

C. Buddeberg, T. Lang

Abteilung für Psychosoziale Medizin,
Universitätsspital Zürich

Psychosoziale Aspekte der koronaren Herzkrankheit bei Frauen

Summary

Results from psychosomatic and health psychology research show that psychosocial factors play a role in the development and course of coronary heart disease. *Psychosocial risk factors* include personality characteristics associated with type A behaviour, depression, poor dietary habits, and persistent distressing events. For women, the most important factors with respect to coronary heart disease include depression and life-situation associated distressing events. Investigations into *doctor-pa-*

tient relations in coronary patients show that women with symptoms of angina pectoris are examined less intensively, diagnosed later and benefit less from advances in coronary treatment than men. These results are considered along with the traditional sex stereotypes which presumably subliminally come into play during doctor-patients relations. Finally, some suggestions for future research and the consideration of psychosocial aspects in medical practice are presented.

Zusammenfassung

Ergebnisse der psychosomatischen und gesundheitspsychologischen Forschung zeigen, dass psychosoziale Faktoren für die Entwicklung und den Verlauf der koronaren Herzkrankheit (KHK) eine Rolle spielen. Bei den *psychosozialen Risiken* sind es Persönlichkeitsmerkmale des Typ-A-Verhaltens, Depressionen, gesundheitsschädigende Konsumgewohnheiten und anhaltende Distress-Erfahrungen. Für Frauen sind im Hinblick auf eine KHK vor allem Depressionen und durch die Lebenssituation bedingte Distress-Erfahrungen von Bedeutung. Untersuchungen zur *Arzt-*

Patient-Beziehung bei Koronarpatienten zeigen, dass Frauen mit pektanginösen Beschwerden später und weniger intensiv abgeklärt werden und auch in der Therapie weniger von den Fortschritten der Koronartherapie profitieren als Männer. Diese Ergebnisse werden in Zusammenhang mit traditionellen Geschlechterstereotypen gebracht, die in der Arzt-Patient-Beziehung vermutlich unterschwellig zum Tragen kommen. Abschliessend werden einige Empfehlungen für die weitere Forschung und die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte in der ärztlichen Praxis formuliert.

Einleitung

Das Risiko für kardiovaskuläre Störungen und insbesondere für eine koronare Herzkrankheit (KHK) nimmt bei Frauen in der zweiten Lebenshälfte zu. Die Bedeutung psychosozialer Faktoren für diesen Anstieg kardiovaskulärer

Morbidität wurde bisher sowohl in der Forschung als auch in der ärztlichen Praxis nur ansatzweise berücksichtigt. Ergebnisse der psychosomatischen und gesundheitspsychologischen Forschung weisen darauf hin, dass in der

Korrespondenz:
Prof. Dr. C. Buddeberg,
Abteilung für Psychosoziale Medizin,
Universitätsspital Zürich,
Culmannstrasse 8,
CH-8091 Zürich

Behandlung der KHK bei Frauen jenseits des 50. Lebensjahres neben somatischen Parametern auch *psychosoziale Risiken* und die *Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung* Beach-

tung verdienen. Dies soll im folgenden anhand neuerer Forschungsergebnisse erläutert und diskutiert werden.

