

Psychosomatik des Klimakteriums.

Vergleichende Lebenslaufanalysen zur Typenbildung weiblicher

Psychosomatik ab Menopause bis Klimakterium.

Inaugural- Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

des Fachbereichs Humanmedizin

der Justus-Liebig-Universität Giessen

Vorgelegt von

Karin Höfle

aus Leonberg

Giessen, 2003

Aus dem Medizinischen Zentrum für Psychosomatische Medizin
Abteilung Medizinische Psychologie
Leiter: Prof. Dr. D. Beckmann
des Klinikums der Justus- Liebig- Universität Giessen

Gutachter: Prof. Dr. D. Beckmann
Gutachter: PD Dr. M. Zygmunt

Tag der Disputation: 02.03.2004

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	6
2.	Das Klimakterium, die Menstruation, Schwangerschaft und Geburt	6
2.1	Das Klimakterium aus biologisch - medizinischer Sicht	6
2.1.1.	Neurovegetative Störungen	11
2.1.2	Organische Störungen	12
2.1.3	Psychische Störungen	13
2.2.	Das Klimakterium aus psycho - sozialer Sicht	15
2.3	Menarche und Menstruation	23
2.3.1	Die Menarche aus biologisch - medizinischer Sicht	23
2.3.1.1	Zyklusstörungen	24
2.3.1.1.1	Die Amenorrhoe	24
2.3.1.1.2	Die Dysmenorrhoe	25
2.3.1.3.	Das prämenstruelle Syndrom	27
2.3.2	Zur psycho - sozialen Situation	28
2.4	Schwangerschaft	32
2.4.1.	Der Schwangerschaftsverlauf	32
2.4.2.	Kulturelle Einflüsse	35
2.5	Zur endokrinologischen Situation während der Schwangerschaft und Geburt	36
2.6	Geburt	38
2.6.1	Der Geburtsverlauf	38
2.6.2	Postpartale Verstimmungen	40
2.6.3	Wochenbettpsychose	41

2.7	Das Stillen	42
2.8	Zusammenfassung und allgemeine Fragestellung	44
3.	Methode	46
3.1	Entwicklung des Fragebogens	46
3.2	Itempool des Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Einschätzung weiblicher Lebensabschnitte	46
3.3	Itempool des Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Einschätzung der Schwangerschaft	48
3.4	NEO- FFI und GPI	49
3.4.1	NEO– FFI	49
3.4.2	GPI	50
3.5	Versuchspersonen	53
3.6	Hypothesen	57
3.7	Abhängige Variable	59
3.8	Unabhängige Variable	59
4.	Ergebnisse	60
4.1	Konstruktion des Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Einschätzung weiblicher Lebensabschnitte	60
4.1.1	Faktorenanalyse des Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Einschätzung weiblicher Lebensabschnitte	60
4.1.2	Rotierte Faktorenmatrix	63
4.1.3	Item- und Skalenanalyse	65

4.2	Konstruktion des Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Einschätzung der Schwangerschaft	70
4.2.1	Faktorenanalyse des Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Einschätzung der Schwangerschaft	70
4.2.2	Rotierte Faktorenmatrix	70
4.2.3	Skalenanalyse	72
4.3	Analyse multivarianter Zusammenhänge	75
4.3.1	Multiple Regression und T - Test	75
4.3.2	Kanonische Korrelationsanalyse	84
5.	Ergebnisse der Analyse der soziodemographischen Einflussfaktoren	87
5.1	Zusammenfassung und Hypothesenentscheidung	97
6.	Diskussion	100
6.1	Bewertung der Befunde	100
6.2	Zusammenfassung	103
	LITERATUR	113
	ANHANG	120

1. Einleitung

Den Gegenstand dieser Arbeit bilden die Beschwerden während des Klimakteriums. Es soll untersucht werden, ob das klimakterische Syndrom allein von hormonell assoziierten psychischen Faktoren abhängig ist, oder ob das Auftreten dieser Beschwerden multifaktorielle bedingt ist.

Im Folgenden wird geprüft, ob:

1. ein Zusammenhang zwischen Menarche / Menstruation und / oder Schwangerschaft / Geburt und den Beschwerden während der Wechseljahre besteht, und ob
2. sich eine Korrelation zwischen verschiedenen Persönlichkeitsstrukturen und der subjektiven Einschätzung des Klimakteriums nachweisen lässt.

Da untersucht werden soll, ob Ereignisse wie die Menstruation und / oder eine Schwangerschaft mit Geburt, das Erleben des Klimakteriums beeinflusst, werden diese, sowie das Klimakterium in dem nächsten Kapitel näher betrachtet (vgl. Kapitel 2). Diese Themen werden nach verschiedenen theoretischen Ansätzen beleuchtet: aus biologisch – medizinischer und aus psychosozialer Sicht. Außerdem wird in Kapitel 3. 4 auf die Persönlichkeitstests NEO – FFI und GPI eingegangen, die zur Messung der Persönlichkeitsstrukturen in der vorliegenden Arbeit verwendet wurden.

2. Das Klimakterium, die Menstruation, Schwangerschaft und Geburt

2.1 Das Klimakterium aus biologisch – medizinischer Sicht

Mit dem Begriff des Klimakteriums wird die Übergangsphase von der Geschlechtsreife bis zum Senium der Frau bezeichnet (Pschyrembel, 1994). In dieser Übergangsphase findet eine hormonelle Umstellung statt. Diese hormonelle Umstellung ist daher nicht primär als ein krankhaftes Ereignis, sondern als ein natürlicher Vorgang anzusehen (Pschyrembel, Strauss & Petri, 1990).

Das Klimakterium umfasst einen Zeitraum von einigen Jahren vor und nach der Menopause. Unter Menopause versteht man den Zeitpunkt der letzten Blutung und damit die Beendigung der zyklischen Ovarialfunktion und der Fortpflanzungsfähigkeit. Sie ist das auffälligste äußere Zeichen dafür, dass sich die Frau in den Wechseljahren befindet. Der Menopausenblutung folgt eine mindestens einjährige Amenorrhoe (Pschyrembel, Strauss & Petri, 1990). Heutzutage tritt die Menopause bei den meisten Frauen zwischen dem 48 und 53 Lebensjahr auf. In den westlichen Industrieländern beträgt das Durchschnittsalter 50 Jahre (vgl. Abbildung 1) (Kuhl & Taubert, 1987). Biologisch betrachtet, handelt es sich hierbei um einen willkürlichen Zeitpunkt, weil lediglich eine kritische Schwelle der uterinen Östrogen-Stimulation unterschritten wird. Außerdem ist der Zeitpunkt der letzten funktionellen Blutung erst retrospektiv bestimmbar (Leidenberger, 1998).

Schon einige Jahre vor der Menopause können Blutungsstörungen und vegetative Beschwerden, wie etwa Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Schwindelgefühl etc. (vgl. Lauritzen, 1987; Fuchs, 1994) auftreten. Diesen Zeitraum nennt man Prämenopause. Die Zeit von 10 – 15 Jahren nach der Menopause wird als Postmenopause bezeichnet. Dieser Zeitraum wird gelegentlich noch in eine frühe Postmenopause (die ersten fünf postmenopausalen Jahre) und in eine späte Postmenopause unterteilt. Ab dem 65. Lebensjahr spricht man vom Senium (Lauritzen, 1987).

Wegen der interindividuellen Schwankungen des Erlöschens der Ovarialfunktion, ist weder der genaue Anfang noch das genaue Ende des Klimakteriums festlegbar (Richter, 1996).

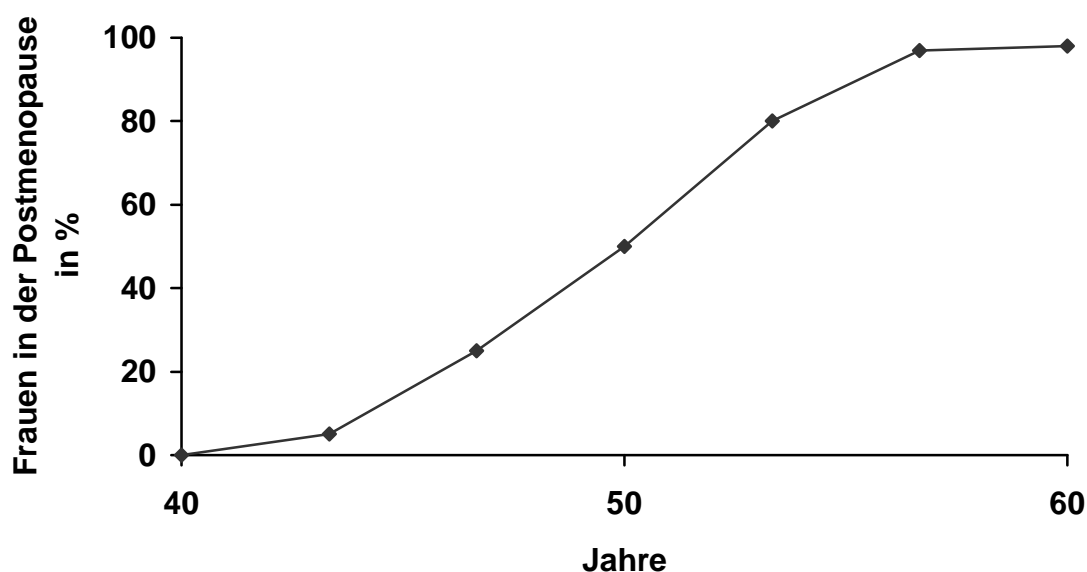


Abbildung 1: Altersabhängige Zunahme der Frauen, die sich in der Postmenopause befinden (nach: Kuhl & Taubert (1987, S. 136)).

Die Hauptursache für die hormonelle Umstellung liegt in dem Funktionsverlust der Ovarien. Durch Atresie und Verbrauch wird die Anzahl der Follikel so stark reduziert, dass die Östrogenproduktion auf sehr geringe Werte zurückgeht; siehe Tabelle 1 (Strecker & Lauritzen, 1992; Lauritzen, 1987).

Außerdem wird die Ovarialfunktion durch Abnahme des Organgewichts der Ovarien auf weniger als die Hälfte des Maximalgewichts eingeschränkt (Strecker & Lauritzen, 1992; Leidenberger, 1997). Ursächlich für diese Gewichtsreduktion ist eine frühzeitige Sklerosierung der Hilusgefäße, die zu einer Minderperfusion sowie zu einer vermehrten Bindegewebeinlagerung und Kapselverdickung führt (Strecker & Lauritzen, 1992). Ferner nimmt durch diese Minderperfusion das Angebot der für die Steroidbiogenese wichtigen Enzyme ab (Lauritzen, 1987).

Tabelle 1

Durchschnittliche Anzahl der Follikel in verschiedenen Reifungsstadien, bezogen auf das Alter

Altersgruppe (Jahre)	Primordial - Follikel	Wachsender Follikel (bis 100m)	Alle Follikel
6 – 9	484000	15400	499400
12 – 16	382000	7380	389300
18 – 24	155000	6800	161800
25 – 31	59000	3500	62500
32 – 38	74000	6200	80200
40 – 44	8300	2600	10900

(nach Block, 1952: entnommen aus Leidenberger, 1997 S.126).

Zu den endokrinen Veränderungen im Klimakterium zählen nach Pschyrembel, Strauss und Petri, 1990:

1. Abnahme des Östrogens.

Durch die geringe Östrogenbildung kommt es zu einem vermehrten Anfall von Androgenen und zu einem Hypoöstrogenismus. Dieser Hypoöstrogenismus ist die Ursache des Ausbleibens der Periodenblutung.

2. Zunahme von Gonadotropine.

Der Hypoöstrogenismus führt zu einer Enthemmung der Hypothalamus – Hypophysen – Funktion. Die Adenohypophyse gibt vermehrt Gonadotropine ab. Dabei steigt überwiegend der FSH – Spiegel, bezogen auf den Basalspiegel im geschlechtsreifen Alter, etwa um das 20fache, während die LH – Konzentration nur geringfügig, etwa um das 3 – bis 5fache, ansteigt. Das führt zu einer gesteigerten Gonadotropinsekretion, da die Ovarien ihre vegetative und generative Funktion verloren haben und auf den gonadotropen Stimulus nicht mehr in der Lage sind, Östrogene zu bilden.

3. Folge der gesteigerten Gonadotropinsekretion.

Die Zunahme der Gonadotropine führt im Klimakterium – im Gegensatz zur Geschlechtsreife - nicht mehr zu einem Anstieg der Ovarialhormonproduktion.

Die Ursache hierfür liegt wahrscheinlich im Funktionsverlust der enzymatischen Rezeptoren. Dieser Funktionsverlust bewirkt, dass die Ovarien auf den verstärkten zentralen Impuls nicht mehr ansprechen können. Das hat zur Folge, dass trotz vermehrter Gonadotropinausschüttung das Östrogen abnimmt. Da die Follikelsprünge ausbleiben und kein Corpus luteum mehr gebildet wird, nimmt auch der Gehalt an Gestagenen ab.

4. Andere hormonelle Funktionskreise.

Der gestörte Funktionskreis Hypothalamus – Hypophyse – Ovarien kann auch auf andere hormonelle Funktionskreise Einfluss nehmen, etwa Hypothalamus – Hypophyse - Schilddrüse oder Hypothalamus – Hypophyse – Nebennierenrinde – Funktionskreis.

Die Zeit vor der Menopause, die Prämenopause, ist durch Blutungsanomalien, Abnahme der Schwangerschaftsbereitschaft sowie durch vegetative und psychische Störungen gekennzeichnet. Doch das Hauptsymptom dieser Zeit sind die Blutungsanomalien wie Oligomenorrhoe, Polymenorrhoe, Hypomenorrhoe, Hypermenorrhoe, Vor- Nach- und Dauerblutung. Sie haben ihre Ursache in dem Erlöschen der Ovarialfunktion. Das Ausbleiben regelmäßiger Ovulationen führt zu ovulatorischen und anovulatorischen Zyklen. Diese anovulatorischen Zyklen haben eine Follikelpersistenz zu Folge, welche dysfunktionelle Dauerblutungen bewirken können. Sie tritt meist im letzten Jahr vor der Menopause auf (Pschyrembel, Strauss & Petri, 1990).

Als Wechseljahresbeschwerden werden unterschiedliche vegetative und psychische Symptome bezeichnet. Die Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die Häufigkeit klimakterischer Beschwerden, gegliedert in die verschiedenen Abschnitte des Klimakteriums. Zu den charakteristischen und wichtigsten Symptomen des klimakterischen Syndroms zählen die Hitzewallungen und die damit verbundenen Schweißausbrüche und Schlafstörungen. Nur diese Symptome und die atrophische Vaginitis sind die einzig echte Folgen des Östrogenmangels. Viele andere, vor allem subjektive Beschwerden, treten auch bei jungen Frauen im Rahmen des prämenstruellen Syndroms auf. Inwieweit die subjektiven Beschwerden auftreten, ist von folgenden Faktoren abhängig: psychische Konstitution, Persönlichkeitsstrukturen sowie soziale, kulturelle und ökonomische Rahmenbedingungen (Kuhl & Taubert 1987). Auf diese Symptome wird im weiteren Gang der Darstellung näher eingegangen.

Tabelle 2

Häufigkeit klimakterischer Beschwerden in den verschiedenen Abschnitten des Klimakteriums in Prozent des Sprechstundenklientels

	Prä- Menopause	Menopause 1-3	Postmenopause >3Jahre	
Hitzewallungen	36	69	74	42
Schwitzen	28	58	67	31
Schwindel	14	33	41	25
Durchblutungsstörungen	8	20	28	11
Depressive Verstimmungen	25	72	76	58
Nervosität	67	51	48	22
Reizbarkeit	65	49	46	17
Spannungsgefühl	44	40	33	25
Kopfschmerzen	41	31	24	19
Schlaflosigkeit	53	56	63	41
Ängste	33	44	26	12

Aus C. Lauritzen: Das Klimakterium der Frau. Schering AG Berlin, 1982 (Strecker & Lauritzen, 1992, S.14).

2.1.1 Neurovegetative Störungen

Die Hitzewallungen sind das Leitsymptom der Wechseljahresbeschwerden. Es können jedoch auch andere Symptome auftreten, etwa: Nachtschweiß, Schlafstörungen, Parästhesien, Konzentrationsschwäche, Tachykardie usw. (Pschyrembel, Strauss & Petri, 1990).

Die Hitzewallungen treten zunächst im Gesicht und Nacken auf und breiten sich anschließend auf den Brustbereich aus, wo sie sich manifestieren. Sie dauern etwa 2 – 5 Minuten und enden in einem allgemeinen Schweißausbruch. Nächtliches Auftreten führt zu erheblichen Schlafstörungen (Strecker & Lauritzen, 1992).

Ihre Ursache haben die Hitzewallungen und die sie begleitenden Schweißausbrüche während der Wechseljahre in dem Östrogenabfall. Östrogene und Progesteron (Gestagene) halten die endogene Opiatpeptidkonzentration im Hypothalamus und Hirnstamm aufrecht. Der Östrogenabfall bewirkt das Fehlen lokaler endogener Opiate. Die Folge ist eine destabilisierte Thermoregulation. Endogene Opiate blockieren im Zwischenhirn die Freisetzung von Noradrenalin. Ihr Fehlen hat eine sympathikotone Reaktionslage zur Folge. Die noradrenerge Aktivierung des Temperaturregulationszentrums löst die Hitzewallungen aus (Leidenberger, 1998). Noradrenalin ist der überwiegende Transmitter in den Neuronen der Regio subcoerulea, während Serotonin den Haupttransmitter der Raphe Kerne darstellt. Die Raphe Kerne und die Regio subcoerulea sind Zwischenstationen innerhalb thermoafferenter Bahnen zum Hypothalamus und sind antagonistisch miteinander verknüpft. Aufsteigende Bahnen enden an Interneuronen des Hypothalamus. Diese werden durch synaptische Eingänge von zentralen wärmesensitiven Neuronen aktiviert und hemmen die Wärmeproduktion. Die Interneurone werden durch die serotoninergeren Bahnen der Raphe Kerne erregt und durch die katecholaminerge Bahn der Regio subcoerulea gehemmt (Schäfer, 1996).

Da die sympathikotone Innervation in der oberen Körperhälfte überwiegt, erklärt dies die Lokalisation der Hitzewallungen. Aufgrund der engen topographischen Beziehung zwischen thermoregulatorischen Neuronen und GnRH - sezernierenden Zellkörpern kommt es während der Hitzewallungen zu einer LH – Freisetzung. Darüber hinaus hat die noradrenerge Aktivierung einen kardiovaskulären Effekt und aktiviert mit Hilfe des Hypothalamus die ACTH – Freisetzung und damit die Nebennierenrinde. Während der Hitzewallungen sind Pulsfrequenz und Blutfluss in der Hand (weniger im Unterarm) gesteigert (Leidenberger, 1997).

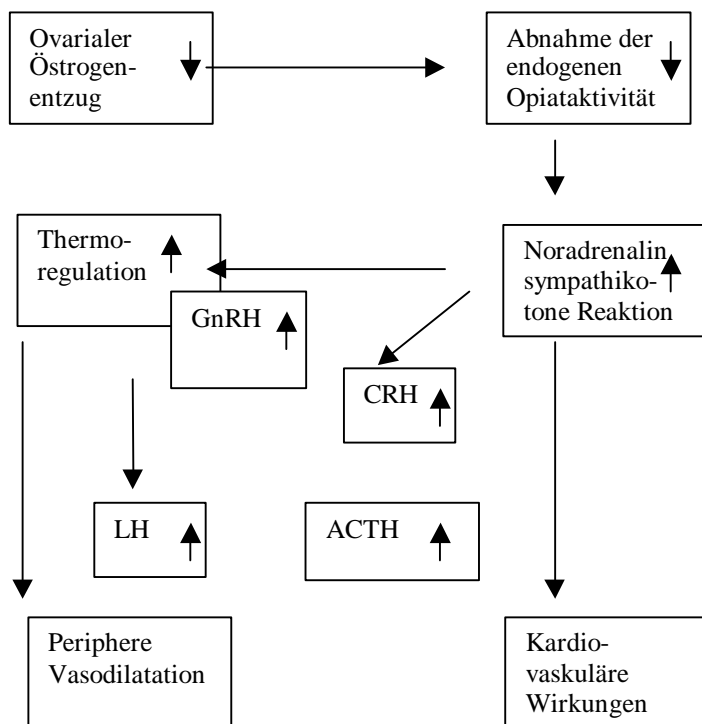


Abbildung 2: Schema der neuroendokrinen Mechanismen von Hitzewallungen und ihren Folgen nach Casper & Yen, 1985 (Leidenberger, 1997, S. 417).

2.1.2 Organische Störungen

Von organischen Veränderungen sind die Zielorgane des Östrogens betroffen: Vulva, Vagina, Uterus und Mammæ. Der Östrogenmangel führt in diesen Organen zu einer verminderten Durchblutung. Als Folge dieser mangelnden Durchblutung können an diesen Organen atrophische Erscheinungen auftreten.

Weiterhin bildet der Östrogenmangel eine Ursache für die Entstehung der Osteoporose. Durch den Abfall an Östrogenen wird das Parathormon erhöht freigesetzt. Dieses Hormon bewirkt eine vermehrte Freisetzung von Kalzium und Magnesium aus den Knochen. Der daraus resultierende erhöhte Serum – Kalziumspiegel vermindert die Parathormonsekretion, wodurch weniger Hormon- D – gebildet wird. Dieser Hormon – D – Mangel führt zu einer verminderten Kalziumresorption in den Darmzellen. Zusätzlich führt der geringe Östrogengehalt zu einer verminderten Kalzitoningabe aus den C – Zellen der Schilddrüse. Kalzitoningabe bewirkt eine Verminderung der Osteoklastentätigkeit. Ein Kalzitoningabe führt

mithin zu einer vermehrten Tätigkeit der Osteoklasten und somit zu einem weiteren Knochenabbau (Pschyrembel, Strauss & Petri, 1990).

2.1.3 Psychische Störungen

Als psychische Störungen werden in der Literatur u. a. Ängste, Unruhe, Depressionen, emotionelle Labilität und Reizbarkeit aufgeführt (Pschyrembel, Strauss & Petri, 1990). Da es hormonell bedingte klimakterische Zustandsbilder gibt, führte diese Tatsache dazu, dass die somatischen und die psychischen Beschwerden bisher durch die endokrinologischen Veränderungen während des Klimakteriums erklärt wurden. Gegenüber diesem monokausalen Erklärungsversuch tendieren neuere Arbeiten zur Annahme multifaktorielle Wechselwirkungen zwischen endokrinem, vegetativem, psychodynamischem und psychosozialem Geschehen (Kalmár, Brandstätter & Resinger, 1992). Kirchengast (1993) sieht die klimakterielle Frau vielen äußeren Einflussfaktoren von sozioökonomischem und psychosozialem Charakter ausgesetzt. Holte & Mikkelsen (1991) geben zu bedenken, dass die Symptome nicht allein durch die Menopause selbst erklärbar seien, sondern es sich hierbei um eine Mixtur von biologischen, sozialen und psychologischen Variablen handle. So kam auch Baum (1990) zu dem Ergebnis, dass die Hitzewallungen ein biologisches Phänomen darstellen, während die vegetativen Beschwerden von psychosozialen Faktoren abhängig seien. Zu den psychologischen Faktoren zählen vor allem das Ende der Fertilität, soziale Aspekte sowie die Auseinandersetzung mit dem Älterwerden (Rohde, 2000). Auf die Auswirkungen dieser psychosozialen Faktoren wird nachfolgend unter Kapitel 2.2 näher eingegangen. Risikofaktoren für das Entstehen von Depressionen sind nach Kaufert, Gilbert & Tate (1992) allgemeine schlechte Gesundheit und gegenwärtiger Stress. Hinsichtlich der hormonellen Einflüsse ist anzufügen:

Östrogene besitzen einen aktivierenden Effekt auf das ZNS, da sie synaptische Effekte und die Erregbarkeit von Neuronen steigern. Dieser aktivierende Effekt beruht vor allem auf der Förderung der Bildung von N - Methyl - D - Aspartat Rezeptoren und der Steigerung der Freisetzung und Wirkung von Asparagin - und Glutaminsäure. Darüber hinaus verstärken sie die synaptischen Verbindungen. Im Gegensatz dazu haben Progesteron und seine Derivate eine sedierende Wirkung. Die Anzahl der synaptischen Verbindungen und die Wirkung von

exzitatorischen Aminosäuren werden durch die Gestagene vermindert. Zusätzlich binden Progesteron - Metaboliten am GABA_A - Rezeptoren, worauf eine dämpfende und sedierende Wirkung beruht (Rohde, 2000).

Als Ursache für die Entstehung von Depressionen wird ein verminderter Noradrenalin - und Serotoninspiegel angenommen (Davison & Neale, 1988). Noradrenalin und Serotonin werden folgendermaßen durch Östrogene und Gestagene beeinflusst: Östrogene und Gestagene verstärken die Freisetzung von β - Endorphinen, welche die Freisetzung von Dopamin und Noradrenalin hemmen. Aus dieser Hemmung resultiert eine dämpfende Wirkung auf das ZNS. Erfolgt ein Abfall dieser Hormone, kann das eine Zunahme der Erregbarkeit zur Folge haben (Rohde, 2000). Außerdem verstärken die Östrogene gleichzeitig die Serotoninwirkung, da sie einerseits zu einer Zunahme der Serotonin - Freisetzung und zu einer Zunahme der Serotoninrezeptoren führen, andererseits den Abbau von Serotonin verhindern, indem sie die Monoaminoxidase (MAO) und die Catecholamin - O - Methyltransferase (COMT) hemmen. Eine Verstärkung der Serotoninwirkung bewirkt eine Verbesserung des Wohlbefindens, der mentalen Aktivität und der sensorischen Fähigkeiten. Da im Klimakterium die Östrogenkonzentration abnimmt, können diese Wirkungen von Serotonin geringer sein. Durch eine Reduktion der Östrogenkonzentration werden MAO und COMT weniger gehemmt, wodurch neben Serotonin auch die Katecholamine verstärkt abgebaut werden (Davison & Neale, 1988; Rhode, 2000; Huber, 1989).

Im Gegensatz zu den Östrogenen bewirken die Gestagene eine Abnahme der Serotoninkonzentration, indem sie die Monoaminoxidase (MAO) verstärkt aktivieren. Diese Reduktion von Serotonin kann zu einer Stimmungsverschlechterung führen (Fuchs, 1994; Bergemann, 2000; Rhode, 2000).

2.2 Das Klimakterium aus psychosozialer Sicht

Nach dem biologischen und dem psychobiologischen Erklärungsansatz ist nun der psychosoziale Ansatz darzustellen:

Das Klimakterium wird in unserer Kultur vorwiegend von seinen negativen Aspekten, den Wechseljahrsbeschwerden, bestimmt. Nach Benedek (1985) erklären diese Beschwerden, warum das Klimakterium bei den meisten Frauen ängstliche Gefühle auslöst. Sie gehen davon aus, das Klimakterium sei eine Zeit schwerer seelischer und körperlicher Belastungen und Leiden. Indessen kann das Klimakterium von vielen Frauen auch problemlos erlebt werden (Lush & Rushford, 1988). Avis & McKinlay (1991) führten eine Längsschnitt-Studie an über 2000 Frauen im Alter zwischen 45- 55 Jahren aus und kamen hierbei zu dem Ergebnis, dass die meisten Frauen das Ende der Menstruation positiv oder neutral betrachten. Viele Probleme, die in diesem Zeitraum auftreten, sind nicht allein durch die hormonellen Veränderungen während der Wechseljahre begründbar. Häufig treten noch andere Faktoren hinzu, die die Lebenssituation ändern (Lush & Rushford, 1988).

Für Ursula Lehr (1977) ist das 5. Jahrzehnt eine besondere Krisenzeit. Sie versteht es als Krise der Lebensmitte. Dabei sieht sie nicht die körperlichen Veränderungen, sondern die negativen Erwartungen, mit denen die Frau dem Klimakterium gegenüber tritt, insbesondere die Ängste in Hinblick auf das körperliche Wohlbefinden, als Auslöser an. Ferner misst sie dem in dieser Zeit auftretenden Rollenkonflikt große Bedeutung zu. Sie geht davon aus, die Frau befinde sich zur Zeit der Wechseljahre in einer Neuorientierung und einer Umstrukturierung ihrer persönlichen Lebensverhältnisse. Die ihr bisher zugewiesenen Rollen würden sich ändern. Sie werde durch ihre alternden und hilfsbedürftigen Eltern an die Rolle der Tochter erinnert; ihre Rolle als Mutter erfahre durch den Weggang der Kinder aus ihrem Haushalt eine Veränderung. Gegebenenfalls müsse sie die Rolle der Schwiegermutter übernehmen. Lehr (1977) erblickt die Quelle für Konflikte und Belastungssituationen in der Übernahme dieser neuen Rollen und in dem Problem der Rollenüberschneidung, wobei sich Rollenkonflikte zudem auf den Beruf erstrecken. Indem man einerseits als „an ein Lebenserfahrung älterer Mitarbeiter“ noch um Rat gebeten werde, andererseits in speziellen Fragen als weniger orientierter Mitarbeiter eingestuft werde, der sich von jüngeren Mitarbeitern Anweisungen und Ratschläge geben lassen müsse (Lehr, 1977).

Neben diesen möglichen, sozial festgelegten Rollen, ändern sich auch die Ansprüche die in unsere Kultur an das Idealbild einer Frau gestellt werden. Ihnen kann die älter werdende Frau nicht mehr gerecht werden. Das Älterwerden bedeutet den Verlust der Jugend. Mit der Jugend wird von vielen Attraktivität, sexuelle Anziehungskraft, Dynamik, Selbständigkeit etc. verbunden. Für die Gesellschaft handelt es sich dabei um wichtige Beurteilungskriterien; Schönheit und jugendliches Aussehen erhöhen den Stellenwert der Frau in der Gesellschaft. Der heutigen Zeit entsprechend, soll sie immer vollkommener und begehrenswerter sein. Deshalb sehen sich viele Frauen dem Problem gegenüber, dieser Idealisierung des weiblichen Körpers nur noch in Grenzen zu entsprechen. Das kann zu Orientierungsschwierigkeiten in Hinblick auf die an sie gerichtete gesellschaftliche Erwartungshaltung führen und im Rahmen des psychosozialen Ansatzes als ein Auslöser für Depressionen angesehen werden (Kalmár, Brandstätter & Resinger, 1992).

Für viele Frauen bedeuten die Wechseljahre den Beginn des Älterwerdens, damit den Verlust der Jugend und der mit ihr verknüpften Attribute. Das kann als frustrierend empfunden werden und als Reaktion darauf das Bestreben begründen, an ihrer "Jugend" festzuhalten. Es wird von Frauen berichtet, die plötzlich vermehrten Wert auf ihr Äußeres legen, versuchen, sich durch Kleidung oder mittels eines jüngeren Partners "jung zu halten" (Lush & Rushford, 1988). Hat sich die Frau bislang über ihren Körper / ihre Attraktivität definiert, können die körperlichen Veränderungen die Befürchtung auslösen, bedeutungslos und uninteressant zu werden. Diese Angst kann zu Selbstisolierung führen und so eine depressive Verstimmungen verstärken (Grieme, 1990). Schultz - Zehden (1997), die für ihre Arbeit "Körpererleben im Klimakterium", 230 Frauen untersuchte, stellte fest, dass diejenigen Frauen, die sich als attraktiv einschätzten, ihren Körper akzeptierten und über ein stabiles Selbstwertgefühl verfügten, kaum unter klimakterischen Beschwerden litten. Hingegen zeigten Frauen, die sich in ihrer Weiblichkeit eingeschränkt oder gekränkt fühlten, deutliche psychische Beschwerden (Schultz - Zehden, 1997).

Als weiterer Faktor für die psychischen Belastungen wird der Verlust der Fruchtbarkeit durch die hormonelle Umstellung während der Wechseljahre gesehen. Der damit einhergehende Verlust der "Mutterrolle", kann frustrierend wirken. In diesem Zusammenhang erscheint es geboten, zwischen Müttern und kinderlosen Frauen zu differenzieren:

1. Fruchtbarkeitsverlust bei Frauen ohne Kinder:

Bei kinderlosen Frauen kann es dazu kommen, dass sie unter dem Wissen, das "Ziel ihres Geschlechtes" verfehlt zu haben, leiden. Der Verlust der sexuellen Anziehungskraft und der

Fruchtbarkeit löst in ihnen Ängste aus, das bisher Versäumte nicht mehr nachholen zu können (Langer, 1988).

2. Fruchtbarkeitsverlust bei Frauen mit Kindern, positive Interpretation:

- a) Als Gewinn der hormonellen Umstellung wird dahingegen gewertet, dass dadurch die Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft genommen werden kann, was sich möglicherweise positiv auf die sexuelle Attraktivität auswirkt.
- b) Als Folge der Beendung der Mutterrolle kann die Frau ihrem Leben eine neue Zielsetzung geben. Sie ist nun in der Lage, ihren Alltag aktiv zu gestalten, ohne auf ihre Kinder Rücksicht nehmen zu müssen. Die neu gewonnene zusätzliche freie Zeit ermöglicht es den Frauen, ihren Interessen im Bereich von Sport und Kultur verstärkt nachzugehen oder sich mit neuen, kreativen Aufgaben zu beschäftigen. Es besteht die Möglichkeit, in den erlernten Beruf, den sie wegen ihrer Kinder aufgegeben hat, wieder einzusteigen (Langer, 1988; von Arnim – Baas, 1995). Insbesondere von älteren Frauen wird die Berufstätigkeit als eine Bereicherung angesehen. Mit der Ausübung des Berufs gehen sie eigenen Interessen nach, knüpfen dabei neue soziale Kontakte und erlangen durch ihre Leistung Selbstbestätigung (Lehr, 1977).

