

Meistdiskutiertes Thema ?

"Das kann doch nicht alles gewesen sein" ist der Titel eines Liedes, das der Liedermacher **Wolf Biermann** für das Fernsehspiel *"Liebe mit Fünfzig"* schrieb. Es hat meinem Referat den Namen gegeben, und wir finden den Text in **Hermann Schreibers** Buch *"Midlife Crisis. Die Krise in der Mitte des Lebens"*, das 1977 herauskam und damals als der "wichtigste Beitrag zu dem meistdiskutierten Thema unserer Zeit" angepriesen wurde. (#)

Hermann Schreiber war Journalist beim *"Spiegel"* und stellte in seinem Buch Meinungen bedeutender Wissenschaftler zu dieser Frage zusammen. Es äußerten sich ein Psychoanalytiker (*Alexander Mitscherlich*), ein Sexualforscher (*Eberhard Schorsch*), eine Psychologin (*Elisabeth Müller-Luckmann*), ein Gesprächspsychotherapeut (*Reinhard Tausch*), ein Arzt, ein Betriebspädagoge und zwei Pastoren zu diesem Thema. Das Buch stand monatelang auf allen Bestsellerlisten.

Vielleicht ist die "midlife crisis" in den 90er Jahren nicht mehr das *"meistdiskutierte Thema"*; denn jetzt wird eine andere Generation 50 Jahre alt, nämlich eine *Nachkriegsgeneration*, die Krieg nicht mehr bewußt am eigenen Leibe erfahren hat. Die in den siebziger Jahren ihren fünfzigsten Geburtstag feierten, waren zwischen 1920 und 1929 geboren, das heißt, sie hatten ihre Jugend in der

Zeit des Nationalsozialismus *erlebt* und *gelebt* und waren noch in den 2. Weltkrieg mit seiner schrecklichen Realität einer modernen Kriegsführung einbezogen worden. Also eine Generation, die den Wandel der Zeiten, die Relativität der Werte und die Bedrohung des eigenen Lebens in großer Eindringlichkeit erfuhr und die sich somit in *besonderem* Maße fragen mußte, was ihr die erste Hälfte ihres Lebens gegeben hatte.

Es geht um den Sinn des Lebens

Das Thema "midlife crisis" mag für die *20er-Generation* aus den besagten Gründen besonders "heiß" gewesen sein. Die dahinterstehende Frage bleibt indessen für *alle* Vierzig- oder Fünfzigjährigen höchst aktuell und von grundlegender Bedeutung. Es geht dabei um nichts Geringeres als den **Sinn** des Lebens, die Auseinandersetzung mit Altern, Krankheit, Tod, eine Bilanzierung des bisherigen Lebens und vieles mehr.

Daß die "midlife crisis" nicht allein das Problem einer Kriegsgeneration war, zeigt auch die Tatsache, daß Begriff und Diskussion darüber in den Vereinigten Staaten von Amerika entstanden, deren Menschen in den zwanziger und dreißiger Jahren unseres Jahrhunderts in einer völlig anderen Gesellschaft lebten als die Deutschen.

Ist die Midlife Crisis eine Erfindung?

Auch aus den *USA* kommt im Jahre 1993 eine neue Botschaft: "Die midlife crisis ist ein *Mythos*, ein Ergebnis selektiver Fallstudien, die eine Theorie zu untermauern suchen, für welches es

kein empirisches Fundament gibt" behauptet - laut "*Spiegel*" - der Koordinator einer seit 1990 laufenden weltweiten Studie über die Lebensmitte. Man habe festgestellt, daß die "*midlifer*" in partnerschaftlichen Belangen kompetenter seien als im jüngeren Alter, mit Erfolg versuchen würden, sich von neurotischen Lebensstilen zu distanzieren, beruflich zufriedener und weniger gestreßt sowie sexuell glücklicher und treuer seien als bisher angenommen (#).

Doch wäre es meines Erachtens falsch, aus den vorläufigen Ergebnissen dieses aufwendigen Forschungsvorhabens zu schließen, es gebe die midlife crisis gar nicht. Als Irrtum erweist sich lediglich die Annahme, daß *jeder* Mensch *regelmäßig* in eine midlife crisis kommen müsse, eine Meinung, die niemand je ernstlich vertreten hat. Wie Sie noch hören werden, sind insbesondere *die* Menschen gefährdet, eine Krise zu entwickeln, die aus ihrem vorangegangenen Leben bestimmte, krisenfördernde Bedingungen mitbringen. Und solche "Midlifer" wurden in der "*Midmac-Studie*" immerhin bei fünf bis zehn Prozent der untersuchten Probanden gefunden; Menschen, die sich nach eigener Aussage in einer Krise fühlten.

Midlife Crisis: ein Schlagwort?

Was ist denn nun die "midlife crisis", die "Krise in der Mitte des Lebens", wie die etwas umständliche Übersetzung ins Deutsche heißt? Ist sie eine *normale* Erscheinung im Leben bestimmter Menschen? Oder ist sie eine *Krankheit*? Welches sind

ihre typischen Merkmale? Zu diesen Fragen kann zunächst folgendes gesagt werden: "Midlife crisis" ist keine medizinische oder psychologische Diagnose, sie ist im Grunde genommen ein *Schlagwort*. Hinter diesem verbergen sich ganz unterschiedliche Erscheinungen, wie noch darzustellen sein wird.

"Das kann doch nicht alles gewesen sein" ist nur *eine* Erscheinungsform der "midlife crisis", nämlich jene, in der das Gefühl dominiert, in der ersten Lebenshälfte falsch gelebt zu haben oder nicht genug erlebt, am eigentlichen vorbeigelebt zu haben. Wenn einen Menschen dieses Gefühl beschleicht, wenn er also eine *negative* Bilanz für sein bisheriges Leben ziehen muß, dann steht er in einer *Krise*, man kann diese dann auch "midlife crisis" nennen.

Die Bilanz des eigenen Lebens

Das mag sogar dramatisch enden: Wir kennen in solchen Situationen beispielsweise den "*Bilanz-Suizid*", mit dem das Unerträgliche einer solch negativen *Bilanz* quittiert wird. Erstaunlicherweise finden wir diesen Bilanz-Suizid auch bei erfolgreichen Künstlern, ja solchen, die *scheinbar* auf dem Höhepunkt ihrer Karriere stehen. Gerade diese Schicksale zeigen, daß die Bilanz *nicht* nur vom "*Erfolg*" bestimmt wird, sondern offensichtlich auch von dem Empfinden, *wie* dieser Erfolg erzielt wurde, ob dieser Weg im Einklang steht mit dem *Selbst*. Hier wird schon deutlich, daß die "midlife crisis" etwas zu tun hat mit Selbstfindung, mit der Prüfung, ob das bisherige

Verhalten den Idealen des Selbst entspricht, ob eine "*Selbstverwirklichung*" stattgefunden hat. Was ist das "Selbst"?

Es taucht wiederholt der Begriff des "**Selbst**" auf, den wir in Zusammenhang mit Selbstbewußtsein, Selbstfindung oder Selbstverwirklichung wie "selbstverständlich" benutzen, der aber eigentlich einen sehr komplizierten psychologischen Sachverhalt meint. Ich möchte in diesem Zusammenhang *Carl Gustav Jung* zitieren, jenen Tiefenpsychologen, der zu unserem Thema "**Lebenswende**" am meisten beigetragen hat. Nach *Jung* ist das **Ich** (Ego) nur das Zentrum unseres *Bewußtseins*, während das "**Selbst**" das *ganze* Individuum umfaßt und damit Bewußtsein *und* Unbewußtes einschließt. Das Selbst vermag auch die vernachlässigten Elemente der Persönlichkeit in sich zu integrieren und die Prozesse des Unbewußten in sich aufzunehmen. Insofern ist es das "Zentrum für eine Ganzheit". Damit sind zwei zentrale Begriffe der *Jungschen* Psychologie erwähnt worden, nämlich die "**vernachlässigte Funktion**" und die Vorstellung von einer anzustrebenden "**Ganzheit**".

Das *Selbst* ist die Funktion, welche alle gegensätzlichen Elemente *vereinigt*, wie das Bewußtsein und das Unbewußte, das Gute und das Böse, das Männliche und das Weibliche. Um das Selbst finden zu können, meint *Jung*, müssen auch die vernachlässigten und die negativen Seiten angenommen werden, das was er den

"**Schatten**" unseres Seelenlebens nennt. Wie gesagt, das ist kompliziert und schwierig zu verstehen. Aber Sie merken vielleicht, daß es bei der Selbstfindung an der Lebenswende auch um eine **Chance** geht, die Chance nämlich, mit sich einig zu werden und *vernachlässigte* Anteile der Persönlichkeit zu ihrem Recht kommen zu lassen. Ist die Krise auch eine Chance?

Es sei noch einmal betont: "Das kann doch nicht alles gewesen sein" ist nur *ein* Aspekt der "midlife crisis". Er darf in dieser Form auch nicht verwechselt werden mit "verpaßten Chancen" im Sinne von "zu wenig abgesehen" oder "zu wenig abgestaubt". Es gibt viele *andere* Phänomene der "midlife crisis". Das griechische Wort "*krisis*" bietet diese Möglichkeit des *mehrdeutigen* Verständnisses einer **Krise**. Es bedeutet wörtlich übersetzt "Scheidung" oder "Trennung", und zwar im Zwiespalt oder Streit, aber auch im Sinne einer Wahl zwischen Alternativen. Davon leitet sich die zweite Bedeutung des Wortes "Krisis" ab, nämlich "Entscheidung auf der Basis von Erprobung oder Untersuchung". Es ist also eine wohlüberlegte Entscheidung gemeint.

Mit anderen Worten: In der Phase der Krise entscheidet sich, ob ein Prozeß, ein Vorgang, positiv oder negativ ausläuft. Das ist sehr wichtig: Krise ist *nicht* grundsätzlich etwas *Negatives*. Dem Mediziner ist dies vertraut: Im Verlauf fieberhafter Infektionskrankheiten, wie z.B. bei Masern oder Typhus, wird der plötzliche Abfall des Fiebers als Krise bezeichnet und stellt den Übergang zur

Heilung dar. Es entscheidet sich in der Krise somit der Krankheitsverlauf zum *Guten*.

