit nachgewiesen werden (*Ditkoff et al. 1991, Myers et al., 1990, Wiklund et al. 1993*), darüber hinaus werden nicht nur psychische Symptome, sondern auch körperliche Beschwerden nachweislich von psychischen Faktoren beeinflusst - z. E. werden objektiv gemessene Hitzewellen nicht immer als solche erlebt (*Swartzman et al. 1990*), steht die Häufigkeit und Intensität erlebter Hitzewellen in Zusammenhang mit psychischen Faktoren (*Avis u. McKinlay 1991*) und schließlich läßt sich das Auftreten objektiv gemessener Hitzewellen durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen positiv beeinflussen (*Freedman u. Woodward 1992*)."

(ibid, Hervorhebungen im Original).

Eine gynäkologische Doktorarbeit aus Jena (*Pramataroff, 2006*) befasst sich u.a. mit möglichen psychoanalytischen und psychosozialen Ursachen für die Verleugnung der stattfindenden Wechseljahre und kommt anhand der befragten Patientinnen zum Schluss, dass mehr Frauen, die ihre Wechseljahre akzeptieren, berufstätig seien und einen höheren Bildungsabschluss aufwiesen, Hausfrauen und Frauen mit niedrigerem Bildungsstand jedoch das Klimakterium eher verleugneten. U.a. macht die Autorin auf soziale Veränderungen nach der Deutschen Wende aufmerksam. Zudem zeigen sich in der Gruppe der nichtakzeptierenden Frauen höhere Werte für depressive Verstimmungen, während die Werte für andere psychovegetative, vasomotorische und neurovegetative Beschwerden sich nicht von der Gruppe der klimakteriumsakzeptierenden Frauen unterscheiden. Hinsichtlich der Körperempfindungen, des körperlichen Selbstbildes, der Sicherheit gegenüber

körperlicher Vorgänge findet die Autorin deutliche Unterschiede. Frauen, die ihr Klimakterium nicht akzeptieren, weisen höhere Unsicherheiten diesbezüglich auf, tendieren zu mehr hypochondrischer Beachtung der körperlichen Prozesse, sind hinsichtlich ihrer Einstellungen zu Sexualität eher restriktiver, konservativer, weisen mehr Neurotizismuswerte und geringere Offenheit für neue Erfahrungen, Flexibilität und Problemlöseverhalten und bewerten die Paarbeziehung schlechter.

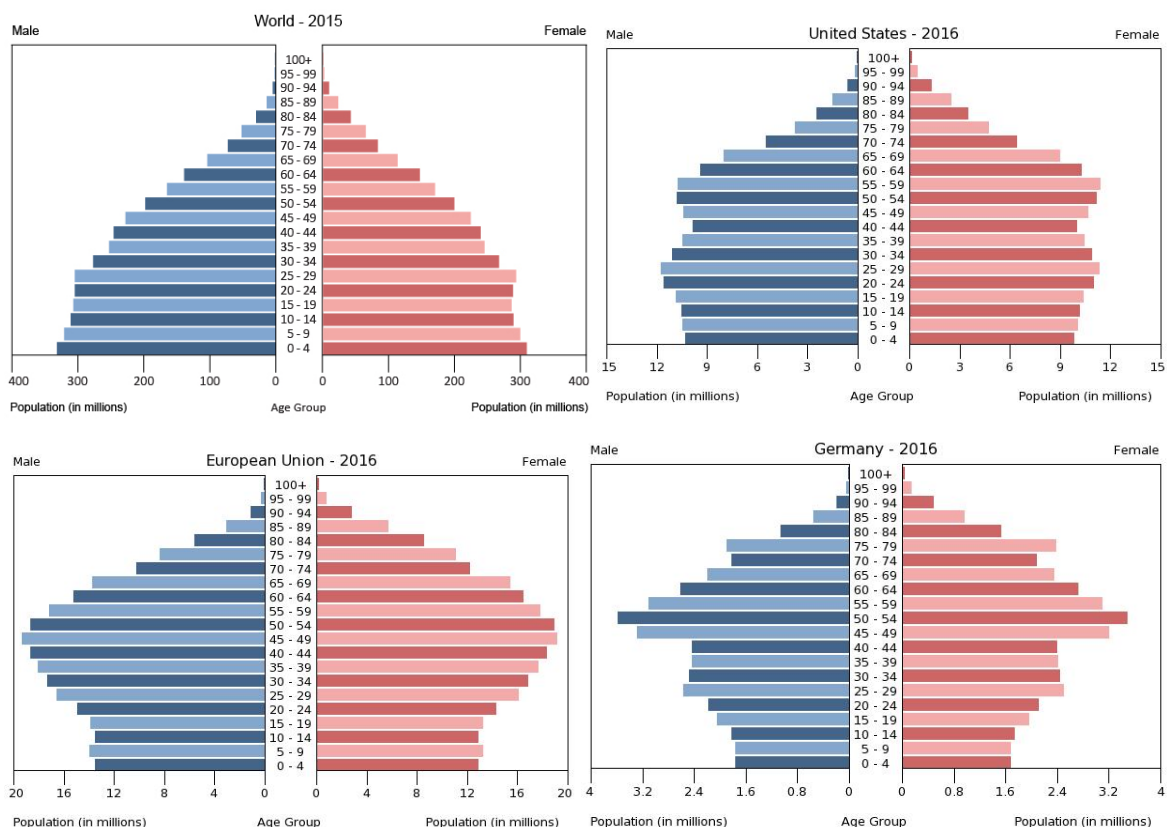
Die Untersuchung wurde 2001 mit 62 Patientinnen Mittleren Alters (45 bis 55 Jahre) in Jena durchgeführt, hier kommen u.a. gesellschaftliche, kulturelle und soziale Faktoren hinzu, die mit der Auflösung der DDR und der Eingliederung in die BRD ab 1990 im Zusammenhang stehen. Die Ergebnisse sind daher möglicherweise nicht auf eine größere Bevölkerung in Deutschland oder dem gesamten deutschsprachigen Bereich hin übertragbar, jedoch lassen sich einige Überlegungen ableiten. Mancher Frau im Mittleren Erwachsenenalter wird aufgrund depressiver Verstimmungen oder psychosomatischer Beschwerden eine Psychotherapie verschrieben. Mangelndes Wissen, bzw. Akzeptanz der eigenen körperlichen Prozesse, sowie die unterschiedlichen bildungsspezifischen, sozialen, beruflichen, familiären und partnerschaftlichen Lebensbedingungen können jedoch den Verlauf einer Therapie, die lediglich auf den Aspekt Depression ausgerichtet ist, zumindest beeinflussen oder die Therapie womöglich nicht zu einem angemessenen Behandlungsziel führen. Nicht außer acht gelassen werden sollte der in der Psychotherapieliteratur vielbeschriebene Umstand, dass für sozial benachteiligte Personen oft kein angemessener Zugang zu Psychotherapie vorhanden ist, daher aufgrund der Ausrichtung auf die „Mittelschichtklientel“ einige Themenbereiche der benachteiligteren Frauen für Therapeuten und -innen schwer nachvollziehbar (oder überhaupt zugänglich) sind, wenn sie denn in psychotherapeutische Behandlung kommen (z.B. aufgrund von Reha-Anträgen in psychosomatische Kliniken oder andere stationäre Rehabilitationseinrichtungen mit psychotherapeutischen Begleitmaßnahmen). Auf diese und weitere Faktoren, die sich während der Zeit der Wechseljahre zeigen, gehen die nachfolgenden Kapitel ein.

Sicherlich gilt die Beschreibung der weiter unten beschriebenen verschiedenen Faktoren nicht durchgängig für jede Frau im Mittleren Erwachsenenalter gleich, jedoch ist es meines Erachtens für eine angemessene Hilfestellung bei der Bewältigung der in die Therapie führenden Beschwerden und Probleme wichtig, sich als Therapeut/in der möglichen Bandbreite gelebter „Problem“felder bewusst zu sein. Ich erhebe hier auch nicht den Anspruch an Vollständigkeit, es gibt in jedem individuellen Lebenslauf auch eigene Aspekte, die das Gesamtbild ergänzen.

3. Aktuelle Bevölkerungsstatistiken im deutschsprachigen/christlich geprägten Mitteleuropa - Anteil der im Mittleren Erwachsenenalter befindlichen Bevölkerung

3.1. Alterspyramiden im Vergleich

Auf der Online Statistikdatenbank LEXAS (<https://www.laenderdaten.de>) sind die Bevölkerungsstatistiken jedes einzelnen Staates der Welt aufgezeigt. Die während der Erstellung der vorliegenden Arbeit aktuellste Statistik bezieht sich auf das Jahr 2016 (siehe folgende Grafiken). Für Afrika und die Karibik zeigt die sogenannte Bevölkerungspyramide noch eine Altersverteilung, in der zunehmendes Alter immer mehr an Bevölkerungszahl abnimmt und damit die ursprüngliche Bedeutung der pyramidalen Form abzeichnet. In Europa jedoch gibt es einen Überhang an Bevölkerung zwischen 30 und 60 Jahren, der sich nicht nur in den Mitteleuropäischen Staaten, sondern auch in Nord-, Ost- und Westeuropa ähnlich zeigt. Für Deutschland, die Niederlande, die Schweiz, Liechtenstein und Österreich, sowie die Europäische Union sollen folgende Grafiken einen Überblick und einen Vergleich zur Verteilung gegenüber der gesamten Weltbevölkerung, bzw. gegenüber den USA geben:



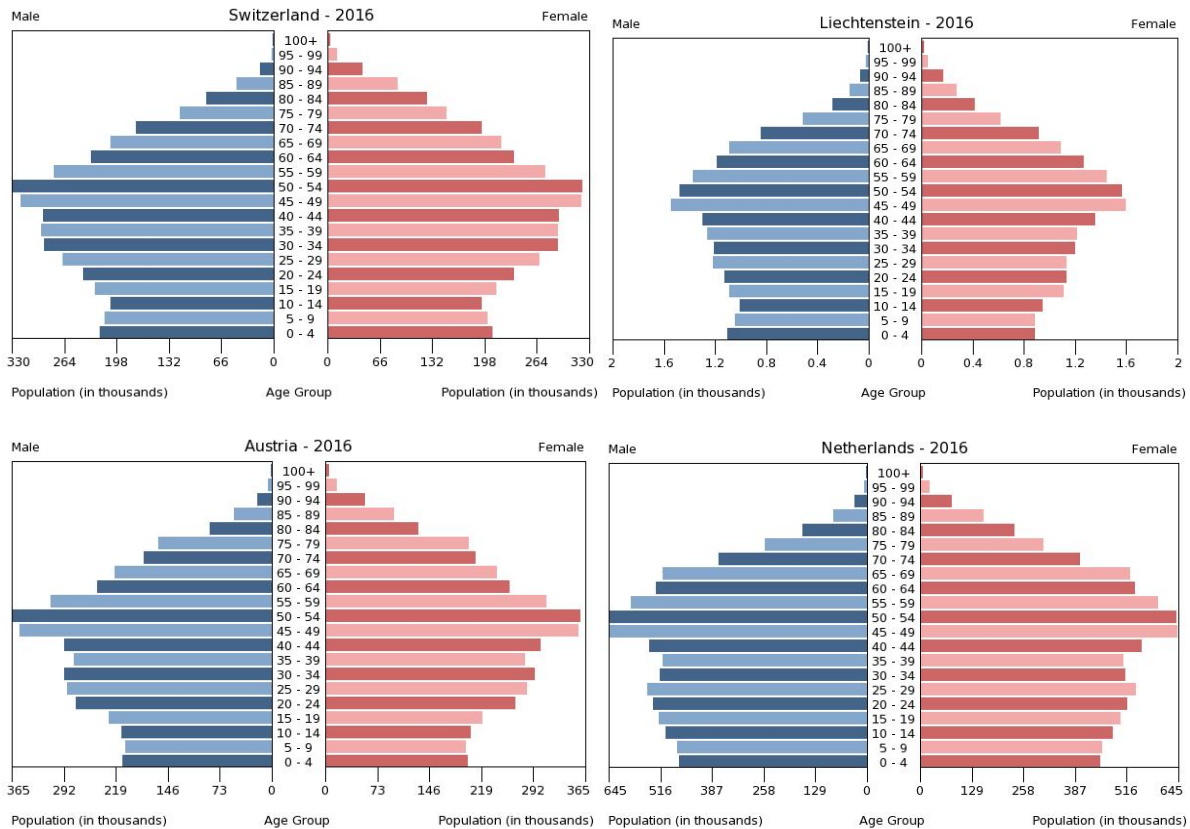


Abb. 1: Bevölkerungsverteilung nach Alter und Geschlecht in deutschsprachigen Ländern (plus Niederlande) im Vergleich zur Weltbevölkerung, USA und Gesamt-EU, Stand 2016

Quelle: Online Statistikdatenbank LEXAS (<https://www.laenderdaten.de>)

Ein paar mögliche historische Gründe zur aktuellen Altersverteilung im europäischen Raum lassen sich wie folgt formulieren (z.B. in Perrig-Chiello 2001; Hurrelmann und Bauer 2015):

- In der Kriegsgeneration des 1. Weltkriegs wurden aufgrund von Krieg, Zerstörung, Wiederaufbau, Geld- und anderen materiellen Mängeln weniger Kinder als zuvor geboren,
- Die Kindersterblichkeitsrate lag höher als gegen Ende des 20. Jahrhunderts.
- Kriegsoffer des 2. Weltkriegs haben die Bevölkerungszahlen nach einer kurzen Phase zwischen den Kriegen zunächst erneut schrumpfen lassen
- Mit der Nachkriegsgeneration des 2. Weltkriegs erholte sich die Bevölkerung wieder: Es wurden wieder deutlich mehr Kinder geboren, die aufgrund besserer medizinischer Versorgung und Lebensbedingungen überlebt haben („Babyboomer-Generation“).
- In den letzten 70 Jahren haben sich durch eine längere Friedensphase, technischen Fortschritt, Verbesserung der Welternährungslage und medizinische

Errungenschaften einerseits die Lebenszeiterwartungen deutlich erhöht (in der Schweiz zum Beispiel von durchschnittlich 60 Jahren (1900) auf 79 Jahren (Männer) bzw. 84 Jahren (Frauen) im Jahr 1999 (Perrig-Chiello, 2001), ähnlich sieht es in Deutschland aus (s. Abb. 2 und 3)),

- andererseits zeigt sich ab den 70er Jahren wieder eine deutliche Abnahme der Geburtenzahlen aufgrund veränderter Welt-, Werte-, und Gesellschaftsordnungen (im zeitlichen Verlauf: End-40er und 50er-Jahre: Wiederaufbau, wilde 50er-Jahre, 60er Jahre Studentenrevolten, 70er Jahre Hippiezeit und politisch Fahrt aufnehmende Frauenemanzipationsbestrebungen),
- Lohnarbeit auch für Frauen und nicht zuletzt
- die Einführung der Pille zur Schwangerschaftsverhütung.

Als Folge davon finden wir heute den größten Anteil der Bevölkerung im Mittleren Erwachsenenalter wieder.

3.2. Anstieg der Lebenserwartung

Aufgrund der in den letzten hundert Jahren generell enorm angestiegenen Lebenserwartung in Europa bleibt für die verbleibende Lebenszeit nach der Menopause bei Frauen inzwischen eine Spanne von etwa 30 Jahren, wenn man von einem durchschnittlichen Ende der Fertilität um das 55.igste Lebensjahr und einer aktuell durchschnittlichen Lebenserwartung von gerundet 84 Jahren ausgeht, das sind so viele Lebensjahre wie nie zuvor (siehe Abb. 3). Sicher gab es vor hundert oder auch noch vor fünfzig Jahren auch Frauen, die ihren 70. oder auch 80. Geburtstag erlebt haben, diese gehörten jedoch zu einer deutlichen Minderheit, im Gegensatz zu heute, wo ein Erreichen des 70. Geburtstags ziemlich sicher und des 80. Geburtstags wahrscheinlich ist. Damit verbunden zeigen sich Fragen, Themen und Probleme hinsichtlich der Rollen-/Aufgaben- und Sinngestaltung des Lebens in dieser Zeit "danach". Abb. 2 und 3 zeigen die Altersverteilung für die Lebenserwartung, bzw. das Alter bei Sterbefall in Deutschland. Ähnliche Zahlen sind für den gesamten deutschsprachigen Raum zu finden (Bundesamt für Statistik Schweiz, Bundesanstalt Statistik Austria).

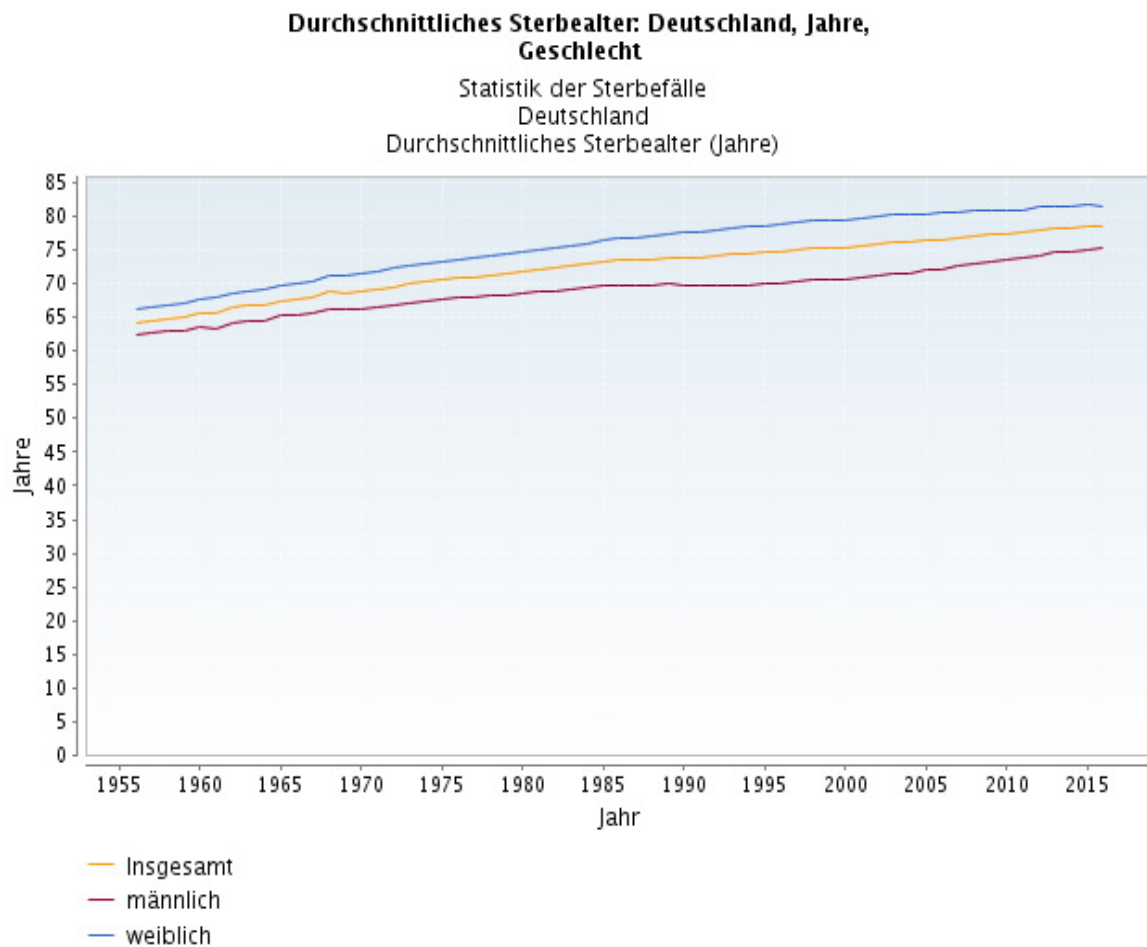


Abb. 2: durchschnittliches Sterbealter in Deutschland von 1955 bis 2015, aufgliedert nach Geschlecht

(Quelle: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Sterbefaelle.html>, Stand August 2018)

Das statistische Mittlere Lebensalter bei Frauen stieg in der Schweiz von ca. 34 Jahren um 1900 auf 43 Jahren um 1960 (Perrig-Chiello und Höpflinger, 2001) und ist seither weiter ansteigend, ähnlich wie in Deutschland, wo das statistische Mittlere Lebensalter inzwischen auf 45,8 Jahren in Deutschland im Jahr 2018 gestiegen ist (Quelle: Online Statistikseite Statista.de). Damit ist der gesellschaftliche "Zeitpunkt" des Älterwerdens deutlich in der Lebenszeit nach hinten gerutscht, jedoch hat sich das biologische Älterwerden nicht im gleichen Maß verändert. Auch heute beginnt der muskuläre und geistige Abbau ab Beginn des Erwachsenenalters, nicht anders als vor hundert Jahren. D.h. heutige Menschen (ob Frau oder Mann) erleben aufgrund der längeren Lebenserwartung auch eine längere Zeit des Alterns und des Kräfteverfalls als früher. Die heutige Phase der Wechseljahre ist also mit anderen Voraussetzungen hinsichtlich der leiblichen Veränderungen, bei gleichzeitig zu behaltendem Status quo der Leistungsfähigkeit und Jugendlichkeit zu bewältigen.

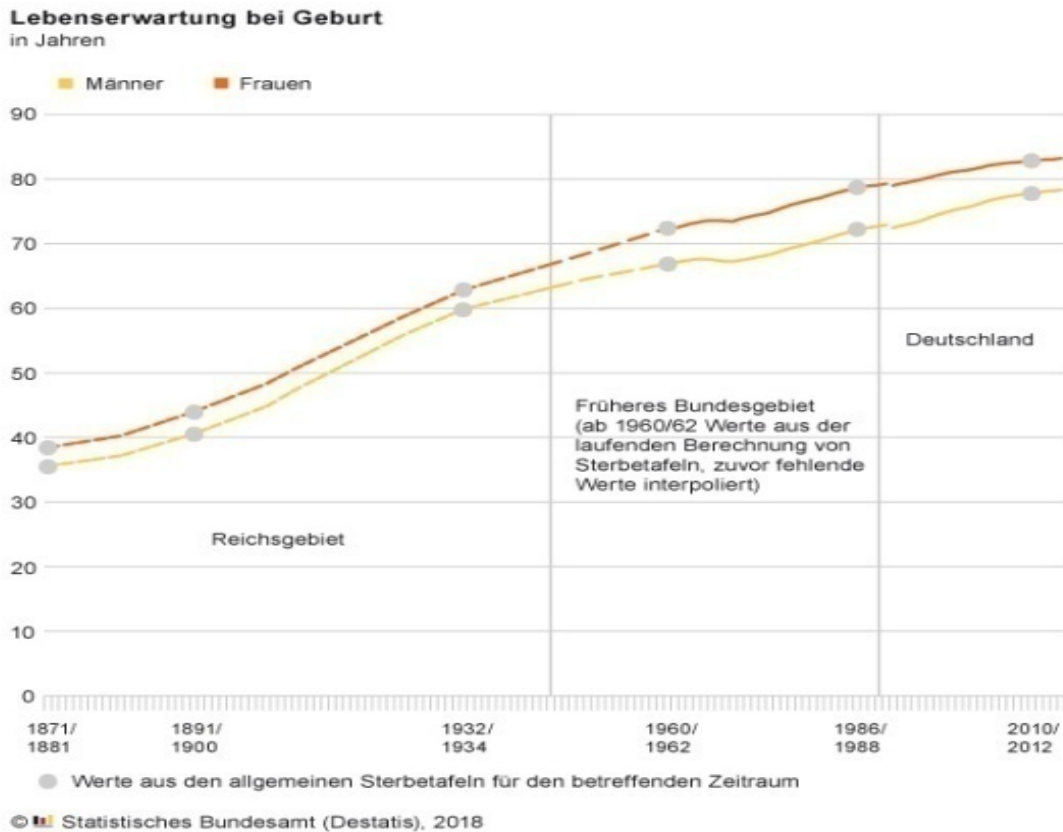


Abb. 3: steigende Lebenserwartung im Jahrhundertvergleich für Deutschland, aufgeteilt nach Geschlecht

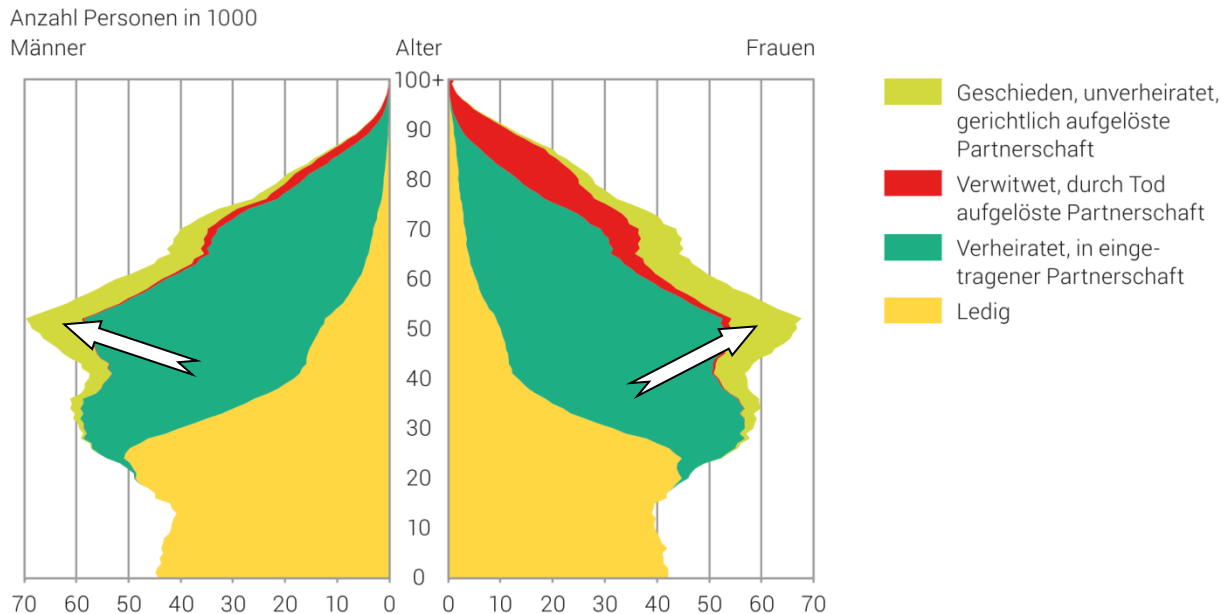
(Quelle: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Sterbefaelle.html>, Stand August 2018)

3.3. Scheidungsraten

Nicht zuletzt sollte auch die Bevölkerungsverteilung hinsichtlich des Zivilstands betrachtet werden: Viele Frauen (und Männer) im Mittleren Alter sind heute nicht mehr in erster Ehe verheiratet, wie es für frühere Generationen als gesellschaftliche Vorgabe gelebt wurde, sondern möglicherweise in zweiter, dritter Ehe oder Lebenspartnerschaft. Gerade im Mittleren Alter finden sich zum Ende, spätestens nach abgeschlossener Familienphase eine Häufung von Trennungen und Scheidungen, so dass für beide Partner gleichermaßen vielfach ein Neuanfang in dieser Zeitspanne auftritt. Die folgende Grafik zeigt die Zahlen für die Schweiz von 2016 auf:

Altersaufbau der Bevölkerung

Nach Geschlecht und Zivilstand, 2016



Quelle: BFS – STATPOP

© BFS 2017

Abb. 4: Verteilung der Schweizer Bevölkerung nach Alter und Zivilstand (Stand 2016)

(Quelle: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung.html>)

Interessant ist auch, dass (zumindest in der Schweiz) eine Scheidung nach durchschnittlich 15 Ehejahren erfolgt und eine erhebliche Zunahme der Scheidungsrate ab den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts zu verzeichnen war, womit gesellschaftlich-kulturelle Veränderungen deutlich werden, was auch in Österreich und Deutschland der Fall ist. Die Scheidungsziffer in der Schweiz stieg bis auf knapp 55% der Ehen bis 2010 hoch, womit die Generation der heute im späten Mittleren Alter (um 60 Jahre) lebenden Menschen vor allem betroffen war (<https://www.swissstats.bfs.admin.ch/collection/ch.admin.bfs.swissstat.de.issue19013481800/article/issue19013481800-07>). Seit Beginn des 2. Jahrzehnts sinken die Scheidungszahlen in der Schweiz, Österreich und Deutschland wieder, was jedoch unter anderem auch auf die niedrigeren Geburtsjahrgänge nach 1965 zurückgeführt werden kann.

In Österreich sieht die Scheidungsrate ähnlich aus, dabei ist die durchschnittliche Ehedauer etwas kürzer als in der Schweiz (mit 10,6 Jahren). Auch hier liegt das Durchschnittsalter der Paare bei Scheidungen im Mittleren Alter (Männer 45,5 Jahre, Frauen 42,3 Jahre; http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/ehescheidungen/index.html).

In Deutschland gibt es ähnliche Zahlen. 2018 betrug die durchschnittliche Ehedauer 14,9 Jahre, wobei das durchschnittliche Alter der Partner bei der Scheidung für die Frau bei 43,9 und für den Mann bei 46,7 Jahren lag, mit einem Höchststand zwischen 45 und 50 Jahren, also im durchschnittlichen Bereich des Beginns klimakterialer Veränderungen.

(<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Eheschliessungen-Ehescheidungen-Lebenspartnerschaften/Tabellen/masszahlen-ehescheidungen.html> und Statistisches Bundesamt, 2016, S. 25).

3.4. Anstieg und Verteilung von psychischen Erkrankungen

Zudem sind im Mittleren Lebensalter derzeit deutlich mehr psychische Belastungen und Erkrankungen der Psyche zu finden. Laut Deutscher Bundesregierung entfielen 109,2 Millionen Krankheitstage im Jahr 2016 auf die Diagnose "Psychische und Verhaltensstörungen". Möglicherweise liegt dies unter anderem auch an einer verbesserten Information und Akzeptanz über psychosomatische Erkrankungen und damit mehr entsprechender Diagnosen seitens der Ärzte. Trotzdem kann nicht ausgeschlossen werden, dass die zugrunde liegenden Belastungen in den letzten Jahrzehnten vermehrt psychische Erkrankungen hervorriefen. Darauf wird in den nächsten Kapiteln ausgiebig eingegangen. Der prozentuale Anteil an psychischen Erkrankungen ist laut Angaben der Bundesregierung im Vergleich mit 2007 von 10,9 Prozent Anteil an allen Krankheitstagen auf 16,2 Prozent im Jahr 2016 gestiegen. 2016 waren rund zehn Millionen Krankheitstage bei 50 bis 54-jährigen Frauen gegenüber rund sechs Millionen Krankheitstage gleichaltriger Männer zu finden. Dies betrifft vor allem den Produktionssektor und das Gesundheits- und Sozialwesen (Antwort der Bundesregierung (19/3895) auf eine Kleine Anfrage (19/3667) der Fraktion Die Linke). Generell stieg bei den Männern in der Altersspanne von 45 bis 60 ebenfalls die Rate an psychischen Erkrankungen an, wenn auch deutlich weniger als bei Frauen.

Alter	Frauen	Männer
bis unter 15	0,00	0,00
15 bis unter 20	0,46	0,31
20 bis unter 25	2,39	1,64
25 bis unter 30	4,19	2,81
30 bis unter 35	5,05	3,43
35 bis unter 40	5,71	3,89
40 bis unter 45	6,10	3,95
45 bis unter 50	8,65	5,47
50 bis unter 55	10,25	6,47
55 bis unter 60	9,40	6,02
60 bis unter 65	6,56	4,34
65 bis unter 70	0,26	0,21
70 bis unter 75	0,00	0,00
75 bis unter 80	0,00	0,00
80 und älter	0,00	0,00
Zusammen	59,03	38,55

Abb. 5: Arbeitsunfähigkeitstage in Millionen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen
(Quelle: Deutscher Bundestag, 2018, Drucksache 19/3895)

4. Überlegungen zur Erstmaligkeit eines breiten Gesellschaftsphänomens (im Konvoi unterwegs)

Dieses Kapitel widmet sich der Betrachtung genereller kulturell-gesellschaftlich-sozial-individueller Veränderungen der letzten Jahrzehnte. Dabei sollen, ähnlich wie bei Perrig-Chiello und Höpflinger (2001) sowie Hurrelmann und Bauer (2015) speziell auf die grundlegenden Faktoren eingegangen werden, welche die Situation *heutiger* Frauen im Mittleren Erwachsenenalter herausheben und die in den nachfolgenden Kapiteln als mögliche Belastungsfaktoren in der jeweiligen Säule der Identität näher beschrieben werden. Als Überschrift könnte gelten: die "**Erste Generation mit:...**".

Aufgrund der Tatsache, dass sich die heutige - zumindest deutschsprachige, industrialisierte, individualisierte, säkularisierte, westliche Gesellschaft von derjenigen vor noch 30, noch mehr von derjenigen vor 50 und erst recht vor 100 Jahren unterscheidet, in sich jedoch ähnliche Themen finden lassen, kann von einem Zeitgeist, sowie einem Konvoi gesprochen werden (Petzold, 1989f; 2005t; 2016l, Brühlmann und Petzold, 2004). Da Menschen immer in Bezug zu ihrem sozialen Umfeld stehen, davon geformt werden und dieses mitformen, ist jede Person Teil eines größeren Ganzen. Das Erleben, alle Erfahrungen, die biopsychosozialökologische- und hier auch ökonomische - Einbettung (Kontext) in einer bestimmten Zeitspanne (Kontinuum), über die Lebensspanne gespeicherte Leiberfahrungen (embeddedandembodied) beeinflussen die Entwicklung einer Persönlichkeit, eines Selbst,

sowie der eigenen Identität. Die eigene Performanz, das Verhalten nach außen, die Handlungen im sozialen Rahmen gestalten andererseits auch die gesellschaftlichen Veränderungen mit (Petzold, 2002j; 2016l).

Da bereits mehrfach von Konvois gesprochen wurde, ist an dieser Stelle sinnvoll, eine entsprechende Definition aufzuführen, dazu findet sich in Brühlmann und Petzold (2004) folgende Beschreibung:

"(...)Als **Konvoi** werden Soziale Netzwerke bezeichnet, die auf der Kontinuumsdimension betrachtet werden, denn der ‚Mensch fährt nicht allein auf der Lebensstrecke, sondern mit einem **Weggeleit**‘ (Petzold 1969c). Ist dieses stabil, ressourcenreich und supportiv, so kann es ‚stressful life events‘ abpuffern, eine Schutzschildfunktion (shielding) übernehmen und damit Gesundheit und Wohlbefinden sichern. Ist der **Konvoi** schwach oder kaum vorhanden, negativ oder gefährlich (durch Gewalt und Missbrauch), so stellt er ein hohes Risiko dar (continuum of casualties) und das nicht nur in Kindheit und Jugend. Konvoiquälitäten diagnostisch zu erfassen und – wo erforderlich – zu stärken, bei ‚riskanten Konvois‘ zu puffern oder einzuschränken (Heimunterbringung, Frauenhaus u. ä.), ist damit eine zentrale Aufgabe jeder psychosozialen/therapeutischen Hilfeleistung, bei der die Helfer ‚Mitglieder auf Zeit‘ im Konvoi des Klienten/der Klientin werden. Longitudinal werden Konvoiquälitäten durch ‚Konvoi-Diagramme‘ erfassbar, indem KlientInnen ihre sozialen Netzwerke zu wichtigen Zeitpunkten ihres Lebenslaufes (z. B. 5 J. Kindheit, 10. J. Schulzeit, 15 J. Adoleszenz, Einbrüche, Bindungen, Trennungen, Relokationen) aus der Erinnerung aufzeichnen, so dass benigne und maligne Einflüsse, soziale Unterstützung und soziale Belastungen panoramaartig erkennbar werden. Konvoiqualität und -dynamik wird wesentlich durch die in ihm vorherrschenden Qualitäten der Relationalität bestimmt, durch Beziehungen und Bindungen, durch Affiliationsprozesse im Binnenraum und zum Außenfeld des Konvois" (Petzold 2000h).(...)"

(Brühlmann und Petzold, 2004, S. 5, Hervorhebungen im Original)

4.1. Kulturelle, gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung: Die erste Generation mit:

4.1.1 Bevölkerungsexplosion und Globalisierung

Wie bereits angedeutet, gibt es heutzutage mehr Menschen als je zuvor. Die Erdbevölkerung ist seit Beginn des 20. Jahrhunderts enorm angestiegen. Hierzu gibt es verschiedene ineinander greifende Faktoren. Einerseits gibt es in der christlich orientierten Nordhalbkugel weniger Kriege, bzw. aufgrund veränderter technischer Kriegsführung weniger Tote. Andererseits haben technische Fortschritte seit Beginn der Industrialisierung, mit nach den

Weltkriegen deutlich beschleunigter Weiterentwicklung an Stabilität, Mobilität und Gesundheit der Bevölkerung mitgewirkt. Hierzu seien unter anderem auch bessere Hygiene und Aufbewahrungsmöglichkeiten genannt, beispielsweise durch die Erfindung von Kühlschränken, Waschmaschinen, verbesserten Sanitäranlagen, flächendeckendem Zugang zu Elektrizität, Kanalisation und Wasseraufbereitungsanlagen. Schnellere Versorgung von Krankheiten durch flächendeckende Zugangsmöglichkeiten der medizinischen Versorgung, schnelle Nothilfe mittels motorisierter und auch flugfähiger Fortbewegungsmitteln retteten im Lauf des letzten Jahrhunderts immer mehr Menschen.

Die Automatisierung vormals manueller und körperlich anstrengender Arbeitsabläufe hat zu einer Verbesserung der körperlichen Gesundheit geführt und weitere Berufsfelder eröffnet (Landwirtschaft, Produktion, Dienstleistungen). Im Dienstleistungssektor ist die Gefahr von berufsbedingten Unfällen, schweren Erkrankungen und damit Einkommensausfall, Armut, Gesundheitsprobleme, frühe krankheitsbedingte Sterberate verringert. Sozialpolitische Entscheidungen wie Reduzierung der Arbeitszeiten, Einführung der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht, Einzahlungen in Rentenkassen etc. führten zu einer Gesellschaft, die auch Menschen im Krankheitsfall nicht hängen ließ, sondern der medizinischen Versorgung und in dem Fall Wiedererlangung der Gesundheit zukommen ließ. Impfungen, Antibiotika führten zur Reduzierung ansteckender Erkrankungen, bzw. zu fast gänzlicher Ausrottung zum Teil gefährlicher bis letaler Kinderkrankheiten, was wiederum zum Rückgang der Kindersterblichkeit führte. Andere gesundheitsfördernde bzw. -erhaltende Maßnahmen und die pharmazeutische Entwicklung halfen ebenso die Sterberate zu verringern. Aufgrund technischer Fortschritte wurde es auch möglich, bessere und größere Ernteerträge zu generieren, dadurch wurde die Häufigkeit von Hungersnöten herabgesetzt, im Zusammenspiel mit der Aufteilung der Nahrungsmittelproduktion im gesamten Weltgefüge. Der globalisierte Handel, Austausch von Wissen durch erweiterte und schnellere Verbindungen zwischen verschiedenen Erdteilen förderte die Möglichkeiten in Technik, Wissenschaft, Forschung, so dass Spezialisierungen und der globale Erkenntnis- und Wissensgewinn großen praktischen und wirtschaftlichen Nutzen gebracht hat.

Bis heute hat sich die Globalisierung auf fast alle relevanten Bereiche des Menschseins und über den gesamten Globus in fast allen Kulturen ausgeweitet, mit teils noch nicht absehbaren und nicht nur positiven Folgen (siehe weiter unten). Im positiven Sinne führten die rasanten Entwicklungen im letzten Jahrhundert nach dem zweiten Weltkrieg allerdings zu einer (vermeintlich?) gesünderen, langlebigeren und wirtschaftlich-politisch relativ stabilen Phase der Menschen, wie sie vorher noch nicht über eine längere Zeit hin unter ähnlichen Bedingungen bestand, trotz verschiedener Krisenherde, die sich in unterschiedlicher Zahl

über die Jahrzehnte und Erdteile verteilt zeigten (Quelle: Statista.de). Die Bevölkerung stieg mit diesen Voraussetzungen seit Ende des zweiten Weltkriegs daher enorm an, was Auswirkungen auf die Lebensqualität vor allem in Großstädten und anderen dicht besiedelten Gebieten hat. Dies wiederum erfordert tägliche Anpassungsleistungen jeder einzelnen Person. Solche äußeren Faktoren wie Enge, Lärm, Schmutz, ständige Informationsflut, Zeitdruck, Regularien im kleinen, wie auch größerem Rahmen für ein sozial verträgliches Miteinander, beeinflussen die biopsychosoziale Gesundheit mit (u.a. Petzold, 1989f; 2016l).

4.1.2 Spezialisierung und Wegwerfkultur

Die Menschen des 20. Jahrhunderts rückten vor allem nach dem zweiten Weltkrieg in den christlich („westlich“) geprägten Ländern der Welt durch Technik, Handel, Wirtschaft, Kommunikation und Wissenschaft näher zusammen. Unter den Aspekten der Spezialisierungen wurde jedoch auch viel ehemals breit angelegtes Können und Wissen der jeweiligen Kultur (Makrokosmos), in den Berufs- und Tätigkeitswelten der Menschen (Mesokosmos), wie auch im kleinen familiären Rahmen (Mikrokosmos) in den Hintergrund bzw. ins Spezialistentum gedrängt. Als Beispiel seien handwerkliche, nahrungsmittelproduzierende, -verarbeitende, Heilmittel nutzende, oder anders formuliert „selbstversorgende“ Fähigkeiten genannt. Es entstand in vielerlei Hinsicht eine Konsumkultur, in der Güter nicht mehr zum Großteil selbst hergestellt, nachhaltig gepflegt und an nachfolgende Generationen weiter gegeben werden, sondern gekauft und aufgrund von fortschreitender Technik bald weggeworfen werden. Die "Wegwerfkultur" zeigt sich zunehmend auch im Bereich menschlichen Miteinanders, Beziehungen sind aufgrund von Mobilität und Anonymität im Großstadtraum beliebiger und weniger intensiv, jedoch auch weniger stützend und haltend geworden. In der Familie ist hier unter anderem auch die Scheidungsrate zu betrachten, die in den letzten 50 Jahren enorm angestiegen ist, und es selten geworden ist, dass Paare durch alle Höhen und Tiefen des Lebens gemeinsam gehen. Aber auch im wirtschaftlichen Wettbewerb sind Mitarbeiter*innen austauschbar geworden. Dies ist vor allem im Niedriglohnsektor in großen Produktionsfirmen, die global wirken, ein ernsthaftes Problem für "ältere" Arbeitnehmer*innen.

