

Wider die Natur? Oder ein normaler biologischer Prozess? Kulturanthropologische Perspektiven auf die weiblichen Wechseljahre

Meike Wolf

Älter zu werden – und irgendwann alt zu sein –, wird häufig als Selbstverständlichkeit betrachtet, ein Resultat der *natürlichen* und biologischen Verfasstheit unserer Körper. Dabei gibt es keine allgemeingültige Definition davon, was Alter eigentlich ist, ab welchem Alter Menschen alt sind, wodurch sich der Alterungsprozess auszeichnet und welche gesellschaftliche Position den Alten (oder Alternden) zukommt. Lässt sich Alter hinsichtlich der Funktionalität des Körpers festschreiben, an der Gebrechlichkeit oder den kognitiven Leistungen messen? Gibt das chronologische Lebensalter, die Anzahl der Lebensjahre, Aufschluss über das Alter eines Menschen? Der *Erhaltungszustand* der Körpermaterie? Oder die soziale Position?

Was es heißt, alt zu werden, alt zu sein, unterscheidet sich von Gesellschaft zu Gesellschaft, von Kultur zu Kultur. Allgemeingültige Aussagen über das Alter(n) lassen sich vor diesem Hintergrund schwerlich treffen. Dennoch ist Alter(n) mehr als ein rein kulturelles oder soziales Phänomen – es verfügt auch über eine materielle und biologische Dimension. Dem Körper kommt innerhalb dieses Spannungsfeldes eine Schlüsselfunktion zu: Er ist der Ort, an dem sich der Alterungsprozess auch äußerlich sichtbar manifestiert, zugleich bildet er den Ansatzpunkt zahlreicher (oft medizinischer) Praktiken,

die modifizierend, vorbeugend und heilend auf das Körperinnere und die Körperoberfläche einwirken sollen. Diese Einbindung des alternden Körpers in medizinische Praktiken und Deutungsmuster – sowie die dem zugrunde liegenden objektivierenden Annahmen über die *Natur* oder Normalität des alternden Körpers – sollen im Folgenden anhand des Beispiels der weiblichen Wechseljahre diskutiert werden.

Von Anti-Aging-Behandlungen über Prothetik bis hin zu Neuro-Enhancement – dem alternden Körper wird gegenwärtig wachsende medizinische Aufmerksamkeit zuteil, was in enger Verbindung zu soziodemografischen Entwicklungen, einer steigenden Lebenserwartung sowie neuen biomedizinischen und biotechnischen Möglichkeiten gedeutet werden kann. Die Biomedizin betrachte ich dabei (zumindest auf die Situation in Deutschland bezogen) als zentrales Deutungs- und Organisationsmodell von Körperlichkeit.¹ Vor diesem Hintergrund ist insbesondere das Altern des weiblichen Körpers gleich mit einer ganzen Reihe kulturell gefestigter Gewissheiten behaftet, die Aussagen über die Normalität dieses Alterungsprozesses in sich bergen. Gewiss scheint: Etwa mit 50 Jahren verlieren Frauen ihre Fruchtbarkeit (hierin unterscheiden sie sich von Männern), die Hormonproduktion lässt nach, und die betreffenden Frauen leiden an Hitzewallungen, Schweißausbrüchen und irritierenden Stimmungsschwankungen. Dies alles gilt als *normal* und hat in der gynäkologischen Praxis, in Therapie- und Vorsorgepraktiken, in den Regelleistungen der gesetzlichen Krankenkassen seine entsprechende Institutionalisierung gefunden.

Eben diese Annahme einer sinkenden Hormonproduktion alternder Frauen sowie die daraus kausal hergeleiteten typischen Symptome und Beschwerden sind es wert, sich vertiefend damit auseinanderzusetzen. So produzieren unsere Körper selbstverständlich (Sexual-)Hormone, deren Art, Menge und Zusammensetzung im Laufe des Lebens den unterschiedlichsten

¹ Die Beschaffenheit des Systems Biomedizin, seine Praxisformen und Reichweite, die Unterschiede, Gemeinsamkeiten und Überschneidungen mit anderen Heilsystemen bilden den Gegenstandsbereich der Medical Anthropology, Brown, Peter (Hg.): *Understanding and applying medical anthropology*. Boston 2010. Lux, Thomas (Hg.): *Kulturelle Dimensionen der Medizin: Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology*. Berlin 2003.

Schwankungen unterliegt. Zugleich aber sollte es im Rahmen einer medizinisch orientierten Geschlechterforschung hellhörig machen, wenn bestimmte Körper mit Attributen von Natürlichkeit, Normalität und Biologie belegt werden – zumal diese Attributierung in der Regel auch Aussagen darüber mittransportiert, was das Anormale, Unnatürliche oder Riskante dieser Körper ausmacht, wo ihre biologisch determinierten Grenzen verlaufen und welche damit einhergehenden Praktiken als richtig und sinnvoll oder als falsch und riskant verstanden werden.