Wirtschaftswissenschaftlich dagegen bedeutet Krise den oberen Wendepunkt im Ablauf des Konjunktur-Zyklus, folglich den *Zusammenbruch* der Hochkonjunktur. Aber da es sich um einen Zyklus handelt, enthält der Abschwung bereits wieder das Gesetz des kommenden Aufschwungs, also auch die Hoffnung auf *Besserung*, wie mir ein Wirtschaftswissenschaftler nach diesem Vortrag einmal erklärte. Die folgende Grafik soll dies verdeutlichen.

In dem Zusammenhang sei noch auf einen Ausspruch *Richard von Weizsäckers* verwiesen: *"Lernen kann man auch von anderen, zum Beispiel von den Chinesen. Denn es heißt, sie hätten ein und dasselbe Schriftzeichen für die Krise und die Chance."*

Was ist die "Mitte des Lebens"?

So mehrdeutig wie der Begriff Krise erscheint, so unbestimmt ist auch die Vorstellung von der *Lebensmitte*. In welchem Alter ist die Lebensmitte anzusiedeln? Bei fünfunddreißig, bei vierzig, bei fünfzig Jahren? Für den Schwaben wird man mit vierzig "weise", und das meint ja wohl so etwas wie *Lebenswende*. Der Körper setzt - zumindest bei der Frau - mit dem *Klimakterium*,

den Wechseljahren, einen deutlichen Einschnitt um das 50. Lebensjahr. Ist das also die Lebensmitte? Nimmt man die durchschnittliche *Lebenserwartung* des Menschen unserer Zivilisation, die für das männliche Neugeborene in Deutschland derzeit bei 72 und für das weibliche bei 79 Jahren liegt, so wäre die "*statistische Lebensmitte*" bei einem Alter von etwa 38 Jahren anzusiedeln. Sie hat für den Zeitpunkt einer *individuellen* "midlife crisis" natürlich keinerlei Bedeutung. So werden Symptome der "midlife crisis" bei Dreißigjährigen, wie auch bei Fünfzigjährigen oder älteren Menschen beschrieben. Entscheidend für die spezifische Krisensituation ist weniger das Lebensalter als vielmehr die *psychologische Situation*, in der jemand steht, und es sind die *aktuellen* Lebensereignisse (in der Wissenschaft spricht man von "*life-events*"), die dazu führen, daß ein Mensch sich kritische Gedanken darüber macht, wie sein bisheriges Leben verlaufen ist und wie er sein künftiges gestalten möchte.

"Life-events" erfordern Anpassung

Wir kennen andere Stationen im Laufe eines Lebens, die *Wendepunkte* und damit Krisen bedeuten: Die Abstillung von der Mutterbrust, um eine ganz frühe und in der Regel unbewußte "Krise" zu nennen, die Einschulung, Pubertät, Berufswahl, Heirat, Mutter- oder Vaterschaft, das Klimakterium, die Pensionierung oder die Aufnahme ins Altersheim. Alle diese "life-events" erfordern von uns *Anpassung*, also Veränderung

unseres Verhaltens und unserer Einstellung, und rufen die Tendenz zu Rückbesinnung und Neuorientierung hervor.

Ich habe schon erwähnt, daß "midlife crisis" eher ein Schlagwort als eine Diagnose ist. Wenn ich in einer psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Klinik mit diesem Phänomen konfrontiert bin, dann zunächst in Form von

Depressionen der Betroffenen, d.h.

derjenigen, die in dieser Lebenssituation stehen und an ihr krank geworden sind. Ich erfahre das Problem "midlife crisis" aber auch dadurch, daß es *Leidtragende*, "Patienten", gibt, die sozusagen *Opfer* der "midlife crisis" ihres Partners sind.

Die Kränkung des Partners

Als Beispiel führe ich das Schicksal einer seit 30 Jahren verheirateten Frau an, deren Kinder bereits erwachsen sind und deren 55-jähriger Ehemann sie verlassen hat, weil er ein Verhältnis mit seiner 25-jährigen Sekretärin eingegangen ist. Ich denke, an einer solchen Begebenheit wird es deutlich: Dieser 55-jährige Mann, der seine gleichaltrige Frau verläßt und mit einer jungen Frau *"nochmals von vorne anfängt"*, ist ein typischer Fall von "midlife crisis". Oft können die eigenen Kinder ihren Vater nicht verstehen, der plötzlich "wie ein wirrköpfiger Jüngling agiert", so *Hermann Schreiber*. Er *hat* seine "midlife crisis", wie auch seine Freunde mit leichtem Spott feststellen, aber er *leidet nicht* darunter, *er* ist nicht der Patient, sondern er *agiert* seine Krise aus, *genießt* sie wahrscheinlich, vielleicht mal abgesehen von

einem Stück "*schlechten Gewissens*" gegenüber der Familie.

Die *verlassene* Frau aber gerät in eine schwere *Depression*. Sie steht unvorbereitet völlig allein da, schlägt sich mit dieser schweren **Kränkung** als Frau herum, weiß nicht, wohin mit ihrer *Wut* auf die junge Frau und den Ehemann, der sich ihr entzieht, ihr also gar nicht die Möglichkeit bietet, Aggressionen loszuwerden. Wir sprechen in diesem Zusammenhang von *narzißtischer* Kränkung und narzißtischer Wut, die außerordentlich heftig sein kann, wobei der Ausdruck "narzißtisch" meint, daß da jemand in seinem Selbstwert, in seinem gesunden Narzißmus getroffen und verletzt wurde. Zu dem aggressiven **Triebstau** kommt der sexuelle Triebstau hinzu, so daß wir uns die desolante psychische Situation dieser Frau gut vorstellen können.

Sie hat keine "midlife crisis", sondern sie *leidet* unter einer schweren Depression, einer **reaktiven Depression**, wie wir sagen würden, weil die Depression eine Reaktion auf das Verlassenwerden darstellt. Natürlich gibt es in dieser Lebenssituation auch *andere* Reaktionen als die Entwicklung einer Depression: z.B. *Flucht* in den Alkohol- oder Medikamentenmißbrauch oder *Abwehr* von Depression und Kränkung durch aktives Kämpfen in Form von Prozessieren bis hin zum Querulieren oder die Entwicklung einer *körperlichen* Krankheit, etwa eines Bluthochdrucks. Die Angst des Mannes vor dem Altern

Dem *Mann* dagegen scheint es gut zu gehen. Hat er keine Probleme? Hat er seine "midlife crisis" adäquat bewältigt oder *agiert* er seine Probleme mit der jungen Geliebten nur aus? Erneut taucht hier der Begriff "*agieren*" auf. Mit "**Agieren**" meinen wir in der Psychotherapie ein Verhalten, bei dem Wünsche in Handlungen umgesetzt und Bedürfnisse befriedigt werden, ohne daß die dahinterstehende Problematik erinnert oder reflektiert wird. So wird z.B. der Wunsch, Liebe und Sexualität wie ein Jüngling auch im Alter genießen zu können, nicht hinterfragt und bearbeitet, sondern man schafft "handelnd" (d.h. agierend) Bedingungen, in denen die Wunschphantasien (scheinbar) erfüllt werden können: Man nimmt sich eine jugendliche Geliebte ... Es ist der Versuch und die "*international am weitesten verbreitete männliche Methode, der Angst vor dem Alter aktiv zu begegnen*", stellt *Schreiber* fest. Die Wahrnehmung des eigenen Alterns wird verdrängt durch die Affäre mit einer sehr viel jüngeren Frau. Der Schweizer Paartherapeut *Jürg Willi* schreibt dazu in seinem Buch über die Zweierbeziehung: "Auf dem Gesicht der Frau werden die ersten Falten sichtbar. Der Mann stößt sich daran, aber nicht nur, weil die Frau deswegen weniger schön und jung wirken würde, sondern auch weil er das eigene Alterwerden weniger an sich selbst als vielmehr an seinem Gegenüber wahrnehmen wird. Eventuell muten ihn die Gesichtsfalten wie Narben der langjährigen Auseinandersetzungen an,

Auseinandersetzungen, die tiefe Wunden geschlagen haben, die zwar vernarbt, aber nicht beseitigt worden sind. Wenn er sich nach einer jüngeren Frau sehnt, so geschieht das nicht nur, weil diese schöner wäre, sondern vielmehr, weil ihm diese das Gefühl vermittelt, selbst nochmals als Junger von vorne beginnen zu können, es diesmal besser zu machen und all die langjährigen Spannungen, unbefriedigenden Kompromißlösungen, gegenseitigen Verletzungen und resignierten Vorwürfe hinter sich lassen zu können." (#)

Es geht also auch hier wieder um *Narzißisches*: Der Mann, der sein Älterwerden nicht ertragen kann, "*verjüngt*" sich durch seine Beziehung zu einer jungen Frau und genießt "*das narzißische Vergnügen an einer jugendlich herausgeputzten Liebesaffäre*". So formuliert es *Hermann Schreiber* in seinem Buch über die "Krise in der Mitte des Lebens". (#)

Die Emanzipation der Frau

Natürlich gibt es auch die *Frau*, die in eine "midlife crisis" gerät und diese *agierend* zu bewältigen sucht. Es soll typisch sein, wenn das in etwas *früherem* Alter passiert, oft schon Mitte Dreißig, und mehr mit der Tendenz nach Verselbständigung, einem "eigenen Leben" und "**Selbstfindung**" einhergeht. Flucht in außereheliche Beziehungen, Abgrenzung von Familie und Haushalt, Versuch einer eigenen beruflichen Karriere um jeden Preis, suchtartiges Aufgehen in Selbsterfahrungsgruppen oder Sekten können Symptome dafür sein.

Es ist dies *auch* die Zeit der von einer Frau eingeleiteten und *gewollten* Scheidung, die manchen Mann offenbar völlig unvorbereitet "wie aus heiterem Himmel" trifft und ebenfalls schwer kränken kann. Solche Frauen berichten uns, daß sie sich von ihrem Ehemann eingeeengt und bevormundet fühlten, daß man sich auseinandergelebt, nichts mehr zu sagen gehabt hätte und daß sie jetzt den Mut besitzen würden, sich aus der Abhängigkeit einer unbefriedigenden Partnerschaft zu lösen und *auf eigene Füße zu stellen*.