4.1.3 Einkommensnotwendigkeit mit außerhäuslicher Berufstätigkeit und der wirtschaftlich-politischen Veränderungen der letzten 30 Jahre

Die Schnellebigkeit unserer Zeit heute zeigt sich unter anderem am raschen Verfallsdatum neuer technologischer Hilfsmittel. Wir Menschen sind täglich im Beruflichen wie auch Privaten gefordert, uns mit dieser neuen Geschwindigkeit an Veränderungen im Bereich der technischen Errungenschaften auseinander zu setzen. Das bedeutet in vielen beruflichen Feldern ständiges Dazulernen, Umlernen, Neuorientierung. Vor 50 Jahren war der Einsatz technischer und vor allem elektronischer Arbeitsmittel deutlich geringer als heute. Die Computerisierung/Digitalisierung hat ab ungefähr dem Beginn der 1990er Jahre viele Berufsfelder erfasst. Was vor fünf Jahren neu war, ist heute veraltet und zu langsam. Die Beschleunigung, Komplexität und Dichte unserer technisierten Welt in Arbeit und Privatbereich sind heute die wichtigsten Faktoren für die Entstehung und Chronifizierung psychosomatischer Erkrankungen im Mittleren Lebensalter. Zu diesem Ergebnis kommt auch der Deutsche Bundestag:

"(...) Hinsichtlich der arbeitsbezogenen Anforderungen zeigt sich, basierend auf den Daten der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung, dass zwischen Ende der 90er und Mitte der 2000er Jahre eine erhebliche Steigerung der Belastungswerte stattgefunden hat. Im Vergleich der letzten Befragungen in den Jahren 2006, 2012 und 2018 haben sich die Anforderungen aus Arbeitsinhalt und -organisation auf hohem Niveau stabilisiert (Lohmann-Haislah, 2012 und in Vorbereitung). Als mögliche Ursachen werden häufig mit dem Wandel der Arbeitswelt verbundene Entwicklungen genannt, wie die Entwicklung zur Dienstleistungsgesellschaft, die Durchdringung der Arbeitswelt mit modernen Kommunikationstechnologien, zunehmende Eigenverantwortung für Ablauf und Erfolg von Arbeitsprozessen, fortlaufende Beschleunigung von Produktions-, Dienstleistungs- und Kommunikationsprozessen bei steigender Komplexität der Aufgaben und zunehmenden Lernanforderungen sowie die Ausbreitung beruflicher Unsicherheit in diskontinuierlichen Beschäftigungsverhältnissen als Ausdruck ständiger Veränderungsprozesse. Die genauen Ursachen für die Entwicklung der arbeitsbezogenen Anforderungen sind jedoch schwer empirisch zu belegen. So gaben beispielsweise bei der BiBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018 Beschäftigte, die von Umstrukturierungen oder Umorganisationen im unmittelbaren Arbeitsumfeld berichten, häufiger starken Termin- und Leistungsdruck an (57 Prozent), als Beschäftigte ohne Restrukturierungserfahrungen (41 Prozent).(...)".

(Deutscher Bundestag, 2018, Drucksache 19/3895, S.15)

Die berufliche Tätigkeit heute ist oft nicht mehr allein mit einer einzigen Ausbildung über ein ganzes Arbeitsleben ausführbar. Das bedeutet vor allem für heutige Frauen zwischen 40 und 60 Jahren, die ihre Ausbildung vor einer Familienphase abgeschlossen haben und für die

Kinder zu Hause bleiben, einen enormen Aufwand, wieder ins Arbeitsleben einzusteigen. Meist sind keine einträglichen Stellen für Frauen im Mittleren Alter und „ausgedienter“ Ausbildung zu finden. Oder es bedeutet, viele Jahre lang Familie und Arbeit zeitlich unter einen Hut bringen zu müssen, was wiederum bei vielen Frauen nur in Teilzeitarbeit möglich und kräftezehrend ist. Hinzu kommt die Auflösung der herkunftsfamiliären Unterstützung durch vielfach beruflich geforderte Mobilität. Da die berufliche Spezialisierung oft bedeutet, einen neuen Wohnort zu finden, will man eine entsprechende Stelle antreten, werden familiäre und andere soziale Beziehungen in örtlicher Distanz gepflegt und es benötigt entsprechenden Aufwand, sich am neuen Arbeits- und Wohnort einzuleben und ein soziales Netzwerk aufzubauen. Manchen Familien gelingt es nicht, sich zu integrieren. Oder es werden viele Stunden an Fahrzeiten von und zur Arbeit in Kauf genommen, um im gewohnten sozialen Umfeld verbleiben zu können, was mit Zeitdruck und einem reduzierten Erholungszeitraum einhergeht. Auch dies hat einen Einfluss auf die Gesundheit aufgrund von Dauerstressfaktoren. Um Familie und Arbeit zu koordinieren, werden Betreuungsangebote für die Kinder nötig, welche wiederum hohe Kosten verursachen, wenn keine verwandtschaftlichen Hilfestellungen vor Ort sind. Den Frauen blieb im Verlauf der letzten Jahrzehnte trotz erweiterter Möglichkeiten zur Berufstätigkeit überspitzt formuliert nur die Wahl zwischen „Rabenmutterschaft“ oder „Karriereknick“ mit klaren Einkommenseinbußen. Was dies für die biopsychosoziale Gesundheit für Auswirkungen haben kann, wird weiter unten besprochen. Die berufliche Situation beeinflusst zudem die inzwischen meist bewusst getroffene Entscheidung für oder gegen die Familiengründung.

Zudem sind die Lebenshaltungskosten in den meisten „Erstweltländern“ sehr hoch, um einen entsprechend den Bedürfnissen heutiger Menschen, vor allem in den Familien, angemessenen Lebensstandard zu erreichen, bzw. aufrecht zu erhalten. Das bedeutet, dass ein entsprechendes Einkommen generiert werden muss, was in unserer Gesellschaft kaum mehr durch ein einziges Einkommen pro Familie gelingt, will man der nachfolgenden Generation und sich selbst für das Alter eine Zukunft ermöglichen. Obwohl in früheren Zeiten Frauen immer auch ihren Anteil der Arbeit mit beigetragen haben, ist die Lohnarbeit außer Haus durch die Industrialisierung, später auch durch Produktionsfabriken bis hin zu Handel und Dienstleistungen eine weitere Großentwicklung des letzten Jahrhunderts. Dennoch gelingt nicht allen berufstätigen Menschen, das erforderliche Einkommen zu erreichen und manche Personen sind aufgrund verschiedener Ursachen gar nicht in der Lage, am Arbeitsmarkt teilzunehmen. Viele Alleinerziehende, vor allem Mütter, sind heute zwar nicht mehr gesellschaftlich aufgrund moralischer Werte geächtet, wie es zum Teil noch bis Mitte des letzten Jahrhunderts der Fall war, dennoch leben sie wegen der oft geringeren Einkommensmöglichkeiten nach wie vor eher am Rande der Gesellschaft. Zudem sind

Frauen beruflich trotz langjähriger Bemühungen um Gleichberechtigung den Männern in den meisten Ländern der Welt, d.h. auch in Europa, einschließlich Deutschland, Österreich und der Schweiz noch nicht gleichgestellt, was die Gehälter und die Beförderungen betrifft. Aufgrund der faktisch in der Wirtschaft noch immer bestehenden Rollenverteilung arbeiten Mütter mehrheitlich in Teilzeit, was zu der geringeren Einkommenssituation beiträgt. Problematisch wird es, wenn aufgrund von aufgelockerten gesellschaftlichen Werten Frauen nach Trennung und Scheidung und geringerem Arbeitseinkommen in den Sog der Altersarmut rutschen und die Sicherheit einer tragfähigen Rentenversorgung aufgegeben werden muss, was in der aktuellen wirtschaftlich-politischen Situation Realität geworden ist. Die Generation heutiger Frauen im Mittleren Erwachsenenalter ist die erste, die diese außerhäusliche Lohnarbeit in dieser aktuellen Form erlebt. Wo noch in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts eine finanzielle Sicherheit durch den Sozialstaat vermittelt wurde, sind die Perspektiven für Menschen im Mittleren Alter heute düsterer. Dies gilt jedoch nicht nur für Frauen, sondern vermehrt auch für Männer.

4.1.4 Komplexität in Makro-, Meso- und Mikrokosmos

In Europa finden wir uns zu Beginn des 21. Jahrhunderts in einer erheblich veränderten wirtschaftlich-politischen Situation: die politische Veränderung von noch teilweise um 1900 bestehenden Monarchien zu Demokratien oder Republiken, nach 1945 von einzelnen wirtschaftlich unabhängigen Staaten zu EFTA und EU-Mitgliedern, ab 1990 vom eisernen Vorhang (weltpolitische Trennung zwischen sozialistischen/kommunistischen und marktwirtschaftlich/kapitalistisch ausgerichteten Staaten -die Grenze verlief mitten durch den europäischen Kontinent) zur Integration in die Europäische Kulturvielfalt. Das politische Hoch in den 80ern und 90ern hinsichtlich des Zusammenwachsens, positiver Stimmung bezüglich eines dauernden Wachstums und der Sicherheit ist spätestens 2008 durch die Weltwirtschaftskrise geschwunden. Inzwischen gibt es aufgrund wirtschaftlicher und politischer Unsicherheiten und übermäßiger, undurchschaubarer Komplexität wieder eine politische Gegenströmung, einer Abgrenzung nach außen, der dem Wunsch vieler Menschen nach „einfachen“ und klaren Lösungen und Denkweisen entspricht (Reduzierung der Komplexität, Petzold, 1994; Petzold, 2001p/2004, sowie Atmosphäre der Beunruhigung, Petzold, 2016l). Die gesellschaftliche, kulturelle, wirtschaftliche und politische Entwicklung im letzten Jahrhundert fordert von jedem einzelnen Menschen vermehrt Eigenverantwortung ab, mehr als davor, da feste gesellschaftliche, patriarchalische Strukturen weitgehend aufgeweicht und von jedem Menschen Anpassungsleistungen abverlangt sind, um in den individualisierten Ausprägungen der Gesellschaft mithalten zu können. Die Welt, in der wir heute leben, ist hoch komplex und undurchschaubar geworden, was auch zu einem

Verdross gegenüber Politik und Wirtschaftsmächten geführt hat, da sich die Menschen nicht mehr vertreten und ernst genommen fühlen. Erst in neuerer Zeit finden sich über soziale Medien Menschen wieder zusammen, um Bedürfnisse an die Politik heranzutragen. Das politische "Establishment" wird als nicht mehr vertrauenswürdig erlebt, jedoch beteiligen sich Menschen aktiv in einer Subkultur der Sozialen Medienlandschaft, sofern sie einen Zugang zu diesen Möglichkeiten haben. Der Mesokosmos (soziales Umfeld, auch im Internet) und Mikrokosmos (einzeln oder in Familien) erhalten größere Bedeutung, um damit auch für den Makrokosmos aktiv zu werden (Umweltschutzaktionen, Flüchtlingsthemen, Tierschutz, finanzielle Unterstützung für Aktivistengruppen etc.) und um in einem Zeitgeist und einer Atmosphäre der Beunruhigung (Petzold 2016), den burnoutfördernden Gefühlen der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975) wieder Halt und Sinn zu generieren.

4.1.5 Denaturierungsprozesse, krankmachende (pathogen wirkende) Umwelt

Wir Menschen leben nicht mehr in und mit der natürlichen Umwelt. Großstädte wurden zu Megacities, da seit vielen Jahrzehnten Dörfer und ländliche Gebiete für bessere Lebens- und Arbeitsbedingungen Richtung Stadt verlassen werden (Landflucht). Die Migration war schon immer ein Bestandteil des menschlichen Lebens, allerdings ist dies aufgrund der Technologisierung, der wirtschaftlichen und industriellen Veränderungen und Wachstumsphasen der letzten Jahrzehnte mit gleichzeitiger Bevölkerungsexplosion hinsichtlich des entsprechenden Umfangs erneut erstmalig in dieser ausgeprägten Form. Viele Frauen und Männer der Generation mit Geburtsjahrgängen in den 1960er-Jahren haben eine Sozialisation mit Kindheit und Jugend in Wohnblocks erfahren, die in dieser Zeit massenweise in Städten, bzw. deren Vororten errichtet wurden, um sozialen Wohnraum zu schaffen. Erzwungene Nähe bzw. kulturell/gesellschaftliche Durchmischung, Lärmbelastung, Dichte, Schmutz und unter anderem schwierige finanzielle oder soziale Lebensbedingungen sind belastende Faktoren in einer solchen Umwelt.

Um die Menschenmassen entsprechend mit Unterkunft und Infrastruktur zu versorgen, musste die natürliche Umwelt einer starken Verbetonierung und Zerstörung der natürlichen Ökologie weichen. Um die Ernährung vieler Menschen, die sich nicht mehr vom Land selbst versorgen können, zu gewährleisten, sind in den vergangenen Jahrzehnten industrielle Landwirtschaft und die Produktion industriell gefertigter Nahrungsmittel in den Vordergrund gerückt. Viel breit angelegtes (Großeltern-)Wissen ging verloren hinsichtlich der Pflege der Natur, sowie natürlicher und nachhaltiger Gesundheitsförderung im persönlichen, sozialen und ökologischen Bereich. Wir sind inzwischen von der globalisierten Industrie abhängig geworden, was einen Kontrollverlust über die eigene Gesundheit und Produktion

nachhaltiger Selbstversorgung nach sich zieht. Die Denaturierung zeigt sich in der Herstellung von Nahrung mit Massentierhaltungen, monokultureller Landwirtschaft auf riesigen Flächen, Giften, Gentechnik für die Produktionssteigerung. Dabei wird willentlich in Kauf genommen, dass wichtige natürlichen Ressourcen (Kräutervielfalt, Insekten, pflanzliche und tierische Artenvielfalt, bei gleichzeitig höherer Immunität und weitere Verbreitung von Schädlingen) verloren gehen. Durch Industrialisierung und beschleunigtem Technikwachstum entstand eine massive Überanspruchung natürlicher Ressourcen, mit dem Effekt, dass die letzten verbleibenden Ressourcen mit harten Mitteln umkämpft werden und Raubbau aus ökonomischen Zielen heraus betrieben wird und so die natürliche Umwelt erheblich geschädigt wird (Kohlebergbau, Ölbohrungen, Fracking, Zerstörung der "grünen Lunge" Regenwald etc). In den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts war der saure Regen Thema, heute die Klimaerwärmung und die beschleunigte, menschengemachte prekäre Situation der Umweltzerstörung.

Die pathogen (krankmachende) Wirkung menschengemachter Umwelten ist ebenso in den Arbeitsbereichen der Menschen vorhanden: Gerade in der industriell gefertigten Produktion verschiedenster Produkte, von der Kleidung bis zum Verkehrsmittel, von Nahrungsmitteln bis zur Verarbeitung von Rohstoffen sind aufgrund der globalisierten Konkurrenz und Auftragslage un-natürliche Arbeitsbedingungen entstanden. So werden keine ausreichenden Erholungspausen mehr ermöglicht, Nacht- und Mehrfachsichten werden den Mitarbeiter*innen vertraglich festgeschrieben, Akkord-Arbeit soll die Maximalleistungen in einem täglichen Soll erfüllen, mit geringen Boni wird bei ansonsten niedrig gehaltenem Mindestlohn das Äußerste von den Mitarbeitern in der Produktionswelt über Jahrzehnte abverlangt, Maschinen dürfen aus ökonomisch-wirtschaftlichen Gründen nicht mehr stillstehen, Tag-/Nachtrhythmen sind aufgehoben, was für die entsprechenden Arbeitnehmer*innen die biologisch vorgesehenen Grundbedürfnisse über lange Zeit durcheinander bringt (Essen/Trinken/Verdauung/Schlaf). Die noch nach dem zweiten Weltkrieg erreichten sozialen Sicherheiten für Arbeitnehmer*innen sind durch den globalen Druck teilweise wieder verloren gegangen. In manchen anderen Bereichen besteht die Denaturierung in der Spezialisierung der Arbeit, so dass das "Große Ganze" aus dem Blick gerät. Zum Beispiel haben Banker Zahlen und hohe Geldsummen zu verwalten und verlieren mitunter das Gespür für die Relation und die Realität, was sich zum Beispiel in der Weltwirtschaftskrise 2008 äußerte, als die virtuelle Immobilienblase platzte. Darunter hatten konkret viele Menschen zu leiden, die ihr Ersparnis verloren. Auch im Gesundheitssystem wurde Spezialisierung über längere Zeit gefördert, so dass der Blick auf die Gesundheit des gesamten Menschen einer verstärkten reinen Symptombekämpfung bei spezifischen Erkrankungen gewichen ist.

Die Generation der heute im Mittleren Alter stehenden Menschen hat diese erhebliche Steigerung der zerstörerischen Kraft des Anthropozäns ebenfalls als erste Generation in der Wahrnehmung der global wirkenden Kräfte miterlebt und mitgestaltet und muss sich aktuell der Verantwortung stellen, um für nächste Generationen eine noch lebenswerte Welt zu hinterlassen (z.B. medial sichtbar geworden durch die Schülerbewegung "Fridays for future"). Damit ist nach längerer Zeit des Verdrängens, des Augenverschließens und unreflektiert Handelns zumindest spürbarer in den letzten fünf Jahren eine neue Strömung aus der **globalen Beunruhigung** heraus entstanden, die die Notwendigkeit einer naturnahen, naturfördernden ganzheitlichen Achtsamkeit beschwört. Auch im Sinne der eigenen psychophysischen Gesundheit, um über die positiven Einflüsse einer intakten Umwelt, natur- oder menschengemacht, immer wieder Kraft schöpfen zu können. Denn eigentlich ist der Mensch als bio-psycho-sozial-ökologisches Wesen eingebettet in der Umwelt, gleichzeitig zerstört er aber die Lebensgrundlagen und Grundlagen der Gesundheit aufgrund dieser seit einiger Zeit bestehenden Denaturierungsprozesse. Unter anderem wirken solcherart geförderte schädigende Einflüsse auf den Gesamtorganismus Mensch. Frauen im heutigen Mittleren Alter haben daher neben den wirtschaftlichen und beruflichen Aspekten, der häuslichen und familiären Aufgaben zusätzlich mit der Verantwortung für Andere (Nachkommen /Eltern) und für sich selbst zu tun, um Gesundheit zu bewahren, bzw. wieder zu gewinnen, wenn sie schon beeinträchtigt ist.

Die Menschen im Mittleren Alter müssen heutzutage die "Entschleunigung" entdecken, um wieder zu sich zu finden und der allgemeinen Hektik des denaturierten Menschenlebens einen Gegenpol zu setzen. Naturtherapien wie "Waldbaden", Gartentherapie, Achtsamkeitsübungen - unter anderem im Grünen - sind notwendig geworden, um die Menschen wieder "zu erden" (Petzold, Orth, Orth-Petzold, 2013a). Gleichzeitig beginnt über "Urban Gardening" oder "Guerilla Gardening" eine Strömung Fahrt aufzunehmen, um graue Städte in kleine Selbstversorger- und grüne Inseln zu verändern, mit positiven Nebeneffekten der Kühlung von heißem Beton/Asphalt, Bienenvölkern in der Stadt, Luftverbesserung und deutlich bunter und Lebensqualität fördender Wohnumgebungen. Auch im Gesundheitswesen zeigten sich um die Jahrtausendwende vermehrt Strömungen und Forschungen, die einer ganzheitlichen Gesundheit des gesamten Menschen zugetan ist. Das Integrative Verfahren begann damit als eine der ersten Psychotherapieverfahren überhaupt, die Ganzheitlichkeit des Menschen im bio-psycho-sozial-ökologisch-ökonomischer Weise zu betrachten, beginnend Ende der 1960er Jahre (u.a. beschrieben in Petzold, 1994).

4.2. Veränderungen speziell für die Frau - die erste Generation mit:

4.2.1 Emanzipationsbestrebungen, Mitsprache politisch, gesellschaftlich

Petzolds Artikel über den bewegten Menschen (Petzold, 2005t) betrachtet einige gender-/ gesellschaftsbezogene/kulturelle und anthropologische Themen der menschlichen Entwicklung, der gemeinsamen *WEGE* und der geschlechtsspezifischen/biologischen, bzw. neurobiologischen Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Mann und Frau mit allen Abstufungen. Er beschreibt darin auch die ursprüngliche Rollenverteilung und damit verbundenen Mentalisierungen (Männer-> Außenorientierung->Proaktiv bis hin zu Aggressiv, Frauen ->Innenorientierung->soziale und eher passive Ausrichtung, bzw. *care*), die sich in unseren unterschiedlichen Kulturen der Welt mehr oder weniger ausgeprägt überall finden lassen. Mit der Industrialisierung veränderte sich die Arbeitswelt in "männliche" außenorientierte Art und Weise, oft hierarchisch strukturiert mit Befehlsgebern (Vorangeher, Leit-Person) und Befehlsempfängern (Mitgeher, Untergeordnete), wie sie auch die ursprüngliche "Jagd-"Truppe ausgemacht habe (Petzold, 2005t). Gahlings (2016) führt in ihrem Werk über die Phänomenologie der weiblichen Leiberfahrungen Leibphilosophische Ansätze aus, z.B. über Edith Stein, Simone de Beauvoir, Gernot Böhme oder Harald Schmitz, die maßgeblich zu einer veränderten Sicht auf die Frau als "der andere Mensch" und heraus aus dem Schattendasein hinter dem Mann beigetragen haben. Die Emanzipationsbestrebungen, Feminismus und die Diskussion über Gleichberechtigung zwischen Frau und Mann, Gendertheorien und generell die gesellschaftlichen Veränderungen haben in den letzten hundert Jahren der Frauenwelt viele Errungenschaften gebracht, die notwendig und richtig waren und sind, allerdings die Situation für die heutige Frau erheblich komplexer hat werden lassen.

Während die bisherige Rolle der Frau zwar auf Feld, Haus und bezüglich der Kinder viele Aufgaben beinhaltete, war die Rolle entsprechend klar definiert, ebenso die patriarchalischen Strukturen. Mit dem Aufkommen der außerhäuslichen Lohnarbeit, dem Männermangel während der Weltkriege, in denen die Frauen viele Aufgaben der Männerwelt übernahmen, tat sich damit eine neue Dimension auf. Die Emanzipationsbestrebungen schon zum Ende des 19. Jahrhunderts eröffnete den Frauen hinsichtlich der Außenwelt beginnend mehr Mitsprachemöglichkeit, diese Entwicklung wurde in einer zweiten Welle der Emanzipation in den 70er-/80er Jahren des 20. Jahrhunderts noch mal verstärkt, so dass nicht nur Wahl- und Selbstbestimmungsrecht der Frau möglich wurde, sondern auch die Berufswahl sich deutlich erweiterte und Frauen begannen, in ursprünglich männerdominierten Berufen "ihren Mann zu stehen". Bis zum heutigen Tag findet man mehr Frauen in "Männerberufen" als umgekehrt Männer in "Frauenberufen". Damit begann jedoch auch eine Zeit der Mehrbelastung für die

Frauen, da sich die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungen nur zögerlich den Bedürfnissen der weiblichen Welt angepasst hat.

Somit lernten zwar Frauen, sich in einer männlichen Denk- und Handlungsweise (leistungs-, handlungs-, lösungsorientiert, hierarchisch strukturiert, Konkurrenz und Wettbewerbsdenken, teilweise zerstörerisch) einzubringen, umgekehrt hat die männliche Kulturlandschaft zwar auch den Wert einer intensiveren Vaterschaft in Bezug auf die Fürsorge und Zuwendung zu den Nachkommen innerhalb einer Vater-Kind-Beziehung weiterentwickelt, die berufliche und wirtschaftliche Dimension wirkte jedoch weiterhin dagegen an, sodass eine Gleichberechtigung der Geschlechter in finanzieller und beruflicher Hinsicht, wie auch im Haushalt und Kindererziehung bis heute noch nicht vollumfänglich ermöglicht ist. Wer sich für die Familienarbeit einsetzt, hat mit finanziellen und beruflichen Benachteiligung zu rechnen. Somit bleiben auch modernen Eltern noch vielfach nur die „traditionelle“ Aufgabenverteilung und trotz guter Ausbildung bleiben Frauen meist in Teilzeitarbeit mit niedrigerem Einkommen stecken, während die Partner Vollzeit arbeiten, wenn sie sich für eine Familie entscheiden. In Deutschland sind hierzu mehr Möglichkeiten für Mütter und Väter geschaffen worden, beispielsweise mit der bis zu drei Jahre möglichen Elternzeit ohne Verlust des Arbeitsplatzes. Auch in Österreich hat eine Mutter bis zu zwei Jahre Zeit, sich um ihr Baby zu kümmern. In der Schweiz werden frischgebackenen Vätern noch nicht mal zwei Wochen Urlaub eingeräumt, um der Partnerin mit Baby zur Seite zu stehen, geschweige denn von einer angemessenen Zeit für die Mütter, sich um die Säuglinge zu kümmern: Nach spätestens zwölf Wochen muss die frische Mutter wieder vollzeitlich arbeiten oder verliert den Arbeitsplatz. In Europa wird Mutterschaft und Vaterschaft sehr unterschiedlich in Wirtschaft und Gesellschaft gewürdigt und nicht überall können gesetzlich vorgesehene Möglichkeiten ohne gravierende Einbußen genutzt werden, trotz politischer Bemühungen, diese Unterschiede zu bereinigen.

Zudem ergaben sich durch die Anpassung an "männliche" Strukturen und Denk- bzw. Verhaltensweisen für die Ende des 20. Jahrhunderts erwachsen gewordenen Frauen zusätzlich Herausforderungen biopsychosozialen Ursprungs. Die nach gendertheoretischen Ansichten erworbenen neuen Fähigkeiten und Fertigkeiten, bzw. Notwendigkeiten brachen mit dem althergebrachten Rollenverständnis und geschlechts-/genderspezifischen Erfahrungshintergrund früherer Generationen, so dass für viele Frauen in der Gestaltung des komplexer gewordenen Lebensstils Neuland betreten wurde und somit auch wenig kulturell oder gesellschaftlich verankerte Sicherheiten vorhanden waren, an denen sich die Frauenwelt orientieren konnte (Schigl, 2012; Hurrelmann und Bauer, 2015; Gahlings, 2016).

4.2.3 Selbstbestimmung über Mutterschaft - gender- und geschlechtsspezifische Aspekte - Belastungsfaktoren für Mütter speziell, für Frauen insgesamt

Mit der emanzipatorischen Entwicklung hin zur Eigenbestimmung der Frau über ihren Körper, zur politischen Mitsprache, zur Zulassung für Ausbildung, Studium und Berufsausübung eroberten sich die Frauen im Verlauf des letzten Jahrhunderts alle Lebensfelder, die ihnen vorher durch patriarchalische, gesellschaftliche und kulturelle Strukturen nur eingeschränkt oder nicht zur Verfügung standen. Die Einführung der hormonellen Verhütung per Antibabypille und weitere pharmazeutische Errungenschaften erweiterten die Verhütungsmöglichkeiten, und die Legalisierung von Abtreibung ließen Frauen ab den späten 1960ern unabhängiger in ihrer Familienplanung werden. Wo sie früher abhängig waren vom Partner, vom Zufall und wenig (oder illegale) Kontrollmöglichkeiten hatten, konnten Frauen in den letzten fünfzig Jahren lernen, ihre Bedürfnisse bezüglich Sexualität und Kinderwunsch freier und bewusster zu gestalten und die patriarchalisch-gesellschaftliche Rolle der "weniger werten" menschlichen Person überwinden. Dieser Prozess der Emanzipation ist längst noch nicht abgeschlossen.

Allerdings ging dies auf Kosten "natürlicher" leiblicher (bio-psycho-sozialer) Abläufe des weiblichen Körpers. Die evolutionär und genetisch vorgesehenen biologischen Zeitfenster der Fertilität wurden zugunsten der sexuellen, aber auch der beruflichen Freiheit zurückgestellt. Familie und Kinder sind in den letzten fünfzig Jahren in der Lebenswelt der Frauen vermehrt in den Hintergrund gerückt. Die Fertilität wird nicht mehr dem Zufall überlassen, das Alter von Erstgebärenden stieg in dieser Zeitspanne von durchschnittlich 24 Jahren im Jahr 1965 auf gerundet 32 Jahre im Jahr 2017 (nachzulesen auf der Webseite der BPB: Bundespolitische Bildung, Bericht 2012, sowie auf der Webseite des D-Statistisches Bundesamt) und es werden deutlich weniger Kinder pro Frau geboren. Damit ist die Familienphase ebenfalls im Lebensalter nach hinten gerückt, so dass Frauen im Mittleren Lebensalter meist noch mit der Ablösephase der pubertierenden Kinder, gleichzeitig mit dem Senium und Verlust der eigenen Eltern, der körperlichen Veränderung durch die eigenen Wechseljahre und die des Partners konfrontiert sind. Alle diese veränderten Lebens- und Arbeitsumstände hinterlassen Spuren in der Leiblichkeit, dem eigenleiblichen Erleben und dem Leibgedächtnis, die Mehrfachbelastungen fordern ihren Tribut leiblich (hier auch im Sinne der Lebendigkeit: Leib=althochdeutsch lip= Leben, siehe dazu Gahlings, 2016, S.13), körperlich (Schmerzen) und psychisch (Depressionen, Ängste, Erschöpfung).

Manche Frauen erleben aufgrund dieser Verzögerungen der Familienplanung, unter anderem aber auch durch berufliche Belastungen stressbedingt Schwierigkeiten, schwanger zu werden oder gesunde Kinder zu gebären. Auch dazu entwickelte sich parallel eine medizinisch-pharmazeutische Wissenschaft: die Reproduktionsmedizin. Wo früher Kindersterblichkeit und geringe Verhütungsmöglichkeiten dazu führten, dass Frauen viele Kinder bekamen, Erziehung und Beziehung zu Kindern sich nach den Kräften der Eltern und durch kulturelle Vorgaben eher autoritär und eher distanzierter gestalteten, sind Kinder inzwischen zu einem "Luxusgut" der Lebensplanung mit entsprechend deutlich verändertem Wert in unserer Gesellschaft geworden. Teilweise haben sich Frauen aufgrund der Verhütungsmöglichkeiten auch aktiv gegen die Mutterschaft entschieden, ohne damit wie früher gesellschaftlich randständig zu werden.

Hinzu kommt der Anspruch an eine "gute" Mutterschaft, mit bisher unbekanntem neuen Erziehungsstilen (autoritär? antiautoritär? autoritativ? permissiv? Erziehung=Beziehung?, was ist richtig?), die durch zu viele Fremdinputs und nicht mehr verankerter persönlicher Erfahrung oder Einbindung in eine Großfamilie zu starken Unsicherheiten führen. Genetisch-evolutionäres, sozial-familiäres Wissen kann nicht mehr abgerufen werden. Mütter werden in den derzeit vorherrschenden Kleinfamilien vielfach allein gelassen, das soziale Netz ist aufgrund von örtlicher Distanz, Arbeitszeiten, fehlenden Bezugspersonen nicht ausreichend vorhanden. Wo früher der Spruch galt: "Für die Erziehung des Kindes braucht es ein ganzes Dorf", sind heute vor allem die Mütter (inzwischen teilweise auch Väter) allein dafür verantwortlich. Auch hier ist ein hoher Belastungsfaktor für Frauen des heutigen Mittleren Erwachsenenalters auszumachen, sie haben komplexere Lebenserfahrungen aufzunehmen, zu speichern und anpassungsfähig zu halten, als vorherige Generationen, wobei sich die Anpassungs- und Lernfähigkeit heute auf andere Themenbereiche beziehen als früher und vieles im Alleingang erworben werden muss, was davor von Generation zu Generation als Wissen und auch als Normen / Werte und Verhaltensvorgaben weitergegeben wurde.

Aufgrund der Veränderungen hinsichtlich der eigenen Fertilität, der durch hormoneller Zugabe veränderten körperlichen / leiblichen Erfahrungen, durch die Anpassung an eine männlich dominierte Arbeitswelt mit hohem Druck, sich in allen Bereichen konkurrenzfähig, leistungsfähig, mitsprachefähig, stark und belastungsfähig, flexibel und anpassungsfähig zu zeigen, haben heutige Frauen im Mittleren Lebensalter hochkomplexe, jedoch nicht mehr **nur** geschlechtsgemäße (biologisches Geschlecht, Gahlings, 2016) Lebenserfahrungen gemacht, die sich in ihrer Gesamtheit mit allen Widersprüchlichkeiten im Leibgedächtnis einbrennen. Wie der Leibphilosoph Gernot Böhme (diskutiert in Gahlings, 2016) aufzeigt, hat eine **Entfremdung** des leiblichen Erlebens und "Leibseins" stattgefunden, was

Verunsicherung bezüglich der eigenen sensorischen Wahrnehmungen und eine Objektivierung des Körpers nach sich ziehen kann, im Sinne einer Funktionalität, die der Körper für den heutigen Menschen erfüllen soll (Funktions- und visuelle Optimierung durch Sport, Schönheitsoperationen, Anti-Aging-Produkte), um dem natürlichen Verlauf des Alterns entgegen zu stehen, zumal neuerdings nach der Menopause mehr Lebensjahre denn je möglich sind. Seit spätestens Beginn des letzten Jahrzehnts wird auch medial das Mittlere Lebensalter der Frau hinsichtlich der Jugendlichkeit beworben, unter anderem aufgrund der tatsächlich erhöhten Bevölkerungszahlen im Mittleren Alter und der entsprechenden Kaufkraft, unter dem Aspekt des **"50 ist das neue 30"**. Damit wird vermittelt, dass eine fünfzig-plus-jährige Frau sich ja noch nicht alt fühlen soll / darf / kann / muss, sondern sich noch jugendlich-straff-fit erleben kann / soll. Damit wird unter anderem auch möglicherweise eine Verleugnung des eigenen Älterwerdens im eigenleiblichen Erleben und eine verstärkt negative Auseinandersetzung mit den biologischen Prozessen gefördert.

Zusätzlich sind **zeitextendierte Rollengleichzeitigkeiten** und **-konflikte**, die aufgrund von inhaltlichen Widersprüchlichkeiten entstehen, maßgeblich für Verausgabung, Erschöpfung und psychophysische Erkrankungen. Wie es ein Titel eines Bestsellers um die Jahrtausendwende für die erfolgreiche Frauenwelt (Münch, 2000) kurz zusammenfasst: "Ich will alles!". Im Beruf und oft auch im Privaten "den **Mann** stehen", durchsetzungsfähig und stark, gleichzeitig für den Partner eine attraktive **Frau** sein, anschmiegsam, weich und vielleicht sogar ihm die Führung überlassend, für die Kinder als "gute" **Mutter** (liebvoll, fürsorglich, autoritativ, permissiv, streng, gewährend, qualitativ und zeitlich anwesend, etc.) und für Eltern als **Tochter** (brav, fürsorglich, Elternrolle übernehmend) zu sorgen, nicht nur als **Versorgerin** im häuslichen Umfeld mit einem perfekt geführten Haushalt, sondern gleichzeitig als **Ernährerin** in der Außenwelt zugegen zu sein, aufgrund des Arbeitslebens ein reduziertes soziales Umfeld zu erleben und damit zur **Einzelkämpferin** - trotz einer Sozialisation zur Gruppenzugehörigkeit - zu werden, als "funktionierende **Maschine**" eigene Bedürfnisse aufgrund fehlender Zeit durch Mehrfachbelastungen und Ausfüllen mehrerer Rollen zu missachten, **schlank und rank, sportlich, jugendlich und fit** zu sein, trotz einer genetisch differenten Disposition und dem biologischen Umbau-/Abbauprozess unterworfen, dazu noch **alte Tugenden** aufrecht zu erhalten, die über die Sozialisation und Erziehung einer inzwischen "vergangenen" Gesellschaft heutzutage aufgrund der Dichte an verschiedenen Aufgaben kaum mehr umsetzbar sind (Perfektion, Sauberkeit, Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit, Freundlichkeit, "**Liebsein**" etc.), kann bei mancher Frau Identitätskrisen (unter anderem hinsichtlich der Dichotomie männlich-weiblicher Persönlichkeitsanteile, bzw. Genderidentität) auslösen, spätestens, wenn spürbar Kräfte schwinden und der bisherige Lebensverlauf mit dem Blick auf noch verbleibende

Möglichkeiten, unerfüllte Wünsche, Bedürfnisse und Träume verglichen wird. Die Frage nach dem "Wer bin ich und wie viele" kann in manchen Fällen zu Verunsicherung, Selbstaggression, Unzufriedenheit, bis hin zu psychischen/ psychosomatischen Erkrankungen führen.

5. Die "Fünf Säulen der Identität"

Die Frage des "Wer bin ich und wie viele" führt zur Auseinandersetzung mit der Identität und den entsprechenden Theoriegebäuden der Persönlichkeitsentwicklung, der Entwicklungspsychologie, Sozialisation und Gendertheorien, sowie der Definitionen von Gesundheit und Krankheit.

5.1. Die Dimensionen Gesundheit / Krankheit und Definitionen

Psychische und körperliche Gesundheit wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, unter anderem durch die eigene genetische Disposition, die lebenslangen positiven und negativen Erfahrungen, auch die durch Erziehung und Sozialisation erworbenen und persönlichkeitsbezogenen Fähigkeiten, schwierige Lebensumstände situationsangemessen (oder eben nicht) zu bewältigen (Widerstandskraft /Resilienz, Copingstrategien), stützendes oder schädigendes soziales Umfeld und Netzwerk, stützende gesundheitsförderliche Ressourcen zum Ausgleich von schädigenden Einflüssen, etc.

Um zu verstehen, warum manche Frauen im Mittleren Alter psychisch und/oder körperlich beeinträchtigt sind oder gar erkranken und manche nicht, und auf welchen Säulen der Identität beeinträchtigende, aber auch gesundheitsförderliche Aspekte zu finden sind, gilt es, diese verschiedenen Faktoren genauer zu betrachten, was in den folgenden Kapiteln weiterführend beschrieben wird. Vorab jedoch noch einige Definitionen bezüglich der Dimensionen "gesund" und "krank":

Die Weltgesundheitsorganisation definiert beispielsweise seit 2014 Gesundheit folgendermaßen:

"Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen."

(Weltgesundheitsorganisation WHO - Verfassung 2014, S. 1)

Dies wird als Menschenrecht verankert und durch entsprechende Ziele zur Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit weltweit gefördert. Eine vollständige Gesundheit auf körperlich-geistig-sozialer Ebene ist jedoch kaum durchgehend lebenslang aufrechterhaltbar. Die Definition von Gesundheit und Krankheit gemäß des Integrativen Verfahrens sieht die entsprechenden Dimensionen nicht als ein Entweder-Oder, sondern als sich immer wieder verändernder, regulierbarer Prozess, der lebenslang anhält:

„Gesundheit und Krankheit werden als ein Spektrum möglicher Verfassungen des Menschen als „Körper-Seele-Geist-Subjekt“ betrachtet, als ein Möglichkeitsraum der Person in ihren Lebensprozessen, in ihren Lebenslagen, d. h. ihrem sozioökonomischen bzw. soziokulturellen Kontext/Kontinuum. In diesem 'potential space' muss sie sich regulieren und die Dynamik von Gesundheits-Krankheits-Prozessen gestalten, eine lebenslange Aufgabe, an der ein Mensch scheitern oder sich in kreativer Weise entfalten kann (Petzold 1975h)“.

(Petzold, 2010b, S. 3)

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, das Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation WHO wurde erstellt mit dem Ziel einer "standardisierten Beschreibung von Gesundheitszuständen und mit Gesundheit zusammenhängenden Aspekten einschließlich der Aktivitäten und Teilhabe. Die ICF ist krankheitsunabhängig angelegt." (BAR, 2015).

Die Klassifikationsbereiche des ICF beinhalten:

- Körperfunktionen, Körperstrukturen
- Personenbezogene Faktoren (z.B. Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, weitere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen, allgemeine Verhaltensmuster und Charakter, individuelles psychisches Leistungsvermögen und andere Merkmale).
- Umwelt- und Kontextfaktoren (Produkte und Technologien, natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt, Unterstützung und Beziehung, Einstellungen, Dienste /Systeme / Handlungsgrundsätze)
- Aktivität und Teilhabe

Aktivität wird definiert als "Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch eine Person". Als Beeinträchtigungen der Aktivität werden "Schwierigkeiten, die eine Person bei der Durchführung einer Aktivität haben kann", als "eine quantitative oder qualitative Abweichung in der Durchführung der Aktivität bezüglich Art oder Umfang der Durchführung,

die von Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird", definiert. Partizipation (Teilhabe) hingegen wird definiert als "das Einbezogensein in eine Lebenssituation. Sie repräsentiert die gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit" wobei Beeinträchtigungen der Partizipation als "Probleme beim Einbezogensein in Lebenssituationen oder Lebensbereiche, die eine Person erlebt. Das Vorhandensein einer Einschränkung der Partizipation [Teilhabe] einer Person wird durch den Vergleich mit der erwarteten Partizipation [Teilhabe] einer Person der entsprechenden Kultur oder Gesellschaft ohne Behinderung bestimmt" gesehen wird. (BAR, 2015). Inhaltlich wird Aktivität und Partizipation mit folgenden Bereichen umschrieben: **Lernen und Wissensanwendung** (z. B. bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung), **Allgemeine Aufgaben und Anforderungen** (z. B. Aufgaben übernehmen, die tägl. Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen), **Kommunikation** (z. B. Kommunizieren als Empfänger oder als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken), **Mobilität** (z. B. die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen), **Selbstversorgung** (z. B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten), **Häusliches Leben** (z. B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen), **Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen** (z. B. allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen), **Bedeutende Lebensbereiche** (z. B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben), **Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben** (z. B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität).