Der Gegenstand des vorliegenden Beitrags sind die weiblichen Wechseljahre – die Menopause –, die aus kulturalanthropologischer Perspektive danach analysiert werden sollen, inwieweit der Prozess des weiblichen Alterns sowohl kulturell konstruiert als auch das Ergebnis *biologisch-natürlicher* Körperabläufe zugleich ist. Zunächst wird das Beispiel der Hitze wallungen herausgegriffen und anhand seiner medizinischen und symbolischen Dimensionen diskutiert. In einem zweiten Schritt werden diese Befunde in einen weiteren kulturvergleichenden Kontext gesetzt und vor dem Hintergrund des medizinanthropologischen Konzepts der *local biologies* betrachtet, um so das Verhältnis zwischen Biologie und *Kultur*, wie es derzeit in den schwitzenden, heißen und riskanten Körpern der Wechseljahre repräsentiert wird, nochmals neu zu hinterfragen.²

Das Material, auf das ich zurückgreife, habe ich im Rahmen der Feldforschung meines Dissertationsprojektes gewonnen. Die Forschung beruhte auf Teilnehmender Beobachtung in einer gynäkologischen Sprechstunde und auf medizinischen Fachtagungen, sowie auf leitfadengestützten Interviews mit Frauen in der Prä-, Peri- und Postmenopause und den sie behandelnden Ärzten und Ärztinnen (also GynäkologInnen, EndokrinologInnen und AllgemeinmedizinerInnen).³ Die Interviews mit den menopausalen Frauen waren nach drei Themenbereichen gegliedert: Sie kreisten um die

² Vgl. Lock, Margaret, Patricia Kaufert: Menopause, Local Biologies and Cultures of Aging, in: *American Journal of Human Biology* 13 (2001), S. 494-501.

³ Vgl. Wolf, Meike: *Körper ohne Gleichgewicht. Die kulturelle Konstruktion der Menopause*. Münster 2009.

Körpererfahrungen, die die befragten Frauen mit der Zeit ihrer Wechseljahre assoziierten, um die medizinischen Deutungsmuster, die diesen Zuschreibungen zugrunde liegen, sowie um medizinische Therapie-, Beratungs- und Präventionsangebote, mit denen sich die Frauen aufgrund ihrer Wechseljahre auseinandergesetzt haben. Zwei der befragten Frauen und ihre Wechseljahre sollen im Folgenden vorgestellt werden:

Frau Grün⁴ ist 51 Jahre alt, alleinstehend, und arbeitet ganztags als Sekretärin in einer kleinen Stadt in Süddeutschland. Ihr einziger Sohn ist inzwischen erwachsen, und seit der Trennung von ihrem Lebensgefährten vor drei Jahren lebt Frau Grün alleine – ein Umstand, mit dem sie sehr unzufrieden ist und den sie als Belastung empfindet. Ihre Gesundheit nimmt im Allgemeinen keinen großen Stellenwert in Frau Grüns Alltagsleben ein, zwar geht sie regelmäßig zur gynäkologischen Vorsorge, doch medizinische Themen interessieren sie nicht besonders, zudem raucht sie seit vielen Jahren und treibt keinen Sport. Vor drei Jahren jedoch änderte sich dies: Als sie und ihr Lebensgefährte sich trennten, verschlechterte sich Frau Grüns Befinden schlagartig. Ihre Regelblutung blieb von einem Tag auf den anderen aus und kehrte nie wieder, hinzu kamen depressive Verstimmungen und regelmäßig auftretende, starke Schweißausbrüche, und sie nahm an Gewicht zu. Frau Grün fühlte sich krank, konnte diese Krankheit jedoch nicht einordnen. Daher suchte sie zunächst ärztlichen Rat und versuchte es mit der Einnahme von Antidepressiva. Auch mit ihrer Gynäkologin sprach Frau Grün über ihr Befinden und begann, dieses in Zusammenhang mit einer hormonellen Umstellung zu sehen. Heute steht für sie fest: Ihre depressiven Verstimmungen, die Schlaflosigkeit und die immer wiederkehrenden Schweißausbrüche, an denen sie seit drei Jahren leidet, sind Anzeichen der Wechseljahre.

Auch an Frau Pauli – 56 Jahre alt und Leiterin einer pädagogischen Einrichtung – sind die Wechseljahre nicht spurlos vorübergegangen. Ihre Lebensumstände unterscheiden sich erheblich von Frau Grüns Erfahrungen: Sie ist

⁴ Bei den hier verwendeten Namen meiner InterviewpartnerInnen handelt es sich um Pseudonyme.

in zweiter Ehe verheiratet, kinderlos, lebt in einem eigenen Haus auf dem Land und hat einen weitläufigen Freundeskreis. Anders als Frau Grün ist Frau Pauli in hohem Maße interessiert an medizinischen Themen (nicht zuletzt aufgrund einer chronischen Gelenkserkrankung), sie hat zudem eine medizinische Ausbildung und steht in engem und regelmäßigem Kontakt zu ihrem Hausarzt und ihrer Gynäkologin. Im gleichen Alter wie Frau Grün – mit etwa 47 Jahren – bemerkte auch Frau Pauli Veränderungen an sich: Ihr Schlaf wurde schlechter, die Regelblutung unregelmäßiger, und sie begann zu schwitzen. Im Gegensatz zu Frau Grün setzten die Veränderungen bei ihr ganz allmählich ein, „fließend“, wie sie sagt. Sie vermutete, dass es sich dabei um Wechseljahrsbeschwerden handeln könne, daher war ihre erste Ansprechpartnerin eine Gynäkologin, bei der sie seit vielen Jahren die Vorsorge wahrnahm. Die Gynäkologin bestätigte Frau Paulis Verdacht und verschrieb ihr ein Hormonpräparat, das Frau Pauli rund sieben Jahre lang einnahm und dann aus Angst vor möglichen Nebenwirkungen, vor allem Brustkrebs, wieder absetzte. Die Schweißausbrüche besserten sich durch die Hormoneinnahme etwas, blieben jedoch auch nach Absetzen der Hormone in einer leichteren Form weiter bestehen. Ganz vorbei, sagt Frau Pauli, seien ihre Wechseljahre heute noch immer nicht.