Es kann durchaus sein, daß auch hier in *neurotischer* Weise Abhängigkeitsbedürfnisse und Geborgenheitswünsche abgewehrt werden, die ursprünglich zu einer vielleicht *zu frühen* Eheschließung geführt hatten; es mag aber *auch* sein, daß die "midlife crisis" in *diesem* Falle eine Veränderung von Einstellung und Verhalten bedingt, die *tatsächlich* eine bessere Selbstverwirklichung ermöglicht. Wie schon anfangs erwähnt, bietet uns die Krise eben auch die *Chance*, die Dinge zum Besseren zu verändern oder - anders ausgedrückt - die Möglichkeit, eine *angemessene* Antwort auf eine *veränderte* Lebenssituation zu geben.

Eben wurde von neurotischer "Abwehr" gesprochen. Wie ist das zu verstehen? Nehmen wir zur Veranschaulichung dafür ein Beispiel: Die 40-jährige Christine F. eröffnet ihrem völlig überraschten 52-jährigen Mann, daß sie sich von ihm trennen wolle. Er vermutet einen anderen

Mann dahinter, reagiert mit Eifersucht, beauftragt einen Privatdetektiv. Doch es gibt keinen Nebenbuhler. Diese Frau hat einfach das Gefühl entwickelt, sich verselbständigen, von den Abhängigkeiten in der Ehe befreien zu müssen. Christine F. hatte eine wenig schöne Kindheit. Der Vater war Alkoholiker, machte Schulden, die Mutter versuchte durch Übernahme von zwei Arbeitsstellen das Schlimmste für die Familie zu verhindern. Zeit für die Tochter hatte sie somit kaum, so daß diese keine Geborgenheit erlebte, vielmehr ständigen Streit zwischen den Eltern, materielle Not, Unzufriedenheit und das Leiden der Mutter, der sie nicht helfen konnte.

Als es 15 Jahre alt war, lernte das attraktive Mädchen den damals 27-jährigen Mann kennen, der bereits eine Ausbildung in der öffentlichen Verwaltung abgeschlossen hatte (Finanzbeamter). Er war ganz das Gegenteil ihres Vaters: Ordentlich, korrekt, sportlich, Antialkoholiker. Durch ihn kam sie in Berührung mit einer für sie völlig neuen Welt: Er bot ihr ein harmonisches, ruhiges Zuhause, liebe- und verständnisvolle Gespräche, materielle Sicherheit und als Partner einen Menschen, zu dem sie aufschauen konnte. An ihrem 18. Geburtstag zog sie von den Eltern weg in seine gemütliche Eigentumswohnung.

Wenig später bekam sie eine Tochter. Ihr Mann wollte, daß sie ganz für das Kind da war, so daß sie ihre kaufmännische Lehre abbrach und

folglich keinen Beruf erlernte. Sie war einverstanden, denn sie wollte der Tochter all das bieten, was sie selbst so schmerzlich vermißt hatte. Damit wurden auch ihre eigenen Abhängigkeitsbedürfnisse und Geborgenheitswünsche befriedigt.

Als die Tochter mit 19 Jahren das Abitur abgelegt hatte, ging diese an einen weit entfernten Studienort und zog bald mit einem Kommilitonen zusammen. Die Patientin, erst 38 Jahre alt, ergriff ein Gefühl der Leere und Unzufriedenheit mit ihrer Lebenssituation. Ihre Ehe war "nicht schlecht", durch die berufliche Belastung des ehrgeizigen und erfolgreichen Mannes aber wenig abwechslungsreich, insgesamt sehr "eingefahren". Versuche, einen Job zu finden und "eigenes Geld" zu verdienen, waren gescheitert. Irgendwelchen Hobbys hatte sie sich - bisher ausgefüllt durch die Betreuung von Mann und Tochter - nie recht gewidmet, in der Kindheit ja durch die wirtschaftliche Situation des Elternhauses auch keine Grundlagen dafür erwerben können. Frau F. entwickelte Minderwertigkeitsgefühle, erlebte sich total abhängig von ihrem Mann und nicht in der Lage, einen eigenen Sinn für ihr Leben zu finden. Durch die Lektüre eines Buches und Gespräche mit einer Nachbarin, die in Scheidung stand, kam sie dann immer mehr zu der Überzeugung, nur durch eine radikale Änderung ihres Lebens aus dieser Krise herauskommen zu können, und so entschied sie sich schließlich für eine Trennung von ihrem Mann. Sie wollte einen Neuanfang ohne Abhängigkeit und nahm den Verlust jener Geborgenheit

in Kauf, die sie einst so gesucht hatte.
In einer Paartherapie, auf die der Ehemann gedrängt hatte, wurde herausgearbeitet, daß der von ihr angestrebte abrupte Bruch mit dem bisherigen Leben zwar verständlich und im Ansatz auch fruchtbar, in seiner Radikalität aber letztlich nicht adäquat schien, möglicherweise eine Abwehr ihrer tief verwurzelten Sehnsucht nach Geborgenheit und Anlehnung an einen starken und zuverlässigen Partner darstellte, also letztlich doch etwas "Neurotisches", weshalb wir von "neurotischer Abwehr" gesprochen hatten.

Die Neurosen an der Lebenswende

Die Gefahr *überschießenden* Reagierens auf unbefriedigende Lebenssituationen erscheint in der Lebensmitte besonders groß und gehört unmittelbar zu der Problematik einer "midlife-crisis". Unzufriedenheit kann auch mit dem unübersehbaren *Alterungsprozeß* in dieser Phase zusammenhängen. Nun kann ich das *Nachlassen* meiner körperlichen und geistigen Leistungskraft und den *Verlust* jugendlicher Attraktivität bei mir wahrnehmen und darüber in *Panik* geraten, ja vielleicht sogar eine der Neurosen an der Lebenswende "ausbrüten". Ich mag indessen *auch* den Versuch machen, mich auf die zweite Lebenshälfte *einzustellen*; das bedeutet dann allerdings oft eine "*Umwertung früherer Werte*": Die Ziele der Jugend, welche in diesem Sinne bis mindestens vierzig reicht, sind nicht mehr befriedigend oder sie sind erreicht, und die Ideale und Werte, welche bis dahin angestrebt worden waren (Macht, Geltung, Sexualität), sind nicht mehr so glänzend und wichtig.

Mit diesem Problem hat sich vor allem *C.G. Jung* beschäftigt. Er unterscheidet die "Neurosen der jungen Leute" von den "**Neurosen an der Lebenswende**". Die Neurosen *junger* Menschen wurden von *Sigmund Freud* und *Alfred Adler* beschrieben. **Freud**, der Psychoanalytiker, sieht ihre Ursache - wie wir noch ausführlicher hören werden - in einer gestörten psychosexuellen Entwicklung, etwa einem Fixiertbleiben des Mannes an seiner

Mutter beim typischen Ödipus-Komplex. *Alfred Adler*, der Individualpsychologe, sieht die Ursache der Neurosen in einem verstärkten Minderwertigkeitsgefühl, das zu Überkompensation und unerreichbaren Zielsetzungen führt.

Was ist eine Neurose?

Hier taucht nun wiederholt der Begriff der "**Neurose**" auf. Was bedeutet "neurotisch" und was verstehen wir unter einer Neurose? Eine Neurose ist eine seelisch bedingte Krankheit oder Verhaltensstörung, die mit Ängsten, Depressionen oder Zwangssymptomen einhergeht und deren Ursache in einem *innerseelischen* Konflikt gesehen wird. Dieser Konflikt ist *unbewußt*, und seine Wurzeln reichen bis in die frühe *Kindheit* zurück.

Bevor ich dies noch etwas näher erkläre und mit einem Beispiel verdeutliche, muß ich anmerken, daß diese Definition der Neurose *nicht* von allen psychotherapeutischen Schulen und Richtungen anerkannt würde. Es ist nämlich die Sichtweise der sogenannten "**tiefenpsychologischen** Schulen", deren Hauptvertreter die Psychoanalyse von *Sigmund Freud* (1856 - 1939) ist. Die Gesprächspsychotherapie von *Carl Rogers* oder die *Verhaltenstherapie* z.B. würden den Begriff "Neurose" anders beschreiben bzw. versuchen, ihn ganz zu umgehen.

Wie sah Sigmund Freud die Neurose?

Die **Psychoanalyse** vertritt den Standpunkt, daß sich eine Neurose entwickelt, wenn es im Verlauf der kindlichen Entwicklung, insbesondere

bei der "*psycho-sexuellen*" Entwicklung, zu *Störungen* gekommen ist. Auf diese Weise entsteht ein *innerseelischer Konflikt* (z.B. zwischen bestimmten Triebwünschen und der verbotenden Gewissensinstanz), ein Konflikt, der nicht gelöst, sondern *verdrängt* wird und somit unerledigt im Unbewußten "schlummert". Das klingt alles recht theoretisch, und wir wollen versuchen, diese Theorie durch ein Fallbeispiel besser zu verstehen:

Ein 25-jähriger Patient kommt wegen Ängsten und einer "Sexualneurose" in psychotherapeutische Behandlung. Er genießt, nachdem er in den vergangenen zehn Jahren nie eine feste Freundschaft mit einem Mädchen aufbauen konnte, seit einigen Monaten eine sehr harmonische und intensive Beziehung zu einer acht Jahre älteren, geschiedenen Studienrätin, die sein ganzes Leben verändert hat. Aber - unerwartet für ihn, der bei der Selbstbefriedigung und gelegentlichen Kontakten zu Prostituierten nie sexuelle Probleme kannte - es treten nun Potenzschwierigkeiten und Ängste während sexueller Aktivitäten mit seiner Freundin auf, die er sich nicht erklären kann, zumal sie ihm auch körperlich sehr gefällt.

In der Therapie wird deutlich, daß sich dieser Mann noch nicht von seiner Mutter gelöst hat. In der Sprache der Psychoanalyse heißt dies, daß er noch "ödpal an die Mutter fixiert" ist, mit anderen Worten an einem "Ödipus-Komplex" leidet. Was bedeutet das?

Nach *Freud* macht jeder Mensch eine psychosexuelle Entwicklungsphase durch, in welcher der *gegengeschlechtliche* Elternteil (beim Knaben also die Mutter) besonders geliebt und der *gleichgeschlechtliche* Elternteil eher "weggewünscht" wird, weil das Kind ihn als Rivalen in dieser "Dreiecksbeziehung" erlebt. Da der griechische König *Ödipus* der Sage nach unwissend seine Mutter heiratete und seinen Vater erschlug, hat *Freud* die beschriebene Konstellation der *normalen* kindlichen Entwicklung "**ödipale Phase**" genannt.