3. Fruchtbarkeitsverlust bei Frauen mit Kindern, negative Interpretation:

Für viele Frauen führt der Weggang der Kinder aus ihrem Haushalt zu einer starken Belastung. Mit den Kindern verlassen sie diejenigen, denen sie einen erheblichen Teil ihres Lebens gewidmet haben. Die Aufgabe, sich um ihre Kinder zu kümmern, sie zu versorgen, hat bislang die meiste Zeit in ihrem Alltag eingenommen. Sie entfällt unter Umständen plötzlich. Dieser Aufgabenverlust beziehungsweise der damit einhergehende Zuwachs an freier verfügbarer Zeit kann dahin wirken, dass sich die Frauen nun überflüssig fühlen. Diese Lage kann für Hausfrauen und für Berufstätige unterschiedliche Bedeutung haben. Der Weggang der Kinder löst bei den Hausfrauen einen größeren Konflikt aus. Die Pflichten und Aufgaben, die den größten Teil ihres Tages erfüllt haben, reduzieren sich nun deutlich. Es besteht die Gefahr, dass sie die neu gewonnene Zeit nicht sinnvoll ausfüllen können und sich deshalb nutzlos fühlen (Langer, 1988; von Arnim – Baas, 1995). Gestützt wird das durch die Arbeit von Annabel von Arnim Baas (1995), die die Auswirkungen der Wechseljahresbeschwerden auf unterschiedliche Gruppen untersucht hat. Hierbei unterscheidet sie "Immer Berufstätige", "Berufsneueinsteigerinnen" und "Hausfrauen". Es zeigte sich, dass sich die Berufsneueinsteigerinnen im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen sich subjektiv am geringsten durch das Klimakterium belastet fühlten (vgl. Abbildung 3).

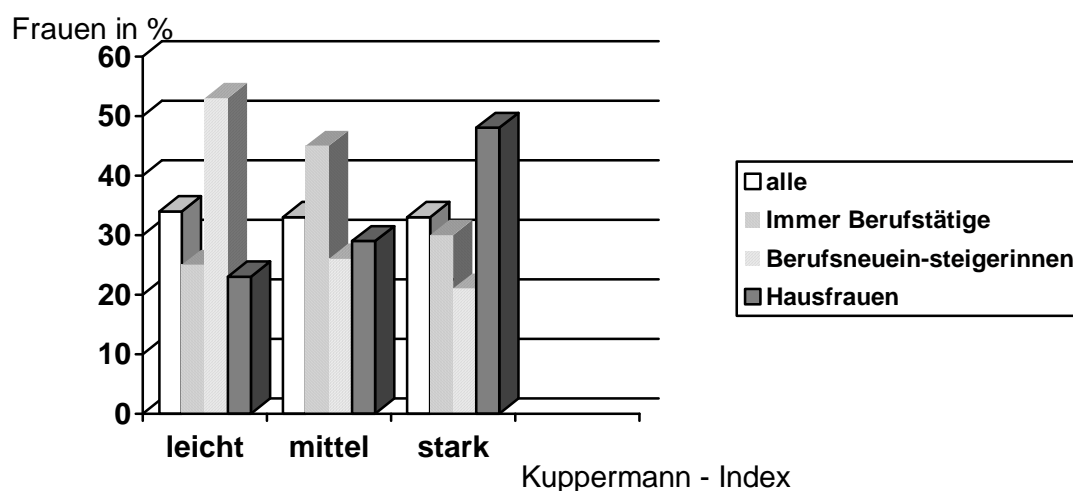


Abbildung 3: Einfluss von Erwerbsfähigkeit auf klimakterische Beschwerden (nach: von Arnim –Baas (1995, S. 58).

Dieses Ergebnis bedeutet, dass sich Berufsneueinsteigerinnen sich aktiv von ihrer bisherigen Rolle lösen und sich bewusst einem neuen Lebensabschnitt stellen. Vermittels dieser neuen Aufgaben können sie das Gefühl, nutzlos zu sein, das sich als Folge des Ausscheidens der Kinder aus ihrem Haushalt einstellt, kompensieren. Es stellen sich neue Herausforderungen. An die Stelle der Mutterrolle tritt die Rolle der Berufstätigen. Dieser Rollenwechsel verändert das bisherige Leben durch eine neue Sinnggebung und durch neue Erfahrungen. Das Leben wird aktiv umgestaltet. Es beginnt eine neue Lebensphase. Die vielfältige Inanspruchnahme durch die neue Aufgabe kann von den klimakteriellen Beschwerden ablenken. Da ihre Aufmerksamkeit in erster Linie auf die neue Lebenssituation gerichtet ist, und nicht so sehr den körperlichen Veränderungen gilt, werden diese weniger bewusst erfahren (von Arnim – Baas,1995).

Hingegen erfahren Frauen, die immer berufstätig waren, diesen bewussten Schritt nicht. Der Beruf war die meiste Zeit ihres Lebens ein Teil ihres Alltags (von Arnim-Baas, 1995). Sie möchten ihn zwar nicht missen, empfinden ihn aber andererseits als fortdauernde Belastung. Berufliche Routine, fehlende Aufstiegschancen im Beruf und die Doppelbelastung (Familie/ Beruf) könnten diese Frauen für die Wechseljahresbeschwerden empfänglicher machen. Ein

weiterer Faktor stellt der tägliche Umgang mit jüngeren Arbeitskolleginnen dar. Das macht den älteren Frauen unter Umständen ihr eigenes Alter stärker bewusst, und sie reagieren auf ihre körperlichen Veränderungen sensibler.

Für Hausfrauen, die weder eine neue Arbeit annehmen, noch zu einer sonst erfüllenden Gestaltung ihrer freien Zeit kommen, wird die Reduzierung der bisherigen Aufgaben am deutlichsten sichtbar. Das kann dazu führen, dass sie sich mit der gleichen Aufmerksamkeit, mit der sie sich zuvor um die Familie gekümmert haben, nun auf ihren Körper und seine hormonellen Veränderungen konzentrieren. Durch diese erhöhte Selbstaufmerksamkeit werden ihnen die körperlichen Veränderungen stärker bewusst. Sie beeinflussen nun wiederum ihrerseits das Leben der Frau (Langer, 1988; von Arnim – Baas 1995).

Demgegenüber kommen Kaufert, Gilbert & Tate (1992) und von Hunter (1990) zu dem Ergebnis, der Verlust der Mutterrolle mit der Folge des Weggangs der Kinder, sei für das Entstehen von Depressionen nicht ursächlich.

Zusätzlich ging von Arnim – Baas (1995) der Frage nach, ob und gegebenenfalls inwieweit eine unterschiedliche klimakterielle Belastung bei Frauen mit und bei solchen ohne einen Partner gegeben sei. Sie kam zu dem Ergebnis, Frauen mit einem Partner erlebten das Klimakterium belastender. Das steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen von McKinlay et al. (1995), die zeigen konnten, dass bei unverheirateten Frauen am wenigsten Depressionen auftraten. Hunter (1990) kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass allein lebende Frauen weniger zu Depressionen neigen. Ist die Partnerschaft konfliktreich, dann stellt sie eine zusätzliche Belastung dar. Außerdem können dem Partner die Veränderungen ebenso bewusst werden. Er nimmt die Beschwerden auf und "spiegelt" sie wieder zurück. Das Bemühen des Partners kann eine Überbewertung der Symptome auslösen. Aber auch das Desinteresse des Lebensgefährten an der neuen Situation kann zu Spannungen und negativen Gefühlen führen. Im Gegensatz dazu fehlt den Frauen ohne Partner dieser "Spiegel" der eigenen Beschwerden. Zudem befinden sie sich in einer Situation, in der sie sich das Klagen über ihre Situation, im wörtlichen Sinne, nicht "leisten" können (von Arnim – Baas, 1995). Sie sind auf sich selbst gestellt. Der Haushalt und seine Finanzierung liegt zumeist allein in ihren Händen. Deshalb bleibt keine Zeit, um sich den körperlichen Veränderungen ausgiebig widmen zu können.

Demgegenüber kam Schultz - Zehden (1997) zu dem Ergebnis, Frauen litten unter ausgeprägten Wechseljahresbeschwerden, falls sie geschieden waren oder sonst ohne Partner lebten.

Deutsch (1988) sieht im Klimakterium sowohl eine Wiederholung als auch ein Gegenstück zu der Menarche. Sie sieht die Frau während beider Zeitabschnitte ängstlich vor ihrer eigenen Zukunft stehen. Dabei besteht Unsicherheit darüber, ob sie ihre Sexualität intensivieren oder negieren sollte, wie auch ob sie für sich allein sein oder soziale Beziehungen suchen sollte. Allerdings verliere die Frau durch das Klimakterium all das, was sie durch die Menarche gewonnen habe. Den Wünschen und Sehnsüchten, deren Realisierung zur Zeit ihrer Pubertät als verfrüht erschienen sei, und die bis jetzt noch nicht in Erfüllung gegangen seien, stehe sie nun mit dem Wissen des "Zu spät seins" gegenüber.

Die psychischen Veränderungen während der Wechseljahre sind mit den Symptomen des prämenstruellen Syndroms vergleichbar. Es scheint so, als sollten Frauen, die unter prämenstruellen Depressionen und Dysmenorrhoe gelitten haben, ebenfalls dazu neigen, vermehrt unter klimakterischen Beschwerden zu leiden. Darüber hinaus soll ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Menarche und der Menopause bestehen. Den nach den Arbeiten von Lush & Rushford (1988) und Pschyrembel, Strauss & Petri (1990) kommen Frauen bei denen die Menarche früh einsetzte, spät in die Menopause, und Frauen die erst spät ihre erste Menstruation erlebten haben früh ihre Menopause.

Frauen, die stark unter klimakteriellen Beschwerden leiden, neigen dazu, rasch wütend und aggressiv zu reagieren. Diese spontane Aggressivität kann als Ausdruck ihres durch die klimakteriellen Beschwerden verursachten Unwohlseins verstanden werden. Zusätzlich sind sie kontaktscheu. Als Folge der körperlichen Zeichen des Klimakteriums, wie z. B. "Rotwerden", ausgelöst durch die Hitzewallungen, fühlen sie sich ihrer Umwelt gegenüber unsicher. Sie vermuten, man könnte ihnen ansehen, in welcher Lebensphase sie sich befinden. Daran knüpft sich die Gefahr, infolge geringer sozialer Kontakte komme es zur Vereinsamung, was wiederum zu depressiven Verstimmungen führen könnte (Arnim – Baas, 1995). Avis & Mc Kinlay (1991) sehen jedoch eher einen Zusammenhang zwischen dem sog. "Menopausensyndrom" und Persönlichkeitsmerkmalen, als zu dem Ereignis der Menopause selbst. Die Persönlichkeitsmerkmale *Gehemmtheit* und *Selbstunsicherheit* beeinträchtigen das Wohlbefinden im allgemeinen. Rosemeier & Schultz - Zehden (1995) zeigen, dass selbstunsichere Frauen ein stärkeres klimakterisches Syndrom aufwiesen als selbstsichere. Ebenso sah Grieme (1990) in den Merkmalen *Selbstachtung* und *Selbstsicherheit* wichtige Faktoren für die Verarbeitung der "klimakterischen Krise". Zusätzlich betont sie, Persönlichkeitsstrukturen, die durch *Übergewissenhaftigkeit* und *Perfektionismus* gekennzeichnet sind, stellten beträchtliche Risiken für eine depressive Verarbeitung dar.

Ferner steht das Persönlichkeitsmerkmal *Erregbarkeit* in einem Zusammenhang mit allgemeiner Unzufriedenheit und Überforderung, und mithin der Entwicklung von Beschwerden (Rudolph, Silbereisen & Reitzle; 1999). Frauen, die mit den Wechseljahren negative Erfahrungen verbinden, sind solche, die generell mehr Symptome angeben und zu hohen Depressionswerten neigen (Avis & McKinlay, 1991). Frauen dieser Gruppe berichteten ebenso über Menstruationsbeschwerden und andere Schwierigkeiten. Neugarten (1965) stellte die These auf, bei diesen Frauen sei nicht die Menopause als solche, sondern die Probleme im Lebenslauf ursächlich für das Auftreten von Beschwerden. Hunter (1993) führt aus, bei den Frauen, die im Klimakterium medizinische Hilfe in Anspruch nähmen, handele es sich um solche, die generell über mehr psychische und physische Probleme klagten und an den Berichten über die Wechseljahre festhielten. Doch diese persönliche Erfahrungen sollten nicht automatisch mit dem Klimakterium verbunden werden. Ihrer Meinung nach sind Prädikatoren für depressive Verstimmungen:

Tabelle 3

Generelle und menopausespezifische Prädikatoren für depressive Verstimmungen

Generelle	Menopausespezifische Prädikatoren
Depressionen in der Vergangenheit	operativ bedingte Menopause
Stressreiche Lebensereignisse	Einstellung gegenüber der Menopause
Sozioökonomischer Status	starke vasomotorische Symptome
Familienstand	? vorzeitige Menopause
Berufstätigkeit	
Soziale Unterstützung	
Gesundheitszustand	

Aus M. S. Hunter: Predictors of menopausal symptoms: psychosocial aspects, Baillière's Clinical Endocrinology and Metabolism Vol. 7 No 1, 1993, S. 40.

Greene (1992) fasste die Ergebnisse der bis dahin veröffentlichten Studien zu seinem sog. "Vulnerabilitätsmodell" (vgl. Abbildung 4) zusammen. Nach ihm entstehen die Beschwerden durch ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren. Durch spezifische kulturelle, soziodemographische sowie psychosoziale Einflussfaktoren wird die Frau verletzlich. Treten in dieser Situation persönliche biologische und psychologische Gegebenheiten auf, resultieren daraus individuelle Symptome in unterschiedlichem Ausmaß.

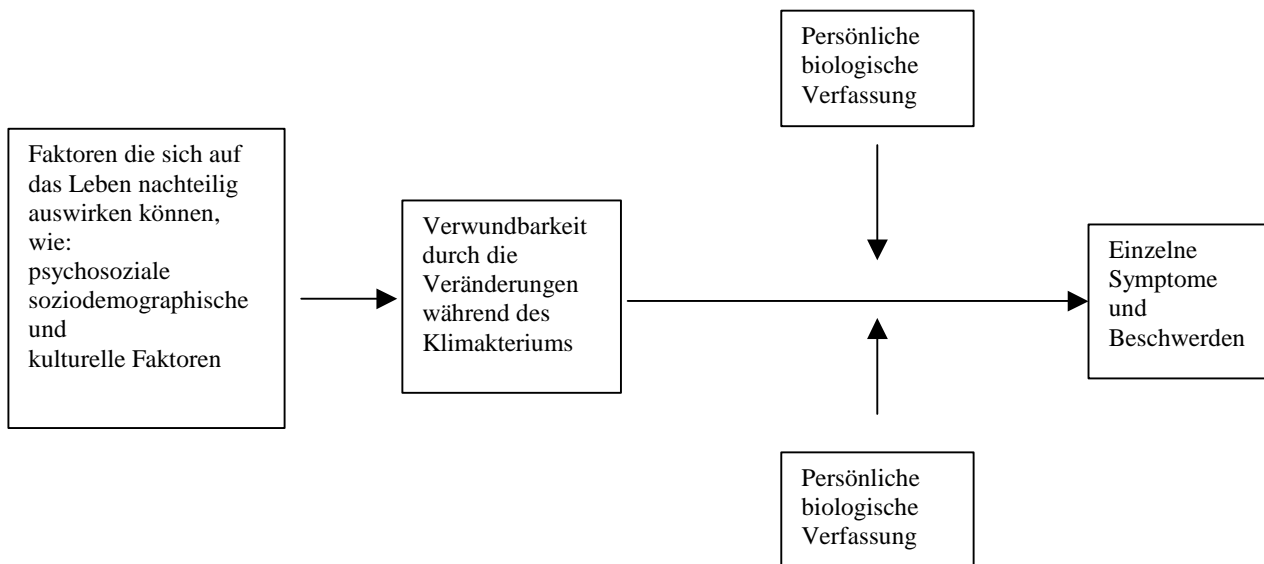


Abbildung.4: Ein Verwundbarkeitsmodell des Klimakteriums nach Greene (1992, S.99).

2.3 Menarche und Menstruation

Da hier untersucht wird, ob u.a. eine Korrelation zwischen dem Erleben der Menarche / Menstruation und den Beschwerden während der Wechseljahre besteht, soll im Folgenden die Menstruation näher erörtert werden. Das geschieht entsprechend der Methode beim Klimakterium (vgl. Kapitel 2.1 - 2.2) aus biologisch – medizinisch und psychosozialer Sicht.

2.3.1 Die Menarche aus biologisch - medizinischer Sicht

Die Menarche ist die erste Regelblutung. Sie erfolgt zwischen dem 11,5. und 15,5. Lebensjahr (Schmidt - Matthiesen, 1992). Dabei handelt es sich gewöhnlich nicht um eine echte Menstruationsblutung, da kein sekretorisch umgewandeltes Endometrium, sondern nur eine proliferierte Schleimhaut abgestoßen wird. Bei der Menarche handelt es sich vielmehr um eine Östrogenentzugsblutung nach einem monophasischen, nicht ovulatorischen Zyklus. Im Allgemeinen dauert es zwei bis drei Jahre bis sich ein regelrechter biphasischer Zyklus entwickelt hat (Kaiser & Pfeleiderer, 1989). Der Menstruationszyklus dauert durchschnittlich 28 Tage. Die erste Zyklushälfte (= Follikelphase) ist durch die Wirkung des von den heranreifenden Follikeln produzierten Östrogens charakterisiert. In der Zyklusmitte erfolgt die Ovulation. Die zweite Zyklushälfte wird als Lutealphase bezeichnet und wird durch das vom Gelbkörper produzierte Progesteron bestimmt (Kressenstein, 1998).

Das Erleben der sexuellen Entwicklung kann zu psychischen Veränderungen führen wie etwa: Stimmungsschwankungen; auch leiden manche Mädchen unter Einsamkeit und Minderwertigkeitsgefühlen (Kaiser & Pfeleiderer, 1989).

2.3.1.1 Zyklusstörungen

2.3.1.1.1 Die Amenorrhoe

Psychische Ursachen spielen in bezug auf die Menstruation eine große Rolle. Durch sie kann der Hormonhaushalt beeinflusst werden. So können Abwehrgefühle in der Vorbereitungsphase eine Funktionshemmung verursachen, was wiederum dazu führt, dass trotz körperlicher und psychischer Reife die Menstruation sehr spät einsetzt (Deutsch, 1988). Tritt die Menstruation nicht bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres ein, so spricht man von einer primären Amenorrhoe (Schindler & Schindler, 1989). Als weitere psychische Ursachen für das Ausbleiben der ersten Regelblutung kommen in Betracht: familiäre Ereignisse (z.B. ein Todesfall in der Familie oder Scheidung der Eltern), Stresssituationen (z.B. durch Prüfungen oder Wohnungswechsel bedingt) sowie sportlich Belastungen (Kaiser & Pfeleiderer, 1989). Ferner haben die betroffenen Mädchen häufig dominante Mütter, die die Entwicklung ihrer Kinder einengen (Richter, 1996). Meist liegen jedoch organische, wie z. B. chromosomale Ursachen zu Grunde (Langer, 1988; Psyhyrembel, Strauss & Petri, 1991).

Von der primären wird die sekundäre Amenorrhoe unterschieden. Hier sind zunächst Menstruationen erfolgt, die jedoch dann für mehrere (mindestens sechs) Monate oder Jahre ausbleiben. Bei den Ursachen für die sekundäre Amenorrhoe stehen hypothalamische Fehlsteuerungen und eine Hyperprolaktinämie im Vordergrund (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4

Ursachen der sekundären Amenorrhoe

Hypothalamische – hypophysäre Störungen	
Hyperprolaktinämie	
❖ Idiopathisch	❖ Psychogen – reaktiv
❖ Notstands – und	❖ Anorexia nervosa
Situationsamenorrhöe	❖ Amenorrhö –
❖ Gewichtszunahme,	Galaktorrhö – Syndrom
-abnahme	❖ Organische Prozesse
❖ postpartale	Prolaktinom
Ovarialinsuffizienz	❖ Psychopharmaka
❖ Sheehan – Syndrom	❖ Antihypertensiva

Aus Kaiser & Pfeleiderer, Lehrbuch der Gynäkologie (1989, S. 111).

Außerdem können ovarielle Störungen wie hypoplastische Ovarien, Tumore oder das Stein - Leventhal - Syndrom für eine sekundäre Amenorrhoe verantwortlich sein. Ferner sind sekundäre uterine Störungen, z.B. Endometriumverlust nach Kürettage oder Tuberkulose, sowie extragenitale endokrine Erkrankungen wie postpuberales AGS oder das Cushing Syndrom als Ursachen bekannt (Kaiser & Pfeleiderer, 1989). Die Häufigkeitsverteilung der einzelnen Ursachen ist in Abbildung 4 wiedergegeben. Aus dieser Abbildung geht hervor, dass mit 61% die hypothalamische und hypophysären Störungen die häufigsten Ursachen für die sekundäre Amenorrhoe darstellen. Im Gegensatz dazu sind die ovariellen Störungen nur zu 5% für das Auftreten dieses Symptoms verantwortlich.

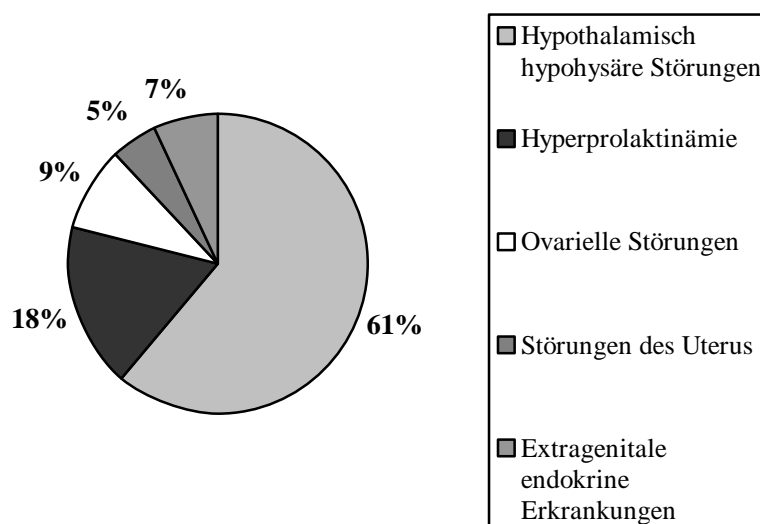


Abbildung 5: Prozentverteilung der Amenorrhoe - Ursachen nach ihrer Häufigkeit bei 500 sekundären Amenorrhöen (nach: Kaiser & Pfeleiderer (1989, S. 111)).

2.3.1.1.2 Die Dysmenorrhoe

Eine weitere Abweichung vom normalen Ablauf der Menstruation stellt die Dysmenorrhoe dar. Unter der Dysmenorrhoe werden krampfartige Schmerzen kurz vor und während der Menstruation verstanden, die insbesondere bei jüngeren Frauen auftreten (Schmidt - Matthiesen, 1992). Zusätzlich kann das allgemeine Befinden durch Reizbarkeit, Müdigkeit,

Kopfschmerzen sowie Appetitlosigkeit beeinträchtigt sein (Pschyrembel, Strauss & Petri, 1990). Bei der Dysmenorrhoe werden folgende Formen unterschieden (Schmidt - Matthiesen, 1992; Lauritzen, 1987):

1. Die primäre Dysmenorrhoe bezeichnet eine Menstruationsblutung, die schon seit der Menarche schmerzhaft ist.
2. Die sekundäre Dysmenorrhoe oder erworbene Dysmenorrhoe bezeichnet eine Regelblutung, welche erst nach Jahren schmerzhaft geworden ist.

Ursache beider Formen der Dysmenorrhoe können einmal organische Veränderungen sein, wie:

Endometriose, Myome, Entzündungen, Zervixstenosen, Retroflexio uteri fixata, Missbildungen des Uterus und Uterushypoplasie (Pschyrembel, Strauss & Petri, 1990; Lauritzen 1987).

Die krampfartigen Schmerzen beruhen auf einer abnorm gesteigerten Kontraktilität des Myometriums. Die Kontraktilität wird durch Prostaglandine verursacht, die vermehrt gebildet und zum Zeitpunkt der Menstruation freigesetzt werden. Ihre Ursachen sind noch nicht endgültig geklärt. Einerseits wird angenommen, dass der prämenstruelle Abfall des Progesteron zu einer Labialisierung von Lysosomen im Endometrium führt. Zum anderen wird vermutet, dass die verringerte Progesteronkonzentration zu einer Freisetzung von Phospholipase A₂ führt. Dieses Enzym bildet aus Phospholipiden die Arachidonsäure, welche enzymatisch in Prostaglandine E₂ und F_{2α} umgewandelt wird (Schmidt - Matthiesen, 1992).

Zum Anderen kann eine Dysmenorrhoe psychische Ursachen haben, wie z.B. Ablehnung der Menstruation, die als Ausdruck von Weiblichkeit und Erwachsensein registriert wird (Schmidt - Matthiesen, 1992). Aus psychoanalytischer Sicht lösen Geburtsphantasien die Unterbauchbeschwerden aus, und zwar vor allem, wenn Übelkeit und Erbrechen hinzukommen (Deutsch, 1988). Lukas (1983) stellte bei seinen Untersuchungen fest, dass bei Frauen, die Angst vor einer Schwangerschaft hatten, die Menstruationsbeschwerden einige Tage vor den Blutungen begannen und mit diesen endeten. Im Gegensatz dazu traten bei Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch die Schmerzen mit oder nach Blutungsbeginn auf. Als ein weiterer auslösender Faktor gilt die ungenügende Vorbereitung auf die beginnende Geschlechtsfunktion (Pschyrembel, Strauss & Petri, 1990). Oftmals wird die Symptomatik von einer anderen Person, meist von der Mutter, übernommen (Kaiser & Pfeleiderer, 1989).

„Im Sinne einer Konditionierung ist dabei das Verhalten der Mutter der Patientin von Bedeutung. Leidet diese selbst unter Dysmenorrhoe, hat sie ihre Tochter ungenügend auf die

psychosexuellen Reifungsschritte vorbereitet oder reagiert sie sogar negativ auf deren Monatsblutung, wird die junge Frau ebenfalls zur Dysmenorrhoe neigen."

(Zit. , n. Richter, 1996, S.1030).

Zudem kommen statische Ursachen als auslösender Faktor in Betracht. Es kann prämenstruell zu einer Auflockerung des Beckenringes kommen, was wiederum zu Kreuz – und Rückenschmerzen führen kann (Kaiser & Pfeleiderer, 1989).

Schließlich werden in der Literatur noch Sonderformen beschrieben:

a) Molimina menstrua: Hierbei kommt es zu menstruellen Beschwerden ohne eine Periodenblutung.

b) Dysmenorrhoe membranacea: Bei dieser Form der Dysmenorrhoe werden größere Stücke der Menstruationsschleimhaut unter wehenartigen Schmerzen ausgestoßen.(Lauritzen, 1987; Kaiser & Pfeleiderer, 1989).

2.3.1.3 Das prämenstruelle Syndrom

20 – 30% der Frauen sind vom prämenstruellen Syndrom betroffen. Darunter versteht man allgemeine und lokale Beschwerden, die besonders in der zweiten Zyklushälfte auftreten. Meist setzen sie in den letzten zehn Tagen vor der Menstruationsblutung ein und klingen mit dem Einsetzen dieser Blutung rasch ab (Psyrembel, Strauss & Petri, 1990). Die Symptome des prämenstruellen Syndroms sind vielfältig; am häufigsten Symptome sind psychische Veränderungen. Es kann zu Reizbarkeit, Nervosität, Launenhaftigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Ungeschicklichkeit, Stimmungsschwankungen, Essensgelüsten, mangelndem Selbstbewusstsein und zu Depressionen kommen (Lush & Rushford,1988; Psyrembel, Strauss & Petri, 1990). Ursächlich für die Depressionen kann auch die Menstruation selbst sein. Die Frau erlebt die Menstruation unbewusst als Enttäuschung, da ihr Wunsch ein Kind zu gebären, sich zunächst nicht erfüllt (Deutsch, 1988; Langer, 1988).

Weitere Symptome können gespannte und schmerzhaft Brüste sein. Auch über abdominelle Beschwerden wird berichtet. Es treten Völlegefühl, Obstipation, Übelkeit und Stauungszeichen im kleinen Becken auf. Außerdem kann es zu Ödemen und Gewichtszunahmen durch Wasserretention kommen (Psyrembel, Strauss & Petri, 1990; Kaiser & Pfeleiderer 1989; Lush & Rushford, 1988). Dieses, als "zyklisches Ödem"

bezeichnete Phänomen, zeigt sich vor allem im Gesichtsbereich, wobei besonders die Augenlider betroffen sind. Das Ödem kann aber auch an den Händen und den unteren Extremitäten gefunden werden. Es erzeugt ein Gefühl der Gedunsenheit. Manche Frauen neigen auch zu Kopfschmerzen oder sogar zu Migräneanfällen (Kaiser & Pfeleiderer 1989).

Das prämenstruelle Syndrom weist eine große Bandbreite an Beschwerdebildern auf. Die Symptome können bei den betroffenen Frauen unterschiedlich stark ausfallen und variieren. Allerdings muss man festhalten, dass die medizinische Bedeutung hierbei eine untergeordnete Rolle spielen kann. Den sozialen Auswirkungen, etwa Streitigkeiten im Familien – oder Bekanntenkreis, welche durch die häufig gereizte und aggressive Stimmung der Frau in dieser Zeit auftreten können, sollte man eine größere Bedeutung beimessen (Pschyrembel, Strauss & Petri, 1990).

Die Ätiologie des prämenstruellen Syndroms ist bis heute noch nicht geklärt. Als Erklärungsversuche werden im allgemeinen herangezogen:

- Eine Östrogendominanz und ein Gestagenmangel während der zweiten Zyklushälfte.
- Eine extrazelluläre Wasserretention, die eine Folge der Östrogendominanz darstellt.
- Eine Erhöhung der Prolactin– Serumkonzentration.
- Eine neurovegetative Überempfindlichkeit (Pschyrembel, Strauss & Petri, 1990)

2.3.2 Zur psychosozialen Situation

Deutsch (1988) würdigt die Menarche als das wichtigste Ereignis in der weiblichen Pubertät an. Es ist das biologische Zeichen der sexuellen Reife (Langer, 1988) und kann die unterschiedlichsten Reaktionen auslösen. Die junge Frau wird nicht lediglich von der ersten Monatsblutung beeinflusst, maßgebend ist vielmehr das darauffolgende, sich ständig und periodisch Wiederholende der Menstruation (Deutsch, 1988).

Die Entwicklung des Mädchens steht unter dem Aspekt der Vorbereitung auf ihre spätere Rolle als Frau. In diese Vorbereitungszeit fällt auch die Menarche. Die Vorstellung von der Menstruation, die sich in dem Mädchen zu dieser Zeit herausbildet, hat entscheidenden Einfluss auf das spätere Erleben ihrer eigenen Menstruation. Die Vorstellung wird durch

Eindrücke, die das Mädchen von ihrer Mutter gewinnt, seien dies Blutflecke in der Wäsche, hingeworfene Bemerkungen etc, vorgeprägt (Deutsch, 1988; Langer, 1988).

„ Je jünger und zur intellektuellen Verarbeitung unfähiger das Mädchen zur Zeit dieser Eindrücke war, desto grausamer und drohender werden die Vorstellungen sein.“ (so Deutsch, 1988, S. 134)

Nach Deutsch (1988) soll das Mädchen in der Zeit vor der ersten Menstruation aufgeklärt werden, damit es nicht überrascht wird. Ihm sollte die Möglichkeit gegeben werden, soviel wie möglich über das Ereignis zu erfahren. Er sollte wissen, was mit ihm geschieht, was in ihr vorgeht und wie es mit all dem umzugehen hat. Dabei sollte nicht versäumt werden, deutlich zu machen, dass es sich bei der Menstruation um einen völlig natürlichen Vorgang und nicht um ein krankhaftes Geschehen handelt (Deutsch, 1988).

Eine gute Aufklärung soll das Mädchen vor einer „negativen“ Erfahrung schützen. Sie sollte sich nicht nur auf das Ereignis der Menstruation mit seiner zyklischen Wiederkehr und die Schutzmaßnahmen beziehen, vielmehr sollte auch die Sexualität miteinbezogen werden. Es sei zu vermitteln, dass es sich dabei um etwas Natürliches handle, das zu unserem Leben dazugehöre. Außerdem solle gezeigt werden, dass es erlaubt sei, sich mit der Sexualität zu beschäftigen (Langer, 1988).

Damit stellt sich die Frage, von wem sie die Information erhalten soll. Vielen Müttern fällt es schwer, über dieses Thema sachgerecht zu sprechen. Häufig haben sie bis dahin ihre eigene Menstruation schamhaft vor den Kindern verborgen und sollen nun mit ihnen in aller Offenheit über dieses "heikle" Thema sprechen. Daher ist es oftmals für das Kind einfacher, sich mit seinen Freundinnen oder älteren Schwestern über dieses Thema zu unterhalten. Denn auch im Kreis der Freundinnen ist die Menstruation ein wichtiges Thema. Gespannt wartet man darauf, wer wohl die Nächste von ihnen sein werde, die sich mit diesem Schritt der erwachsenen Frau nähert (Deutsch, 1988).

Wie eingangs erwähnt, reagieren die jungen Mädchen ganz unterschiedlich auf dieses Zeichen der sexuellen Reife. Mädchen, die in ihrem sozialen Umfeld schon menstruierende Schwestern oder Freundinnen haben, sehnen den ihnen bevorstehenden Schritt herbei und sehen dem Ereignis erwartungsvoll entgegen.

Da nur erwachsene Frauen einen Monatszyklus haben, wird die Menstruation von vielen Mädchen als ein Zeichen entsprechender Reife angesehen. Sie können enttäuscht sein, dass sie trotz ihrer Menstruation keine neuen Freiheiten und Rechte gewinnen und ihre Umwelt sie noch nicht als Erwachsene ansieht und als solche behandelt.

Die Menstruation bringt keine als Vorteil erlebte Änderung mit sich. Vielmehr tritt ein neuer Konflikt auf: die Sexualität. Es werden neue Gefühle geweckt. Es entwickelt sich ein neues Interesse und ein bis dahin unbekannter Wunsch, von dem man nicht sicher ist, ob man ihm nachgehen darf oder nicht.