Diagnose und Objektivität

Die beiden kurz skizzierten Szenarien gleichen sich bei aller Unterschiedlichkeit doch in wesentlichen Zügen: Beide Frauen erleben mit Ende 40 körperliche und psycho-vegetative Veränderungen, von denen sie zunächst überrascht werden. Beide suchen ärztlichen Rat, um diese Veränderungen einordnen und eine Krankheit ausschließen zu können, und bei beiden Frauen ist es schließlich die gynäkologische Praxis, in der das Beschwerdebild als Wechseljahrsbeschwerden gedeutet und (im Fall von Frau Pauli) entsprechend therapiert wird. Dabei stellt die Herleitung des klimakterischen Syndroms im Rahmen medizinischer Diagnoseverfahren und Therapieangebote weniger ein objektives Widerspiegeln körperlicher Realität dar, als vielmehr ein Erschaffen dieser Realität (wozu freilich auch die Interviewsituation selbst beiträgt). Den kausalen Bezugsrahmen hierfür bilden in erster Linie die Kategorien Alter und Geschlecht, die Frauen mittleren Lebensalters und ihre divergierenden Körpererfahrungen in einen sinnhaften

Bezug zum medizinischen Konzept der Wechseljahre setzen. Dieser Prozess soll im Folgenden erläutert werden.

Frau Grün und Frau Pauli leiden an Beschwerden, die innerhalb der Biomedizin als Leitsymptome der Wechseljahre gelten: Schweißausbrüche, Hitzewallungen, Stimmungsschwankungen und Depressionen werden hierzu gerechnet, ebenso weitere Symptome wie Ängstlichkeit und innere Anspannung, Herzrasen und Beklemmungsgefühle, Erschöpfung, Konzentrationschwäche, nachlassendes sexuelles Verlangen, Beschwerden beim Wasserlassen oder trockene Schleimhäute.⁵

Die Wechseljahre, genauer gesagt: die Menopause,⁶ stellen ein biomedizinisches Deutungsmuster des weiblichen Körpers dar, das die nachlassende Östrogenproduktion als zentrales körperliches Ereignis des weiblichen Alters fixiert. Die Menopause wird in diesem Rahmen als die letzte ovarial gesteuerte Blutung definiert: „Sie tritt zwischen dem 50. und 52. Lebensjahr ein. Da der Zeitpunkt der Menopause erst retrospektiv festgelegt werden kann, schließt man den Zeitraum von einem Jahr danach in den Begriff Menopause mit ein.“⁷ Mit der Menopause endet zugleich die weibliche Reproduktionsfähigkeit. Als Ursache dieser Umstellung und des Ausbleibens der Blutung gilt die nachlassende Produktion von Hormonen (genauer gesagt: Östrogenen) in den Eierstöcken (Ovarien). Östrogene nehmen damit eine Schlüsselposition in der Konstruktion weiblicher Körperlichkeiten ein – sie bilden die Struktur, anhand derer das weibliche Altern sichtbar und damit potenziell therapierbar gemacht wird. Diese wechselnden Hormonspiegel initiieren zugleich eine ganze Reihe von körperlichen Veränderungen, die unter den oben genannten Symptomen zusammengefasst werden und aus biomedizinischer Sicht den Übergang ins weibliche Alter darstellen. Die Symptome

⁵ Vgl. <http://www.menopause-gesellschaft.de/start2.htm> (02.05.2010) und Göretzlehner, Gunther; Christian Lauritzen: *Praktische Hormontherapie in der Gynäkologie*. Berlin/New York 1995, S. 370.

⁶ Im vorliegenden Text werden die Begriffe Menopause und Wechseljahre analog zueinander verwendet, da dies dem Verständnis der befragten Frauen (nicht allerdings der medizinischen Definition) entspricht. Anders als die Menopause selbst stellen die Wechseljahre kein medizinisches Konzept dar, sondern bezeichnen im allgemeinen Sprachgebrauch die Jahre des Übergangs von der Reproduktionsfähigkeit ins Alter.

⁷ Göretzlehner, *Praktische Hormontherapie in der Gynäkologie*, S. 366.

selbst sind äußerst vielfältig und zudem heterogen: Für sich genommen ließen weder Schlafstörungen, noch Erschöpfung oder eine nachlassende Libido einen eindeutigen Rückschluss auf die Wechseljahre zu.⁸ Um die Beschwerden von Frau Pauli und Frau Grün zu kontextualisieren, sie zu diagnostizieren und von Krankheit zu differenzieren, werden in der Deutung des Beschwerdebildes zwei zentrale Analysekategorien herangezogen – nämlich die Kategorien von Alter und Geschlecht.⁹ Erst die Wechselbeziehung des biologischen Geschlechts *Frau* mit dem Alter zwischen 47 und 50 ermöglicht es den behandelnden ÄrztInnen, die Diagnose Wechseljahrsbeschwerden zu stellen (dass die Symptomatik allein nicht eindeutig auf voranschreitende hormonelle Veränderungen verweist, zeigt sich auch am Umstand, dass Frau Grün zunächst Hilfe bei der Einnahme von Antidepressiva suchte).

Eine ganz wesentliche Rolle hierbei spielt eines jener Symptome, das in Nordeuropa und Nordamerika als das klassische Leitsymptom der Wechseljahre schlechthin gilt: die Hitzewallung. In Deutschland leiden etwa ein Drittel aller Frauen in den Wechseljahren an starken und regelmäßigen Hitzewallungen, ein weiteres Drittel erlebt diese nur gelegentlich oder schwach ausgeprägt, und das letzte Drittel der Frauen bleibt fast oder völlig von Hitzewallungen verschont. Hitzewallungen (auch fliegende Hitze oder Hitzeschauer genannt) sind es unter den eingangs genannten Gesichtspunkten wert, einen genaueren Blick darauf zu werfen, zumal ihnen sowohl in den Erzählungen der befragten Frauen als auch denen der Ärzte und Ärztinnen eine zentrale Rolle im Rahmen der Diagnose von Wechseljahrsbeschwerden zukommt.