In einer *gesunden* Entwicklung wird die "*libidinöse*" Bindung an den gegengeschlechtlichen Elternteil überwunden, indem sich z.B. der Knabe mit dem Vater *identifiziert* und damit seinen Protest *gegen* ihn oder seine Unterwerfung *unter* ihn überwindet und sich anderen "Liebesobjekten" (als der Mutter) zuwendet. Gelingt dies *nicht*, dann werden die erotisch-sexuellen Gefühle (*Freud* spricht von "*Libido*") nicht frei für ein neues, anderes Liebesobjekt. Obwohl die Zuneigung zur Mutter meist gründlich *verdrängt* wird, sie dem Manne also gar nicht bewußt ist, werden *spätere* Liebesbeziehungen sozusagen "überschattet" von der alten Fixierung an die Mutter. Mehr noch: Da sexuelle Beziehungen zur Mutter dem **Inzest-tabu** unterliegen, werden alte, "anachronistische" Ängste vor Bestrafung aktualisiert, die z.B. zu dem Symptom der Impotenz führen können:

Bei unserem Patienten war die neurotische Fixierung an die Mutter dadurch zustande gekommen, daß diese sich von ihrem Mann scheiden ließ, als der Sohn drei Jahre alt war. Es gab keine positive Identifikationsmöglichkeit mit dem Vater, auch nicht mit anderen Männern, und die Mutter solidarisierte sich mit ihrem (einzigen) Kind und machte es zum Partnerersatz über viele Jahre seiner Kindheit hinweg. Durch die neue, eher mütterliche Freundin (acht Jahre ältere Studienrätin!) war der innerseelische Konflikt (die Liebe zur Mutter und das Verbot einer inzestuösen Beziehung zu ihr) wieder aktualisiert worden, und das neurotische Symptom (die Impotenz) verhinderte den "verbotenen" sexuellen Vollzug, wobei all das dem Patienten natürlich nicht bewußt war (s. auch S. ###).

Neurotische Symptome entstehen nicht unbedingt schon in der Kindheit, sondern oft erst dann, wenn durch eine "**auslösende Situation**" der ursprüngliche, kindliche neurotische Konflikt wieder aktualisiert wird (s.S. ###). Dies geschieht häufig im jungen Erwachsenenalter (z.B. wenn es zu ersten sexuellen Kontakten kommt), und deshalb spricht *C.G.Jung* von den Neurosen "der jungen Leute", die von *Sigmund Freud* und *Alfred Adler* beschrieben und behandelt wurden.

Alfred adlers auffassung der neurose

Bevor wir uns näher mit den Neurosen der Lebenswende im Sinne von *C.G. Jung* beschäftigen und damit wieder mehr beim Thema der "midlife-crisis"

sein werden, möchte ich noch etwas zu *Alfred Adler* sagen. Er lebte von 1870 bis 1937, war wie *Freud* Arzt in Wien und einige Jahre (1902 bis 1911) an den wöchentlichen Diskussionen mit *Freud* und seinen Anhängern in der Anfangsphase der Psychoanalyse beteiligt. Er übernahm sogar führende Positionen in der psychoanalytischen Bewegung dieser Zeit.

Seine Ansichten über die Ursachen der Neurose wichen aber von Anfang an von denen *Freuds* ab, so daß er sich schließlich ganz von ihm trennte und seine "**Individualpsychologie**"

entwickelte, die besonders in den Vereinigten Staaten von *Amerika* Fuß faßte und intensiven Einfluß auf die *Pädagogik* in der ganzen Welt nahm. Adler sah nicht die Sexualität als den wichtigsten Trieb des Menschen an, sondern den Aggressionstrieb und damit den "*Machttrieb*".

Nach seiner Auffassung steht am Anfang der Entwicklung des Menschen immer das

"**Minderwertigkeitsgefühl**" des kleinen Kindes, das in der Auseinandersetzung mit den Erwachsenen und den älteren Geschwistern unvermeidlich und somit "*normal*" ist.

Wird dieses Minderwertigkeitsgefühl durch fehlende Ermutigung, autoritäre Erziehung, häufiger auch durch körperliche oder seelische Schwäche ("*Organminderwertigkeiten*") übermäßig "ausgebaut", so versucht das Kind bzw. später der Erwachsene, dieses verstärkte Minderwertigkeitsgefühl durch "**Überkompensation**" zu überwinden. Das kann durchaus gelingen: Dann

entstehen unter Umständen künstlerische oder wissenschaftliche Leistungen dieses mit einem verstärkten Minderwertigkeitsgefühl behafteten "*nervösen Charakters*", wie *Adler* den überkompensierenden Menschen nennt, der noch nicht eine Neurose entwickelt hat. Beim *Neurotiker* aber *mißlingt* der Versuch der Überkompensation. Er wird "*entmutigt*" und entwickelt in dieser Situation neurotische *Symptome*, mit denen er das *Scheitern* seines Lebensplanes, das Nichterreichen seiner hoch gesteckten Ziele begründen und *rechtfertigen* kann. *Adler* betont, der Unterschied zwischen dem Gesunden und dem "Nervösen" liege in der stärkeren "*Sicherungstendenz*" des Kranken, mittels derer er seinen Lebensplan ausstattet. Die "*Zielsetzung*" sei immer die gleiche: *Alles* Seelische ist auf ein "*Ziel der Überlegenheit*" ausgerichtet. Und wenn dies nicht real zu erreichen ist, dann werden "*Arrangements*", Krankheitssymptome und vieles mehr eingesetzt, um die "*Fiktion der Überlegenheit*" aufrechterhalten zu können. Somit haben neurotische Symptome für *Adler* einen *Zweck*, der - allerdings unbewußt - von dem Patienten verfolgt wird: *Adler* beschreibt (#) den Fall eines 30-jährigen Mannes, der sich die "Gunst eines wertvollen Mädchens" errungen hat, so daß die Verlobung geplant ist. Er setzt der Freundin aber mit "Erziehungsidealen" und maßlosen "Anordnungen" so zu, daß sie weiteren Prüfungen durch den Abbruch der Beziehung aus dem Wege geht. Nun

stürzt der Mann in "nervösen Anfällen" zusammen, d.h. er entwickelt neurotische Symptome. Adler analysiert, daß "das Ziel der Überlegenheit bei diesem Patienten, wie es sich in den herrschsüchtigen Anforderungen an die Braut ergab, schon längst zu einer Ausschaltung der Ehe gedrängt hatte, und daß er, ohne es zu verstehen, selbst dem Bruch zutreiben mußte, weil er sich dem offenen Kampfe, als den er sich die Ehe ausmalte, nicht gewachsen glaubte. Auch dieser Zweifel an sich selbst stammte aus seiner frühesten Kindheit, wo er als einziger Sohn ziemlich abgeschlossen von der Welt mit seiner früh verwitweten Mutter lebte. Aus dieser Zeit, die sich in fortwährenden Kämpfen abwickelte, hat er den unauslöschlichen Eindruck gewonnen, den er sich offen nie eingestanden hätte: als sei er nicht männlich genug, als würde er nie einer Frau gewachsen sein." (#)

Es war also ein unbewußtes "Arrangement", mit dem er die Eheschließung verhinderte. Dabei blieb er entsprechend seinem neurotischen Lebensplan der Stärkere gegenüber der Frau: "Was immer wir sonst unter Liebe verstehen wollen, sie ist in diesem Falle nicht qualifiziertes Gemeinschaftsgefühl, sondern nur ihr Schein, ihre Karikatur, nur Mittel zum Zweck. Letzterer aber ist: endlich den Triumph über ein geeignetes weibliches Wesen zu erzwingen. Deshalb die fortgesetzten Prüfungen und Forderungen, deshalb auch die mit Sicherheit zu erwartende Lösung des Verhältnisses. Diese Lösung hat sich nicht 'ereignet', sie wurde kunstgerecht inszeniert, und

ihr Arrangement erfolgte mit den alten Mitteln einer Erfahrung, wie der Mann sie an seiner Mutter geübt hatte. Eine Niederlage in der Ehe schien ausgeschlossen, weil er die Ehe verhinderte." Die Krankheit aber wird gleichzeitig noch ein Mittel zum "Oben-auf-Sein": "Den nervösen Zusammenbruch aber konstruiert er gleichfalls mit den alten verstärkten Mitteln seiner Erfahrung ... ähnlich wie als Kind ... Da sinkt die Schale mit der Schuld der Geliebten, und er selbst überragt sie an Gesittung und Charakter und siehe: er hat erreicht, nach was er Sehnsucht trug, er ist der Überlegene, er ist der Bessere, sein Partner aber ist 'schlecht wie alle Mädchen'. Sie können sich mit ihm, dem Manne nicht messen. So hat er die Verpflichtung, die er schon als Knabe fühlte, erfüllt, er hat gezeigt, daß er höher steht als das weibliche Geschlecht, ohne seine Kraft auf die Probe zu stellen." (#)

C.G. Jungs Konzept der Neurose

Der dritte große *Tiefenpsychologe* dieses Jahrhunderts ist *Carl Gustav Jung* (1875 - 1961). Er stammt aus einer Schweizer Pastorenfamilie und war Assistent bei dem berühmten Psychiatrieprofessor *Eugen Bleuler* in Zürich, der z.B. den Begriff "Schizophrenie" geprägt hat. Auch *Jung* arbeitete eine Zeitlang (1907 - 1913) intensiv mit *Freud* zusammen und galt in diesen Jahren als sein "Kronprinz", bis es zum Bruch mit dem Begründer der Psychoanalyse kam und *C.G. Jung* seine "**Analytische Psychologie**" oder "**Komplexe Psychologie**" entwickelte, eine

Psychotherapierichtung, die er als die "*Synthese*" der *Freudschen "Thesis"* und der *Adlerschen "Antithesis"* auffaßte.