Das ICF verwendet, ähnlich wie die "fünf Säulen der Identität" des Integrativen Verfahrens zur Diagnostik alle menschlichen gesundheitsbeeinflussenden Bereiche (bio-psycho-sozial-ökologisch-ökonomisch), jedoch in leicht anderer Zusammensetzung und ist aufgrund der Unabhängigkeit von spezifischen Erkrankungen ebenso wie die "fünf Säulen der Identität" auf die Beschreibung der **Gesamtsituation einer Person mit positiv (salutogen) und negativ (pathogen) wirkenden Einflussfaktoren** ausgerichtet, im Gegensatz zur gängigen Diagnostik über ICD bzw. DSM, die in erster Linie krankheits-/störungsorientiert sind.

"(...)In klinischer Perspektive ist Krankheit durch negative Stimulierung, überlastenden Stress, kritische Lebensereignisse bedingt (Petzold, Schuch 1991), für die sich immer wieder auch „Ursachen hinter den Ursachen“ finden lassen, die aus „multiplen Entfremdungsphänomen“ herrühren (Petzold 1987d, 1994c). Solchen „pathogenen“ Wirkfaktoren stellt ein modernes, sozialkritisch reflektiertes „klinisches Gesundheitskonzept“ positive Stimulierung, protektive,

„salutogene“ Wirkfaktoren, unterstützende Ressourcen und Maßnahmen psychosozialer Hilfeleistungen (Petzold 1997p) entgegen, (...)"

(Petzold, 2010b, S. 8)

In Bezug auf die psychische und körperliche Gesundheit, oder besser gesagt, der bio-psycho-sozial-ökologischen Gesundheit einer Frau im Mittleren Alter ist notwendig, auch gender- und sozialisationsspezifische Faktoren mit einzubeziehen, da sich die Lebens- und Erfahrungswelten von Männern und Frauen unterscheiden, und worauf in den nächstfolgenden Kapiteln näher eingegangen wird. Petzold empfiehlt unter anderem in seinem Artikel zu "Gesundheit, Frische, Leistungsfähigkeit":

"(...)Genderperspektiven und Familienkonstellationen in den Blick zu nehmen (Abdul-Hussain 2008; Petzold 2009d, h). Sie kommen nämlich bei Fragen der Gesundheit und des Wohlergehens spezifisch zum Tragen, etwa das Faktum, dass Frauen oft Benachteiligungen erfahren und Arbeits- und Familienleben schwieriger regulieren und in eine Balance bringen können als Männer, was natürlich auch zu seelischen Belastungen und gesundheitlichen Konsequenzen führen kann (Babitsch 2005; Eichhorst, Thode 2007; Jurczyk 2005, vgl. die OECD-Berichte Babies und Bosse 2007). Gesundheitspsychologische Untersuchungen fanden überdies heraus, dass unausgeglichene Work-Life- Balance vielfältige Probleme aufwirft: für die persönliche Gesundheit (Hämning 2008; Hämning, Bauer 2009; Matuska, Christiansen 2009), die Arbeitszufriedenheit und das emotionale Wohlbefinden, für die Leistungsfähigkeit und -bereitschaft, für Commitment und Loyalität (Bunting 2004; Kuhl, Sommer 2004, 153ff; Schneider 2007).(...)"

(Petzold, 2010b, S. 9)

Ebenso beschreibt Gahlings (2016) geschlechtsspezifische Unterschiede in Gesundheits- und Krankheitserleben, die auch im Gesundheitssystem durch verstärkte Medikalisierung des weiblichen Körpers abgebildet ist. Dabei wird herausgestrichen, dass Frauen, unter anderem aufgrund der Fürsorge für Mitmenschen und anderen sozialisationsbedingten, bzw. genderrollenbedingten Mehrfachbelastungen einen anderen Umgang mit ihrer Gesundheit (entwickelt) haben als Männer und - obwohl sie generell eine längere Lebenserwartung haben - sich häufiger und dauernder in ihrem Wohlbefinden körperlich und psychisch beeinträchtigt fühlen als Männer und daher eher im Gesundheitssystem Hilfe suchen, wobei die Beschwerden von Ärzten dann eher dem psychosomatischen Spektrum zugeordnet werden, während bei Männern die Beschwerden, sollten sie tatsächlich zum Arzt gehen, als eher somatisch diagnostiziert werden (Gahlings, 2016).

5.1.1 Das Anthropologische Gesundheitsmodell des Integrativen Verfahrens

Die Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung oder (Wieder-)Erlangung von Gesundheit sind daher vielschichtig und nicht immer ist dazu lediglich das medizinische System vonnöten. Gesundheit ist nicht nur die Absenz von Krankheit, sondern auch die eigene Bewältigung und der persönlichkeitspezifische Umgang mit Beeinträchtigungen, Beschwerden, Krankheiten, das Eingebettetsein in unterstützenden sozialen Netzen und/oder gesundheitsförderlichen Umwelten, womit ein allgemeines Wohlbefinden, vielleicht trotz der vorhandenen Beeinträchtigungen gewonnen werden kann. Im Integrativen Verfahren wird daher in einem anthropologischen Gesundheitsmodell auf fünf Dimensionen die Möglichkeiten beschrieben, wie Mensch gesund bleiben oder werden kann (Petzold, 2003a, e, disk. in Petzold, 2010b):

"(...) Gesundheit kann so in zentralen Bereichen des menschlichen Lebens gewonnen, erhalten, ja entwickelt werden, denn es ist fast immer möglich, über den *status quo* hinaus zu gehen, sich zu überschreiten, wie es unser anthropologisches Modell (Petzold 2003a, e) mit seinen fünf Dimensionen aufzeigt:

1. Im *Bereich des Körperlich-Somatischen* geschieht das durch Optimierung der persönlichen dynamischen Regulationsprozesse des Organismus (Petzold 2003a), und die beginnt mit einem Feinspürig-werden für Möglichkeiten und Grenzen des gegebenen Leistungsvermögens, denn erst dann kann ein guter Konditionsaufbau beginnen, der immer um ein „Optimum“ bemüht ist, nie um ein „Maximum“. Maximalleistungen haben bei biologischen Systemen keine Nachhaltigkeit (Petzold 1998a, 440). Oder es kann eine optimale „Anspannungs-Entspannungsfähigkeit“ gewonnen werden, die sehr vielen Menschen fehlt. Es geht um ein differentielles Regulationsvermögen. Das ist die Basis für *körperliche Gesundheit* und ihre so wichtigen Qualitäten der körperlichen *Frische und Spannkraft*.
2. Im *Bereich des Seelischen* wird die Optimierung psychischer Prozesse der emotionalen Bedürfnisregulation (Petzold 1995g) und eine angemessene Steuerung der Motivationen und Willensprozesse erforderlich (Petzold, Sieper 2008). Emotionale Differenziertheit und Fülle des Gefühls, motivationale Vielfalt statt Einseitigkeit, flexible Willensstärke statt verbissene Fixiertheit sind Qualitäten *seelischer Gesundheit*, die nicht nur negativem Stress (*disstress*) vorbeugen, sondern *Tiefe* des Gefühls, das Erleben von seelischem Reichtum und von emotionaler *Frische* und *Seelenstärke* ermöglichen. Tritt eine Verarmung solcher Qualitäten ein, ist es um seelische Gesundheit und das Beziehungsleben nicht gut bestellt.
3. Im *Bereich des Geistigen* geht es um kognitives Geschehen, das in einem weiten Kognitionsverständnis die Fähigkeiten, Probleme zu erkennen und zu lösen, Vergangenes reflexiv auszuwerten und zu verarbeiten umfasst. Auf diesem Boden kann sich *antizipatorische Kompetenz* und *Vision* – Grundlage proaktiven und nachhaltigen Handelns – entwickeln. Die höheren kognitiven Fähigkeiten der Innovation, des ethischen und ästhetischen Wertens im Umgang mit Macht, Verantwortung, Integrität, mit der „Andersheit

des Anderen“ (*Levinas*) entspringen komplexen Prozessen geistiger Verarbeitung (*Mentalisierungsprozessen*). Sie stehen – wie die Konstituierung von Sinn (*Petzold, Orth 2005*) – auf der Grundlage der Partizipation am sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Leben (*Petzold 2008f, 2009d*). Aufgrund der hohen Neuroplastizität des Gehirns (*Jäncke 2009*) sind Prozesse der „Mentalisierung“, wie wir sie im integrativen Ansatz verstehen (*Petzold 2008f*), der geistigen Entwicklung, ein Leben lang möglich. Sie gehören damit durchaus zur *geistigen Gesundheit* eines Menschen und begründen seine *geistige Frische* und *Geistesstärke*.

4. Der Mensch als ein soziales Wesen ist in seinem ganzen körperlich-seelisch-geistigen Leben auf seine Mitmenschen ausgerichtet. Deshalb muss der *Bereich des Sozialen* unbedingt in ein integratives und differentielles Gesundheitscoaching einbezogen werden. Es gibt ja auch Erkrankungen und Schädigungen des sozialen Lebens eines Menschen durch verarmte oder überfüllte oder verwarloste soziale Netzwerke (*Hass, Petzold 1999*), in denen ein Mensch sich nicht entfalten kann. Familien-, Freundschafts- und KollegInnen-Netzwerke bedürfen der Pflege, damit sie gesund bleiben und zur sozialen Gesundheit von Menschen beitragen, nicht zuletzt durch ihre „mentalen Repräsentation“ als Freunde, die man „im Sinn hat“, als Beziehungen, die „einem am Herzen liegen“ (*Petzold 2007a*). Die *Stärke* und Tragfähigkeit mitmenschlicher Bande und die *Frische* zwischenmenschlicher Beziehungen müssen als ein bedeutsamer Faktor *sozialer Gesundheit* und einer gesunden Persönlichkeit angesehen werden.

5. Ökologisch belastete oder denaturierte Lebens-, Wohn- und Arbeitsräume (Lärm, Hitze, ungünstige Lichtverhältnisse, naturferne Kontexte) bergen nicht nur Gesundheitsrisiken, sondern verhindern auch, dass die wohltuenden ökopyschosomatischen Effekte, die „Naturerleben“ mit sich bringt, zum Tragen kommen können. Der heilsame bzw. gesundheitsfördernde Effekt von „Green Exercises“ (*Petzold et al. 2009*), Aktivitäten und Erlebnisangeboten im Grünen bzw. durch Out-Door-Projekte (*Schad, Michl 2002; König, König 2005*), ist bekannt und sollte zum Erhalt psychophysischen Wohlbefindens, von Gesundheit und Leistungsfähigkeit in die Lebensführung integriert sein. Die *ökologische Gesundheit* der unmittelbaren Lebenskontexte spielt für die körperliche und seelisch-geistige *Frische* und *Stärke* eine weitaus größere Rolle, als man gemeinhin annimmt, wie die ökologische Psychologie und Psychophysiologie zeigen, denn die Ökologie ist nicht „draußen“, wir sind in ihr eingebettet. (...)"

(Petzold, 2010b, S.13-14, Hervorhebungen im Original)

Auf welchen Ebenen nun Frauen im Mittleren Alter ihre Belastungsfaktoren und damit die Gefährdung ihrer bio-psycho-sozialen Gesundheit aufweisen und was sie zur Beibehaltung der Gesundheit benötigen, kommt ganz auf die Gesamtlebenssituation der entsprechenden Frau an. Im späteren Verlauf dieser Arbeit wird auf die unterschiedlichen Lebens- und Erfahrungswelten heutiger Frauen im Mittleren Alter im deutschsprachigen Mitteleuropa genauer eingegangen. Unter anderem sind migratorische und bildungsbedingte, erziehungs-

und sozialisationsspezifische, aber auch gender- und persönlichkeitspezifische und damit auch (selbst-/fremd-)attributive Faktoren zu betrachten. Ebenso lohnt es sich, die identitätsstiftenden und -aufrechterhaltenden Strukturen einer Person anhand der "fünf Säulen der Identität" des Integrativen Verfahrens in den Fokus zu nehmen. Wie eingangs erwähnt, ist während der Zeit der Wechseljahre im Alter zwischen 45 und 55 Jahren mit verschiedenen Umbrüchen und Veränderungen zu rechnen, die in der Gleichzeitigkeit das soziale, psychische und leibliche Wohlbefinden beeinträchtigen können.

5.2. Definitionen der Integrativen Persönlichkeits- und Identitätstheorie

Zunächst sollte der Begriff der Identität im Vergleich mit den Begriffen "Persönlichkeit", "Ich" und "Selbst" geklärt werden. Diese Begrifflichkeiten sind nicht synonym verwendbar, da sie unterschiedliche Aspekte in den Fokus nehmen. Da sich in der philosophischen, soziologischen, pädagogischen, psychologischen und theologischen Literatur über viele Jahre unterschiedliche Definitionen gebildet haben, werden hier in erster Linie die Definitionen verwendet, die im Integrativen Ansatz als metatheoretische Zusammenfügung verschiedener Theorieanteile propagiert werden. Zu den Herleitungen der zugrunde liegenden Literatur und zu der Theoriebildung von Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie der Integrativen Therapie wird u.a. auf Petzold (1994) verwiesen.

Persönlichkeit wird demnach als "das Zusammenwirken genetischer Dispositionen/Anlagen und Einwirkungen biopsychosozialökologischer Einflussphären wie Enkulturation und Sozialisation" definiert (Petzold, 2011e). Dabei werden die Begriffe *Selbst*, *Ich*, *Identität* als **Dimensionen der Persönlichkeit** in einem lebenslang andauernden Gesamtprozess von leiblichen Erfahrungen und Ausgestaltung des eigenen Selbst-Erlebens in Zusammenspiel (kokreative Interaktion) mit Anderen gesehen. Im **Selbst** (Leibselbst) kommen Repräsentationen über leibliche, emotionale, kognitive, soziale, gegenseitig beeinflussbare und komplexe Erfahrungen des Leibgedächtnisses zusammen. Das **Ich** wird als "ausführendes Selbst" im Zustand der Wachheit (Vigilanz) definiert, wobei primäre, sekundäre bis hin zu tertiären Ich-Funktionen als Prozesse beteiligt sind und in unterschiedlichen Ich-Qualitäten auftreten (zur näheren Definition der Ich-Funktionen und Ich-Qualitäten sei auf die Originalarbeit Petzolds 2011e verwiesen). **Identität** setzt sich zusammen aus wertenden *Identifizierungen* mit dem äußeren Kontext (Fremdattributionen), was zu einer sozialen Identität führt, sowie der *Identifikationen*, die auf Verarbeitung innerer Prozesse und Wertungen (Selbstattribution) beruht und die zu einer individuellen Identität beiträgt. Dabei wird im lebenslangen Entwicklungsprozess (Kontinuum) und unter Einfluss

verschiedener Lebens-Kontexte sowie der Verinnerlichung von Wertungen eine komplexe ("polyvalente, vielfacettige", Petzold, 2011e) Identität geschaffen, die sich im Verlauf des Lebens unter verändernden Bedingungen weiter zu entwickeln vermag, wenn sie einer entsprechenden Selbstreflexion zugänglich gemacht ist.

Hierzu eine Definition von Identität in Petzold, 2011e (Hervorhebungen im Original):

"Die **Identität** wird nach der „Integrativen Identitätstheorie“, die aus rollen- und sozialisationstheoretischen, longitudinalen Entwicklungskonzepten und persönlichkeits-theoretischen Vorstudien erarbeitet wurde (idem 1981/1984h, 2001p, *Petzold, Mathias* 1983, *Heuring, Petzold* 2004), konstituiert:

1. als „**soziale Identität**“ durch **Identifizierungen/Fremdattributionen** aus dem sozialen Netzwerk und Kontext, die vom Subjekt wahrgenommen und
2. in **Bewertungsvorgängen** durch das **Ich** kognitiv eingeschätzt (appraisal) und emotional bewertet (valuation) werden. Dann werden sie
3. vom **Ich** mit **Identifikationen/Selbstattributionen** belegt (oder auch nicht) und
4. internalisiert, ins Leibgedächtnis aufgenommen, d. h. ins **Leibselbst (I)** integriert (*Petzold* 1992a/2003a, 430ff) – bis in den persönlichen leiblichen Habitus, in persönlichkeitscharakteristische Mimik und Gestik. So entsteht schließlich „**persönliche Identität**“ in permanenten Identitätsprozessen (grundsätzlich 2001p)."

Im Zusammenhang mit der Persönlichkeits**weiter**entwicklung im Mittleren Erwachsenenalter und damit für die Psycho-/Humantherapie ist die Veränderbarkeit der Identität, hier in besonders die Fremd- und Selbstattributionen, insofern von Bedeutung, dass sie bei Störungen und Umbrüchen in der Lebensgeschichte in der bisherigen Eigenwahrnehmung und den bisher gültigen (geschlechtsstereotypen) Rollenbildern oder Verhaltens- und Einstellungsrepertoiren Anpassungen durch Lernvorgänge vornimmt, um nicht als (dauer-) krisenhaft erlebt zu werden.

Wichtig erscheint dabei auch, dass Identitätsarbeit (Petzold, 2012q), bzw. wie ich es hier leicht anders nenne: Persönlichkeits**weiter**entwicklung, immer im Kontext mit der Umwelt geschieht, dass es eine Konnektivierung in ko-reflexiven und ko-kreativen Prozessen gibt, in der die individuelle Identität "(...), „**sich selbst zum Projekt**“ der „Selbstverwirklichung m i t seinem relevanten sozialen Netzwerk (...)“ (Petzold, 2012q) macht, und "(...) dass seine persönliche Identität sich in seinem sozialen Kontext realisiert und er für seine Identitätsprozesse auf die Unterstützung und Hilfe seiner Mitmenschen angewiesen ist, (...)" (ibid., S. 444, Hervorhebungen im Original).

Petzold et al. entwickelten als diagnostisches Instrument die "Fünf Säulen der Identität" (Leib, soziales Umfeld, Arbeit / Leistung, materielle Sicherheit, Werte / Normen), die auf fremd- und selbstattribuierten Elemente und Bewertungen der Person zurückgreift (Petzold, 1994; 2012q, hier ist in der Säule „Arbeit und Leistung“ noch das Moment der „Freizeit“ ergänzt worden, aufgrund der „Work-life-balance-Forschung“).

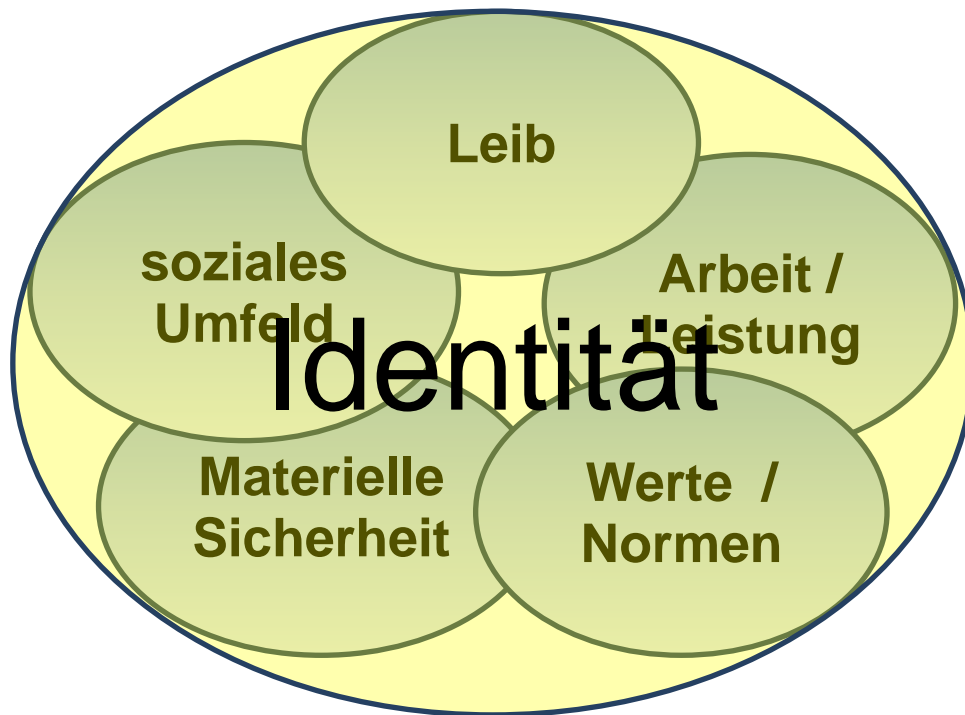


Abb. 6: Die "fünf Säulen" der Identität (u.a. in Petzold, 1994)

5.3 Einflussfaktoren auf die fünf Identitätssäulen

Im Folgenden werden die einzelnen Säulen der Identität auf die zu Beginn des 21. Jahrhunderts bestehenden Anforderungen, Bedingungen und identitätsbildenden-/belastenden Faktoren hin beschrieben, mit denen sich Frauen zwischen 45 und 55 Jahren im Klimakterium in unserem Kulturkreis beschäftigen (müssen). Zu beachten dabei ist, dass es sich wie bereits weiter oben besprochen, um verschiedene **erstmalige** Phänomene handelt, die es in dieser Form, Weise und Komplexität vorher (bis kurz vor der Jahrtausendwende) noch nicht gegeben hat.

Üblicherweise wird als erste Säule der Identität die Leiblichkeit beschrieben, da sie uns als Körper-Seele-Geist-Subjekt die ontologische Grundlage bildet. In unserem Leib werden alle Erfahrungen unseres Lebens gespeichert und finden ihren entsprechenden Ausdruck (der

informierte Leib, Petzold, 2002j). Da sich nun die Identität auch aus den verleiblichten bzw. "eingefleischten" Erfahrungen, die auf allen anderen Säulen stattfinden, zusammenfügt, beginne ich die Beschreibung der identitätsbildenden/-belastenden Faktoren bei dieser wichtigsten Säule. Die weiteren Säulen (2) Soziales Netz/ökologisches Umfeld, (3) Arbeit/Leistung/Freizeit, (4) Materielles und (5) Werte/Normen wirken entsprechend auch auf unsere Leiblichkeit ein, und die eigentlichen klimakterialen Veränderungen/Prozesse, wie auch die Einflüsse der anderen Säulen auf die Leiblichkeit und Gesundheit werden beschrieben.

Dabei ist das soziale Eingebettetsein (soziale Integration) und die Möglichkeiten der Unterstützung im näheren Umfeld (social, informal und emotional support), wie auch das Vorhandensein sozialer Netzwerke mit verschiedenen Angeboten (informativ, supportiv, finanziell) für das psychophysische Wohlbefinden notwendig. Eine Verarmung im sozialen Bereich kann entsprechende Vulnerabilitäten und Beeinträchtigungen verstärken. Allerdings gibt es auch negative Effekte durch ein krankmachendes soziales und ökologisches Umfeld, so dass die Säule soziales Netz/Netzwerk und ökologisches Umfeld genauer betrachtet werden muss, wie diese auf den Menschen, hier auf Frauen im Mittleren Alter, wirken (Hass und Petzold, 1999).

Zur Verdeutlichung der verschiedenen sozialen Einflüsse hierzu die Definitionen zu sozialem Netzwerk, sozialer Unterstützung und sozialer Integration:

"(...) Die sich aus dieser Gegenüberstellung der Konzepte für eine Analyse sozialer Beziehungen ergebenden Implikationen können wie folgt zusammengefaßt werden:

1) *Soziale Unterstützung* läßt sich, wie Wellman (1981) in seinem programmatischen Aufsatz dargelegt hat, am besten im Rahmen von Netzwerkanalysen untersuchen: Der Netzwerkansatz ist dabei Subjekt, soziale Unterstützung Objekt der Untersuchung. Durch diese Differenzierung kann soziale Unterstützung als Ressource, d.h., als in sozialen Netzwerken latent vorhandenes und aktivierbares Potential verschiedener Arten von Hilfsangeboten in alltäglichen Problemsituationen, in Streßsituationen oder bei kritischen Lebensereignissen angesehen werden: „By treating the content of ... ties as flows of resources, it transforms the study of support into the study of supportive resources" (Wellman 1981, 179).

2) *Soziales Netzwerk* und *soziale Unterstützung* sind damit zwei verschiedene Konzepte, die gleichwohl nicht unabhängig voneinander sind: So beeinflusst ähnlich der Metapher des Flusses und des Flußbettes die Struktur von Netzwerken die in ihnen fließenden Inhalte und umgekehrt.

3) *Unterstützungsnetzwerke* werden nicht mehr durch Sozialkategorien wie Familie oder Verwandtschaft bestimmt, sondern durch funktionale und interaktionale Netzwerkmerkmale.

Erst damit wird die tatsächliche Involvierung und Bedeutung dieser Kategorien überprüfbar, was zu einer Abkehr vom dem Begriff ‚soziale Unterstützung‘ inhärenten Dilemma, bereits eine positive Konnotation zu besitzen und damit auch der implizit vertretenen Annahme geführt hat, die Anzahl von Netzwerk-Kontakten sei gleichbedeutend mit der Zahl unterstützender Beziehungen. Zudem fand sich in mehreren Untersuchungen, daß der Anteil unterstützender Beziehungen in persönlichen Netzwerken begrenzt ist (z.B. Wellman 1979) und deshalb auf Beziehungen im Konvoi mit „supportiver Valenz“ (Petzold 1979b, 1994e, 1995a), d.h. von besonderer Tragfähigkeit und Ressourcenfülle zentriert werden sollte.

4) Das lange Zeit vorherrschende Erkenntnisinteresse lediglich an den fördernden Wirkungen sozialer Netzwerke hatte die Option für die ebenso erwartbare wie auch reale Alternative und im Grunde überraschend späte Einsicht, daß Beziehungsgeflechte nicht notwendigerweise „nice things“ (Wellman 1982, 79) sind, bis dahin verstellt. Schwarzer (1994) schlug daher vor, soziale Unterstützung als einen Spezialfall von sozialer Interaktion zu sehen, der sowohl positive als auch negative Wirkungen hervorrufen kann.

5) Soziale Netzwerke erbringen unterschiedliche Unterstützungsfunktionen tendenziell arbeitsteilig („different strokes from different folks“ — Wellman und Wortley 1990). Während nahe Verwandte am wahrscheinlichsten kontinuierliche instrumentelle Unterstützung leisten und sich als einzige verlässliche Instanz in Krisensituationen (z.B. Pflege) bewährt haben⁴, scheinen Freunde und Bekannte eher für aktuelle kognitive Unterstützung und Informationen zuständig zu sein, sind aber auch Vertrauenspersonen für persönliche Gespräche (McFarlane et al. 1984, Pearlin 1985, Walker et al. 1977).“

(Hass und Petzold, 1999, S. 197-198, Hervorhebungen im Original)

Die nun aufgelisteten Aspekte von Belastungen auf jeder Säule sind teilweise redundant, da sich Auswirkungen der belastenden Faktoren in mehreren Identitätsbereichen zeigen können. Außerdem ist anzumerken, dass die genannten Aspekte ein Konglomerat aus Erfahrungsberichten meiner Patientinnen in stationärer psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung und von Patientinnen meiner Praxis, aber auch von meinem deutschen, schweizerischen und österreichischen Bekannten- und Freundinnenkreis bestehen, wobei eigene Beobachtungen und in Literatur benannte Aspekte mit einbezogen sind. Hier bildet sich die subjektiv wahrgenommene Lebenssituation vieler mir bekannten Frauen im Mittleren Alter während der Wechseljahre ab, über die Bandbreite vom Niedriglohnssektor (Produktions-, Reinigungsfirmen, Gastronomie und Einzelhandel), dem Gesundheitssektor (Pflege, Altenpflege, Psychologie, Ärzteschaft), Lehrberufen, bis hin zum Dienstleistungsbereich bei gut ausgebildeten und beruflich erfolgreichen Frauen, sowie von Migrantinnen (einigen Türkinnen, Italienerinnen, Kroatinnen, Serbinnen, Asiatinnen, Russinnen, Deutschstämmige Rumäninnen, - Polinnen und - Russinnen) wie auch Einheimischen (Schweizerinnen, Österreicherinnen und vor allem Deutsche).

5.3.1 Säule Leib (Gesundheit/Vitalität, Krankheit/Schwäche)

Bei allen Frauen ist das Klimakterium ein normaler biologischer Vorgang, hervorgerufen durch den hormonellen Umbau, jedoch ist die Ausprägung und Intensität möglicher spürbarer Folgebeschwerden bei jeder Frau individuell.

- Reduzierung der Östrogenanteile bis zum Stillstand der Östrogenproduktion und des Follikelstimulierenden Hormons FSH, in einem Zeitraum von 5 bis 7 Jahren, ohne medizinische Behandlung
- Einlagerung des Östrogens im Bauchfett: Gewichtszunahme, körperlich sichtbare Veränderung (z.B. Taillenumfang), Unregelmäßigkeit der Menstruation, bis hin zum gänzlichen Ausbleiben (Menopause), Hitzewallungen, Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Veränderung des Scheidenmilieus, der Haut und der Haare, Schlafprobleme bis hin zu –störungen, Konzentration und körperlich-geistige Leistungsfähigkeit nimmt oft spürbar ab, höhere Ermüdbarkeit, Stoffwechselveränderungen und -Verlangsamung,
- **Beschleunigung des körperlichen Abbaus, deutlich spürbar**
- **“2. Pubertät“:** Umorientierung, Verunsicherung, bis zur Entwicklung von Akzeptanz des veränderten Aussehens und der neuen leiblichen Empfindungen
- kultureller / gesellschaftlicher Druck, oft vermittelt durch die Medienlandschaft nach Jugendlichkeit, Sportlichkeit, Schlankheit. **"50 ist das neue 30"**
- Äußere Idealbilder erschweren die Akzeptanz des Veränderungsprozesses. Wer bin ich, **wie bin ich „richtig“?**
- Ende der Reproduktionsfähigkeit. Abschied von der Fruchtbarkeit: - Freiheit oder ...? Früher wurden Frauen aufgrund kürzerer Lebenserwartung und differenter Rollenvorgaben weniger damit konfrontiert. Trauer, evtl. Verleugnung des Älterwerdens
- Frauen im Mittleren Alter, die aufgrund eigener Entscheidung oder aus biologischen Umständen (eigene Unfruchtbarkeit oder die des Mannes) keine Kinder haben, konnten und können freier ihrer Lebensgestaltung nachgehen, jedoch kann (nicht muss) gegen Ende der Fruchtbarkeit der Abschied davon zu einem Identitäts-labilisierenden Faktor werden.
- **Critical life event?** Innerer Reifeprozess. Wachstum durch Verlust.
- Diese Auseinandersetzung mit den Veränderungen ist je nach Frau früher oder später abgeschlossen. Anpassungsprozess hinsichtlich der Identifikation und Identifizierung als "ältere Frau"

Aufgrund der zeitextendierten hohen Belastung heutiger Frauen müssen auch Stressfolgen beachtet werden, die zur psychosomatischen Gesundheit, bzw. entsprechender Beschwerden beitragen (u.a. Petzold, Van Wijnen, 2010):

- Stressfolgebeschwerden: Schlafstörungen, innere Unruhe, Gereiztheit, Tagesmüdigkeit, Schmerzen, Magen-/Darmbeschwerden, Ruhebedürftigkeit, depressive Verstimmungen, Ängste/Panikattacken, Bluthochdruck, verringerter/gesteigerter Appetit, Frustessen, evtl. Suchtentwicklung als Coping (Nikotin, Alkohol, Medikamente, Zucker), Reduzierung

sexueller Aktivität, sozialer Rückzug, körperlich-psychische Anspannung, Veränderungen der Muskeln/Faszien(Bindegewebe) zu Verhärtungen

- Zeitextendierte Gleichzeitigkeit auf vielen Ebenen, "Multitasking": Als Folge davon Leistungsabfall, Konzentrationsschwierigkeiten, verringerte Merkfähigkeit, Gedächtnisschwierigkeiten, psychovegetative Erschöpfung

Nicht zuletzt geschieht während des Mittleren Erwachsenenalter ein genereller Abbauprozess aufgrund des Alterns, der unabhängig von Klimakterium oder Stressfolgen bei jedem Menschen bereits kurz nach Eintritt ins Erwachsenenalter beginnt und unaufhörlich bis zum Lebensende fortschreitet. In der Mitte des Lebens werden allerdings diese Prozesse deutlicher spürbar. Bisher kompensierte, ursprünglich beschädigte und schädigende (durch Unfälle, Erkrankungen, Verletzungen, kindlichen Schmerzerfahrungen aus einer Zeit der noch legitim ausgeführten körperlichen Strafen als Erziehungsmaßnahme, bis hin zu körperlichen Misshandlungen) Leiberfahrungen, aber auch der ganz normale Verschleiß- und Abbauprozess können nicht mehr in der gleichen Weise kompensiert werden, sondern fordern vermehrt Aufmerksamkeit.

- Schlaftiefe und -Dauer nehmen ab
- Konzentration und körperlich-geistige Leistungsfähigkeit nimmt oft spürbar ab, höhere Ermüdbarkeit
- Abnahme der Muskelmasse
- Veränderungen der Faszien (Bindegewebe), Abnahme von Beweglichkeit und Kraft,
- Stoffwechselveränderungen, -Verlangsamung
- Gelenksbeschwerden (Arthrose), Knochenabbau, dadurch vermehrte Schmerzentwicklung, teilweise Chronifizierung,
- Mediale Vorgaben als **Idealbild**: Fitness, Schlankheit, Jugendlichkeit, Attraktivität, Sexualität. Eigen- und Fremderwartungen an den sich verändernden Körper führen zu Schwierigkeiten in der Akzeptanz des eigenen Alterns.

5.3.2 Säule Sozialer Kontext /Netzwerk / Konvoi

Die Säule des sozialen Netzwerkes bzw. Konvois (siehe Definitionen in Kapitel 4 und 5) lässt sich in verschiedene Unterbereiche aufteilen (z.B. in ein familiales, freundschaftliches oder kollegiales Netzwerk/Konvoi). Dabei wirken diese verschiedenen sozialen Bereiche unterschiedlich auf die entsprechende Person ein. Bestehen ausgleichende und positive soziale Kontakte und Beziehungen, können diese als Ressourcen (salutogen) genutzt werden. Allerdings gibt es, gerade für Frauen, in unterschiedlichen Bereichen Belastungsfaktoren, welche die psychische und körperliche Stabilität beeinflussen können.

Die Familie, Partner- und Verwandtschaft, also das „familiale Netzwerk“ beinhaltet folgende Aspekte an möglichen Belastungsfaktoren:

- zum Teil **spätere Mutterschaften** nach mehrjähriger Ausbildung und Einstieg in das Berufsleben. Anstieg des durchschnittlichen Alters Erstgebärender auf Ende 20 in den 1990ern
- **Familiäre Veränderungen**: Inseldasein von **Kleinfamilien**, wenig Unterstützung von Verwandtschaft.
- Mütter oft in Mehrfachbelastung Arbeit/Haushalt/Kinder
- zusätzlich: **Pflege/Sorge** um **eigene Eltern** ab dem Mittleren Lebensalter.
- Partnerschaft oft gleichzeitig geprägt durch "Midlifecrisis" der Partner in ähnlichem Alter, Klimakterium virile, Paarprobleme
- Sexualität, Zärtlichkeit, Intimität nimmt ab (wie eine Patientin formulierte: "Seit einigen Jahren leben wir nur noch nebeneinander her und er schläft auf dem Sofa ein.")

Zudem ist die Art der sozialen Eingebundenheit in einen stützenden Freundeskreis, also das freundschaftliche Netzwerk bestimmend für den Grad der Belastung:

- Das **Beziehungsgeflecht ist weniger eng** als früher „auf dem Dorf“.
- Beruflich bedingte **Mobilität**, darunter ist auch **Migration** zu verstehen, reißt aus bestehenden sozialen Netzen heraus.
- **Wenig soziale Einbindung** und Unterstützung von Freunden oder Interessengemeinschaften während der Familien- und Karrierezeit. Die Kleinfamilie/Arbeitskolleg*innen als Hauptkontakte
- **Sozialer Rückzug** aufgrund von Erschöpfung / zu vielen zeitraubenden Aufgaben.
- Größerer **Aufwand** zur Aufrechterhaltung außer- und innerfamiliärer Beziehungen.
- **Internet** statt aktiver Freundeskreis, Beliebigkeit der Kontakte.

Bekanntschaften, Nachbarschaft, Eingebundensein in das weitere Umfeld:

- **Nachbarschaft** in überbevölkerten Gebieten oft **anonym**, Neufreundschaften schwierig zu schließen
- Es gibt supportive Nachbarschaften, allerdings ist gerade in der Anonymität der Großstädte dies oft nicht der Fall. Andersherum können **Nachbarschaften** durch die aufgezwungene Nähe schwierig sein, bis hin zu **konflikthaft**. Gerade für Mütter mit Kindern ist zum Beispiel die ständige Kontrolle über Lautstärke und auffällige Verhaltensweisen der Kinder ein großer Stressfaktor.
- "Man kennt sich vom Sehen / über die Kinder". Solche "Hausfrauen-Bekanntschaften" bleiben als lockere Kontakte im Außenbereich, darüberhinaus entwickelt sich eher selten ein tragendes soziales Netz, es sei denn, durch **zusätzlichen Aufwand** mit Kinder/Mütter-Nachmittagen, ehrenamtlichen Tätigkeiten, Bring- und Abholdienste für die Kinder etc.

Das kollegiale Netz kann, wenn es in kleinerem und überblickbarem Rahmen ist, durchaus supportiv, bis hin zu freundschaftlich sein und als Teil des erweiterten nahen sozialen Netzes betrachtet werden. Belastungsfaktoren ergeben sich durch folgende Punkte:

- **Großbetriebe und Schichtarbeit:** Die Kontakte bleiben auf die Arbeit beschränkt und wechselnd. Es können wenig nähere Kontakte gepflegt werden.
- Durch Arbeitsstress besteht die Gefahr einer Entwicklung **konflikthafter Kommunikation**.
- **Grüppchenbildung, Intrigen, bis hin zu Mobbing als soziale Ausgrenzungsthemen**, was die tägliche Arbeit und das psychophysische Wohlbefinden erheblich beeinträchtigt.
- Je nach beruflicher Tätigkeit und Arbeitsplatz kann auch **Vereinzelnung** und "**Einzelkämpfertum**" ein Belastungsfaktor sein, wenn Arbeitsdichte, Schwierigkeitsgrad, Überlastung nicht durch Kolleg*innen gemildert werden kann.
- Nicht zuletzt sind auch (unklare) Hierarchien im Arbeitsumfeld mögliche Belastungsfaktoren.
- **Vertrauens Themen:** wer ist im kollegialen Umfeld vertrauenswürdig, um auch mal arbeitsbezogene oder private Probleme oder Konflikte ansprechen zu können?

Nicht zuletzt ist im Mittleren Alter die soziale Säule oft aufgrund von Verlusten, Konflikten, Abschieden und Sorgen beeinflusst und erschüttert:

- Die **Kinder** werden erwachsen. Durchleben der **Pubertät/Adoleszenz** mit entsprechenden, mehr oder minder stark ausgeprägten Konfliktphasen
- **mentale/psychische/ emotionale Anstrengung der Erziehungsarbeit über längeren Zeitraum** (pro Kind zwei Jahrzehnte, je nach Anzahl Kinder kann ein Erziehungszeitraum zwischen zwanzig bis dreißig Jahren gerechnet werden, bei "Nachzüglern" sogar länger)
- Später eventuell „**Empty-Nest-Syndrom**“ mit der Notwendigkeit der **Neuorientierung** eigener Rollen/Sinnsuche/ Aufgabensuche nach der Erziehungszeit
- Eigene **Eltern** werden alt: **Sorge/Pflege** der älteren Generation **gleichzeitig zur Ablösung der Kinder**
- **Tod der Eltern, Trauer und Verlust**, "Keines Menschen Kind mehr"
- **Multirollenclash** durch Gleichzeitigkeiten: Frau/Mutter/Tochter/Arbeitnehmerin, evtl. Chefin mit weiterer Verantwortung für Andere
- **Neue Gleichzeitigkeiten im gesamten Erleben:** mit dem eigenen Klimakterium gleichzeitig die Pubertät der spät geborenen Kinder, "Midlifecrisis" der Männer (Klimakterium virile), Pflege der Eltern, Volle Arbeitsleistung im Beruf. Familiäre Konfliktsituationen häufen sich, **Dünnhäutigkeit, Überlastungsempfinden**
- **Partnerschaft:** aktuell findet sich die höchste Anzahl Scheidungen/Trennungen bei Frauen zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr.
- **Paar= Zweckgemeinschaft?** Noch Liebes-Paar? **Sexualität** und Attraktivität mit zunehmendem Alter? Unterschiedliche Entwicklungen? Gemeinsame Ziele?
- Aufgeben von Lebens-/Wohn-Orten durch teilweise mehrfache Umzüge im Verlauf des Lebens: Für die Ausbildung, die Arbeitsstelle, den Partner, für die Kinder. Umzüge gehören in unsere heutige **mobile Gesellschaft**. Darunter ist auch Migration im ursprünglichen Sinne

einer Wanderung einzuordnen (z.B. aus den Ostländern nach der Wende nach Deutschland/ in den Westen Europas, von Südeuropa nach Nordeuropa, innerhalb der Ländergrenzen vom Land in die Stadt, von infrastrukturell gering entwickelten zu entwickelteren Gebieten etc.). Deutschland, Österreich und die Schweiz sind als Einwanderungsländer für verbesserte Lebensqualität und Arbeitsbedingungen und für das Ziel der finanziellen Sicherheit seit den 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts bekannt. Sogar Migration innerhalb dieser drei Länder ist seit dem Schengenabkommen leichter möglich.