Dass sich die Diagnose Menopause – wie eingangs erläutert – erst retrospektiv mit Sicherheit stellen lässt, ist vor diesem Hintergrund von beson-

⁸ Ausführlich zur Diagnose von Wechseljahrsbeschwerden: Wolf, Körper ohne Gleichgewicht. Die kulturelle Konstruktion der Menopause, S. 104-118.

⁹ Beide Kategorien gleichen sich indes darin, relationaler Natur zu sein. Zum wechselseitigen Verständnis von Alter und Geschlecht siehe Hartung, Heike, Christiane Streubel, Dorothea Reinmuth, Angelika Uhlmann (Hg.): *Graue Theorie. Die Kategorien Alter und Geschlecht im kulturellen Diskurs*. Köln 2007.

derem Gewicht. Denn wenn eine Frau mittleren Lebensalters wegen depressiver Verstimmung und Hitzewallungen in der gynäkologischen Praxis vorspricht, gibt es keinen *objektiven* und eindeutigen Weg, eine verlässliche Aussage darüber zu gewinnen, ob diese Frau bereits in der Menopause ist oder nicht: Das Beschwerdebild selbst ist zu heterogen, die einzelnen Symptome für sich genommen viel zu unterschiedlich, um hieraus eindeutige Rückschlüsse ziehen zu können (Herzrasen, Schweißausbrüche und nachlassende Libido beispielsweise können für sich genommen auf eine Vielzahl unterschiedlicher Ursachen oder Krankheiten verweisen). Die Messung des Hormonspiegels – eine oftmals durch die Frauen selbst nachgefragte Maßnahme – hat nur eine geringe Reichweite, da die Hormonwerte zyklus- und tageszeitbedingten Schwankungen unterliegen; als reine Momentaussage müsste sie in kurzen Abständen regelmäßig wiederholt werden.¹⁰ Damit aber kommt dem Interaktionsgeschehen zwischen Frauen mittleren Lebensalters und ihren GynäkologInnen eine zentrale Bedeutung zu. Im Zusammenspiel aus Kommunikation (der Gesprächssituation über die erlebten Beschwerden) und technisch-diagnostischen Verfahren wie der vaginalen Untersuchung oder der Messung von Hormonwerten stellt die Diagnose Menopause das Resultat eines Aushandlungsprozesses der beteiligten Akteure dar. So ermöglicht es die Kontextualisierung des Körpererlebens in einen biomedizinisch geprägten Bezugsrahmen, der durch die Differenzkategorien Alter und Geschlecht konturiert wird, dieses Körpererleben als Menopause zu deuten, damit zugleich als *natürlich* und normal zu klassifizieren – divergierendes Körpererleben durchläuft unter diesen Bedingungen somit einen Normalisierungs- und Normierungsprozess.

Leitsymptom Hitzewallungen

Ein wichtiger Bezugspunkt hierbei sind die als Leitsymptom verstandenen Hitzewallungen, die in der Kontextualisierung des Beschwerdebildes häufig den ausschlaggebenden Faktor darstellen. Obwohl biomedizinisch hinläng-

¹⁰ Eine solche Messung ist darüber hinaus in Deutschland keine Regelleistung der Krankenkassen, sondern bedarf einer gesonderten Indikationsstellung.

lich beschrieben, gibt es doch bis heute auch innerhalb der Medizin keine Gewissheit darüber, *warum* es zu Hitzewallungen kommt oder welche Frauen darunter leiden werden und welche nicht.¹¹ Vermutet wird jedoch, dass Einflussfaktoren wie psychosoziale Aspekte (Stress oder Angst), äußerliche Einflüsse (Luftfeuchtigkeit oder Temperatur) oder der Lebensstil der Frauen (Genussmittelkonsum oder Übergewicht) eine Rolle spielen. Zugleich werden in Zusammenhang mit der Menopause geäußerte Beschwerden häufig in einen psychosozialen Zusammenhang gesetzt. In einem Lehrbuch zur Altersgynäkologie beispielsweise heißt es zur psychovegetativen Symptomatik (Hitzewallungen, Depressionen etc.) der 45-55jährigen Frauen:

„Es gilt zunächst zu ermitteln, ob psychosoziale Probleme nur zusätzliche oder eigenständige Bedeutung haben. In manchen Fällen von anscheinend ‚postmenopausaler‘ Depression haben Berufsaufgabe, verlorene Lebensinhalte, Verlust der Familiengemeinschaft nach Auszug der Kinder oder Tod des Partners größere Bedeutung als ein Östrogendefizit.“¹²

Die menopausale Symptomatik im Allgemeinen – und Hitzewallungen im Speziellen –, scheint also eng mit soziokulturellen Faktoren zu korrelieren: Sie ist eingebettet in einen spezifisch soziokulturellen Kontext, in dem veränderte familiäre und berufliche Zusammenhänge (z.B. Auszug der Kinder), kulturell gefestigte Rollenerwartungen an die ältere Frau (z.B. Übernahme der Pflege von Familienangehörigen), Konzeptionen von Weiblichkeit (z.B. Abweichen vom Ideal des jugendlichen Frauenkörpers) und dem Ende der Fruchtbarkeit zentrale Einflussfaktoren sind. Erst im Zusammenspiel dieser Variablen ist ein sinnhaftes Erleben wechseljahrsbedingter Hitzewallungen und ihre körperliche Repräsentation möglich.