Die zunächst als fremd erfahrene Sexualität kann bei vielen Mädchen Ängste auslösen. Zusätzlich können sich Ängste vor dem Erwachsensein einstellen und deshalb "wehren" sie sich gegen die Menstruation (Deutsch, 1988).

Selbst wenn das Eintreten der Menarche herbeigesehnt wird und das Wissen über sie vorhanden ist, wird die erste Menstruation oft als ein traumatisches Geschehen erlebt. So wurde von Frauen berichtet, die angesichts des Blutes geängstigt und geschockt waren. Sie vermuteten, dass das Blut aus einer inneren Verletzung resultierte (Langer, 1988).

Welche Reaktionen dieses Ereignis auslösen kann, hängt auch stark vom Alter des Mädchens, seiner psychischen Entwicklung und seinem sozialen Umfeld und dessen Einflüssen ab. Tritt die Menstruation schon früh ein, wird sie als eine neue, unangenehme, dem Mädchen auferlegte Bürde empfunden, das zusätzlich durch neue Aufgaben, wie zum Beispiel die Menstruationshygiene, belastet wird. Außerdem fühlt sich die junge Frau in ihren normalen Tätigkeiten, wie zum Beispiel sportliche Aktivitäten, eingeengt und durch die Blutung gestört. Nach Deutsch (1988) schämt sich die Frau und wertet die Menstruation als etwas "Schmutziges", wobei das Gefühl "schmutzig" zu sein sich nicht allein auf die Genitalien begrenzen muss, sondern sich auf den ganzen Körper beziehen kann. Dieses "Schmutzigsein-Gefühl" kann einen regelrechten Waschwang auslösen. Alle Spuren der Blutung müssen gründlichst entfernt werden.

Die Zeit der Menstruation kann jedoch noch andere Verhaltensweisen hervorrufen. Manche Frauen bevorzugen es, sich von ihren normalen Pflichten zurückzuziehen und sich in diesen Tagen Ruhe und Entspannung zu gönnen. Andere hingegen treten ihrer Umgebung wütend und aggressiv gegenüber. Mädchen, die auf ihre erste Menstruation mit Ablehnung reagiert haben, können die Verleugnung der periodischen Wiederkehr der Monatsblutung auch später noch beibehalten. Dies äußert sich darin, dass sie zu Zeit ihrer Regelblutung besonders aktiv sind. Die Aktivität ist Zeichen dafür, dass sie sich von ihrer Blutung nicht stören lassen (Deutsch, 1988).

Schließlich darf nicht vergessen werden, dass die Menarche in einen Lebensabschnitt hineinfällt, der eine schwierige und kritische Zeit im Leben eines Menschen darstellen kann: die Pubertät.

Denn die Jugendlichen im Übergang zum Erwachsenenalter müssen zahlreiche Aufgaben bewältigen, etwa Akzeptieren der körperlichen Veränderungen, Erwerb der männlichen bzw. weiblichen Rolle, das Gewinnen emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern, das Bewusstwerden seiner selbst Vorbereitung auf die berufliche Zukunft, Übernahme von sozialer Verantwortung, Aufnahme intimer Beziehungen, etc. (Oerter, 1987, nach: Havighurst, 1972; Dreher & Dreher, 1985).

2.4 Schwangerschaft

Nachdem vorstehend das Klimakterium (vgl. Kapitel 2.1 & 2.2) und die Menarche / Menstruation (vgl. Kapitel 2.3) erörtert wurde, sollen im folgenden Schwangerschaft und Geburt betrachtet werden, da hier auch untersucht werden soll, ob ein Zusammenhang zwischen dem Klimakterium und der Erfahrung einer Schwangerschaft und Geburt besteht. Zunächst wird in Kapitel 2. 4 allgemein auf die Schwangerschaft eingegangen, während in Kapitel 2.5 die endokrinologische Situation beleuchtet wird. Es schließt sich ein Blick auf die Geburt incl. Geburtsverlauf (vgl. Kapitel 2.6.1) und die Zeit nach der Entbindung an. Außerdem wird auf die Themen postpartale Verstimmungen (vgl. Kapitel 2.6.1), Wochenbettpsychosen (vgl. Kapitel 2.6.2) und das Stillen (vgl. Kapitel 2.6.3) eingegangen.

Durch die Konzeption wird im mütterlichen Körper ein gewaltiger Gestaltungsprozess ausgelöst. Aus einem befruchteten Ei entwickelt sich über mehreren Stadien im Körper der Frau ein Kind. Die Frau ist nicht nur über den Stoffwechsel mit dem ungeborenen Kind verbunden. Im Verlauf der Schwangerschaft wird sie auch seine Bewegungen spüren können. Aber nicht nur die Mutter spürt das Kind, auch das Kind nimmt seine Mutter durch Geräusche, Berührungen und Bewegungen wahr (Kummer,1989).

2.4.1 Der Schwangerschaftsverlauf

Die Schwangerschaft unterteilt Robert Schröder (Krauß & Krauß, 1996) in drei Stadien:

1. Trimenon - das Stadium der Anpassung:

Während der gesamten Schwangerschaft kommt es zur Umstellung des Organismus, um den Ansprüchen des Wachstums und der Ernährung des Kindes, wie auch denen des Geburtsvorganges gerecht zu werden. In knapper Übersicht stellen sich die wichtigsten Veränderungen dar wie folgt :

Die stärkste Veränderung erfährt der Uterus. Er verändert seine Form (von einer Birnenform bis zu einer Form, die einem auf der Spitze stehenden Ei ähnelt) seine Größe und sein Gewicht (von 60g -1000g) (Pschyrembel & Dudenhausen,1986).

Es kommt zu einer Zunahme der Körperflüssigkeit um etwa 6-7 Liter (Pschyrembel & Dudenhausen,1986). Diese vermehrte Wassereinlagerung führt zu einem Anstieg der zirkulierenden Blutmenge. Damit reagiert der weibliche Organismus auf den erhöhten Blutbedarf in der Schwangerschaft. Dabei steigt das Blutplasma um ca. 35% und die Erythrozytenmenge um etwa 25% an. Da Plasma- und

Zellvolumen unterschiedlich ansteigen, kommt es zu einer Blutverdünnung = Schwangerschaftshydrämie (Goeschen & Frei, 1987; Pschyrembel & Dudenhausen, 1986). Dieser Flüssigkeitszuwachs sowie die Fettspeicherung, das Gewicht des Kindes, Fruchtwasser und Plazenta sowie eine Hyperplasie und Hypertrophie von Uterus und Mammae führen zu einer Gewichtszunahme der Schwangeren von etwa 10–12 kg während der gesamten Schwangerschaft (Pschyrembel & Dudenhausen, 1986). Dabei treten in den ersten drei Monate keine wesentlichen Gewichtsveränderungen auf. Erst zwischen dem 4. – 6. Schwangerschaftsmonat kommt es zu einer wöchentlichen Gewichtszunahme von 200 – 250 g. Diese Gewichtszunahme wird in den letzten Monaten der Schwangerschaft auf ca. 400 – 500 g pro Woche gesteigert (Goerke & Rück, 1991).

Infolge der intravaskulären Volumenzunahme steigt das Herzzeitvolumen an. Die Herzfrequenz steigt um etwa 20 Schläge pro Minute und der periphere Gesamtwiderstand nimmt bis zur 32. Schwangerschaftswoche ab, um bis zum Schwangerschaftsende wieder anzusteigen (Pschyrembel & Dudenhausen, 1986).

Veränderungen des Blutdruckes betreffen meist den diastolischen Wert, der in den ersten Wochen abfällt und in der zweiten Schwangerschaftshälfte wieder ansteigt. Dabei können die Werte um ca. 10 mm Hg über den Werten vor der Schwangerschaft liegen (Pschyrembel & Dudenhausen, 1986). Schwangere können unter dem sogenannten Vena – Cava - Kompressionssyndrom leiden. Hierbei kann es im letzten Trimon zu einem Absinken des Blutdruckes kommen, wenn sich die Schwangere in Rückenlage befindet. Es können weitere Symptome wie Übelkeit, Schweißausbrüche, Atemnot sowie Beschwerden in Rücken und Bauch auftreten. Auch Krampfanfälle können durch eine akute zerebrale Durchblutungsstörung ausgelöst werden. Ursächlich für diese schwangerschaftsspezifische Kreislaufregulationsstörung ist der vergrößerte Uterus, der in Rückenlage die Vena cava inferior komprimiert. Dadurch wird der Blutrückstrom zum Herzen und das Herzzeitvolumen vermindert. Durch den gleichzeitigen Blutrückstau kann es zu einer reduzierten uteroplazentaren Perfusion und somit zu einer Minderversorgung des Föten mit Sauerstoff kommen. Durch eine Umlagerung in die Seitenlage verbessert sich die Symptomatik rasch (Krauß & Krauß, 1996; Goeschen, 1987; Pschyrembel & Dudenhausen, 1986).

Auch die Niere ist von Veränderungen betroffen. Während Nierenkelche, Nierenbecken und Harnleiter ab der 10. Schwangerschaftswoche deutlich erweitert sind, nimmt auch die Nierendurchblutung und das glomeruläre Filtrationsvolumen zu. Beides ist durch die Zunahme des intravaskulären Volumens und des Herzzeitvolumens bedingt. Das vermehrte Glomerulumfiltrat führt zu einer Steigerung der filtrierten Glukosemenge. Da sich die Glukosereabsorption nicht verändert, ist die Glukosurie in der Schwangerschaft meist als physiologisch anzusehen (Pschyrembel & Dudenhausen, 1986).

Häufig sind Schwangere durch Atembeschwerden belastet. Fast 50% aller Schwangeren leiden unter dem Symptom der Dyspnoe. Während der Schwangerschaft kommt es durch die Gewebezunahme und die Mehrarbeit zu einem gesteigerten Sauerstoffbedarf. Der Mehrbedarf wird jedoch durch ein gesteigertes Atemzugvolumen gedeckt, wobei die Atemfrequenz nahezu gleich bleibt. (Goeschen & Frei, 1987; Pschyrembel & Dudenhausen, 1986).

Der Frau wird die körperliche Umstellung in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft meist durch Müdigkeit, erhöhte Empfindlichkeit, Übelkeit und Erbrechen bewusst. Es ist für sie das erste Zeichen für die Anwesenheit eines sich entwickelnden Kindes (Kummer, 1989).

Die Übelkeit tritt meist morgens in nüchternem Zustand auf und wird von einem ein – oder zweimaligen Erbrechen begleitet. Die Emesis gravidarum beginnt meistens in der 4 - 6. Schwangerschaftswoche, mit einem Maximum während der 8 - 12 Woche, und verschwindet zumeist zwischen der 12 – 16. Schwangerschaftswoche. Im Gegensatz zu der Emesis gravidarum bei der der allgemeine Gesundheitszustand der Schwangeren nicht beeinträchtigt ist, stellt die Hyperemesis gravidarum eine lebensbedrohliche Situation dar. Das Erbrechen hält tagsüber an und kann auch nachts auftreten. Je nach Schweregrad können Symptome wie Exsikkose, Gewichtsabnahme, Fieber und Somnolenz auftreten. Das anhaltende Erbrechen führt zu Störungen des Wasser - Elektrolyt - Haushalts und des Säure - Basen - Gleichgewichts, z. B. hypochlorämische metabolische Azidose, Oligurie, Ketoazidose und Ketonurie.

Was die Ursachen für das übermäßige Erbrechen sind, ist gegenwärtig noch nicht geklärt. Als Erklärungsversuch dienen die endokrinen Veränderungen mit der analogen Bildung von human Choriongonadotropin (HCG) der Plazenta mit einem Konzentrationsmaximum zwischen der 8 - 12. Schwangerschaftswoche. Den Erbrechen tritt bei Mehrlingsschwangerschaften und Trophoblastenerkrankungen (Blasenmole) gehäuft auf, welche jeweils mit erhöhten HCG Werten einhergehen. Die Hyperemesis gravidarum wird vorwiegend als eine psychosomatische Erkrankung angesehen, da psychische Faktoren den Zustand negativ oder positiv beeinflussen können (Feige, Rempen, Würfel, Caffier & Jawny, 1997).

Aus psychoanalytischer Sicht wird mit dem Erbrechen gegen die Schwangerschaft "protestiert". Hingegen stellen die Essensgelüste während der Schwangerschaft das Gegenstück dar. Durch die Lust am Essen soll die Schwangerschaft bestätigt werden. Die Esslust wird als etwas Positives interpretiert, wohingegen das Erbrechen als eine Ablehnung des Kindes gedeutet wird. Das Ziel der Frau ist es, sich durch das Erbrechen von der unerwünschten Schwangerschaft zu befreien. Ferner können Ängste zu dieser Symptomatik führen. Seien es solche vor der Geburt, den Schmerzen oder der Unversehrbarkeit des eigenen und des kindlichen Körpers (Langer, 1988; Pschyrembel & Dudenhausen, 1986), nicht zuletzt auch solche vor der wirtschaftlichen Zukunft.

Nicht allein Übelkeit und Erbrechen können den Wunsch oder das Unerwünschtsein einer Schwangerschaft widerspiegeln. Auch Verstopfung oder Durchfall bringen diese Wünsche zum Ausdruck. Auf der analen Ebene bedeutet eine Verstopfung, den Wunsch an der Schwangerschaft festhalten zu wollen. Durch sie soll verhindert werden, dass die Frau das Kind verliert. Eine ablehnende Haltung gegenüber dem Kind findet in einer Diarrhö ihren Ausdruck (Langer, 1988).

Die Veränderungen im ersten Stadium der Schwangerschaft machen der zukünftigen Mutter die Anwesenheit des heranwachsenden Kindes bewusst. Es handelt sich dabei nicht um ein direktes Zeichen des Kindes. Folglich kann das Kind in dieser Situation für die Frau noch etwas Abstraktes darstellen. Der Umstand, dass es sich hierbei um einen heranwachsenden Menschen handelt, wird ihr zumeist erst durch den Anblick des Feten auf einem Ultraschallbild oder durch die ersten Kindsbewegungen deutlich vorstellbar (Kummer, 1989). Die ersten Bewegungen treten etwa um die 20. Schwangerschaftswoche auf (Pschyrembel & Dudenhausen, 1986). Nicht nur der Mutter tritt durch diese Bewegungen die Existenz ihres Kindes deutlicher ins Bewusstsein; auch der Vater kann die Bewegungen des Kind spüren (Kummer, 1989).

2. Trimon - das Stadium des Wohlbefindens:

Dieser Abschnitt wird von den meisten Frauen als die schönste Zeit während der Schwangerschaft empfunden. Sie fühlen sich ausgeglichen und voll neuer Energie (Kummer, 1989). Die Unsicherheit und die Begleiterscheinungen der ersten drei Monate sind vorbei und sie können die Schwangerschaft positiver erleben.

Viele Themen bewegen eine Schwangere (Kummer, 1989). Mit der Geburt des Kindes verändert sich ihr Leben: Sie muss nun Verantwortung für ihr Kind übernehmen, wobei sie mit folgenden Fragen konfrontiert werden kann: Wie wird sie ihre neue Lebenssituation gestalten? Wird sie das Kind allein erziehen oder hat sie einen Partner, der ihr zu Seite steht? Wie wird sie ihren Alltag organisieren und finanzieren? Wird sie die neue Mutterrolle annehmen und ausfüllen können ?

Die Entscheidung für ein Kind erfordert viel Mut. Ein Kind ist eine lebenslange Aufgabe, die bei vielen Ängste vor ihrer wirtschaftlichen Zukunft und der Verantwortung, die man für das Kind übernimmt, auslösen.

Hinzutreten Ängste in Bezug auf die Schwangerschaft und die Geburt, wie auch vor Missbildungen des Kindes oder einer Totgeburt. Das erklärt, weshalb gerade eine schwangere Frau hilfs- und anlehnsbedürftig ist. Für sie haben Sicherheit, Stabilität und Geborgenheit eine große Bedeutung (Stauber, 1996; Kummer, 1989; Langer, 1988).

3. Trimon - Stadium der Belastung:

Ängste vor der Geburt oder vor einer möglichen Behinderung des Kind treten vor allem in den letzten Monaten der Schwangerschaft auf (Springer – Kremser, 1989).

2.4.2 Kulturelle Einflüsse

Frauen kommt die Aufgabe zu Kinder auf die Welt zu bringen. Hierbei handelt es sich um einen natürlichen Ablauf. Dies ließe vermuten, Schwangerschaft und Geburt seien mit keinen größeren Schwierigkeiten verbunden. In Wirklichkeit sind sie zu meist von Beschwerden, Schmerzen und Ängsten geprägt. Dass Frauen während der Schwangerschaft von Übelkeit und Erbrechen betroffen sind und die Geburt unter Schmerzen erfolgt, wird in unserer Kultur als normal angesehen. Dabei sind kulturelle Unterschiede festzustellen: Es fällt auf, dass Frauen, die in Kulturen aufwachsen, in denen diese Begleiterscheinungen als selbstverständlich ansehen werden, auch in der Mehrzahl zu solchen Beschwerden neigen. Dagegen verlaufen Gravidität und Geburt in Kulturen, die solche Ereignisse als nicht so belastend bewerten, meist angenehmer. Diese Unterschiede zwischen verschiedenen Kulturen können auch auf kleinere Einheiten, wie Familien, projiziert werden. In Familien, in denen die Frauen ohne Ängste Schwangerschaft und Geburt gegenüberstehen, werden sie weniger leiden. Hat dagegen die eigene Mutter, die Schwangerschaft als belastend empfunden und eine schwere und schmerzhaftige Geburt erlebt, werden auch ihre Töchter dazu neigen, Schwangerschaft und Geburt als schmerzhaft zu empfinden (Langer,1988).

2.5 Zur Endokrinologischen Situation während der Schwangerschaft und der Geburt

Während des Blastozystenstadiums bildet der Embryo Östradiol und hCG (human Choriongonadotropin). Es wird vermutet, dass sie zu einer Zunahme der Kapillarpermeabilität des Endometriums führen. Diese gesteigerte Kapillarpermeabilität ist für den weiblichen Organismus ein frühes Zeichen, dass eine Schwangerschaft eingetreten sei (Leidenberger, 1998; Pschyrembel & Dudenhausen, 1986).

Obwohl die Frucht für das Immunsystem der Schwangeren ein Allotransplantat darstellt, da die Hälfte der fetalen Antigene väterlichen Ursprungs sind, wird sie normalerweise nicht abgestoßen. Vermutlich erfolgt keine Abstoßung, weil der Throphoblast keine HLA – Antigene bildet (Leidenberger, 1998).

Die Schwangerschaft beginnt mit dem Zeitpunkt der Implantation. Nach der Implantation wird der Corpus luteum zur Synthese und Stimulation von Östradiol und Progesteron stimuliert. Die Corpus luteum – Funktion wird durch das hCG aufrecht erhalten.

Das zweite und dritte Trimon stehen im Zeichen des Plazentawachstums. Progesteron und Östrogen werden in der Plazenta in kontinuierlich steigender Menge gebildet (Leidenberger, 1998).

Am Ende der Schwangerschaft wird der ruhende Uterus in einen kontrahierenden Uterus umgewandelt (Lauritzen, 1990). Durch funktionelle Veränderungen kann es zum einen zu einer Zunahme von Zellbrücken („gap junctions“) und der Oxytozinrezeptoren kommen, wodurch eine Zunahme der Kontraktionsbereitschaft entsteht, zum anderen zu einer Reifung des Zervixs, wodurch er auf den Wehenbeginn und die Geburt vorbereitet wird (Leidenberger, 1998).

Im folgenden wird auf einzelne an der Schwangerschaft beteiligten Hormone eingegangen.

1. Östrogen:

Östrogene fördern die Proteinsynthese und das Wachstum des Uterus. Sie bewirken eine Senkung der Reizschwelle für die Kontraktion der Uterusmuskulatur und fördern die rhythmische Kontraktion des Uterus. Außerdem stimulieren sie die Prostaglandinsynthese (Leidenberger, 1998). Die Prostaglandine, insbesondere PGE_2 und $PGF_2\alpha$, sind für die Zervixreifung von Bedeutung. Sie induzieren die Bildung von Gap - junctions und Rezeptoren für Oxytocin im Endometrium, für Prostaglandine im Myometrium und Rezeptoren für Relaxin im Myometrium. Zusätzlich fördern sie die Relaxinsynthese im

Endometrium. Durch diese Funktionen erhöhen sie die Einwirkungsmöglichkeiten von Relaxin und Oxytocin (Lauritzen, 1990; Leidenberger, 1998).

2. Progesteron:

Progesteron stellt zusammen mit Relaxin den Uterus während der Schwangerschaft ruhig (Leidenberger, 1998).

Progesteron wirkt an verschiedenen Stellen des Kontraktionsprozesses. Zum einen unterdrückt es die Bildung von Östrogenbindungsstellen und somit die Östrogenwirkung. Zum anderen induziert es die Bildung von Progesteronbindungsstellen und verstärkt dadurch seine eigene Wirkung. Zusätzlich erhöht Progesteron das Ruhemembranpotential, reduziert die Konzentration freier Kalziumspiegel und hemmt die Synthese von Gap – junctions. Dies verursacht eine verminderte Leitgeschwindigkeit bei der Erregungsübertragung (Lauritzen, 1990).

3. Oxytocin:

Oxytocin stellt die stärkste kontraktionsauslösende Substanz dar. Das Hormon reduziert die Aufnahmefähigkeit intrazellulärer Kalziumspeicher. Oxytocin bewirkt eine Hemmung von Enzymsystemen, die für den intra- extrazellulären Kalziumtransport verantwortlich sind. Außerdem stimuliert es die Synthese PGE und PGF.

Einige Tage vor dem Einsetzen von spontanen Wehen nimmt die Konzentration von Oxytocinrezeptoren im Myometrium und in der Dezidua zu. Dadurch steigt die Oxytocinempfindlichkeit (Lauritzen, 1990). Sie wiederum bewirkt, dass Oxytocin die Geburt auslösen kann, obwohl seine Konzentration im mütterlichen Plasma nur gering ansteigt (Leidenberger, 1990).

4. Choriongonadotropin:

Das hCG hält die Corpus- luteum- Funktion aufrecht, vor allem die Steroidproduktion im Corpus luteum graviditatis. Weiterhin beeinflusst es die Progesteron- und Relaxinsekretion. Ebenfalls kann hCG zum einen die Synthese von DHEA- Sulfat in den fetalen Nebennieren anregen und deren Wachstum stimulieren, und zum anderen die fetalen Leydig Zellen anregen, die unter hCG Einfluss zur Testosteronsekretion in der Lage sind. Die vermutete immunsuppressive Wirkung des Hormons soll vor einer Abstoßung des ungeborenen Kindes schützen. Weiterhin wird angenommen, dass hCG zu einer arteriellen Gefäßdilatation im Genitaltrakt führt. Zusätzlich wird vermutet, dass hCG durch eine lokale Gefäßwirkung die

Implantation fördert.(Pschyrembel & Dudenhausen, 1986; Lauritzen, 1986; Leidenberger, 1990).

2. 6 Geburt

In der Zeit der Schwangerschaft setzt sich die werdende Mutter mit der bevorstehenden Geburt auseinander und informiert sich über deren Verlauf. Dabei besteht die Gefahr, dass eine ganz bestimmte Vorstellung über den Vorgang beherrschend wird. Häufig wird diese Vorstellung aus den Erfahrungen anderer entwickelt und durch sie geprägt werden. Indessen sollten die werdenden Mütter fremde Erfahrungen nur zurückhaltend in die eigene Vorstellungswelt übernehmen; denn jede Frau erlebt dieses Ereignis auf eine andere Weise (Kummer, 1989; Langer, 1988).

Wenn sich Schwangere mit dem Geburtsvorgang beschäftigen, entwickelt sich der Wunsch nach einem Rahmen, in dem die Geburt ablaufen soll. Noch heute entscheiden sich die meisten für die Geburt im Krankenhaus, doch nimmt die Zahl der Hausgeburten zu. Viele ziehen die gewohnte Umgebung vor, um sich so nicht den technischen Zugriffen und den zumeist fremden Helfern in einem sterilen Kreissaal "ausgeliefert" zu sehen. Sie haben das Bedürfnis, die Geburt bewusst zu vollziehen und den biologischen Vorgang nicht in einen medizinischen Eingriff zu verwandeln (Kummer,1989).

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über den Geburtsverlauf gegeben:

2.6.1 Der Geburtsverlauf

Nach Pschyrembel und Dudenhausen (1986) wird der normale Geburtsverlauf in die folgenden Phasen unterteilt:

1. Die Eröffnungsperiode:

Die Eröffnungsperiode umfasst die ersten regelmäßigen Wehen, die sog. Geburt- oder Eröffnungswehen. Sie dienen dazu den Zervikalkanal bis auf Kopfdurchgängigkeit zu öffnen und den kindlichen Kopf bis auf den Beckenboden zu treiben. Die Eröffnungsperiode ist

beendet, sobald der äußere Muttermund vollständig eröffnet ist. Bei normalem Verlauf kommt es am Ende dieser ersten Phase der Geburt zum Blasensprung.

2. Die Austreibungsperiode:

Diese Phase beginnt mit der völligen Eröffnung des äußeren Muttermundes. Die Eröffnungs- oder Geburtswehen werden nun von den sog. Austreibungs- und Presswehen abgelöst. Die Austreibungsphase endet mit der Geburt des Kindes.

3. Die Nachgeburtsperiode:

In diesem Abschnitt wird die Plazenta von ihrer Haftfläche abgelöst und ausgestoßen.

Die Lösung wird durch Kontraktion und Retraktion, also durch die Verkleinerung der Uterusinnenfläche, bewirkt. Normalerweise ist die Plazenta nach der ersten oder zweiten kräftigen Nachgeburtswehe vollständig gelöst. Sie liegt nun im Uteruskavum und wird durch weitere Nachgeburtswehen in den Geburtskanal ausgestoßen.

Die Geburt ist weit mehr ein individuelles Ereignis als ein vorgegebenes Schema. Die Geburt eines Kindes wird von jeder Frau anders erlebt. Diese Varianz wird auch in der Literatur deutlich. Für Kummer (1989) stellt die Geburt eine große Belastung für die Frau dar. Sie benötige sehr viel Energie, Mut, einen starken Willen und viel Kraft, um die Schmerzen zu ertragen und das Kind auf die Welt bringen zu können. Kummer (1989) wertet den Geburtsschmerz als so intensiv, dass viele Frauen auf ihn mit Schrecken reagierten und sich wünschten, den weiteren Verlauf umgehen zu können. Auch Stauber (1996) und Langer (1988) verstehen die Geburt als schmerzhaftes Ereignis. Die Ursachen dafür sehen sie zum einen in den körperlichen Beschwerden und Belastungen und zum anderen in dem mit der Geburt verbundenen Trennungsschmerz. Die Frau erfahre die Geburt als Verlust des ihr einverleibten Kindes. Gegenüber schmerzbestimmten Auffassungen sieht die Arbeit von Davies- Osterkamp & Beckmann (1982) die Geburt als ein lustvolles Ereignis. Nach ihnen berichteten immerhin 5 - 7 % aller Frauen über eine schmerzlose Geburt. Auch hätten einige Gebärende, vor allem in der Austreibungsphase, eine sehr starke sexuelle Erregung erlebt (Davies- Osterkamp & Beckmann, 1982).

2.6.2 Postpartale Verstimmungen

Der euphorische Zustand, in dem sich die Frau nach der Entbindung befindet, kann sehr schnell in ein Stimmungstief umschlagen. Dieses allgemeine Stimmungstief tritt etwa 3 – 5 Tage nach der Geburt auf. Die betroffenen Frauen neigen zu Tränenausbrüchen, weshalb dieser Zustand auch als “Heultage“ bezeichnet wird. Etwa 50 – 80% der Mütter sind davon betroffen. Meist sind sie leicht reizbar, und schon der geringste Anlass kann Gefühlsausbrüche auslösen. Ferner werden sie durch Stimmungsschwankungen, Schlaflosigkeit, Müdigkeit, Konzentrationsschwäche und Angstgefühle belastet.

Die Ätiologie ist bis heute noch nicht geklärt. Man vermutet, dass die hormonelle Umstellung nach der Entbindung auslösender Faktor ist. Bei der Umstellung kommt es zu einem Abfall von Östrogenen und Progesteron. Darüber hinaus werden ein Tryptophanmangel oder der nach der Entbindung abfallende Endorphinspiegel als Ursache angenommen.

Schließlich dürfen psychische Faktoren nicht außer Acht gelassen werden. Die erste Euphorie über die Ankunft des Neugeborenen weicht den Ängsten vor der Zukunft. Aber auch die Trennung von Mutter und Kind in der ersten Zeit nach der Entbindung kann auf die Frau belastend wirken (Lush & Rushford, 1988; Sauer, 1993). Das allgemeine Stimmungstief hält meist nur einige Tage an und kann durch Verständnis und Zuneigung des Umfeldes gut überwunden werden. Dauern die Symptome länger als zwei Wochen, besteht die Gefahr, dass sich eine postpartale Depression entwickelt. Die betroffenen Mütter fühlen sich erschöpft und müde. Sie sehen sich durch die neue Situation überfordert. In vielen Fällen kann es zu einem Esszwang kommen, wodurch die sogenannte postpartale Fresssucht entsteht. Ihrem Umfeld gegenüber sind sie ungeduldig und streitsüchtig. Sie fühlen sich ausgelaugt und haben das Bedürfnis, sich von ihren Aufgaben zurückzuziehen und nur noch zu schlafen. Hierbei besteht die Gefahr, dass sie ihr Kind vernachlässigen. (Lush & Rushford, 1988; Sauer 1993)

2.6.3 Wochenbettpsychosen

6 - 22 % der Mütter sind von Wochenbettpsychosen betroffen (Bergmann 2000). Sie können in einem Zeitraum von sechs Wochen bis zu sechs Monaten nach der Geburt auftreten. Bei den Wochenbettpsychosen lassen sich verschiedene Formen unterscheiden:

1. Die depressive Form:

Sie tritt am häufigsten auf und ist gekennzeichnet durch Antriebslosigkeit, Angstzustände, Schuldgefühl und Versagensängste.

2. Die manische Form:

Bei ihr stehen motorische Unruhe, Antriebssteigerung und Enthemmung im Vordergrund.

3. Die schizophrene Form:

Es treten Halluzinationen und Wahnvorstellungen auf.

4. Die amentuell– delirante Form:

Hierbei kommt es zu Verwirrtheit, motorischer Unruhe und extremer Erregbarkeit; ferner treten zusammenhangslose Gedanken, Wahnvorstellungen und Halluzinationen auf.

Die Ursachen für die Wochenbettpsychosen sind derzeit noch ungeklärt. Risikogruppen stellen Frauen dar, die in ihrer Eigenanamnese oder in der Familienanamnese Psychosen aufweisen. Aber auch Stressfaktoren und die hormonelle Veränderung nach der Entbindung werden als mögliche Auslöser in Betracht gezogen (Sauer, 1993).

2.7 Das Stillen

Während der Schwangerschaft wird die weibliche Brust auf die Laktation vorbereitet, indem eine Proliferation von neuen Alveoli und Ausführungsgängen erfolgt. Die Entwicklung der Alveolen steht unter dem Einfluss von Progesteron und die Entwicklung der Brustdrüsengänge unter dem Einfluss von Östrogenen. Außerdem sind Insulin, Kortisol, Thyroxin, Relaxin und Wachstumshormone an der Entwicklung und der Funktion der Brustdrüse beteiligt.

Prolaktin beeinflusst die Laktogenese, wobei es nicht nur seine eigenen Rezeptoren, sondern auch Östrogenrezeptoren induziert und somit seine Wirkung verstärkt. Die hohen Östrogenspiegel hemmen die Milchsekretion während der Spätschwangerschaft bis in das frühe Wochenbett. Nach der Geburt erfolgt ein massiver Hormonentzug, wobei die Konzentrationen aller plazentarer Hormone und der Hormone der fetoplazentaren Funktionseinheit rasch sinken. Dieser Abfall von Sexualsteroiden ist entscheidend für die Milchproduktion. Zusätzlich erfolgt eine Konzentrationsabnahme des Prolaktins und des plazentaren HPL (Plazentalaktogen). Durch den Saugreiz an der Brust, wird zum einen die Prolaktinproduktion im HVL angeregt, wodurch die Milchsekretion angehalten wird. Zum anderen bewirkt dieser Reiz eine vermehrte Oxytocinausschüttung aus dem HHL. Oxytocin bewirkt eine Kontraktion der Myoepithelien der Alveolarwand und der Milchgänge. Zusätzlich löst die vermehrte Oxytocinausschüttung eine Kontraktion der Uterusmuskulatur aus und verstärkt somit dessen Rückbildung (Leidenberger, 1998).

Durch den Saugreiz wird ein neurohumoraler Reflex induziert, welcher von afferenten Nervenendigungen der Mamille über interthorakale Nerven, über Rückenmark und Hirnstamm zum Hypothalamus geleitet wird. Dort erfolgt durch eine Depolarisation der Axone die Freisetzung des Hormons aus dem HHL.

In der Geburtshilfe ist außerdem der sogenannte Ferguson - Reflex bekannt. Durch die Dehnung von Vagina und des unteren Uterinsegment leiten afferente Nervenbahnen einen oxytocinfreisetzenden Stimulus weiter. Es wurde beobachtet, dass bei einigen stillenden Frauen sexuelle Erregung und Koitus, von einem Milchausschuss begleitet sind (Peters, 1987).

Die Höhe des Prolaktinspiegels und das Ausmaß der Milchproduktion sind von der Häufigkeit des Stillvorganges und dem Entleeren der Brust abhängig. Je häufiger das Kind gestillt wird,

um so höher bleiben die Prolaktinkonzentrationen im Serum. Wird die Brust nur unvollständig entleert, geht die Milchproduktion zurück (Peters, 1987).

Die Muttermilch stellt die natürlichste und damit beste Ernährung für das Kind dar.