- **Das führt zu Distanzbeziehungen** zur älteren Generation / zu früheren Freunden / zu Verwandten, Verlust der Zugehörigkeit
- und zu Fragen der **Verwurzelung und der Heimat**: wohin gehöre ich?

5.3.3 Säule Arbeit/Leistung/Freizeit

Äußere Bedingungen der Arbeitswelt als säulen-labilisierende Faktoren sind wie oben besprochen in ihrer Daseinsform heute anders als noch vor einigen Jahrzehnten:

- Zunehmende **Mobilität und Flexibilität** ist erforderlich, Arbeitswege sind oft ohne öffentliche/private Verkehrsmittel nicht erreichbar, v.a. im ländlichen Wohnumfeld.
- Lebensmittelpunkte werden **aufgeteilt** auf Arbeitsplatz und Wohn-/Familienbereich.
- Berufsausbildung der Frauen gilt seit ca. den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts in Mitteleuropa als **gesellschaftlicher Standard**.
- Seit Ende der 1970er Jahre zunehmend Eroberung der als bisher männlich geltenden Arbeitsfelder durch Frauen.
- Veränderungen der Identitätsbildung durch Berufswahl und -ausübung, Rollenkonflikte.
- Bildungs- und dadurch Statusunterschiede werden **um 50 herum fixiert**. Wurden Träume erreicht? Konnte die ursprünglich geplante/gewünschte Berufskarriere umgesetzt werden?
- Seit ca. 1990 veränderte Bedingungen durch **Digitalisierung** der Arbeitswelt und Mobilitätsanforderungen.
- **Beschleunigung** der Arbeitsprozesse in **allen** Berufsbereichen. Produktion: Dauer der Produktionsabläufe verlängert: 24 Stunden, 7 Tage, 365 Tage im Jahr durchgehende Produktion, Schichtarbeiten, Spezialisierungen. Dienstleistungen: "always on air", immer verfügbar sein. (Hierzu meine eigene Erfahrung als Beratungsstellenleiterin, dass die Forderung vom Träger und der Geschäftsleitung bestand, das Geschäftstelefon in den Tagesstunden immer und überall dabei und auf Empfang zu haben, um möglichen Klientinnen jederzeit Zugang zum Angebot zu ermöglichen.)
- Arbeitsprozess ist "**enthumanisiert**". Nicht die/der Arbeitnehmer*in bestimmt die Mengen-, Tempo- und Ergebnisleistungen, sondern erfüllt lediglich Vorgaben "von oben". Damit werden generell hohe Anforderungen der Leistungsgesellschaft an Arbeitnehmer*innen gestellt, insbesondere an Menschen Mittleren Alters. Es finden sich wenig bis keine Möglichkeiten der Selbstbestimmung im Arbeitsleben vor allem im Niedriglohnsektor und Produktion bezüglich eigenem Tempo, eigener Lernkurve, eigener Erholungszeiten.

- Dazu kommt der Aspekt der von global agierenden und/oder national größeren Firmen gehandhabten **Austauschbarkeit** der Arbeitnehmer*innen, mit dem Ziel, "schwierige", erkrankte, nicht mehr leistungsfähige Mitarbeiter*innen schnellstmöglich durch leistungsfähigere Personen zu ersetzen, um gerade im Produktionssektor dem internationalen Wettbewerb standhalten zu können, dabei Kosten niedrig und die Leistung hoch zu behalten (zumindest in Deutschland als Belastungsfaktor meiner stationären und privaten Patienten und Patientinnen oft benannt).
- Dies führt häufig zu **Personaleinsparungen bei gleichzeitiger Erhöhung der Arbeitsdichte unter Missachtung entsprechender Anerkennung (Lohn),**
- **Abschaffung von Instanzen** für die Mitarbeiter*innen-Gesundheit (Betriebsräte, Betriebsärzte, Pausenräume, gemeinsame Pausen) trotz gesetzlicher Vorgaben,
- Tendenz zur **Vereinzelnung** der Arbeitnehmer*innen (wer arbeitet, redet nicht mit anderen, kann daher auch keine soziale Unterstützung holen),
- zu psychosozialer Belastung durch häufige Fluktuation von Mitarbeiter*innen,
- zu **schlechtem Arbeitsklima durch Arbeitsdichte, Zeitdruck, Leistungsvorgaben, Mobbing- oder Bossing-Erfahrungen** und einem geringen sozialen Miteinander unter der Arbeitnehmerschaft
- es entsteht **Unsicherheit** bezüglich der Arbeitsplätze aufgrund der Globalisierung und finanziellen Einsparungen der Arbeitgeber sowie wirtschaftspolitische Verschärfungen,
- dadurch wird aufgrund von Ängsten vor Arbeitslosigkeit **langzeitliches Ausharren und zeitextendierte Überschreitungen eigener körperlich-mentaler-motivationaler-emotionaler und sozialer Grenzen praktiziert.**
- **Längere Berufszeiten** sind durch wirtschafts-politische Veränderungen der letzten 20 Jahre hinsichtlich der Verschiebung des Rentenalters eintritts notwendig, entgegen des deutlichen Kräfteabbaus aufgrund der bio-psycho-sozialen Belastungen im Mittleren Lebensalter durch Beschleunigung, körperlichen Beanspruchung und Dichte des Arbeitslebens. (Dies ist vor allem im Niedriglohnsektor der Fall, hinsichtlich der Landwirtschaft und im Dienstleistungssektor sind die technischen Fortschritte eher arbeitserleichternd).
- **Perspektiven** für weiterführende oder veränderte Berufstätigkeit sind **faktisch ab 45 Jahren gering**, was ebenso zur Angst vor Arbeitsplatzverlust bei gleichzeitiger Überlastung und Erschöpfung beiträgt.
- Die **volle Leistungsfähigkeit** im Beruf wird hauptsächlich auf Grundlage der männlichen Leistungsfähigkeit (v.a. in Niedriglohnsektor Produktion) gefordert, **bei Verkennung der bei Frauen früher eintretenden und deutlicher verlaufenden leiblichen Veränderungen.**
- Leistungsanforderungen sind neben der beruflichen Ebene **auch im privaten Rahmen hoch**. Typisches Beispiel: Mütter mit Teilzeitarbeit leisten in kürzerer Zeit so viel wie Vollzeitangestellte, jedoch mit weniger Lohn und haben daneben in der Regel die Hauptverantwortung für Haushalt und Kinder.

Persönliche Belastungen auf der Ebene der Leistung und Arbeit können sich aufgrund folgender Faktoren zusätzlich entwickeln:

- **Erste Generation** mit mehr im (auswärtigen) Berufsleben stehenden Frauen als vorherige Generationen und Möglichkeit der Berufswahl auch im klassischen „männlichen Sektor“: **Dadurch besteht eine Selbstbehauptungsnotwendigkeit** gegenüber der älteren Generation (Eltern), bzw. männlichen Arbeitskollegen, Vorgesetzten, manchmal auch Partnern
- Der teilweise **späte Berufseinstieg**, entweder durch lange Ausbildung oder Kinder-/Familienzeit (Wiedereinstieg) dazwischen fordert **hohe Anpassungs- und Lernleistung** an veränderte Gegebenheiten in der Arbeitswelt bei gleichzeitig schon stattfindenden Reduzierung der Auffassungs- und Merkfähigkeit gegenüber jüngeren Mitarbeiter*innen,
- es entsteht ein **Druck** bezüglich des **Mithaltens** mit jüngeren Kolleginnen und/oder jüngeren bis gleichaltrigen Männern in **konkurrierender, leistungsoptimierter Arbeitswelt**
- **eigene Leistungsgrenzen** körperlich-geistiger-emotionaler Art werden **über längere Zeit überschritten**
- **Arbeitslose im Mittleren Alter sind nicht mehr leicht vermittelbar.** Vor allem bei niedrigem Bildungsstand und migratorischem Hintergrund kann meist die Arbeitstätigkeit nur im Niedriglohnsektor aufgenommen werden. Dies führt zu **Selbstwertproblemen** (niemand will mich mehr, ich bin nichts mehr wert) und Druck, weiter volle Leistung in der Arbeitswelt zu bringen, um Kündigungen, bzw. Arbeitsplatzverlust zu vermeiden.
- Trotz Emanzipationsbemühungen besteht immer noch faktische **Ungleichheit**: Mehrarbeit und Mehrleistung ist notwendig, um gleiches Gehalt bzw. Anerkennung wie Männer zu bekommen.
- Die leider reale Perspektive der **Altersarmut** bei Teilzeittätigen/ Alleinerziehenden, oder nach Krankheit und Erschöpfung aus dem Berufsleben herauskatapultierten Personen führt zur **Selbstwertproblemen und Zukunftsängsten sowie Angst vor sozialem Abstieg**
- Für Frauen besteht mehrheitlich das Problem der **Mehrfachbelastung** deutlich stärker als bei Männern: durch familiäre Verpflichtungen (Erziehung, Altenpflege), Berufstätigkeit, Haushaltsführung. Die Generation der Eltern wird älter als je zuvor. Kinder werden später im Leben der Frau geboren: Dadurch besteht **Gleichzeitigkeit unterschiedlicher und komplexer Aufgaben im Mittleren Alter.**
- Die Versorgung **durch lebenslange Ehe**, und Mithilfe durch die Herkunfts- und/oder **Großfamilie ist oft nicht gegeben.** (Scheidungsrate, Wegzug)
- **Das Alleinerziehenden-Dilemma:** Arbeiten zur Versorgung der Kinder ist in der Regel notwendig, trotz und wegen gesetzlicher Unterhaltsregelungen. Mütter können und dürfen ab einem bestimmten Alter der Kinder nicht zu Hause bleiben.
- Trotz der weithin verbreiteten "bürgerlichen" Familien- und Lebensform gibt es im Alltag der Frauen keine oder wenige Möglichkeiten, Aufgaben zu delegieren im Sinne der bürgerlichen Haushalte mit „Hausangestellten“. Alles rund um Haushaltsführung, Erziehung und Außenbereich der Wohnumgebung wird von Frauen (und ihren Partnern, sofern

entsprechend sozialisiert und vorhanden) **allein erledigt**. Für die Inanspruchnahme von Haushaltshilfen besteht gerade bei Alleinerziehenden keine finanzielle Basis.

- Technologie-Faktor und **Digitalisierung** der Arbeitswelt: Die heutigen Menschen (Frauen und Männer) des Mittleren Lebensalters gehören zur **ersten Generation**, die laufend eine **immer schneller werdende** Veränderung bewältigen muss. Das bedeutet **lebenslanges Lernen** im Beruf, wie auch im privaten Bereich, um auf der Höhe der Zeit und leistungsfähig zu bleiben.
- Die vielfach geforderte Mobilität führt zu **Zeitverlusten und Stress** durch Wege außerhalb des Wohnumfeldes.
- Nicht zuletzt sind **tägliche Flexibilität, Organisation und Koordination** der verschiedenen Aufgabenbereiche (Arbeitsort, Schulen, Elternwohnort, Ausbildungen und Fortbildungsörtlichkeiten, Einkaufen etc.) vonnöten, was sich in dieser Form ebenfalls erst seit kurzer Zeit entwickelt hat.

Freizeit als Thema der Work-Life-Balance ist für viele Frauen im Mittleren Alter für die Regeneration und psychophysische Stabilität ein wichtiges, jedoch oft auch defizitäres Thema, je nachdem, wie die familiäre, finanzielle und berufliche Situation und die noch vorhandenen persönlichen Kräfte gegeben sind:

- Die persönliche freie Zeit ergibt sich bei Frauen durch Mehrfachbelastung Haushalt, Kinder, Elternpflege, und Berufstätigkeit **recht beschränkt**. "Es gibt immer was zu tun".
- **Selbstfürsorge** ist für viele Frauen aufgrund der versorgenden Aufgaben in der Familie und im sozialen Nahraum oft **weit hinten angestellt** und benötigt häufig konkrete äußere Erlaubnis, sich ebenfalls etwas zu gönnen (Pausen, Wellness, Körperpflege etc.).
- Aufgrund geringerem finanziellen Einkommen, gerade bei Migrantinnen, Alleinerzieherinnen und im Niedriglohnsektor-Tätigen bestehen **weniger Außen-Angebote**, die zur eigenen Entspannung, Freizeitgestaltung genutzt werden können.
- Bei bestehenden Partnerschaften kann es unter Umständen schwierig sein, nach der Familienphase gemeinsame Interessen und qualitative Paarzeit aktiv zu pflegen. Beide Partner haben sich eventuell über die gemeinsame Familienzeit hinweg in eigene Richtungen entwickelt, so dass manchmal die noch **verbleibende gemeinsame Zeit passiv** oder verschiedenen Hausarbeiten verbracht wird.
- Vielfach, und vor allem bei Migrantinnen, wird die freie Zeit im Rahmen der Familie, bzw. erweiterte Familie (Verwandschaft) verbracht, so dass **der eigene persönliche Gestaltungsraum**, für eigene Hobbies und Interessen **klein bleibt**. Fürsorge, Familie bleiben auch in der "arbeitsfreien" Zeit Hauptbetätigungen. Dies kann in konfliktreichen Familiensituationen vermehrten Stress und kaum Erholung im Sinne einer "Work-Life-Balance" bedeuten.
- Nach der Familienphase könnten prinzipiell neue eigene Interessen entwickelt werden, die die Freizeit mit sinnvollen und Freude bereitenden Inhalten füllen können. Allerdings wird oft in

der Anamnese meiner Patientinnen deutlich, dass dafür **wenig Kraft und Antrieb**, bzw. Lust mehr **übrig** bleibt, da der zeitüberdauernde Alltagsstress dies nicht mehr zulässt.

- Der **soziale Rückzug** als Ausdruck eines Kräfteverlustes und psychischer Beeinträchtigung führt oft zu geringeren sozialen Freizeitaktivitäten. Das Ruhebedürfnis steigt, Vereinsamung - gerade bei alleinstehenden Frauen - kann als weiterer Belastungsfaktor dazukommen.
- Bestehen bisher tatsächlich Freizeitaktivitäten (Sport, Vereinsmitgliedschaften, Ehrenämter, Gartenarbeit, Reisen, Wandern, Radfahren, Kreatives Gestalten etc.), kann es unter Umständen durch die körperlich und psychisch deutlicher werdenden Veränderungen und Beeinträchtigungen **zur Aufgabe der bisher als Ressourcen genutzten Aktivitäten** kommen. "Alles wird zuviel".
- Frauen, die **in Wechselschichten** arbeiten, fühlen sich oft spätestens ab dem Mittleren Alter nicht oder nicht mehr in der Lage, außerhalb der Arbeitszeiten weitere soziale oder andere Aktivitäten aufrecht zu erhalten, da diese durch die Wechselschichten **rein zeitlich nicht regelmäßig** ausgeübt werden können.

5.3.4 Säule Materielle Sicherheit

Als äußere Faktoren sind hier wirtschaftspolitische Aspekte und sozialer Status wirkend, welche diese Identitätssäule zur Erschütterung bringen können. Hier zeigt sich eine Verquickung mit den Faktoren der Säule Arbeit/Leistung/Freizeit. Die Stabilität beider Säulen ist von der persönlichen Berufstätigkeit und Leistungsfähigkeit in Abhängigkeit von wirtschaftspolitischen, familiär-sozialen und persönlichen Faktoren (Bildung, Sozialisation, Migrationshintergrund, Persönlichkeit) abhängig:

- Die Mehrheit der Frauen arbeitet vor allem wegen familiärer Aufgaben in **Teilzeit** und **zusätzlich für geringere Gehälter** als ihre männlichen Kollegen
- Im Niedriglohnsektor besteht oft **geringe Wertschätzung** der eingebrachten Arbeitskraft und Leistung (Mindestlohn, evtl. Schichtzulagen, trotzdem oft zu wenig für den Lebensunterhalt). **Finanzieller Druck, sowie Ausharren in psychosozialer Belastungssituation** sind Folge davon. Manche Frauen, gerade Alleinstehende mit Kindern, sind teilweise gezwungen, mehrere Arbeitsstellen im geringfügigen Bereich zu jonglieren.
- **Migration, niedriger Bildungsstand** sind wichtige Faktoren für eine schlechtere Arbeitssituation und damit finanziellen Druck, aber auch die **Nichtanerkennung** von guten Ausbildungsabschlüssen bei Migrantinnen im neuen Land, wodurch **Statusverlust** entsteht und die Notwendigkeit, im Niedriglohnsektor zu arbeiten. Hier wird wieder ein **Selbstwertverlust** verursacht
- Aktuell wächst die **Unsicherheit** bezüglich der finanziellen Versorgung im Alter aufgrund wirtschaftlicher und politischer Veränderungen (Rentenunsicherheit ist für die aktuell noch arbeitende Generation inzwischen real, für die nachfolgende Generation ebenso).

- Trotzdem besteht in der Regel in deutschsprachigen Ländern und Mitteleuropa eine noch befriedigende soziale Absicherung (Wohnung/ Lebenshaltungskosten/ Versicherungen) auch bei existenziellen Nöten (z.B. Sozialhilfe, Hartz 4 o.ä.)

Persönliche Belastungen ergeben sich bei Frauen daher durch folgende Faktoren:

- Die materielle Sicherheit ist aufgrund der **Finanzierung** nicht nur des eigenen Lebensunterhalts, sondern von studierenden/ auszubildenden oder noch zu versorgenden Kindern, evtl. eines arbeitslosen Partners, mit einem von Beginn weg geringerem Einkommen als männliche Kollegen in Frage gestellt, mit oft negativen Perspektiven bei zunehmendem Alter
- Bei chronisch verlaufenden Erkrankungen oder nachlassender Leistungsfähigkeit aufgrund des fortschreitenden Alters droht **Arbeitsplatzverlust**, damit eine schwierige oder keine Reintegration ins Arbeitsleben, eine drohende **Frühberentung** und **Altersarmut**,
- Bei Frauen im Mittleren Alter zeigt sich der höchste Prozentsatz an Getrenntlebenden, Geschiedenen, Single, Alleinerziehenden zu Beginn des 21. Jh. (Perrig-Chiello und Höpflinger, 2001), dadurch sind **Defizite** hinsichtlich der Altersvorsorge bei geringerem Einkommen real, die nicht ausreichend von Staat oder Familien aufgefangen werden kann.
- Aufgrund der länger werdenden Lebenserwartung muss **länger und in höheren Wochenstunden gearbeitet werden**, damit eine Rente übrig bleibt
- **Alleinerziehende-Teilzeitarbeitende im Mittleren Alter** haben demnach wenig Rücklagen, wenig Kaufkraft. Trotz Unterhaltszahlungen/ staatliche Hilfe bestehen **manchmal existenzielle Nöte/Sorgen und wenig Perspektiven hinsichtlich positiver Veränderungen -->Resignation, Ängste, Depressionen, Hilflosigkeitserleben**

Bei verheirateten, gut situierten, gut ausgebildeten und entsprechend höheres Einkommen generierenden Frauen sind diese materiellen Unsicherheiten in weit weniger starker Ausprägung bis hin zu nicht vorhanden, daher auch deutlich weniger labilisierend auf der Identitätsebene. Die genannten Aspekte auf der Säule der Arbeit /Leistung /Freizeit, wie auch der Materiellen Sicherheit zeigen vor allem die Situation von Frauen mit Kindern, aus eher bildungsfernen und/oder einkommensschwachen gesellschaftlichen Bereichen, sowie von Migrantinnen mit entsprechendem sozialen Stand auf. Diese machen jedoch einen recht großen Anteil der weiblichen Bevölkerung im deutschsprachigen Raum aus und sind daher hinsichtlich der biopsychosozialen-ökologischen und -ökonomischen Gesundheit als deutlich gefährdeter zu sehen.

5.3.5 Säule kulturellen Werte und Normen

Wie weiter oben beschrieben, haben sich die gesellschaftlichen Werte und Normen durch vielerlei äußere Einflüsse weiter entwickelt und sind mit den Werten und Normen von vor 50

Jahren nicht mehr eins zu eins vergleichbar. Die Emanzipationsbestrebungen des letzten Jahrhunderts haben zu einer veränderten Lebenswelt von Frauen geführt, in der unter anderem politische Mitsprache, finanzielle und persönliche Unabhängigkeit von bis dahin patriarchalischen Strukturen und Eigenbestimmung hinsichtlich Familiengründung und Kinderzahl ermöglicht haben und der Einfluss der Kirche /Religion nahm im deutschsprachigen Raum deutlich ab. Die traditionellen Werte für Frauen hinsichtlich "Kirche, Küche, Kinder" haben sich unter den gegebenen gesellschaftspolitischen Veränderungen auf folgende Aspekte erweitert, allerdings auch in Hinsicht von Mehrbelastung:

- **Veränderungen der Frauenrollen** in Partnerschaft, Familie und nach außen durch Mitsprache- und Mitbestimmungsrecht. Frauen sind nicht mehr dem Partner unterstellt, zwar wird wirtschaftlich und politisch noch um Chancengleichheit in Kaderpositionen gerungen, die Anzahl Frauen in Führungspositionen hat jedoch in den letzten 50 Jahren zugenommen.
- Dies bedeutet allerdings auch, einen neuen **Umgang mit den eigenen Kompetenzen**, Fähigkeiten anzuwenden, ein **Selbstverständnis und Selbstbewusstsein mitzubringen**, das in der nach wie vor hauptsächlich männlich orientierten Arbeits- und Leistungswelt in Frage gestellt wird und in der eigenen erfahrenen Erziehung nicht vorgesehen war. Es wird z.B. heute noch bei Anstellungsinterviews danach gefragt, wie die Kinderbetreuung geregelt wird, wenn Frauen arbeiten wollen. Diese Frage wird Männern in der Regel nicht gestellt.
- Während die Elterngeneration in der Nachkriegsaufbruchzeit vor allem den Aufschwung und die wirtschaftliche Sicherheit suchte, viele technische Fortschritte unkritisch annahm und der äußere Schein zu wahren war, erlebten die Frauen im heutigen Mittleren Alter gerade in den letzten zwanzig Jahren eher **ein Rückgang der Sicherheiten** durch die erwähnten wirtschaftspolitischen Veränderungen aufgrund von Globalisierung und Digitalisierung und eine **zunehmend kritische Betrachtung des "Fortschritt durch Technik"-Denkens**
- **Jede*r ist seines/ihrer eigenen Glückes Schmied**: Gesellschaftlich und kulturell veränderte sich die Wertigkeit von Gemeinschaftsdenken hin zu Individualisierung und Selbstverwirklichung/-optimierung, womit aber auch **mehr Eigenverantwortung** für die Gestaltung des Lebenswegs abverlangt wird und nicht mehr nur auf das "gottgewollte" Schicksal zurückgegriffen werden kann. Die geringere Motivation zum gemeinschaftlichen Wirken wird unter anderem auch deutlich in der Abnahme der Ehrenämter z.B. kirchlich oder in Vereinen, Betriebsräten oder nachbarschaftlich spürbar.
- Der Zugang zu verschiedenen Verhütungsmitteln, vor allem der Antibabypille, ermöglichte die **Selbstbestimmung bezüglich der Mutterschaft** und befreite von traditionellen Rollenbildern.

So positiv die Emanzipation für die Frau generell ist, ergeben sich aufgrund der dadurch komplexer gewordenen Lebenswelt Belastungsfaktoren auf der Säule der Werte und Normen. Es stellt sich unter Umständen des Öfteren die Frage nach dem "Was ist richtig" oder "Wie bin ich richtig" und verursacht Verunsicherung:

- Nach wie vor gilt **Perfektionismusstreben** als althergebrachte Tugend in unserer Zeit weiter. Überforderung und Stresserleben sind Folgen von nicht mehr einhaltbaren und zeitlich unterbringbaren Anforderungen.
- **Individualität und** Selbstverwirklichung ermöglicht auch Plastizität der Geschlechterrollen, trotzdem bleibt jedoch die **faktische Ungleichbehandlung noch bestehen (Realität im Konflikt mit Emanzipationszielen)**,
- medial verbreitete „**gesellschaftliche**“ **Erwartung** an Sexualität und entsprechende Attraktivität und Erfolg (auf allen Ebenen) erschweren einen positiv gefärbten Umgang mit dem Älterwerden.
- **Lebensführung und Lebensstandard**: nicht mehr nur gottgewollt/Schicksal oder vom Partner und der Herkunftsfamilie abhängig, sondern **eigenverantwortlich**. Ich muss selbst dazu beitragen, was aus mir wird.
- Weibliche **Tugenden** der früheren Generationen stehen **im Konflikt mit heutigen Werten**, Frauen im Mittleren Alter wurden in noch althergebrachten Denkweisen erzogen (z.B. Aufopferung versus Selbstverwirklichung, Mutterschaft /Hausfrauentum versus Erfolg im Beruf, Untergeordnetsein versus Führungsrolle (in Familie und Beruf))
- Durch **längere Lebenserwartung: Sinnsuche/Aufgabensuche** nach der Mitte des Lebens (Omasein? Noch nicht jetzt....)

6. Einflussfaktoren auf Leiblichkeit, Persönlichkeit und Identität

Das Klimakterium und das Mittlere Alter ist wie andere Entwicklungsstufen auch (Kindheit, Jugend, Junges Erwachsenenalter, Familienzeit) eine besondere Zeit im Leben einer Frau. Es ist erneut eine Zeit der Veränderung und eine Zeit des inneren Wachstums, während der biologische Körper deutlich anzeigt, dass er sich ins Älterwerden hin begibt. Es ist daher auch eine Zeit der Neuorientierung und des Verabschiedens alter, (leiblich) nicht mehr in der bisherigen Art und Weise gültiger identitätsformenden und -erhaltenden Strukturen. Es lassen sich vielerlei Einflüsse ausmachen, die zu einer Persönlichkeitsweiterentwicklung führen, ob sie gelingt, hängt ebenso von verschiedenen Faktoren ab. Hierzu werden in diesem Kapitel die generellen Einflussfaktoren auf das leibliche Erleben (Leibgedächtnis, Eigenleibliches Spüren, den Informierten Leib), auf gender- und geschlechtsspezifische Erfahrungen, auf bisherige und laufend sich weiter formende Sozialisationen (und Ökologisationen), und damit insgesamt auf die Bildung, Festigung und Veränderbarkeit der Identität und der Persönlichkeit angesprochen, um dann die während der Wechsel-Jahre vorkommenden Veränderungen im Leben von Frauen konkreter zu benennen (Kapitel 7).

6.1. Der informierte Leib

6.1.1 Definition

Im Integrativen Ansatz wird davon ausgegangen, dass der Mensch als Leibsubjekt (subjektiv erlebter Körper, eigenleibliches Spüren) sich in einem sozialen Gefüge (sozialer Makro-, Meso- und Mikrokosmos) und auch ökologischem Makro-, Meso- und Mikrokosmos, in der Lebenswelt einer bestimmten Zeitspanne (Kontinuum) und in einem bestimmten Kontext befindet, in den er eingebettet (embedded) ist. Durch Interaktionen mit der Außenwelt, wahrgenommen mit seinen exterozeptiven Sinnen kommt es zu Resonanzen auf diese Einflüsse in der Innenwelt, die der Mensch mit seinen interozeptiven sensorischen Wahrnehmungsorganen aufnimmt. Sinneswahrnehmungs-, Verhaltens- und Speicherfähigkeiten, alle Sozialisationserfahrungen in dem ihn umgebenden kulturell-gesellschaftlich-sozialen Umfeld, die persönliche lebensüberspannende Entwicklung (life span development), die ökologischen Einflüsse der ihn umgebenden Lebenswelt werden in komplexen Lernprozessen "verleiblicht", bzw. "eingefleischt" (embodiment) (Petzold, Orth, 2017a). Damit sind die gesammelten Lebenserfahrungen im sogenannten Leibgedächtnis gespeichert. Dies ist gemäß Petzold die Grundlage für den Informierten Leib, woraus sich in Interaktion mit der Außenwelt ein personales Leib-Selbst, ein reflexives Ich und eine hinlänglich konsistente, gedächtnisgesicherte Identität entwickelt (Petzold, 2011e, S. 18-19).

Was bedeutet dies für die heutigen Frauen im Mittleren Alter in der mitteleuropäisch-deutschsprachigen Welt? Was in der Kindheit und Jugend leiblich gespeichert wurde, ist teilweise in der heutigen Erziehungswelt nicht mehr gang und gäbe und ist aus dem Erleben nachfolgender Generationen verschwunden. Zum Beispiel ist die Erfahrung von Züchtigung in der Erziehung und damit frühe Erfahrungen von Schmerzaushalten ein breites Phänomen, das mir immer wieder in den Patient*innengruppen begegnet, was mit einer Erfahrung von Bestrafung bei "Nichtgenügen" auch für sich selbst verinnerlicht wurde und dies bis zum heutigen Tag eingefleischerweise im Alltag gehandhabt wird. So finden sich in meinen Patient*innengruppen viele Schmerzpatient*innen mit einem erheblichen Versorgungswunsch, den sie sich selbst nicht geben können. Der Wunsch nach Zuwendung, Angenommensein, positiven zwischenleiblichen Erfahrungen wird über die Erkrankung der Schmerzstörungen gesucht, jedoch selten gefunden, solange die Personen nicht eine annehmende und liebevolle Sichtweise zu sich selbst entwickeln und damit die eigene Erlaubnis entwickeln, fehlerhaft und un-perfekt sein zu dürfen und damit zu lernen, dem ständigen Leistungsdruck mit dem Damoklesschwert der "Bestrafung" zu entgehen. Andererseits gibt es in dieser Generation des heutigen Mittleren Alters auch die Erfahrung von sozialen Erlebnissen als Kindern, die von Nachmittagen draußen mit anderen Kindern

zeugen und des unbeaufsichtigten freien Spiels mit Gleichaltrigen, was heute kaum mehr der Fall ist. Das bedeutete auch die Erfahrung mitzunehmen, Probleme und Schwierigkeiten selbständig meistern zu lernen. Vielleicht zu oft zu selbständig, im Sinne der "kompetenten Kinder", die schon früh Verantwortung für sich und andere, unter anderem auch für Eltern übernehmen mussten, beispielsweise bei Abhängigkeitserkrankungen eines oder beider Elternteile.

Außerdem gab es Erfahrungen von Müttern als Hausfrauen daheim und arbeitenden Vätern und damit verbundenen Rollenvorbildern, ebenso Erfahrungen bei Migrantinnen südlicher Länder von geringerer Wertigkeit zu sein als Jungs, von Erfahrungen herausfordernder Art (z.B. bei der Berufssuche), unterschiedlicher Ausprägungen von Selbstbestimmungsmöglichkeiten oder auch die des Kindseins, das zwar sichtbar aber nicht hörbar zu sein hat, von dem (vor allem als Mädchen) Mithilfe im häuslichen Umfeld verlangt wurde (Geschwister betreuen, Haushaltsaufgaben übernehmen), der Vorgabe, als Kind lieb, höflich und brav sein zu müssen und unauffällig zu sein.

Eingefleischt wurden auch die Erfahrungen von zwischenleiblichen Vergleichen mit anderen jungen Frauen hinsichtlich des Aussehens (und damit auch der Modevorgaben der prägenden Jahrzehnte), der sozialen Freiheiten, der Ausbildungsmöglichkeiten, der Förderung oder Nichtförderung durch die Eltern. Unterschiedlich und individuell, jedoch einer gesellschaftlich-kulturellen Ähnlichkeit verbunden war die Erfahrung von Erwachsenwerden in der Zeit des "Nullbock" und der Welle von Drogenproblemen der 1980er Jahre, von der Befreiung der Sexualität nach der Hippiezeit der Eltern, von Schwangerschaften und Geburten oder eben deren Verhinderung und den sozialen Erwartungen zum "richtigen" Zeitpunkt in den "richtigen" Verhältnissen von gelebter Sexualität und Mutterschaft.

Nicht zuletzt gab es für manche Migrantinnen in der Jugend auch Kriegserfahrungen (Balkankrieg) mit entsprechend oft traumatisierenden leiblichen Erfahrungen, für manche Osteuropäer die Öffnung des Westens und für Südländer die Aussicht als Gastarbeiter besseres Einkommen zu erzielen und damit mit viel Hoffnung verbundene lebensstilverändernde Chancen. Für die meisten Personen mit der Kindheit Ende 70er und Jugend in den 80er Jahren wurde jedoch die Hauptprämisse der Leistung und Wohlstands als Haupttugend im Sinne des "leiste was, dann biste was" verinnerlicht.

6.1.2 Der informierte Leib in den Wechseljahren, Faktoren differierender Leib-Erfahrungen und -Gedächtnisse

Das weibliche Klimakterium muss als **individueller** Verlauf über einen längeren Zeitraum, im Normalfall zwischen durchschnittlich fünf und sieben Jahren verstanden werden (Faust, online). Zwar gibt es ein durchschnittliches Alter, in dem die Veränderungen stattfinden, trotzdem ist der **Beginn und die Dauer, wie auch die Intensität** nur **individuell** erlebbar. Grundsätzlich beginnen die Wechseljahre (ohne medizinische Eingriffe wie z.B. Gebärmutter/Eierstockentfernung oder hormonelle Erkrankungen) mit einer schleichenden Abnahme der Östrogenproduktion. Als Folge davon treten Verschiebungen und/oder Unregelmäßigkeiten des weiblichen Zyklus hinsichtlich der Eisprung- und Menstruationszeitpunkte auf, so dass diese Veränderung eines um die 30 Jahre lang gewohnten monatlichen leiblichen Erlebens (bis auf Schwangerschaftszeiten und hormonellen Eingriffen zur Verhütung) Verunsicherung auslösen kann. Gerade bei Frauen, die ihrem eigenen leiblichen Empfinden entfremdet sind, aufgrund von mangelndem Wissen um die körperlichen (hier organismisch gemeint) Veränderungen oder langjährigen künstlichen Eingriffen in die natürlichen Abläufe, können Ängste in Bezug auf geschlechtliche Erkrankungen entstehen oder Befürchtungen hinsichtlich einer (Schein-) Schwangerschaft auslösen. Diese Fehlinformationen über das eigene Leibempfinden lassen sich in der Regel durch (gynäkologische) Wissensvermittlung berichtigen.

Generell sind die Wechseljahre zwar als Stichwort in Kultur und Gesellschaft verankert, jedoch erfährt/ erlebt jede Frau nicht nur den eigenen leiblichen Vorgang individuell, sie ist auch mit einer **kulturell-normativen Sichtweise damit konfrontiert** und muss für sich selbst einen Weg der "Selbstbegleitung" durch diese Zeit finden, da aufgrund des negativen Beigeschmacks in unserer westlichen Gesellschaft die Wechseljahre von den Frauen selbst oft kritisch betrachtet, wenn auch nicht unbedingt so kritisch erlebt werden. Andere Kulturen bieten der Frauenwelt eher eine Sichtweise der "Befreiung" von weiblichen Verhaltensregeln an, in unserem Kulturkreis (Mitteleuropa, deutschsprachig) ist eher eine Medizinalisierung und Abwertung der Frau nach der fruchtbaren Phase verankert, trotz aller sonstigen Errungenschaften der Emanzipation. Vielfach wird das Thema der Wechseljahre nur unter medizinischen Aspekten betrachtet, ansonsten eher in der Öffentlichkeit tabuisiert. Interiorisiert (Begriffsklärung siehe Kap. 6.1.3) wird/wurde damit vordergründig ein negatives Bild hinsichtlich der körperlichen Veränderung während des Klimakteriums und es wird damit eine Verschiebung auf andere psychosomatische Beschwerden, oder ein Nicht-Umgang mit der Thematik gefördert, bis hin zur Verleugnung des Klimakteriums (Pramataroff, 2006).

Dass, in Gahlings (2016) diskutiert, 40% der Frauen keine "Beschwerden" zeigen, also nicht auf Wechseljahre zurückführbare negativen Empfindungen/Erlebnisse aufweisen, führt zur Frage, ob aufgrund von Tabus nicht darüber gesprochen wird, oder tatsächlich keine Beschwerden bestehen? In ihrem Werk beschreibt Gahlings (2016), dass Frauen Internetforen v.a. für Hilfestellungen bezüglich der pharmazeutischen Beigaben zur Aufrechterhaltung bisheriger "Funktionalität" nutzen, jedoch weniger bis nicht für die Auseinandersetzung mit den leiblichen Veränderungen. Es zeigt sich in erster Linie ein Nachjagen der Jugendlichkeit aufgrund des gesellschaftlichen Drucks zur Anerkennung der eigenen Person als "wertig", im Sinne der fruchtbaren Frau, was im Umkehrschluss bedeutet, dass ältere Frauen als "weniger wertig" empfunden werden, also ein Negativbild hinsichtlich des Alterns in den Köpfen der weiblichen wie auch männlichen Gesellschaft vorhanden ist. Hierzu lässt sich auch eine dreiteilige Darstellung der Frau im Lebensverlauf aus dem Englischen als Beispiel bringen und damit deutlich machen: "The virgin, the mother, the crone". Wobei "crone" eine deutliche Negativwertung aufweist.

Manche Frauen erleben die Wechseljahre tatsächlich mit wenig Turbulenzen, manche Frauen haben die typischen Beschwerden der Scheidentrockenheit und Hitzewallungen, vielleicht auch verbunden mit Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen, Gewichtszunahme und einer erhöhten Migräneanfälligkeit, die sie jedoch nicht weiter belasten, manche Frauen klagen über starke Beschwerden somatischer und psychosomatischer Art. Hierzu sind unter anderem der **soziale Stand, Bildung und Herkunft** als Faktoren beteiligt, wie Frauen ihre Wechseljahre leiblich, hier auch psychosomatisch gemeint, erleben (u.a. Pramataroff, 2006; Gahlings, 2016).

Das Klimakterium kann als **Transitionsphase** (=Übergangsphase) in eine nicht (!) geschlechtslose, sondern integrierende und von Fortpflanzungsdruck befreite Frau mit allen sexuellen, sowie Verhaltens- und Handlungs-Freiheiten betrachtet werden. Hitzewallungen und Scheidentrockenheit gelten als Hauptmerkmale des Östrogenmangels, zusammen mit einer Gewichtszunahme und Einlagerung von Östrogen im Bauchfett und somit einer sich verändernden Figur. Allerdings ist anzuführen, dass Scheidentrockenheit und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oft auch durch einen generellen Rückgang der sexuellen Aktivität im Mittleren Alter aufgrund von weiteren Faktoren als allein durch die hormonellen Veränderungen hervorgerufen werden kann. So sind Partnerschafts-, familiäre und berufliche Konflikte, oder fehlende Partner, oder Abnahme der sexuellen Anziehungskraft zwischen langjährigen Partnern, teilweise auch Rückgang der sexuellen Aktivität beim in der Regel älteren Partner, übermäßig Stress und Erschöpfung im familiären und beruflichen Alltag (was als eigentlicher Hauptgrund für Reduzierung der sexuellen Aktivität gewertet

werden kann), mangelnde Entspannung und zu hohe innere, wie auch muskuläre Anspannung komplexe Gründe für den Rückgang sexueller Lust und Aktivität bei Frauen wie bei Männern. Weibliche Lubrikation in der sexuellen Erregung ist vor allem in einer entspannten Grundstimmung möglich, zu hohe Spannung führt zu Verkrampfung, Abflauen von Lust, Rückgang der Lubrikation, während bei Männern eine leicht erhöhte Anspannung hingegen zu mehr sexueller Lust und verbesserter Standhaftigkeit des erigierten Penis führt, übermäßige stressbedingte Anspannung jedoch auch zu Erektionsstörungen führen kann. Kurz gesagt: Sorgen, Konflikte und Stress sind Liebestöter. Und davon gibt es im Mittleren Lebensalter genug. Nicht zuletzt führen bei Frauen, wie auch bei Männern verinnerlichte (interiorisierte) gesellschaftliche Normen und Werte dazu, dass Frauen im Mittleren Alter weniger Möglichkeiten und Gelegenheiten haben, sexuell aktiv zu bleiben, zum Beispiel über das gesellschaftlich verankerte und auch bei Frauen verinnerlichte Bild einer schlanken jungen Frau als attraktives und sexuell anregendes Ziel für Männer, was im Verlauf des Mittleren Alters zu Selbstwertproblemen, Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und damit auch zu (schambesetzter) Lustlosigkeit für sexuelle Aktivität führen kann.