¹¹ Der Mechanismus selbst ist indes gut beschrieben: Die Hitzewallungen werden im Wärmehirnzentrum des Gehirns ausgelöst, die eine Erweiterung der peripheren Gefäße mit sich führt, wodurch sich die Hauttemperatur erhöht. Begleitet wird dieser Prozess in der Regel von einer kurzfristigen Erhöhung der Herzfrequenz. Vgl. Göretzlehner, *Praktische Hormontherapie in der Gynäkologie*, S. 375.

¹² Schmidt-Matthiesen, Heinrich: Die ältere Frau in der gynäkologischen Sprechstunde, in: Christian Lauritzen (Hg.): *Altersgynäkologie. Die ältere Frau in der gynäkologischen Sprechstunde: Prävention, Therapie, Beratung*. Stuttgart 1997, S. 175-188, hier S. 176-177.

Zugleich liegt das Gefühl der aufsteigenden Hitze außerhalb der Kontrolle, die die betroffenen Frauen auf ihre Körper auszuüben vermögen – die Körper entziehen sich hierin allen Versuchen einer bewussten Steuerung. Viele Frauen erleben diesen Vorgang gerade dann, wenn es besonders ungünstig scheint: Im Streit mit der pubertierenden Tochter, in der Enge und Hektik eines Supermarkteinkaufs am Wochenende oder während eines Krisengesprächs mit dem Chef. Gemeinsam ist diesen Situationen, dass sich die Frauen hierin in einer sozial prekären Position befinden, die ein kühles, angemessenes und rationales Handeln von ihnen erfordert. Andererseits jedoch steigt die Hitze gerade dann in ihnen auf, was nicht nur die Aufmerksamkeit der Frauen in diesem Moment beansprucht, sondern unter Umständen in Form von Schweißperlen oder Hautrötungen auch äußerlich sichtbar wird: Der Körper signifiziert den Zustand der Wechseljahre. Obgleich als schamhaft oder peinlich empfunden, lässt sich dieses Körpererleben doch nach außen hin schlecht verbergen. Gefragt nach spezifischen Situationen oder Tageszeiten, in denen die mit den Wechseljahren assoziierten Beschwerden besonders häufig aufzutreten scheinen, schilderten viele der befragten Frauen Situationen im Berufsleben, in denen sie in Konflikte mit Vorgesetzten oder Kollegen gerieten, oder Szenen aus dem häuslichen Alltag, die durch Stress, Streit oder Dissonanz gekennzeichnet waren. Drei dieser Settings sollen im Folgenden exemplarisch wiedergegeben werden:

„Aber da merke ich eben immer wieder so, wenn ich irgendwie aufgeregt bin oder irgendwie – wie soll ich sagen? – mich nicht frei fühle oder irgendwo vor Leuten sitze oder so. Und auf einmal, ohne dass ich das will, kommt so dieses Ganze, pfft! [...] Also... Wenn irgendwo so eine Situation war, wo mir [etwas] peinlich war, oder verlegen, wo ich verlegen war.“ (Frau Julius, 56, Rentnerin).

„Ich empfinde das so, wenn das wirklich so von unten von der Zehenspitze hoch kriecht bis in die letzte Haarspitze. Oder... Am Montag hatte ich das auch auf einmal im Büro und... [fächelt sich demonstrativ Luft zu und lüpf den Kragen]. Ich fühle mich dann auch so *beengt* dann! [...] Das geht wirklich so hoch! Runter! Hoch! Runter! Anstrengend! Anstrengend. Und ich arbeite halt jetzt auch wieder vermehrt im Büro, und es kommt darauf an, dass ich repräsentativ angezogen bin und gepflegt bin, mit allem, was dazugehört. Und ich muss jetzt echt morgens gucken, was ich anziehe. Dass

wenn ich Schweißausbrüche kriege und schwitze, dass man das nicht so peinlich sieht.“ (Frau Naumann, 45, Bürofachkraft)

„Da sitzt du deinem Chef gegenüber, bist in der Diskussion, und auf einmal merkst du, oh, nein, es läuft. Da kann man nichts machen. Da kann man nichts machen. [...] Diese Tropfen, das kam wie aus heiterem Himmel. Und das war... Manchmal hatte ich das Gefühl, es kommt immer [mit ironischem Unterton] sehr *passend*.“ (Frau Pauli, 56, Leiterin einer pädagogischen Einrichtung)

Auch den befragten Ärzten und Ärztinnen waren diese als typisch geschilderten und peinlich empfundenen Situationen bekannt – sie spielten eine wichtige Rolle nicht nur in der Diagnostik und Klassifizierung der Beschwerden, sondern vor allem auch in der Frage nach der Notwendigkeit einer Hormonbehandlung. Herr Tabor, ein Endokrinologe, dem ich dieselbe Frage stellte wie den betroffenen Frauen selbst, verweist in seiner Antwort auf eine Verbindung sozialer und biologischer Einflussfaktoren:

„Also, das spielt auch eine große Rolle. Der Druck, unter dem man steht, auch das Selbstbild, was man hat. Also, da spielen viele, viele Dinge hinein... Meistens sind das ja auch Frauen, die berufstätig sind, die unter einem starken Druck halt stehen von ihrem Beruf. Dass die solche Sachen auch stärker empfinden. Und um da wirklich voll fit sein zu können, müssen die das wegmachen. [...] Und die Patientin, die, äh, im Beruf steht, die wird eher zur HRT¹³ greifen. Weil die sich auch weniger Ausfälle durch Hitzewallungen, psychovegetative Probleme, Schlafstörungen, Unruhe leisten. Viele sagen, die finden das auch peinlich, wenn die einen Flush¹⁴ kriegen und haben rote Backen und das ist dann in einer Berufs... in einer Verhandlung,