Psychosoziale Risiken

Persönlichkeitsmerkmale

Das von den beiden amerikanischen Kardiologen Friedman und Rosenman [1] beschriebene *Typ-A-Verhaltensmuster* kann heute aufgrund zahlreicher methodisch guter Studien als wichtiger *Risikofaktor für die Entwicklung einer KHK* angesehen werden [2]. Merkmale dieses Verhaltensmusters sind ein überdurchschnittliches Streben nach Anerkennung, Ungeduld, Hast und Eile sowie Reizbarkeit und Aggressivität. Personen mit diesen Eigenschaften sind besonders arbeits- und wettbewerbsorientiert und zeigen im Umgang oft eine gesteigerte Psychomotorik oder fallen durch eine explosive Sprechweise auf. Das Typ-A-Muster gilt als ein relativ stabiles Verhalten, mit dem Personen aufgrund entsprechender Persönlichkeitsmerkmale auf unterschiedliche *situative Herausforderungen* reagieren. Es erhöht das Risiko für eine KHK unabhängig von den traditionellen Risikofaktoren Rauchen, Ernährung, Hyperlipidämie und Hypertonie. Pathogenetische Bedeutung wird vor allem den Komponenten Aggressionsbereitschaft/Feindseligkeit und Unterdrückung von Ärger zugeschrieben. In der bekannten Framingham-Studie [3] an 45- bis 77-jährigen Frauen und Männern zeigt sich, dass bei *berufstätigen Frauen* signifikant häufiger ein Typ-A-Verhalten nachgewiesen werden konnte als bei Hausfrauen. Dieser Befund wurde dahingehend interpretiert, dass für die *Entwicklung des Typ-A-Musters* bei beiden Geschlechtern *Faktoren und Bedingungen der Arbeitswelt* von entscheidender Bedeutung sind.

Depression

In einer kürzlich erschienenen Übersichtsarbeit [4] wurde der gegenwärtige Wissensstand über Zusammenhänge zwischen Depression und KHK referiert und diskutiert. Depression beinhaltet ein *komplexes Mischgefühl*, welches neben Anteilen von Trauer auch Ekel, Wut, Ärger, Feindseligkeit, Schuld und Scham mit einschliesst [5]. In mehreren prospektiven Studien zeigte sich ein *Zusammenhang zwischen Depression und der Entwicklung einer KHK*.

Dies gilt sowohl für depressive Zustände, welche psychiatrisch-diagnostisch die Kriterien einer «major depression» erfüllen, als auch für subklinische Depressionen [6]. Liegt bereits eine KHK vor, so ist der weitere *Krankheitsverlauf bei Patienten mit komorbider Depression signifikant ungünstiger* als bei nicht depressiven Koronarpatienten. Sie entwickeln häufiger einen Myokardinfarkt und haben in den ersten 6 Monaten nach dem Infarkt ein 3,5mal höheres Todesfallrisiko als nicht depressive Patienten [7]. Andere Studien ergaben, dass etwa 15–20% aller Infarktpatienten wenige Tage nach dem Ereignis das klinische Bild einer schwereren Depression [4] zeigen. Dieser Komplikation sollte deshalb in der Behandlung von Infarktpatienten besondere Beachtung geschenkt werden. *Frauen* leiden in allen Lebensabschnitten häufiger an depressiven Störungen als Männer; viele dieser Episoden bleiben jedoch unerkannt. Daraus lässt sich schliessen, dass diesem Risikofaktor insbesondere bei Frauen sowohl in der Entwicklung als auch für den Verlauf einer KHK eine mindestens so hohe, wenn nicht höhere Bedeutung zukommt als den oben erwähnten koronargefährdenden Verhaltensweisen (Typ-A-Verhalten).

Gesundheitsverhalten

Hinsichtlich der für KHK bedeutsamen Risikofaktoren Rauchen, Ernährung, Gewicht und körperliche Bewegung ergibt sich für über 40jährige Frauen im Vergleich zu Männern ein günstigeres Bild. Wie Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93 zeigen [8], sind über 40jährige Frauen deutlich seltener Raucherinnen (23,8%) als Männer (73,3%). Sie achten mehr auf ihre Ernährung (80,0% versus 61,7%) und sind seltener übergewichtig. Hinsichtlich des Gewichts ist allerdings zu beachten, dass bei Frauen der Anteil der Übergewichtigen (Body Mass Index $>25 \text{ kg/m}^2$) mit dem Alter stetig ansteigt, während der Anteil der Übergewichtigen bei den 50- bis 64-jährigen Männern am höchsten ist und nach 65 wieder etwas tiefer liegt (Abb. 1). Lediglich bei der körperlichen Betätigung in der Freizeit