Jung vertrat die Meinung, daß die Neurosen *junger* Leute in der Regel aus einem Zusammenstoß zwischen den Mächten der Realität und einer "ungenügenden *Einstellung*" entstehen, welche ursächlich (*kausal*) durch Abhängigkeiten von den Eltern, zweckgerichtet (*final*) durch unzulängliche Zielsetzungen charakterisiert sind. (#)

C.G.Jung erwähnt in diesem Zusammenhang den "Kirchenvater und Philosophen" *Augustinus* (354 - 430). Dieser unterscheidet "zwei Hauptsünden, die eine ist die *concupiscentia*, die Begehrlichkeit, und die andere die *superbia*, die Überheblichkeit. Erstere entspricht dem *Freud-*schen *Lustprinzip*, letztere dem *Machtwillen*, dem Obenseinwollen *Adlers*. Es handelt sich um zwei Menschengruppen mit verschiedenen Ansprüchen. Diejenigen, deren Charakteristikum das infantile *Lustsuchen* ist, sind meistens solche, denen die Befriedigung inkompatibler Wünsche und Triebe mehr am Herzen liegt als die soziale Rolle, die sie spielen könnten; darum sind es oft *wohlsituierte*, sogar erfolgreiche Leute, die sozial angekommen sind. Diejenigen aber, welche 'oben' sein *wollen*, sind meist Leute, die entweder in Wirklichkeit unten sind oder sich wenigstens *einbilden*, nicht die Rolle zu spielen, welche ihnen eigentlich zukäme. Es sind darum häufig Menschen, welche

Schwierigkeiten mit der *sozialen Anpassung* haben und deshalb mit *Machtfiktionen* ihre Unterlegenheit zu bemänteln versuchen. Man kann natürlich *alle* Neurosen nach *Freud* oder *Adler* erklären, aber in der praktischen Behandlung tut man besser daran, den Fall vorher genau anzusehen." (#)

Das problem der lebenswende

C.G. Jung ist also der Meinung, daß man die Neurosen *junger* Menschen sehr wohl nach den *Freudschen* oder den *Adlerschen* Gesichtspunkten analysieren kann. Dagegen hätten die Neurosen an der *Lebenswende*, mit denen sich *Jung* bevorzugt beschäftigt, eine *ganz andere* Dynamik. Hier geht es nicht mehr um Macht oder Sexualität, sondern hier geht es um die *Sinnfrage* des Lebens und den Versuch einer Selbstfindung, einer "*Individuation*", wie *Jung* es nennt. Zu einer Krise oder gar einer Neurose kommt es, wenn der alternde Mensch auf seine zweite Lebenshälfte *nicht* vorbereitet ist oder sich *weigert*, das Alter anzunehmen. So wie der *junge* Neurotiker nicht erwachsen wird, weil er an seiner Kindheit fixiert bleibt, so fixiert sich der *alte* Neurotiker an den Zielen und Freuden der ersten Lebenshälfte. In seiner Arbeit "*Die Lebenswende*" führt *Jung* dazu aus:

"Das Schlimmste an all diesen Dingen ist, daß kluge und gebildete Menschen dahinleben, ohne von der Möglichkeit solcher Veränderungen zu wissen. Gänzlich unvorbereitet treten sie die

zweite Lebenshälfte an. Oder gibt es irgendwo Schulen, nicht bloß Hoch-, sondern Höhere Schulen für Vierzigjährige, die sie ebenso auf ihr kommendes Leben und seine Anforderungen vorbereiten, wie die gewöhnlichen und Hochschulen unsere jungen Leute in die Kenntnis von Welt und Leben einführen?

Nein, aufs tiefste unvorbereitet treten wir in den Lebensnachmittag, schlimmer noch, wir tun es unter der falschen Voraussetzung unserer bisherigen Wahrheiten und Ideale. Wir können den Nachmittag des Lebens nicht nach demselben Programm leben wie den Morgen, denn was am Morgen viel ist, wird am Abend wenig sein, und was am Morgen wahr ist, wird am Abend unwahr sein. Ich habe zu viele alte Leute behandelt und in die Geheimkammern ihrer Seelen geblickt, um nicht von der Wahrheit dieser Grundregel erschüttert zu sein.

Der alternde Mensch sollte wissen, daß sein Leben nicht ansteigt und sich erweitert, sondern daß ein unerbittlicher innerer Prozeß die Verengerung des Lebens erzwingt. Für den jugendlichen Menschen ist es beinahe eine Sünde oder wenigstens eine Gefahr, zuviel mit sich selbst beschäftigt zu sein; für den alternden Menschen ist es eine Pflicht und eine Notwendigkeit, seinem Selbst ernsthafte Betrachtung zu widmen." (#)

Gibt es Schulen für Vierzigjährige?

C.G.Jung vergleicht unser Leben mit der auf- und untergehenden Sonne, und er macht uns keine Illusionen. Er sagt: *"Um zwölf Uhr mittags beginnt der Untergang. Und der Untergang ist*

die Umkehrung aller Werte und Ideale des Morgens." (#)

Das klingt vielleicht schon etwas abstrakt, zu philosophisch oder sogar *religiös*? In der Tat korrigiert sich *Jung* in seiner Aussage, daß es keine Schulen für Vierzigjährige gebe. Das sei nicht ganz wahr. Unsere **Religionen** seien seit alters her solche Schulen oder waren es einmal. Doch er fügt hinzu: "Aber für wie viele sind sie es noch?"

Es ist nicht Aufgabe des Psychologen oder Psychotherapeuten, die Lösung von Problemen und Krisen der Kirche zu übergeben. Er kann bestenfalls darauf hinweisen, daß es da auch einen *Glaubensweg* oder metaphysischen Zugang gibt, für den er sich jedoch nicht als kompetent ausweisen kann.

Der Therapeut ist einer Wissenschaft verbunden, die aus Erfahrung, also aus **Empirie** heraus, bestimmte Regeln aufgestellt hat. Diese sagen uns z.B., daß jemand, der in seinen ersten 40 oder 50 Lebensjahren zu *einseitig* gelebt hat, zur Lebenswende an einer Neurose erkranken kann. Daraus läßt sich ableiten, daß es therapeutisch sinnvoll ist, diese Einseitigkeit *abzubauen*, damit die vernachlässigten, vielleicht sogar unbewußten Anteile der Persönlichkeit zu ihrem Recht kommen. Der einseitige Wissenschaftler

Was bedeutet das konkret? Da hat ein Wissenschaftler sein ganzes Leben in den Dienst seiner Forschung gestellt. Er war erfolgreich, aber einseitig. Er ist, wie *C.G.Jung* sagen würde, ein

introvertierter Denktyp, d.h. die Außenwelt, die Objekte um ihn herum sind ihm wenig wichtig, sofern sie nicht von wissenschaftlichem Interesse scheinen. Sein Denken ist geschult und diszipliniert. Aber seine Gefühlswelt ist die "*minderwertige*" Funktion. Das bedeutet *nicht*, daß er keine Gefühle hätte, eher das Gegenteil. Er hat keine rechte *Gewalt* über sie, er reagiert oft gereizt, bekommt Wutanfälle dramatischer Art, besonders zu Hause, und er leidet - manchmal - sogar unter Angstzuständen. Seine Ehe ist intakt, aber gefühlsmäßig auf "kleiner Flamme". Dieser Mann, der seine Gefühle und seine Außenwelt vernachlässigt hat, kommt vielleicht als *Patient* wegen seiner "*unerklärlichen Angstzustände*" in unsere psychotherapeutische Behandlung. Oder er gerät erst mit 67 Jahren - so lange dürfen Universitätsprofessoren arbeiten! - in eine schwere *Depression*, weil er mit dem Ruhestand nichts anfangen kann. Oder aber - auch diese Möglichkeit könnte man sich vorstellen - er bleibt *gesund*, weil ihm das Schicksal eine gute geistige Schaffenskraft beschert hat, die es ihm ermöglicht, bis ins hohe Alter oder bis zum Tode seiner wissenschaftlichen Beschäftigung nachzugehen, und weil ihm eine Ehefrau und Kinder gegeben wurden, die seine emotionale Distanziertheit, seine Launen und seine Zerstreuung tolerieren können und ihn trotzdem lieben. Es ist paradox: im letzteren Falle bleibt er zwar gesund, aber er hat im Grunde seine "*neurotische Einseitigkeit*" nie korrigiert!

Die extravertierte Geschäftsfrau

Nehmen wir nun ein *entgegengesetztes* Beispiel: Da hat sich eine Frau in ihrem Leben ganz auf ihr *Gefühl* und ihre *Intuition* verlassen. Auch sie war damit - beruflich - erfolgreich. Sie besitzt mehrere Modegeschäfte, hat einen großen Freundeskreis, einen Mann, der in der Politik eine Rolle spielt, sie selbst ist attraktiv und charmant, kurz, es handelt sich um eine Frau, die ob ihres Lebens viel beneidet ist und von der man annehmen möchte, daß sie mit sich und ihrer Umwelt *zufrieden* ist, im Einklang steht.

Mit ihrer *Umwelt* schon; denn alles in ihrem Leben unterlag diesem Kriterium: *Wie komme ich auf der Bühne des Lebens an?* Und das hat geklappt. Aber die *Introversion*, die Besinnung auf sich selbst, kam zu kurz in ihrem Leben. Folgeschwer auch die Tatsache, daß sie die Welt nicht so sehen konnte, wie sie in *Wirklichkeit* ist, nämlich *auch* voller Elend, voller Scheußlichkeiten und Aggressionen. Diese strahlende Persönlichkeit unternimmt im Alter von 45 Jahren einen **Suizidversuch**, den keiner versteht. In der Therapie kristallisiert es sich heraus: So wie der erwähnte Professor mehr auf die Welt, auf seine Familie zugehen muß, so ist es *ihre* Aufgabe, einen **Sinn für sich selbst** zu finden, abgekoppelt von den Bestätigungen und Komplimenten der Umwelt. Sie war ja nicht autonom, sondern letztlich total *abhängig* von ihrer Umwelt, das heißt einseitig **extravertiert**.

Ein Ausgleich der Geschlechter

Wir können auch *andere* seelische Anteile in uns *vernachlässigen*, zum Beispiel, da wir **bisexuell** veranlagt sind, den andersgeschlechtlichen Anteil in uns. Einfacher ausgedrückt: Der *Mann* kann seine *weiblichen* Anteile vernachlässigen oder verdrängen, die *Frau* ihre *männlichen*.