Meine Erfahrungen mit unterschiedlich sozialisierten Frauen legen jedoch nahe, dass manche Frauen aus südlichen Ländern, und/oder Frauen aus niedrigerer Einkommensschicht sich tatsächlich weniger um ihr Aussehen und Wirkung als "attraktive Frau" sorgen, womöglich, da es in ihrer Lebenswelt durch körperlich anstrengendere Arbeit, vielleicht aber sogar einem differierenden Bild einer attraktiven Frau (üppig, rund) in der social world des niedrigeren Einkommens oder Bildung oder dem Migrationshintergrund weniger wichtig erscheint, auf Dauer schlank, rank und sportlich zu sein. Es wäre spannend, dieser Frage nach schicht- und kulturspezifischen Unterschieden zu den Attributen und Attributionen bezüglich des attraktiven Aussehens einer Frau vertiefter nachzugehen, dies kann in dieser Arbeit jedoch nicht in der erforderlichen Ausführlichkeit geschehen. Diese Beobachtung führt jedoch zur Frage der selbst- und fremdattribuierten Identifikationen und Identifizierungen sowie Interiorisierungen der weiblichen Geschlechtsidentität (Gender) in unterschiedlichem sozialem Umfeld und die Prägungen durch Sozialisation, Erziehung und Kultur. Im deutschsprachigen Raum Mitteleuropas sind nicht nur traditionell einheimische, sondern auch unterschiedliche migrationsspezifische Einflüsse, sowie Unterschiede in der Sozialisation verschiedener Schicht- und Bildungszugehörigkeiten anzutreffen, dies gerade bei Frauen Mittleren Alters, da sie in der Zeit der Gastarbeiter-Migration zum Ende der 1960er Jahre aufgewachsen sind und die Verstädterung nach dem Wiederaufbau vermehrt aufkam. Das heißt, es gibt **nicht DIE Frau** im deutschsprachigen Raum, sondern viele verschiedene Frauen, die zwar im Verlauf ihres Lebens ähnliche anatomisch-biologische

Entwicklungen durchmachen, hinsichtlich der Leiberfahrungen und des Leibgedächtnisses jedoch grundsätzlich unterschiedlich sein können (siehe dazu Kapitel 6.3).

Betrachtet man insgesamt die komplexen Einfluss- und Belastungsfaktoren auf jeder der in Kapitel 5 dargestellten Identitätssäulen von Frauen im Mittleren Alter, wobei ganz zuvorderst die Belastungen im Arbeitsbereich mit den materiellen Unsicherheiten, sowie auf der sozialen Ebene die zeitextendierten Mehrfachbelastung mit Arbeit, Kindererziehung, Haushalt und Versorgung der pflegebedürftig werdenden Eltern stehen, dazu die Verarbeitung von Verlusten (Tod der Eltern, evtl. Arbeitsplatz, evtl. Trennungen vom Partner, Kinder verlassen das Elternhaus), so wird meines Erachtens auch klarer, weswegen verschiedentlich in der (medizinischen) Forschungsliteratur darauf hingewiesen wird, dass klimakteriale Beschwerden gerade bei Frauen mit höherem Bildungsstand und gesichertem sozialen Status / Einkommen weniger aufdringlich erscheinen, während Frauen mit geringerer Bildung, geringerem Einkommen und gänzlich differenten Lebens-, Arbeitsbedingungen und sozio-kulturellem Hintergrund mehr Beschwerden aufweisen, die in diesem Fall wie oben aufgelistet wurde, teils durch das Klimakterium hervorgerufen werden können, sicher aber durch die psychosozialen Belastungsfaktoren, Stressfolgen, vermehrtem körperlichem Einsatz in der Arbeitswelt mit einhergehendem deutlicheren körperlichem Verschleiß, sowie geringerem Wissen um die eigenen leiblichen Vorgänge mitbedingt sind oder dadurch verstärkt werden. Das Leibgedächtnis, bzw. die Leiberfahrungen dieser Frauen weisen einen anderen, negativeren und belasteteren "Speicher" im informierten Leib auf, den Frauen aus der sozialen Mittel- bis Oberschicht so in der Regel nicht aufweisen können aus Gründen differierender Sozialisation und differierender Lebenserfahrungen auf den Säulen der leiblichen, sozialen, beruflich-leistungsspezifischen, materiellen und normativen Identität. Stressfolgeerscheinungen und klimakterielle Beschwerden zeigen sich in vielerlei Hinsicht ähnlich (Schlafstörungen, verringerte sexuelle Aktivität, Stimmungsschwankungen oder depressive Verstimmungen / Ängste, erhöhte Reizbarkeit und Ungeduld, veränderter Stoffwechsel, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Abbau der körperlichen und geistigen Kräfte), so dass das Eine manchmal nicht vom Anderen getrennt werden kann und teilweise auch nicht von einem unabhängig von stress- oder klimakteriell bedingten sich beschleunigenden Altersprozess auseinander gehalten werden kann.

Der Blick auf das Klimakterium als zu behandelnde Erkrankung, wie es seitens der medizinischen Literatur oft nahegelegt wird, ist demnach a) sehr vereinfachend und lediglich auf den Aspekt der hormonell bedingten, natürlichen, biologisch vorgesehenen Veränderung bezogen und b) meines Erachtens falsch. Klimakterium ist keine Erkrankung. Die eigentlichen Beschwerden und Belastungen während der klimakterialen Phase sind also, wie

auch wiederholt in der Literatur beschrieben, eher nicht die durch die hormonellen Veränderungen bedingten leiblichen Empfindungen, die eher "am Rande mitlaufen" zuzuschreiben, sondern den biopsychosozial-ökologischen und -ökonomischen zeitextendierten Belastungsfaktoren, mit teilweise Übergangs-/Umbruch-Charakter, gekennzeichnet durch Verluste und Neubeginne, Abschiednehmen und Anpassungen an veränderte leiblich erfahrbare Kräfteverhältnisse und Bedürfnisse im Gegenzug zu äußeren Anforderungen der Lebenswelt.

Diese des Öfteren in dieser Arbeit so benannten **Wechsel-Jahre** als Teil der erwachsenen Persönlichkeitsweiterentwicklung bedürfen nicht alleine der medikamentösen Unterstützung, sondern bedürfen eines vermehrten Nach-Innen-Schauens, Sich-Auseinandersetzens mit dem Alterungsprozess, den vergangenen und verbleibenden Möglichkeiten und einer damit verbundenen Veränderung in Selbstattribution und im Handlungs- und Verhaltensrepertoire zur Gesunderhaltung des Gesamtsystems "Frau im Mittleren Alter" hin zur "älter werdenden Frau". Dies kann jedoch behandlungs- bzw. begleitungsbedürftig sein oder werden, wenn sich Schwierigkeiten in dieser "Anpassungsleistung" an ein neues Bild von sich als älter werdenden Frau (Identitätsarbeit, Petzold, 2001p/2004; Petzold, Orth, 2017a) ergeben und dabei psychosomatische Symptome stärkerer Ausprägung (wie oben aufgeführt) auftreten.

6.1.3 Interiorisierung eines negativen Bilds einer älter werdenden Frau

Zunächst zum Begriff der Interiorisierung eine Definition nach Petzold und Orth (2017a) (Hervorhebungen im Original):

*„Unter **Interiorisieren** verstehen wir die bei interpersonalem Wahrnehmen und empathischem Erfassen von persönlich bedeutsamen **Menschen** (significant others) und in **komplexen Resonanzen** zu ihrem komplexen Verhalten erfolgenden, vertiefenden mentalen und damit auch leiblichen Verarbeitungsprozesse, die über ‘fungierende Internalisierungen’ hinausgehen. **Interiorisierungen** konstituieren über besondere kognitive und emotionale Bedeutungsgebung (appraisal/valuation) eine spezifische Qualität des **Selbstbezuges**, der Selbstgerichtetheit, der ‘internen Alterität’ – ich bin mir selbst ein Anderer (Ricœur 1990). Durch **Interiorisierungen** erhalten triviale Verinnerlichungen eine lebensbestimmende Wirksamkeit. Zum Beispiel kann durch die Eltern erlebte Zuwendung zu der so wichtigen Selbstliebe führen (oder aber zu Selbsthass) und durch erfahrenen ermutigenden Zuspruch und Vergewisserung entsteht Selbstsicherheit. In gleicher Weise haben Ablehnung, Verachtung oder Entmutigung und Verunsicherung ggf. Mutlosigkeit und Selbstunsicherheit zur Folge. Wenn nämlich die in Lebensbereichen des Positiven erfahrene Beruhigung,*

*Tröstung, Wertschätzung vom Subjekt **sich selbst gegenüber wie einem Andren gegenüber** angewendet wird, werden dadurch Selbstberuhigung, Selbsttröstung, Selbstwerteleben möglich. In Negativbereichen erlebte Beunruhigung, Beschämung, Abwertung hingegen kann Selbstbeunruhigung, Selbstablehnung, Selbstverachtung o. ä. zu Folge haben. Beides, Gutes wie Schlechtes, ist mit all den **eigenleiblich gespürten** Empfindungen, Gefühlen, Gedanken, die damit verbunden sind, vital präsent und wird **'Eingeleibt/Verkörpert'**. Das sind die Prozesse, die wir spezifisch als **Interiorisierungen** bezeichnen und die gegenüber den ihnen vorausliegenden 'fungierenden Internalisierungen' das Leben bestimmen. Dysfunktionale, **beschädigende Interiorisierungen** bedürfen dann in der Therapie und durch sie **alternative und korrektive kognitive, emotionale, volitionale, soziale Erfahrungen**, die durch neue **Interiorisierungen neue Selbstverhältnisse** ermöglichen (vgl. Petzold 2017q, 47)."*

(Petzold und Orth, 2017a, S. 12, Hervorhebungen im Original)

Unsere nächsten Mitmenschen im Mikrokosmos (Partner, Eltern, Geschwister), wie auch im Mesokosmos (privates und berufliches soziales Umfeld, social worlds) und nicht zuletzt im größeren sozialen Gefüge des Makrokosmos (regionale, nationale und kulturell übergreifende Gesellschaften, gewachsen aus historischen Strukturen und Traditionen) sind daher auch maßgeblich für unsere erlernte Sichtweise und Bewertung in Bezug auf eine älter werdende Frau, einer Frau im Klimakterium, bzw. danach in der Menopause. Wenn von makrokosmischer und mesokosmischer Seite (also kulturell-gesellschaftlich, soziales-berufliches Umfeld) vermittelt wird, dass Frauen nach ihrer fruchtbaren Lebensphase sich aus den "Augen" der Öffentlichkeit zurückziehen sollen, dabei ihre Attraktivität (Ausstrahlung), ihr leiblich-persönlicher Auftritt als Frau mit negativen Bewertungen versehen wird oder ihr teilweise eine durch patriarchalische Strukturen vorgegebene Wertlosigkeit anheim kommen lässt, wie es noch lange bis zum Ende des 20. Jahrhundert hinein gehandhabt wurde, und dies weiterhin auch in der Arbeitswelt so vermittelt wird, indem bei abfallender Leistungsfähigkeit "Ersatz" gesucht wird, oder wenn sich auch Partner (Mikrokosmos) weniger auf die Pflege der gemeinsamen Sexualität, Intimität und Nähe einlassen, wird dies alles als Leiberfahrung in der weiblichen Leiblichkeit gespeichert, womit sich die eigenleibliche, emotionale, kognitive, volitionale, soziale (transversale) Identitätsarbeit zur älter werdende Frau mit einigen Widerständen und Schwierigkeiten verknüpft sieht. Die Wahrnehmung und Erfahrung, die Selbst- und Fremdattribution, als Frau ab einem bestimmten Alter minder wertig zu werden, bedeutet eine negativ konnotierte Interiorisierung, was in diesem Fall bedeutet, dass sich die entsprechend sozialisierte und über diese Attributionen identifizierte Frau selbst nicht mehr im Spiegel betrachten mag, sie sich also auch selbst auf einen minderen Wert hin orientiert, eine Selbstabwertung vornimmt und damit Identitätskrisen aufgrund eigentlich anders gearteter Wünsche und Bedürfnisse

(sieh mich, liebe mich, gib mir Wert) als Gegenpol der interiorisierten "Glaubenssätze", was eine älter werdende Frau ausmachen darf / kann / soll, heraufbeschwört. Sie wird dadurch zum eigenen "inneren Feind" aufgrund der verinnerlichten Vorgaben und des Vorgelebtbekommens durch das Umfeld.

"(...) Genauso können natürlich auch erlebte „negative Attributionen“ durch „Interiorisierungen“ als negative Selbstattributionen, sinnverhindernde Selbstzweifel und sinnvernichtender Selbsthass zum Tragen kommen und damit zu negativen „**Selbstresonanzen**“ führen. Chronifizieren sie, können sie fatale Folgen haben. (...)"

(Petzold und Orth, 2017a, S. 12, Hervorhebungen im Original)

Als stabilisierend bzw. "benign" wirkend sind daher diejenigen positiven Interiorisierungen der eigenen Wertigkeit aus dem erlebten Familien- und Freundeskreis, in der die ganze Person, nicht nur die Frau als geschlechtliches Wesen, angenommen ist und sie sich als entsprechend geschätzt fühlend wiederum selbst wertschätzen kann, oder wie es im mesokosmischen Umfeld der ressourcenstärkenden social worlds vorkommen kann, in der gegenseitige Achtung und Wertschätzung vermittelt wird.

"**Negative Interiorisierungen**, die Aufnahme abträglicher Qualitäten, die mit Nahrumpersonen erlebt wurden, müssen durch das Angebot von Möglichkeiten **positiver Interiorisierungen** verändert werden als komplexes Lernen „on thebrain/subjectandcontext/networklevel“. Es geht nicht darum, dysfunktionale Bahnungen „wegzumachen“, sondern darum, funktionale Bahnungen entstehen zu lassen (Grawe 2004), positive Neubahnungen, die stärker zur Wirksamkeit kommen als die alten Negativmuster durch *korrektive* und/oder *alternative* kognitive, emotionale und volitionale Erfahrungen in zwischenmenschlichen/zwischenleiblichen Nahräumen."

(Petzold, 2012e revid. 2014g, S. 110, Hervorhebungen im Original)

Diese anhand der biologische Veränderungen im Klimakterium bewusst werdenden Lebensphase der Auseinandersetzung mit dem Älterwerden, dem Loslassen alter identifikatorischer und identifizierender Zuschreibungen, dem Zulassen neuer Selbst- und Fremdzuschreibungen (=Attributionen), der inneren Suche nach stabilisierenden, benignen Anteilen ist wichtig für die weitere persönliche Entwicklung für das Wachstum zu einer ganzheitlichen Persönlichkeit.

6.2. Geschlecht und Gender einer Frau: was ist was und wirkt sich wie aus?

6.2.1 Definitionen

Zur Begriffsklärung vorweg: **Geschlecht**(englisch sex, lat. sexus) bezeichnet die biologische Ausrichtung des Organismus (Körpers) in die zwei grundlegenden Ausprägungen Mann oder Frau (mit wenigen Ausnahmen des Hermaphroditismus), das von Zeugung an durch die Genome X und Y fixiert und kulturell bei Geburt mit der Zuordnung männlich/weiblich übernommen wird. Dabei werden Geschlechtsstereotype, was einen Mann oder eine Frau ausmacht, dem sich entwickelnden Kind von Geburt an durch Sozialisations- und Erziehungsprozesse vermittelt (u.a. Schigl, 2012; Gahlings, 2016; Hurrelmann und Bauer, 2015). Der **Geschlechtliche Leib** ist nach Gahlings (2016, S. 103) zudem der gespürte Zugang zu leiblichen Empfindungen in Bezug auf das Geschlecht. **Gender** kann auf deutsch als Geschlechtsidentität übersetzt werden und ist die vom Individuum **gelebte**, kulturell-sozialisations- und entwicklungspsychologisch geprägte, mit Identifikations-, Identifizierungs- und Interiorisierungsprozessen (Rollenstereotype) versehene, leiblich empfundene, emotionale, kognitive, soziale, volitive Form, die im Verlauf des Lebens erworben wird, dabei formbar bleibt und nicht immer geschlechtstypisch, bzw. -konform ist ("Doing Gender" / "Performing Gender" in Schigl, 2012; Abdul-Hussain, 2012; Petzold und Orth, 2011; Gahlings 2016).

"**Gender** beschreibt soziokulturelle Aspekte der Geschlechtlichkeit von Subjekten, welche sie in Enkulturations- und Sozialisationsprozessen und in Rekursivität mit ihren biologischen Prozessen in ihren jeweiligen soziokulturellen Kontexten erwerben und gestalten. In sozialen *Welten* werden Wert- und Normvorstellungen von Gender ausgebildet, welche von Machtdiskursen und -konstellationen geprägt sind und sich in *kollektiv- und subjektiv-mental*en *Repräsentationen* des Denkens, Fühlens und Handelns in ihren Interaktionsmustern und ihrer Körpersprache (*Doing Gender*) sowie ihrer sprachlichen Performanz (*Performing Gender*) zeigen mit ihren Auswirkungen bis in die neurobiologischen Strukturen."

(Definition nach Abdul-Hussain, 2012, S. 47, Hervorhebungen im Original)

Hierzu ein Beispiel der Überwindung des anatomischen Geschlechts über "Performing und Doing Gender": In den albanischen Bergregionen können sich Frauen durch eine volitive Handlung durch Schwur auf den Kanun zum Mann erküren lassen (Burrneshas, die eingeschworenen Jungfrauen), um als Familienoberhaupt bei fehlendem männlichen Part alle patriarchalisch den Männern vorbehaltenen Rechte und Pflichten zu übernehmen. Dabei bleibt ihnen jedoch die Fortpflanzung als Frau verwehrt (Young, 2000).

""Es ist nicht möglich, den Geschlechterschemata zu entgehen [...] und eine entwicklungspsychologische Übersicht deutet darauf hin, dass alle Faktoren darauf abzielen, individuelle Entwicklung in eine geschlechtstypische Richtung zu lenken (Trautner, 2008, 649). Geringe Unterschiede zwischen Mädchen und Buben werden verstärkt und auf verschiedene Kontexte generalisiert. Sie setzen sich dann im Leben immer weiter fort und finden ihr Endprodukt in unterschiedlichen Frauen- und Männerwelten (Hagemann-White 2005).(...)" (Schigl, 2012, S. 55)

Das Klimakterium ist hinsichtlich der geschlechtlichen (anatomisch-biologischen) Veränderungen nicht nur mit Verlusten bestückt. Zwar baut sich der Körper generell um, die als typisch weiblich geltende Figur mit (je nach genetischem, bewegungs- und ernährungsbedingtem Hintergrund) eher runden Hüften und schlankerem Taille weicht vermehrt einer kompakten Rumpfform ohne ausgeprägte Taille, in der bauch- und flankenseitig Fettpolster angelegt werden, die Hüfttrundungen sich verändern und der Busen sich vergrößert, dabei ein verstärkter Haarwuchs am gesamten Körper, vor allem im Gesicht, sowie Haarschwund am Kopf vorkommt. Wie immer gilt dies nicht in gleichem Ausmaß für alle Frauen, jedoch sind diese Tendenzen überall zu finden. Insgesamt nähert sich der Körperbau dem männlichen Körper an, es entsteht eine Androgynität. Diese Androgynität bedeutet nicht, wie schon beschrieben, dass die klimakteriale Frau geschlechtslos wird, sondern sie gewinnt eher an männlichen Attributen hinzu, was manchmal auch in Verhalten und Ausdruck zum Zuge kommt. Die Geschlechtsidentität kann daher einer integrierenden, zusammenführenden Identität von Mensch als Ganzes, mit männlichen und weiblichen Anteilen weichen, sofern dies zugelassen werden kann und die Identitätsarbeit / Persönlichkeitsweiterentwicklung mit entsprechend positiven Identifikationen, Identifizierungen und Interiorisierungen erfolgt. Dies bedeutet jedoch manchmal, aufgrund bisher negativer Erlebensweise bezüglich der Veränderungen, professionelle Hilfestellungen in Anspruch zu nehmen. Wie Schigl (2012) beschreibt, können in diesen Wechsel-Jahren schädigende Sozialisation und Identitätsbildung hinterfragt, aufgearbeitet, aufgelöst und therapeutisch durch Alternativerfahren, Neu- und Nachsozialisierung verändert werden, womit ein neues, integriertes und integriertes Selbstbild, Selbst-Verständnis und Identität entstehen kann.

6.2.2 Auswirkungen der heutigen komplexen Lebenswelt auf die Geschlechtsidentität der Frauen im Mittleren Alter

Geschichtlich verwurzelt ist in Mitteleuropa die Sicht der Öffentlichkeit in Bezug auf die klimakteriale Frau als "alte" Frau (Gahlings, 2016, z.B. auf Seite 586-607), was sogar

während der Frauenbewegung von den Frauen selbst weitergeführt wurde. So beschreibt Gahlings in ihrem Werk unter anderem auch bei der Feministin Simone de Beauvoir ein kulturell-geprägtes Negativerleben und eine negative Beschreibung der eigenen Wechseljahre als Verlust der weiblichen Schönheit und Jugendlichkeit (Simone de Beauvoirs Darstellung des eigenen Älterwerdens, in ihrem Werk "In den besten Jahren", 1961, diskutiert in Gahlings, 2016; Perrig-Chiello, 2008), außerdem ließe sich keine positive Darstellung von klimakterialen Akteurinnen in der Belletristik finden. Die Frau in den Wechseljahren wurde lange versteckt, tabuisiert, das Klimakterium blieb als Entwicklungszeit unausgesprochen und sollte unauffällig verlaufen. Perrig-Chiello zitiert Weininger und die Sichtweise der 1920er Jahre auf das Älterwerden der Frau als "(...)Verlustzeit, Veränderung zu einer hohlen Person, nachdem die Liebe des Mannes die Frau während der fruchtbaren Jahre ausfüllt. (...)", (Weiningers Werk "Geschlecht und Charakter"(1920), cit. in Perrig-Chiello (2008), S. 60). Während ein Mann in mittlerem Lebensalter hierzulande auf dem Höhepunkt, dem Zenit seines Lebens, wahrgenommen wird, steht für die Frau im gleichen Alter die Beschreibung "älter" bereit, also im Sinne des bereits überschrittenen Zenits hin zum Senium, trotz der faktisch durchschnittlich längeren Lebenszeit im Vergleich zu Männern. Somit wird Männern eine längere "Vorzenit"- und kürzere "Nachzenit"-Lebenszeit zugestanden, umgekehrt werden Frauen früher in ihrem Zenit eingestuft und bekommen eine längere "Nachzenit-" bzw. Altersphase in der Gesellschaft auferlegt, ausgehend von der schwindenden Fruchtbarkeit.

Hierzu ist jedoch notwendig, diese Haltung als Kulturgut spezifisch für Mitteleuropa, bzw. westlich orientierter Länder zu betrachten. Denn es zeigen sich deutliche kulturelle Unterschiede und Statusunterschiede in anderen Gebieten der Welt. In Asien werden Frauen nach der Menopause deutlich anders (positiver) wahrgenommen als in der mitteleuropäisch-westlichen Kultur, auch in südlicheren Ländern hat die reife Frau einen positiv wahrgenommenen und deutlich machtvolleren Stand als während der fruchtbaren Jahre und eine Befreiung gesellschaftlicher Zwänge erlebt (u.a. diskutiert in Pramataroff, 2006).

In den letzten Jahrzehnten begann eine Veränderung der Wahrnehmung von im Mittleren Alter stehenden Frauen, unter anderem auch aufgrund der Emanzipationsbestrebungen, der weiter fortschreitenden Feminismuskonversation, neueren feministischen Forschungserkenntnissen, aber auch der deutlich größeren Menge an Frauen, die in dieser Zeit in die Wechseljahre eingestiegen sind. Problematisch ist jedoch die von der medialen Präsenz geprägte Eigenwahrnehmung der noch aufrecht zu erhaltenden Jugendlichkeit und der schon bereits mehrfach zitierten Selbst- und Fremdattribution des "50 ist das neue 30". Das Problematische dabei ist, dass eine ausgiebige, positiv und ressourcenorientierte

Auseinandersetzung mit einem positiven Bild der Reife fehlt, statt dessen ein nicht mehr wirklich ohne medizinische Eingriffe oder erheblichen Aufwand nötig machender, aufrecht zu erhaltender Status Quo, also eine Verlängerung der Jugendzeit, angestrebt wird und damit ein Entwicklungsprozess unterbunden bleibt, mit all den notwendigen Schritten von Reflektion, Trauer, Loslassen, Wachsen in einen neuen integrierenden Zustand der Identität. Eigentlich könnte gemäß C.G. Jung durch die Integration von Animus (männlichem Part) und Anima (weiblichem Part) ein Gewinn von Mehr erlebt werden (Perrig-Chiello, 2008) und nicht nur die Vermeidung des Verlustes durch Verlängerungsmaßnahmen und falsch verstandener Selbstoptimierung zelebriert werden. Im Hinblick auf die verbleibende Lebensspanne könnte heutzutage im Mittleren Alter noch viel Zeit für ein (Aus)leben derjenigen Seiten einer Person möglich sein, die von bisherigen sozialen und biologischen Zwängen (Pubertät, Adoleszenz, Schul- und Berufsausbildung, Arbeits- und Familienphase) befreit sind und nun zum Zuge kommen dürfen. 25 bis 30 Jahre ohne monatliche Blutung, kein Verhütungsdruck, keine Schwangerschaften mit Risiken mehr, keine Notwendigkeit, sich "aufbrezeln" zu müssen, um dem Partner/ anderen Geschlecht zu gefallen, machen es möglich, den Blick von der äußeren Bewertung (wer bin ich als Frau) und der Interiorisierung, was und wie Frau sein soll, zum Werden der ganzen Person hinzuwenden, sich nach Beendigung der biologisch vorgesehenen Lebensaufgabe der Fortpflanzung und Erhalt der Art zu einer "ganzheitlichen" Person weiter zu entwickeln.

Auch diesbezüglich ist die Generation der Frauen im Mittleren Alter heute erstmals in der Lage, mit mehr Aktivitätsmöglichkeiten als frühere Generationen, durchschnittlich mehr Lebenszeit und mehr Freiheiten das eigene Leben nach der Familienphase ressourcenorientiert, in eigenen social worlds, vielleicht mit neuen Aufgaben, Interessen und Sinn zu gestalten, ohne den vorgegebenen Verlauf bisheriger Generationen aufrecht erhalten zu müssen, in der Kürze des restlich verbleibenden Lebens weiterhin Fürsorgepflichten gegenüber Enkelkindern und gebrechlichen Partnern zu haben.

6.2.3 Die Möglichkeit der Entwicklung von prekären Geschlechtsidentitäten und Genderintegritäten bei Frauen im Mittleren Alter

Wie Petzold und Orth, sowie Abdul-Hussain im Werk "Genderkompetenz in Supervision und Coaching" (2011) ausführen, wird die eigene Geschlechtsidentität (Gender) und damit auch deren Integrität von kollektiven sozialen Repräsentationen im zwischenmenschlichen, zwischengeschlechtlichem Austausch geprägt und im "Doing Gender" ausgeübt und **leiblich** gefestigt.

"... Genderspezifische Sozialisation, etwa im Wertebereich, hinterlässt ihre Spuren bis in Biologische, bis in die „Verkörperungen“ von soziokulturellen Genderattributionen (Wex 1979). Wir sehen also *sex* und *gender* verschränkt. Diese **soziobiokulturelle** und **sozialneurowissenschaftliche** Betrachtung (vgl. *Decety, Ickes* 2009; *de Haan, Gunnar* 2009; *Freitas-Magalhães* 2010), die sich durch historische wie ethnische Dokumente fundiert sieht, negiert die biologische Dimension nicht (*Fausto-Sterling* 1992), sondern sieht sie ein als reflektierte Beziehung zwischen sozialem (*gender*) und biologischem (*sex*) Geschlecht in einer jeweils individuell gegebenen Verschränkung dieser Dimensionen in konkreten Subjekten. Diese sind als solche wiederum von „kollektiven mentalen Repräsentationen“ bestimmt – auch in ihrer Konflikthaftigkeit (*Moscovici* 2001; *Petzold* 2003b) und ihrer performativen Umsetzung in den **Interaktionen** zwischen den Geschlechtern (*Goffman* 2001; *Gildemeister* 2004). Gender muss deshalb immer **interaktional** als ein Geschehen „**zwischen den Geschlechtern**“ in der individuellen Ausprägung des jeweiligen Subjektes gesehen werden – es gibt kein Standardformat der biologischen „sex role“, welche jeweils in ihrer erlebten und performativ vollzogenen subjektiven Wirklichkeit bestimmt werden muss. Die Abhängigkeit von den je spezifischen soziokulturellen Diskursen, Praxen und Alltagsroutinen zwischen den Geschlechtern, in die Momente des sozioökonomischen Status, der Schicht, der Bildungs- oder auch Sportbiographie, des Alters, der Arbeitswelt usw. eingehen, macht **Gender** als die vielfältig bedingte Geschlechtsidentität (*Bosinskj* 2004) durch sozialisatorische und enkulturierende Einflüsse formbar, was die **erlebte Genderidentität** und **Genderintegrität** angeht.(...)"

(Petzold und Orth, 2011, S. 217-218, Hervorhebungen im Original)

Wie nun über die letzten Kapitel sichtbar wird, kann sich im Verlauf einer ungünstigen Lebenssituation jedoch auch eine prekäre Entwicklung von Genderidentität und -integrität (Petzold und Orth, 2011) gerade im Mittleren Alter zeigen, die auf Basis von negativen Interiorisierungen, Mentalisierungen, Selbst- und Fremdattributionen, Sozialisationen und Erziehung (siehe Kapitel 7) sowie auf verfestigte strukturelle (Macht-) Gefüge im sozialen und beruflichen Umfeld und multiple Entfremdungen zurückführbar sind und die wenig Aussichten auf noch grundlegende Veränderbarkeit der Situation vermitteln. Unter multipler Entfremdung verstehen Petzold und Orth (2011, S. 231) Prozesse der Verdinglichung und "(...) Entfremdung vom Mitmenschen, zwischen den Gendern, von der Lebenswelt, der Lebenszeit, vom eigenen Leibe, von der Arbeiten usw. (*Petzold* 1987d)[...] Alienationen verletzen Integrität, wirken destruktiv und machen krank.(...)"

Wie soll sich denn eine 50-plus-jährige Frau mit Erfahrungen von Niedriglohn, Akkordarbeit, hohem Arbeitsdruck mit Vorgesetzten- und Kollegenkonflikten, eventuell sogar partnerschaftlicher Unterordnung oder häuslicher Gewalt oder sogar als geschiedene und alleinstehende Frau, mit existenziellen Ängsten aufgrund zu niedriger Rentenaussicht, einer

Geringschätzung des Umfelds bezüglich des Älterwerdens, der schwindenden Kräfte und gesellschaftlich-kulturell verankerten Bilder von Attraktivität noch positiv als Frau und Persönlichkeit fühlen? Was bleibt noch, was kann in der verbleibenden Lebens- und Arbeitszeit noch soweit verändert werden, um ausreichend zufrieden ins Alter zu kommen? Verleiblicht/eingefleischt wird unter Umständen ein Negativ-Abbild als weibliche Person, meist auf dem Hintergrund von struktureller oder kultureller Benachteiligung, die sich dann weiter verfestigen und in eine Verinnerlichung (Interiorisierung) als weniger wertige Person führen kann, sofern nicht ausreichend salutogene Ressourcen vorhanden sind und sofern nicht die Möglichkeit von alternativen Erfahrungen, Erlebnissen und Mentalisierungen geboten ist. Die persönliche Integrität (nach Duden: Unverletzlichkeit, Makellosigkeit, Unbescholtenheit, Unbestechlichkeit, lateinisch *integritas*: unversehrt, intakt, vollständig) kann zwar auch im negativen Sinne, "prekär", gefestigt und vollständig sein, was jedoch die Gesundheit und das Wohlbefinden pathogen beeinflusst.

Unter Umständen kann eine prekäre Entwicklung der Geschlechtsidentität zu einer von äußeren und inneren Faktoren beeinflusste **multiple Stigmatisierung** führen, was wiederum als krankmachend - "kränkend" - auf die psychische und leibliche Befindlichkeit einwirkt und den Kreislauf in pathogene Erlebens- und Verhaltensweisen auf Dauer verschärft. Bei meinen Klinikpatientinnen im Mittleren Alter wirken solche "kränkenden" Stigmatisierungen frustrierend, deprimierend, die Patientinnen zeigen deutliche Verbitterungstendenzen, Resignation, manchmal passiv-aggressive Verhaltensweisen, sie sind im Kontakt oft vorwürflich, klagsam, misstrauisch und sehen sich oft ohnmächtig (=ohne Macht) gegenüber ihrem stigmatisierenden (Arbeits-)Umfeld. Stigmatisierung verletzt die persönliche Identität und Integrität.

Daher wird im Integrativen Verfahren die Ausgestaltung der Identität und Integrität (Identitätsarbeit) als Entwicklungsaufgabe in lebenslanger Ausgestaltung gesehen (u.a. Petzold und Orth, 2011). Eine Schwierigkeit besteht darin, "strukturelle Gewalt" (z.B. am Arbeitsplatz) oder auch "kulturelle Gewalt" (z.B. bei migratorischem Hintergrund mit differierenden Werten, was Frauen bzw. Männer dürfen), wie auch "häusliche Gewalt" (z.B. Machtgefüge innerhalb der Familie und der Partnerschaft, tradierte Werte, was Mädchen/Frauen bzw. was Jungs/Männer dürfen/müssen, bis hin zu körperlicher und psychischer Unterdrückung/Benachteiligung) wahrzunehmen, auch in ihrer **multiplen** Benachteiligung/Unterdrückung und Stigmatisierung zu erkennen, diese zu verstehen und unter Umständen therapeutisch soweit aufzufangen, dass die entsprechenden Personen nicht weiter biopsychosozial benachteiligt werden, bzw. sich so empfinden und dies als selbstverständlich annehmen, und sogar weitervermitteln (Transmission):

"(...)Die Perspektive „struktureller Gewalt“ im Genderkontext gewinnt noch Gewicht, wenn man mit so unterschiedlichen Autoren wie *David Riesman, Norbert Elias, Michel Foucault, Lev S. Vygotskij* u. a. das Problem der **Verinnerlichung**, der **Interiorisierung** zur **Selbstkonstitution** in Sozialisations- und Enkulturationsprozessen mit Blick auf Genderklischees bedenkt. Es geht dabei um die *Transmission prekärer Genderintegrität und von Gendervorurteilen als „kollektiven mentalen Repräsentationen“* (Moscovici 2001; Petzold 2003b). Sozialisatorische Transmission vermittelt an die Sozialisierten zu Genderverhältnissen häufig Bilder und Qualitäten von Herrschen und Beherrschtwerden, von Oben und Unten, aber auch von Täter-Sein und Opfer-Sein, was Dynamiken der Schuld, des Vorwurfs, der Vergeltung, der Viktimisierung in Gang setzt und virulent halten kann. Oder es kommt zu Haltungen der chronifizierten Ohnmacht, der Resignation, der Anpassung bis hin zur „Normalisierung des Nicht-Normalen“, wenn Frau zu sein zwar faktisch ein **Stigma** bedeutet, das indes zur Qualität einer „Normalidentität“ geworden ist. Die von Viktimisierung betroffenen Frauen sehen dann aufgrund fehlender „Exzentrizität“ ihre Lage als „normal“ an und die Männer ihr Dominanzverhalten, ja ihre „*domestic violence*“ als „normal“ und berechtigt ! Besonders fatal wird es, wenn dies zur Weitergabe von Mustern „**akkumulativer Stigmatisierung**“ führt – ein Begriff, den *Petzold* im Diskurs der Probleme alter Menschen 1991 einführt (*Petzold 1985a, Petzold, Orth, Sieper 2010, 259*). Das sind Stigmatisierungen, die kollektiv tradiert werden können, nicht zuletzt von den Betroffenen selbst – als Tätern und als Opfern –, ohne dass sie sich dieser Prozesse der Transmission von Genderstereotypen bewusst sind. Bei **Intersektionalität** ging es zunächst ja um diskriminierungspolitische und -rechtliche Probleme bei Überschneidungen (*intersections* = Schnittflächen bzw. -mengen) von verschiedenen Diskriminierungsformen, die eine Person betreffen oder in ihr (durch stigmatisierende Attribuierungen und ihre Interiorisierung) zur Wirkung kommen, so dass „beeinflusst durch den Kontext und die Situation – eine Person aufgrund verschiedener zusammenwirkender Persönlichkeitsmerkmale Opfer von Diskriminierung wird“ (*Gummich 2004*). Solche Diskriminierung muss aber immer auch stigmatheoretisch mit Verletzungen der Identität und personalen Integrität verbunden und deshalb identitäts- und integritäts-, das heißt aber ethiktheoretisch abgesichert werden (*Petzold 2009n; Soerensen, Petzold 2009n*), was bislang noch kaum geschehen ist. Unsere gendertheoretischen Überlegungen zu diesen Themen könnten hier Anstöße geben. Weiterhin sind die Kontextbedingungen der Diskriminierung zu beachten und damit kommt man mitten in aktualpolitische Situationen und gesellschaftstheoretische Fragen (vgl. *Becker-Schmidt 2007*). (...)"

(Petzold und Orth, 2011, S. 241-242, Hervorhebungen im Original).

und weiter:

"(...) Auch wenn die Definitionsmacht für die Identität des Anderen, die Macht zur Verletzung und Stigmatisierung zunächst beim Täter, beim Stigmatisierenden zu liegen scheint (*Schölzhorn 2009; Sørensen, Petzold 2009*), kann es zu negativen Rückkoppelungseffekten

kommen (z. B. Ansehensverlust, Ablehnung, soziale Isolation). Solche subtilen Wechselwirkungen in Macht-Ohnmachtskonstellationen finden sich häufig bei Gender- und auch bei Diversityproblemen. Untersucht man ihre Transmissionsdynamik, werden oft genug Benachteiligungen von Frauen als Einschränkungen der Entfaltung weiblicher Identität, Be- und Verhinderungen von Identitätsentwicklungen erkennbar, zuweilen sogar als „doppelte Benachteiligung“ oder „doppelte Stigmatisierung“, als akkumulatives, „multiples Stigma“, was auch oft „multiple Unterdrückung“ bedeutet.

Beispiel: Frau und alt – Frau, Ausländerin, Unterschicht – Frau, „Farbige“, Lesbe und arbeitslos. Exklusion, Verelendung, Abhängigkeit, Hörigkeit, Unterdrückungsverhältnisse sind die Folge. Solche „Multiple Internalized Oppressions“ (Szymanski, Arpana 2009) haben gerade im Genderbereich Folgen für innerseelische Zustände, für das Selbstwertgefühl und das Identitätserleben. Bei den genannten Konstellationen zeigen sich für die betroffenen Gruppen besondere Risiken. Frauen aus der Unterschicht, dem Migrationskontext, Alleinerzieherinnen, alleinstehende alte Frauen haben ein höheres Risiko, psychisch und psychosomatisch zu erkranken, und werden bei Behandlungen oft benachteiligt.(...).

(Petzold und Orth, 2011, S. 245, Hervorhebungen im Original)

Die Bildung, Aufrechterhaltung, Veränderung und Anpassung der persönlichen (Geschlechts-)Identität und Integrität, die einer Person zugrunde liegende Resilienz, wie auch die salutogenen und pathogenen Faktoren, die Möglichkeiten der Performanzen und Kompetenzen, sind demnach nicht nur in der einzelnen Person alleine zu verorten, sondern immer in Bezug und Wechselwirkung von dem und auf das umgebende Umfeld und die Einbettung in einem gesellschaftlich-kulturellen Kontext (Sozialisation) in einer spezifischen Zeitspanne (Kontinuum). Daher ist auch der Blick auf die entsprechenden Sozialisationstheorien wichtig, die im nächsten Kapitel ausgeführt werden, um zu verstehen, weswegen die Wechseljahre der Frauen im Mittleren Alter unterschiedlich verlaufen können und eine rein leibliche oder persönlichkeitsorientierte Sicht auf diese Zeitspanne der Veränderungen zu einseitig bleibt.

6.3. Identitätsformende Sozialisations- und Erziehungsaspekte

6.3.1 Definitionen

Sozialisation ist ein Begriff aus der Soziologie und Sozialpsychologie und meint zunächst die Lernerfahrungen und Prägungen in Kindheit und Jugend einerseits durch Vorgaben in der engeren sozialen Umgebung der Person, andererseits in Bezug auf die gesellschaftlichen Normen und Werte des jeweiligen Meso- bzw. Makrokosmos (Region, Staat,

Religionsgemeinschaft). In der Integrativen Therapie wird dieser Begriff, aber auch der Begriff der Enkulturation dafür verwendet.

Nach Hurrelmann und Bauer (2015) wird Sozialisation unter anderem als **produktive Realitätsverarbeitung**, also als **lebenslanger aktiver** Prozess verstanden. Die Definition Hurrelmanns und Bauers (2015) umfasst auch den Aspekt der Ressourcen, mit denen die sich sozialisierende Person in der entsprechenden sozialen und persönlichen Realität versehen sieht und die zu einer gelingenden, bzw. bei entsprechenden Defiziten, nicht oder weniger gut gelingenden Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung beitragen.

"Sozialisation bezeichnet die Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen, die sich aus der produktiven Verarbeitung der inneren und der äußeren Realität ergibt. Die körperlichen und psychischen Dispositionen und Eigenschaften bilden für einen Menschen die innere Realität, die Gegebenheiten der sozialen und physischen Umwelt die äußere Realität. Die Realitätsverarbeitung ist produktiv, weil ein Mensch sich stets aktiv mit seinem Leben auseinandersetzt und die damit einhergehenden Entwicklungsaufgaben zu bewältigen versucht. Ob die Bewältigung gelingt oder nicht, hängt von den zur Verfügung stehenden personalen und sozialen Ressourcen ab. Durch alle Lebens- und Entwicklungsphasen zieht sich die Anforderung, die persönliche Individuation mit der gesellschaftlichen Integration in Einklang zu bringen, um die Ich-Identität zu sichern."