Abbildung 1

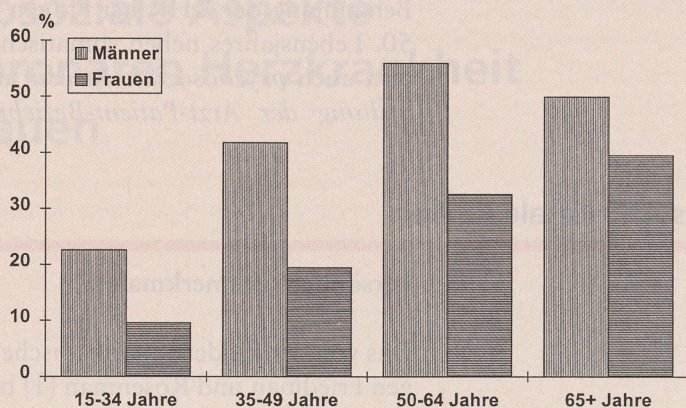
Anteil übergewichtiger Personen*
nach Alter und Geschlecht.

* Definition Übergewicht:

Body Mass Index >25

(Gewicht in kg : Grösse in m²);

Datenquelle: Schweizerische Gesundheits-
befragung 1992/93, Bundesamt für Statistik
(BFS).



schneiden die Männer etwas günstiger ab als die Frauen, wobei die körperlichen Anstrengungen während der Haus- und Berufsarbeit nicht berücksichtigt sind. Insgesamt zeigen so-

mit *Frauen* hinsichtlich KHK-Risikofaktoren ein wesentlich gesundheitsbewussteres Verhalten als Männer.

Distress-Erfahrungen

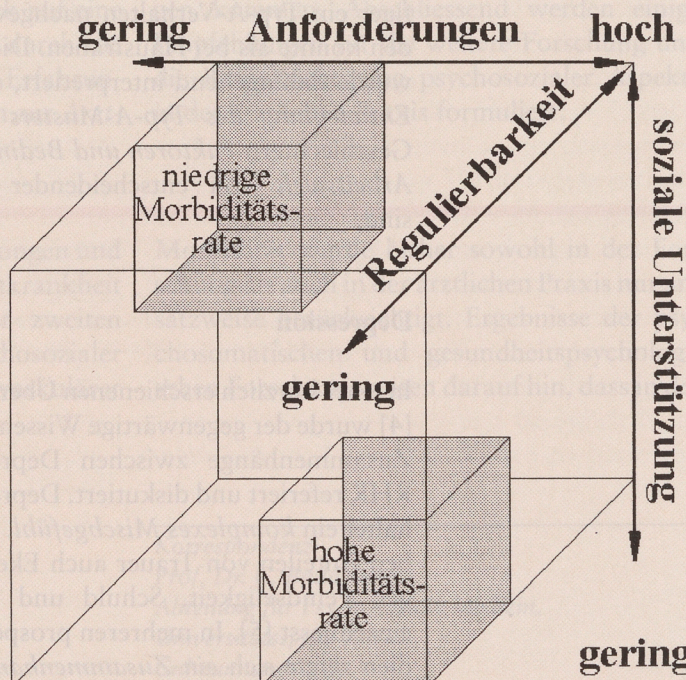
Die Zusammenhänge zwischen psychosozialen Faktoren und KHK lassen sich am besten anhand eines *dreidimensionalen Stressmodells* veranschaulichen, wie es von Karasek und Theorell [9] entwickelt wurde (Abb. 2). Stress wird dabei definiert als *Ergebnis einer spezifischen Transaktion zwischen Umwelt und Person*. Es wird zwischen Merkmalen der Situation (sogenannte Stressoren oder Anforderungen), welche auf eine Person einwirken, und der Art und Weise, wie die Person auf die Stressoren reagiert (Stressreaktion), unterschieden. Die Antwort auf Stressoren kann prinzipiell auf drei Ebenen erfolgen:

- auf der Ebene der *emotionalen Erfahrung* und der affektiven Reaktion,
- auf der Ebene der *neuronalen, neuroendokrinen* und *immunvermittelten* Aktivierung;
- auf der Ebene sichtbaren Verhaltens bzw. geplanten Handelns.