Bemerkenswerterweise findet nun an der Lebenswende *physiologisch* (also natürlicherweise) ein Ausgleich statt, d.h. der Mann wird ein Stück weiblicher, die Frau etwas männlicher. Dies mag Folge der *hormonellen* Situation des Menschen in diesem Alter sein: Die Ausschüttung von **Hormonen** des eigenen Geschlechts ist rückläufig, so daß die Hormone des anderen Geschlechts sich relativ stärker auswirken.

Es kommt so zu einer Art *Umkehr* der psychischen Geschlechtsmerkmale:

"Männer in der Lebensmitte entwickeln eine breiter gefächerte Sinnlichkeit, werden empfänglicher für urtümliche Freuden und Schmerzen, weniger aggressiv, mehr interessiert an Liebe als an Eroberung und Macht. Umgekehrt entwickeln Frauen in den dreißiger und vierziger Jahren häufig einen bis dahin unbekanntem Drang zur Selbstbehauptung, zum Konkurrenzverhalten, zu vergleichsweise harten Reaktionen", meint Schreiber. (#)

C.G. Jung drückt dies noch etwas pointierter aus: "Sehr häufig sind diese Verwandlungen begleitet von Ehekatastrophen aller Art, denn es ist nicht allzu schwer, sich vorzustellen, was es dann gibt, wenn der Mann seine zarten Gefühle und die Frau

ihren Verstand entdeckt."(#)

Hormone und Klimakterium

Die *Hormone* spielen an der Lebenswende ohnehin eine wichtige Rolle. Das **Klimakterium** der Frau bedeutet - physiologisch gesehen - einen gewaltigen Einschnitt in ihren Hormonhaushalt und damit auch in ihre psychische Befindlichkeit. Insofern ist die "*Mitte des Lebens*" bei der Frau durch die körperlichen Umstellungen besonders prägnant, wobei sich dieser "Wechsel" in der Tat über eine ganze Reihe von Jahren erstrecken kann, weshalb ja auch von Wechsel*jahren* die Rede ist.

Der ganz konkrete Zeitpunkt der *letzten* Regel, der meist erst im nachhinein als solcher identifiziert werden kann, wird als "**Menopause**" (Aufhören der Monatsblutung) bezeichnet. Schon einige Jahre *vor* diesem Zeitpunkt werden Eisprung und Gelbkörperbildung im Eierstock *seltener*, d.h. die Fruchtbarkeitsperiode der Frau neigt sich dem Ende zu, und die weiblichen Geschlechtshormone, zunächst insbesondere das Gelbkörperhormon *Progesteron*, nehmen ab, wobei das Follikelhormon *Östrogen* erst zum Zeitpunkt der Menopause abfällt, dann aber sehr *abrupt* und *steil*:

Östrogen- und Progesteron-Spiegel im Blut, nach Lauritzen, Ch. (#)

Die drei bis fünf Jahre vor der letzten Regelblutung werden als "*Prämenopause*" bezeichnet, die bereits durch Unregelmäßigkeiten der Menstruation und den Beginn erster Wechseljahresbeschwerden (Hitzewallungen, Schwitzen, Nervosität z.B.) gekennzeichnet ist. Die Zeit *um* die letzte Regelblutung wird "*Perimenopause*" genannt, danach spricht man von "*Postmenopause*" bis etwa zum 65. Lebensjahr. Das Klimakterium umfaßt also einen ganzen Lebensabschnitt, der ungefähr vom 45. bis zum 65. Lebensjahr dauert. (#)

In dieser Zeit gibt es viele Veränderungen für die Frau im Biologischen wie auch im psycho-sozialen Umfeld, und es ist wissenschaftlich durchaus umstritten, ob die typischen

"*Wechseljahresbeschwerden*" nun ausschließlich hormonbedingt sind oder *auch* durch *psychische* und *soziale* Veränderungen im Leben der Frau erklärt werden können.

die "Klimakterische Depression"

Deshalb wird in Psychiatrie und Psychotherapie die Diagnose "*Klimakterische Depression*" nicht von allen Schulrichtungen akzeptiert. Die Bezeichnung suggeriert ja eine *Verursachung* der Depression durch das Klimakterium, also durch die *Hormonumstellung*. Nun müssen wir aber leider oft feststellen, daß durch eine *Hormonbehandlung* zwar eine Reihe klimakterischer Beschwerden gebessert wird (z.B. die "fliegende Hitze" und die Scheidentzündungen), die depressiven Verstimmungen häufig aber *nicht*.

Eine Depression *in der Zeit* des Klimakteriums kann eben auch *reaktiv* psychisch verursacht sein durch belastende *Lebensumstände* in dieser Phase (Krankheit, Weggang der Kinder, Bedrohung des Arbeitsplatzes, Eheprobleme). Oder sie mag *Symptom* einer *Neurose* sein, die z.B. manifest wurde, weil die betreffende Frau mit dem *Verlust* weiblicher Attraktivität nicht zurechtkommt oder weil sie das *Ende* der Fortpflanzungsfähigkeit nicht akzeptieren kann oder weil die Konfrontation mit dem Altern eine Neurose der Lebenswende im Sinne *C.G. Jungs* auslöst (s.S. ###). Es handelt sich also bei dem "***klimakterischen Syndrom***" um ein sehr *komplexes* psycho-somatisches wie auch somato-psychisches Zusammenspiel vor dem Hintergrund der Frage: Wie bewältigt *diese* Frau in *dieser* Kultur und *dieser* Lebenssituation ihre hormonelle Umstellung?

So hat man z.B. in *Indien* feststellen können, daß in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe das Klimakterium völlig *symptomlos* verläuft. Bei diesen Indern kann die Frau erst *nach* der Menopause einen höher bewerteten Platz in der Gesellschaft erwerben. Die ältere Frau ist nicht mehr jeden Monat mit Menstrualblut "verunreinigt", und es stehen ihr somit Berufe mit größerem Prestige offen. Aus diesen Ergebnissen wurde gefolgert, daß in einer Gesellschaft, die das Klimakterium *positiv* beurteilt, die Wechseljahre nicht die Konsequenzen für die Frau haben wie in einer Gesellschaft, die dem Alter abschätzig ge-

genübersteht und die, wie z.B. die unsrige, einem "**Jugendlichkeitswahn**" verfallen ist. Dazu paßt auch die Beobachtung, daß die Medizingeschichte der Antike und des Mittelalters, das Studium von Zeiten also, in denen der *alte Mensch* wichtig war und oft Führungspositionen innehatte, kaum über klimakterische Beschwerden berichtet. (#)

Welche Bedeutung haben Östrogene?

Für unseren Kulturkreis bleibt jedoch die Tatsache, daß viele Frauen unter *behandlungsbedürftigen* Wechseljahresbeschwerden zu leiden haben, und zwar nicht nur in der Perimenopause, sondern schon in der Prämenopause und auch noch in der Postmenopause. Dabei ist für unser Thema bemerkenswert, daß "**depressive Verstimmungen**" in der Peri- bzw. Postmenopause *häufiger* genannt werden als alle sonstigen Beschwerden (mit 72 bzw. 76 Prozent!), wobei *andere psychische* Symptome wie Nervosität, Reizbarkeit und Ängste noch nicht einmal bei den "depressiven Verstimmungen" mit enthalten sind! (#)

Eher zu den *körperlichen* Symptomen zu rechnen sind Hitzewallungen, Schwitzen, Schwindel, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Gewichtszunahme. Neben diesen "*subjektiven* Beschwerden" müssen noch die "*objektiv* nachweisbaren Organveränderungen" erwähnt werden, bei denen der ursächliche Zusammenhang mit **Östrogenmangel** eindeutiger belegt ist: Haut-

und Schleimhaurückbildung, Haarausfall (durch Überwiegen der männlichen Hormone), Rückbildung und Funktionsstörungen von Scheide, Harnröhre und Blase, Rückbildung der Brüste, Anstieg des Blutdrucks, Knochenschwund (Osteoporose), Gelenkbeschwerden, Veränderungen des Fettstoffwechsels und Arterienverkalkung mit ihren Folgen (Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall). Fast alle diese Störungen können durch Behandlung mit Östrogenen gebessert oder sogar verhindert werden. Professor *Christian Lauritzen*, Spezialist auf dem Gebiet Klimakterium und Hormonbehandlung, schreibt dazu in seinem lesenswerten Patientenratgeber (#):

"Das Wissen darüber, welche Fortschritte die Medizin auf dem Gebiet der Behandlung der Wechseljahre und der Verhütung der bedeutendsten Alterserkrankungen gemacht hat, ist der Öffentlichkeit leider viel zu wenig bekannt und wird häufig auch durch unbegründete Vorurteile blockiert. Dabei handelt es sich zweifellos um eines der wichtigsten Ergebnisse des medizinischen Fortschritts in den letzten Jahrzehnten."

"Diese Östrogenwirkungen sind tatsächlich eindrucksvoll, und man kann sich nicht deutlich genug vor Augen führen, welches Maß an menschlichem Leid durch die vorbeugende Östrogeneinnahme verhindert werden kann." Vorbehalte gegenüber den Hormonen Nicht unerwähnt bleiben soll, daß es sogar unter Medizinern, bemerkenswerterweise gerade unter

Ärztinnen, Stimmen gibt, die Vorbehalte gegenüber der Östrogenbehandlung geltend machen, insbesondere gegenüber einer *regelmäßigen* prophylaktischen (vorbeugenden) Hormonbehandlung bei *jeder* Frau. In ihrem "Handbuch zur Lebensmitte der Frau" (#) befragt die Journalistin *Sylvia Schneider* die Gynäkologin *Dr. Barbara Ehret-Wagener*, was sie denn *ihren* Patientinnen in den Wechseljahren empfiehlt. Die Antwort möchte ich hier auszugsweise referieren, unter anderem deshalb, um zu diesem "Frauen-Thema" schließlich auch *Frauen* zu Wort kommen zu lassen:

"Es gibt eine Art Count-down der Behandlung: Am besten ist es, erst einmal eine Weile abzuwarten. Oft vergehen die Beschwerden von selbst wieder. Oder es läßt sich mit ihnen leben. Ist das nicht der Fall, würde ich zu natürlichen Mitteln greifen und homöopathische Präparate oder Pflanzenarzneien verordnen. Sie helfen in vielen Fällen. Die Präparate aus dem Mönchspfeffer bewirken zum Beispiel oft wahre Wunder. Wenn das nicht ausreicht, können zusätzlich Kälbermilzdialysat-Präparate verordnet werden. Das hat sich ebenfalls sehr bewährt.