(Hurrelmann und Bauer, 2015, S. 97)

Das Integrative Therapieverfahren definiert Sozialisation als wechselseitig beeinflussende Systeme, die zum Gelingen oder Misslingen der Entwicklung zu einer hinlänglich konsistenten Identität und Persönlichkeit beiträgt, über die gesamte Lebensspanne (life span development) in zwischenmenschlichen Anpassungs- und Verarbeitungsprozessen (ko-kreativ) in Kontext und Kontinuum unter Einbezug der Ressourcen und Potentiale als transversale Identität und Identitätsarbeit eingegangen wird und bezieht sich unter anderem auf Hurrelmanns und Bauers Konzept der produktiven Realitätsverarbeitung (Petzold, 2001p/2004):

„**Sozialisation** wird im ‚Integrativen Ansatz‘ als die wechselseitige Beeinflussung von Systemen [Feldsektoren bzw. –arealen] in multiplen *Kontexten* entlang des *Zeitkontinuums* (Petzold, Bubolz 1976) in übergeordneten kulturellen und konkreten ökologischen Räumen aufgefasst. Es ist der gelingende oder misslingende Prozess der Entstehung und Entwicklung des Leibsubjekts mit seiner Persönlichkeit [Selbst, Ich, Identität] in komplexen Feldern bzw. Feldsektoren, in sozialen Netzwerken und Konvois (Hass, Petzold 1999) über die *Lebensspanne* hin. In diesen Kontexten prägen und formen die gesellschaftlich generierten und vermittelten sozialen, ökonomischen und dinglich-materiellen Einflüsse, die *Feldkräfte* den

Menschen unmittelbar und mittelbar in seiner Leiblichkeit mit seinen kognitiven, emotionalen, volitiven und sozial-kommunikativen Kompetenzen und Performanzen: durch positive und negativ-stigmatisierende Attributionen, emotionale Wertschätzung und Abwertung, Ressourcenzufuhr oder -entzug, durch Informationenaus dem kommunikativen und kulturellen Gedächtnis (J. Assmann 1999), durch Förderung oder Misshandlung. Dabei wird der Mensch als ‚produktiver Realitätsverarbeiter‘ (Hurrelmann 1995, 66) gesehen, der in den Kontext zurückwirkt als ‚Mitgestalter seiner eigenen Identitätsprozesse‘ (vgl. Brandstädter 1985, 1992): durch Meistern von ‚Entwicklungsaufgaben‘ (Havighurst 1948), durch Identitätswürfe, Ausbildung von ‚Identitätsstilen‘, Wahl von *lifestyles* und *socialworlds*. In Prozessen ‚multipler Reziprozität‘, der Ko-respondenz und Kooperation, der Kokonstruktion und Kokreation interpretieren und gestalten Menschen die materielle, ökologische und soziale Wirklichkeit gemeinschaftlich (Vygotskij 1978). Das geschieht in einer Weise, dass sich die Persönlichkeit, die relevante ökologische und soziale Mikrowelt und gesellschaftliche Meso- und Makrofelder, ja die Kultur (Müller, Petzold 1999) beständig verändern. Das Subjekt entwickelt sie und sich selbst mit allen Ressourcen, Kompetenzen und Performanzen in einer Dialektik von *Vergesellschaftung* und *Individuation* (d. h. Generierung von ‚socialworlds‘, von kollektiven Kognitionen, Klimata und Praxen einerseits und Generierung subjektiver Theorien, Atmosphären und Praxen andererseits). Das Ergebnis dieser Dialektik im Sozialisationsprozess ist eine je spezifische, in beständigen **konnektivierenden** und **pluridirektional balancierenden Konstitutionsprozessen** stehende **flexible, transversale Identität**. Mit ihr ist das in der Weltkomplexität **navigierende** Subjekt, ist seine sich beständig **emanzipierende** Persönlichkeit für eine wachsende globale, transkulturelle Gesellschaft, für ihre Makro-, Meso-, Mikrokontexte und deren Strukturen und Zukunftshorizonte in optimaler Weise ausgerüstet.“ (Petzold, Ebert, Sieper 1999; vgl. idem 2006p; Petzold, Orth 1999, 202f) (Petzold, 2001p/2004, S. 487, Hervorhebungen im Original)

6.3.2 Sozialisations- und Erziehungserfahrungen von Frauen im Mittleren Alter im deutschsprachigen Mitteleuropa

Wie bereits verschiedentlich in dieser Arbeit erwähnt, sind heutige Frauen im Mittleren Alter im deutschsprachigen Mitteleuropa **unterschiedlich sozialisiert**. Ob sie als bürgerliche Großstädterin in Deutschland oder als Landwirtschaftsmädel im ländlichen Bereich mit engen dörflichen Strukturen, viel Natur und geringer ausgeprägter Infrastruktur aufgewachsen ist, oder einer Fabrikarbeiterschicht entstammt, oder als Tochter eines Handwerkerbetriebs, ob als Kohlearbeiter-Tochter oder Autoverkäufers im flachen Norden, oder im Voralpengebiet, ob sie in der DDR oder BRD, oder in der Schweiz oder in Österreich groß wurde - überall finden und fanden sich Unterschiede darin, welche ökologischen (umweltbedingten, nach Hurrelmann und Bauer: physische Umwelt), sozialen, ökonomischen (schichtbedingten), kulturellen (Traditionen) und erziehungsbedingten Normen und Werte

vermittelt wurden, und natürlich auch, was ein Mädchen bzw. eine Frau damals durfte, sollte, musste oder konnte.

Hurrelmann und Bauer (2015) beschreiben sogenannte Sozialisationsagencies, die die Menschen in ihrem sozialen Umfeld prägen und formen. Die den Menschen am nächsten liegende soziale System (bzw. Agency) ist die Familie, in die sie hineingeboren werden. Hier werden die ersten Werte und Normen vermittelt. Als nächstes formen die institutionellen Bildungsstätten (Kindergarten, Schule, Ausbildungsstätten) die familiär vermittelten Werte und Normen mit, wobei hier bereits Unterschiede auftreten können und zu ersten Diskrepanzen oder Sozialisierungsschwierigkeiten beitragen können. Im Erwachsenenleben wird jede Person weiter durch Partnerschaft, Freundes- und Kollegenkreis, Arbeitsplatz, Medien, Religionseinflüsse und sozioökonomische Lebensverhältnisse beeinflusst und dadurch weiter in bestimmte social worlds hin sozialisiert.

Gerade in die Zeit der zweiten Frauenemanzipationswelle hineingeboren, hat diese (einheimische) Generation der aktuell sich im Mittleren Alter befindenden Frauen sich von althergebrachten Denkweisen und sozialen Vorgaben zumindest ein Stück weit befreien können, trotzdem finden sich auch heute noch "inkarnierte" sozialisationsbedingte Sätze in jeder Frau, die sie ihr bisheriges Leben begleitet haben. So kommen in der psychosomatischen Klinik öfters Patientinnen zu mir ins therapeutische Gespräch, die bei der Anamnese angeben, sie hätten gerne weiter die Schule besucht, die Eltern hätten dies jedoch mit dem Argument: "du wirst ja eh heiraten und Kinder bekommen", abgewiegelt. Oder als Gegenbeispiel Frauen, die mir berichten, dass Leistung von klein auf gefordert war, um sich im Leben vorwärts zu bringen, im Sinne des "schaffe, schaffe, Häusle baue". Viele solcher gesellschaftlich verortbarer Leitsätze sind in Fleisch und Blut übergegangen, jede*r von uns in diesem kulturell-gesellschaftlichen Umfeld kennt sie: "Nutze den Tag" (mit dem Aufruf dahinter: arbeite alles weg, was zu tun ist), "Was du heute kannst besorgen, das verschiebe nicht auf morgen", "Wer rastet, der rostet", "ein Indianer kennt keinen Schmerz" "Für Frauen gilt 3K: Kinder, Küche, Kirche" etc. Allesamt Aufrufe zum Fleißigsein, Arbeit und **Leistung als höchst erschwingliches Gut**, über eigene Grenzen und Bedürfnisse hinweg. Diese Sätze sind beileibe nicht nur Frauen vermittelt worden, sondern allen Menschen unserer Generation in unserem kulturell-gesellschaftlichen Meso- bzw. Makrokosmos des deutschsprachigen Mitteleuropas.

Zudem kamen ab den 1960er Jahren die ersten **Migrationswellen** von Süden nach Norden, dabei fanden sich in der Schweiz hauptsächlich italienische, spanische und portugiesische Gastarbeiter, Mitte der 80er Jahre Tamilen aufgrund des Sri Lankischen Bürgerkriegs und

nach dem Balkankrieg Anfang der 90er Jahre vermehrt slawische (Serben, Kroaten, Albaner) Migranten ein. In Deutschland und Österreich waren es in erster Linie türkische Gastarbeiter und nach dem Mauerfall kamen viele deutschstämmige Russen, Kasachen, Rumänen "zurück" nach Deutschland. Zwar blieben diese Kulturinseln jeweils eine gewisse Zeit geschlossen, das heißt, Migranten begannen in der ersten Generation, sich langsam an die neue Umgebung und sozial-kulturellen Bedingungen zu gewöhnen, die Erziehung der Kinder blieb jedoch zunächst noch eigenkulturtypisch, wobei die zweite Generation über den Kontakt zu gleichaltrigen Einheimischen in der Schule, später in Ausbildung und Beruf neu- und umsozialisiert wurde (was in sogenannten Brennpunktgebieten von Großstädten jedoch zu einem Konglomerat an unterschiedlichen nicht-einheimischen kulturellen Einsprengseln führte und sich jeweils eigene Subkulturen daraus entwickelten). Trotzdem bleiben die ersten Lernerfahrungen, die von den Eltern vermittelten Normen und Werte, im Leibgedächtnis gespeichert. Dies führt ab und an zu Schwierigkeiten, sich im umgebenden sozialen Gefüge wohl und integriert zu fühlen (Petzold, 1989f und 2016). Gerade bei Türiinnen und Albanerinnen habe ich die Erfahrung als Therapeutin gemacht, dass die stark patriarchalischen Strukturen schwer zu überwinden sind und für diese Frauen das Leben in zwei unterschiedlichen Kulturen eine ständige, tägliche Anpassungsleistung fordert; in der Arbeit (da sie meist dazu verdienen müssen) gelten mitteleuropäische Regeln, zu Hause die mitgebrachten, traditionellen Regeln.

Als weiteren Aspekt zur Beachtung der Unterschiedlichkeiten, nicht nur in der Frauenwelt des deutschsprachigen Mitteleuropas, ist die kulturell-gesellschaftlich anerkannte Form **des Sich-Ausdrückens in leiblicher und verbaler Emotionalität**. Eine norddeutsche Frau lernt eine gänzlich differierende Form der Ausdrucksmöglichkeiten hinsichtlich ihrer körperlichen Beschwerden, psychischen Zuständen oder ihrer Emotionen, als eine italienisch-stämmige oder einheimische Schweizerin, als eine türkischstämmige Bayerin oder eine einheimische Tirolerin, Berlinerin, eine Deutsch-Russin etc. Wie intensiv emotional, körperlich, leiblich (auch hier wieder im Sinne der "gelebten" oder "lebbaeren" Lebendigkeit), sprachlich gewandt sich jemand hinsichtlich der eigenen Befindlichkeit ausdrücken kann, hat auch hier verschiedene mögliche Ursachen. Einerseits das Temperament, das jeder Person zu eigen ist und als Charaktereigenschaft mit ins Leben bringt. Andererseits die familiäre Sozialisation und Erziehung. Drittens die meso- und makroskopisch (gesellschaftlich-kulturell) als angemessen angesehene Ausdrucksmöglichkeit: Darf "ein Mädchen" ausflippen und schreien, wenn es wütend ist? Darf es sich mit anderen prügeln, um sich zu beweisen, wie es Jungs tun? Wie sind die eigenen Eltern als Vorbilder mit Zorn, Ärger, Traurigkeit, Meinungsverschiedenheiten umgegangen? Was konnte das Kind abschauen, lernen? Wie wurde es im eigenen Ausdruck ernst genommen? Wurde es eventuell dafür bestraft, wenn

es "mal laut" wurde, auch wenn es mal überschießend fröhlich war? Auch hierzu gab es einen Spruch, der zum Gemäßigtsein aufrief: "Wer am Freitag lacht, am Samstag singt, der weint am Sonntag ganz bestimmt". Wie wurde Geschwisterstreit geregelt? Wie wurde ein Bruder diesbezüglich behandelt? Während es in den USA üblich ist, überschwänglich zu sein - alles Mögliche ist "amazing" - , wird in Deutschland eher zurückhaltender (im entsprechenden Wortsinn) gelebt: "Es wird in den Keller zum Lachen gegangen". Oder wie im Allgäu üblich: "Nichts gesagt ist genug gelobt". Wo in Italien mit Händen und Füßen lautstark gleichzeitig mehrere Personen diskutieren, ist in der Deutschschweiz eine ruhige Art des "Andere-Ausreden-Lassens" üblich und Lautwerden verpönt. Hier zeigen sich viele Fragen, die auf frühe Sozialisation und Erziehung zur "gewünschten" Ausdrucksform von negativen bis positiven Befindlichkeiten oder sogar exuberantem Verhalten/Empfinden zurückführen und die im Erwachsenenalter, beispielsweise mit dysfunktionalen Bewältigungsstrategien in Überlastungssituationen ihren Niederschlag finden. In der psychosomatischen Klinik erlebe ich immer wieder Frauen mit unterschiedlicher sozialer Herkunft in meinen psychoedukativen Schmerzgruppen (gemischtgeschlechtlich), die zum Thema emotionalem Ausdruck deutlich machen, dass sie Konflikte scheuen, lieber nichts sagen, sich zurückziehen, dafür jedoch im Stillen darunter leiden. Unter anderem wird auch der länger bestehende Kräfteverlust und Resignation als Grund genannt, bei Nachfragen stellt sich jedoch oft heraus, dass dies ein interiorisiertes genderspezifisches Verhaltensmuster aus Kindheit und Jugend ist, um nicht negativ aufzufallen.

Damit wird deutlich, dass Sozialisations- und Erziehungsfaktoren das eigenleibliche Erleben, das Leibgedächtnis sowie die Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung maßgeblich beeinflussen und erhebliche Differenzen innerhalb der Erfahrung "Frausein" in einer sozial-gesellschaftlich-kulturell (zumindest auf den ersten Blick) homogen erscheinenden meso- und makrokosmischen "Einheit" des deutschsprachigen Mitteleuropas zu beachten sind, wenn wir Frauen im Mittleren Alter und in ihren Wechseljahren begegnen und als Therapeut*innen begleiten.

Hurrelmann und Bauer (2015) beschreiben die hier benannten generellen Aspekte der Lebenswelten, unter anderem auch auf das Geschlecht bezogen, und beklagen die nach wie vor vorherrschende gesellschaftlich-schichtspezifisch-bildungsspezifisch-ökonomisch-kulturell verankerte Ungleichheit, die ein Herauswachsen aus gegebenen Strukturen auch heute noch deutlich erschwert. Jedoch beschreiben sie auch, dass es Frauen generell besser gelingt, sich "produktiv" den verschiedenen Einflüssen anzupassen, darin zu wachsen und in ihrer Persönlichkeitsentwicklung zu integrieren, damit ihre Entwicklungsaufgaben besser bewältigen, und lernen, sich von geschlechtsrollenspezifischen Vorgaben teilweise

auch zu entfernen, ohne sie gänzlich aufzugeben, was Männern schwerer falle (Hurrelmann und Bauer, 2015, S. 188-207). Zudem wird beschrieben, dass bei ähnlichen Bedingungen hinsichtlich der Bildungsmöglichkeiten und ökonomischen Verhältnissen migratorisch bedingte Unterschiede geringer werden. Wenn also gut gebildete Eltern ihren Kindern eine gute schulische und berufliche Ausbildung ermöglichen und dies von der sie umgebenden Umwelt mit gefördert wird, spielt es keine Rolle, aus welchem migratorischen Hintergrund die Elterngeneration stammt, die entsprechenden Bildungsunterschiede minimieren sich zwischen Einheimischen und Zugezogenen. Dies zeigt sich auch hinsichtlich der steigenden Anzahl gut bis sehr gut ausgebildeter junger Mädchen heutiger Zeit jeglicher Herkunft, die inzwischen in der noch Anfang bis Mitte des 20. Jahrhunderts den Jungen vorbehaltenen höheren Bildungsinstitutionen (Gymnasium und Universität) zu finden sind und teilweise die männliche Studentenschaft anzahlmäßig übertrifft (zumindest in einigen Fachbereichen).

Wie Perrig-Chiello und Höpflinger (2001), Perrig-Chiello (2008) aber auch Hurrelmann und Bauer (2015) in ihren Werken und in dieser Arbeit eingangs in Kapitel 2 ausgeführt wird, ermöglichten die gesellschaftlich-wirtschaftlich und politischen Veränderungen in den letzten hundert Jahren den Menschen unserer Zeit, neue, bisher nicht traditionell gefestigte Wege in ihrem Lebensverlauf zu beschreiten. Wo um die Jahrhundertwende zum 20. Jahrhundert die Kindheit ohne Verantwortung gleich ins Erwachsenenalter mit Verantwortungsübernahme durch Gründung der eigenen Familie oder durch Eintritt ins Erwerbsleben relativ abrupt überging, erlebten die Menschen nach den Kriegswirren des ersten und zweiten Weltkriegs, dem (Wieder-)Aufbau und der gesellschaftlichen Entwicklung veränderte Bildungs- und Arbeitsgrundlagen und fanden eine veränderte Lebensalterstruktur vor. Die Jugendzeit koppelte die Kindheit vom Erwachsenenleben ab. Als Jugend wird die Zeit mit Beginn der Pubertät bis hin zum schulischen oder ausbildungsbezogenen Abschluss definiert, in der noch keine beruflich-finanzielle Eigenverantwortung übernommen wird. Zusätzlich wurde das Rentenalter eingeführt und der Eintritt ins Rentenalter mit den damals noch durchschnittlich verbleibenden maximal 10 Lebensjahren (für Männer) markierte den Eintritt ins Alter als Entwicklungsstufe, was vor über hundert Jahren aufgrund der geringeren Lebensspanne und der gesellschaftlich-wirtschaftlichen Situation gar nicht vorgesehen war. Für Frauen galt in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts vor allem die Familienarbeit, so dass kein markanter Übergang in eine frauenspezifisch neue Entwicklungsstufe bestand, Muttersein ging meist über in Großmuttersein, damit blieb das Aufgabenspektrum in etwa ähnlich. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts ist die durchschnittliche Lebenserwartung derart angestiegen, dass für Frauen und Männer nach dem Eintritt in das Rentenalter eine deutlich verlängerte Zeit zur Verfügung steht, bis zu durchschnittlich zwanzig möglichen zusätzlichen Lebensjahren, was dazu führt, dass Menschen nach sinnvollen Beschäftigungen suchen, um für die (im

Außenbereich) aufgabenreduzierte, recht lange mögliche Zeitdauer zu bewältigen und nicht der Langeweile als Negativerleben anheim zu fallen. Das Mittlere bis Spätere Erwachsenenalter fordert neuerdings die Auseinandersetzung mit der verbleibenden Lebenszeit. Dies kann als eine weitere Entwicklungsstufe (oder -phase) betrachtet werden, die es so bis vor kurzem noch nicht gab (Perrig-Chiello und Höpflinger, 2001, Perrig-Chiello, 2008, Hurrelmann und Bauer, 2015, Petzold 2001p/2004) und darin Nach-/Neu- und Umsozialisation geschieht.

Gerade für Frauen kommt mit dem Eintritt ins Klimakterium und der Auseinandersetzung mit der kommenden Verabschiedung der Fruchtbarkeit die neue persönliche Auseinandersetzung der verbleibenden Aufgaben, der sinnstiftenden Beschäftigung, der körperlichen Möglichkeiten auf. In unserem Kulturkreis können nicht viele Frauen im heutigen Alter um die 50 herum auf Vorbilder mit den heute weit gefächerten Möglichkeiten auf die Vorgeneration zurückgreifen, da deren Erfahrungs- und Sozialisationshintergrund mit einem gänzlich differenten Lebenswandel durch tradierte, kulturell-gesellschaftlich differente Normen und Werte, Bildungs-, berufliche und gender/geschlechtsspezifischen Freiheiten zusammen hängen. Passend für diese Auseinandersetzung ist ein Satz einer meiner Patientinnen: "Großmutter sein mit 50? Lieber nicht. Ich will noch was erleben", gerade wenn die eigenen Kinder erst soweit sind, dass sie langsam das Elternhaus verlassen, aufgrund der späten Mutterschaft der entsprechenden Frau. Wie beschrieben, ist auch die Medienwelt der Ansicht, dass Frauen im Mittleren Alter heute jünger sind/sein sollen (aber auch dürfen) als früher. Die weibliche Generation im Mittleren Alter ist heute daher gefragt, mit sich selbst und im Konvoi mit ihren gleichaltrigen oder leicht älteren weiblichen Gefährtenschaft mit dem "neuen" Älterwerden auseinanderzusetzen, statt auf klare Traditionen und genderspezifische Vorgaben zurückgreifen zu können, und neue/alternative identitätsstärkende, -stabilerhaltende, bzw. -entwicklungsfördernde Möglichkeiten, Potentiale und Ressourcen aufzubauen (transversale Identität, Identitätsarbeit, Petzold 2001p/2004). Natürlich bleibt für die heutige Frau trotzdem noch die Möglichkeit der tradierten Rollenübernahme als älter werdende Frau, wenn es für ihren eigenen Lebensweg sinn- und identitätsstiftend ist.

7. Veränderungen - Wechsel-Jahre

7.1. Abschied, Verlust, Loslassen

Im Überblick der in dieser Arbeit zugrundegelegten Literatur medizinischer, psychologischer, leibphilosophischer, sozialisations- und gendertheoretischer Bandbreite findet sich des

Öfteren die Diskussion, das Klimakterium nicht allein als krankheitswertige Verlustphase zu betrachten. Nichts desto trotz ist die Phase reell von einigen Verlusten geprägt.

Wie Perrig-Chiello und Höpflinger schon von bald zwanzig Jahren (2001) in ihrer Studie bemerkten und hier mehrfach darauf eingegangen worden ist, ist die Zeit des heutigen Mittleren Lebensalters und des Klimakteriums eine Zeit "zwischen den Generationen" mit den leiblichen, emotionalen, kognitiven, volitiven, sozialen, ökologischen und ökonomischen Faktoren, die eine Auseinandersetzung mit dem Übergang von Nicht-mehr-jung zu Nicht-nicht-alt, aber Älter-werdend fordern und fördern. Diese Zeit ist geprägt durch vielerlei Abschiede, wie bereits im Kapitel 5 in den einzelnen Säulen beschrieben wird. Abschied von der bisher leiblichen Erfahrung der vollen mentalen und körperlichen Kräfte, Abschied von der Fruchtbarkeit als geschlechtliches Wesen Frau, Abschied von den eigenen Eltern, die in diesem Zeitraum oft gebrechlich werden und sterben, Abschied von der eigenen Tochterrolle, aber, wenn Kinder vorhanden sind, gleichzeitig Abschied von den erwachsen werdenden Kindern und damit von der eigenen Mutterrolle im Sinne der Versorgung und vom kindergeprägten Mehrpersonenhaushalt, Abschied von beruflichen Karrierevorstellungen, die nicht mehr zu erreichen sind, manchmal auch Abschied von Partnern, Arbeitsplätzen, beruflichen und materiellen Sicherheiten. Diese Zeit erfordert viel Kraft für die Verarbeitung dieser Umbrüche und Veränderungen.

In unserer beschleunigten und hochaktiven Zeit bleibt aber wenig Raum und Gelegenheit, sich diesen Verlustthemen angemessen zu widmen, der Alltag fordert alle Kräfte, meist in der Kombination Arbeit-Haushalt-Kinder-Partner, so dass für Trauer, Muße für Gedanken, emotionale Verarbeitung wenig übrig bleibt. Eine typische Aussage meiner psychosomatischen Patientinnen ist: "Ich habe immer funktionieren müssen". Die meisten dieser Abschiede und Themen betreffen natürlich auch Männer in ähnlichem Ausmaß, lediglich die klimakterialen Veränderungen sind nicht in der Form und Intensität und mit der Finalität wie bei Frauen erlebbar. Wenn diese Übergänge und deren Verarbeitung allerdings aufgeschoben, in den Hintergrund ge-, bzw. "verdrängt" werden, Ressourcen oder angemessene Bewältigungsstrategien (Coping) fehlen, kann daraus eine Gefahr erwachsen, mit der Entwicklung zu einer älter werdenden Person nicht klar zu kommen, in der bisher gewohnten Identität mit all den bisherigen Selbstattributionen stecken zu bleiben, die Transition (aus lat. "trans", hinüber und "ire", gehen =Übergang) als schwierig zu erleben und damit auch psychosomatische Beschwerden zu entwickeln, die sich unabhängig vom biologischen Klimakterium, von Stressfolgen oder zunehmenden Altersbeschwerden zeigen.

7.1.1 Vom Mädchen zur fruchtbaren Frau (und Mutter) bis zur reifen Persönlichkeit

Junge Frauen sollen gleichzeitig attraktiv, schlank, sexy, eher hingebend als fordernd, dabei in Schule und Beruf erfolgreich sein und Karriere machen, die Mutterschaft nach hinten verschieben, Familie gründen, Mit-Ernährerin und Versorgerin sein, mütterlich-liebevoll-zart-durchsetzungsfähig-streng in Beruf und Familie auftreten, dem Mann gleichberechtigt sein, trotzdem in Partnerschaften nicht "die Hosen anhaben", etc. Diese Identifizierungen, Identifikationen und Interiorisierungen der mitteleuropäisch deutschsprachig sozialisierten Frau mit der gesellschaftlich-kulturell-medial vertretenen Identität "Frausein" ist von Beginn an sehr komplex bis hin zu widersprüchlich. Hier kommt schon während der kindlichen und jugendlichen Entwicklung die Frage auf: Wer bin ich und wer, bzw. wie darf ich sein? Für viele Mädchen in der Adoleszenz ist die Identifizierung mit Fraulichkeit mit oft schwierigen Anpassungsleistungen verbunden, die in ungünstigen Fällen teilweise mit selbstschädigendem Verhalten einhergehen (Anorexie, Bulimie, Selbstaggressionen), bis sie meist bei Eintritt in das Erwachsenenalter zur eigenen Form der Fraulichkeit gefunden haben. Wie Schigl (2012, z.B. auf S.79), Gahlings (2016) oder Abdul-Hussain (2011) und Petzold und Orth (2011) aus genderspezifischer Sicht beschreiben, sind die kulturell-gesellschaftlichen Geschlechterrollen im Leib "eingefleischt" (inkarniert), dabei wirken unterschiedliche Soziale Welten (social worlds) auf der Mikro-, Meso- und Makroebene auf die Identifikation (Selbstzuschreibungen), Identifizierungs- (Fremdzuschreibungen) und Interiorisierung ein, womit soziale und individuelle mentale Repräsentationen, was Weiblich und was Männlich ist, und damit Geschlechterstereotype entwickelt werden (Kapitel 6). Aber ist denn dieses liebe und schulisch erfolgreiche Mädchen von nebenan tatsächlich von Grund auf, in ihrer Persönlichkeit, lieb? Oder vielleicht eher burschikos? Kämpferisch? Unangepasst und rebellisch? Vielleicht doch fürsorglich und schüchtern? Wer ist sie wirklich und wie ist die "Wirklichkeit" wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen? Zum Glück gibt es heute verschiedene gesellschaftlich akzeptierte Ausdrucksformen, wer man/"frau" sein möchte. Von Dirndl bis Goth, von unauffällig bis schillernd, von traditionell bis ultramodern ist alles möglich, es sei denn, die Berufsausbildung fordert einen spezifischen Auftritt mit entsprechender "Uniform". (Uniform heißt nichts anderes als gleichförmig. D.h. ein eigener, persönlicher Stil ist nicht gewünscht).

Während der Hauptjahre der beruflichen Tätigkeit und der Familienphase bleibt einer Frau (natürlich auch dem Mann) oft wenig Zeit und Raum, sich selbst als Person hinsichtlich Persönlichkeit, Gender und Geschlechterrollen selbstreflexiv weiterzuentwickeln. Manche Situation erfordert zwar eine notwendige Anpassung auf sozialer, Verhaltens- und kognitiver Ebene, was nicht gleichzeitig bedeutet, dass es gewollt ist und emotional oder leiblich

entsprechend erlebt oder reflektiert wird. Als Beispiel kann hier die Alleinerziehenden-Situation mit gleichzeitiger Mutterschaft und "Vaterschaft" über die Fürsorge- und Ernährerrolle genannt werden. Dabei wächst die Erfahrung, nicht immer aber das Bild von sich selbst, die eigene Identität, die eigene Persönlichkeit mit allen Facetten in entsprechender Weise mit, so dass es zu Brüchen in der Identität, zu Identitätskrisen oder zu dysfunktionalen Bewältigungsstrategien zur Aufrechterhaltung einer vermeintlichen, jedoch nicht integrierten Identität kommen kann, bis hin zur Ausbildung einer prekären Geschlechtsidentität (Petzold und Orth, 2011). Hierzu erinnere ich mich sehr deutlich an Gruppenerfahrungen während meiner Therapieausbildung, in der mich die Dichotomie der männlichen Rollenübernahme und der weiblichen Identität wiederholt als begleitende Inhalte zur Selbstreflektion anregte. In der Auseinandersetzung der Thematik habe ich mehrfach mit Frauen über Rollendichotomien gesprochen, dabei sind auch migratorische Schwierigkeiten deutlich geworden, z.B. bei berufstätigen Türkinnen oder Albanerinnen, die eine ganze Familie finanziell mitversorgen, daher "draußen ihren Mann stehen müssen" und sich zu Hause in die patriarchalische Struktur als weniger wertige Person (der älteste Sohn ist mehr wert) einfügen müssen.

Mit dem Klimakterium ändert sich zwar nicht alles, jedoch kann mit dem Beenden der fruchtbaren Phase, in der allgemein eine Phase von Verlusten und Abschieden inneliegt, die Möglichkeit genutzt werden, zu sich selbst zu finden und die eigene Persönlichkeit mit liegen gebliebenen Bedürfnissen und Wünschen zu entfalten, unter anderem auch im Hinblick auf die Endlichkeit des Seins und der noch verbleibenden Lebensjahre (siehe dazu unter anderem Northrup, 2010).

7.1.2 Defizite, Mängel, Wünsche, Bedürfnisse

Gerade auf leiblicher Ebene findet bei Frauen während des Klimakteriums eine auf Dauer unumkehrbare Veränderung statt, die, bei entsprechender Auseinandersetzung und Selbstreflektion dazu verleitet, sich mit dem verbleibenden Sinn und Zweck des eigenen verbleibenden Lebens zu beschäftigen. In meinen gemischtgeschlechtlichen Patientengruppen in der Klinik wird immer wieder angesprochen: "für wen mache ich das alles?", was sich als Suche nach Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns entpuppt, wenn die Kinder flügge werden und die eigenen Eltern nicht mehr da sind oder der Partner/die Partnerin neue Wege einschlägt. Dabei werden Bedürfnisse oft (wieder) sichtbar, oder über Jahre angesammelte Defizite und Mangelereignisse treten ins Bewusstsein.

Beispielsweise kann in der Phase, wenn Kinder aus dem gemeinsamen Haushalt wegziehen, die Rückführung auf Partnerschaft, "leere" Wohnung und eigene Freizeit deutlich machen, wie gut die Person in den zurückliegenden Jahren in Beziehung zu sich selbst oder zum Partner stand. Oft wird erleb- und spürbar, dass das Zusammensein weniger Freude bereitet, weniger Lustempfinden bis hin zur Asexualität aufgrund von Beschwerden oder partnerschaftlichen Problemen (Trennung, Auseinanderleben) besteht, leibliche Bedürfnisse nach Nähe, Zärtlichkeit und Intimität länger nicht mehr gestillt sind, unter anderem auch durch veränderte Selbstattribuierungen oder Interiorisierungen für die klimakteriale Phase begründet (z.B. nicht mehr attraktiv für das andere Geschlecht zu sein). Das Erleben von Defiziten und Mängel wirkt zunächst als hemmender Faktor für gesunde Weiterentwicklung, was zuerst Unzufriedenheit bis hin zu psychosomatischen Krankheitsbildern führen kann.

Nicht nur im familiären und partnerschaftlichen Bereich, sondern, wie im Kapitel 5 beschrieben, auch in Arbeit, Leistung, Leiblichkeit wirken äußere Einflüsse manchmal als Katalysator für eine Lebensüberschau und Bewusstmachung vergebener und noch möglicher Chancen. Zum Beispiel sind in der Regel ab 50 Jahren gewisse berufliche Karrierewünsche nicht mehr umsetzbar, Träume und Ziele als bisher identitätsstiftende oder -erhaltende Faktoren müssen aufgrund von Kräfteverlust oder nicht mehr ausreichender Zeit aufgegeben werden. Für Menschen mit niedrigem Einkommen führt die prekäre finanzielle Situation zu Zukunftsängsten, wenn es um die verbleibende Lebensgestaltung im Alter geht. So sind zum Beispiel Wunsch-Bilder vom Rentnerehepaar, das nach dem Arbeitsleben gemeinsam auf Reisen geht, durch Trennung/Scheidung oder unterschiedlicher Altersentwicklung, Beschwerden etc. nicht mehr umsetzbar. Vielfach findet nach langjähriger Verausgabung in Familie, Beruf und Elternpflege, bei oft gering ausgeprägtem sozialem Netzwerk auch ein sozialer Rückzug statt, so droht Einsamkeit als weiterer Belastungsfaktor dazuzukommen (für Männer oft mehr als für Frauen).

Die im Mittleren Alter beginnende Auseinandersetzung des "wie weiter, was geht noch" kann eine problematische, negative Ausprägung hinsichtlich des Verlusterlebens erhalten, was oft zu psychosomatischen Beschwerden (Depression, Ängste) führt. Allerdings, bei resilienten Menschen und Menschen mit genügend stützenden Ressourcen bedeutet es die Chance auf bewusstes Neuentdecken alternativer Bedürfnisse und Umsetzungsmöglichkeiten, z.B. hinsichtlich Selbstfürsorge und Selbstpflege, sowie eine angemessene, gesunde Auseinandersetzung mit der Veränderung im eigenen Körper, z.B. die Annahme der eigenen Fraulichkeit durch Gewichtszunahme hin zur Mütterlichkeit, Reife und Weisheit. Häusliche Interessen können sich als Ressourcen weiterentwickeln, eventuell hin zu kreativer Gestaltung (Garten, kreatives Gestalten der Wohnräume, Freude an Selbstgemachtem) und

einem verstärkten Naturbezug, die Frau als Bewahrerin, Gärtnerin, Hüterin des Lebens, Lehrerin von Naturliebe und Naturverbundenheit (Petzold, Orth-Petzold und Orth, 2013).

Die partnerschaftliche Auseinandersetzung kann bedeuten, sich als Paar wieder- oder neu zu erfinden, im Sinne einer gemeinsamen Entwicklung versus einer vereinzelter Entwicklung in unterschiedliche Richtungen. Die zusammenhaltende gemeinsame Aufgabe, Kinder großzuziehen, wird im Mittleren Alter als Paarbeziehungsinhalt spätestens nach dem Auszug der letzten Kinder hinfällig. Das kann dazu führen, dass ungleiche Entwicklungen und verschiedene Bedürfnisse deutlicher wahrgenommen werden. Für Frauen war es zumindest in der Vergangenheit oft einfacher, die Transition von Mutter zu Großmutter und eigenständiger älterer Person (selbstständig werden, eigene Freiheiten ausleben) zu vollziehen als bei Männern, die mit dem Verlust der Versorger-/Ernährerrolle, der Entwicklung zu älterem Mann ohne klare Aufgabenstellung aufgrund der Aufgabe von Status, Außenwirkung, Stärke, hin zu Innenrichtung mehr Mühe zeigten. Wie Northrup (2010) in ihrem Werk "Weisheit der Wechseljahre" vermittelt, kann die Zeit der Transition dazu genutzt werden, die "eigentliche Persönlichkeit" der Frau, nach den bisherigen erfüllten Entwicklungsstufen und -aufgaben (Ablösung Elternhaus, Ausbildung und Selbständigkeit, Familiengründung, Erziehungszeit) zu entfalten (Hurrelmann und Bauer, 2015; Perrig-Chiello, 2008).

7.2. Neubeginn, Wiederentdecken, Weiterentwickeln

7.2.1 "Gesellschaftliche" Pflichten und persönliches Wachstum

Da heutzutage die Lebenszeit nach der Menopause durchschnittlich erheblich länger als früher ist - das durchschnittliche Sterbensalter einer Frau betrug vor ca. 120 Jahren 48 Jahre, heute 84 Jahre (Perrig-Chiello, 2008) - ist es notwendig und wichtig, die Transitionsphase auch als Chance für die Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit zu sehen und zu nutzen, im Sinne der Integration von Abschied, Verlust, Trauer und Neubeginn, Wiederaufgreifen, Wachstum. Jede Frau im Mittleren Alter kann sich die Frage stellen: lebe ich in gleicher Weise weiter? Will ich was verändern? Wie viel Zeit bleibt mir für was? Was kann/möchte ich noch erreichen oder erleben? Northrup (2010) propagiert das Klimakterium als die Phase, aus dem "Kokon" zu schlüpfen und zum "Schmetterling" mit allen Facetten zu werden, die in der Person von Grund auf vorhanden sind und bis anhin geschlummert haben. Es geht hierbei um die persönliche Weiterentwicklung, die lebenslange Identitätsarbeit und einem bewussten Herangehen an die verbleibende Lebenszeit.

Wie weiter oben beschrieben, lebt "frau" in der heutigen Welt in teilweise widersprüchlichen und komplexen Lebenswelten und in der Erfüllung äußerer und innerer Erwartungshaltungen, was "frau" muss und soll. Hierzu gehören alle gesellschaftlich-kulturellen Genderrollenzuschreibungen, die durch Sozialisation fremd- und selbstattribuiert und interiorisiert für eine Weile lang in individuellem Ausmaß angenommen und gelebt wurden (Mutter, Hausfrau, Rabenmutter, Karrierefrau, Familienfrau, Erwachsene, Verantwortliche, sexy, mütterlich, versorgend, tröstend, fürsorglich u.v.m.). Die Loslösung dieser fixierten Rollen aufgrund der Veränderung im Familiengefüge kann natürlich Schwierigkeiten bereiten, wenn keine Alternativen bekannt sind oder über die Zeit entwickelt werden konnten. Alternative Lebensmodelle für Menschen im späten Erwachsenenalter sind noch nicht sehr verbreitet, die eigenen Eltern haben in der Regel ein klassisches Rentenpaarleben mit Großelternfunktion und wenig Interesse an Aktivitäten in eigenen social worlds als Vorbild gelebt. Die derzeit im Rentenalter befindlichen Menschen haben inzwischen mehr Möglichkeiten, ihre Zeit aktiv und sinnvoll zu gestalten, so dass sich für die Generation der heute im Mittleren Alter befindlichen Menschen erst neue Vorbilder generieren und auch die Gesellschaft durch das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung sich erst mit den Bedürfnissen der Rentner auseinandersetzen muss.

7.2.2 Erste Generation mit:

Wie eingangs beschrieben, ist die Generation der heute im Mittleren Alter befindlichen Menschen auch im Hinblick auf die Entwicklungsmöglichkeiten im breiten Ausmaß erneut "die erste Generation", im Spannungsfeld zwischen tradierten Rollenerwartungen, mit Vorbildern alter Schule (gemeinsam ins Alter, keine Scheidung trotz Zerrüttung, Familie vor Freundschaft, soziale und materielle Sicherheit: Rentenbezug, ausgesorgt, Kinder sorgen für Eltern) und aktuellen individuellen, sozialen, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen Unsicherheiten/Umbrüchen/Veränderungen. Hier zeigt sich wiederum die Notwendigkeit des lebenslangen Lernens und der geistigen Flexibilität. Noch die Generation vor uns hat uns vermittelt, dass eine gute Ausbildung zu einer beruflichen Tätigkeit führt, in der 40 Jahre lang Arbeit bis zur Rente möglich ist. Dies stimmt so nicht mehr. Heute ist es nötig, sich im mittleren Alter von den Erfahrungen und Ideen der Elterngeneration zu lösen, da sie teilweise unlebbar geworden sind aufgrund politischer, wirtschaftlicher und kultureller/gesellschaftlicher Veränderungen. Dies fordert auch und gerade für das Älterwerden Anpassungsfähigkeit und Weiterentwicklung. Manchen Personen kann dies schwerfallen, gerade im Niedrigbildungs-Sektor, wo lebenslanges Lernen nicht gefördert wurde/wird und daher Resignation, Passivität, Versorgungswünsche laut werden, im

Gegenzug zu Menschen, die aufgrund ihrer bereits bestehenden langjährigen Lernerfahrungen Neugier, Aktivität und Eigenverantwortung behalten haben, wobei natürlich auch individuelle Unterschiede bestehen. Gerade für Frauen, z.B. mit Migrationshintergrund oder aus Einverdienerhaushalten, deren Familienmitglieder sich verabschieden (Partner, Kinder) kann es eine Herausforderung sein, sich sinnstiftende Aufgaben zu suchen, um nicht passiv in der bisherigen Versorgerinnenrolle verhaftet zu bleiben, wenn z.B. (noch) über längere Zeit keine Enkel zu betreuen sind (aufgrund der geringeren Kinderzahl und späten Geburten der eigenen Kinder, Distanzbeziehungen zu den Kindern etc.).

Wie neben Northrup (2010), Gahlings (2016) auch Mergeay (2004) beschreibt, beinhalten die Wechseljahre nicht nur einen Abschluss (der Fruchtbarkeit), sondern einen Neuanfang ("Geburt"), auf die sich Frauen jedoch "erst einlassen können, wenn sie bereit sind, das vorher Gewesene loszulassen" (Mergeay, 2004). Sie bestärkt die Sichtweise, das Klimakterium

- "als Phase im Lebenszyklus aller Frauen und gleichzeitig als individuellen Prozess, für den es keine allgemeinverbindlichen Regeln und Muster gibt;
- als Phase, in der Beschwerden kein Versagen und Beschwerdefreiheit kein Verdienst bedeuten;
- als Phase, in der Vertrautes endet und Neues, Nicht-Vertrautes beginnt, mit der Herausforderung, sich neu zu erfahren, zu orientieren, zu organisieren;
- als Phase, die notwendigerweise, wie alles was lebt, ein Ende hat. Anders als die Illusion, es gäbe diese Geburt nicht, birgt die Erfahrung, sie durchlebt zu haben, in sich eine besondere Lebensqualität." (Mergeay, 2004, S. 104)

zu sehen.