Die Art einer Stressreaktion hängt einerseits von der Intensität der Stressoren und andererseits vom Erfolg der vom Individuum eingesetzten Bewältigungsstrategien und damit dem *Grad der Regulierbarkeit der Situation* ab.

Abbildung 2

Dreidimensionales kognitives Stressmodell
(modifiziert nach Karasek und Theorell).



Distress und Krankheitsanfälligkeit

Für die Medizin sind besonders länger anhaltende Distress-Situationen von Interesse. Sie sind das Ergebnis einer fortgesetzten *Erfahrung begrenzter oder nicht gegebener Regulierbarkeit von Anforderungen*, welche bei der betroffenen Person physiologisch die *Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse* stimulieren. Es kommt u.a. zu einem Anstieg von ACTH und Kortikosteroiden sowie der Blutdruckwerte. Im Hinblick auf mögliche krankheitsauslösende Wirkungen von Distress-Erfahrungen gilt: Je intensiver und länger-dauernd Distress-Erfahrungen sind, desto höher ist das Risiko, dass sie auf physiologische Abläufe im Organismus dysregulierend einwirken und sich längerfristig Krankheitsprozesse anbahnen. Dabei beschränkt sich die erhöhte Krankheitsanfälligkeit nicht auf die KHK, sondern gilt auch für andere Erkrankungen.

Distress und KHK

In mehreren grossangelegten prospektiven Studien konnte gezeigt werden [10], dass zwischen dem Ausmass von Distress-Erfahrungen und dem Auftreten einer KHK signifikante Zusammenhänge bestehen. Das grösste Risiko besteht für Personen, welche längerdauernd hohen Anforderungen ausgesetzt sind, die sie schlecht regulieren und kontrollieren können und die gleichzeitig nur eine geringe soziale Unterstützung und zu wenig Anerkennung für ihre Leistungen erfahren. Solche Lebenssituationen finden sich bei Angehörigen der Unterschicht und unteren Mittelschicht deutlich häufiger als bei Angehörigen der mittleren und oberen Mittelschicht. In der bekannten *Whitehall-Studie* an Beschäftigten des öffentlichen Dienstes in London [11] zeigte sich in einem Beobachtungszeitraum über mehrere Jahre für Personen mit hohem Distress-Gradient eine doppelt so hohe KHK-Sterblichkeit wie bei Personen mit einem niedrigen Distress-Gradienten.

Dieser Zusammenhang blieb auch nach Kontrolle der Risikofaktoren Blutdruck, Rauchen,

Cholesterin, Blutzucker, Gewicht und Körpergrösse erhalten.

Stress als soziokulturelles Phänomen

Die Bedeutung des Stresskonzeptes wird heute weniger darin gesehen, dass es eine Erklärung für den Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen und erhöhter Krankheitsanfälligkeit liefert. Wesentlicher scheint, dass die *heutigen Lebensumstände* (Wohn-, Arbeits- und finanzielle Situation) *die Anpassungsfähigkeit des einzelnen überfordern* und den Handlungsspielraum für die Bewältigung von Stressoren zunehmend einschränken.