¹³ Hormon(ersatz)therapie (*Hormone Replacement Therapy*). Auf die Problematik der Medikalisierung der Menopause wird an dieser Stelle nicht weiter eingegangen. Literatur hierzu z.B. Harding, Jennifer: Bodies at risk: sex, surveillance and hormone replacement therapy, in: Alan Peterson, Robin Bunton (Hg.): *Foucault, health and medicine*. London/New York 1998, S. 134-150. Bell, Susan E.: Changing ideas: the medicalization of menopause, in: *Social Science & Medicine* 24 (1987), S. 535-542.

¹⁴ Der sogenannte (Hot) Flush bezeichnet eine äußerlich sichtbare und damit "objektiv" wahrnehmbare Hautrötung, wie sie häufig mit Hitzewallungen einhergeht.

einer geschäftlichen Unterredung halt, empfinden sie das als sehr störend.“
(Herr Tabor, gynäkologischer Endokrinologe)

Was an den geschilderten Situationen deutlich wird, ist die materiell-symbolische Dimension der Hitzewallungen: Sie sind körperliches und soziokulturelles Ereignis zugleich, ebenso „objektiv“ messbar wie kulturell konstruiert. Die US-amerikanische Kulturanthropologin Emily Martin, die sich in ihrer empirischen Studie *Die Frau im Körper* mit dem Symbolgehalt des Hitzegefühls auseinandersetzt, positioniert es innerhalb eines Bezugsrahmens aus Geschlechtlichkeit, Macht und Unterordnung, das von dichotomen Geschlechtskonzeptionen und einer damit korrelierenden Selbst- und Fremdwahrnehmung geprägt ist. Martin verweist auf die Wechselbeziehung zwischen Symbolen von Herrschaft und Temperatur, wie sie in den schwitzenden Körpern der Wechseljahre repräsentiert werden: Innerhalb dieses Gefüges steht Hitze der Kälte diametral gegenüber, Ohnmacht der Macht, Wut dem rationalen Kalkül. Zugleich unterliegen beide Positionen einer Bewertung:

„Die Hitzewellen wecken die Vermutung, dass alle Anwesenden dich beobachten; sie sind ein äußeres Symptom eines inneren körperlichen Vorgangs, der mit Gebärmutter und Eierstöcken in Zusammenhang steht, die als private und verborgen zu haltende Organe gelten; sie offenbaren, dass die Betroffene eine Frau ist, und zwar eine Frau in einem ganz bestimmten Alter; in Situationen, in denen die Frau ihre Eigenschaft als Arbeitskollegin, Mitarbeiterin, Vorgesetzte oder zuverlässige Funktionärin bestätigt sehen möchte, werden diese anderen Teile der Person unter Umständen als unpassend oder störend betrachtet.“¹⁵

Der Körper der Wechseljahre signifiziert hierin einen sozial verletzlichen Status – indem die Symptome sichtbar auf die Biologie und damit den Objektstatus des Körpers verweisen, scheint die errötende Frau an Handlungsmacht zu verlieren. Dabei wird deutlich, dass die Symptome der Wech-

¹⁵ Martin, Emily: *Die Frau im Körper. Weibliches Bewusstsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens*. Frankfurt/New York 1989, S. 202.

seljahre einerseits „reale“ körperliche Prozesse darstellen, andererseits aber eng an bestimmte soziale Situationen und Rollenverständnisse geknüpft sind und in der Alltagspraxis und in der Interaktion zwischen Frauen und ÄrztInnen repräsentiert, reproduziert und verstärkt werden. Die Objektivität und Natürlichkeit dieses Körpers sowie der Maßnahmen seiner Diagnostik, Klassifizierung und Beschreibung sind somit nicht gegeben, sie müssen unter Einbindung der geschilderten Bezugskategorien erst hergestellt werden. Begreift man die menopausale Symptomatik jedoch als konstruiert und kontextgebunden, bleibt fraglich, inwieweit sich die Annahme einer universellen und natürlichen Menopause halten lässt.

Die Biokulturalität der Menopause

Hierauf verweisen auch kulturvergleichende Studien der kanadischen Medizinanthropologin Margaret Lock, die die Menopause als biokulturelles Phänomen, als *local biology* deutet. In einem Vergleich des mittleren Lebensalters von Frauen in Nordamerika und Frauen in Japan konnte Lock nachweisen, dass japanische Frauen wesentlich seltener an Hitzewallungen und Schweißausbrüchen zu leiden haben als die befragten Frauen in Nordamerika. Hingegen beschrieben japanische Frauen andere charakteristische Leitsymptome, von denen steife Schultern, Ohrengeräusche und Schwindel sowie Kopfschmerzen die häufigsten waren.¹⁶ Darüber hinaus gab es in der japanischen Sprache keinen Begriff, der deckungsgleich mit dem biomedizinischen Konzept der Menopause war – *konenki* (ein in Japan verwendeter Begriff zur Beschreibung des mittleren Lebensalters) bezeichnet einen Prozess des Wandels im Leben und ist nicht eindeutig geschlechtlich konnotiert. Zudem wurde *konenki* eher auf eine Instabilität des Nervensystems zurückgeführt, als auf eine angenommene Hormonmangelsituation. Lock untersuchte das Körpererleben japanischer Frauen vor allem auch vor dem Hintergrund ihrer sozialen Situation, ihrer Rolle in der Gesellschaft, die sich am Wert der Zuwendung und Sorge für das familiäre Wohl, die Pflege der

¹⁶ Vgl. Lock, Margaret: *Encounters with aging. Mythologies of menopause in Japan and North America*. Berkeley/Los Angeles 1993.