8. Implikationen für eine multifokale, multimodale Humantherapie bei komplexen Störungen der psychischen Gesundheit im Mittleren Lebensalter der Frau

Unter Humantherapie im Integrativen-Therapie-Sprachgebrauch ist die Kombination von professionellen Begleitungen, Hilfestellungen und Unterstützungen im leiblichen Erlebensbereich (Bewegungstherapien, Kreativtherapien, Tanztherapie), in psychologischer Beratung oder Psychotherapie (dyadisch, paarweise, familienbezogen, Gruppen) sowie im sozial-ökonomischen-ökologischen Bereich die Soziotherapie / Sozialberatung gedacht. Es wird von „Bündeln von Maßnahmen“ gesprochen, die mit den Patient*innen „geschnürt

werden“, beispielsweise zur Veränderung eines depressiven Lebensstils auf neurowissenschaftlicher Grundlage (Petzold, 2014i). Ebenso gehört auch die spirituelle Begleitung in eine umfassende Humantherapie, was nicht gleichbedeutend mit kirchlich-religiöser Begleitung ist, jedoch auch darin enthalten sein kann (Seelsorge), sowie die allgemein-medizinische und psychosomatisch-medizinische Behandlung. In der Regel finden wir (zumindest in Deutschland) in psychosomatischen Rehabilitationskliniken eine Kombination der genannten Berufsdisziplinen vor, wie auch zusätzlich Ernährungsberatung und die leibliche Grundversorgung mit vorgegebener Tagesstruktur, Essen, Pausen, Schlafenszeiten und sozialen Aktivitätsmöglichkeiten außerhalb der Therapiestunden. Diese "Inseln der Auszeit" bieten für den "gesamten" Menschen den nötigen Abstand von belastenden Alltagssituationen und ein ganzheitliches Konzept zur Wiederherstellung der bio-psycho-sozialen und eventuell auch ökonomischen Gesundheit. Allerdings ist aufgrund gesundheitspolitischer Vorgaben die Zeit zur Genesung recht kurz und erreicht nicht alle Patient*innen gleichermaßen effizient. Trotzdem ist die Situation in stationärer Rehabilitation oft noch besser als im individuellen ambulanten Behandlungssetting, wo es häufig, gerade im ländlichen und kleinstädtischen Umfeld an den Kombinations-, Zugangs- und der entsprechenden Finanzierungsmöglichkeiten durch das Gesundheitssystem hapert.

8.1. Übliche ICD-10-F-Diagnosen: hilfreich oder einschränkend?

Außerhalb speziell psychiatrischer Erkrankungen kommen Frauen im Mittleren Erwachsenenalter in der Regel in die psychotherapeutische Behandlung, wenn sie viele der verfügbaren körperlichen Abklärungen bezüglich der Beschwerden wie Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme, Gereiztheit, Schmerzen, Stimmungsschwankungen oder depressive Herabstimmung, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, sexuelle Lustlosigkeit (u.a. mit Schmerzen verbunden) oder auch Panikattacken (vermeintlich als Herzbeschwerden), Gewichtszu- /-abnahme vorgenommen haben. Die Patientinnen werden von den Hausärzten mit einer vorläufigen ICD-10 Diagnose der F-Kategorie wie Anpassungs-, Angst-, Panik-Störung oder akuter Belastungsreaktion, oft mit einer Schmerzstörung (chronisch, somatoform oder mit somatischen und psychischen Faktoren) oder - sehr häufig - einer zumindest mittelgradigen depressiven Episode in die psychotherapeutischen Praxen oder psychosomatischen Kliniken überwiesen. Manchmal finden sich auch Diagnosen wie Dysthymia, Neurasthenie oder "Schwierigkeiten in der Bewältigung der Lebenssituation". Vielfach finden sich in der Anamnese einige somatische Beschwerden, die sich im Lauf der Jahre angesammelt und chronifiziert haben. Einige der Beschwerden können als direkte Folge von überdauernder hoher Anspannung/Stress erkannt werden: muskuläre

Verspannungen, Gelenk-/Sehnenschmerzen, Kopfschmerzen/Migräne, hoher Blutdruck. Manche Beschwerden können als Folge von zu geringer Selbstfürsorge (Bewegungsmangel, Mangel an Muße und Erholung) oder aktiver langzeitlicher Schädigung erkannt werden (übermäßige Leistungsbereitschaft, schädlicher Lebenswandel, schädlicher Konsum von Alkohol, Nikotin, Medikamenten, Drogen). Manche Beschwerden zeigen einen außer Kontrolle geratenen Stoffwechsel (Diabetes, Schilddrüsenfehlfunktionen) oder Autoimmunerkrankungen, die aufgrund von Vulnerabilitäten, gesundheitlichem Fehlverhalten, übermäßigem und langdauerndem Stress entstanden sind. An diesen diagnostischen "Aufhängern" wird vor allem im stationären Bereich die Behandlung angesetzt. Da der Zeitraum eines solchen stationären Aufenthaltes zwischen drei und sechs Wochen jedoch für mehr als eine leichte, "sichtbare" und spürbare Verbesserung der Muskulatur, einer medikamentösen Versorgung der Funktionsfähigkeit der inneren Organe und einer psychoedukativen, übungszentrierten Herangehensweise der psychischen Beschwerden kaum ausreicht, nur um danach die entsprechende Person wieder in den gleichen Alltag zu entlassen, in dem sie erkrankt ist, sind Rückschläge und mehrfache oder dauernde Nach- /Weiterbehandlungen nötig.

Werden die ICF-Kriterien der sozialen Teilhabe und Partizipation betrachtet, die ebenfalls in den Belastungsfaktoren der "fünf Säulen der Identität" in Kapitel 5 aufgelistet werden, zeigt sich im Mittleren Alter oft eine Reduzierung an positiven, stärkenden sozialen und persönlichen Ressourcen und eine Abnahme sozialer Aktivitäten, bzw. - wenn bereits Beeinträchtigungen vorhanden sind - eine Zunahme an Einschränkungen im partizipativen und aktiven Bereich (Definition siehe Kapitel 5.1.), was das psychophysische Wohlbefinden negativ verstärkt. Diesbezüglich wird im normalen ambulanten Behandlungsbereich wenig sichtbar oder entsprechend therapeutisch begleitet und bleiben im Hintergrund verborgen, jedoch weiter bestehend. Teilweise können sie über eine längerfristig angelegte Psychotherapie angegangen werden.

Die Integrative Therapie will jedenfalls im Grundgedanken weiter gehen: Von den gezeigten wahrgenommenen Phänomenen (Symptomen) möchte sie die grundlegenden Strukturen erkennen, um mit dem Verständnis der Zusammenhänge aus der eigenen leiblichen Geschichte, des gesellschaftlichen und geschichtlichen Kontextes, der "eingefleischten" Normen/Werte, der aktuellen Belastungsfaktoren und (mittlerweile eventuell dysfunktional gewordenen) Bewältigungsmöglichkeiten, des Standes der eigenen Persönlichkeitsentwicklung usw. neue Entwürfe für die Zukunft zu entwickeln und sie umzusetzen. Eine "Reparatur" der diagnostisch festgestellten "Mängel", also krankheitswertigen "Störungen" reicht somit nicht aus, um die Person wieder gesunden zu

lassen. Daher verzichtet die Integrative Therapie zunächst auf eine fixierende Vorab-Diagnostik, um die Person im Verlauf der Therapie über eine prozessuale Diagnostik vertiefter kennen zu lernen. Dabei sind die Analyse der Bedürfnisse und Motivationen, der aktuellen und vergangenen Problem- und/oder Konfliktfelder (Defizite, kritische Lebensereignisse, prekäre Lebenslagen, bisherige lebenslange Entwicklung), der leiblichen Funktionen (über Atmung, Körperspannung, Wahrnehmung- und Ausdrucksfähigkeit, Entspannungsfähigkeit), der Lebenswelt und Ressourcen (Netzwerk, materielle Sicherheit, Coping-Strategien), der Interaktionen und der Ziele wiederholt erfass-, überprüf- und anpassbar und werden darauf verwendet, die Therapie dahingehend zu organisieren, was erhalten, wiederhergestellt, oder noch entwickelt werden kann (Petzold, 2011e).

Trotzdem sind die ICD-10-F-Diagnosen hilfreich, um die gezeigten Symptome zu explorieren und davon ausgehend mit den Patientinnen weiter zu forschen und zu Inhalten zu gelangen, die für die Persönlichkeitsweiterentwicklung nötig sein können.

8.2. Krise, Burnout, Überlastung, und/oder klimakteriale Beschwerden - Müssen dazu Störungen diagnostiziert werden?

Wenn davon auszugehen ist, dass die Wechseljahre keine Erkrankung darstellen, jedenfalls nicht im medizinischen Sinne, ist doch erstaunlich, wie viele Frauen im Mittleren Alter psychisch und teilweise auch körperlich (Schmerzstörungen) angeschlagen sind und Hilfe suchen. Spätestens, wenn die somatische Behandlung (unter anderem Hormonbehandlungen) nicht fruchtet, wird das Augenmerk auf die psychische Mitbeteiligung der Beschwerden gelegt. Wie oben besprochen, sind die Wechseljahre oft eine herausfordernde Zeit von Veränderungen im leiblichen, familiär-sozialen, beruflichen Dasein und kann auch als krisenhafte Zeit erlebt werden, die viel Kraft erfordert und zu Überlastung bis zur psychophysischen Erschöpfung ("Burnout") führen kann. Hierzu seien für die Integrative Therapie die Definitionen von Krisen, Überforderungen und Burnout, sowie mögliche Reaktionsmuster nach Petzold und Mitarbeiter*innen (Polyloge, 01/2011, S. 85-86, Hervorhebungen im Original) dargestellt:

"»Überforderung tritt ein, wenn Belastungssituationen und externalen Ansprüchen keine stützende Umwelt, zureichenden äußeren und inneren Ressourcen und keine adäquaten Bewältigungsmöglichkeiten sowie keine ausreichende persönliche Stabilität gegenüberstehen, so dass die Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten des Individuums im Feld

eingeschränkt oder blockiert und seine Fähigkeiten der Selbststeuerung beeinträchtigt oder gar außer Kraft gesetzt werden« (Petzold 1968a, 42).

„**Krise** ist die *Labilisierung* eines Systems durch eintretende Noxen, in einer Weise, dass seine habituellen Bewältigungsleistungen (coping) und kreativen Gestaltungspotenziale (creating) nicht mehr greifen und seine Ressourcen sich erschöpfen. Seine dynamischen Regulationsprozesse werden damit schwerwiegend beeinträchtigt, so dass das System in *Turbulenzen* gerät und überschießend oder regressiv zu dekompensieren droht, können nicht Ressourcen und Copinghilfen von außen herangeführt und genutzt werden, um den Krisenprozess zu beruhigen und eine Neuorientierung zu ermöglichen“ (Petzold 1977i).

»**Burnout** ist ein **komplexes Syndrom**, das durch multifaktorielle, z. B. makro, meso- und mikrosoziale, **zeittextendierte Belastungen** bzw. Überlastung eines personalen oder sozialen Systems, bis zur völligen Erschöpfung seiner Ressourcen verursacht wird, besonders, wenn ein Fehlen protektiver Faktoren und eine schon vorhandene Vulnerabilität gegeben ist. Sofern nicht durch die Beseitigung von Stressoren und Entlastungen, z. B. durch Zuführung von Ressourcen, eine Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit gewährleistet wird, hat Burnout Funktionsstörungen, Fehlleistungen und Identitätsverlust des Systems zur Folge. Bei personalen Systemen führt dies zu Motivationsverlust, emotionaler Erschöpfung, Leistungsabfall, Selbstwertkrisen und psychischen bzw. psychosomatischen, aber auch psychosozialen Symptomen wie z. B. aggressiver Umgang mit Patienten und Klienten bis hinzu Vernachlässigung und Mißhandlung« (idem 1992a, 834)."

Wie eine Person auf Überlastung, Verluste oder Krisen reagiert, hängt von ihrer Persönlichkeit, einer stabilen oder vulnerablen Identität und dem entsprechenden Kontext in einem bestimmten Zeitfenster (Kontinuum) ab und kann unterschiedliche Folgen davon tragen. Bei Extremsituationen (Kriegserfahrungen, Unfälle, Verluste nahestehender Personen oder lebensbedrohende Situationen) ist **Schock** eine mögliche Reaktion, die mit Verleugnung, Dissoziation, Apathie oder Übererregung einhergehen kann. Im Negativverlauf kann dies zu psychosomatischen Erkrankungen führen (z.B. Somatoforme Störungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Psychotische Dekompensation oder Borderline-Persönlichkeitsstörung). Die zweite Möglichkeit einer Reaktion ist die der **Kontrolle** mit Ausprägung der Kontrolle der eigenen Empfindungen oder der Umgebung, die bei negativer Entwicklung zu Somatisierungen, Ängsten, Depressionen oder Zwangsstörungen führen können. Bei erfolgreicher Kontrollreaktion im Sinne der Aktivierung von Ressourcen (Trost und Beruhigung einholen) kann diese Reaktionsform zu einem Abbau der Belastung führen. Eine dritte Reaktionsmöglichkeit (**Turbulenz**), die vor allem durch Ausbrüche gekennzeichnet ist (Vorwurf, Verzweiflung, Schmerz) hat bei negativer Entwicklung deutliche Verschärfungen, bzw. Fixierung der emotionalen Lage zur Folge (z.B. Hass, Negativismus,

Resignation, Verbitterung, Depression, Somatisierung). Ist die Turbulenz durch eine Willensentscheidung, die Situation zu überwinden, gekennzeichnet, resultieren daraus keine Fixierungen. Im besten Falle reagiert eine Person auf Belastungen, Krisen, Verluste mit **Restitution**, in der sie Überwindungsleistungen vollbringt, die Situation akzeptiert und sich der Konsequenzen bewusst wird, verbleibende Möglichkeiten in den Fokus nimmt, und sich willentlich zur Neuorientierung entscheidet (Petzold und van Wijnen, 2010).

8.3. Überblick über die Konzepte der Integrativen Therapie

In der Integrativen Therapie werden folgende Konzepte für gelingende Behandlung bzw. Begleitung beschrieben: die Hermeneutische Spirale, die Vier Wege der Heilung und Förderung, das Tetradische Modell und die Vierzehn plus drei Heilfaktoren (u.a. in Petzold, 1994). Hierzu kurz eine Zusammenfassung der jeweiligen Konzepte:

8.3.1 Die Hermeneutische, therapeutische und agogische Spirale

Mit der Spirale ist ein Prozess angesprochen, der wiederkehrend die verschiedenen Aspekte durchläuft, jedoch nach jedem "Durchlauf" auf einer veränderten Ebene beginnt, sich sozusagen spiralig "hochschraubt" und somit eine Entwicklung zu einer besseren Integration des Wissens über sich selbst geschieht, damit eine Entwicklung der gesamten Persönlichkeit in leiblichem, emotionalem, kognitivem, volitivem, sozialem Umfang stattfinden kann. In der **hermeneutischen Spirale** sind die vier Aspekte **Wahrnehmen - Erfassen - Verstehen - Erklären** als Prozess der Weiterentwicklung angesprochen. Die **therapeutische Spirale** enthält die Aspekte **Erinnern - Wiederholen - Durcharbeiten - Verändern**, während die **agogische Spirale** (Agogik: Lehren) **Explorieren - Agieren - Integrieren - Reorientieren** als Aspekte enthält. Die Integrative Therapie integriert alle drei Spiralen, die hermeneutische, therapeutische und agogische, grundlegend in ihrem Konzept zur ganzheitlichen Humantherapie.

8.3.2 Vier Wege der Heilung und Förderung

Um Menschen in der Therapie angemessen zu begleiten, sie zu fördern und in der Heilung Unterstützung zu bieten, können zudem vier unterschiedliche Wege beschritten werden, da Heilung und Entwicklung auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden kann. In der **Bewusstseinsarbeit** wird durch die gemeinsame Arbeit zwischen Patient*in und Therapeut*in (Ko-respondenz) ein komplexes Bewusstsein und eine mehrperspektivische

Einsicht in Zusammenhänge und Hintergründe des bisherigen Erlebens und Verhaltens entwickelt. **Emotionale Differenzierungsarbeit/ Nachsozialisation** ermöglicht Alternativerfahrungen und Korrekturen von bisher dysfunktionalen Erlebens-/Verhaltensweisen und kann zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit und (Wieder-)Herstellen eines Grundvertrauens führen. **Kreative Erlebnisentdeckung/ Ressourcenaktivierung:** Persönliche Ressourcen werden in der therapeutischen Begleitung gefördert und/oder entwickelt. Dies kann einerseits während der Therapiesitzungen unter Einbezug kreativer Medien geschehen und dabei neue Erfahrungen anregen, die andererseits in den Alltag als Übungsfeld transferiert werden sollen und zur Erweiterung der persönlichen Bewältigungsstrategien durch verschiedene Ressourcenquellen beitragen. **Solidaritätserfahrung / alltagspraktische Hilfen:** Bei der Bewältigung von Alltagsproblemen wird die Bildung psycho-sozialer Netzwerke gefördert, damit Patient*innen lernen, sich von ihrem Umfeld unterstützen lassen zu können, um der Vereinzelung, Vereinsamung und Entfremdung entgegenzuwirken. Der Mensch als soziales Wesen benötigt die Erfahrung von Solidarität und sozialem Eingebundensein.

8.3.3 Das Tetradsche Modell

In der Integrativen Therapie werden vier Phasen beschrieben, die nacheinander einen Therapieverlauf kurzzeitig (in der jeweiligen einzelnen Stunde), oder auch längerfristig (über die gesamte oder zumindest einen Teil der Therapie) gestalten. In der **Initialphase** des Kennenlernens, Kontaktaufbaus und Sammelns wird die noch bestehende persönliche Ordnung des/der Klient*in/Patient*in eingebracht. Sobald die Aufarbeitung des Materials beginnt, können sich Chaos, Erschütterungen, Krisen entwickeln, die Therapie ist in die **Aktionsphase** eingetreten. In der nachfolgenden **Integrationsphase** wird das emotionale Geschehen der Aktionsphase betrachtet, Feedback /Sharing, Analyse und Deutung des Geschehenen wird vorgenommen. Damit werden Prozesse der hermeneutischen, therapeutischen und agogischen Spirale ermöglicht. Die vierte Phase der **Konsolidierungs- oder Neuorientierung** fördert die Umsetzung der Erkenntnisse im Alltag (Alltagstransfer) (Petzold, 1994).

8.3.4 Die Vierzehn plus Drei Heilfaktoren

In der Forschungsliteratur hinsichtlich der Wirkfaktoren für Psychotherapie (u.a. Grawe, 1996) wird mit 30% als höchster, therapeutischer Wirkfaktor schulenübergreifend die wechselseitige Beziehung von Therapeut*in zu Klient*in/Patient*in und umgekehrt beschrieben. 15 % des Therapieerfolges können laut Literatur auf die entsprechende

Therapieschule, bzw. Methodik zurückgeführt werden, während weitere Faktoren wie extratherapeutische Ereignisse (spontane Remission, vergangene Zeit, Lebensveränderung) bei 40%, und Placeboeffekt bei 15% ebenfalls eine Verbesserung der psychischen Situation hilfeschender Klient*innen/Patient*innen ausmachen.

In der Integrativen Therapie sind vierzehn Heilfaktoren aufgelistet (u.a. in Petzold, 1994), inzwischen ergänzt mit drei weiteren Faktoren (Petzold, Orth, Sieper, 2019e), die während des Begleitungszeitraums durch Therapeut*innen positive Effekte auf die leiblich-emotional-kognitiv-soziale Befindlichkeit und Entwicklung der Patient*in / Klient*in ergeben:

- 1) einführendes Verstehen
- 2) emotionale Annahme und Stütze
- 3) Lebenshilfe
- 4) Förderung des emotionalen Ausdrucks
- 5) Förderung von Einsicht, Sinnes-Erleben, Erfahrung von Evidenz
- 6) Förderung von Kommunikabilität und Beziehungsfähigkeit
- 7) Förderung von leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysische Entspannung
- 8) Förderung von Lernmöglichkeiten, -prozessen, Interessen
- 9) Förderung von kreativen Erlebnismöglichkeiten, Gestaltungskräfte
- 10) Aufzeigen von positiven Zukunftsperspektiven
- 11) Förderung von positiven Wertebezug
- 12) Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserleben
- 13) Förderung von tragfähigen sozialen Netzwerken
- 14) Solidaritätserfahrung
- 15) Förderung eines lebendigen und regelmäßigen Naturbezugs
- 16) Vermittlung heilsamer ästhetischer Erfahrungen
- 17) Synergetische Multimodalität

Im Grunde genommen geht es hierbei auch um die Beziehungsgestaltung zwischen Therapierenden und Therapierten, in dem Prozesse in der Zwischenleiblichkeit, dem sozialen Miteinander, der Gelegenheit zur Nachnahrung / Nachsozialisierung und der Bereitstellung von Alternativ- und Neuerfahrungen, unter anderem im Naturbezug stattfinden, die zu einer "Identitätsarbeit", einer "transversalen Identität", (bzw. in meiner hier verwendeten Begrifflichkeit) einer Persönlichkeitsweiterentwicklung beitragen.

8.3.5 Identitätsarbeit

Das Integrative Therapieverfahren geht davon aus, dass Menschen einen lebenslangen, offenen, nicht abschließbaren Entwicklungsprozess (life span development) durchleben (z.B. in Petzold, 2001p/2004, erw. 2012q), in dem sich die Person immer wieder an die herantretenden Lebensaufgaben anpasst, die bisherigen Selbst-, Fremdattributionen und Interiorisierungen prüft und Strategien zur Bewältigung neuer Aufgaben, Konflikte, Probleme entwickelt. Dies tut Mensch nicht im Alleingang, sondern in der Auseinandersetzung mit der ihn/ihr umgebenden Welt (physisch und sozial), in einem entsprechenden Kontext, Zeitgeist, Zeitrahmen (Kontinuum) und einer kulturellen Einbettung. Die Humantherapie kann daher auch als Hilfestellung zur Identitätsarbeit, im Sinne der Selbstbesinnung, Erinnerungsarbeit, als Arbeit an sich selbst und Entwicklung /Erarbeitung neuer hinlänglicher Konsistenz des eigenen Identitätserlebens im innen und außen betrachtet werden. Identitätsarbeit bedeutet daher auch, sich selbst zum Projekt zu machen, als "Bildhauer der eigenen Existenz" , in der Ko-existenz mit Andern ko-kreativ in einem bestimmten Kontext und Kontinuum im Kleinen und im Großen bestehen zu können (Petzold, 2001p/2004/2012q).

Nun ist davon auszugehen, dass Menschen in der therapeutischen Begleitung aufgrund der Auseinandersetzung mit sich selbst, und damit der bisherigen Lebensgestaltung, beginnen sich zu verändern, neue Denk- und Verhaltensweisen entwickeln, um eine Verbesserung der belastenden Lebenssituation zu erreichen, die sie in die Therapie gebracht hat. Damit beginnt auch ein Prozess der Veränderungen im sozialen Umfeld, das als umgebendes System mit der sich verändernden Person verknüpft ist. Die individuelle Identitätsarbeit geht somit über in eine „transversale Identitätsarbeit“, in dem durch Rückkoppelungen, Überschreitungen, Übergängen "die Erkenntnishorizonte und Handlungsspielräume ausgedehnt werden können." (Petzold, 1981I, cit. in Petzold 2001p/2004/2012q).

Bezieht man diese Sichtweise auf konkrete Beispiele in meiner Praxisarbeit, bedeutet das unter anderem, dass sich Frauen in den Mittleren Jahren in der Transitionsphase in einem Suchprozess befinden, um aufgrund der leiblichen, sozialen, ökonomischen Umstände und Belastungen zu einer Wiederherstellung oder Neufindung einer hinlänglich konsistenten Identität zu kommen und damit die psychisch-physische (oder anders genannt: psychosomatische) Gesundheit wiederherzustellen. Das kann großen Einfluss auf die Beziehung der betroffenen Frau zu ihren nächsten Mitmenschen (Partner, eigene Familie, Herkunftsfamilie) haben, wenn sie beginnt, sich mit den bisher nicht ausgesprochenen oder angegangenen Defiziten und Mängel auseinanderzusetzen, die eigenen Bedürfnisse und Wünsche für ein gesundheits- und ressourcenerhaltendes Weiterleben zu entwickeln und

auszusprechen, bzw. sich entsprechend zu verhalten. Es können Konflikte entstehen oder aufbrechen, die vorher nicht sichtbar waren, die Person wird möglicherweise vom eigenen Umfeld nicht mehr verstanden oder in der Veränderung akzeptiert, was bis hin zu Trennungen führen kann. Eine meiner Freundinnen hat in ihrem Klimakterium ebenfalls Psychotherapie in Anspruch genommen und begonnen, sich von ihrer Mutter zu distanzieren, um die bisher viele Jahre lang ausgehaltenen Verbalattacken und Erniedrigungen zu beenden und damit ihr eigenes Leben positiver und gesundheitsförderlicher zu gestalten. Nicht zuletzt zeigen die statistischen Zahlen in den Mittleren Lebensjahren einen hohen Prozentsatz an Trennungen und Scheidungen. Es lohnt sich daher, während der therapeutischen Begleitung der Einzelperson auch die Möglichkeit der Einbeziehung von Partner und Familienmitgliedern zu bieten, um das stützende soziale Umfeld in den Veränderungsprozess mitzunehmen oder wo notwendig, den beginnenden Trennungsprozess zu begleiten.

"Die „**Identitätsarbeit**“ des personalen Selbst ist grundlegend für Gesundheit, Krankheit und Persönlichkeitsentwicklung des Subjekts, aber nicht anders zielführend denkbar als im Rahmen kollektiver Arbeit an identitätssichernden Kontexten, als in Projekten „kollektiver Identitätsarbeit“. In dieser „doppelten Identitätsarbeit“ – der individuellen und kollektiven – und durch ihre koreflexiven, polylogischen und kokreativen Prozesse macht der Mensch „**sich selbst zum Projekt**“ der „Selbstverwirklichung mit seinem relevanten sozialen Netzwerk“ und sieht zugleich dieses Netzwerk und sein „Gemeinwesen als Projekt“, für dessen gutes Gelingen er sich engagiert. Er hat nämlich erkannt, dass seine persönliche Identität sich in seinem sozialen Kontext realisiert und er für seine Identitätsprozesse auf die Unterstützung und Hilfe seiner Mitmenschen angewiesen ist, er deshalb zu *ihren Identitätsprozessen* und zum *Wohl des Gemeinwesens* – dessen Sicherheit, Gerechtigkeit, Lebensfähigkeit und Integrität (Petzold, Orth 2011, Sieper, Orth, Petzold 2011) – beitragen muss."

(Petzold, 2001p/2004, S. 444, Hervorhebungen im Original)

8.4. Heilung (curing) oder eher Coping und Unterstützung (supporting)?

Während der Wechseljahre wird von medizinischer Seite bezüglich typischer Beschwerden (Hitzewallungen, Scheidentrockenheit, Stimmungsschwankungen) meist eine Hormonbehandlung mit Östrogenen vorgeschlagen und durchgeführt. Eine rein gynäkologische oder sexualbasierte Behandlung (Hormonbehandlung, Sexualtherapie) hilft möglicherweise auf der leiblichen Ebene, blendet jedoch die restliche Lebenssituation aus. Ebenso eine auf die Behandlung von psychosomatischen Beschwerden ausgerichtete Medikation (Antidepressiva, Antianxiolytika, Schlaf- und Beruhigungsmittel), wenn sie nicht

durch eine umfassend unterstützende Psycho- bzw. Humantherapie begleitet wird. Die offensichtlichen Symptome werden zwar gemildert, die persönliche Verarbeitung, Weiterentwicklung, Ressourcenaktivierung, Verständnis und Akzeptanz hinsichtlich der Veränderungen, Reifung und Gesundheit bleiben hinten angestellt.

Eine Heilung ist generell bezüglich des hormonellen Umbaus im Organismus nicht möglich. Eine Verzögerung vielleicht, da durch Östrogenzugabe die entsprechenden biologischen Veränderungen aufgehalten oder im eigenleiblichen Erleben gemindert werden. Trotzdem tritt jede Frau irgendwann gänzlich in die menopausale Lebensphase ein, so dass vom biologischen Standpunkt aus die medizinische Behandlung lediglich als Unterstützung zur Reduzierung der typischen Beschwerden bei entsprechend sensiblen Frauen gesehen werden kann. Andererseits ist auch hinsichtlich der psychophysischen Erschöpfung, der Depressionen, Ängste, Schmerzstörungen etc., also psychosomatische Beschwerden, in erster Linie eine Stabilisierung und Reduzierung der Symptomatik nötig, da Erschöpfungszustände aufgrund der bisherigen Lebens- und Arbeitsanstrengungen lange Zeit benötigen, um gänzlich abgebaut zu werden, Schmerzstörungen einen neuen Umgang mit dem eigenen Körper und den Leiberfahrungen (hier auch wieder inklusive der Lebendigkeit) erfordern und Ängste, bzw. Depressionen sich im weiteren Lebensverlauf als wiederholend (rezidivierend) herausstellen können. Da jedoch die belastete Person in der gleichen Zeit weiter altert und die Arbeitswelt weiterhin anstrengend bleiben wird, reduzieren sich die körperlichen und geistigen Kräfte, wenn auch nicht massiv, jedoch spürbar weiter. Auch hier kann im besten Fall von einer Unterstützung zu einem gesundheitsförderlicheren Umgang mit sich selbst, einer verbesserten Selbstfürsorge, sowie einer Hilfestellung zur Reflektion und ersten Alternativerfahrungen bisheriger "Glaubenssätze", Interiorisierungen, Selbstattributionen etc. gesprochen werden, um eine Weiterentwicklung der Persönlichkeit zu ermöglichen. Zumal die Psycho- und Humantherapie oft von der Finanzierung (durch Selbstzahler oder durch Krankenversicherungen, manchmal auch Rentenversicherungen) abhängig ist, wie lange sie durchgeführt werden kann. Für meine Erfahrung als Therapeutin, und nach Empfinden vieler meiner Patienten und Patientinnen ist die ermöglichte Behandlung in der Regel zu kurz, um wirklich nachhaltig von "Heilung" sprechen zu können.

Trotzdem wird es darum gehen, sie in der Transitionsphase ein Stück weit zu begleiten und die Belastungen erträglicher werden zu lassen. Das bedeutet also hauptsächlich, Coping zu fördern und Unterstützung während einer gewissen Zeitspanne zu bieten, so dass die behandelte /begleitete Person (wieder) in die Lage kommt, selbstständig, selbstverantwortlich und mit wieder gestärkten Säulen der Identität weiter für sich zu sorgen.

8.5. Methoden und Techniken

In der Begleitung von Patientinnen des Mittleren Erwachsenenalters, mit stressfolge-, psychosomatischen und klimakterialen Beschwerden ist zu fragen, wie viel Therapie auf welchen Ebenen mit welchem Ziel nötig und sinnvoll ist, um der therapiebedürftigen Frau wieder genügend Stabilität und Potential zur Weiterentwicklung an die Hand zu geben, damit sie selbständig ihren eingeschlagenen Weg ins Älterwerden weiterführen kann. Nicht zuletzt sind persönliche und fachliche Kompetenzen und Performanzen der begleitenden Therapeut*innen ein spezifischer Wirkfaktor, der sich in der "Passung" und der zwischenleiblichen Ko-respondenz niederschlägt. Hierzu kann auch die Frage gestellt werden, ob gemischtgeschlechtliche Arbeitsbündnisse (Therapeut und Patientin) den komplexen Erfahrungswelten der Patientin auch gerecht werden können. Nach Schigl (2012) deutet es darauf hin, dass der subjektive Therapieerfolg von Patientinnen deutlich mit dem Geschlecht des Therapeuten zusammenhängen, in diesem Falle Patientinnen subjektiv weniger Therapieerfolg erleben, wenn sie einen männlichen Therapeuten haben. Demnach gehört auch die Frage hierher, welche Passung hinsichtlich des Einfühlens in die Herkunftsunterschiede (Bildung, sozialer Status, erfahrene Arbeitswelten, Migrationshintergrund) oder Altersunterschiede auch in gleichgeschlechtlichen Therapie-Arbeitsbündnissen notwendig oder sinnvoll sind, um die Patientin gebührend begleiten zu können.

8.5.1 Die Frage nach dem/der "passenden" Therapeut*in

Für die Psycho- und Humantherapie erscheint daher wichtig, dass der/die behandelnde Therapeut*in entsprechend geschultes Wissen über die Zusammenhänge leiblicher, mentaler, psychischer, sozialer, ökologischer und ökonomischer Faktoren, die auf die Klientin/Patientin in der gesamten Lebensspanne, sowie zum Zeitpunkt der Therapie während des Mittleren Erwachsenenalters, - aber auch **bei ihm/ihr selbst** -einwirken. Hier geht es um den Wirkfaktor "Empathisches, einführendes Verstehen".

Somit sind auch die Themen Sexualität, Partnerschaft und Wechseljahre ernst zu nehmen und Teil einer therapeutischen Begleitung, auch wenn vielleicht vordergründig der Aufhänger für eine Psychotherapie andere, nicht geschlechts-/genderbezogene Inhalte, sondern Diagnosen aus dem ICD-10 Repertorium angebracht werden. Damit können sich jedoch in einem gegengeschlechtlichen Arbeitsbündnis oder einem differenten social-world-Hintergrund mögliche Schwierigkeiten ergeben, da geschlechts- alters- oder

sozialstatuspezifische Hürden eine gemeinsame, "auf Augenhöhe" beruhende Korrespondenz im zwischenmenschlichen Bereich erschweren können. Konkret heißt das: Können männliche Therapeuten auf die weibliche Lebens- und Lebenserfahrungswelt angemessen eingehen und empathisch begleiten? Welche männlichen / weiblichen Zuschreibungen haben sie über sich selbst und ihre Klientin/ Patientin?

"(...) Auf das Thema Gender in Therapie und Beratung bezogen heißt dies Folgendes: Man kann den therapeutischen Prozess als eine weitere Neu-/Nach-/Sekundär-Sozialisation bezeichnen (Krause-Girth 2004; vgl. auch Petzold 2003a, 77 und Kapt. 4.2.1.). Daraus folgt, dass Adaption und Modifikation von Geschlechterrollen oder Gender-Konstrukten in der Therapie möglich ist. Wir können dabei als PsychotherapeutInnen streckenweise Vorbild und Modell sein, wenn unsere PatientInnen in ähnlichen socialworlds leben. Wir bestätigen oder ignorieren, verwerfen oder unterstützen verschiedene Handlungen der PatientInnen, in denen immer auch Annahmen über Geschlecht mitschwingen und können so (möglicherweise) mit Geschlecht verknüpfte Handlungsbereitschaften modifizieren. (...)"

(Schigl, 2012, S. 55)

Können andererseits studierte Psychotherapeutinnen aus gutbürgerlichem oder akademischem Elternhaus die Problem- und Lebensfelder von Arbeiterinnen, Migrantinnen, bildungsfernen Frauen in ihrer Gänze verstehen und angemessene Hilfestellungen bieten, die die Patientinnen/ Klientinnen nicht überfordern? Wie verhält es sich bei jüngeren Psychotherapeut*innen und älteren Patient*innen / Klient*innen? Alle diese Fragen sind bereits in meiner Tätigkeit als Therapeutin immer mal wieder aufgekommen. Hier geht es auch um die Thematik des Sich-Einlassens-Könnens, der Vertrauensbildung, vielleicht des Teilens eines gemeinsamen Sozialisationshintergrundes und damit einem der wichtigsten Wirkfaktoren, die Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in / Klient*in. Nicht zuletzt sind ja auch - und hier wieder in Bezug auf das Klimakterium - intime Themen in der Begleitung (Monatszyklen, Menstruation, weiblich-leibliche Erfahrungen, Sexualität), aber auch sehr persönliche Inhalte anzugehen, was bei fehlender Vertrauensbildung seitens der Patient*innen /Klient*innen dann nur erschwert, wenn überhaupt möglich ist.

Wie vielerorts beschrieben, besteht auch hier das Problem, dass nur wenige Frauen aus der niedrigeren Bildungsschicht oder mit Migrationshintergrund Zugang zu Psychotherapiepraxen finden, jedoch häufiger in Arztpraxen anzutreffen sind. Auch fällt es ihnen schwerer, aus migratorischen, fremdsprachlichen oder bildungsdefizitären Gründen, selbstreflexiv und sprachlich gewandt die eigenen emotionalen, leiblichen, sozialen und familiären Belastungen zu benennen, zu hinterfragen und eigene lebbare Lösungsansätze zu finden, die außerhalb des bisher ge- und erlebten Lebenswandels und der bisherigen

geschlechtsstereotypischen Rollenerwartungen liegen. Hier liegt auch in Arztpraxen oft eine Schwierigkeit, die eigentlichen Anliegen der Patientinnen zu erkennen und nicht nur die vordergründig dargestellten Beschwerden symptomatisch zu behandeln (Richters, cit. in Jahn, 2004, S. 64). Borde und David (2004) fanden in ihrer Studie zudem deutliche Zufriedenheitsunterschiede zwischen deutschen und türkischen Patientinnen hinsichtlich der professionellen und beschwerdegerechten medizinischen sowie psychosozialen Versorgung in einer Frauenklinik. Türkinnen wiesen dabei schlechtere Zufriedenheitswerte auf. Diskutiert wird, dass neben einer zu geringen migrationspezifischen Herangehensweise der Behandelnden auch der Aspekt eines differenten Versorgungswunsches der Patientinnen als Faktor für die Unterschiede bedeutsam sein kann. Die Autoren schlussfolgern:

"(...) Migrantinnen haben an die medizinische Versorgung ähnliche Erwartungen wie deutsche Frauen, sind jedoch mit der Versorgung deutlich unzufriedener, da die bestehenden Versorgungsangebote die soziokulturelle Vielfalt weitgehend unberücksichtigt lassen. Bedingt durch unterschiedliche Lebensbedingungen und Voraussetzungen (z.B. Sprachkompetenz, Bildungssituation, Alphabetisierungsgrad) ergeben sich für Migrantinnen spezifische Bedürfnisse, die bedarfsgerechte Versorgungskonzepte, Informationsangebote und Aufklärungsmethoden erfordern.

5. Migrantinnen sollten mit ihrer anderen oder modifizierten Darstellung klimakterischer Symptome in der Praxis verstanden werden. Dabei sollte von einem unterschiedlichen Basiswissen ausgegangen und eine grundlegende Information und Aufklärung angeboten werden, die sich am Wissensstand der Patientin orientiert und darauf aufbaut. (...)"

(Borde und David, cit. in Jahn, 2004, S. 92-93).

Nicht nur für die medizinische Behandlung, sondern für die Psycho-, bzw. Humantherapie von Frauen im Mittleren Alter mit Migrationshintergrund und/oder mit niedrigerem sozialen Status und geringerer Bildung gilt meines Erachtens dasselbe. Vielfach bedeutet dies zunächst Aufklärung, Psychoedukation der biologischen, leiblichen Zusammenhänge, Reduzierung der Ängste aufgrund fehlenden Wissens und darauf aufbauend, wo notwendig, sensibel (=spürend) angebrachte gender-/geschlechts-/ sozialstatusspezifische Hilfestellungen (Schigl, 2012) für die persönliche Weiterentwicklung, gemäß der Hermeneutischen Spirale, der "Vier Wege der Heilung und Förderung" und dem Tetradischen Modell der Integrativen Therapie, um die Entwicklung in eine prekäre Genderidentität und -integrität zu vermeiden (Petzold und Orth, 2011).

Höchst selten besteht die Möglichkeit der Therapeutenwahl. Obwohl es angemessen erscheint und auch propagiert wird, dass eine gute "Passung" zwischen Therapeut*in und Klient*in / Patient*in bestehen sollte, ist dies in Realität bei den aktuell langen Wartezeiten (in Deutschland) und fehlenden flächendeckenden Therapieangeboten, zumindest im ländlichen

Bereich, kaum zu erreichen. Um also trotz allem eine hinreichend gute Passung aufzubauen, kann es helfen, zumindest eine neugierige, offene und anpassungs-fähige Haltung, wenn möglich von beiden Seiten, aber sicher von der therapeutischen Seite aus zu bieten, im Sinne des Dazulernens differenter Lebens-, Einstellungs- und Verhaltensprägungen, differenter Leiberfahrungen und Identifikations-/ Identifizierungs- und Interiorisierungsmuster, differenter Sprache und Foki hinsichtlich der angebrachten Beschwerden.

"Nachsozialisierung" kann daher in beide Richtungen erfolgen, was für den/die Therapeut*in für eine Weiterentwicklung hinsichtlich der eigenen Kompetenzen und Performanzen hilfreich sein kann. Dann können auch geschlechts-, alters- oder sozialstatusbedingte Differenzen im Arbeitsbündnis überwunden werden und zu erfolgreichen Behandlungen / Begleitungen führen. Dies gilt im Übrigen auch umgekehrt für die Konstellation Therapeutin-Klient / Patient.