Stress und Frauen-Biographien

Die geschilderten Ergebnisse der neueren Stress-Forschung wurden bisher vor allem in arbeitsmedizinischen Untersuchungen gewonnen. Vieles deutet jedoch darauf hin, dass das dreidimensionale Stress-Modell von Karasek und Theorell sinngemäss auch auf andere Lebenssituationen übertragen werden kann. Was bedeutet dies für die gesundheitliche Situation von Frauen in der zweiten Lebenshälfte? In der erwähnten Schweizerischen Gesundheitsstudie wurde der Frage nachgegangen, «wie sich die soziale Situation, d.h. die Summe der im Verlauf des Lebens in Beruf, Familie und sozialer Schicht als Frau oder als Mann gemachten Erfahrungen, anders gesagt die *gesellschaftliche Konstruktion des Geschlechts* oder das sogenannte «*soziale Geschlecht*» (gender), auf die Gesundheit auswirken» ([8], S. 12). Es zeigte sich, dass vor allem *soziale Benachteiligungen* (Bildung, sozioökonomische Ressourcen) den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand *negativ* beeinflussen. *Soziale Benachteiligung im Sinne von längerdauernder Distress-Erfahrung* scheint somit ein Faktor zu sein, der zwar nicht frauenspezifisch ist, aber für Frauen in der zweiten Lebenshälfte ein wichtiger Risikofaktor für eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit und – so möchten wir vermuten – auch für KHK darstellt.

Arzt-Patient-Beziehung

Eine kürzlich publizierte Studie über die Abnahme der Infarkt-Mortalität in Westdeutschland zwischen 1980 und 1994 ergab einen überraschenden Befund [12]: Im Beobach-

tungszeitraum nahm die Mortalität zwar bei beiden Geschlechtern signifikant ab, die Abnahme war jedoch bei den Frauen signifikant geringer als bei den Männern. Wie lässt sich

dieser Befund erklären? Die KHK gilt bis heute als typische *Männer-Krankheit*, obwohl sie in allen westlichen Ländern in den Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken für Frauen hinter den Krebserkrankungen an zweiter Stelle steht [13]. Dass Frauen, welche an einer KHK leiden, im Durchschnitt schlechter behandelt werden als koronarkranke Männer [14], dafür spielen u. E. *traditionelle Geschlechterstereotype und geschlechtstypische Verhaltensmuster in der Arzt-Patient-Beziehung* (APB) eine Rolle. Wir möchten diese Hypothese anhand einiger Befunde aus sogenannten «gender-studies» näher erläutern.

Geschlechterstereotype

Geschlechterstereotype beschreiben typische Eigenschaften von Männern und Frauen. Sie werden schon in der frühen Kindheit erworben und sind über die Zeit hinweg relativ stabil [15]. Geschlechterstereotype sind Bestandteile des Alltagswissens in jeder Kultur und dienen u.a. dazu, die bestehende gesellschaftliche Rang- und Wertordnung zu rechtfertigen und zu erhalten. In einer transkulturellen Studie in 25 Ländern aus verschiedenen Erdteilen wurden übereinstimmend folgende Eigenschaften als typisch weiblich bzw. männlich klassifiziert [nach 15].

Als *typisch weiblich* wurden u. a. genannt:

- einfühlsam, furchtsam, gefühlvoll, geschwätzig, neugierig, schwach, träumerisch, unterwürfig und *weichherzig*.

Als *typisch männlich* wurden genannt:

- aggressiv, dominant, ehrgeizig, faul, emotionslos, *hartherzig*, kühn, selbstbewusst und unabhängig.

Die Klischees, die hier deutlich werden, sind: «*schwache Frau mit weichem Herz*» bzw. «*starker Mann mit hartem Herz*». Wir vermuten, dass eine KHK, die einen «starken Mann schwächt», auf männliche Ärzte wesentlich mehr Eindruck macht als eine KHK, die eine «schwache Frau noch ein wenig schwächer macht».

Geschlechtstypische Muster in der Arzt-Patient-Beziehung

Brezinka [14] hat in einer Übersichtsarbeit die Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern bei der Diagnostik und Behandlung einer KHK in folgenden Feststellungen zusammengefasst: *Frauen mit pektanginösen Beschwerden*

- erhalten weniger diagnostische Untersuchungen als Männer,

- müssen länger auf ein EKG warten;
- werden seltener koronarangiographiert;
- werden weniger mit thrombolytischen Medikamenten behandelt;
- erhalten seltener eine Ballondilatation;
- werden bei akuter Myokardischämie weniger häufig auf einer Intensivstation behandelt als Männer;
- werden viel seltener mittels einer Bypass-Operation behandelt.