Erst wenn das nicht hilft, verordne ich zunächst einmal sehr niedrig dosierte, individuell abgestimmte Hormontropfen. Dann folgen notfalls alle anderen Hormonpräparate. Wenn Frauen in meine Praxis kommen und unbedingt Hormone haben wollen, dann verschreibe ich sie ihnen auch. Sie sollen nicht den Eindruck bekommen, ich wolle

ihnen etwas vorenthalten oder gönne ihnen etwas nicht. Es ist selten etwas dagegen einzuwenden, daß Frauen einmal für kurze Zeit ausprobieren, ob Hormone bei ihnen etwas bringen oder nicht..."

(#)

(Die Hormonwerbung)... "ist verführerisch, weil sie uns vorgaukelt, wir könnten ewig jung sein. Das paßt natürlich hervorragend in unsere Zeit und zu unseren Träumen. Und besticht wohl auch die meisten männlichen Ärzte ... Das Selbstbestimmungsrecht der Frau halte ich aber für außerordentlich wichtig! Wir müssen diesen Weg nicht gehen. Eine Frau ist nicht weniger Frau, nur weil sie Hormone ablehnt. Keine Frau sollte sich einreden lassen, sie bräuchte Hormone bis an ihr Lebensende, um eine richtige Frau zu bleiben. Wir sind niemandem eine Rechtfertigung schuldig, wenn wir eine solche Behandlung nicht wollen. Nur eine Frau selbst sollte entscheiden, ob sie sich als behandlungsbedürftig empfindet oder nicht. Und Frauen haben meist ein untrügliches Gespür dafür, wann ihnen was guttut. Und wann sie sich vielleicht einmal in einer sehr angespannten Situation durch Hormone entlasten wollen, die manche Symptome beseitigen." (#)

Auch wenn der Zusammenhang zwischen *Hormonstatus* und *Befindlichkeit* wissenschaftlich zunehmend abgeklärt werden konnte, bleibt ein statistischer Befund bemerkenswert, nämlich der, daß bei weitem *nicht alle* Frauen mit behandlungsbedürftigen klimakterischen Beschwerden zu tun haben. Danach leidet nur ein *Drittel* der Frauen unter

schweren Problemen im Klimakterium, ein Drittel hat eine *mittelstarke* Symptomatik, und immerhin ein Drittel der Frauen hat keine bzw. lediglich leichte Beschwerden.

Problemhäufung in der Lebensmitte?

Dies weist nochmals darauf hin, daß sowohl die *Persönlichkeit* der einzelnen Frau, wie auch deren soziale Situation, ihre *Lebensverhältnisse* also, dafür verantwortlich sind, in welchem Grade klimakterische Symptome auftreten. Man darf ja nicht vergessen, daß *midlife crisis* und Klimakterium zeitlich oft zusammenfallen und sich wechselseitig verstärken können. Gerade im Alter um die *Fünfzig* gibt es in unserer Gesellschaft viele Belastungen. Die Psychologie-Professorin *Ursula Lehr*, kurze Zeit auch Familienministerin in der Bundesregierung, spricht in einer ihrer wissenschaftlichen Arbeiten von einer "**Konfliktkumulation**", einer Anhäufung von Konflikten und Belastungen bei den klimakterischen Frauen: Es gebe z.B. Auseinandersetzungen mit den erwachsen werdenden und das Elternhaus verlassenden *Kindern*; die eigenen alternden, eventuell hilfsbedürftigen *Eltern* verlangen besondere Zuwendung und können auf einmal wieder an die Tochterrolle erinnern; der *Partner* - häufig auf dem Höhepunkt seiner beruflichen Entwicklung angelangt - kann zunehmend als fremdgeworden oder "entfernter" erlebt werden. (#)

Ein psychosomatisches Heilverfahren

Beispiel für eine solche "Konfliktkumulation" ist der folgende Fall eines "*schweren, depressiv*

gefärbten psycho-physischen

Erschöpfungszustandes", eine Diagnose, die in psychosomatischen Kliniken nicht selten gestellt wird. In diesem Zusammenhang möchte ich auch einmal den Verlauf einer *psychosomatischen Heilbehandlung* beschreiben.

Frau Karin L. - 52 Jahre alt - hat mit einem Attest ihres Hausarztes eine Heilbehandlung beim Rentenversicherungsträger (in diesem Fall bei der BfA) beantragt, weil sie sich im letzten Jahr völlig erschöpft und ausgelaugt, antriebsschwach und lustlos, ständig mit den Tränen kämpfend erlebt hat. Sie leidet vermehrt unter Migräneanfällen und schläft schlecht, zumindest fühlt sie sich am Morgen nie ausgeruht. An Gewicht hat sie ungewollt zugenommen, da ihr die Kraft fehlt, sich in ihrem Eßverhalten zu kontrollieren, und so ist sie nicht nur mit ihrer Leistung, sondern auch mit ihrer Figur unzufrieden, mag sich im Spiegel nicht mehr ansehen. Die Menstruation kommt noch regelmäßig, typische klimakterische Beschwerden sind bisher nicht aufgetreten.

In Zeiten der Entlastung (z.B. Urlaub) geht es ihr meist nach kurzer Zeit wesentlich besser. Sie hat dann das Gefühl, daß der "der Akku sich wieder auflädt". Aber ebenso schnell entleert er sich im Alltag wieder, und die abnorme Erschöpfbarkeit stellt sich erneut ein.

Frau L. muß wegen der beantragten Rehabilitationsmaßnahme zu Gutachtern: Zunächst kommt sie in die Praxis eines Internisten, der eine "vegetative Dystonie"

diagnostiziert und ein "psychosomatisches Heilverfahren" empfiehlt. Infolgedessen wird Frau L. noch durch einen zweiten Gutachter, einem an ihrem Wohnort niedergelassenen Nervenarzt, untersucht. Sie ist zunächst etwas befremdet, denn noch nie hat sie in ihrem Leben psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Doch das Gespräch mit dem Arzt, der ihr sympathisch ist, empfindet sie als angenehm und entlastend, weil sie einmal ausführlich über ihre Probleme mit einem Fachmann sprechen kann, von dem sie sich verstanden fühlt.

Der Psychiater stellt die Diagnose "Erschöpfungsdepression in der Prämenopause" und befürwortet ebenfalls ein Heilverfahren in einer psychotherapeutisch-psychosomatischen Rehabilitationsklinik. Beide Gutachten, das des Internisten und das des Nervenarztes, gehen an die "Reha-Abteilung" der BfA in Berlin. Dort werden die medizinischen Unterlagen durch Ärzte geprüft, die dann aufgrund der vorliegenden Diagnosen eine bestimmte Rehaklinik aussuchen, in der Regel fernab vom Wohnort der Patientin. - Etwa drei Monate nach Antragstellung erhält Frau L. die Nachricht aus Berlin, daß ihr "medizinische Leistungen zur Rehabilitation" bewilligt wurden, und zwar für die Dauer von 6 Wochen in der Rehaklinik X in Bad Y.

Frau L. ist über die Länge des Heilverfahrens (noch nie war sie sechs Wochen von zu Hause fort!) erstaunt und beunruhigt. Dennoch wartet sie nun sehnsüchtig auf einen Termin von der Klinik, der

aber nochmals drei Monate auf sich warten läßt. Frau L. wurde, weil sich ihre gesundheitliche Verfassung weiter verschlechterte, inzwischen vom Hausarzt krankgeschrieben, wodurch nur eine geringe Zustandsbesserung eintrat, denn die Hauptbelastungen der Patientin liegen im privaten Bereich. Wegen des Krankengeldbezuges drängt nun auch die Krankenkasse auf den Beginn der Reha-Maßnahme.

Schließlich ist der Aufnahmetag da. Sie reist mit sehr zwiespältigen Gefühlen von zu Hause weg. Der Gesundheitszustand, insbesondere ihre psychische Verfassung, läßt sie zweifeln, ob sie "in der Fremde" überhaupt zurechtkommen, ob sie Anschluß finden und von den Behandlungen profitieren wird. Sie hat auch Angst vor dem, was mit "psychosomatischer Behandlung" gemeint ist, obwohl sie entsprechende Informationen über den Charakter des Heilverfahrens vorab von der BfA erhalten hat. Andererseits hegt sie große Hoffnungen, daß ihr allein schon die Entlastung vom Alltag guttun wird, darüber hinaus die Therapien helfen können, aus ihrem quälenden Zustand herauszukommen und zu lernen, in Zukunft mit den Belastungen besser umzugehen. Ihre Erwartungsängste waren verständlich, aber unnötig. Schon nach wenigen Tagen hat sich Frau L. in der Klinik eingelebt und geht intensiv den von ihrer Stationsärztin verordneten Therapien nach: den physikalischen Anwendungen wie Massagen und Fangopackungen, balneologischen Maßnahmen wie Fichtennadel- und Kohlensäurebädern, den Bewegungstherapien wie

Gruppengymnastik und Bewegungsbad, den Entspannungstherapien in Form des Autogenen Trainings, kreativen Tätigkeiten wie Seidenmalerei oder Singen, dem "Gesundheitstraining", in dem sie den Umgang mit Stress und kontrolliertes Essverhalten lernt, und schließlich der Gruppenpsychotherapie, in der sie den Ursachen ihres Zustandes auf den Grund gehen möchte.

Zwischen den Generationen

In der Psychotherapie, wie auch schon in dem Vorgespräch beim Gruppentherapeuten und dem ausführlichen Aufnahmegespräch durch die Stationsärztin wurde folgende "Konfliktkumulation" bei dieser Patientin deutlich:

Frau L. ist in einem harmonischen Elternhaus aufgewachsen und hat stets eine sehr positive Beziehung zu Mutter und Vater gehabt. Sie lernte Apothekenhelferin und übte diesen Beruf mit viel Engagement und Freude aus. Ihre Berufstätigkeit hatte sie lediglich wegen "Kinderpausen" unterbrochen. Sie heiratete mit 24 Jahren und hat eine inzwischen 27-jährige Tochter und einen Sohn von 25 Jahren. Ihr gleichaltriger Mann ist als Diplom-Ingenieur sehr erfolgreich tätig. Die Familie besitzt ein eigenes Haus, die Tochter ist schon verheiratet, lebt mit Mann und einem zweijährigen Sohn in eigenem Haushalt. Frau L. war eigentlich immer gesund und fühlte sich körperlich wie auch psychisch stets leistungsfähig. Auch eine Fehlgeburt kurz nach der Heirat hatte sie trotz bestehenden Kinderwunsches recht gut überwunden.