Schwiegereltern und die Versorgung des Mannes ermessen ließ, sie kommt zu dem Schluss, dass

„Maturation within the social order takes priority in Japan over aging and biological change, and individuals experience and record their movement through the life cycle largely by the way their human relationships shift through time. Ideally, women’s lives become meaningful through what is accomplished for others rather than for themselves.“¹⁷

Das voranschreitende körperliche Altern ließ sich somit in Prozesse der sozialen Reifung einbinden, in deren Rahmen dem traditionellen Rollenverständnis zufolge alternde Frauen in der Lage seien, Kontrolle über ihre Körper auszuüben und dem Alter(n) beschwerdefrei entgegenzutreten. In Nordamerika hingegen werde der alternde weibliche Körper vor allem an seinem Krankheitspotenzial und seinen Verfallserscheinungen gemessen; als das post-reproduktive Andere des jungen weiblichen (und auch männlichen) Körpers stelle sich der Körper der Menopause vor allem als Anomalie dar, deren gesellschaftliche, aber auch sexuelle und medizinische Position unklar sei.¹⁸ Vor dem Hintergrund des Kulturvergleichs schlussfolgerte Lock schließlich, dass die Annahme einer universell *normalen* und einheitlichen Menopause unhaltbar scheint.¹⁹

Wenngleich unterschiedlichste Untersuchungen – zunehmend auch innerhalb der Medizin, wie etwa am Beispiel von migrantischen Frauen in den Wechseljahren deutlich wird²⁰ – diese Differenzen im Menopausen-Erleben inzwischen berücksichtigen, lässt sich doch die Rolle der kulturellen Dimensionen der Menopause nochmals überdenken: „Although researchers are becoming more aware of differences in the subjective experience of indivi-

¹⁷ Ebd., S. 202. Darüber hinaus thematisiert Lock auch, dass die Unterordnung weiblicher Bedürfnisse unter das Gemeinwohl und das familiäre Wohl wiederum andere Probleme aufwirft.

¹⁸ Damit stellt der weibliche Körper zugleich einen Ansatzpunkt für Medikalierungspraxen dar.

¹⁹ Zum Kulturvergleich auch Kosack, Godula, Ulrike Krasberg (Hg.): *Regel-lose Frauen. Wechseljahre im Kulturvergleich*. Königstein/Taunus 2002.

²⁰ Zum Beispiel Knopf, Hiltraudt, Christa Scheidt-Nave: *Hormontherapie bei (post-)menopausalen Frauen in Deutschland 2007. Studienergebnisse zu Nutzen, Risiken und Versorgungsrealität*. Berlin 2008.

dual women, the changes are attributed to variations in psychological, social and cultural factors, layered over an invariant biological base.“²¹ Dass Kultur als Variable, wie Lock und Kaufert im Rahmen eines systematischen Vergleichs von Wechseljahrsbeschwerden in unterschiedlichen gesellschaftlichen Kontexten betonen, jedoch einer stabilen, einheitlichen und natürlichen Biologie lediglich übergestülpt werde, stelle sich als Trugschluss heraus. In ihrer Analyse lassen die Autorinnen demnach auch andere Faktoren nicht unberücksichtigt: So fließen etwa Daten über Ernährungsgewohnheiten, Genderkonzepte, genetische Varianzen, Genuss- und Rauschmittelkonsum, familiär vermitteltes Erfahrungswissen über die Menopause, erlebte Schwangerschaften und Geburten oder das Alter der ersten Regelblutung mit in die Analyse ein.

Vor diesem Hintergrund lässt sich die Menopause nicht eindimensional als kulturell konstruiert betrachten, sie stellt zugleich auch ein biologisches Ereignis dar – über das jedoch keine transkulturellen und objektivierbaren Gewissheiten herrschen können. Die Autorinnen kommen zu dem Resultat, dass sich Differenzen in der menopausalen Symptomatik weder auf kulturelle noch auf biologische Effekte allein zurückführen lassen. Lock und Kaufert schlagen daher vor, die Biologie und Kultur des Menopausen-Erlebens nicht als einander diametral gegenüberstehende und dichotome Konzepte zu begreifen, sondern vielmehr als wechselseitigen *Feedback-Prozess* zu verstehen: „[...] the end of menstruation should not be conceptualized as an invariant biological transformation, [...] local biologies are at work, and [...] it is appropriate to think of biology and culture as in a continuous feedback relationship of ongoing exchange, in which *both* are subject to variation.“²² Ihre Forderung gilt einem interdisziplinären Ansatz, der interkulturelle Varianzen im Menopausen-Erleben methodisch sensibel sichtbar machen solle – eine systematische Untersuchung verweise jedoch nicht auf eine zugrunde liegende *essentielle* Natur der Menopause, als vielmehr auf

²¹ Lock, Menopause, Local Biologies and Cultures of Aging, S. 494.

²² Ebd., S. 503.