Zusammengefasst deuten diese Befunde darauf hin, dass Frauen von den Fortschritten der Koronar-Therapie weniger profitieren als Männer.

In der Diskussion dieser Befunde erwähnt die Autorin [14] u.a. folgende *mögliche Erklärungen für diese Geschlechterunterschiede*: Männliche Ärzte unterliegen vermutlich teils bewusst, teils unbewusst den traditionellen Geschlechterstereotypen. Sie unterschätzen die Prävalenz der KHK bei Frauen und nehmen thorakale Beschwerden bei Frauen weniger ernst als bei Männern. Ärzte halten die KHK bei Männern wegen erhöhter Prävalenz wahrscheinlich für schwerwiegender und gefährlicher und veranlassen daher tiefgreifendere Diagnostik und Therapie. Ärzte unterschätzen offenbar, dass die Prognose und das Reinfarkt- und Mortalitätsrisiko von Frauen mit klinisch manifester Koronarsklerose schlechter ist als bei Männern. Schliesslich zeigen auch Untersuchungen aus der kardialen Rehabilitation, dass Frauen von solchen Programmen weniger profitieren als Männer und öfter daraus ausscheiden, u.a. weil diese Programme weniger auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind.

Medikalisierung der Wechseljahre

Die Beschwerden menopausaler und postmenopausaler Frauen werden von männlichen Ärzten häufig und allzu schnell mit einem Hormonmangel in Verbindung gebracht. Eindrückliche Beispiele für diese Überzeugungen sind Aussagen wie: «Die Wechseljahre sind eine Krankheit, die ohne Medikamente unheilbar ist», oder «Das Klimakterium ist ein ernstzunehmender klinischer Zustand, der Gesundheit und Glück jeder Frau bedrohen kann» (R. A. Wilson, Begründer der Hormonsubstitutionstherapie) [16].

Körperliche und psychische Beschwerden werden dabei unter dem Begriff «klimakterisches Syndrom» subsumiert und einseitig mit den hormonellen Veränderungen in Zusammenhang gebracht. Der Trend zur Medikalisierung der Wechseljahrbeschwerden steht in deutli-

chem Widerspruch zu neueren Forschungsergebnissen. Diese zeigen, dass prä- und postmenopausal auftretende Beschwerden weit weniger gravierend sind, als sie häufig beschrieben werden. Die Wechseljahre sind eine Lebensphase mit erhöhter psychischer und physischer

Vulnerabilität [17]. Die hormonellen Veränderungen tragen durch eine physiologische Destabilisierung dazu bei, dass sich psychosoziale Belastungen und Krisen in körperlichen Beschwerden äussern können.

Folgerungen für Forschung und Praxis

Neuere, vor allem in den angelsächsischen Ländern durchgeführte Studien zu psychosozialen Aspekten der KHK wurden bisher im deutschsprachigen Raum nur z.T. zur Kenntnis genommen. Die Ergebnisse interdisziplinär angelegter Projekte belegen eindrücklich die Bedeutung psychischer und sozialer Faktoren für die Entwicklung und den Verlauf der KHK. Für die *Forschung* der kommenden Jahre sind u.E. besonders zwei Fragestellungen von besonderem Interesse: Zum einen die Bedeutung von Geschlechtsunterschieden bei psycho-physiologischen Prozessen, welche eine kardiopathogene Wirkung haben. Besondere Beachtung sollte dabei länger anhaltenden depressiven Zuständen und der sogenannten Stress-Vulnerabilität geschenkt werden. Zum anderen sollten die *sozialen Lebensbedingungen älter werdender Frauen* im Hinblick auf ihre Relevanz für Gesundheit und Krankheit weiter untersucht werden. Schliesslich sollten kontrollierte Therapiestudien durchgeführt werden, in welchen die Wirksamkeit psychopharmakologischer und/oder psychotherapeutischer Interventionen bei Koronarpatienten mit psychischer Komorbidität im Hinblick auf den Krankheitsverlauf untersucht wird.