Vor fünf Jahren gab es erstmals Schwierigkeiten

mit den eigenen Eltern. Ihr 78-jähriger, noch sehr rüstiger und aktiver Vater klagte zunehmend über Verhaltensauffälligkeiten seiner Frau, also ihrer Mutter, die sehr vergeßlich, interesselos und kritikarm wirkte und bei der schließlich eine *Alzheimersche Krankheit* (vorzeitiger Gehirabbau) festgestellt wurde. Ihr Vater hatte die in gesunden Zeiten ausgesprochen dynamische und starke Ehefrau an seiner Seite immer sehr gebraucht, so daß er jetzt intensiv die Stütze bei seiner Tochter suchte, die sich auch verpflichtet fühlte, den Eltern in der schwierigen Situation zu helfen.

Vom Ehemann fand sie wenig Unterstützung, da dieser beruflich extrem gefordert war und häufig Geschäftsreisen unternehmen mußte. Auch war sein Verhältnis zum Schwiegervater schon immer etwas gespannt, so daß er die sich intensivierende Bindung seiner Frau an ihren Vater mit Skepsis, vielleicht auch mit etwas Eifersucht beobachtete. So war Frau L. auf sich allein gestellt, bewältigte den Haushalt mit Haus und Garten, ging ihrem Beruf mit 30 Stunden in der Woche nach und kümmerte sich seit nunmehr fünf Jahren fast täglich um die Eltern, wobei sich der Zustand der Mutter in tragischer Weise kontinuierlich verschlechterte. Dies mit ansehen zu müssen, ohne helfen zu können, war für Frau L. außerordentlich schmerzlich.

In den letzten Jahren gibt es aber auch Probleme mit den erwachsenen "Kindern". Ihr Sohn studiert Jura am Heimatort und bewohnt eine Einliegerwohnung im elterlichen Haus. Er ist ein liebenswürdiger, begabter junger Mann, der sich

aber mehr um seinen Sport (Eishockey) und seine diversen Freundinnen kümmert als um sein Studium. Deshalb scheint das Staatsexamen noch in unbestimmter Ferne, was dem Vater ein Dorn im Auge ist. Überhaupt kann sich der überkorrekte und leistungsorientierte Ehemann von Frau L. mit dem lockeren und genußbetonten Leben seines Sohnes nicht abfinden, so daß Vater und Sohn in einem massiv gespannten Verhältnis zueinander stehen, was für die Patientin ein fast tägliches "Mitleiden" bedeutet, weil die beiden Männer, sofern sie sich überhaupt treffen, kaum noch miteinander reden. Frau L. versucht, die Spannungen abzubauen und zu vermitteln, gerät dabei aber ständig in Loyalitätskonflikte gegenüber dem Ehemann, den sie liebt, und dem Sohn, auf den sie doch sehr stolz ist.

Eine weitere schwerwiegende Belastung kommt hinzu: Ihre Tochter lebt zwar in einer glücklichen Beziehung, aber die junge Familie leidet unter einer bedrohlichen Erkrankung des zweijährigen Kindes, das wegen eines bösartigen Knochentumors am Oberschenkel schon mehrmals operiert werden mußte. Die junge Mutter ist dadurch sehr verunsichert in ihrer Rolle, entwickelt Angstzustände und sucht Hilfe und Unterstützung bei ihrer Mutter, unserer Patientin. Diese steht auch hier "zur Verfügung". Sie verdrängt die eigenen Sorgen und Phantasien hinsichtlich der Gesundheit ihres Enkelkindes krampfhaft, um die Tochter nicht zusätzlich zu belasten.

Meines Erachtens wird an diesem "Fallbeispiel" sehr deutlich, daß Frauen (wie auch Männer) in

der Lebensmitte an einer Anhäufung von Konflikten und Belastungen erkranken können ("Konfliktkumulation"), die lebensgeschichtlich verstehbar sind und weder mit neurotischen Störungen, noch mit klimakterischen Erscheinungen im Zusammenhang stehen müssen. Besonders häufig finden wir die auch bei Frau L. vorhandene "Sandwich-Position" zwischen den Generationen, die ihr quasi die Luft zum eigenen Leben nimmt. In dieser Situation Abgrenzung und Befriedigung eigener Bedürfnisse durchzusetzen, wird eines der Ziele ihrer Psychotherapie in dem Heilverfahren gewesen sein.

Die "andere Fruchtbarkeit"

Wir haben uns ausführlich mit all den Schwierigkeiten beschäftigt, die in den Wechseljahren der Frau auftreten können. Ich möchte, um nicht mißverstanden zu werden, nun noch einmal betonen, daß "midlife crisis" und "Klimakterium" zwei durchaus verschiedene Sachverhalte sind, die allerdings zeitliche und gelegentlich auch ursächliche Beziehungen zueinander aufweisen können. Indessen trifft für das Klimakterium zu, was anfangs über den Begriff "Krise" gesagt wurde, daß es nämlich nicht nur Verlust, Rückbildung und Krankheit bedeutet, sondern auch Chance zu einem Aufbruch, zu einer "anderen Form der Fruchtbarkeit" im Leben der Frau. In dem schon zitierten Buch von *Sylvia Schneider* über die Wechseljahre (#) gibt es ein *Nachwort*, in dem die Autorin mit sehr viel Engagement für diesen Neuanfang in den Wechseljahren plädiert:

"Leben, lebendig sein, das bedeutet zwangsläufig auch: älter werden. Und das heißt: erkennen, daß man vergänglich ist und daß bestimmte Möglichkeiten der Jugend mit der Zeit unwiderruflich verloren gehen. Das heißt jedoch keinesfalls Resignation oder Sich-Bescheiden. Sondern:

Lebendiger werden, weiterwachsen, klarer sehen, auf seinen Erfahrungen aufbauen können, mehr erfahren, besser urteilen, sich durchsetzen, vielfältiger fühlen, andere Chancen entdecken, Vorurteile abbauen, Phantasie entwickeln, Kontakte knüpfen, Neues erschließen, neue Gewohnheiten kennenlernen, Abenteuer und Lust suchen, Anstrengung und Erschöpfung auskosten, aus der gewohnten Langeweile aussteigen, auf eine neue Art gebraucht werden, sich freuen, amüsieren, 'maßlos' anspruchsvoll sein ...
Wer aus der Krise in der Lebensmitte gestärkt hervorgehen möchte, braucht sehr viel Eigeninitiative, Mut und Zuversicht. Diese Eigenschaften kann Ihnen leider - oder glücklicherweise - niemand verordnen. Das zu erkennen, ist aber bereits ein Anfang. Ein Anfang, der Ihnen die bewußtere Suche nach dem Wesentlichen Ihres Lebens überhaupt erst möglich macht. Ihre Lebenserfahrung bringen Sie mit. Auf ihr bauen Sie auf. Und nun entscheiden Sie, ob Ihre Zukunft vom Welken bestimmt sein soll oder vom Reifen - wie bei einer Blüte, die sich voll der Sonne - der Welt - zuwendet, sich öffnet und das Licht in Fruchtbarkeit verwandelt." (#)

Die Veränderungen, die in der "midlife crisis", dem

Klimakterium oder an der Lebenswende durchgemacht werden, stellen häufig auch Belastungen für Ehe und *Partnerschaft* dar. So wie sich der *einzelne* in diesem Alter neu finden muß, so haben die Partner *gleichfalls* ihre Zweierbeziehung neu zu definieren und einzuüben. Das aber ist ein Thema für sich, das wir heute nicht mehr abhandeln können.

Erste Ergebnisse der "Midmac-Studie"

Ich möchte abschließend noch einmal auf das anfangs erwähnte Forschungsprojekt über die Lebensmitte zurückkommen, das seit 1990 von Wissenschaftlern verschiedenster Disziplinen (Medizinern, Soziologen, Psychologen und Philosophen) betrieben wird. Bei der kleinen Gruppe von Probanden, die während der Lebensmitte eine *wirkliche* Krise durchmachen, soll es sich um zwei gegensätzliche Typen von Menschen handeln: Zum einen gebe es den "*aggressiven Typ*", der das Leben nach "kriegswissenschaftlichen Methoden" angeht und wenig Rücksicht auf seine Mitwelt nimmt. Er neige im mittleren Alter zu übertriebener Jugendlichkeit, zu "Fitneßwahn" und sexuellen Eskapaden, die meist mit Scheidung enden würden.

Zum andern wird ein "*ängstlicher Typ*" beschrieben, der alle Schwierigkeiten umgeht und sich vor allen Schlägen duckt, die das Schicksal austellt. Er tendiere dazu, zum menschenfeindlichen Nörgler und Griesgram zu werden. *Beiden* Typen sei gemeinsam, daß sie "zu einer realistischen Wirklichkeitswahrnehmung und damit

einer Verhaltensanpassung an die Gegebenheiten unfähig sind" - mit der Folge, daß sich im Laufe der Jahre ein ungelöstes Problem aufs andere häuft. "Im Alter zwischen 40 und 50 steht solch ein Mensch schließlich vor einem ganzen Berg von Schwierigkeiten, und dann hat er seine Krise." (#) Ich bin der Meinung, daß diese Sichtweise das Thema "midlife crisis" auf den Spezialfall der neurotischen Persönlichkeit reduziert. Wie Sie gerade an meinem letzten Fallbeispiel sehen konnten (Karin L.), droht auch dem psychisch gesunden Menschen in bestimmten Krisensituationen eine Anhäufung von Belastungen, die seine Möglichkeiten, diese zu tragen und zu meistern, wie auch seine Kompensationsmechanismen überfordert. Wir werden die wissenschaftliche Auswertung und Veröffentlichung der "Midmac-Studie" abwarten müssen; sie verspricht weitere wichtige Erkenntnisse zu unserem Thema. *Man darf gespannt sein!*