Tabelle 5

Zusammensetzung der Frauenmilch im Vergleich zur Kuhmilch:

	Protein g/100g	Fett g/100g	Kohlenhydrate g/100g	Wasser g/100g	kcal in 100/ml	Kalium mg/dl	Calcium (mVal/l)
Reife							
Frauenmilch	1,2	3,8	6,9	83 - 90	67	55	34
Kuhmilch	3,3	3,5	4,8	86 - 90	66	150	120

Aus Friedolf Peters: Laktation und Stillen (1987, S. 43).

Viele Frauen stillen ihr Kind nach kurzer Zeit ab. Gerade in der heutigen Zeit können oder wollen viele Mütter nicht auf die Ausübung ihres Berufes verzichten (Kummer, 1989). Doch ist der Stillvorgang für Mutter und Kind von großer Wichtigkeit. Zum einen wird der Hunger des Kindes gestillt und seine Entwicklung gefördert, zum anderen wird auf diese Weise die Mutter – Kind - Beziehung gestärkt und vertieft. Für Frauen, für die die Geburt eine Trennung von ihrem Kind bedeutet hat, bietet das Stillen eine Möglichkeit, sich der Nähe ihres Kindes wieder bewusst zu werden. Auch für das Kind ist es wichtig, die Nähe der Mutter zu spüren. Die Mutter sollte sich beim Stillen Zeit lassen und das Kind mit Streicheleinheiten und Liebkosungen verwöhnen. Der Hautkontakt vermittelt dem Kind das Gefühl von Wärme und Geborgenheit in seiner neuen Welt (Langer, 1988; Stauber, 1996).

2.8 Zusammenfassung und allgemeine Fragestellung

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Literatur verschiedene theoretische Ansätze für die Ursachen der Beschwerden während des Klimakteriums kennt. Dabei wird jedoch deutlich, dass sich die neuen Theorien von den alten und damit von einem monokausalen Ansatz abwenden und zu multifaktoriellen Erklärungsversuchen tendieren (vgl. Kapitel 2.1.3). Vorliegend soll untersucht werden, ob die monokausale Theorie, die die Ursache für die Beschwerden ausschließlich in der hormonellen Veränderung sieht, zutrifft oder ob sich die neuen Ansätze mit ihren multifaktoriellen Erklärungen bestätigt finden. Es wird geprüft, ob sich eine Korrelation zwischen

- dem subjektiven Erleben von Menarche / Menstruation und / oder Schwangerschaft mit Geburt und den Beschwerden zeigen lässt, und ob
- eine Verbindung zwischen verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen und dem Klimakterium besteht.

Außerdem soll ermittelt werden, inwieweit das Erleben des Klimakteriums von individuellen Persönlichkeitsstrukturen abhängig ist und dadurch eine unterschiedliche Bewertung erhält. Ausgegangen wird von folgenden Fragestellungen:

1. Welche Rolle spielt das Klimakterium selbst für das Auftreten der Beschwerden:

- Besteht ein Zusammenhang zwischen biologisch - medizinischen Faktoren und dem Auftreten von Beschwerden während des Klimakteriums (vgl. Kapitel 2.1)? Korrelieren diese Einflüsse nur mit bestimmten Beschwerdebildern, und wenn ja mit welchen?

2. Wird das Entstehen der Beschwerden psycho- sozial beeinflusst ?

- Gibt es psychologische oder soziale Faktoren, die für das Auftreten von bestimmten Beschwerden verantwortlich sind, und wenn ja für welche (vgl. Kapitel 2.2)? Rhode (2000) zählt zu den psychologischen Faktoren das Ende der Fertilität, soziale Aspekte sowie die Auseinandersetzung mit dem Älterwerden (vgl. Kapitel 2.1.3). Es wird untersucht werden, ob zwischen solchen Faktoren und dem klimakterischen Syndrom ein tatsächlicher Zusammenhang besteht. Haben diese Aspekte gegebenenfalls einen positiven oder negativen Einfluss auf das Erleben und Bewerten des Klimakteriums?

3. Ferner wird auf verschiedene Persönlichkeitsmerkmale eingegangen werden:

- Üben diese Merkmale einen Einfluss aus und besteht ein Zusammenhang zwischen verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen und dem subjektiven Erleben des Klimakteriums? Rosemeier & Schultz - Zehden (1995) und Grieme (1990) sahen zum Beispiel zwischen den Persönlichkeitsmerkmalen *Gehemmtheit* und *Selbstunsicherheit* einen Zusammenhang mit einem stärkeren klimakterischen Syndrom (vgl. Kapitel 2.2).

4. Schließlich wird der mögliche Einfluss früherer Erlebnisse im Leben der Frau geprüft:

- Welche Rolle kann die Menarche oder die Menstruation für das Erleben der Wechseljahre spielen? Besteht ein Zusammenhang zwischen den biologisch - medizinischen Faktoren der Menstruation und den Beschwerden während des Klimakteriums? Kann etwa eine Korrelation zwischen prämenstruellem und klimakterischem Syndrom gefunden werden (vgl. Kapitel 2.2)?
- Inwieweit stellen psycho- soziale Aspekte Einflussfaktoren dar? Wenn die Menstruation negativ bewertet wird, werden dann die Veränderungen während des Klimakteriums belastender empfunden? Deutsch (1988) sieht z.B. in der Aufklärung einen wichtigen Faktor dafür, dass die Menarche positiv empfunden wird. Kann das bis zu den Wechseljahren andauern und mithin auch zu einer positiven Bewertung dieser Zeit führen?
- Bildet das Erleben einer Schwangerschaft mit Geburt und Stille, eine Ursache für Beschwerden? Führt eine positive Bewertung dieser Vorgänge auch zu einem weniger belastenden Klimakterium?

3. Methode

3.1 Entwicklung des Fragebogens

Für diese Arbeit wurde u.a. ein eigener Fragebogen entwickelt (vgl. Anhang Teil 1). Die Fragen entstanden auf der Grundlage der bisher bekannten Literatur. Da die Entwicklung der Frau betrachtet werden sollte, wurden nicht nur Fragen zu den Wechseljahren, sondern auch zu verschiedenen Phasen im Leben definiert. Vor der eigentlichen Datenerhebung wurde der Fragebogen an einigen Frauen auf seine Durchführbarkeit getestet. Der so erstellte Fragebogen besteht aus folgenden unterschiedlichen Anteilen.

3.2 Itempool des Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Einschätzung weiblicher Lebensabschnitte

Um die subjektive Einschätzung verschiedener weiblicher Lebensabschnitte zu erfassen, enthält dieser Teil Fragen zu Menarche, Menstruation und Pubertät, Sexualität, gynäkologischen Erkrankungen, Kinderwunsch, Partnerschaft und den Wechseljahren (vgl. Kapitel 1.1 - 1.6). Diese Fragen konnten mit "Ja" oder "Nein" beantwortet werden. Bei der Formulierung der einzelnen Fragen wurde darauf geachtet, dass nicht alle Items mit Zustimmung oder Ablehnung beantwortet werden konnten, um systematische Reaktionstendenzen zu vermeiden. Neben diesen Items umfasst der allgemeine Teil des Fragebogens drei Beschwerdelisten. Diese Listen bestehen ebenfalls aus dichotomen Items. Nur eine Frage erfasst gezielt das Alter, in dem die Menstruation das erste Mal schmerzhaft war. Insgesamt umfasst der allgemeine Teil des Fragebogens 128 Items.

Die erste Beschwerdeliste enthält 11 Items zu Symptomen des prämenstruellen Syndroms. In der zweiten Liste sind 4 Items zur Dysmenorrhoe aufgeführt. Die dritte Liste umfasst 6 Items zu klimakterischen Beschwerden.

Zusätzlich enthält dieser allgemeine Teil des Fragebogens 28 Items zu persönlichen Daten, wie z. B. das Alter, das Alter zur Zeit der ersten und der letzten Menstruation, Anzahl der

Geburten etc. Weiterhin wird die soziale Situation erfasst. Es wird auf die familiäre Situation sowie auf den beruflichen Werdegang eingegangen. Außerdem wird die finanzielle und wohnliche Situation erfasst. Hierbei werden Beispiele aufgeführt, unter denen die Versuchspersonen das für sie Zutreffende auswählen.

Nachstehend wird auf die Items der einzelnen Bereiche erläuternd.

1. Items zum Bereich der Menarche, Menstruation und Pubertät:

Die formulierten Items zum Thema Menarche betrachten zum einen die Aufklärung. In wie weit die Frauen Information über die Menstruation erhielten und in wie weit wurden sie auf diese vorbereitet wurden. Außerdem wird auf die Gefühle der Frauen zum Zeitpunkt der Menarche eingegangen. Zur Betrachtung der Menstruation wird Bezug genommen auf das prämenstruelle Syndrom, auf die Regelmäßigkeit und Stärke der Blutung sowie auf die Beschwerden in dieser Zeit. Zu diesen Themenbereichen wurden insgesamt 28 Items formuliert (vgl. Anhang 2.1).

2. Items zum Thema Sexualität:

14 Items (vgl. Anhang 2.2) wurden konstruiert, um ein positives oder negatives Sexualleben zu erfassen. Zusätzlich wird auf das Thema Kontrazeptiva eingegangen. Inwiefern Verhütungsmittel verwendet wurden und wenn ja, welche. Wie auch, inwieweit diese den Geschlechtsverkehr und das Befinden der Frauen beeinflusst haben.

3. Items zum Bereich einzelner gynäkologische Erkrankungen:

Hierbei wird mit 5 Items auf Krankheitsbilder wie Genitalentzündungen, Ausfluss und Adnexitis (vgl. Anhang 2.3) eingegangen.

4. Items zum Themenbereich Kinderwunsch:

3 dichotome Items sollen Frauen erfassen, die sich Kinder gewünscht hatten, aber keine bekommen konnten, da sie oder ihr Mann unfruchtbar waren. Ferner sollen die Frauen erfasst werden, die keinen Kinderwunsch hatten (vgl. Anhang 2.4).

5. Items zum Thema Partnerschaft:

Die Frauen werden danach befragt, ob sie sich in ihrer Partnerschaft wohl fühlten und ob sie noch heute glücklich sind; inwieweit ihr Partner immer zu ihnen gehalten hat, und ob sie die

Ehe als Last empfunden haben. Insgesamt wurde zu dem Thema Partnerschaft 4 Items formuliert (vgl. Anhang 2.5).

6. Items zum Bereich der Wechseljahre:

Insgesamt wurden 25 Items konstruiert (vgl. Anhang 2.6), um das Befinden der Frau während des Klimakteriums zu erfassen. Insbesondere wird danach gefragt, ob sie Angst vor dieser hormonellen Umstellung gehabt habe und ob sich diese Ängste bestätigten. Des Weiteren wird erfasst, inwieweit sie Beschwerden erwarteten und ob diese tatsächlich eintrafen. Zudem wird auf soziale Veränderungen in der Umwelt der Frau eingegangen.

3.3 Itempool des Fragebogens zur Erfassung der subjektiver Einschätzung der Schwangerschaft (=SE-SW)

Der zweite Teil widmet sich den Themen Schwangerschaft, Geburt und Stillen. Insgesamt umfasst der Schwangerschaftsfragebogen 31 dichotome Items (vgl. Anhang 2.7). Wie schon im allgemeinen Teil wurde auch hier darauf geachtet, dass die Fragen nicht nur positive oder negative Tendenzen aufweisen, sondern dass die Polung der Items variieren. Im Gegensatz zu den anderen Fragebogenanteilen sollen diese Items nur von Frauen beantwortet werden, die eine Schwangerschaft und eine Geburt erlebt haben. Außerdem sollten diese Fragen von den Versuchspersonen nur auf die erste Schwangerschaft und Geburt bezogen werden. Die Fragen zur Schwangerschaft waren auf die soziale Situation der Frau in dieser Zeit, auf das subjektive Empfinden und auf eventuelle medizinische Probleme gerichtet. Auch bei der Betrachtung der Geburt wurde nach dem Erleben gefragt, aber auch nach Maßnahmen, die die Frau (und ihr Partner) getroffen hatten, um sich auf dieses Ereignis vorzubereiten. Zusätzlich wurden Items zur postpartalen Verstimmung und zu dem Empfinden der Frau, als das Kind geboren war, formuliert. Auf diesen Zeitraum nehmen auch die Fragen zum Stillen, ob und wie lange gestillt wurde, Bezug.

Neben diesem Fragebogen erhielten die Testpersonen den NEO-FFI (NEO-Fünf-Faktoren Inventar nach Costa & Mc Crea, (deutsche Übersetzung Borkenau & Ostendorf, 1993) und

GPI (Beckmann & von Georgi, 1996, Beckmann & von Georgi (in Druck)), um ihre Persönlichkeitsstrukturen zu erfassen.

3.4 NEO- FFI und GPI

3.4.1 NEO- FFI

Die individuellen Persönlichkeitsmerkmale spielen eine wichtige Rolle im Erleben und Empfinden der Wechseljahre. Um die Persönlichkeitsstrukturen der befragten Personen erfassen zu können, wurde den Versuchspersonen das NEO – Fünf – Faktoren - Inventar (Borkenau & Ostendorf, 1993) und der Giessener Persönlichkeits- Inventar (GPI) (von Georgi & Beckmann, 2003 (in Druck)) vorgelegt.

Bei dem NEO – Fünf – Faktoren – Inventar (NEO – FFI) handelt es sich um ein Persönlichkeitsinventar (NEO – PI), das auf Arbeiten von Costa und McCrae beruht. Die Sedimentationshypothese bildet die Grundlage für dieses Persönlichkeitsmodell (Borkenau & Ostendorf, 1993). Dieses Persönlichkeitsmodell erfasst individuelle Unterschiede in den Faktoren Neurotizismus (N), Extraversion (E) und Offenheit für Erfahrungen (O) (Amelang & Bartussek,1996). Durch diese drei Merkmale entstand der Name NEO. Später fügten Costa und McCrae diesem Persönlichkeitsmodell noch die Faktoren Verträglichkeit (V) und Gewissenhaftigkeit (G) hinzu und nannten es NEO - FFI. Im Folgenden wird auf die Merkmalsbereiche, welche durch den NEO - FFI erfasst werden, im Einzelnen erläuternd eingegangen.

Die Skala *Neurotizismus* erfasst die emotionale Stabilität versus Labilität. Personen mit hohen Werten können Stresssituationen schlechter bewältigen, als emotional stabile Menschen. Sie nehmen negative Gefühle leichter wahr und neigen dazu, in schwierigen Situationen mit Betroffenheit, Traurigkeit und Nervosität zu reagieren. Stabile Persönlichkeiten lassen sich im Gegensatz dazu weniger von Stress und Sorgen belasten und sehen sich selbst als ausgeglichene und ruhige Menschen.

Die Skala *Extraversion* erfasst extrovertierte und introvertierte Personen. Während extrovertierte Menschen die Nähe und das Gespräch mit anderen Menschen suchen, sich gerne in Gesellschaften bewegen, Heiterkeit verbreiten, sich optimistisch und selbstsicher geben, ziehen es introvertierte Persönlichkeiten vor, sich zurückzuziehen. Häufig handelt es sich um ausgeglichene, unabhängige Menschen, die weder pessimistisch noch unglücklich sind.

Menschen reagieren unterschiedlich auf neue Erfahrungen. Mit der Skala *Offenheit für Erfahrungen* werden Personen bestimmt, die auf neue Eindrücke und Erlebnisse mit Interesse reagieren und sich mit diesen neuen Erfahrungen beschäftigen. Personen mit niedrigen Werten stehen neuen Erfahrungen reserviert gegenüber. Sie ziehen alte Denkweisen vor. Personen mit hohen Werten zeigen ein großes Interesse für neue Eindrücke und setzen sich mit ihnen kritisch auseinander. Sie selbst sehen sich als phantasievoll und experimentierfreudig an.

Werden in der Skala *Verträglichkeit* hohe Punktwerte erreicht, so handelt es sich um Personen mit einem ausgeprägten Harmoniebedürfnis. Sie bieten anderen ihre Hilfe an und stehen ihnen zur Seite. Sie schenken anderen schnell ihr Vertrauen und sind nachgiebig.

Personen mit niedrigen Werten sind weniger kooperativ und misstrauen ihrem Gegenüber. Das Wohl ihrer Mitmenschen hat für sie weniger Bedeutung als ihr eigenes.

Mittels der letzten Skala *Gewissenhaftigkeit* werden Eigenschaften wie Pünktlichkeit, Zielstrebigkeit, Ausdauer, Fleiß, Ehrgeiz versus Egoismus/ Selbstsucht, Unzuverlässigkeit und Unbeständigkeit erfasst.

3.4.2 Giessener Persönlichkeits- Inventar (GPI)

Der GPI - Test ist ein Persönlichkeitstest, der die Merkmalsbereiche *Wertlosigkeit*, *Attraktivität*, *Vertrauen*, *Achtlosigkeit*, *Abhängigkeit* und *Kooperation* erfasst. Das Giessener Persönlichkeitsinventar in der Version 11/97 wurde von Beckmann & von Georgi entwickelt (vgl. dazu: Beckmann & von Georgi (1995); Beckmann & von Georgi (1996); von Georgi &

Beckmann, 2003 (in Druck)). Das Handbuch befindet sich im Augenblick noch in der Vorbereitungsphase. Im folgenden werden die Faktoren des GPI kurz erläutert:

Wertlosigkeit:

Personen, die hier hohe Werte aufweisen, können sich mit Kritik schlecht auseinandersetzen. Sie fühlen sich persönlich angegriffen und sind gekränkt. Sie behaupten von sich selbst, leicht verletzbar zu sein. Menschen, die sich wertlos fühlen, machen sich Selbstvorwürfe, viele Gedanken und Sorgen um persönliche Probleme. Sie sehen sich von einer Lebenskrise zur nächsten wechseln. Sie sind mit sich und ihrem Leben unzufrieden und fühlen sich nicht wohl, was sich in ihrer negativen Denkweise niederschlägt.

Attraktivität:

Personen, die von sich sagen, dass es ihnen leicht falle, andere auf sich aufmerksam zu machen, anziehend auf das andere Geschlecht zu wirken und auf dieses einen starken Eindruck zu machen, erreichen bei diesem Faktor hohe Werte.

Im Gegensatz dazu schätzen Personen mit niedrigen Werten ihre Wirkung als uninteressant und langweilig ein. Sie behaupten von sich selbst, dass es ihnen nur schwer gelinge, sich bei anderen beliebt zu machen oder eine andere zu verführen. In Gesellschaft werden sie leicht übersehen.

Vertrauen:

Personen mit hohen Punktwerten bei diesem Merkmal sind Menschen, die anderen offen gegenüber treten und sich ihnen gerne anvertrauen. Ihnen gelingt es eher leicht, ihre Gefühle offen zu zeigen, und sie teilen diese anderen gerne mit. Auch in intimen Bereichen verhalten sie sich offen gegenüber ihrem Partner; sie teilen ihm ihre Gewohnheiten, Wünsche und Bedürfnisse mit. Sie können zärtliche Gefühle zulassen und verwirklichen in der Sexualität häufig ihre Phantasien.

Im Gegensatz dazu sind Personen mit niedrigen Werten misstrauisch und verschlossen. Sie behalten ihre Bedürfnisse, Gedanken und Wünsche für sich.

Achtlosigkeit:

Diese Dimension erfasst, inwieweit die Personen ihr Leben ordentlich aufrecht erhalten. Menschen, die hier geringe Werte erreichen, sagen von sich selbst, dass ihnen Ordnung gleichgültig sei. Dies kann den finanziellen Bereich betreffen, indem sie mit ihrem Geld eher

großzügig umgehen. Auch achten sie in geringerem Maße auf ihr persönliches Eigentum, da sie von Sparsamkeit wenig halten. Sie beschreiben ihr Leben als chaotisch, da sie sich nur ungern an feste Regeln binden.

Den Gegenpol bilden Personen, die großen Wert auf Ordnung und auf das Einhalten von Regeln legen. Für sie ist es sehr wichtig, dass ihr Arbeitsalltag und ihre Freizeit gut durch organisiert sind. Sie haben ein hohes Bedürfnis nach geordneten Verhältnissen, weshalb sich diese Menschen eher auf ihren Verstand als auf ihr Gefühl verlassen.

Abhängigkeit:

Ein hohes Abhängigkeitspotential entspricht bei hier einem hohen Wert. Diese Personen möchten nur selten alleine sein, da sie Angst vor Einsamkeit haben. Enge Kontakte zu ihren Mitmenschen sind ihnen wichtig. Feste Beziehungen, eine gute Partnerschaft bedeuten ihnen sehr viel. Sie schätzen sich selbst als treue Menschen ein. Den Gegensatz stellen Personen dar, die um persönliche Freiheiten bemüht sind. Sie tendieren eher dazu, feste Beziehungen zu meiden als sie zu suchen. Ihnen ist es wichtig, Entscheidungen selbst zu treffen und sich nicht anderen fügen zu müssen.

Kooperation:

Diese letzte Dimension erfasst zum einen die Personen, die es vorziehen, Kompromisse einzugehen. Zum anderen diejenigen, die primär ihren eigenen Willen durchsetzen wollen. Kooperative Menschen vermeiden Konkurrenz und streben nicht danach, sich gegenüber anderen zu behaupten. Sie neigen dazu, ihre Wünsche zurückzustellen und diese lieber mit anderen abzustimmen. Sie halten an anderen Menschen fest und folgen deren Ziele, anstatt ihre eigenen zu verfolgen. Der eigene Wille oder die eigenen Interessen werden gegen andere nur selten durchgesetzt. Diese Personen geben auch an, sie wüssten meistens nicht, was sie wollten.

3.5 Versuchspersonen

Die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung umfasst 46 Personen. Bei der Auswahl der Versuchspersonen (VP) wurde darauf geachtet, dass sich die Frauen im Alter zwischen 54 und 65 Jahren befanden (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6

Verteilung des Lebensalter der Testpersonen

Alter	fabs
54 - 57	16
58 - 61	17
62 - 65	12
Ohne Angaben	1

n=46, fabs= absolute Auftretenshäufigkeit

Auf diese Weise sollte sichergestellt werden, dass nur Versuchspersonen erfasst wurden, die sich im Untersuchungszeitraum entweder in den Wechseljahren befanden oder diese schon durchlebt hatten (vgl. Einleitung S. 1).

Die Frauen, die an dieser Untersuchung teilnahmen, entstammen keinem gynäkologischen Praxisklientel. Sie wurden allein nach den Kriterien Geschlecht und Alter aus dem Umfeld der Verfasserin zufällig entnommen. Ziel dieses Auswahlverfahrens war es, eine nicht gynäkologische Stichprobe zu erhalten, um auch Teilnehmerinnen ohne oder mit nur geringen klimakterischen Beschwerden zu gewinnen.

Aus Tabelle 7 geht die vergangene und gegenwärtige Wohnsituation hervor. Die meisten Frauen (13 VP) sind in einer Kleinstadt oder im Vorort einer Großstadt (10 VP) aufgewachsen. Die übrigen stammen aus einem Dorf, einer Kreisstadt oder einer Großstadt. Keine Versuchsperson stammt aus dem Ausland oder hat ihr Leben dorthin verlagert. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung lebte der Großteil in einer Kleinstadt (vgl. Tabelle 7). Ihre Zahl hat sich also von 13 auf 24 Frauen erhöht, insbesondere dadurch, dass sie aus einem Dorf in eine Kleinstadt gezogen sind. Die Anzahl der in einem Dorf wohnenden Frauen reduziert sich von 8 auf 1.

Tabelle 7
Wohnsituation als Kind und Erwachsener

Aufgewachsen	fabs	Wohnhaft	fabs
Dorf	8	Dorf	1
Kleinstadt	13	Kleinstadt	24
Kreisstadt	5	Kreisstadt	7
Vorort einer Großstadt	10	Vorort einer Großstadt	9
Großstadt	5	Großstadt	4
Ausland	0	Ausland	0
Ohne Angaben	5	Ohne Angaben	1

n=46, fabs= absolute Auftretenshäufigkeit

Zusätzlich wurde das nähere soziale Umfeld untersucht: feste Partnerschaften, Ehen und bestehende familiäre Situation (vgl. Tabelle 8). Die meisten Testteilnehmerinnen, nämlich 31 Frauen, lebten zur Zeit der Datenerhebung in einer kinderlosen Partnerschaft.

Tabelle 8
Beschreibung der sozialen Situation

Soziale Umgebung	fabs
Ganz alleine	7
Paar ohne Kind	31
Paar mit einem oder mehreren Kindern	2
Allein erziehend	2
Ohne Angaben	4

n=46, fabs= absolute Auftretenshäufigkeit

Die Tabelle 9 zeigt, dass der Partner der Frau ganz überwiegend der erste Ehemann ist. Die übergroße Mehrheit der Teilnehmerinnen - 30 Frauen - hat nur einmal geheiratet und wurde nicht geschieden. Eine geringe Anzahl - 5 Frauen - hat sich nach der ersten Ehe scheiden lassen, und ein noch geringerer Anteil - 2 Probandinnen - haben sich auch von der zweiten Ehe scheiden lassen. Obwohl es in dieser Generation noch den üblichen Konventionen

entsprach, eine eheliche Verbindung einzugehen, finden sich in dieser Stichprobe immerhin drei Personen ,die nicht verheiratet waren.

Tabelle 9

Anzahl der Eheschließungen und Scheidungen.

Verheiratet	Scheidungen	fabs
Nie	Nie	3
Einmal	Nie	30
Einmal	Einmal	5
Zweimal	Einmal	3
Zweimal	Zweimal	2
Ohne Angaben		3

n=46, fabs= absolute Auftretenshäufigkeit

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung lebten die meisten Frauen in kinderlosen Partnerschaften (vgl. Tabelle 8). Das führt zu der Frage, ob sie keine Kinder hatten oder ob die inzwischen erwachsenen Kinder den elterlichen Haushalt verlassen hatten. Betrachtet man Tabelle 8 und nachfolgend Tabelle 10, kann davon ausgegangen werden, dass die Kinder das Haus verlassen haben. Denn Tabelle 10 zeigt, dass nur drei Frauen kein Kind geboren haben. Der überwiegende Anteil der Versuchspersonen hat ein bis zwei Kinder.

Tabelle 10

Vergleich von Schwangerschaft und Geburten

Schwangerschaften	fabs	Geburten	fabs
Ja	38	Keine	3
Nein	6	Ein - Zwei	30
		Drei - Vier	8
Ohne Angaben	2	Ohne Angaben	5

n=46, fabs= absolute Auftretenshäufigkeit

Nimmt man den beruflichen Aspekt in den Blick, werden Unterschiede deutlich (siehe nachfolgend Tabellen 11 und 12).

Die Tabelle 11 enthält eine Aufstellung darüber, ob ein Beruf erlernt wurde oder nicht. Man kann erkennen, dass nur 3 Personen keine berufliche Ausbildung haben. Das ist ein sehr geringer Teil der Stichprobe. Die weit überwiegende Mehrheit der Frauen hatte einen Beruf erlernt und diesen auch ausgeübt (vgl. Tabelle 11 und 12).

Tabelle 11

Vergleich zwischen Berufsausbildung und fehlender Berufsausbildung

Beruf erlernt	fabs
Keinen	3
Erlern	39
Ohne Angaben	4

n=46, fabs= absolute Auftretenshäufigkeit

Die Auflistung in der Tabelle 12 zeigt, dass der überwiegende Anteil der Versuchspersonen ihren Beruf sehr lange ausgeübt hat. Allein 11 Frauen arbeiteten 11 - 20 Jahre in ihrem erlernten Beruf, weitere 10 Frauen waren 31 - 40 Jahre berufstätig. Da sie zusätzlich angaben, ein oder mehrere Kinder zu haben, könnte die berufliche Tätigkeit für einen Großteil der Teilnehmerinnen eine zusätzliche Belastung bedeutet haben.

Tabelle 12

Zeitraum der ausgeübten Berufsjahre

Beruf ausgeübt	fabs
1 - 10 Jahre	5
11 - 20 Jahre	11
21 - 30 Jahre	7
31 - 40 Jahre	10
41 - 50 Jahre	5
Ohne Angaben	7

n= 46, fabs= absolute Auftretenshäufigkeit

Zusammenfassend lässt sich über die Stichprobe sagen, dass der überwiegende Teil der 46 Versuchspersonen zwischen 54 und 57 Jahre alt ist, ein bis zwei Kinder geboren hat und zum Zeitpunkt der Erhebung ohne Kinder mit ihrem Partner in einer Kleinstadt lebt. Außerdem hat die Mehrheit der Testteilnehmerinnen einen Beruf erlernt und diesen wenigstens über einen Zeitraum von 11 - 20 Jahre ausgeübt.

3.6 Hypothesen

Nachfolgend werden die im Zusammenhang mit der allgemeinen Fragestellung (vgl. Kapitel 2.8) formulierten Hypothesen wieder gegeben werden:

1. Psycho- soziale Einflüsse zur Zeit der Wechseljahre:

- 1.1 Die Frau, die durch den Weggang der Kinder aus ihrem Haushalt belastet wurde, hat höhere Werte in den Beschwerden erreicht.
- 1.2 Bei Frauen, die zur Zeit des Klimakteriums eine neue Freizeitbeschäftigung ausgeübt hatten, treten geringere Beschwerdewerte auf.
- 1.3 Wenn die Frau Angst vor den Wechseljahren hatte und Beschwerden erwartete, dann erreicht sie höhere Beschwerdewerte.
- 1.4 Die Frauen, die die Wechseljahre als Beginn des Alterns angesehen haben, geben höhere Werte in den Beschwerdeitems an.
- 1.5 Frauen, die den Verlust der Fruchtbarkeit belastend empfunden hatten, erreichen höhere Beschwerdewerte.

2. Einflüsse durch die Erwerbstätigkeit:

- 2.1 Wenn im Sozialfragebogen die Angabe "Hausfrau" gemacht wurde, dann werden erhöhte Beschwerdewerte in den Beschwerdeitems angegeben.

3. Einflüsse durch die Partnerschaft:

- 3.1 Hatte die Frau keinen Partner, dann treten nur geringe Werte bei den Beschwerdeitems auf.
- 3.2 Wenn hohe Werte beim Faktor "Partnerschaftsprobleme" erreicht werden, dann haben diese Frauen höhere Beschwerden.

4. Beschwerden und Aufklärung:

- 4.1 Wenn die Frauen gut aufgeklärt wurden, dann werden sie stark durch das Klimakterium beeinträchtigt.

5. Menstruation und klimakterische Beschwerden:

5.1 Wurde die Menstruation positiv erlebt, dann erleben die Frauen angenehme Wechseljahre.

5.2 Wenn die Frau unter starken Menstruationsbeschwerden gelitten hat, gibt sie höhere Werte in den Beschwerdeitems an.

6. Schwangerschaft und Beschwerden:

6.1 Frauen, die ein positives Schwangerschaftserlebnis angaben, zeigen geringere Beschwerdewerte.

7. Einflüsse durch die Persönlichkeit:

Die Beschwerden stehen in einem positiven Zusammenhang mit:

7.1 Gewissenhaftigkeit (NEO- FFI)

7.2 Extraversion (NEO- FFI)

7.3 Neurotizismus (NEO - FFI).

7.4 Attraktivität (GPI)

7.5 Abhängigkeit (GPI)

7.6 Wertlosigkeit (GPI).

3.7 Abhängige Variable

Zu den abhängigen Variablen werden zunächst die *Hitzewallungen*, *Schweißausbrüche* sowie *Schlaflosigkeit* gezählt, die nach der Literatur zu den wichtigsten Symptomen des klimakterischen Syndroms gehören (vgl. Kapitel 1.1). Ferner werden zu diesen die folgenden Symptome zugeordnet: *depressiven Verstimmungen*, *Schwindelanfälle* und *Durchblutungsstörungen*, denn sie treten in den Wechseljahren ebenfalls häufig auf (vgl. Tabelle 2). Die Ausprägung in diesen Variablen wird mittels dichotomer Items (ja/nein) erhoben (je ein Item pro Symptom) (vgl. Kapitel 2.2 & 2.3).

3.8 Unabhängige Variable

Zu den unabhängigen Variablen werden zum einen die Persönlichkeitsmerkmale gezählt, die durch den NEO - FFI (Borkenau & Ostendorf, 1993)) und den GPI (vgl. von Georgi & Beckmann, 2003 (in Druck)) gewonnen wurden (vgl. Kapitel 2.4). Durch den NEO - FFI werden die Merkmale *Extraversion*, *Offenheit*, *Gewissenhaftigkeit*, *Verträglichkeit* und *Neurotizismus* betrachtet (Borkenau & Ostendorf, 1993)). Im Gegensatz dazu erfasst der GPI die Faktoren *Attraktivität*, *Vertrauen*, *Achtlosigkeit*, *Abhängigkeit*, *Kooperation* und *Wertlosigkeit* (vgl. von Georgi & Beckmann, 2003 (in Druck)).

Zum anderen gehören zu den unabhängigen Variablen die empirisch gewonnenen Skalen des entwickelten Itempools (vgl. Kapitell 3.1.3 und 3.2.3 Skalenanalyse). Insgesamt handelt es sich hierbei um fünf verschiedene Skalen für den allgemeinen Teil des Fragebogens und um eine Skala für den Schwangerschaftsfragebogen. Diese Skalen erfassen folgende Dimensionen: 1. *negatives Menstruationserlebnis*, 2. *mangelnde Aufklärung*, 3. *Partnerschaftsprobleme*, 4. *Ablehnung von medizinischer und pharmakologischer Behandlungen*, 5. *Angst und Pharmaeinnahme in den Wechseljahren*, sowie 6. *ein positives Schwangerschaftserlebnis* (vgl. Kapitel 3.1.3 & 3.2.3).

4. Ergebnisse

Die gesamte Bearbeitung der statistischen Berechnungen wurde mittels SPSS – Version 8.0 durchgeführt.

4.1 Konstruktion des Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Einschätzung weiblicher Lebensabschnitte

Vor der Entscheidung über die Hypothesen werden hier die Ergebnisse der Item- und Skalenanalyse des Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Einschätzung weiblicher Lebensabschnitte erläutert.