Überlegungen darüber, welche Aspekte generell in einer Vergleichsuntersuchung von Relevanz seien.²³

Zum Schluss

Die Menopause gilt heute als normaler Prozess im mittleren Lebensalter einer Frau, der kausal auf die nachlassende Hormonproduktion zurückgeführt und an das Ende der Reproduktivität gebunden wird, sie hat – ähnlich wie andere körperliche Prozesse auch – in der gynäkologischen Praxis, in unterschiedlichen Diagnose-, Präventions- und Therapieangeboten, in Richtlinien und Regelungen der Krankenkassen etc. ihren institutionellen Niederschlag gefunden. Betrachtet man die Heterogenität und Uneindeutigkeit der klimakterischen Symptome und die Tatsache, dass eine Diagnose, wie eingangs geschildert, erst retrospektiv möglich ist, wird deutlich, dass die Menopause nicht als objektiv ermessbarer Zustand verstanden werden kann, sondern in der Interaktion zwischen den beteiligten Akteuren (i.d.R. einer Frau und ihrer Gynäkologin/ihrem Gynäkologen) hergestellt werden muss. Sie ist das Resultat einer Kontextualisierung heterogenen Körpererlebens in einen medizinisch-sinnhaften Bezugsrahmen, wobei erst die Kategorien Alter und Geschlecht eine eindeutige Zuordnung bedingen. Eine zentrale Rolle kommt dem Leitsymptom der Hitzewallungen zu, das – wie am Beispiel von Frau Grün und Frau Pauli dargestellt – als biokulturelles Phänomen gelten kann: Es ist eingebettet in eine Assemblage aus medizinischen Praktiken und Technologien (z.B. der gynäkologischen Vorsorge), tradierten Geschlechterrollen (z.B. der heterosexuellen Paarbeziehung), familiären Umbrüchen (z.B. dem Auszug der Kinder), Medikamenten (z.B. Hormonen oder Antidepressiva), Ernährungsgewohnheiten, Hormonspiegeln, Berufstätigkeiten, historischen Kontexten usw., die Aussagen über die *Normalität* des weiblichen Alter(n)s grundsätzlich hinterfragbar machen.

Biokulturelle Ansätze wie das Konzept der *local biologies* bieten hier die Chance, Fragen nach der Natur (und Kultur) menopausalen Körpererlebens

²³ Vgl. Melby, Melissa K., Margaret Lock, Patricia Kaufert: Culture and symptom reporting at menopause, in: *Human Reproduction update* 11 (2005), H. 5, S. 495-512.

neu zu formulieren. Die medizin- und kulturanthropologische Forschung verweist darauf, dass monokausale Erklärungsansätze der komplexen Dynamik von Krankheit, Gesundheit und Körperlichkeit nicht gerecht werden – für eine medizinisch orientierte Geschlechterforschung besteht die Herausforderung gerade darin, den wechselseitigen Feedback-Prozess biologischer *und* kultureller Dimensionen geschlechtlich codierter Körper gleichermaßen ernst zu nehmen.

Literatur

Bell, Susan E.: Changing ideas: the medicalization of menopause, in: *Social Science & Medicine* 24 (1987), S. 535-542.

Brown, Peter (Hg.): *Understanding and applying medical anthropology*. Boston 2010.

Göretzlehner, Gunther; Christian Lauritzen: *Praktische Hormontherapie in der Gynäkologie*. Berlin/New York 1995.

Hartung, Heike, Christiane Streubel, Dorothea Reinmuth, Angelika Uhlmann (Hg.): *Graue Theorie. Die Kategorien Alter und Geschlecht im kulturellen Diskurs*. Köln 2007.

Harding, Jennifer: Bodies at risk: sex, surveillance and hormone replacement therapy, in: Alan Peterson, Robin Bunton (Hg.): *Foucault, health and medicine*. London/New York 1998, S. 134-150.

Knopf, Hiltraudt, Christa Scheidt-Nave: *Hormontherapie bei (post-)menopausalen Frauen in Deutschland 2007. Studienergebnisse zu Nutzen, Risiken und Versorgungsrealität*. Berlin 2008.

Kosack, Godula, Ulrike Krasberg (Hg.): *Regel-lose Frauen. Wechseljahre im Kulturvergleich*. Königstein/Taunus 2002.

<http://www.menopause-gesellschaft.de/start2.htm> (02.05.2010).

Lock, Margaret: *Encounters with aging. Mythologies of menopause in Japan and North America*. Berkeley/Los Angeles 1993.

Lock, Margaret, Patricia Kaufert: Menopause, Local Biologies and Cultures of Aging, in: *American Journal of Human Biology* 13 (2001), S. 494-501.

Lux, Thomas (Hg.): *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology*. Berlin 2003.

Martin, Emily: *Die Frau im Körper. Weibliches Bewusstsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens*. Frankfurt/New York 1989.

Melby, Melissa K., Margaret Lock, Patricia Kaufert: Culture and symptom reporting at menopause, in: *Human Reproduction update* 11 (2005), H. 5, S. 495-512.

Schmidt-Matthiesen, Heinrich: Die ältere Frau in der gynäkologischen Sprechstunde, in: Christian Lauritzen (Hg.): *Altersgynäkologie. Die ältere Frau in der gynäkologischen Sprechstunde: Prävention, Therapie, Beratung*. Stuttgart 1997, S. 175-188.

Wolf, Meike: *Körper ohne Gleichgewicht. Die kulturelle Konstruktion der Menopause*. Münster 2009.

Autorin

Meike Wolf studierte Kulturanthropologie/Europäische Ethnologie und Skandinavistik in Frankfurt/M. und Stockholm. 2005-2008 Wiss. Mitarbeit am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin Mainz. Promotion über die kulturelle Konstruktion der Menopause als Hormonmangelzustand. Seit 2009 am Institut für Kulturanthropologie/Europäische Ethnologie in Frankfurt/M.

Kontakt: meike_wolf@gmx.net