"(...) **Veränderungen** in einer und durch eine Psychotherapie erfordern einerseits die **Interiorisierung** nachhaltiger kognitiver Neueinschätzungen (*appraisal*) und emotionaler Neubewertungen bzw. Umwertungen (*valuation*) von negativierenden persönlichen Einstellungen hin zu Positivem, mit dem ein somatomotorisches *modell/remodelling* von Mimik/Gestik/Haltung/Atmung sensu *Petzold* (1974k, 1975h, 2003a, 642f.) einhergeht sowie ein psychologisches *reframing* auch von Kontexten und ihrem repräsentationalen Rahmen sensu *Goffman*(1974). Beides ist mit neuronalen **Neubahnungen** verbunden. – Andererseits verlangen **Veränderungen** die Neu- und Umstrukturierung von beeinträchtigenden **Ökologien, Lebenslagen** und dysfunktionalen **Lebensstilen**. Auch das beeinflusst Dank der zerebralen Neuroplastizität das „Subjekt mit seinem erlebten Kontext/Kontinuum. (...)“

(Petzold,2012e revid. 2014g, S. 30, Hervorhebungen im Original)

8.5.2 Welche therapeutischen Techniken und Methoden auf welcher Säule der Identität?

Um einen angemessenen Ort, Zeit und Raum für Auszusprechendes, zu Begleitendes zu bieten, sowie für die unterstützende Ko-Reflektion über die aktuelle Lebenssituation ist ein **Gesprächssetting** (Narrative Techniken) zunächst unumgänglich. Hierüber lässt sich ein gemeinsames Arbeits- und Vertrauensverhältnis aufbauen, das durch empathisches Verstehen, emotionale Annahme und Stütze und Förderung von Kommunikabilität und Beziehungsfähigkeit als Teil der Wirkfaktoren gekennzeichnet ist. Für einige meiner Praxis-Patientinnen bin ich oft das erste Gegenüber, bei dem sie nicht nur die äußeren Stressfaktoren benennen, sondern darüber hinaus die leiblichen Veränderungen während des Klimakteriums, Beschwerden, Gedanken, emotionale Zustände und tieferliegende bis hin zu intimen Themen an- und aussprechen können. Gerade aus dem Aspekt des oft fehlenden sozialen Netzwerks heraus, den täglichen multiplen Aufgabenbereichen und dem

oft nur oberflächlichen Austausch mit dem ebenso gestressten Partner ist die Therapiestunde eine Stunde **für** die entsprechende Patientin als **ganze** Person, in der Zeit, Raum und Inhalt auf sie ausgerichtet ist, um sie in ihrer Entwicklung ein Stück zu begleiten.

Im Laufe der Therapie wird immer wieder über das Gespräch inhaltlich angeknüpft, die **prozessuale Diagnostik** verfeinert, welche fortlaufend folgende Bereiche analysiert: Bedürfnisse/Motivation, Probleme/Konflikte, Leibfunktionen, Lebenswelt, Kontinuum, Ressourcen und Interaktionen, um entsprechend Anpassungen der therapeutischen Ziele vorzunehmen. Im Gesprächssetting, wie auch mittels gestalterischen Elementen und unterschiedlicher Modalitäten (übungsorientiert-funktional, erlebnisaktivierend-stimulierend oder konfliktzentriert-aufdeckend) können persönliche Defizit- und Mängelerleben, dysfunktionale Interiorisierungen und Identifikationen aufgearbeitet und im Sinne der Persönlichkeitsweiterentwicklung verändert, sowie Möglichkeiten der Horizonterweiterung und Bereicherung der persönlichen Ressourcen (salutogenetischer Ansatz) bereitgestellt werden. Die verschiedenen Lebensbereiche werden in mehreren Schritten beleuchtet (erinnern-explorieren), vertiefend erfasst (wiederholen-agieren), durchgearbeitet-integriert zu einem besseren Selbst-Verständnis, Selbst-Bewusstsein und als transversale Identitätsarbeit verändert, reorientiert und neu kreiert.

Mittels **psychoedukativer** Techniken, die einzeln oder auch in **Gruppen** (z.B. als Vortrag oder Seminaren) durchgeführt werden, kann hinsichtlich der typischen Klimakteriumsbeschwerden, aber auch hinsichtlich der begleitenden Lebens- und Entwicklungsthemen zu einem verbesserten und vertiefenden Wissen beigetragen werden. In einer Therapiegruppe lässt sich die Erfahrung der Solidarität, Unterstützung und Einbettung erleben: "Ich bin nicht allein mit meinen Belastungen / Beschwerden". Dadurch kann das empfundene Leid und die Belastungserfahrung erträglicher werden. Bei vielen Patientinnen in meinen psychoedukativen Gruppen meiner Klinikarbeit stelle ich recht bald fest, dass eine "Normalisierung" des Empfindens und Erlebens stattfindet, da der Vergleich mit anderen, das Verstehen über biopsychosoziale Zusammenhänge und die Solidaritätserfahrung für eine Neu- bzw. Umbewertung sorgen, sowie einen Anstoß zu einer Selbstreflektion und einem positiven Wertebezug geben. Die Solidaritätserfahrung ist auch in der Dyade zwischen Therapeut*in und Patientin möglich, Therapiegruppen oder psychoedukative Gruppenangebote lassen jedoch mehr Möglichkeiten zu.

Zudem kann es sinnvoll sein, **paar- oder gar familientherapeutische** Stunden für systemerhaltende oder, wenn nötig, -verändernde Impulse anzubieten. Gerade bei erheblichen Beschwerden und biopsychosozialen Belastungen der Frau hilft eine gemeinsame

psychoedukative Aufklärung, um Konfliktpotential hinsichtlich der gemeinsamen Sexualität, sexueller Bedürfnisse und deren Veränderungen bei der Frau zu verringern, aber auch die weiteren paarbedeutsamen Interaktionen im Alltag anhand von verbessertem Wissen und Verständnis bei beiden Partnern zu fördern und eine offene Kommunikation über diese manchmal sehr belastende Zeit für Paare zu ermöglichen. Paartherapeutische Stunden sehe ich als wichtigen Teil der Festigung und Weiterentwicklung des nahestehenden sozialen Umfelds und damit des Erhalts eines bedeutsamen Nächsten an, in denen auch das gegenseitige Grundvertrauen (wieder) gestärkt wird, was durch Alltagsbelastungen oft Risse erhält. Sie fördern nachhaltiges Eingebundensein / Eingebettetsein in einer stützenden Partnerschaft mit einem Bewusstsein für veränderte gemeinsame Entwicklungsaufgaben und Stärkung der leiblichen Bedürfnisse (Nähe, Intimität, Zärtlichkeit, Sexualität).

Hierzu kann und darf sich jede*r Therapeut*in die Frage stellen, ob er/sie in der Lage oder gewillt ist, sich mit Sexualthemen der Patient*innen zu befassen und sie offen und angemessen zu begleiten, oder in der Triade bei manchmal strittigen Partnerschaften in der Lage zu sein, die Sitzungen entsprechend zu begleiten oder gestalten. Ich stelle in meinem Kolleg*innenkreis oft fest, dass die Partner*innen der Patient*innen kaum oder nicht mit im Therapieprozess eingebunden sind und sexuelle Themen unberücksichtigt und unausgesprochen bleiben, wobei nicht klar ist, ob die Schwierigkeiten, Sexualität zu thematisieren, von seiten der Therapeut*in, oder doch eher von den Patient*innen kommt und ob dies mit fehlendem Vertrauen oder Schamgefühlen zusammenhängen kann, oder noch andere Ursachen hat. Sollte es notwendig sein, können natürlich auch weitere Beratungs- und Therapieangebote bei **Drittanbietern** empfohlen werden.

Zur Weiterentwicklung der eigenen Identität und Persönlichkeit, dem leiblichen, psychischen und sozialen Wachstum (Säulen der Identität: Leiblichkeit, soziales Netzwerk, Werte/Normen) können weitere Methoden und Techniken angewendet werden, die innerhalb der therapeutischen Dyade, dem paar- oder familien- oder gruppentherapeutischen Setting ihre Möglichkeiten bieten und die zu einer verbesserten leiblichen (und sozialen) Wahrnehmung und Veränderung von dysfunktionalen leiblichen (und sozialen) Erfahrungen führen, und damit zu weiterführendem Lernen, Wachstum, Unterstützung der Entwicklung von Selbstfürsorge, zum Umlernen von bisherigen belastungsfördernden Selbstattributionen / "Glaubenssätzen" / Interiorisierungen, sowie zur Erweiterung des sozialen Netzwerks / Social world beitragen, indem neue Interessen und Hobbies entwickelt werden können, dadurch eventuell neue Freundschaften entstehen oder gepflegt werden. Dafür sind folgende **kreativ-, leib- und bewegungstherapeutische Methoden und Techniken** sinnvoll und hilfreich:

- Bewegungs- und leibliche Alternativerfahrenungen:
 - Atem- /Entspannungs- /Achtsamkeitsübungen, Sinneswahrnehmungs -und Genussübungen, Meditation
 - Alternatives Bewegungserleben in der Natur zur Entschleunigung, "Erdung", evtl. Gartentherapie, "Waldbaden", evtl. tiergestützte Therapie
 - Tanztherapeutische Elemente/Tanztherapie (Weiblichkeit, Kraft, Freude, ...)
- Vertiefteres Verständnis der eigenen Persönlichkeit über Kreativmedien, z.B. Malen:
 - 5 Säulen der Identität
 - Lebenspanorama
 - Selbstbild
 - Körperbild /Body Chart
 - Social Life Style Chart
 - Ressourcenbild
- Entwicklung von alternativen, ressourcensteigernden (nonverbalen) Ausdrucksformen, entdecken weiterer Fähigkeiten, Erleben von Freude, Katharsis:
 - Kreativmedien für Gestaltung (Ton, Stein, Holz, Wolle, etc.)
 - Musik / Instrumente als Ausdrucksmedium
 - Poesie / Schreiben

Je nach Belastungssituation auf der arbeits- / leistungsbezogenen, sozialen und materiellen Säule der Identität ist es möglicherweise zudem nötig, in einem Netzwerkgefüge **Hilfestellungen von anderen Institutionen** (Soziotherapie) mit einzubeziehen, beispielsweise wo nötig sozialberaterische Hilfestellungen zu vermitteln (z.B. bei drohender Arbeitslosigkeit aufgrund von psychosomatischen oder somatischen Langzeiterkrankungen), Auszeiten mit örtlichem Abstand zum Alltag zu verschaffen (stationäre Reha / Kuren) und/oder behördliche oder juristische Hilfestellungen zu vermitteln.

Als Gegenpol zu den leiblichen Denaturierungsprozessen, wie sie in Kapitel 4.1.5 beschrieben werden, bietet sich die **Naturtherapie** an, beispielsweise in Gartengestaltung, Walderleben, "Green Meditation", "Urban Gardening" oder "Guerilla Gardening". Dabei kann der Naturbezug, der gerade in der Generation der 1960er Geborenen noch leiblich verankert ist, wieder aktiviert und als Ressource zur Wiederherstellung der psychophysischen Balance hergestellt werden, bzw. bei den Menschen, die diese früheren Erfahrungen nicht gemacht haben, gefördert werden. Unter anderem kann dies zur Persönlichkeits**weiter**entwicklung, zur Reduzierung der naturfernen Denk- und Verhaltensweisen und zur Entwicklung eines derzeit notwendigen Naturbezugs für die Präservierung der ökologischen Umwelt eingesetzt

werden (Wirkfaktor 5, 9, 15 und 16) und fördern die Ökophilie (Liebe zur Natur) und Ökologisierung (Petzold, Orth-Petzold und Orth, 2013). Vielfach erlebe ich diese naturnahen Techniken der Achtsamkeitsübungen im Grünen als für die Patientinnen beruhigend, öffnend, zum Nachdenken anregend, erfrischend und zum Wohlfühl beitragend.

9. Zusammenfassende Überlegungen

Nicht die Wechseljahre als natürliches Phänomen sind es in erster Linie, die behandlungsbedürftige Beschwerden verursachen, sondern die hochkomplexe Gesamtlebenssituation der heutigen Frau im Mittleren Alter, die zudem gleichzeitig die Wechseljahre durchlebt. Das ist für mich in der Auseinandersetzung mit der Thematik als selbst Betroffene, als Freundin, als Therapeutin von gleichaltrigen Patientinnen und mit der Literatur die hauptsächliche Erkenntnis.

Ausgehend von verschiedenen Erstmaligkeiten der Erfahrungen leiblicher, sozialer, beruflicher Art in den letzten 50 bis hundert Jahren, auf einer neuen wirtschafts-politischen Bühne mit erkämpften Freiheiten für die Gleichberechtigung der Frau, mit errungenen Freiheiten hinsichtlich der eigenen biologischen Aufgaben, jedoch damit verbunden auch eine tatsächlich eher "frauenfeindliche" (im Sinne der geschlechtlichen Frau) Haltung zum eigenen Körper und dem eigenleiblichen Spüren und Erleben, einer Entfremdung von den natürlichen Vorgängen und eine Haltung des ständig Optimierenmüssens und der Funktionalität des Leibes sind die Wechseljahre inzwischen ein notwendiges Übel, das irgendwann kommt und irgendwann vorbei geht, aber unter der Prämisse steht, "hoffentlich bleibt Frau dabei junggeblieben, attraktiv und leistungsfähig".

Im Hinblick auf die komplexen und kräftezehrenden Aufgabenfelder, die eine Identität sinnstiftend bilden, aufrechterhalten und zuweilen auch erkranken lässt, findet sich während der Wechseljahre der heutigen Frau in unserem Gesellschafts- und Kulturkreis (deutschsprachiges Mitteleuropa) eine Phase multipler Veränderungen, Umbrüche, Verluste und Neubeginne. Die jeweilige persönliche Identität ist auf allen fünf Säulen während dieser Zeit erschütterbar und können bei wenig Ressourcen oder Resilienzen der einzelnen Frau zu psychischen Dekompensationen führen und zu Beschwerden, die von den Symptomen her unter anderem auch den Wechseljahren zugeordnet werden (Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Bluthochdruck, Hitzewallungen, Herzrhythmus- und Stoffwechselveränderungen), aber auch psychosomatisch als Folge von "zulange zuviel und

zu viel gleichzeitig" interpretiert werden können. Umgekehrt können Wechseljahresbeschwerden durch die hohe Stressbelastung verstärkt werden.

Gerade bei Patientinnen aus der niedrigen Bildungs- und Einkommensschicht, auch bei Migrantinnen sind oft somatische Beschwerden die Aufhänger für eine Inanspruchnahme professioneller Hilfe. Auf genaueres Hinhören und Hinsehen lassen sich oft auf allen Säulen der Identität Problemfelder erkennen, die so eher selten zur Sprache kommen.

Aufgrund dieser Komplexität der Lebensphase "Mittleres Alter" und den damit verbundenen Bewältigungsaufgaben (Umbrüche im Lebensverlauf, Anpassungsleistungen, persönliche Weiterentwicklung etc.) müsste die Entwicklungspsychologie meines Erachtens das Erwachsenenalter weiter unterteilen, wie es ansatzweise von Perrig-Chiello und Höpflinger, (2001), bzw. Perrig-Chiello (2008), sowie Hurrelmann und Bauer (2015) angemerkt wird. Dabei würde nach meinen Überlegungen neben dem jungen Erwachsenenalter (Ausbildungs-/Berufseintrittsphase, Familiengründung) und dem (Haupt-)Erwachsenenalter (Berufskarriere, Familienphase) die klimakteriale Phase, bei Männern wie bei Frauen, einen eigenen Stellenwert bekommen, um danach ins späte Erwachsenenalter (Renteneintritt, Postmenopausal) vor dem Senium überzugehen.

Ich plädiere sehr dafür, Klientinnen/ Patientinnen im Mittleren Lebensalter im Sinne einer umfassenden Anamnese auf jeden Fall auch nach klimakterialen Beschwerden zu fragen. Dies gilt meines Erachtens auch und gerade für TherapeutEN. Nicht zuletzt kann hiermit ein Bild über die eigene Leiblichkeit der Patientin/ Klientin, somit des Wissens um natürliche körperliche Vorgänge erreicht und Zusammenhänge zwischen leiblicher Befindlichkeit und psychischer Verfassung hergestellt werden. Jedoch ist trotz allem Vorsicht geboten, eine depressive Verstimmung, Schlafstörung, Dauerschmerzen oder verstärkte Ängstlichkeit lediglich darauf zurück zu führen, "Ach so, Sie sind gerade in den Wechseljahren!". Dies würde der Komplexität des Zusammenspiels von hormonell bedingten Veränderungsprozessen, psychosozialökologischen und ökonomischen Belastungsfaktoren, normativen und sozialisationsbedingten Veränderungs- und Lernprozessen nicht gerecht werden.

In der Therapie wird es vor allem um Coping und Supporting, weniger um Heilung gehen, da Wechseljahre keine Erkrankung darstellen. Es bedarf eher der begleitenden Hilfestellung zur persönlichen Weiterentwicklung und Identitätsarbeit für die Zeitspanne der leiblichen Veränderungen - der Transitionsphase - anhand des gesamten Repertoires an therapeutischen Methoden und Techniken der Integrativen Therapie, der

Auseinandersetzung mit den interiorisierten, fremd- und selbstattribuierten Genderrollen, den Identifikationen und Identifizierungen als "Frau", den Verlusten und den neuen Möglichkeiten, aber es bedarf auch manchmal der Bereitstellung konkreter Unterstützungen auf den verschiedenen Säulen der Identität, v.a. im Bereich der Leiblichkeit (Selbstfürsorge, verändertes Selbstbild als älter werdende Frau), des sozialen Netzwerks (Ressourcen, Umfeld und Hobbies stärken), im Bereich der Arbeit /Leistung (Berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten) und vor allem Freizeit, sowie der Normen /Werte (dysfunktionale Interiorisierungen / Selbstattributionen hinterfragen und ändern), bzw. der Materiellen Sicherheit (unklare, defizitäre finanzielle Situationen sichern, evtl. institutionell auffangen).

10. Persönliche Anmerkungen zum Schluss

Mit der vorliegenden Arbeit über die Wechsel-Jahre habe ich als Autorin selbst einen intensiven Prozess durchlebt. Erstens, weil über die Zeit bis zur Festlegung dieses Themas mehrere Anläufe einer Graduierungsarbeit aufgrund äußerer Faktoren des Familien- und Berufsalltags und mehreren Jobwechseln schon in der Phase der Themensuche abgebrochen werden mussten und der schriftliche Abschluss meiner Therapieausbildung über die Graduierungsarbeit mit erheblicher Geduld, wiederkehrenden Motivationsschüben, einem pragmatischen Schritt-für-Schritt-Vorgehen und der Hilfe von verschiedenen Personen nun doch noch zustande gekommen ist. Hier half unter anderem die Erkenntnis, nicht meinen Arbeitsplatz als Grundlage des Themas zu nehmen, sondern unabhängig vom Job zu werden, um inhaltlich weiter zu kommen. Hinsichtlich der Unterstützung möchte ich mich besonders bei meinen Lehr- / Supervisions- und Kontrollanalysetherapeut*innen Martin Waibel, Heidrun Waidelich, Birgit Mayer, Lotti Müller, die mich in dieser letzten Phase der Ausbildung inhaltlich, supervisorisch und in meiner persönlich-beruflichen Weiterentwicklung begleitet haben, sowie für die unterstützenden Anregungen von Prof. Hilarion Petzold und Ulrike Mathias-Wiedemann bedanken.

Zum Zweiten, weil ich im letzten Abschnitt meiner Ausbildung zur Integrativen Therapeutin und Tanztherapeutin selbst viele Belastungen beruflicher, partnerschaftlicher, familiärer und finanzieller Art durchgemacht habe und dabei mit Trauer, Verlust, Ängsten und einem eigenen Burnout konfrontiert war. Zum Dritten, weil ich mich mitten in den eigenen leiblichen Turbulenzen der Wechseljahre befindlich und mich mit meinen Freundinnen und Patientinnen im Konvoi erlebend erkannte, worin sich viele Themen widerspiegelten und wiederholten und wir uns gegenseitig im Freundinnenkreis, bzw. ich bei den Patientinnen -

zumindest ein bisschen - empathische Unterstützung geben konnten, was mich zur nun definitiv hier stehenden Arbeit geführt hat. Viertens hat mich die Auseinandersetzung mit den vielen unterschiedlichen Denk- und Herangehensweisen der Literatur - über medizinische, gender-, sozialisations-, entwicklungstheoretische, psychologische, historische, statistische, alltagsartikelbezogene und Integrative Therapie bezogene Bücher und Artikel immer wieder zur Kurskorrektur meines inhaltlichen Ziels der Arbeit gezwungen, so dass ich den Prozess des Lesens und Schreibens auch mit der Sprache der Integrativen Therapie als "hermeneutische, therapeutische und agogische Spirale" mit den Aspekten Wahrnehmen - Erfassen - Verstehen - Erklären / Erinnern - Wiederholen - Durcharbeiten - Verändern / Explorieren - Agieren - Integrieren - Reorientieren erlebt habe. Nicht zuletzt bin ich selbst mitgewachsen, habe meine perimenopausale Phase in dieser Zeit durchlaufen und stehe zum Abschluss dieser Arbeit in einer neuen, spannenden, nicht ganz einfachen und nicht nur als positiv erlebten Lebensphase.

Ja, Älterwerden und Altern ist nicht einfach. Den Zenit leiblich spürbar überschritten zu haben, anzunehmen und zuzulassen, dass weniger Kraft und Energie da ist als vorher, dass alles etwas langsamer und bedächtiger gehen darf und muss, dass mein Geist meinem Körper nicht mehr alles aufdrängen kann in der Selbstverständlichkeit, dass er das schon schafft, sondern Grenzen deutlicher bis hin zu schmerzhaft spürbar werden, dass ich aber mit vielen früheren Fragen und Dringlichkeiten auch abgeschlossen habe und vieles nicht mehr ganz so dringlich erlebe, andererseits neue Dringlichkeiten entstehen, weil deutlich weniger Zeit zur Verfügung steht als vorher, dass weniger oft mehr ist, dass einige Träume, Wünsche, Bedürfnisse, aber auch Menschen loszulassen sind.... Ich habe über die Erstellung dieser Arbeit viel - auch über mich selbst - gelernt, erfasst und verstanden und bin trotz "einsamer" Stunden am Computer ständig über das Thema mit meinen Patientinnen, Freundinnen, Bekannten und der westlichen Frauenwelt (inklusive der Migrantinnen) im aktuell Mittleren Alter intensiv verbunden gewesen.

Mit dem Blick nach vorne gerichtet bin ich gespannt, was sich in den nächsten Jahren tut und wie ich mich als derart "integrierte", "integrer gewordene" und "integrative" Person, bzw. auch als Integrative Therapeutin mit diesem großen Schatz an neuem und ergänztem Wissen weiterentwickle. Somit ist mein Eingangszitat: "Mache dich selbst zum Projekt", das dem Konzept der Identitätsarbeit in der Integrativen Therapie inne liegt, wie auch das zweite Zitat der "Konnektivierung in alle Richtungen" in Tat und Schriftstück - soweit mir in meinem Berufs- und Familienalltag möglich - umgesetzt worden.

11. Zusammenfassung /Summary

Zusammenfassung: Wechseljahre - Ein integrativer Blick auf biopsychosozial-ökologische & ökonomische Prozesse weiblicher Entwicklung im aktuellen Zeitgeist des 21. Jahrhunderts

Diese Arbeit beschreibt die komplexen Einflussfaktoren, die auf Frauen im Mittleren Erwachsenenalter im deutschsprachigen Mitteleuropa während ihrer klimakterialen Zeit einwirken, anhand der im Integrativen Ansatz vertretenen Persönlichkeits- und Identitätstheorie der "fünf Säulen der Identität", unter Beizug des Konzepts des "Informierten Leibs" nach Petzold et al., sowie von sozialisations- und gendertheoretischen Ansätzen, entwicklungspsychologischen Aspekten und mit einem Überblick von erstmalig auftretenden, äußeren ökonomischen, ökologischen, historisch-kulturellen und gesellschaftlichen Phänomenen der letzten hundert Jahre. Dabei werden Überlegungen zur therapeutischen Begleitung hinsichtlich der Identitätsarbeit und Persönlichkeitsweiterentwicklung bei biopsychosozial-ökologischen und ökonomischen Störungen in der Transitionsphase des Mittleren Lebensalters ("Wechsel-Jahre") von Frauen gestellt.

Schlüsselwörter: Menopause, weibliche Entwicklung im Erwachsenenalter, Zeitgeisteinflüsse, Identitätsarbeit, *Integrative Therapie*

Summary: Menopause - An integrative look at biopsychosocial-ecological & economic processes of female development in the current zeitgeist of the 21st century

This work describes the complex factors that impact on women in their middle adult age in German-speaking Central Europe during their perimenopausal phase, based on the personality theory and theory of the "Five Pillars of Identity" of Integrative Therapy, including the concept of the "Informed Body" according to Petzold et al., as well as socialization and gender theoretical approaches, developmental psychological aspects and an overview of the first time occurrence of external economic, ecological, historical, cultural and social phenomena of the last hundred years. In the process, considerations are made for therapeutic support in terms of "Identity Work" and personality development during bio-psycho-social-ecological and economic disturbances in the transition phase of middle-aged women.

Keywords: Menopause, Female Development in Adulthood, Impact of Zeitgeist, Identity Work, *Integrative Therapy*

12. Literaturverzeichnis

Abdul-Hussain, S. (2011). Genderkompetente Supervision. Wiesbaden: VS Verlag. 195-299.

BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.) (2015). ICF-Praxisleitfaden 1. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beim Zugang zur Rehabilitation, 2. überarbeitete Auflage. BAR: Frankfurt a.M.

Borde, T., David, M. (2004). Sind die Wechseljahre ein kulturspezifisches Syndrom? Forschungsergebnisse und Anmerkungen zu Informiertheit und Bedürfnissen von Migrantinnen in der gynäkologischen Praxis. In: *Jahn, I.*(Hg.). Wechseljahre multidisziplinär. was wollen Frauen – was brauchen Frauen. Edition1, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 28. Bremen/Schwäbisch Gmünd, S. 83-94.

Brühlmann-Jecklin, E, Petzold, H.G. (2004): Die Konzepte ‚socialnetwork‘ und ‚socialworld‘ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 5/2005 und in *Gestalt* 51(Schweiz) 37-49 und *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 5/2004; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2005-bruehlmann-jecklin-e-petzold-h-g.html>

Deutscher Bundestag (2018). Drucksache 19/3895 19. Wahlperiode: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jutta Krellmann, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 19/3667 – Psychische Belastungen in der Arbeitswelt. Online: dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/038/1903895.pdf

Duden online. <https://www.duden.de>

Faust, V. (online). Klimakterium und psychosoziale Folgen, 1-40. <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/klimakterium.html>

Gahlings, U. (2016). Phänomenologie der weiblichen Leiberfahrungen. 2. Auflage. Freiburg/München: Verlag Karl Alber

Gaschke, S. (2015). Wie sich die Generation Zuviel selbst überfordert. Welt: Kolumne 136815670, 28.1.2015.online<https://deref-gmx.net/mail/client/dyRXiVXa1bE/dereferer/?redirectUrl=https%3A%2F%2Fwww.welt.de%2Fpolitik%2Fdeutschland%2Farticle136815670%2FWie-sich-die-Generation-Zuviel-selbst-ueberfordert.html%3Fwtrid>

Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel - Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Hartz, P., Petzold, H. G. (2010). Chancen für arbeitslose Frauen und Männer, die ihr Leben neu gestalten wollen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 2, 47 – 67. vgl. <http://www.minipreneure.de/>

Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold, H.G., Märtens, M. (1999a) (Hrsg.): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis.: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich, S. 193-272. Bei: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/hass-w-petzold-h-g-1999-neueinst-2011-die-bedeutung-der-forschung-ueber-soziale-netzwerke.html>

Heuring, M., Petzold, H.G. (2004). Rollentheorien, Rollenkonflikte, Identität, Attributionen - Integrative und differentielle Perspektiven zur Bedeutung sozialpsychologischer Konzepte für die Praxis der Supervision. Hückeswagen: Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 12/2005 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-12-2005-heurig-monika-petzold-h-g.html>

Höhmman-Kost, A., Siegele, F. (2004). Integrative Persönlichkeitstheorie. Überlegungen, Konzepte und Perspektiven aus Sicht der Integrativen Therapie. *Polyloge* 11/2004. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/11-2004-hoehmann-kost-annette-siegele-frank-2004-integrative-persoenlichkeitstheorie.html>

Hurrelmann, K., Albrecht, E. (2014): Die heimlichen Revolutionäre. Wie die Generation Y unsere Welt verändert. Weinheim: Beltz Verlag.

Hurrelmann, K., Bauer, U. (2015). Einführung in die Sozialisationstheorie. Das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung (11. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Hurrelmann, K., Bauer, U. (2018). Socialisation During the Life Course. Oxon/New York: Routledge.

Jahn, I.(Hg.) (2004). Wechseljahre multidisziplinär. was wollen Frauen – was brauchen Frauen. Edition1, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 28. Bremen/Schwäbisch Gmünd.

Kames, H. (1992) Ein Fragebogen zur Erfassung der „Fünf Säulen der Identität“ (FESI). https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_kames-ein-fragebogen-zur-erfassung-der-fuenf-saeulen-der-identitaet-polyloge-18-2011.pdf

Lanczik, M.H. (1997). Perimenopausal auftretende affektive Syndrome. *Psycho*, 1997, 23(7), 424-429.

Lehr, U. (1966). Zur Problematik des Menschen im reiferen Erwachsenenalter – eine sozialpsychologische Interpretation der „Wechseljahre“. *Psychiatrie, Neurologie, und medizinische Psychologie*, 1966, 18(2), 59-62.

Leitner, A., 2010. Handbuch der Integrativen Therapie. Wien: Springer-Verlag

Leitner, A., Sieper, J. (2008). Unterwegs zu einer integrativen Psychosomatik. Das bio-psycho-soziale Modell des Integrativen Ansatzes. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 34/2008. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-34-2008-leitner-a-sieper-j.html>

Mergeay, C. (2004). Begleitung von Frauen in den Wechseljahren aus psychosozialer Sicht. In: I. Jahn (Hg.), Edition 1, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 28: Wechseljahre multidisziplinär. Was wollen Frauen – was brauchen Frauen, Bremen, Schwäbisch Gmünd, Januar 2004, S. 97-104.

Münch, B. (2000). Ich will alles: Glücklich mit Kind, Job und Partner. München: Fischer Krüger Verlag

Northrup, C. (2010). *Weisheit der Wechseljahre. Selbstheilung, Veränderung und Neuanfang in der zweiten Lebenshälfte* (4. Auflage). München: Wilhelm Goldmann Verlag.

Orth, I., Petzold, H.G., Sieper, J. (2016q). Positionen - 50 Jahre Integrative Therapie und Kulturarbeit. Einige Überlegungen im Dezember 2016. <https://www.eag-fpi.com/wp-content/uploads/2016/12/Weihnachtsbrief.pdf>

Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. (2001). *Zwischen den Generationen*. Zürich: Seismo Verlag.

Perrig-Chiello, P. (2008). *In der Lebensmitte. Die Entdeckung des mittleren Lebensalters*. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.

Perrig-Chiello, P. (2017). *Wenn die Liebe nicht mehr jung ist*. Bern: Hogrefe Verlag.

Petzold, H.G. (1981h). Leibzeit. *Integrative Therapie* 2/3, S. 167-178; auch in: *Kamper, D., Wulf, Ch.*, *Die Wiederkehr des Körpers*, Suhrkamp, Frankfurt 1982, 68-81. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/20-2012-petzold-hilarion-g-1981h-leibzeit.html>

Petzold, H.G. (1991o). Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration - Chronosophische Überlegungen, Bd. II, 1 (1991a) S. 333-395; (2003a) S. 299 - 340.

Petzold, H.G. (1992e). *Integrative Therapie in der Lebensspanne*, erw. von (1990e); repr. Bd. II, 2 (1992a) S. 649-788; (2003a) S. 515 – 606

Petzold, H.G. (1994). *Integrative Therapie*, Bd. 1-3. 2. Auflage. Junfermann-Verlag.

Petzold, H.G. (1994a). Mehrperspektivität - ein Metakonzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision. *Gestalt und Integration* 2, 225-297 repr. in: *Petzold* (1998a) 97-174, (2007a), 89-147.

Petzold, H.G. (2001p/2004). „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2001 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle->

ausgaben/10-2001-2001p-petzold-h-g-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeit.html, Update 2004, *Integrative Therapie* 4 (2004) 395-422, 4 (2005) 374-397.

Petzold, H.G. (2000j). Der "Informierte Leib" - "embodiedandembedded" als Grundlage der Integrativen Leibtherapie. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* 07/2002. Amsterdam/Düsseldorf/Krems. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/07-2002-petzold-h-g-der-informierte-leib.html>

Petzold, H.G. (2002j). Das Leibsujet als „informierter Leib“ – embodiedandembedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikation.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* 07/2002 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/07-2002-petzold-h-g-der-informierte-leib.html> und in 2003a, 1051-1092.

Petzold, H.G. (2005t). Homo migrans. Der „bewegte Mensch“ – Frauen und Männer in Bewegung durch die Zeit. Transversale Überlegungen zur Anthropologie aus der Sicht Integrativer Therapie. Hommage an Simone de Beauvoir. www.fpi-publikation.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 05/2005; auch in: *Willke, E. (2006)*: Forum Tanztherapie. Sonderausgabe Jubiläumskongress. Pulheim: Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie. 33-116. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2005-petzold-h-g-2005t.html>

Petzold, H. G. (2009c). Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der "informierte Leib", das "psychophysische Problem" und die Praxis. *Psychologische Medizin* 1 (Graz), 20-33. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2009c-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-der-informierte-leib-das-psycho-ph.html>

Petzold, H. G. (2010b): Gesundheit, Frische, Leistungsfähigkeit – Potentialentwicklung in der Lebensspanne durch „Integratives Gesundheitscoaching“. In: Ostermann, D. (2010): *Gesundheitscoaching*. Wiesbaden VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9-26 und *POLYLOGE* 11/2010. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2010b-gesundheit-frische-leistungsfahigkeit.html>

Petzold, H. G. (2010/2006v). Mentalisierung und die Arbeit mit der "Familie im Kopf". "Integrativ-Systemische" Entwicklungstherapie mit Familien - das "bio-psycho-sozial-

ökologische" Modell "Integrativer Humantherapie". *Integrative Therapie*, 2/3(2010), 161-257. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2009h-mentalisierung-und-arbeit-mit-der-familie-im-kopf-integrativ-systemische-humantherapie.pdf>

Petzold, H. G. (2011e). INTEGRATIVE THERAPIE KOMPAKT 2011 - Definitionen und Kondensate von Kernkonzepten der Integrativen Therapie - Materialien zu „Klinischer Wissenschaft“ und „Sprachtheorie“. Düsseldorf, Polyloge 01/2011

*Petzold, H. G. (2012h). Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 15/2012. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-15-2012-hilarion-g-petzold.html>*

Petzold, H. G. (2012i). Einführung. In ders. (2012a): „Identität - Ein Kernthema moderner Psychotherapie im interdisziplinären Diskurs. Wiesbaden: Springer VS. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/petzold-h-g-2012a-einfuehrung-zu-identitaet-ein-kernthema-moderner-psychotherapie-im.html>

*Petzold, H.G. (2001p/2004/2012q). „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Erw. in *Petzold, H.G. (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven* Wiesbaden: Springer VS Verlag. S. 407-605. <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-2012q-transversale-identitaet-integrative-identitaetstheorie-persoenlichkeitstheorie.pdf>*

Petzold, H. G. (2014i). Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2014i-integrative-depressionsbehandlung-neurowissenschaftliche-grundlage-dritte-welle.pdf>

Petzold, H. G. (2012e revid. 2014g). „Integrative Interiorisierung und Mentalisierung“ als Kernkonzepte der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie zur Behandlung komplexer

Störungen. Ein konnektivierendes Arbeitspapier zu Sprachverwirrungen um Internalisierung, Introjektion, TäterInnen-Introjekte und zu komplexer Praxis. - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 16/2012.

Petzold, H. G. (2014a). Wissenschaftliche Gesamtbibliographie Hilarion G. Petzold 1958 - 2013. *POLYLOGE* 1/2014. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/01-2014-petzold-h-g-2014-wissenschaftliche-gesamtbibliographie-1958-2014.html>

Petzold, H.G. (2016l). Zeitgeist und „kollektive Beunruhigung“ als Sozialisationsklima und Krankheitsursache – therapeutische Arbeit mit Atmosphären, Zeitgeisteinflüssen und -strömungen. Redaktionelle Vorbemerkung zum Vortrag: „Zeitgeist als Sozialisationsklima - zu übergreifenden Einflüssen auf die individuelle Biographie“ (1989f) Hilarion G. Petzold, <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/30-2016-petzold-h-g-2016l-1989f-zeitgeist-kollektive-beunruhigung-krankheitsursache/>

Petzold, H. G. (2019e). Natur sein, Natur-Sein – Nature embodied in time and space, in Kontext/Kontinuum. „Ökologische Intensivierungen“ im *Integrativen* Ansatz der Therapie und Supervision. *POLYLOGE* 10/2019, <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/10-2019-petzold-h-g-2019e-natur-sein-natur-sein-nature-embodied-in-time-and-space-in.html>

Petzold, H. G., Orth, I. (2011). „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: *Abdul-Hussain, S. (2011): Genderkompetente Supervision*. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu “Genderintegrität”. Wiesbaden: VS Verlag. 195-299.

Petzold, H. G., Orth, I. (2017a). Interozeptivität/Eigenleibliches Spüren, Körperbilder/Body Charts - der "informierte Leib" öffnet seine Archive: "Komplexe Resonanzen" aus der Lebensspanne des "body-mind-world-subject". *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 22/2018; <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/22-2018-petzold-h-g-orth-i-2017a-interozeptivitaet-eigenleibliches-spueren-koerperbilder.html>

Petzold H.G., Orth-Petzold S., Orth I. (2013a). Freude am Lebendigen – Umgang mit Natur.. Die Frische, Kraft und Weisheit integrativer Garten- und Landschaftstherapie – „Green Meditation“, „Therapeutic Guerilla Gardening“. *Polyloge* 20/2013. <https://www.fpi->

publikation.de/polyloge/20-2013-petzold-h-g-orth-petzold-s-orth-i-2013a-freude-am-lebendigen-umgang-mit-natur/

Petzold, H. G., Orth-Petzold, S. (2018). Naturentfremdung, bedrohte Ökologisation, Internetsucht – psychotherapeutische und ökopsychosomatische Perspektiven In: *Petzold, H. G., Ellerbrock, B., Hömberg, R.* (2018a): Die neuen Naturtherapien. Handbuch der Garten-, Landschafts-, Waldtherapie und Tiergestützten Therapie, Green Care und Green Meditation. Bd. I. Bielefeld: Aisthesis. S. 327-448. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/gruene-texte/03-2019-petzold-h-g-orth-petzold-s-2018a-naturentfremdung-bedrohte-kologisation-internet.html>

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2019e). Die „14 plus 3“ Wirkfaktoren und -prozesse in der Integrativen Therapie. Transversale Wege des Integrierens und Einflussfaktoren im Entwicklungsgeschehen: Metafaktoren, Belastungs-, Schutz-, Resilienzfaktoren bzw. -prozesse und die Wirk- und Heilfaktoren/-prozesse der Integrativen Therapie. Handout – Arbeits-Version EAG 2019 – unkorrigiert

Petzold, H. G., van Wijnen, H. (2010). Stress, Burnout, Krisen - Materialien für supervisorische Unterstützung und Krisenintervention, in: www.FPI-Publikationen.de/materialien.html *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - Jg. 11/2010 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-11-2010-petzold-h-g-van-wijnen-h.html>

Pramataroff, V. (2006): das verleugnete Klimakterium. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. med., vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Rahm, D., Otte, H., Bosse, S. Ruhe-Hollenbach, H. (1999). Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann Verlag.

Richters, A.(2004). Wünsche und Bedürfnisse von Immigrantinnen. I: *Jahn, I.* (Hg.): Wechseljahre multidisziplinär. was wollen Frauen – was brauchen Frauen. Edition 1, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 28. Bremen/Schwäbisch Gmünd, S. 63-82

Schigl, B. (2012). Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis. Wiesbaden: Springer Verlag

Sieper, J. (2007b): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und “klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, *Gestalt & Integration*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Update 2011, in: [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit –* 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2011-sieper-johanna.html>

Statistiken: Sterbefälle und Lebenserwartung

Deutschland: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Sterbefaelle.html>

Statistiken zum Alter der Erstgebärenden 1965 bis 2017:

Webseite der BPB: Bundespolitische Bildung, Bericht 2012:

<http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61556/alter-der-muetter>,

D-Statis: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-mutter-alter-bundeslaender.html)

[Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-mutter-alter-](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-mutter-alter-bundeslaender.html)

[bundeslaender.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-mutter-alter-bundeslaender.html);jsessionid=E4A66CE9C79071308F23C45427A84DA9.internet722

Statistiken zur Bevölkerungsverteilung:

International: LEXAS (<https://www.laenderdaten.de>)

Schweiz: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken.html>

Österreich: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/index.html

Deutschland: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1062967/umfrage/durchschnittsalter-der-weiblichen-bevoelkerung-in-deutschland/>

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2008): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Statistik der rechtskräftigen Beschlüsse in Eheauflösungssachen (Scheidungsstatistik) und Statistik der Aufhebung von Lebenspartnerschaften 2016. Fachserie 1 Reihe 1.4

Statistik zu weltweiten Konfliktherden und Kriegen:

<https://de.statista.com/statistik/studie/id/44470/dokument/kriege-und-konflikte/>

Weltgesundheitsorganisation WHO (2014). Verfassung.

<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>

Von Sydow, K., Reimer, C. (1995). Psychosomatik der Menopause: Literaturüberblick 1988-1992. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 1995, 45(7), 225-236.

Young, A. (2000). *Women Who Become Men: Albanian Sworn Virgins*. Oxford: Berg.