4.1.1 Faktorenanalyse des Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Einschätzung weiblicher Lebensabschnitte

Als erster Schritt erfolgte eine Hauptkomponentenanalyse (vgl. Anhang Tabelle1) mit Varimax – Rotation. Hierbei wurden 24 Faktoren mit einem Eigenwert > 1 extrahiert und die Missing – Werte durch den Mittelwert ersetzt. Zur Analyse mussten die 4 Variablen: *"Probleme während des Geschlechtsverkehrs"*, *"Unfruchtbarkeit"*, *"zu einem Schwangerschaftsabbruch gezwungen wurden"* und *"psychische Belastung, da durch die Wechseljahre keine Schwangerschaft mehr möglich ist"*, gestrichen werden, da zu diesen Variablen in keinem der untersuchten Fälle eine Angabe gemacht worden war. Die Inspektion des Eigenwertverlaufes zeigt, dass eine Faktorenanzahl zwischen 3 und 7 sinnvoll ist, da in diesen Bereichen jeweils Eigenwertknicks vorliegen (vgl. Abbildung 6).

Wie in Abbildung 6 zu erkennen ist, nehmen die ersten Eigenwerte von Eigenwert zu Eigenwert ab. Nach einem bestimmten Eigenwert ist ein mehr oder weniger deutlicher „Eigenwertknick“ zu erkennen. In diesem Fall befindet sich dieser „Eigenwertknick“ an zwei Punkten, zwischen den Faktoren 4 und 8. Damit alle möglichen Lösungen in der rotierten Ladungsmatrix berücksichtigt werden konnten, wurde jeweils für 7 - 2 eine faktorielle Lösung erstellt, auf die hier aufgrund der Datenflut nicht eingegangen werden soll. Die Inspektion dieser Ladungsmatrixen auf inhaltliche und statistische Merkmale machte deutlich, dass die Ladungsmatrix für 5 Faktoren statistisch und inhaltlich am sinnvollsten ist (vgl. Kapitel 3.1.2,

rotierte Ladungsmatrix). Die Items mit den höchsten Ladungen wurden inhaltlich zusammengefasst und einer Item- und Skalenanalyse unterworfen (vgl. 3.1.3. Skalenanalyse)

Screepplot des SE- WLA

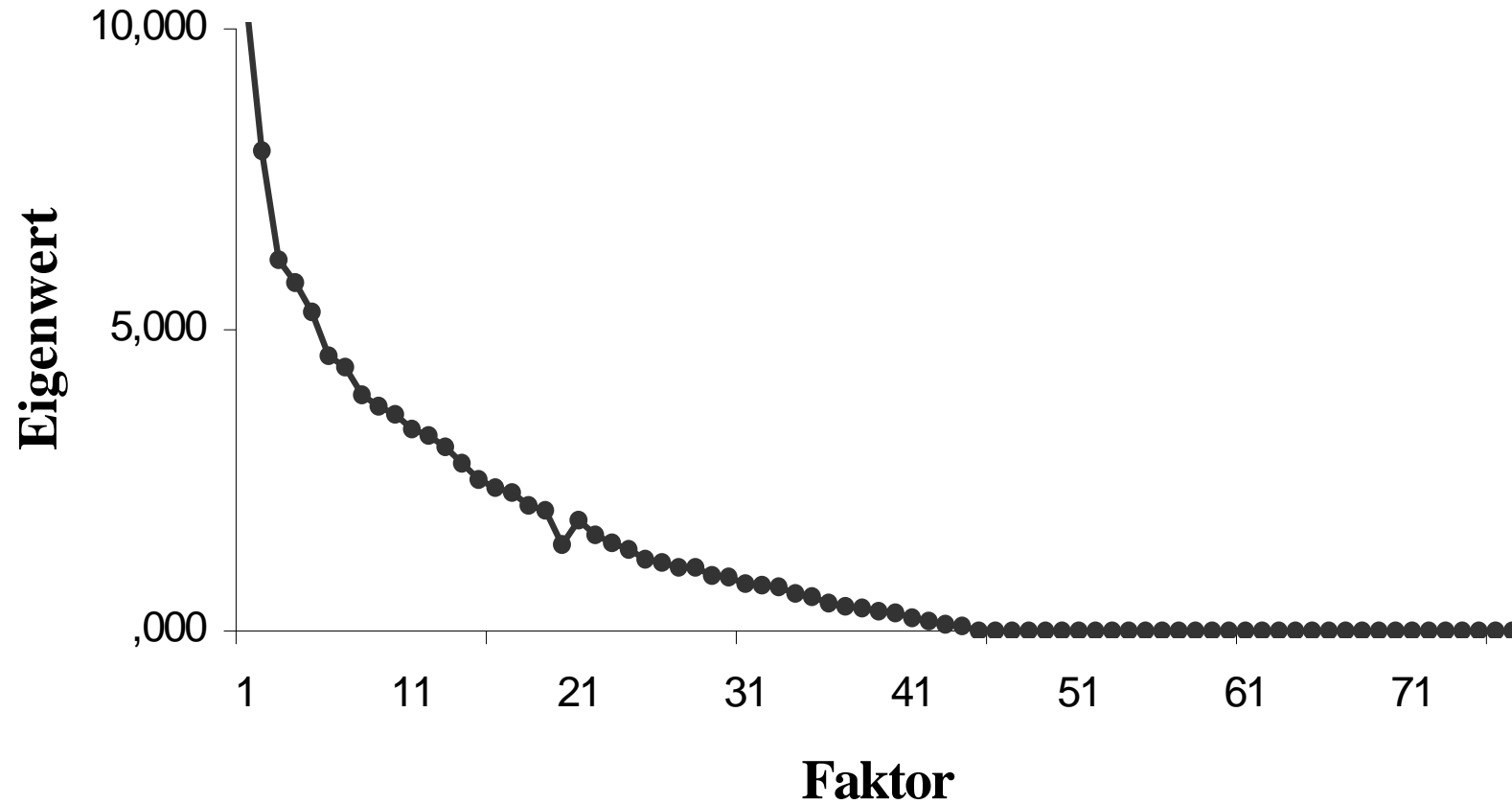


Abbildung 6: Verlauf der Eigenwerte des Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Einschätzung weiblicher Lebensabschnitte (=SE-WLA).

4.1.2 Rotierte Faktorenmatrix

Hier wird auf die einzelnen Faktoren der gewählten 5 faktoriellen Lösung eingegangen (vgl. Tabelle 13).

Die höchsten Ladungen des ersten Faktors weisen hauptsächlich auf Variable hin, die sich direkt auf die Menstruation beziehen. Diese Variablen erfassen die Menarche, das Befinden und den Verlauf der Menstruation. Folglich wurde der erste Faktor als *Negatives Menstruationserlebnis/-Beschwerden* bezeichnet. Der zweite Faktor wurde als *mangelnde Aufklärung und mangelnde familiäre Beziehungen* bezeichnet, da hauptsächlich diejenigen Variablen hohe Ladungen besitzen, die sich mit der Beziehung zur eigenen Mutter beschäftigen. Der nächste Faktor wird als *Partnerschaftsprobleme* benannt, da hier Items zu den Themen Sexualität und Partnerschaft die höchsten Ladungen aufzeigen. Variablen aus unterschiedlichen Gebieten weisen im vierten Faktor hohe Ladungen auf. Ihre Gemeinsamkeit sind Beschwerden sowie medizinische und pharmakologische Behandlungen. Deshalb wurde dieser Faktor als *Ablehnung medizinischer und pharmakologischer Behandlung* betitelt. Aufgrund der entsprechenden Variablen wurde der fünfte Faktor mit *Angst und Pharmaeinnahme in den Wechseljahren* bezeichnet (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 13:
Ladungsmatrix der rotierten 5 - Faktorenlösung

	Faktoren				
	1	2	3	4	5
EinMS	-.245	-.253	.171	.126	-.151
Schwank	.629	-.059	-.075	-.122	-.078
Befsex	-.235	-.134	.159	.555	.192
Verhuete	.018	.399	.220	.291	-.286
Partpos	-.214	-.048	.798	.101	.012
TodWJ	.308	.234	.359	-.074	-.348
Gerne	-.075	-.244	.014	.011	.048
Dauer	-.296	-.087	-.194	.029	-.206
Jugend	-.480	-.037	.104	-.131	.049
FamMS	.173	-.737	.120	-.042	.167
StarkeMS	.287	-.149	.163	-.268	.427
Gering	-.095	.145	-.296	-.040	.659
Gezverh	-.275	.082	.083	.078	.347
Ausfluss	.360	-.086	.379	-.220	.042
Wjkind	-.054	.296	.279	.036	.526
Gelenk	.089	-.002	.400	.086	.078
Sorgen	-.333	.058	-.233	.034	.239
Freund	-.120	-.142	.270	-.046	.368
Gut	.054	-.576	.337	.061	.121
Mslang	.308	.001	-.019	-.552	.271
Selbst	.055	.081	-.093	.057	-.232
Verhneg	-.118	.506	-.020	.035	.051
Flussmed	.201	.032	.364	-.096	-.053
Ueberflu	.109	.192	-.541	-.013	-.115
Beschw	.315	-.023	.118	.678	.346
Emotio	-.191	.100	-.141	-.003	.031
Diaet	.221	.200	-.380	.175	-.388
Verschlo	-.330	.634	-.257	.003	.011
Mssex	.024	-.186	.035	-.555	.119
Anders	.089	.159	.211	-.271	.165
Flusssex	.279	.072	.405	.044	.184
Erwarten	.138	.410	-.009	.364	-.022
Psycho	.203	.124	-.002	-.022	.552
Ehelast	.230	-.071	-.683	.117	-.026
Mehrkilo	.591	.050	.265	-.108	.047
Abstand	-.579	.104	-.001	.077	-.066
Schmerz	.608	-.313	.064	-.102	-.194
Wandel	.633	.297	-.196	-.043	.035
Oefter	.052	.258	-.022	-.549	.205
Stress	.295	.204	.256	-.098	-.102
Wjlast	.472	-.206	.042	.277	.339
Lastmed	.144	-.060	-.122	.503	.393
Treue	-.133	-.345	.515	-.003	-.222
Kiloweg	-.095	-.225	-.310	-.088	-.036
Anfang	-.641	-.007	.103	-.072	.094
Mutbe	.528	.046	.158	-.320	.144
Sexwj	.422	.257	.032	-.011	.415
Steril	.192	.243	.199	.099	-.266
Eileiter	.034	-.122	.359	-.055	.187
Leiden	.497	-.128	-.112	.384	.146
Osteo	.141	.157	.048	.497	-.237
Wissen	.002	-.571	.040	.042	-.276
Psyche	.722	.087	-.059	.095	-.022
Pschmerz	.582	-.302	.010	-.052	-.139
Keine	.232	.250	.109	.060	-.221
Genital	.139	-.345	-.262	-.429	.048
Angst	.252	.054	.143	.182	.632
Wjkilo	.026	-.093	.184	.280	.044
Berufwj	.238	-.012	-.270	-.110	.338
Gleich	-.200	.127	-.295	-.145	-.214
Verlust	.373	.233	-.108	.036	-.207
Druck	.573	.187	-.040	-.069	.066
Uleib	.503	.202	.102	.141	.139
Alt	-.321	-.320	-.091	.153	.298
Hormone	.006	-.260	-.145	.574	.264
Freizeit	.151	.568	.025	-.265	.051
Mutter	-.034	-.782	-.110	.131	-.042
Aktiv	.100	.382	-.101	-.171	.042
Juckreiz	.082	.038	-.402	-.559	.043
Osteofam	-.005	-.023	-.177	.366	.016
Neid	-.185	.305	.082	-.062	-.055
Zwischen	.409	-.086	.013	-.481	.146
Befinden	.575	-.114	.036	-.289	.160
Partner	-.153	-.105	.685	.076	-.200
Sexzu	.495	.395	-.242	.031	.162
Pososteo	-.087	-.108	-.035	.159	.121
Energie	.057	.493	-.315	.176	.066

4.1.3 Item- und Skalenanalyse

Die Skalenanalyse und Itemanalyse erfolgte nach der klassischen Testtheorie^[1].

Eine Umpolung der Beantwortungsrichtung wurde in den Skalen zwei, drei und vier vorgenommen. Durch dieses Verfahren sollte erreicht werden, dass ein hoher Punktwert stets eine hohe Ausprägung in dem entsprechenden Konstrukt induziert.

Da für alle Items einer Skala dasselbe Reaktionsschema zugrunde liegt und dieselbe Kodierung der Reaktionen vorgenommen werden sollte, mussten in diesem Fall die Skalen *mangelnde Aufklärung und schlechte familiäre Beziehungen, Partnerschaftsprobleme* sowie die Skala *Ablehnung medizinischer und pharmakologischer Behandlung*, „umgepolt“ werden, damit ein hoher Punktwert stets eine hohe Ausprägung des Konstrukts indiziert.

Einzelne Items wurden nach den Kriterien "höchste Ladung" je Faktor (vgl. Tabelle 12) und inhaltlicher Zusammenhang zu unterschiedlichen Skalen selektiert. Für jede dieser Skalen wurde eine Skalenanalyse bestimmt. Bei der Skalenanalyse wurde aus den so erstellten Skalen

^[1] Die Itemanalyse ist ein Verfahren zur statistischen Analyse von Tests und Fragebogen. Durch sie sollen die Items eines Test – oder Fragebogens an Hand von statistischen Kennwerten unter Berücksichtigung inhaltsbezogener Erwägungen auf ihre Brauchbarkeit zur Messung eines Konstrukts geprüft werden und gegebenenfalls ungeeignete Items aussortiert werden. Für diese Beurteilung sind die Trennschärfe (= die Korrelation des Items zum Skalenwert) sowie die Schwierigkeit (d. h. der Mittelwert) der Items von Bedeutung. Die „Itemschwierigkeit“ wird als Mittelwert definiert. Der Begriff Itemschwierigkeit ist bei Fähigkeits- – oder Leistungstest sinnvoll. Hierbei können Items als schwierig = nicht lösbar eingestuft werden. Im Gegensatz dazu ist die Bezeichnung bei Persönlichkeitsfragebögen, wie dem hier verwendeten Fragebogen, nicht gerechtfertigt. Vielmehr spiegelt hierbei der Item – Mittelwert die zentrale Reaktion der Probanden auf ein Item wieder. Da die Antwortmöglichkeiten mit „1“ für eine Zustimmung und mit „0“ für eine Ablehnung kodiert wurde, wäre der Maximalwert für den Item – Mittelwert = 1. Unter der Trennschärfe wird die Korrelation des Items zum Skalenwert verstanden. Test und Fragebögen enthalten Items, die Teilaspekte eines Konstrukts erfassen sollen. Aus der Reaktion, der „Antwort“ einer Person, auf das Item wird ein Messwert bestimmt, der die Ausprägung / Intensität des Konstrukts bei einer Person repräsentiert.

Die einfachste Methode, die hier angewandt wurde, um diesen Messwert zu bestimmen, besteht darin, für jede Person, d.h. die mit einem numerischen Wert, in diesem Fall 1 oder 0, versehene Reaktion einer Person auf jedes Item zu summieren. Die Gesamtpunkte, die man somit für jede bestimmte Person erhält, werden als Skalenwert bezeichnet.

Wenn man ein beliebiges Item mit dem Skalenwert korreliert, so erhält man die unkorrigierte Trennschärfe. Der Koeffizient dient zur Beurteilung, inwieweit das jeweilige Item tatsächlich zur Messung von Teilaspekten eines Konstrukts geeignet ist. Diese „unkorrigierte Trennschärfe“ hat jedoch den Nachteil, dass der Skalenwert durch Summierung aller Itemwerte berechnet wird. Da alle Itemwerte summiert werden, und somit auch Item i, enthält die Korrelation r_{ig} den Wert für Item i zweimal, nämlich für i und g. Da bestimmt werden soll, wie das Item i zur Summe der übrigen Itemwerte korreliert, wird die korrigierte Trennschärfe r_{ig-i} (= Item – Skalen – Korrelation) bestimmt.

Die Berechnung der korrigierten Trennschärfe erfolgt nach folgender Formel (vergl. Diehl, 1944):

$$r_{ig-i} = \frac{r_{ig} s_g - s_i}{\sqrt{s_g^2 + s_i^2 - 2r_{ig} s_i s_g}}$$

jeweils der Mittelwert, die Standardabweichung und die korrigierten Trennschärfekoeffizienten für die einzelnen Items ausgewertet (vgl. Tabelle 13- 17). Zusätzlich wurde für jede Skala der durchschnittliche Skalenwert sowie dessen Standardabweichung berechnet. Die Bestimmung der inneren Konsistenz der einzelnen Skalen erfolgte durch Cronbachs α ^[2].

Cronbachs Koeffizient α repräsentiert eine verallgemeinerte Formel zur Reliabilitätsschätzung. Da die Reliabilität ein entscheidendes Kriterium für die Güte eines Tests ist, sollte α über 0,8 liegen. Dieser Wert konnte in der Itemanalyse der Skalen *Partnerschaftsprobleme* und *Angst und Pharmaeinnahme in den Wechseljahren* nicht erreicht werden (vgl. Tabelle 15 und 17).

Tabelle 14

Ergebnisse der Skala *Negatives Menstruationserlebnis/-Beschwerden*

Item – Bezeichnung	M	SD	TS
Schwankungen in der Stärke der Regelblutung	0,69	0,47	0,37
Zufriedenheit mit dem Körpergewicht	0,15	0,37	0,45
Gewichtszunahme in der Pubertät	0,19	0,40	0,50
Regelmäßige Menstruationsabstände	0,15	0,37	0,63
Schmerzhafte Periode	0,69	0,47	0,51
Änderung der Einstellung zur Sexualität	0,73	0,45	0,56
Wechseljahre waren belastend	0,27	0,45	0,34
Regelmäßige Menstruation	0,23	0,43	0,50
Schmerzhafte Menstruation der Mutter	0,31	0,47	0,66
Wechseljahresbeschwerden traten auf	0,31	0,47	0,20
Psychische Anspannung – veränderter Zyklus	0,35	0,49	0,63
Dysmenorrhoe in der Pubertät	0,65	0,49	0,54
Seelische Belastung - Beschwerden	0,27	0,45	0,65
Häufig Unterleibsschmerzen	0,38	0,50	0,47
Beeinträchtigung durch die Regel	0,42	0,50	0,58
Nach dem Klimakterium weniger Sexualität	0,42	0,50	0,24

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, TS: Trennschärfe, n = 26

[2]

$$\alpha = \frac{m}{m-1} \left(1 - \frac{\sum_j^m s_j^2}{s_x^2} \right)$$

s_j^2 : Varianz des Items j (j= 1,2,..., m)

m: Anzahl der Items des Tests

s_x^2 : Varianz des Tests

Die Tabelle 14 zeigt die Werte der Skalenanalyse der Skala *Negatives Menstruationserlebnis/-Beschwerden*. Wie der Tabelle 14 zu entnehmen ist, sind die Werte für die korrigierte Trennschärfe der meisten Items niedriger als .60. Die Items *regelmäßige Menstruationsabstände*, *schmerzhafte Menstruation der Mutter*, *psychische Anspannung - veränderter Zyklus* und *seelische Belastung - Beschwerden* sind diejenige, welche mit Werten über .60 am höchsten liegen. Diese Items betrachten das Thema Menstruationserlebnis. Die korrigierte Trennschärfe hat ihre niedrigsten Werte von 0,24 und 0,20 bei Items, die zur Betrachtung des Klimakteriums konstruiert wurden: *Nach dem Klimakterium weniger Sexualität* und *Wechseljahresbeschwerden traten auf*. Alpha liegt bei dieser Skala bei 0,86 und entspricht damit einem guten Wert. Die Standardabweichung beträgt für diese Skala 4,14 und der Skalenmittelwert liegt bei 6,23.

Tabelle 15

Ergebnisse der Skala *mangelnde Aufklärung und schlechte familiäre Beziehungen*

Item – Bezeichnung	M	SD	TS
Menarche wurde in der Familie besprochen	0,41	0,50	0,70
Ein gutes Verhältnis zur Mutter	0,66	0,48	0,65
Belastung durch das Verhütungsmittel	0,81	0,40	0,39
Wurde die Mutter als verschlossen erlebt	0,59	0,50	0,52
Erwarten von Beschwerden im Klimakterium	0,69	0,47	0,44
Wurden sie aufgeklärt	0,41	0,50	0,46
Neue Freizeitbeschäftigungen	0,84	0,37	0,50
Bereitet die Mutter sie auf die Menarche vor	0,34	0,48	0,74
Zuviel Energie in die Erziehung gesteckt	0,72	0,46	0,40

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, TS: Trennschärfe, n = 32

Aus der Tabelle 15 geht hervor, dass 3 Items über eine hohe korrigierte Trennschärfe verfügen. Den höchsten Wert von 0,74 besitzt das Item *bereitete die Mutter sie auf die Menarche vor*. Die anderen beiden Items, *Menarche wurde in der Familie besprochen* und *ein gutes Verhältnis zur Mutter*, haben jeweils einen Wert von 0,70 und 0,65. Die Standardabweichungen der Skala *mangelnde Aufklärung und schlechte familiäre Beziehungen* befinden sich bis auf die Standardabweichung des Items *Neue Freizeitbeschäftigung während des Klimakteriums* in dem Bereich von 0,40 - 0,50. Das Item *Neue Freizeitbeschäftigung während des Klimakteriums* verfügt mit 0,37 über den niedrigsten Wert bei der Standardabweichung, aber über den höchsten Wert (0,84) bei den Mittelwerten (vgl. Tabelle

15). Bei dieser Skalenanalyse wurde für Alpha ein Wert von 0,83 berechnet. Außerdem beträgt der Skalenmittelwert dieser Skala 5,47 und die Standardabweichung 2,70.

Tabelle 16

Ergebnisse der Skala *Partnerschaftsprobleme*

Item – Bezeichnung	M	SD	TS
unglückliche Partnerschaft	0,31	0,31	0,76
Steife Gelenke nach den Wechseljahren	0,46	0,46	0,26
Fühlten sie sich überflüssig	0,19	0,19	0,63
Behinderung der Sexualität durch Ausfluss	0,31	0,31	0,20
Die Ehe war keine Last	0,26	0,26	0,72
Mein Partner hat immer zu mir gehalten	0,26	0,26	0,60
Der Partner war rücksichtsvoll	0,26	0,26	0,73

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, TS: Trennschärfe, n = 29

Der Alpha Koeffizient liegt in der Analyse der Skala "*Partnerschaftsprobleme*" mit einem Wert von 0,78 knapp unter einem Wert von 0,8. Der Skalenmittelwert beträgt 1,97. Die Standardabweichung dieser Skala liegt bei 1,38. Insgesamt gingen in diese Skalenanalyse 7 Items ein. Das dritte Item, "*fühlten sie sich überflüssig*", geht mit einem Mittelwert von 0,19 gegen Null. Im Gegensatz dazu wird ein hoher Wert gefunden, wenn man in der Tabelle 16 die dazugehörige korrigierte Trennschärfe betrachtet, die bei diesem Item bei 0,63 liegt. Die korrigierte Trennschärfe liegt bei dieser Skala bei 5 von insgesamt 7 Items über 0,60 (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 17

Ergebnisse der Skala *Ablehnung medizinischer und pharmakologischer Behandlung*

Item – Bezeichnung	M	SD	TS
Befriedigendes Sexualleben	0,18	0,39	0,59
Verlängerte Menstruationsblutungen	0,23	0,43	0,28
Medikamente gegen Beschwerden	0,60	0,50	0,61
Veränderter Zyklus nach Geschlechtsverkehr	0,05	0,21	0,53
Vermehrter Geschlechtsverkehr	0,10	0,30	0,46
Verbesserung der Beschwerden durch Arznei	0,50	0,51	0,77
Trat Osteoporose nach dem Klimakterium auf	0,50	0,51	0,55
Verstärkte Neigung zu Genitalentzündungen	0,10	0,29	0,46
Hormontherapie während des Klimakteriums	0,41	0,50	0,79
Beschwerden der Mutter während der Regel	0,32	0,48	0,34

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, TS: Trennschärfe, n = 22

Die Skala *Ablehnung medizinischer und pharmakologischer Behandlung* besteht aus 10 Items, die unterschiedlichen Themen entstammen (vgl. Anhang 2.1 - 2.6). Auf diese Weise umfasst die Skala Fragen zur Menarche, Menstruation, Pubertät, Sexualität, gynäkologischen Erkrankungen sowie Fragen zum Klimakterium. Diese Themenvielfalt erschwert die Isolierung einzelner inhaltlicher Zusammenhänge (bzw. das Herausstellen einzelner Verhältnisse). Das Gemeinsame dieser unterschiedlichen Items besteht darin, dass in dem jeweiligen Bereich Beschwerden, Erkrankungen oder Veränderungen eines Zustandes stattgefunden haben: z.B. Veränderung und Beschwerden während der Menstruation, Zyklusstörungen durch Geschlechtsverkehr sowie Veränderungen des Geschlechtsverkehrs selbst. Die in dieser Skala auftretenden Items, die für die Gebiete gynäkologische Erkrankungen und das Klimakterium konstruiert wurden, erfassen Erkrankungen wie Genitalentzündungen, Osteoporose, klimakterische Beschwerden und deren Behandlung.

Die Mittelwerte der Items "veränderter Zyklus nach Geschlechtsverkehr", "vermehrter Geschlechtsverkehr" und "verstärkte Neigung zu Genitalentzündung" gehen mit den Werten 0,05, 0,10 und 0,10 nahezu gegen Null. Auch die korrigierte Trennschärfe besitzt für die meisten Items keine hohen Werte. Lediglich die folgenden 3 Items zeigen für die korrigierte Trennschärfe jeweils einen Wert über 0,60: *Medikamente gegen klimakterische Beschwerden*, *Verbesserung der klimakterischen Beschwerden durch Medikamente* und *Hormontherapie während des Klimakteriums* (vgl. Tabelle 17). Trotz der inhaltlichen Heterogenität der Items ist die interne Konsistenz mit $\alpha = 0,83$ als gut zu bezeichnen. Aus Tabelle 17 geht hervor, dass die Standardabweichung einen Wert von 2,70 besitzt. Der Skalenmittelwert liegt bei 2,96.

Tabelle 18

Ergebnisse der Skala *Angst und Pharmaeinnahme in den Wechseljahren*

Item – Bezeichnung	M	SD	TS
Starke Monatsblutung	0,62	0,49	0,32
Sexualität spielte eine geringe Rolle	0,56	0,50	0,36
Kinder gingen aus dem Haus	0,23	0,43	0,49
Einnahme von Psychopharmaka	0,06	0,24	0,26
Angst vor den Wechseljahren	0,18	0,39	0,45
Beschwerden wurden behandelt	0,38	0,49	0,47
Klimakterium war belastend	0,29	0,46	0,29
Medikamente verbesserten die Beschwerden	0,53	0,51	0,44
Machten sie Diäten	0,56	0,50	0,29

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, TS: Trennschärfe, n = 34

Aus Tabelle 18 geht hervor, dass kein Item einen Wert für die korrigierte Trennschärfe über 0,60 hat. Den höchsten Wert mit 0,49 besitzt das Item *Kinder gingen aus den Haus*. Ebenso liegt das Alpha mit 0,70 unter 0,80. Außerdem enthält die Skala *Angst und Pharmaeinnahme in den Wechseljahren* einen sehr niedrigen Mittelwert (0,06) für das Item *Einnahme von Psychopharmaka* (vgl. Tabelle 18). Der Skalenmittelwert liegt bei 3,41, und für die Standardabweichung wurde ein Wert von 2,20 erfasst.

4.2 Konstruktion des Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Einschätzung der Schwangerschaft

Im folgenden wird auf die Item- und Skalenanalyse des Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Einschätzung der Schwangerschaft (=SE-SW) eingegangen:

4.2.1 Faktorenanalyse des Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Einschätzung der Schwangerschaft

Die Faktorenanalyse des zweiten Teils, der die Fragen nach Schwangerschaft und Geburt enthält, erfolgte nach der Hauptkomponentenanalyse mit Varimax – Rotation. Auch hier wurden die Missing – Werte durch den Mittelwert ersetzt.

4.2.2 Rotierte Ladungsmatrix

Nach Betrachtung des Eigenwertdiagramms (vgl. Abbildung Nr. 6) und der Ladungen der Faktoren wurde für die rotierte Ladungsmatrix (vgl. Tabelle 19) die Anzahl der Faktoren auf zwei reduziert.

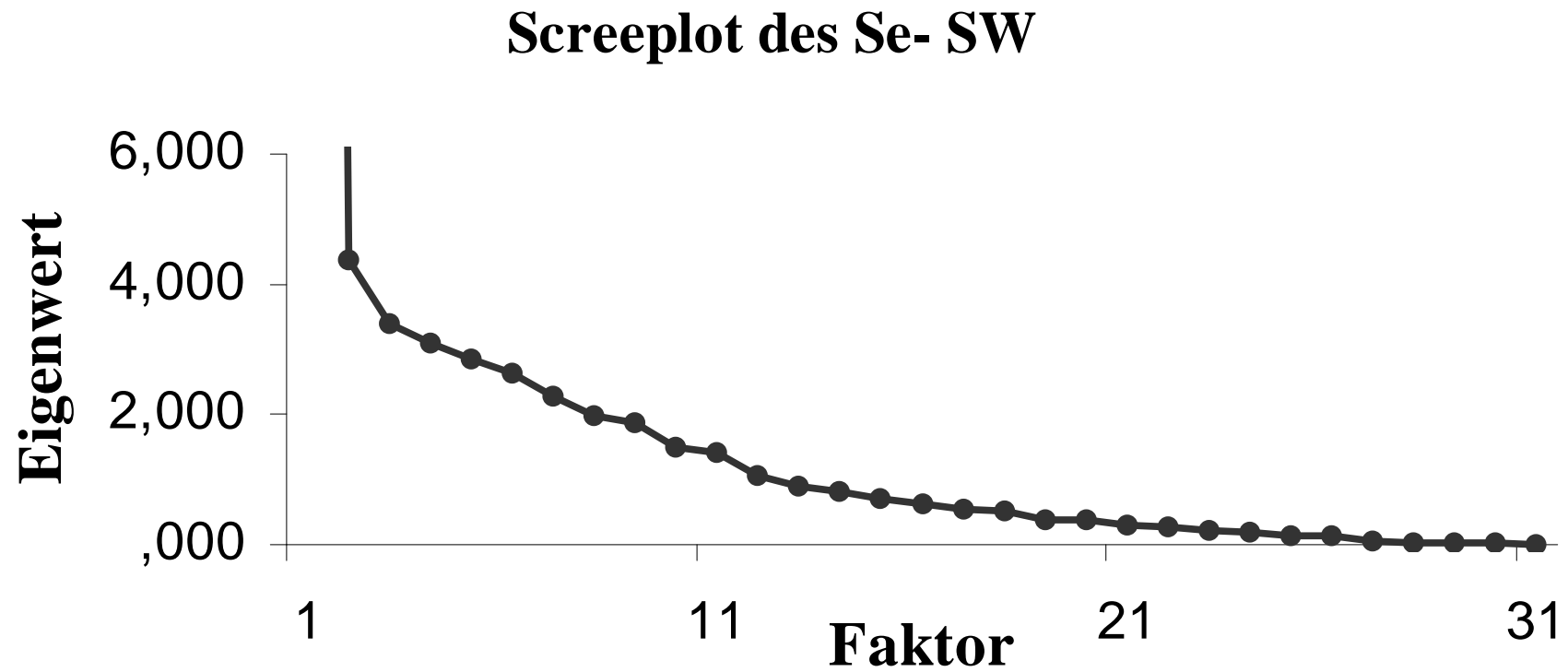


Abbildung 7: Verlauf der Eigenwerte des Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Einschätzung der Schwangerschaft (=SE-SW).

Tabelle 19
Rotierte Faktorenmatrix

	Faktoren	
	1	2
Plan	0,388	0,730
Sicher	0,625	0,525
Freude	0,585	0,664
Drei	0,643	0,377
Problem	0,750	0,568
Hilfe	0,618	0,507
Schonen	0,746	0,575
Gesunde	0,714	0,345
Schoen	0,546	0,647
Ruhig	0,506	0,577
Bedarf	0,410	0,629
Streit	0,602	0,646
Abbruch	0,681	0,687
Panik	0,691	0,500
Rolle	0,582	0,460
Kurs	0,654	0,469
Wehen	0,827	0,210
Bewusst	0,401	0,739
Schwer	0,736	0,375
Trennung	0,629	0,722
Kontakt	0,371	0,718
Tief	0,839	0,310
Wunsch	0,574	0,669
Glück	0,704	0,693
Leicht	0,212	0,864
Stillen	0,300	0,690
Gründe	0,663	0,418
Angenehm	0,506	0,581
Busen	0,673	0,513
Abstill	0,788	0,316
Erfreut	0,315	0,793

4.2.3 Skalenanalyse

In der Skalenanalyse wurden Mittelwert, Standardabweichung, Anzahl der Fälle und die Trennschärfe ermittelt (vgl. Tabelle 20). Wie schon in der ersten Skalenanalyse wurde die interne Konsistenz an Hand Cronbachs α berechnet. Da alle Items hohe Ladungen besitzen, wurde auf eine Unterteilung in verschiedene Skalen verzichtet.