Für die *ärztliche Praxis* lassen sich folgende Empfehlungen formulieren: Die Fortschritte der interventionellen Kardiologie sollten nicht dahingehend interpretiert werden, dass psychosoziale Faktoren bei Patienten mit KHK als unwesentlich erachtet werden können. Veränderungen im Lebensstil und in der Lebenshaltung können erwiesenermassen medikamentöse und operative Massnahmen sinnvoll ergänzen. Eine eingehende psychosoziale Anamnese und ein Beratungsgespräch geben oft Hinweise auf Belastungen oder psychische Störungen insbesondere depressiver Art, die sich zumindest teilweise mildern oder behandeln lassen. Therapeutisch hilfreich kann dabei der Einbezug des nächststehenden Angehörigen sein, indem die Wertschätzung und soziale Unterstützung der Patientin verbessert wird. Gelegentlich empfiehlt es sich auch, die Aufmerksamkeit nicht nur auf den Patienten, sondern auch auf die eigenen Einstellungen und ärztlichen Verhaltensweisen zu richten. Das kritische Hinterfragen eigener langjähriger Erfahrungen, die bisweilen nahe bei traditionellen Geschlechterstereotypen liegen, können dem Arzt neue Wege vor allem für die Behandlung sogenannter Problempatienten eröffnen.

Literatur

- 1 Friedman M, Rosenman RH. Anonymous type A behavior and your heart. New York: Knopf; 1974.
- 2 Booth Kewley S, Friedman HS. Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. Psychol Bull 1987;101: 343–62.
- 3 Haynes SG, Feinleib M, Levine S, Scotch N, Kannel WB. The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study II. Prevalence of coronary heart disease. Am J Epidemiol 1978;107:384–402.
- 4 Glassman AH, Shapiro PA. Depression and the course of coronary artery disease. Am J Psychiatr 1998;155:4–11.
- 5 Birbauer N, Schmidt RE. Biologische Psychologie. 3. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer; 1996.
- 6 Pratt LA, Ford DE, Crum RM, Armenian HK, Gallo JJ, Eaton WW. Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction. Prospektive data from the Baltimore ECA follow-up. Circulation 1996;94:3123–9.
- 7 Frasure Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. JAMA 1993;270:1819–25.
- 8 Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann/Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). Geschlecht und Gesundheit nach 40. Bern/Göttingen: Huber; 1997.
- 9 Karasek R, Theorell T. Healthy work-stress, productivity and the reconstruction of working life. Basic Books; 1990.
- 10 Siegrist J. Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen/Bern: Horgrefe; 1996.
- 11 Marmot MG. Work and other factors influencing coronary health and sickness absence. Work and Stress 1994;8: 191–201.
- 12 Ladwig KH, Scheuermann W. Gender differences in the decline of mortality rates of acute myocardial infarction in West Germany. Eur Heart J 1997;18:582–7.
- 13 Khaw KT. Where are the women in studies of coronary heart disease? Br Med J 1993;306:1145–6.
- 14 Brezinka V. Ungleichheiten bei Diagnostik und Behandlung von Frauen mit koronarer Herzkrankheit. Eine Übersicht. Z Kardiologie 1995;84:99–104.
- 15 Alfermann D. Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer; 1996.
- 16 Wilson RA. Feminine forever. London: Allen; 1966.
- 17 Buddeberg C, Buddeberg Fischer B. Psychosoziale Aspekte des Klimakteriums. Schweiz Rundschau Med Prax 1995;84: 718–21.