Tabelle 20Itemstatistik für die Skala *Schwangerschaft und Geburten*

Item	M	SD	TS
Geplante Schwangerschaft	1,00	0,89	0,91
Sicher	1,31	0,60	0,91
Freude	1,31	0,60	0,92
Drei	1,31	0,60	0,91
Problem	0,81	0,98	0,98
Hilfe	0,88	0,96	0,95
Schonen	0,81	0,98	0,98
Gesunde	1,25	0,68	0,87
Schoen	1,31	0,60	0,92
Ruhig	1,00	0,89	0,91
Bedarf	1,06	0,85	0,86
Streit	0,88	0,96	0,93
Abbruch	0,75	1,00	0,10
Panik	0,81	0,98	0,96
Rolle	1,31	0,60	0,91
Kurs	1,00	0,89	0,89
Wehen	1,13	0,81	0,87
Bewusst	1,25	0,68	0,87
Schwer	1,13	0,81	0,87
Trennung	0,81	0,98	0,95
Kontakt	1,36	0,50	0,10
Tief	0,81	0,98	0,96
Wunsch	0,88	0,96	0,94
Glück	1,38	0,50	0,10
Leicht	1,06	0,85	0,88
Stillen	1,25	0,68	0,87
Gründe	0,88	0,96	0,93
Angenehm	1,19	0,75	0,85
Busen	0,81	0,98	0,96
Abstill	1,06	0,85	0,89
Erfreut	1,19	0,75	0,87

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, m: Fälle = 16, TS: Trennschärfe

Die Schwangerschafts- und Geburtsskala enthält 31 Items. Die Mittelwerte liegen in einem Bereich von 0,75 (Item *Abbruch* = bewusster Schwangerschaftsabbruch) bis 1,38 (Item *Glück* = Vorfreude auf das Kind). Insgesamt haben 20 Items einen Mittelwert über 1,0. Eine korrigierte Trennschärfe bei 0,1 tritt bei 3 Items (*Abbruch* = bewusster Schwangerschaftsabbruch, *Kontakt* = nach der Entbindung bestand ein ausreichender Kontakt

zum Kind und Item *Glück* = Vorfreude auf das Kind) auf. Insgesamt 17 Items haben einen Wert von über 0,9. Wie aus Tabelle 10 hervorgeht, besitzt das Item *Abbruch* (= bewusster Schwangerschaftsabbruch) den niedrigsten Mittelwert (0,75), einen sehr hohen Wert für die korrigierte Trennschärfe (1,0) sowie den höchsten Wert (1,0) für die Standardabweichung.

Bei dieser Skalenanalyse wurden nicht nur hohe Werte für den Mittelwert, die Standardabweichung und für die korrigierte Trennschärfe ermittelt, sondern auch für Alpha, das einen Wert von 0,99 besitzt. Außerdem wurden die Werte für die Standardabweichung (23,3) sowie der Skalenmittelwert erfasst (33,0). Zusammenfassend wird die so konstruierte Skala als *Schwangerschaft- und Geburtsskala* bezeichnet.

4.3 Analyse multivarianter Zusammenhänge

Für die Auswertung möglicher multivarianter Zusammenhänge zwischen den Persönlichkeitsvariablen sowie den Skalen und den postmenopausalen Beschwerden wurde die multiple Regression und die Kanonische Korrelationsanalyse in Verbindung mit dem T-Test (als Ausschlusstest) verwendet. Die univarianten Hypothesen wurden mittels T-Test überprüft.

4.3.1 Multiple Regression und T - Test

1. Depressive Verstimmungen:

Aus Tabelle 21 geht hervor, dass bei VP, die hohe Werte in der unabhängigen Variablen *Neurotizismus* haben, *depressive Verstimmungen* auftreten ($\beta = 0,45$; $p = 0,07$). Das Ergebnis des Mittelwertvergleiches zeigt, dass Frauen die angaben, *depressive Verstimmungen* seien während des Klimakteriums aufgetreten, einen höheren Mittelwert in dem Persönlichkeitsmerkmal *Neurotizismus* aufweisen. Entsprechend hat die Gruppe, die *depressive Verstimmungen* verneinte, geringe Mittelwerte bei diesem Persönlichkeitsmerkmal.

2. Durchblutungsstörungen:

Die multiple Regression zeigt folgendes Ergebnis: Bei Frauen, die ein positives Schwangerschaftserlebnis hatten, treten in den Wechseljahren *Durchblutungsstörungen* auf ($\beta = 0,431$; $p = 0,028$). Ferner weisen die VP`s, die sich nicht attraktiv fühlten und / oder keine Partnerschaftsprobleme hatten, *Durchblutungsstörungen* während des Klimakteriums auf (vgl. Tabelle 22). Zusätzlich lässt sich aus Tabelle 22 entnehmen, dass die Gruppe der Frauen, die angaben, *Durchblutungsstörungen* gehabt zu haben (vgl. Mittelwertvergleich Tabelle 22), einen geringeren Mittelwert in der Skala *Partnerschaftsprobleme* aufzeigen. Im Vergleich dazu haben Frauen ohne *Durchblutungsstörungen* im Mittel höhere Werte in der Skala *Partnerschaftsprobleme*.

Tabelle 21

Ergebnisse der multiplen Regression, des T - Tests und die Darstellung der Mittelwerte für "Ja" und "Nein" für die abhängige Variable *depressive Verstimmungen*.

Skala	Regression		T-Test	Mittelwert	
	β	p	p	Nein	Ja
MFB	0,176	-	-	-	-
Negatives Menstruationserlebnis/- Beschwerden	-	-	-	-	-
Mangelnde Aufklärung u. mangelnde familiäre Beziehung	0,119	-	-	-	-
Partnerschaftsprobleme	0,262	-	-	-	-
Ablehnung med. u. pharm. Behandlung (tough)	0,563	-	-	-	-
Angst u. Pharmaeinnahme in den Wechseljahren	0,341	-	-	-	-
SWE	-	-	-	-	-
Positives Schwangerschaftserlebnis	0,302	-	-	-	-
GPI	-	-	-	-	-
Attraktivität	0,053	-	-	-	-
Vertrauen	0,021	-	-	-	-
Achtlosigkeit	0,264	-	-	-	-
Abhängigkeit	0,031	-	-	-	-
Kooperation	0,119	-	-	-	-
Wertlosigkeit	0,198	-	-	-	-
NEOFFI	-	-	-	-	-
Extraversion	0,128	-	-	-	-
Offenheit	0,245	-	-	-	-
Gewissenhaftigkeit	0,144	-	-	-	-
Verträglichkeit	0,002	-	-	-	-
Neurotizismus	0,450	0,007	0,042	27,76	30,63

Tabelle 22

Ergebnisse der multiplen Regression, des T - Tests und die Darstellung der Mittelwerte für "Ja" und "Nein" für die abhängige Variable *Durchblutungsstörungen*.

Skala	Regression		T-Test	Mittelwert	
	β	p	p	Nein	Ja
MFB					
Negatives Menstruationserlebnis/- Beschwerden	0,259	-	-	-	-
Mangelnde Aufklärung u. mangelnde familiäre Beziehung	-0,187	-	-	-	-
Partnerschaftsprobleme	-0,357	0,075	0,040	2,29	1,13
Ablehnung med. u. pharm. Behandlung (tough)	-0,451	-	-	-	-
Angst u. Pharmaeinnahme in den Wechseljahren	0,409	-	-	-	-
SWE					
Positives Schwangerschaftserlebnis	0,431	0,028	-	-	-
GPI					
Attraktivität	-0,493	0,056	-	-	-
Vertrauen	0,285	-	-	-	-
Achtlosigkeit	0,011	-	-	-	-
Abhängigkeit	-0,293	-	-	-	-
Kooperation	-0,070	-	-	-	-
Wertlosigkeit	-0,079	-	-	-	-
NEOFFI					
Extraversion	0,410	-	-	-	-
Offenheit	-0,102	-	-	-	-
Gewissenhaftigkeit	0,227	-	-	-	-
Verträglichkeit	0,125	-	-	-	-
Neurotizismus	-0,164	-	-	-	-

3. Hitzewallungen:

Die Berechnung der multiplen Regression hatte für diese Variable kein Ergebnis zur Folge. Die Ergebnisse der abhängigen Variablen *Hitzewallungen* wird in Tabelle 23 dargestellt. Wenn man den Mittelwertsvergleich und den T-Test betrachtet, lässt sich erkennen, dass bei VP, die anführten, Hitzewallungen seien aufgetreten, höhere Mittelwerte in der Skala *mangelnde Aufklärung durch Eltern und Familie* auftreten. Bei Frauen, die *Hitzewallungen* verneinten, zeigen sich niedrigere Mittelwerte in dieser Skala. Außerdem lässt sich aus Tabelle 23 entnehmen, dass die VP, die *Hitzewallungen* angaben, geringere Mittelwerte in dem Persönlichkeitsmerkmal *Attraktivität* aufweisen. Höhere Werte bei diesem Persönlichkeitsmerkmal zeigen sich bei Frauen ohne Hitzewallungen (vgl. Tabelle 23).

4. Schweißausbrüche:

Die multiple Regression ergibt, dass Frauen, bei denen eine mangelhafte Aufklärung durch Eltern und Familie stattgefunden hatte, unter *Schweißausbrüche* leiden ($\beta = 0,435$; $p = 0,065$). Im Mittelwertvergleich zeigt sich, dass die VP, bei denen *Schweißausbrüche* während dem Klimakterium aufgetreten sind, im Mittel höhere Werte für den Merkmalsbereich *Wertlosigkeit*, des GPI aufweisen. Im Vergleich dazu zeigen sich bei diesem Merkmal geringere Mittelwerte bei Frauen, die keine *Schweißausbrüche* angaben (vgl. Tabelle 24).

5. Schwindelanfälle:

Aus Tabelle 25 wird ersichtlich, dass die abhängige Variable *Schwindelanfälle* durch die unabhängige Variable *Partnerschaftsprobleme* bedingt ist. Die Berechnung der multiplen Regression zeigt, dass bei Frauen ohne Partnerschaftsprobleme Schwindelanfälle auftreten ($\beta = -0,416$; $p = 0,047$). Zusätzlich geht aus Tabelle 25 hervor, dass die Frauen, welche die abhängige Variable *Schwindelanfälle* bejahten, geringere Mittelwerte in der Skala *Ablehnung medizinischer und pharmakologischer Behandlung* aufweisen. Bei Frauen, die das Auftreten von *Schwindelanfälle* verneinten, zeigen sich höhere Werte für diese Skala. Außerdem besitzen VP, die *Schwindelanfälle* angaben, geringere Werte in der Skala *Angst und Pharmaeinnahme in den Wechseljahren*, während Frauen ohne solche höhere Werte in dieser Skala aufweisen (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 23

Ergebnisse der multiplen Regression, des T - Tests und die Darstellung der Mittelwerte für "Ja" und "Nein" für die abhängige Variable *Hitzewallungen*.

Skala	Regression		T-Test	Mittelwert	
	β	p	p	Nein	Ja
MFB					
Negatives Menstruationserlebnis/- Beschwerden	-0,026	-	-	-	-
Mangelnde Aufklärung u. mangelnde familiäre Beziehung	-0,282	-	0,044	4,10	6,11
Partnerschaftsprobleme	0,149	-	-	-	-
Ablehnung med. u. pharm. Behandlung (tough)	-0,157	-	-	-	-
Angst u. Pharmaeinnahme in den Wechseljahren	0,027	-	-	-	-
SWE					
Positives Schwangerschaftserlebnis	0,028	-	-	-	-
GPI					
Attraktivität	-0,091	-	0,045	47,00	40,95
Vertrauen	-0,047	-	-	-	-
Achtlosigkeit	-0,023	-	-	-	-
Abhängigkeit	0,107	-	-	-	-
Kooperation	0,103	-	-	-	-
Wertlosigkeit	-0,034	-	-	-	-
NEOFFI					
Extraversion	0,190	-	-	-	-
Offenheit	-0,024	-	-	-	-
Gewissenhaftigkeit	0,096	-	-	-	-
Verträglichkeit	-0,158	-	-	-	-
Neurotizismus	-0,156	-	-	-	-

Tabelle 24

Ergebnisse der multiplen Regression, des T - Tests und die Darstellung der Mittelwerte für "Ja" und "Nein" für die abhängige Variable *Schweißausbrüche*.

Skala	Regression		T-Test	Mittelwert	
	β	p	p	Nein	Ja
MFB					
Negatives Menstruationserlebnis/- Beschwerden	0,178	-	-	-	-
Mangelnde Aufklärung u. mangelnde familiäre Beziehung	0,435	0,065			
Partnerschaftsprobleme	-0,011	-	-	-	-
Ablehnung med. u. pharm. Behandlung (tough)	0,043	-	-	-	-
Angst u. Pharmaeinnahme in den Wechseljahren	-0,120	-	-	-	-
SWE					
Positives Schwangerschaftserlebnis	-0,122	-	-	-	-
GPI					
Attraktivität	-0,112	-	-	-	-
Vertrauen	0,134	-	-	-	-
Achtlosigkeit	-0,357	-	-	-	-
Abhängigkeit	-0,204	-	-	-	-
Kooperation	0,113	-	-	-	-
Wertlosigkeit	0,364	-	0,010	42,09	49,23
NEOFFI					
Extraversion	0,065	-	-	-	-
Offenheit	0,475	-	-	-	-
Gewissenhaftigkeit	-0,041	-	-	-	-
Verträglichkeit	-0,121	-	-	-	-
Neurotizismus	-0,206	-	-	-	-

Tabelle 25

Ergebnisse der multiplen Regression, des T - Tests und die Darstellung der Mittelwerte für "Ja" und "Nein" für die abhängige Variable *Schwindelanfälle*.

Skala	Regression		T-Test	Mittelwert	
	β	p	p	Nein	Ja
MFB					
Negatives Menstruationserlebnis/- Beschwerden	-0,023	-	-	-	-
Mangelnde Aufklärung u. mangelnde familiäre Beziehung	0,036	-	-	-	-
Partnerschaftsprobleme	-0,416	0,047	-	-	-
Ablehnung med. u. pharm. Behandlung (tough)	-0,287	-	0,004	3,44	0,75
Angst u. Pharmaeinnahme in den Wechseljahren	-0,065	-	0,029	5,76	2,00
SWE					
Positives Schwangerschaftserlebnis	-0,095	-	-	-	-
GPI					
Attraktivität	-0,101	-	-	-	-
Vertrauen	-0,174	-	-	-	-
Achtlosigkeit	-0,031	-	-	-	-
Abhängigkeit	0,024	-	-	-	-
Kooperation	0,051	-	-	-	-
Wertlosigkeit	-0,423	-	-	-	-
NEOFFI					
Extraversion	0,200	-	-	-	-
Offenheit	0,650	-	-	-	-
Gewissenhaftigkeit	0,262	-	-	-	-
Verträglichkeit	0,253	-	-	-	-
Neurotizismus	-0,352	-	-	-	-

6. Schlafstörungen:

Die multiple Regression erbrachte für die abhängige Variable *Schlafstörungen* folgendes Ergebnis (vgl. Tabelle 26): Bei Frauen, die in dem Persönlichkeitsmerkmal *Achtlosigkeit* hohe Werte haben, treten *Schlafstörungen* auf ($\beta = 0,599$; $p = 0,065$). Gleiches gilt für Frauen mit geringen Werten bei dem Merkmal *Kooperation* ($\beta = -0,329$; $p = 0,074$). Zusätzlich lässt sich aus der Tabelle 26 entnehmen, dass bei VP ohne Partnerschaftsproblemen *Schlafstörungen* nachweisbar sind ($\beta = -0,177$; $p = 0,099$). Die Tabelle 26 zeigt das Ergebnis des T-Testes: Die Frauen, die angaben, dass bei ihnen *Schlafstörungen* aufgetreten sind, weisen geringere Werte in der Skala *Partnerschaftsprobleme* auf. Die Frauen ohne *Schlafstörungen* zeigen dementsprechend höhere Mittelwerte in der Skala *Partnerschaftsprobleme*. Außerdem zeigt die Tabelle, dass die Gruppe der Frauen mit *Schlafstörungen* geringere Werte in der Skala *Ablehnung medizinischer und pharmakologischer Behandlung* hat (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26

Ergebnisse der multiplen Regression, des T - Tests und die Darstellung der Mittelwerte für "Ja" und "Nein" für die abhängige Variable *Schlafstörungen*.

Skala	Regression		T-Test	Mittelwert	
	β	p	p	Nein	Ja
MFB					
Negatives Menstruationserlebnis/- Beschwerden	0,050	-	-	-	-
Mangelnde Aufklärung u. mangelnde familiäre Beziehung	-0,019	-	-	-	-
Partnerschaftsprobleme	-0,177	0,099	0,018	2,67	1,47
Ablehnung med. u. pharm. Behandlung (tough)	-0,520	-	0,018	4,40	1,75
Angst u. Pharmaeinnahme in den Wechseljahren	0,090	-	-	-	-
SWE					
Positives Schwangerschaftserlebnis	-0,066	-	-	-	-
GPI					
Attraktivität	-0,067	-	-	-	-
Vertrauen	-0,024	-	-	-	-
Achtlosigkeit	0,599	0,065	-	-	-
Abhängigkeit	0,272	-	-	-	-
Kooperation	-0,329	0,074	-	-	-
Wertlosigkeit	-0,008	-	-	-	-
NEOFFI					
Extraversion	-0,143	-	-	-	-
Offenheit	-0,241	-	-	-	-
Gewissenhaftigkeit	0,098	-	-	-	-
Verträglichkeit	-0,188	-	-	-	-
Neurotizismus	0,019	-	-	-	-

4.3.2 Kanonische Korrelationsanalyse

Kanonische Funktion 1:

Diese Funktion wird durch die Variablen *Schwindelanfälle* und *Schlafstörungen* definiert. Wie aus Tabelle 27 zu entnehmen ist, treten Schwindelanfälle und / oder Schlafstörungen häufiger bei Frauen auf, die geringere Werte in der Skala *Partnerschaftsprobleme* aufweisen. Außerdem treten diese Beschwerden öfters bei Frauen auf, welche geringere Werte in der Skala *Ablehnung von medizinischer und pharmakologische Behandlungen* haben. Der Kanonische Korrelationskoeffizient liegt bei dieser Funktion bei 0,830.

Kanonische Funktion 2:

Sie wird gebildet durch *depressive Verstimmungen* und dem Nichtauftreten von *Schwindelanfällen* (vgl. Tabelle 27). Der Kanonische Korrelationskoeffizient hat hier einen Wert von 0,785. Frauen, die *depressive Verstimmungen* angaben, zeigen höhere Werte in den Merkmalsbereichen *Extraversion* und *Neurotizismus*. Außerdem zeigt die Tabelle 26, dass je höher die Werte für die abhängige Variable *depressive Verstimmungen* sind, desto geringer sind die Werte in dem Persönlichkeitsmerkmal *Kooperation*.

Bei der abhängigen Variablen *Schwindelanfälle* verhält es sich wie folgt: Diejenigen Frauen, die das Auftreten von Schwindelanfälle verneinten, haben geringere Werte in der Skala *Kooperation* und höhere in den Merkmalen *Neurotizismus* und *Extraversion*.

Kanonische Funktion 3:

Den höchsten Koeffizienten (-,762(vgl. Tabelle 27)) in der Funktion 3 besitzt das Beschwerdebild der *Durchblutungsstörungen*. Je höher die Werte für die Variable *Durchblutungsstörungen* sind, umso höher sind die Werte in der Skala *positives Schwangerschaftserleben*. Der Kanonische Korrelationskoeffizient beträgt 0,678.

Kanonische Funktion 4:

Der Tabelle 27 lässt sich entnehmen, dass die Kanonische Funktion 4 durch die abhängige Variable *Schweißausbrüche* geprägt ist und der Kanonische Korrelationskoeffizient einen Wert von 0,612 hat. Je höher die Werte für die abhängige Variable *Schweißausbrüche* sind,

desto höher sind die Werte in den Merkmalsbereichen *Attraktivität* und *Vertrauen* des GPI. Im Gegensatz dazu zeigt die Tabelle 27 geringere Werte für den Faktor *Neurotizismus* bei höheren Werten in der Variablen *Schweißausbrüche*.

Kanonische Funktion 5:

Diese Funktion wird durch die Variablen *Hitzewallungen*, *Schweißausbrüche* und *depressive Verstimmungen* definiert. Haben die VP diese abhängigen Variablen bejaht, dann zeigen sich höhere Werte in der Skala *mangelnde Aufklärung durch Eltern und Familie* und geringere Werte für die Skala *Ablehnung medizinischer und pharmakologischer Behandlung*. Für diese kanonische Funktion liegt der Kanonische Korrelationskoeffizient bei einem Wert von 0,515.

Kanonische Funktion 6:

Diese letzte Funktion wird definiert durch die Variablen *Schwindelanfälle*, *Offenheit*, *Abhängigkeit* und die Skala *mangelnde Aufklärung durch Eltern und Familie*. Der kanonische Korrelationskoeffizient liegt bei 0,393. Die Tabelle 27 zeigt, dass je höher die Werte in der Variablen *Schwindelanfälle* sind, umso höhere Werte sind in dem Merkmalsbereich *Offenheit* gegeben. Außerdem macht diese Tabelle deutlich: umso höhere Werte in der Variablen *Schwindelanfälle* vorhanden sind, desto geringere Werte erscheinen in der Skala *mangelnde Aufklärung durch Eltern und Familie* sowie in dem Persönlichkeitsmerkmal *Abhängigkeit*.

Tabelle 27
Ergebnisse der Kanonischen Korrelationsanalyse

Variable	F1	F2	F3	F4	F5	F6
NEO FFI						
Extraversion	-,066	-,411	-,289	,363	,128	,048
Offenheit	,218	,045	,164	,377	,007	,654
Gewissenhaftigkeit	-,214	-,028	-,199	-,040	-,177	,167
Verträglichkeit	-,266	,069	-,074	-,067	,134	,151
Neurotizismus	-,055	-,483	,188	-,495	,052	,251
GPI						
Attraktivität	-,165	-,261	,250	,511	,302	,128
Vertrauen	-,179	-,314	,297	,425	,278	-,383
Achtlosigkeit	-,169	-,040	,365	,370	,169	,093
Abhängigkeit	-,267	-,010	-,141	-,108	-,151	-,479
Kooperation	,164	,435	-,013	-,270	-,096	-,108
Wertlosigkeit	,123	-,041	-,209	,677	-,247	-,125
MFB						
Negatives Menstruationserleben/- Beschwerden	-,064	-,266	-,087	,015	-,209	,144
Mangelnde Aufklärung durch Eltern und Familie	-,016	,068	,173	-,099	-,430	-,552
Partnerschaftsprobleme	,636	-,128	,012	-,301	-,286	,311
Ablehnung Med. und Pharm. Behandlung (tough)	,471	,026	-,151	,054	,550	-,128
Angst und Pharmaeinnahme in den Wechseljahren	,335	-,147	-,325	,033	,344	-,195
Positives Schwangerschaftserleben	-,087	-,007	-,457	,056	-,146	-,109
Hitzewallungen	,080	,301	,057	-,309	-,760	-,476
Schweißausbrüche	,348	,163	,026	,612	-,760	-,023
Schwindelanfälle	-,540	,533	,164	-,131	-,154	,597
Schlafstörungen	-,667	-,177	,342	,187	-,372	-,484
Depressive Verstimmungen	-,207	-,626	-,273	-,190	-,591	,325
Durchblutungsstörungen	-,470	-,239	-,762	,306	-,037	-,213
Canon Cor.	,830	,785	,678	,612	,515	,393
Sq. Cor.	,689	,616	,460	,375	,265	,154
Pct Var De (%)	12,945	9,045	6,154	4,071	6,918	2,491

Anmerkung: Missing wurden durch Mittelwert ersetzt.

5. Ergebnisse der Analyse der soziodemographischen Einflussfaktoren

Bei der Analyse der sozio- demographischen Einflussfaktoren wurden die abhängigen Variablen *Hitzewallungen*, *Schweißausbrüche*, *Schwindelanfälle*, *Schlafstörungen*, *depressive Verstimmungen* und *Durchblutungsstörungen* auf Mittelwertunterschiede zu den unabhängigen Variablen *Hausfrau* (= Angabe Hausfrau im Sozialfragebogen), *Beschäftigte* (= die Frau übt zum Zeitpunkt des Klimakteriums einen Beruf aus), *EinMS* (= über das Eintreten der Menarche erfreut), *WJKind* (= der Weggang der Kinder während der Wechseljahre aus ihrem Haushalt hat die Frau belastet), *Alt* (= die Frau hat das Klimakterium als Beginn des Alterns angesehen), *Freizeit* (= während der Wechseljahre hat die Frau eine neue Freizeitbeschäftigung angefangen), *Schmerz* (= Dysmenorrhoe) und *Angst* (= bestanden Ängste vor den Wechseljahren) getestet (T- Test) (vgl. Tabellen 28-35).

1. **Hypothese:** Wenn im Sozialfragebogen die Angabe "Hausfrau" gemacht wurde, dann werden erhöhte Werte in den Beschwerdeitems angegeben.

An Hand der Tabelle 28 lässt sich erkennen, dass zwischen der Gruppe der "Hausfrauen" und der Gruppe der "Berufstätigen" in der abhängigen Variablen *depressive Verstimmungen* (= Stimmung) ein signifikanter Unterschied besteht ($p= 0,038$ T- Test für ungleiche Varianzen). Statistisch gesehen lässt es sich aber nicht bewerten, da hier sowohl der Mittelwert als auch die Standardabweichung für die Gruppe der "Hausfrauen" bei 0,00 liegt (vgl. Tabelle 29). Andererseits ist der Tabelle 28 zu entnehmen, dass sich die "Hausfrauen" von den "Berufstätigen" unterscheiden, da sie keine depressive Verstimmungen haben. Alle neun Hausfrauen haben die Frage, ob depressive Verstimmungen zur Zeit des Klimakteriums bei ihnen aufgetreten seien, verneint. Im Gegensatz zu den "Hausfrauen" haben die "Beschäftigten" einen Mittelwert von 0,36 und der Wert für die Standardabweichung liegt hier bei 0,50. Dies bedeutet, dass die Hypothese nicht angenommen werden kann, da "Hausfrauen" nicht mehr Beschwerden in der Beschwerdeliste angegeben haben als die "Beschäftigten"; allerdings konnte kein Signifikanzniveau ermittelt werden.

Tabelle 28

Ergebnisse des T- Testes für die Art der Beschäftigung

	Tätigkeit	N	M	SD	Varianzen	t	df	p
HW	Hausfrauen	10	,80	,42				
	Beschäftigte	11	,55	,52	nicht gleich	1,23	18,76	,233
SWA	Hausfrauen	10	,50	,53				
	Beschäftigte	11	,55	,52	nicht gleich	-,198	18,78	,845
SCH	Hausfrauen	10	,10	,32				
	Beschäftigte	11	,30	,48	nicht gleich	1,10	15,52	,290
SST	Hausfrauen	10	,60	,52				
	Beschäftigte	11	,91	,30	nicht gleich	1,65	14,21	,120
DS	Hausfrauen	10	,00	,00				
	Beschäftigte	11	,36	,50	nicht gleich	2,39	10,00	,038
DBS	Hausfrauen	10	,30	,48				
	Beschäftigte	11	,55	,52	nicht gleich	1,12	18,99	,277

HW= Hitzewallungen, SWA= Schweißausbrüche, SCH= Schwindelanfälle, SST= Schlafstörungen, DW= Depressive Verstimmungen, DBS= Durchblutungsstörungen, N= Anzahl der Fälle, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, t= Wert der Prüfgröße T, df= Freiheitsgrade, p= Signifikantniveau.

2. **Hypothese:** Wenn die Frau keinen Partner hatte dann treten nur geringe Beschwerdewert in den Beschwerdeitems auf.

Ein signifikanter Unterschied besteht in der Variablen *Schwindelanfälle* (vgl. Tabelle 29). Der Wert des T- Testes für ungleiche Varianzen liegt bei 0,006. Mit dieser Variablen verhält es sich wie mit der Variablen *Stimmung* aus Tabelle 28 der 1. Hypothese. Denn auch für die Variable *Schwindelanfälle* für die Gruppe der "allein lebenden" Frauen wurde ein Mittelwert und eine Standardabweichung von 0,00 ermittelt (vgl. Tabelle 29), was statistisch nicht bewertbar ist. Alle "allein lebenden " Frauen haben die Frage nach dem Auftreten von Schwindelanfälle verneint. Damit wird die Hypothese, dass Frauen ohne Partner weniger Beschwerden haben, angenommen. Frauen, die in einer "Gemeinschaft / Partnerschaft" leben, gaben Schwindelanfälle an ((M= 0,23) und SD (= 0,43)).

Tabelle 29

Ergebnisse des T- Testes für die Art des Zusammenlebens

	Wohnen	N	M	SD	Varianzen	t	df	p
HW	allein	9	,56	,53				
	Gemeinschaft	32	,75	,44	nicht gleich	1,01	11,33	,333
SWA	allein	9	,56	,53				
	Gemeinschaft	32	,63	,49	nicht gleich	-,354	12,21	,729
SCH	allein	9	,00	,00				
	Gemeinschaft	31	,23	,43	nicht gleich	2,96	30,00	,006
SST	allein	9	,56	,53				
	Gemeinschaft	32	,69	,47	nicht gleich	-,679	11,84	,510
DV	allein	8	,25	,46				
	Gemeinschaft	32	,25	,44	nicht gleich	,000	10,40	1,00
DBS	allein	9	,22	,44				
	Gemeinschaft	32	,31	,47	nicht gleich	-,534	13,40	,602

HW= Hitzewallungen, SWA= Schweißausbrüche, SCH= Schwindelanfälle, SST= Schlafstörungen, DV= Depressive Verstimmungen, DBS= Durchblutungsstörungen, N= Anzahl der Fälle, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, t= Wert der Prüfgröße T, df= Freiheitsgrade, P= Signifikantniveau.

3. **Hypothese:** Wurde die Menstruation positiv erlebt, dann erleben diese Frauen angenehme Wechseljahre.

Die Analyse des T- Testes ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der unabhängigen Variablen *EINMS* (= über das Eintreten der Menarche erfreut) und den abhängigen Variablen der Beschwerdeliste (vgl. Tabelle 30). Damit wird die Hypothese zurückgewiesen.

Tabelle 30

Ergebnisse des T- Testes betreffend die Art des subjektiven Menstruationserlebnisses

	EinMS	N	M	SD	Varianzen	t	df	p
HW	Nein	21	,57	,51				
	Ja	19	,79	,42	nicht gleich	1,49	37,71	,145
SWA	Nein	21	,67	,48				
	Ja	19	,53	,51	nicht gleich	,888	37,02	,380
SCH	Nein	20	,10	,31				
	Ja	19	,21	,42	nicht gleich	-,935	32,98	,357
SST	Nein	21	,67	,48				
	Ja	19	,58	,51	nicht gleich	,559	37,15	,580
DV	Nein	21	,33	,48				
	Ja	19	,16	,37	nicht gleich	1,29	37,18	,205
DBS	Nein	21	,43	,51				
	Ja	19	,21	,42	nicht gleich	1,49	37,71	,145

HW= Hitzewallungen, SWA= Schweißausbrüche, SCH= Schwindelanfälle, SST= Schlafstörungen, DV= Depressive Verstimmungen, DBS= Durchblutungsstörungen, N= Anzahl der Fälle, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, t= Wert der Prüfgröße T, df= Freiheitsgrade, p= Signifikantniveau.

4. **Hypothese:** Bei Frauen die während des Klimakteriums eine neuen Freizeitbeschäftigung ausgeübt haben, treten geringere Beschwerdewerte auf.

Wie der Tabelle 31 zu entnehmen ist, besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Frauen, die während der Wechseljahre eine neue Freizeitbeschäftigung begonnen haben, und denjenigen, bei denen das nicht der Fall ist. Diese Hypothese wird abgelehnt.

Tabelle 31

Ergebnisse des T- Testes für die Art der Freizeitbeschäftigung

	Freizeit	N	M	SD	Varianzen	t	df	p
HW	Nein	34	,74	,45				
	Ja	8	,50	,53	nicht gleich	1,15	9,45	,277
SWA	Nein	34	,68	,47				
	Ja	8	,38	,52	nicht gleich	1,51	9,97	,163
SCH	Nein	34	,18	,39				
	Ja	7	,14	,38	nicht gleich	,210	8,80	,836
SST	Nein	34	,68	,47				
	Ja	8	,50	,53	nicht gleich	,858	9,77	,412
DV	Nein	34	,24	,44				
	Ja	8	,13	,35	nicht gleich	,803	12,71	,437
DBS	Nein	33	,26	,45				
	Ja	8	,38	,52	nicht gleich	-,556	9,62	,591

HW= Hitzewallungen, SWA= Schweißausbrüche, SCH= Schwindelanfälle, SST= Schlafstörungen, DV= Depressive Verstimmungen, DBS= Durchblutungsstörungen, N= Anzahl der Fälle, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, t= Wert der Prüfgröße T, df= Freiheitsgrade, p= Signifikantniveau

5. **Hypothese:** Die Frau, die durch den Weggang der Kinder aus ihrem Haushalt belastet wurde, hat höhere Werte im Bereich der Beschwerden erreicht.

Hierzu zeigt die Analyse einen p- Wert für ungleiche Varianzen bei der Variablen *Schlafstörungen* von 0,095 und für die Variable *Durchblutungsstörungen* einen Wert von $p = 0,044$. Die Frauen, die angegeben haben, der Weggang der Kinder aus ihrem Haushalt habe sie nicht belastet, weisen in der Variablen *Schlafstörungen* einen Mittelwert von 0,60 und eine Standardabweichung von 0,50 (vgl. Abbildung 7) auf. Die dreißig Frauen dieser ersten Gruppe haben geringere Werte in der Variablen *Schlafstörungen*. Die Werte für die zweite Gruppe, also die Frauen, die den Weggang ihrer Kinder als belastend empfunden haben,

liegen bei 0,88 für den Mittelwert und bei 0,35 für die Standardabweichung. Dies bedeutet, dass diese zweite Gruppe im Vergleich zu ersten Gruppe einen höheren Ausprägungsgrad in der Variablen *Schlafstörung* aufweist. Betrachtet man die Tabelle 33 und die Abbildung 8 im Hinblick auf die Variable *Durchblutungsstörungen*, wird deutlich, dass die erste Gruppe auch bei dieser Variablen geringere Werte aufweist (Mittelwert = 0,17 und Standardabweichung = 0,38). Der Mittelwert für die zweite Gruppe liegt hier bei 0,63 und die Standardabweichung bei 0,52. Wie schon bei der Variablen *Schlafstörungen* haben diese acht Frauen häufiger angegeben, bei ihnen seien Durchblutungsstörungen aufgetreten. Zusammenfassend lässt sich daraus entnehmen, dass Frauen, die den Weggang der Kinder als belastend empfunden haben, im Mittel höhere Beschwerdewerte aufweisen. Damit wird diese Hypothese angenommen.

Tabelle 32

Ergebnisse des T- Testes für die Art der Belastung durch den Weggang der Kinder

	WJKIND	N	M	SD	Varianzen	t	df	p
HW	Nein	30	,73	,45				
	Ja	8	,63	,52	nicht gleich	,540	10,01	,601
SWA	Nein	31	,68	,48				
	Ja	7	,43	,53	nicht gleich	1,14	8,28	,288
SCH	Nein	29	,17	,38				
	Ja	8	,13	,35	nicht gleich	,329	11,99	,748
SST	Nein	30	,60	,50				
	Ja	8	,88	,35	nicht gleich	1,78	15,34	,095
DV	Nein	29	,21	,41				
	Ja	8	,24	,46	nicht gleich	-,239	10,28	,816
DBS	Nein	30	,17	,38				
	Ja	8	,63	,52	nicht gleich	2,34	9,10	,044

HW= Hitzewallungen, SWA= Schweißausbrüche, SCH= Schwindelanfälle, SST= Schlafstörungen, DV= Depressive Verstimmungen, DBS= Durchblutungsstörungen, N= Anzahl der Fälle, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, t= Wert der Prüfgröße T, df= Freiheitsgrade, p= Signifikantniveau.

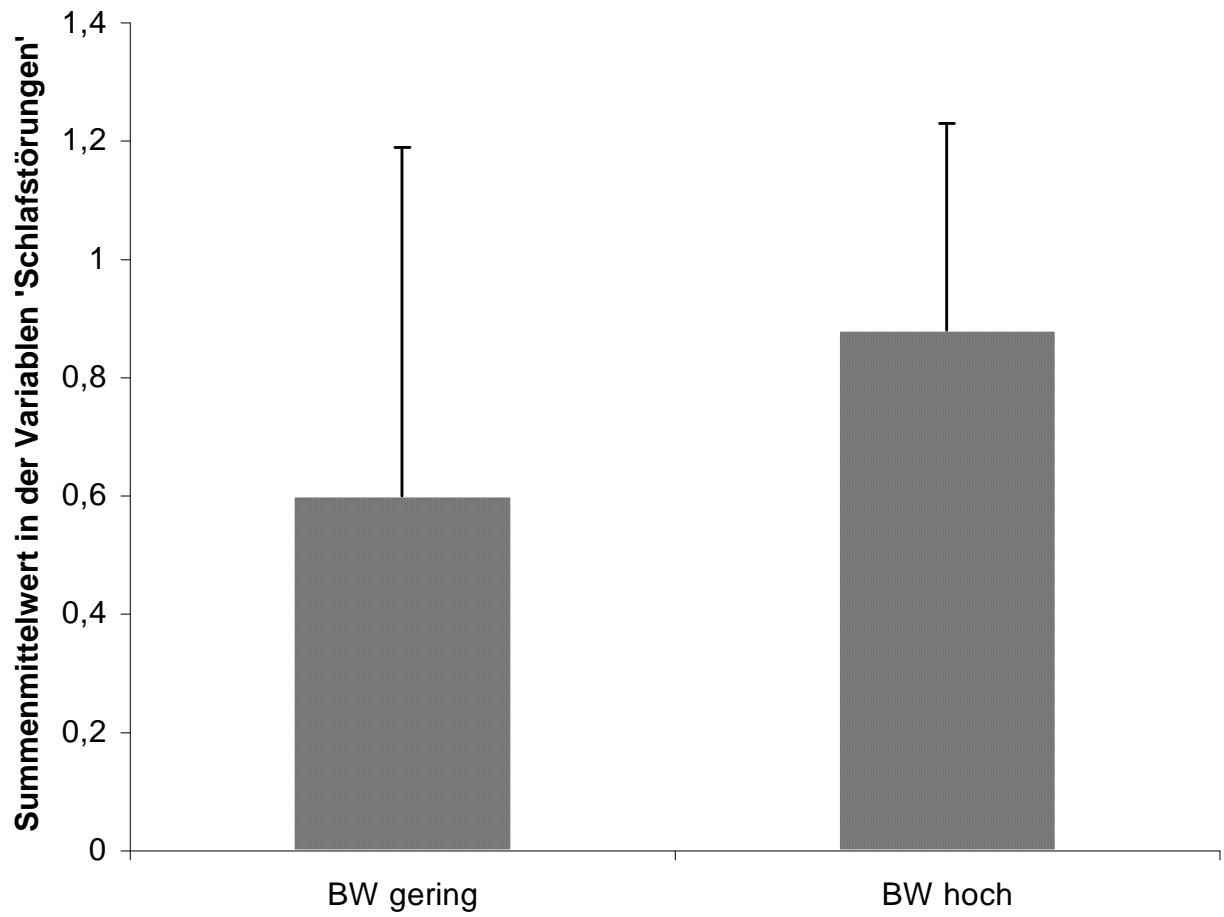


Abbildung 7: Mittelwerte und Standardabweichung der Variablen *Schlafstörungen* getrennt nach BW gering (geringe Beschwerdewerte nach dem Weggang der Kinder) und BW hoch (höhere Beschwerdewerte nach dem Weggang der Kinder)

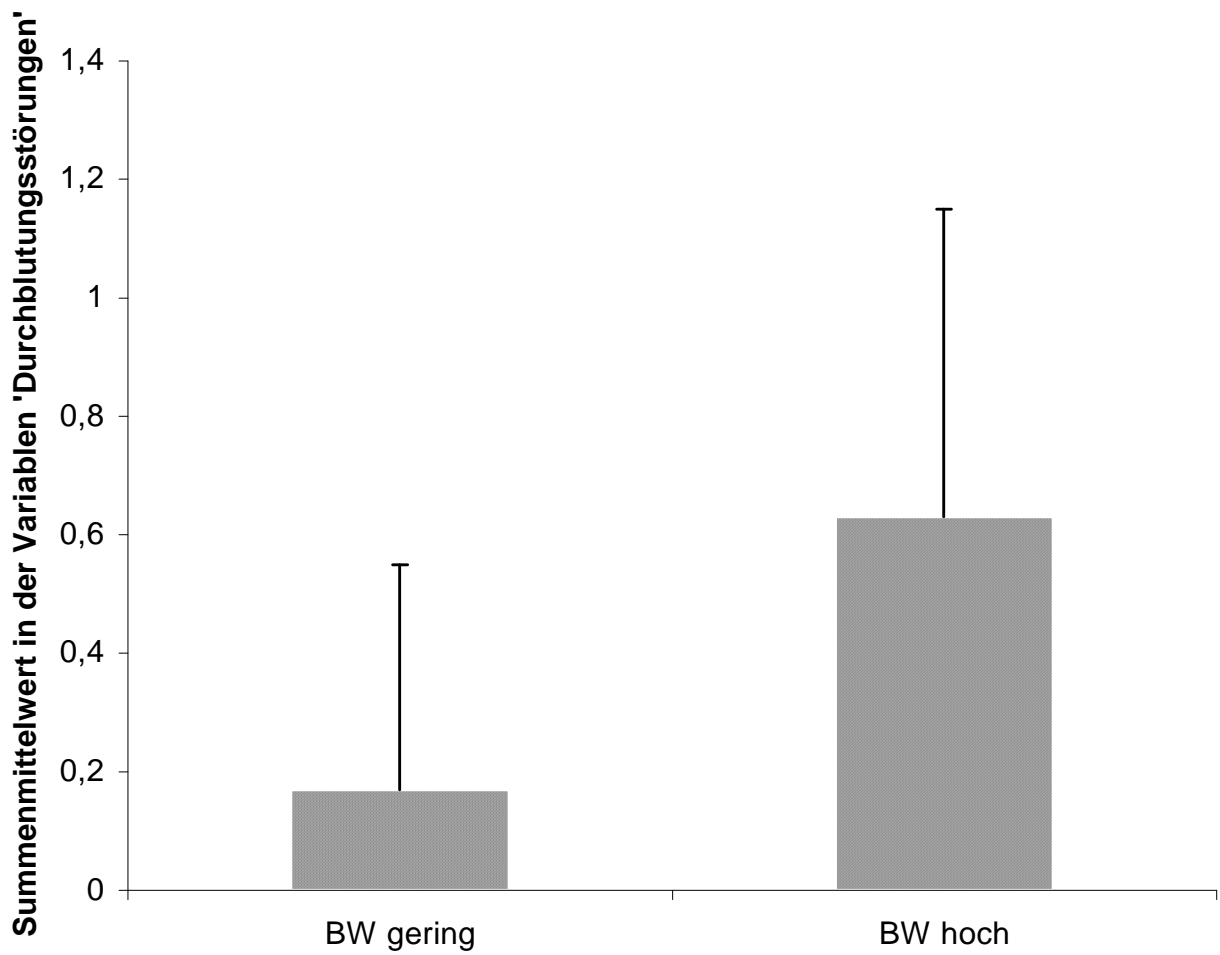


Abbildung 8: Mittelwerte und Standardabweichung der Variablen *Durchblutungsstörungen* getrennt nach BW gering (geringe Beschwerdewerte nach dem Weggang der Kinder) und BW hoch (höhere Beschwerdewerte nach dem Weggang der Kinder)

6. Hypothese: Die Frauen, die die Wechseljahre als Beginn des Alterns angesehen haben, geben höhere Werte in den Beschwerdeitems an.

Wie schon zur 3. Hypothese (*Wenn die Menstruation positiv erlebt wurde, dann hatten diese Frauen angenehme Wechseljahre*), konnte auch für diese kein signifikanter Unterschied bestimmt werden. Der p- Wert liegt für alle abhängigen Variablen, bei ungleichen Varianzen, zwischen 0,120 (*Schweißausbrüche*) und 0,835 (*Schwindelanfälle*).

Tabelle 33

Ergebnisse des T- Testes für die Art des subjektiven Altersempfindens

	ALT	N	M	SD	Varianzen	t	df	p
HW	Nein	33	,70	,47				
	Ja	10	,70	,48	nicht gleich	-,018	14,49	,986
SWA	Nein	34	,62	,49				
	Ja	9	,67	,50	nicht gleich	-,262	12,45	,797
SCH	Nein	32	,13	,34				
	Ja	10	,30	,48	nicht gleich	1,07	11,85	,307
SST	Nein	33	,64	,49				
	Ja	10	,70	,48	nicht gleich	-,364	15,04	,721
DV	Nein	33	,24	,44				
	Ja	9	,22	,44	nicht gleich	,122	12,59	,905
DBS	Nein	33	,27	,45				
	Ja	10	,40	,52	nicht gleich	-,702	13,47	,495

HW= Hitzewallungen, SWA= Schweißausbrüche, SCH= Schwindelanfälle, SST= Schlafstörungen, DV= Depressive Verstimmungen, DBS= Durchblutungsstörungen, N= Anzahl der Fälle, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, t= Wert der Prüfgröße T, df= Freiheitsgrade, p= Signifikantniveau.

7. Hypothese: Wenn die Frau unter starken Menstruationsbeschwerden gelitten hat, gibt sie höhere Werte in den Beschwerdeitems an.

Es werden zwei Gruppen unterschieden:

Gruppe 1: 13 Frauen, die angaben, dass keine Dysmenorrhoe bei ihnen aufgetreten ist und

Gruppe 2: 28 Frauen, die angaben, dass sie unter Dysmenorrhoe gelitten haben.

Wie aus dem T-Test für Mittelwertvergleiche hervorgeht (vgl. Tabelle 34) liegt der p- Wert bei der abhängigen Variablen *Schwindelanfälle* bei 0,053. Der Mittelwert beträgt für die Frauen, die angegeben haben, dass sie bei ihnen keine Dysmenorrhoe aufgetreten ist, 0,54 und die Standardabweichung 0,52. Zusätzlich lässt sich aus der Tabelle 34 ein signifikanter Unterschied für die beiden Gruppen in der abhängigen Variablen *Depressive Verstimmungen* erkennen ($p= 0,046$). Die erste Gruppe weist geringere Werte bei den Variablen *Schwindelanfälle* oder *depressive Verstimmungen* auf. Demgegenüber zeigen sich bei der anderen Gruppe im Mittel höhere Werte dieser Variablen auf. Das bestätigt diese Hypothese.

Tabelle 34

Ergebnisse des T- Testes für die Art des Auftretens von Dysmenorrhoe

	Schmerz	N	M	SD	Varianzen	t	df	p
HW	Nein	13	,69	,48				
	Ja	29	,69	,47	nicht gleich	-,017	22,75	,987
SWA	Nein	13	,54	,52				
	Ja	29	,66	,48	nicht gleich	-,688	21,75	,499
SCH	Nein	13	,38	,51				
	Ja	28	,0,2	,26	nicht gleich	-2,07	15,07	,053
SST	Nein	13	,54	,52				
	Ja	29	,69	,47	nicht gleich	,898	21,25	,379
DV	Nein	13	,02	,28				
	Ja	28	,32	,48	nicht gleich	2,07	36,72	,046
DBS	Nein	13	,15	,38				
	Ja	29	,38	,49	nicht gleich	1,63	30,07	,115

HW= Hitzewallungen, SWA= Schweißausbrüche, SCH= Schwindelanfälle, SST= Schlafstörungen, DV= Depressive Verstimmungen, DBS= Durchblutungsstörungen, N= Anzahl der Fälle, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, t= Wert der Prüfgröße T, df= Freiheitsgrade, p= Signifikantniveau.

8. Hypothese: Wenn die Frau Angst vor den Wechseljahren hatte und Beschwerden erwartete, dann erreicht sie höhere Beschwerdewerte.

Ein eindeutig signifikanter Unterschied, bei nicht gleichen Varianzen, liegt für die abhängige Variable *Schlafstörungen* vor ($p=0,000$). Die Standardabweichung für die Gruppe der Frauen, die angegeben haben, keine Angst vor den Wechseljahren gehabt zu haben, liegt bei 0,50 und der Mittelwert bei 0,57. Der Mittelwert für die abhängige Variable *Durchblutungsstörungen* liegt für diese Gruppe bei 0,23, die Standardabweichung bei 0,43 und $p=0,074$ (vgl. Tabelle 35). Daraus lässt sich zum einen entnehmen, dass die Frauen, die keine Angst vor den Wechseljahren gehabt haben, geringere Werte bei den Variablen *Schlafstörung* oder *Durchblutungsstörungen* aufweisen. Zum anderen stützt das diese Hypothese.

Tabelle 35

Ergebnisse des T- Testes für das subjektive Angstepfinden

	Angst	N	M	SD	Varianzen	t	df	p
HW	Nein	35	,71	,46				
	Ja	8	,63	,52	nicht gleich	-,449	9,67	,663
SWA	Nein	36	,67	,48				
	Ja	7	,43	,53	nicht gleich	-1,10	7,98	,305
SCH	Nein	34	,12	,33				
	Ja	8	,52	,52	nicht gleich	1,35	8,36	,214
SST	Nein	35	,57	,50				
	Ja	8	,00	,00	nicht gleich	5,05	34,00	,000
DV	Nein	35	,17	,38				
	Ja	7	,57	,53	nicht gleich	1,89	7,28	,100
DBS	Nein	35	,23	,43				
	Ja	8	,63	,52	nicht gleich	2,02	9,29	,074

HW= Hitzewallungen, SWA= Schweißausbrüche, SCH= Schwindelanfälle, SST= Schlafstörungen, DV= Depressive Verstimmungen, DBS= Durchblutungsstörungen, N= Anzahl der Fälle, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, t= Wert der Prüfgröße T, df= Freiheitsgrade, p= Signifikantniveau.

6. Zusammenfassung und Hypothesenentscheidung

Nachfolgend wird die Analyse der spezifischen Hypothesen zusammengefasst und die Ergebnisse wie folgt gegliedert:

1. Hypothesen, die bestätigt werden konnten:

Zu diesen muss zunächst die Hypothese Nr. 2 (*Wenn die Frau keinen Partner hatte dann treten nur geringe Beschwerdewerte in den Beschwerdeitems auf*) gezählt werden. Allerdings handelt es sich hierbei um eine eingeschränkte Bestätigung, da sowohl der Mittelwert als auch die Standardabweichung bei den allein lebenden Frauen bei ,00 liegen, und dies kein statistisch sinnvolles Ergebnis darstellt. Die Analyse der Mittelwertunterschiede erbrachte zum einen, dass Frauen ohne Partner kaum Beschwerden angaben, und zum anderen, dass Frauen mit Partnern höhere Mittelwerte (vgl. Tabelle 28) in den abhängigen Variablen aufweisen.

Gleiches gilt für die Hypothese Nr. 5 (*Die Frau, die durch den Weggang der Kinder aus ihrem Haushalt belastet wurde, hat höhere Werte im Bereich der Beschwerden erreicht*). Zum einen ergab die Hypothesenentscheidung, dass diese Personengruppe durch das Klimakterium verstärkt belastet ist. Zum anderen zeigte die Gegenprobe, dass Frauen, die von diesem Ereignis nicht betroffen waren, die Wechseljahre angenehmer erleben.

Als zutreffend sind angesichts der ermittelten jeweiligen Gruppenunterschiede ferner die Hypothesen Nr. 7 (*Wenn die Frau unter starken Menstruationsbeschwerden gelitten hat, gibt sie höhere Werte in den Beschwerdeitems an*) und, Nr. 8 (*Wenn die Frau Angst vor den Wechseljahren hatte und Beschwerden erwartete, dann erreicht sie höhere Beschwerdewerte*) anzusehen. Beide Hypothesen werden angenommen.

2. Hypothesen, die nicht bestätigt wurden:

Dazu zählt die Hypothese Nr. 1 (*Wenn im Sozialfragebogen die Angabe "Hausfrau" gemacht wurde, dann werden erhöhte Werte in den Beschwerdeitems angegeben*). Die Hypothesenentscheidung hat den gegenteilige Sachverhalt ergeben, d.h., dass die Hausfrauen dieser Stichprobe keine Beschwerden angegeben haben, wohl aber die Berufstätigen.

Dies gilt weiter für die Hypothese Nr. 3 (*Wurde die Menstruation positiv erlebt wurde, dann erleben diese Frauen angenehme Wechseljahre*), denn hier konnte kein signifikanter

Unterschied ermittelt werden (vgl. Kapitel 5). Auch für die Hypothesen Nr. 4 (*Bei Frauen die während des Klimakteriums eine neuen Freizeitbeschäftigung ausgeübt haben, treten geringere Beschwerdewerte auf*) und Nr. 6 (*Die Frauen, die die Wechseljahre als Beginn des Alterns angesehen haben, geben höhere Werte in den Beschwerdeitems an*) fand sich mangels signifikanter Unterschiede zwischen den Gruppen keine Bestätigung.

Die oben in Kapitel 3.6 unter 1.5 angeführte Hypothese, (*Frauen, die den Verlust der Fruchtbarkeit als belastend empfunden hatten, erreichen höhere Beschwerdewerte*) konnte statistisch nicht untersucht werden. Denn keine Frau der Stichprobe, hat die Frage (*haben Sie darunter gelitten, dass sie nach den Wechseljahren nicht mehr schwanger werden konnten*) mit "ja" beantwortet.

Tabelle 36

Zusammenfassung der Ergebnisse der multiplen Regression, des T- Test und der Hypothesenentscheidung

	Hitze- wallungen		Schweiß- ausbrüche		Schwindel- anfälle		Schlaf- störungen		Depressive Verstimmungen		Durchblutungs- störungen	
	r	T	r	T	r	T	r	T	r	T	r	T
P												
E GPI Achtlosigkeit												
R NEO Verträglichkeit												↑: hoch AV & UV
S NEO Extraversion												(↑)= ≤0,10
Ö NEO Offenheit												↑: p=0,05
N NEO Gewissenhaftigkeit												↑↑: p=0,01
L NEO Verträglichkeit												↑↑↑: p=0,001
I NEO Neurotizismus									(↑)	+		
C GPI Attraktivität		+									(↑)	(+):p=≤0,10
H GPI Vertrauen												+:p=0,05
K GPI Achtlosigkeit								(↑)				++:p=0,01
E GPI Abhängigkeit								(↑)				+++:p=0,001
E GPI Kooperation								(↑)				
T GPI Wertlosigkeit				++								
												H+ positives Ergebnis
												H-negatives Ergebnis
P Erleben der Menstruation												
S Mangelnde Aufklärung und schlechte familiäre Beziehung		+		(↑)								
y Partnerschaftsprobleme					↑		(↑)	+		+	(↑)	+
C Ablehnung medizinischer und pharmakologischer Behandlung						+		+				
H Angst und Pharmaeinnahme in den Wechseljahren						+						
O positives Schwangerschaftserlebnis											↑	
S Tätigkeit									H-			
O Wohnen						H+						
Z positives Menstruationserlebnis												
I Weggang der Kinder								H+			H+	
A Alt												
L Schmerz						H+			H+			
Angst								H+			H+	

6. Diskussion

6.1 Bewertung der Befunde

Im folgenden wird ein Überblick über die einzelnen Beschwerden und die für ihr Auftreten verantwortlichen Einflussfaktoren gegeben, um den genauen Zusammenhang zwischen abhängigen und unabhängigen Variablen darzustellen. Zusätzlich werden einzelne literaturbezogene Interpretationen vorgenommen, die in der eigentlichen Diskussion ausführlicher betrachtet werden (vgl. Kapitel 7.2).

Grundsätzlich ist zunächst festzuhalten, dass die Stichprobengröße mit $n=46$ nicht sehr umfangreich ist.

Sodann handelt es sich um eine retrospektive Studie, womit die Gefahr verbunden ist, dass die Items aus der Erinnerung heraus möglicherweise nicht korrekt beantwortet wurden, etwa weil es durch Erinnerungslücken zu Fehlinterpretationen kommt.

Weiterhin muss im Auge behalten werden, dass medizinische Daten, wie z.B. der Hormonstatus, nicht erhoben wurden. Da insbesondere die Östrogenkonzentration nicht bestimmt wurde, konnte nicht ermittelt werden, inwieweit welche Beschwerden direkt durch eine bestimmte Östrogenkonzentration beeinflusst werden. Aufgrund der hier gewonnen Ergebnisse empfiehlt es sich, bei weiteren Studien neben den psychologischen Variablen den Hormonstatus mit zu bestimmen.

Auch unter Berücksichtigung der vorangeführten Einschränkungen zeigen die hier gewonnen Ergebnisse, dass das Auftreten von Beschwerden während des Klimakteriums von folgenden stichwortartig bezeichneten Persönlichkeitsmerkmalen abhängig ist: Neurotizismus, Extraversion, Kooperation, Attraktivität, Wertlosigkeit, Offenheit für Erfahrungen, Abhängigkeit und Achtlosigkeit. Bei Frauen, ohne Partnerschaftsproblemen zeigten sich viele Beschwerden. Außerdem kommt es als Folge einer fehlenden oder unzureichenden Aufklärung sowie ungünstiger familiärer Beziehungen häufig zu klimakterielle Beschwerden. Ferner sind Frauen, die auf medizinische und pharmakologische Behandlungen zurückgegriffen haben, vom Klimakterium stärker betroffen.

Im Hinblick auf die hier gestellten Fragen, ob ein Zusammenhang zwischen Menarche / Menstruation und / oder Schwangerschaft / Geburt und dem subjektiven Empfinden des Klimakteriums bestehe, und ob eine Korrelation zwischen verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen und dem Auftreten von Beschwerden während des Klimakteriums (vgl. Kapitel 1) gegeben sei, werden im folgenden die Ergebnisse der multiplen Regression und der kanonischen Korrelationsanalyse in Verbindung mit dem t-Test (vgl. Kapitel 4.3.1 und Kapitel 4.3.2), sowie die Analyse der spezifischen Hypothesen in einer kurzen Übersicht dargestellt:

1. Zusammenhang zwischen Menarche / Menstruation und den Wechseljahresbeschwerden:

Die multiple Regression und die kanonische Korrelationsanalyse in Verbindung mit dem t-Test zeigen keinen Zusammenhang zwischen der Skala negatives Menstruationserlebnis /- Beschwerden und dem Auftreten von Symptomen während des Klimakteriums (vgl. Kapitel 4.3.1 und Kapitel 4.3.2). Auch in Hinsicht auf die Hypothese Nr. 3 (*Wurde die Menstruation positiv erlebt wurde, dann erleben diese Frauen angenehme Wechseljahre*), zeigt sich kein signifikanter Unterschied (vgl. Kapitel 5). Diesen Ergebnissen ist die Entscheidung über die Hypothese Nr. 7 (*Wenn die Frau unter starken Menstruationsbeschwerden gelitten hat, gibt sie höhere Werte in den Beschwerdeitems an*) entgegen zu setzen. Der Tabelle 35 ist zu entnehmen, dass Frauen, die unter Dysmenorrhoe gelitten haben, höhere Werte in den Variablen *depressive Verstimmungen* und *Schwindelanfälle* aufzeigen.

2. Zusammenhang zwischen Schwangerschaft / Geburt und den Wechseljahresbeschwerden:

Die kanonische Korrelationsanalyse hat ergeben: Je höher die Werte für die Variable *Durchblutungsstörungen* sind, desto höher sind die Werte in der Skala *positives Schwangerschaftserlebnis*.

3. Zusammenhang zwischen verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen und Wechseljahresbeschwerden:

Bei Frauen mit höheren Werten in den Skalen *Extraversion* und *Neurotizismus* zeigen sich depressive Verstimmungen. Zeigen VP geringere Werten in diesen Persönlichkeitsmerkmalen erreichen sie höhere Werte für die abhängige Variable Schwindelanfälle. Werden geringere Werte in der Skala *Neurotizismus* erreicht, finden sich Schweißausbrüche. VP mit geringeren Mittelwerten in der Dimension *Attraktivität* haben Hitzewallungen und Durchblutungsstörungen. Im Gegensatz dazu zeigt die kanonische Korrelationsanalyse (vgl.

Kapitel 4.3.2) je höher die Werte für die Variable *Schweißausbrüche* sind, desto höher sind die Werte für den Merkmalsbereich *Attraktivität*. Bei Frauen mit höheren Werten in den Skalen *Vertrauen* und *Wertlosigkeit* waren Schweißausbrüche festzustellen. Außerdem ergab die kanonische Korrelationsanalyse (Kapitel 4.3.2): je höher die Werte in der Variablen *Schwindelanfälle* sind, desto höher fallen die Werte in der Skala *Offenheit* aus. Das Ergebnis der multiplen Regression (vgl. Kapitel 4.3.1) zeigt, dass höhere Werte in der Skala *Achtlosigkeit* mit dem Auftreten von Schlafstörungen korrelieren. Werden geringere Werte in der Dimension *Kooperation* erreicht, Schlafstörungen und depressive Verstimmungen gegeben. Schwindelanfälle zeigen Frauen mit geringen Werten in den Merkmalsbereichen *Abhängigkeit* und *Kooperation* auf.

4. Andere Faktoren, die mit den Wechseljahresbeschwerden in Zusammenhang stehen:

Neben den obengenannten Zusammenhängen weisen die Ergebnisse der multiplen Regression und der kanonischen Korrelationsanalyse in Verbindung mit dem t-Test noch auf weitere Faktoren hin, die mit dem Auftreten von Wechseljahresbeschwerden korrelieren. Zum einen zeigen VP mit geringeren Werten in der Skala *Partnerschaftsprobleme*, Durchblutungs- und Schlafstörungen sowie Schwindelanfälle. Frauen mit geringeren Werten in der Skala *mangelnde Aufklärung und schlechte familiäre Beziehungen* haben auch Schwindelanfälle. Werden im Gegensatz dazu in dieser Skala höhere Werte erreicht, treten Hitzewallungen, depressive Verstimmungen und Schweißausbrüche auf. VP mit geringeren Mittelwerten in der Skala *Angst und Pharmaeinnahme* zeigen Schwindelanfälle. Daneben zeigt die Analyse der soziodemographischen Einflussfaktoren, dass Frauen, die Angst vor dem Klimakterium hatten, höhere Werte bei den Variablen *Schlaf- und Durchblutungsstörungen* aufweisen (vgl. Tabelle 35). Zusätzlich hat sich hier ergeben, dass bei geringeren Werten in der Skala *Ablehnung medizinischer und pharmakologischer Behandlung* folgende Symptome auftreten: Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Schwindelanfälle, depressive Verstimmungen und Schlafstörungen.

Die Analyse der soziodemographischen Einflussfaktoren führt zu folgendem Ergebnis (vgl. Kapitel 5):

Depressive Verstimmungen treten bei Berufstätigen, aber nicht bei Hausfrauen auf. Allein lebende Frauen haben im Gegensatz zu Frauen in einer Partnerschaft keine Schwindelanfälle. Aus Tabelle 33 lässt sich entnehmen, dass bei Frauen, die den Weggang der Kinder als belastend empfinden, Schlaf- und Durchblutungsstörungen auftreten.

6.2 Zusammenfassung

Wie vorstehend aufgezeigt und sich aus den Hypothesen gewonnenen Ergebnissen (vgl. Kapitel 5) ergibt, ist das Auftreten der Wechseljahresbeschwerden von verschiedenen Faktoren, wie z.B. den sozialen Verhältnissen und Persönlichkeitsmerkmalen, abhängig. Auch Kalmár, Brandstätter & Resinger (1992) kamen zu dem Ergebnis, eine multifaktorielle Wechselwirkung zwischen endokrinen, vegetativen, psychodynamischen und psychosozialen Faktoren sei für das Auftreten von Wechseljahresbeschwerden verantwortlich (vgl. Kapitel 2.1.3). Diese multifaktorielle Ursachenerklärung wird ferner durch die Arbeiten von Holte & Mikkelsen (1991) sowie von Kirchengast (1993) bestätigt. Sie vertreten die Auffassung, die Symptome seien nicht allein durch die Menopause erklärbar, vielmehr sei das Auftreten der Beschwerden von weiteren biologischen, psychologischen und sozialen Einflussfaktoren abhängig (vgl. Kapitel 2.1.3).

Zu den sozialen Faktoren zählt einmal der Beruf. Von Arnim- Bass (1995) (vgl. Kapitel 2.2), kam zu der Auffassung, Hausfrauen seien stärker als Berufstätige klimakteriell belastet. Dem ist auf der Grundlage der vorliegend gewonnenen Ergebnisse zu widersprechen. Es hat sich gezeigt, dass Hausfrauen im Verhältnis zu Berufstätigen seltener Beschwerden ausgesetzt sind. Ihre geringeren Werte in den Beschwerdeitems könnten darin begründet sein, dass der Verlust der Mutterrolle nicht als Belastung, sondern als eine Art Befreiung von den bisherigen Pflichten angesehen wird. Sie können jetzt ihr Leben nach ihren eigenen Interessen gestalten. Sie stellen sich neuen Herausforderungen. Diese Bereicherung kann positiv erlebt werden, weshalb bei diesen Personen im Verhältnis zu den Berufstätigen weniger depressive Verstimmungen auftreten. Dagegen könnten die Berufstätigen in den durch das Klimakterium verursachten körperlichen Veränderungen eine zusätzlich Belastung erblicken. Sie bilden einen zusätzlichen "Stressfaktor" neben der schon bestehenden Doppelbelastung als "Hausfrau" und als "Berufstätige". Sie werden als störend und als Behinderung bei Ausübung ihrer Tätigkeiten empfunden. Die körperlichen Veränderungen sind unerwünscht und "dürfen" nicht auftreten. Zuzufolge dieser Einstellung reagieren sie auf die körperlichen Veränderungen sensibler. Überdies werden die Symptome negativ interpretiert, was depressive Verstimmungen auslösen kann.

Die Annahme bei von Arnim- Bass (1995), Berufsneueinsteigerinnen würden am wenigsten durch das Klimakterium belastet, könnte ihre Begründung darin finden, dass sich diese Frauen ganz auf ihre neuen Aufgaben konzentrieren. Diese "Lebensneugestaltung" nimmt sie so stark

derart in Anspruch, dass sie- in einem umfassenden Sinn- nicht dazu kommen, sich den körperlichen Veränderungen zu widmen.

Als weiterer sozialer Faktor wird hier der Familienstand betrachtet. Schultz - Zehden (1997) legte dar, dass Frauen ohne Partner ausgeprägte Wechseljahresbeschwerden hatten. Die Arbeiten von McKinley et. al. (1995) und Hunter (1990) erweisen, dass allein lebende Frauen weniger zu depressiven Verstimmungen neigen (vgl. Kapitel 2.2). Die hier gewonnenen Ergebnisse zeigen, dass Frauen ohne Partner geringere Werte bei den Beschwerdeitems aufweisen (vgl. Tabelle 29). Allein lebende Frauen bewerten die körperlichen Veränderungen anders. Ihnen fehlt ein Partner, der diese Veränderungen reflektiert und sie ihnen damit bewusst werden lässt. Außerdem sehen sie sich anderen gewichtigeren Problemen gegenüber. So müssen sie sich (z.B.) regelmäßig selbst um die Finanzierung ihres Lebensunterhalts kümmern. Die sozialen Umstände können so gestaltet sein, dass sie sich mit ihren Körper nicht weiter zu befassen vermögen. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass Berufstätige häufiger Beschwerden angegeben haben (vgl. Tabelle 28). Es liegt nicht fern anzunehmen, allein lebende Frauen könnten die körperlichen Umstellungen leichter akzeptieren, weil sie sich nicht lediglich über ihre äußerlichen Erscheinung definieren. Ein weiterer Grund dafür, dass Frauen ohne Partner seltener Beschwerden angegeben haben, kann in einem stabileren Umfeld / Freundeskreis liegen, da ihnen die Form der traditionellen Familie nicht zu Verfügung steht. Aus diesem sozialen Umfeld können gleich betroffene Frauen stammen, mit denen Erfahrungen ausgetauscht und auf diesem Weg die neue Situation leichterbewältigt werden kann.

Allerdings ist dem gegenüber zu bedenken, dass Frauen ohne Partnerschaftsprobleme stärker durch das Klimakterium belastet sind (vgl. Kapitel 4.3.1 und Kapitel 4.3.2). Sie leiden an Durchblutungs- und Schlafstörungen sowie Schwindelanfällen. Das kann zum einen darin begründet sein, dass ihnen mehr Zeit und Energie zu Verfügung steht, um ihren Körper genauer beobachten zu können. Wenn sie ihren körperlichen Umstrukturierungen vermehrte Aufmerksamkeit entgegenbringen, werden sie diese bewusster wahrnehmen. Treten aber Partnerschaftsprobleme auf, dann können diese sozialen Diskrepanzen im Verhältnis zu den körperlichen Veränderungen, einen höheren Stellenwert einnehmen. Die Frauen stellen sich zuerst den Partnerschaftsproblemen und richten erst danach ihr Interesse auf ihren Körper. Zum anderen kann ursächlich sein, dass die Haltung des Partners von Gleichgültigkeit bestimmt ist. Ein solcher Liebesentzug veranlasst bei Frauen Selbstkritik. Sie sind auf der

Suche nach der Ursache für diese Situation und legen sich die Frage vor, warum der Partner sie nicht mehr liebt. Da viele Frauen sich über ihr äußeres Erscheinungsbild definieren, machen sie die körperlichen Veränderungen für diese Situation verantwortlich.

Demgegenüber nimmt von Arnim - Baas (1995) an, Frauen mit Partnern hätten mehr Beschwerden (vgl. Kapitel 2.2). Dies könne darin begründet sein, dass die körperlichen Veränderungen dem Partner bewusst würden. Diese reflektiert er seiner Frau und führt die Beschwerden ihr damit deutlicher vor Augen. Dadurch komme ihr zudem auch zu einer Art vermehrter Aufmerksamkeit von Seiten des Partners zu, die sie sicher nicht ablehnen werde. Außerdem wollten die Frauen für ihren Partner attraktiv sein. Die Veränderungen des Klimakterium könnten für sie einen Verlust ihrer Attraktivität bedeuten und werden deshalb negativ bewertet. Dies hat eine Überbewertung der Symptome zu Folge. Secord & Jouard (1953) gehen davon aus, Frauen seien stark auf ihren Körper bezogen und besäßen eine differenzierte Vorstellung von ihm. Diese starke Körperbezogenheit könne sie stärker auf Beschwerden achten lassen. Hampel & Fahrenberg (1982) vertreten die Auffassung, Frauen führten ihre Beschwerden eher auf Beziehungsprobleme zurück, Männer eher auf Berufsprobleme.

Außerdem kann es im Klimakterium zu einer Veränderung der familiären Struktur kommen. Die Kinder verlassen diese Gemeinschaft, wodurch sie zahlenmäßig reduziert wird. Langer (1988) und von Arnim- Baas (1995) sehen im Weggang der Kinder einen Risikofaktor für das Auftreten von Beschwerden. Frauen, die durch den Wegfall der bis dahin bestandenen Pflichten und Aufgaben die neugewonnene Zeit nicht sinnvoll ausnützen können, können dazu neigen, dass sie sich nutzlos fühlen (vgl. Kapitel 2.2). Der Mittelwertsvergleich (vgl. Tabelle 32) zeigt bei Frauen, die durch den Weggang der Kinder belastet waren, höhere Werte in den Variablen *Durchblutungs-* und *Schlafstörungen*. Das kann seine Ursache darin finden, dass sie mit dem Verlust der Mutterrolle nicht zurechtkommen. Diese Rolle, die sie jahrelang ausgefüllt und ihre Lebensweise mit geprägt hat, ist plötzlich entfallen, und sie müssen lernen, eine neue Rolle einzunehmen. Da diese soziale Umstrukturierung häufig in die Zeit des Klimakteriums fällt, ergibt sich daraus eine zusätzliche Belastung. Frauen, die ihre neue Situation nicht akzeptieren, flüchten in die Wechseljahre, nehmen die Symptome deutlicher wahr, um sich auf diese Weise dem sozialen Wandel zu entziehen. Diesen Erklärungsversuchen sind die Arbeiten von Kaufert, Gilbert & Tate (1992) und Hunter (1990) entgegenzuhalten, die weder im Rollenverlust noch im Weggang der Kinder eine Ursache für das Entstehen von Depressionen zu erkennen vermochten (vgl. Kapitel 2.2). Die neu gewonnene Zeit kann nach Lehr (1977) zur Selbstbestätigung führen, wenn sie die Frau

sinnvoll nützt. Die Tabelle 32 zeigt, dass Frauen, die durch den Weggang der Kinder nicht belastet waren, geringere Werte bei den Variablen *Durchblutungs-* und *Schlafstörungen* aufweisen. Sie sehen die positiven Aspekte dieses Vorganges. Sind sie in der Lage, die neu gewonnene Zeit sinnvoll zu verwenden, sie können ihr Leben genießen, auch wenn zu dieser sozialen Umstrukturierung körperliche Veränderungen hinzukommen.

Neben diesen sozialen Faktoren beeinflussen frühere Lebensphasen das Auftreten von klimakteriellen Beschwerden. Kuhl und Taubert (1987) gelangten zu der Annahme, dass vor allem subjektive Beschwerden sowohl im Rahmen des prämenstruellen Syndroms als auch im Klimakterium auftraten (vgl. Kapitel 2.1). Die Datenanalyse (vgl. Kapitel 4.3.2.. Kapitel 4.3.2 und Tabelle 31) ergab keinen Zusammenhang zwischen einem positiven Menstruations- und Klimakteriumserlebnis, doch zeigte sich, dass Frauen mit Dysmenorrhoe höhere Werte bei den Beschwerden haben (vgl. Tabelle 34). Zusätzlich besteht ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von postmenopausalen Symptomen und einem positiven Schwangerschaftserlebens (vgl. Kapitel 4.3.2). Je höher die Werte für die Variable *Durchblutungsstörungen* sind, desto höher sind die Werte in der Skala *positives Schwangerschaftserlebnis*. Frauen, die das Ereignis einer Schwangerschaft und der Geburt als eine schöne Zeit empfunden haben, haben im Klimakterium Durchblutungsstörungen. Diese Frauen haben schon mindestens einmal eine Zeit der körperlichen Umgestaltung durchlebt, können ihren Körper bewusster wahrnehmen und reagieren auf Veränderungen sensibler. Auch in der Schwangerschaft verändert sich die Herz- und Kreislaufsituation. Traten in dieser Zeit schon einmal Durchblutungsstörungen auf, wird den Frauen dieses Symptom durch einen Wiedererkennungseffekt in den Wechseljahren eher bewusst werden.

Deutsch (1988) und Langer (1988) plädieren für eine gute Aufklärung und Vorbereitung in Hinsicht auf die Menarche. Wie die Menarche ist auch das Klimakterium ein einschneidender Prozess im Leben einer Frau. Nicht nur auf den Gewinn, sondern auch auf den Verlust der Fruchtbarkeit sollten die Frauen vorbereitet werden, damit sie das jeweilige Ereignis gut meistern können. Wenn sie nicht wissen, was sie erwartet, werden sie von der körperlichen Umgestaltung überrollt und können damit nicht umgehen.

Nach Kuhl und Taubert (1987) sind die Hitzewallungen und die atrophische Vaginitis die einzigen Symptome, die durch den klimakteriell bedingten Östrogenmangel entstehen (vgl. Kapitel 2.1). Mit 69 % stellen sie das häufigste Beschwerdebild des Klimakteriums dar (vgl. Tabelle 2). Hier wurde ermittelt, dass Hitzewallungen (aber auch depressive Verstimmungen

und Schweißausbrüche) bei Frauen ohne oder nur unzureichender Aufklärung und ungünstigen familiärer Beziehung auftreten. Frauen, die auf die Hitzewallungen nicht vorbereitet wurden, wissen nicht, was mit ihnen geschieht und erleben diese nicht als einen natürlichen, sondern als einen krankhaften Prozess. Wenn außerdem noch eine ungünstige familiäre Beziehung gegeben ist, erhält die Frau von ihrer Mutter keine Erfahrungsberichte, womit ihr wichtige Informationen fehlen. In gleicher Weise ist das Auftreten des Symptoms Schweißausbrüche durch eine mangelhafte Aufklärung und eine schlechte familiäre Beziehung bedingt (vgl. Kapitel 4.3.1 und Kapitel 4.3.2). Die Hitzewallungen sind mit den Schweißausbrüchen eng verbunden, da eine Hitzewallung normalerweise in einem Schweißausbruch endet (vgl. Kapitel 2.1.1). Wurde die Frau schon nicht in geeigneter Weise, etwa durch ihre Mutter, auf die Hitzewallungen vorbereitet, wird sie auch mit den Schweißausbrüchen nicht zu recht kommen. Besteht jedoch eine gute Tochter-Mutter-Beziehung, wird die Mutter nicht als verschlossen erlebt, wird der Tochter die mütterliche Erfahrung vermittelt. Langer (1988) kam zu dem Ergebnis, dass Frauen, deren Mütter die Schwangerschaft als belastend und die Geburt als schmerzhaft erlebt hatten, diese Lebensphase ebenso empfunden haben (vgl. Kapitel 2.4.2 und 2.6). Die vorliegende Studie zeigt, dass Schwindelanfälle bei Frauen mit einer guten Aufklärung und familiären Beziehung auftreten (vgl. Kapitel 4.3.2). Wenn man dieses und das von Langer (1988) gewonnene Ergebnis zusammenfasst, darf angenommen werden, dass die Mütter ihren Töchtern über Schwindelanfälle im Klimakterium berichtet haben. Diese Information begründet die Gefahr, dass bestimmte Vorstellungen und Erwartungen entstehen. Diese Erwartungen wollen bestätigt werden, deshalb treten Schwindelanfälle postmenopausal auf.

Es ist von großer Bedeutung, mit welchen Erwartungen man einem Ereignis gegenübertritt. Lehr (1977) sieht nicht im Klimakterium selbst die Auslöser für die Beschwerden, sondern in den Erwartungen, mit denen die Frau dem Klimakterium begegnet (vgl. Kapitel 2.2). Das Verhalten wird durch die Einstellungen weitgehend oder vollständig determiniert: eine negative Einstellung hat negatives Verhalten (z.B. Aggressionen) und eine positive Einstellung hat ein positives Verhalten zur Folge (Herkner, 1981). Nach Avis & McKinlay (1991) geben Frauen, die mit den Wechseljahren negative Erwartungen verbinden, generell mehr Symptome an und neigen zusätzlich zu hohen Depressionswerten (vgl. Kapitel 2.2). Vorliegend hat sich ebenfalls gezeigt, dass Frauen, die Angst vor dem Klimakterium haben, im Mittel höhere Werte in den Beschwerdeitems aufweisen.

Allerdings hat sich ergeben, dass Schwindelanfälle bei Frauen mit geringen Werten in der Skala *Angst und Pharmaeinnahme* auftreten. Diese Frauen sehen den Wechseljahren ohne Angst entgegen und werden von den körperlichen Veränderungen überwältigt. Da sie keine Medikamente einnehmen, können die Beschwerden nicht abgeschwächt oder beseitigt werden. Nach Hunter (1993) handelt es sich bei Frauen, die im Klimakterium medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, um solche, die generell vermehrt über psychische und physische Schwierigkeiten klagen, an den Berichten über die Wechseljahre festhalten und auf diese fixiert sind (vgl. Kapitel 2.2). Vorliegend hat sich gezeigt, dass Frauen, die medizinische und pharmakologische Behandlung in Anspruch genommen haben, postmenopausal Schweißausbrüche, Hitzewallungen, depressive Verstimmungen, Schlafstörungen und Schwindelanfälle aufweisen. Möglicherweise handelt es sich hierbei um Frauen die, wie es Hunter (1993) sieht, vermehrt über körperliche und seelische Probleme klagen, die Veränderungen und neue Lebenslagen allein schwer bewältigen können und es vorziehen, sich auf Hilfe von anderen zu verlassen und zu vertrauen.

Selbstisolierung, geringe soziale Kontakte werden von Grieme (1990) und von Arnim-Baas (1995) als Auslöser von Depressionen (vgl. Kapitel 2.2) gesehen. Das hat sich nicht bestätigt, da extrovertierte Frauen im Mittel höhere Werte in der Variablen *depressive Verstimmungen* aufweisen als introvertierte Frauen. Durch gute soziale Verbindungen werden die Erwartungen an die Wechseljahre beeinflusst, denn es werden Erfahrungen ausgetauscht, sofern die Betroffene auf diesem Weg erfährt, mit welchen Beschwerden sie in den Wechseljahren belastet werden kann, treten diese auch auf. Zum einen gaben extravertierte Frauen an, an depressiven Verstimmungen gelitten zu haben, zum anderen aber auch Frauen, denen eine gute Aufklärung zuteil geworden war und die in einer guten familiären Beziehungen standen. Beide Gruppen verfügen über einen ausgeprägten Informationsfluss, wobei neben positiven auch negative Erfahrungen vermittelt werden. Wenn ihnen durch Interaktionen und Kommunikationen mit anderen Frauen negative Erfahrungen über die Wechseljahre vermittelt werden, besteht die Gefahr, dass dieser Majorität eine Glaubhaftigkeit als Informationsquelle zugeschrieben wird. Das kann überzeugender erscheinen als die eigene Wahrnehmungsfähigkeit. Die Frauen unterliegen so dem Informationsfluss der Majorität und stellen aufgrund dieser Information eine Hypothese in Bezug auf das Klimakterium auf. Diese Hypothese wird geprüft, indem der Körper darauf hin beobachtet wird und entsprechende Signale /Veränderungen wahrgenommen werden. Neben

dem Persönlichkeitsmerkmal *Extraversion* bestehen noch weitere Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsstrukturen und dem Auftreten von postmenopausalen Beschwerden. Zum Beispiel wurde hier ermittelt, dass depressive Verstimmungen und Schlafstörungen bei Frauen mit im Mittel geringeren Werten in der Dimension Kooperation auftreten. Solche Frauen ziehen es vor, ihren Willen und ihre Wünsche nicht durchzusetzen und möglichst Kompromisse einzugehen (vgl. Kapitel 3.4.2). Kooperative Frauen folgen anderen gerne. So auch im Zeitraum des Klimakteriums, der durch viele Veränderungen gekennzeichnet sein kann. Diese Frauen stehen einem neuen Lebensabschnitt gegenüber. Sie geben sich den körperlichen Veränderungen hin, anstatt gegen sie anzugehen. Sie ertragen sie. Als Folge dieser "Ohnmacht" können depressive Verstimmungen auftreten.

In den Arbeiten von Rosemeier & Schultz-Zehden (1995) und Grieme (1990) wurde dargetan, dass selbstunsichere Frauen stärker durch Symptome während des Klimakteriums betroffen seien. Hier ist u.a. eine Korrelation zwischen geringen Werten in dem Merkmalsbereich *Attraktivität* mit höheren Werten bei den Skalen *Neurotizismus* und *Wertlosigkeit* in Bezug auf die Wechseljahresbeschwerden nachgewiesen. So besteht etwa ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Schweißausbrüchen und höheren Werten bei der Dimension *Wertlosigkeit*. Frauen mit höheren Werten in dem Persönlichkeitsmerkmal *Wertlosigkeit* sind leicht gekränkt und können sich schlecht mit Kritik auseinandersetzen. Schweißausbrüche stellen eine äußerlich sichtbare Symptomatik dar. Sie kann von anderen erkannt und die Betroffene daraufhin angesprochen werden. Da sich diese Frauen leicht persönlich angegriffen fühlen, werden sie sich jedes Mal, wenn sie auf einen Schweißausbruch angesprochen werden, selbst Vorwürfe machen. Sie sehen sich in einer erneuten Lebenskrise, die sich von Schweißausbruch zu Schweißausbruch verschärft. Zudem machen sich diese Frauen um persönliche Probleme, die die körperlichen Veränderungen postmenopausal darstellen können, viele Gedanken und Sorgen.

Ebenso sind Frauen mit hohen Werten in der Skala *Neurotizismus* durch Sorgen stark belastet und reagieren sensibler auf körperliche Veränderungen der subjektiven Empfindlichkeit. Sähe man das Klimakteriums als eine Stresssituation, so könnte in Bezug auf das Stress-Konzept von Lazarus und seinen Mitarbeitern (1981) vermutet werden, dass Frauen mit hohen Werten in dem Merkmalsbereich *Neurotizismus* das Klimakterium als einen belastenden (und nicht positiven oder irrelevanten) Stressor empfinden. Ferner kann davon ausgegangen werden, dass sie auf körperliche Veränderungen der subjektiven Empfindlichkeit, die im Klimakterium vermehrt auftreten, stärker, u.a. mit Betroffenheit und Nervosität, reagieren. Sie sind insgesamt weniger belastbar. Die vorliegende Studie zeigt, dass höhere Werte in dem

Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus mit depressiven Verstimmungen korrelieren. Den Frauen wird bewusst, dass sie ihre Fruchtbarkeit und / oder die Mutterrolle verlieren. Dies kann ein Auftreten von depressiven Verstimmungen zur Folge haben.

Grieme (1990) kam zu dem Ergebnis, dass in den Persönlichkeitsstrukturen Übergewissenhaftigkeit und Perfektionismus Risikofaktoren für depressive Verarbeitungen zu sehen sind. Vorliegend zeigt sich ein Zusammenhang zwischen höheren Werten bei dem Persönlichkeitsmerkmal Achtlosigkeit und der abhängigen Variablen Schlafstörungen (vgl. Kapitel 4.3.1). Frauen, die in diesem Merkmalsbereich höhere Werte erreichen, verlassen sich weniger auf andere als viel mehr auf sich selbst. Sie wollen ihren Alltag selbst perfekt organisieren und mit größter Gewissenhaftigkeit ihre Aufgaben und Pflichten bewältigen (vgl. (Borkenau & Ostendorf, 1993)). Doch die körperlichen Veränderungen können sie nicht beeinflussen. Sie können das Auftreten von Symptomen weder kontrollieren noch organisieren. Dadurch können sie klimakteriell belasteter sein.

Kalmár, Brandstätter & Resinger (1992) legen dar, die älter werdende Frau vermöge als Folge des Verlustes der Jugend den an sie gerichteten gesellschaftlichen Erwartungen nicht mehr zu entsprechen, was bei ihr zum Auftreten von Depressionen führe (vgl. Kapitel 2.2). Auch Schultz - Zehden (1997) kam zu dem Ergebnis, bei Frauen, die sich in ihrer Weiblichkeit eingeschränkt fühlten, seien vor allem psychische Störungen aufgetreten (vgl. Kapitel 2.2). Indessen konnte hier kein Zusammenhang zwischen Attraktivität und depressiven Verstimmungen festgestellt werden. Vielmehr zeigte sich, dass Frauen, die sich selbst als unattraktiv eingeschätzt haben, postmenopausal unter Durchblutungsstörungen und Hitzewallungen leiden. Frauen mit einer solchen Selbsteinschätzung sind auch schon vor den Wechseljahren mit sich und ihrem Körper unzufrieden. Wenn sich der Körper in dieser Lebensphase zusätzlich verändert, wird er noch weniger akzeptiert werden, denn mit einem attraktiven Äußeren werden oft positive Eigenschaften verbunden, die nun verloren gehen. Außerdem nehmen Frauen, die ihren Körper nicht akzeptieren, Veränderungen desselben eher wahr. Sie beobachten ihn genauer und stehen ihm kritischer gegenüber. Frauen, die sich selbst als unattraktiv einschätzen und über ein nur geringes Selbstwertgefühl verfügen, sind anderen gegenüber unsicher (vgl. Kapitel 3.4.2). Diese Unsicherheit wird wahrscheinlich durch das mit den Hitzewallungen verbundene "Rotwerden" noch gesteigert. Diese Erscheinung stellt für sie eine unangenehme und peinliche Situation dar, deren Auftreten, vor allem im sozialen und personellem Kontext, unerwünscht ist. Es treten Erwartungsängste auf, die eine Sensibilisierung für dieses Symptom entstehen lässt. Frauen mit großem Selbstwertgefühl stehen dieser Situation gelassener gegenüber und bewältigen sie leichter. Im Gegensatz zu den

Symptomen Durchblutungsstörungen und Hitzewallungen, die mit niedrigen Werten in dem Persönlichkeitsmerkmal *Attraktivität* korrelieren, treten Schweißausbrüche bei Versuchspersonen mit höheren Werten in diesem Faktor auf. Davon sind mithin Frauen betroffen, die sich selbst als attraktiv einschätzen. Mit Schweiß werden in unserer Gesellschaft negative Eigenschaften verbunden, z.B. Schweißflecke, die äußerlich zu erkennen sind oder der Geruch, der von anderen wahrgenommen werden kann. Allein diese zwei Charakteristika stellen Umstände dar, die nicht mit dem Begriff Schönheit verbunden werden. Die Frauen sehen sich dadurch in ihre äußeren Schönheit beeinträchtigt. Ihre Attraktivität und die damit verbunden Attribute laufen Gefahr verloren zu gehen. Da sie sehr viel Wert auf ihr Äußeres legen, achten sie mehr auf die Beschwerden, die von anderen wahrgenommen werden können, und reagieren sensibler auf sie.

Ferner treten Schweißausbrüche bei Frauen mit hohen Werten in der Dimension *Vertrauen* auf. Ein weiterer Zusammenhang zwischen dem Auftreten von postmenopausalen Beschwerden und Persönlichkeitsmerkmalen ist zwischen dem Symptom Schwindelanfällen und höheren Werten in der Skala *Offenheit für Erfahrungen* gegeben. Diesen Frauen fällt es leicht, ihre Gefühle mitzuteilen, da sie anderen offen gegenüber treten und sich ihnen gerne anvertrauen. Für sie ist es unproblematisch über ihre Symptomatik zu sprechen. Sie setzen sich mit neuen Eindrücken und Erlebnissen mit viel Interesse auseinander (vgl. Kapitel 3.4.1). Deshalb befassen sie sich intensiv mit dem Thema Klimakterium und wissen genau, von welchen Veränderungen sie betroffen sein können. Da sie mehr wissen, beobachten sie ihren Körper genauer. Und da dies Frauen sind, die sich mit allem Neuen gerne auseinandersetzen, forschen sie genau nach körperlichen Anzeichen, die auf die Wechseljahre hinweisen können. Zusätzlich korreliert das Auftreten von Schwindelanfällen mit niedrigen Werten in der Dimension *Abhängigkeit*. Ein niedriger Wert bei diesem Persönlichkeitsmerkmal bedeutet, dass diese Personen feste Bindungen meiden und sich lieber durchsetzen als fügen. Gegen die körperlichen Veränderungen, die durch das Klimakterium entstehen können, können sie sich nicht durchsetzen, sie müssen sich ihnen fügen. Zudem fehlen soziale Kontakte, die einen Erfahrungsaustausch ermöglichen würden. Da sie alle Symptome hinnehmen müssen, was ihrer Persönlichkeit widerspricht, können sie das nur schwerer akzeptieren. Ihnen werden die einzelnen Beschwerden genau vor Augen geführt, was eine Belastung für sie darstellt.

Eine Auseinandersetzung mit dem Alter, aber auch das Bewusstwerden des Endes der Fertilität sind nach Rohde (2000) psychologische Faktoren, die das Erleben der Wechseljahre

beeinflussen (vgl. Kapitel 2.1.3). Vorliegend zeigt die Hypothesenentscheidung, für die Hypothese, *wenn Frauen die Wechseljahre als Beginn des Alterns angesehen hat, dann gab sie mehr Beschwerden an*, keinen signifikanten Unterschied. Keine der Befragten, sah sich durch den Fruchtbarkeitsverlust belastet (vgl. Kapitel 5.1). Dieser biologische Aspekt führt also nicht zu vermehrter klimakterieller Belastung.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Auftreten der verschiedenen Beschwerden nicht allein durch das Klimakterium selbst zu erklären ist, sondern vielmehr von verschiedenen Faktoren (biologische, soziale und psychologische) abhängig ist.

Literaturverzeichnis

- Amelang, M. & Bartussek, D. (1997): 'Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung'. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, Berlin, Köln.
- Arnim – Baas, A. von (1995): 'Befindlichkeit von Frauen im Klimakterium'. Quintessenz Verlags – GmbH: Berlin, München.
- Avis, N.E. & McKinlay S.M. (1991): 'A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: the results from the Massachusetts Women's Health Study'. *Maturitas; the European Menopause Journal* (13), S.65 - 79.
- Baum, E. (1990): 'Psychosoziale Einflüsse auf den Menopausenzeitpunkt und Beschwerden in der frühen Postmenopause'. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 40 (1990), S. 200 - 206.
- Beckmann, D & von Georgi, R. (1995): 'Konstruktion des Giessener Persönlichkeits Inventars (GPI)'. Unveröffentlichtes Projekt. Abteilung für Medizinische Psychologie des Klinikums der Justus - Liebig Universität Gießen.
- Beckmann, D & von Georgi, R. (1996): „Kritik am Gießen Test (GT) und die Notwendigkeit einer Neukonstruktion: Erste Ergebnisse der Konstruktion des Giessener Persönlichkeits Inventars (GPI)". Kolloquium des Zentrums für Psychosomatische Medizin des Klinikums der Justus - Liebig Universität Gießen, November.
- Bergemann, N. (2000): 'Östrogene und psychiatrische Erkrankungen bei Frauen'. *Psychoneuro; Psycho* (26), S. 549 - 557.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993): 'NEO- Fünf - Faktoren Inventar (NEO - FFI) nach Costa und Mc Crae'. Verlag Hans Huber: Bern, Stuttgart.

- Davies- Osterkamp, S. & Beckmann, D. (1982): 'Psycho- soziale Aspekte von Schwangerschaft und Geburt'. In: Beckmann, D.; Davies- Osterkamp, S. & Scheer, J. W. (1982): ' Medizinische Psychologie. Forschung für Klinik und Praxis', S. 494 - 513. Springer- Verlag: Berlin, Heidelberg, New York.
- Davison, G. C. & Neale, J. M. (1998): ' Klinische Psychologie'. Psychologie Verlags Union: München, Weinheim.
- Deutsch, H. (1988): 'Psychologie der Frau'. Fachbuchhandlung für Psychologie: Verlagsabteilung Eschborn bei Frankfurt am Main.
- Feige, A.; Remper, A.; Würfel, W.; Caffier, H. & Jawny, J. (1997): 'Frauenheilkunde'. Urban & Schwarzenberg Verlag: München, Wien, Baltimore.
- Fuchs, U: (1994): 'Gynäkologie und Geburtshilfe'. In: Gerber, W. -D.; Basler, H. -D. & Tewes, U. (1994): 'Medizinische Psychologie', S 289 - 308. Urban & Schwarzenberg Verlag: München, Wien, Baltimore.
- Goerke, K. & Rück, A. (1991): ' Normale Gravidität'. In: Goerke, K.; Steller, J. & Valet, A. (1991): 'Klinikleitfaden Gynäkologie Geburtshilfe', S. 103 - 118. Jungjohann Verlagsgesellschaft mbH, Neckarsulm, Stuttgart.
- Goeschen, K. (1987): 'Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen'. In: Dudenhausen, J.W.; Frei, U.; Friedmann, W.; Goeschen, K.; Kastendieck, E.; Martius, G.; Martius, J.; Mertens, Th.; Mühlbauer, H.D.; Rempen, A.; Schneider, J.; Thies, W.; Vogel, M.; Weitzel, H.-K.; &Wolff, F.(1987) 'Geburtshilfe', S.38 - 41. Georg Thieme Verlag: Stuttgart.
- Goeschen, K.(1987): 'Hypotonie'. In: Dudenhausen, J.W.; Frei, U.; Friedmann, W.; Goeschen, K.; Kastendieck, E.; Martius, G.; Martius, J.; Mertens, Th.; Mühlbauer, H.D.; Rempen, A.; Schneider, J.; Thies, W.; Vogel, M.; Weitzel, H.-K.; &Wolff, F.(1987) 'Geburtshilfe', S. 6 - 11. Georg Thieme Verlag: Stuttgart.

- Goeschen, K. & Frei, U. (1987): 'Anämie'. In: Dudenhausen, J.W.; Frei, U.; Friedmann, W.; Goeschen, K.; Kastendieck, E.; Martius, G.; Martius, J.; Mertens, Th.; Mühlbauer, H.D.; Rempen, A.; Schneider, J.; Thies, W.; Vogel, M.; Weitzel, H.-K.; & Wolff, F.(1987) 'Geburtshilfe', S. 26 - 29. Georg Thieme Verlag: Stuttgart.
- Goeschen, K. & Frei, U. (1987): 'Dyspnoe'. In: Dudenhausen, J.W.; Frei, U.; Friedmann, W.; Goeschen, K.; Kastendieck, E.; Martius, G.; Martius, J.; Mertens, Th.; Mühlbauer, H.D.; Rempen, A.; Schneider, J.; Thies, W.; Vogel, M.; Weitzel, H.-K.; & Wolff, F.(1987) 'Geburtshilfe', S. 18 - 20.
- Greene, J.G. (1992): 'The cross-sectional legacy: an introduction to longitudinal studies of the climacteric'. *Maturitas; the European Menopause Journal* (14), S. 95 - 101.
- Grieme, J. (1990): 'Depressive Zustände im Klimakterium'. *Psychosomatic Medicine* (2), S. 250 - 252.
- Hampel, R. & Fahrenberg, J. (1982): 'Freiburger Beschwerdenliste FBL. Gruppenvergleiche und andere Studien zur Validität'. *Forschungsberichte des Psychologischen Instituts der Albert-Ludwig-Universität Freiburg*.
- Herkner, W. (1981): 'Einführung in die Sozialpsychologie'. Verlag Hans Huber: Bern, Stuttgart, Wien.
- Holte, A. & Mikkelsen, A. (1991): 'Psychosocial determinants of climacteric complaints'. *Maturitas; the European Menopause Journal* (13), S. 205 - 215.
- Huber, J. (1989): 'Klimakterium: Diagnose und Therapie'. Grosse Verlag: Berlin.
- Hunter, M. S. (1990): 'Somatic Experience of the Menopause: A Prospective Study'. *Psychosomatic Medicine* (52), S. 357 - 367.
- Hunter, M. S. (1990): 'Emotional well-being, sexual behaviour and hormone replacement therapy'. *Maturitas; the European Menopause Journal* (12), S.299 -3 04.

- Hunter, M. S. (1993): 'Predictors of menopausal symptoms: psychosocial aspects'.
Baillière`s Best Practice and Research in Clinical Endocrinology and Metabolism 7
(1), S. 33 - 46.
- Kaiser, R & Pfeleiderer, A. (1989): 'Lehrbuch der Gynäkologie'. Georg Thieme
Verlag: Stuttgart, New York
- Kalmár, H.; Brandstätter, N. & Resinger, E. (1992): 'Psychische Störungen in der
Menopause: Zur Frage der multifaktoriellen Genese. Wiener Medizinische
Wochenzeitschrift 5 (6), S. 104 - 107.
- Kaufert, P. A.; Gilbert, P. & Tate, R. (1992): 'The Manitoba Project: a re-examination of the
link between menopause and depression'. Maturitas; the European Menopause Journal
(14), S. 143 - 155.
- Kirchengast, S. (1993): 'Relations between anthropometrics characteristic and degree of
severity of the climacteric syndrome in Austrian woman'. Maturitas; the European
Menopause Journal (17), S. 167- 180.
- Krauß, A. & Krauß, T. (1996): 'Frauenheilkunde'. Gustav Fischer Verlag: Jena,
Stuttgart.
- Kressenstein, S. (1998): 'Hormone'. Wilhelm Heyne Verlag: München.
- Kuhl, H. & Taubert, H. - D. (1987): 'Das Klimakterium'. Georg Thieme Verlag:
Stuttgart, New York.
- Kummer, I. E. (1989) 'Wendezeit im Leben der Frau'. Kösel – Verlag: München.
- Langer, M. (1988): 'Mutterschaft und Sexus'. Kore, Verlag Traute Hensch: Freiburg im
Breisgau.
- Lauritzen, C. (1987): 'Gynäkologische Endokrinologie'. Urban & Schwarzenberg
Verlag: München, Wien, Baltimore.

Lauritzen, C. (1990): 'Physiologie und Pathologie der Geburt I'. Urban & Schwarzenberg Verlag: München, Wien, Baltimore.

Lazarus, R.S. & Launier R. (1981): ' Stressbezogene Transaktionen zwischen Personen und Umwelt'. In: Nitsch, J. R. (1981) 'Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen'. Verlag Hans Huber: Bern, Stuttgart, Wien.

Lehr, U. (1977): 'Psychologie des Alterns'. Quelle & Meyer Verlag: Heidelberg.

Leidenberger, F. A. (1998): 'Klinische Endokrinologie für Frauenärzte'. Springer Verlag: Berlin, Heidelberg, New York.

Lukas, K.H. (1983): 'Die Dysmenorrhoe als Prototyp des Schmerzphänomens in der Gynäkologie', S. 155 - 159. In: Prill, H.- J. & Langen, D. (1983): „ Der psychosomatische Weg zur gynäkologischen Praxis." Schattauer- Verlag: Stuttgart.

Lush, J. & Rushford, P. (1988): 'Was ist nur wieder los mit mir? Die Gefühle im Leben einer Frau'. Schulte & Gerth Verlag: Asslar.

McKinlay, J.B.; Mc Kinlay, S.M. & Brambilla D. (1992): 'The relative contributions of endocrine changes and social circumstances to depression in mid-aged women'. Journal of Health and Social Behavior 1987 (28), S. 345 - 363.

Neugarten, B.L. & Kraines R.J. (1965): ' Menopausal symptoms in woman of various ages'. Psychosomatic Medicine 27 (3), S. 266 - 273.

Oerter, Ralf. (1987): 'Jugendalter'. In: Oerter, R. & Montada, L. (1987): 'Entwicklungspsychologie', S. 265 - 360. Psychologie Verlags Union: München, Weinheim.

Peters, F. (1987): 'Laktation und Stillen. Physiologie, Klinik und Pathophysiologie der Brustdrüsenfunktion, Mastitis'. Ferdinand Enke Verlag: Stuttgart.

- Pschyrembel, W. (1994): 'Klinisches Wörterbuch'. Walter de Gruyter Verlag: Berlin, New York.
- Pschyrembel, W. & Dudenhausen, J.W. (1986): 'Praktische Geburtshilfe'. Walter de Gruyter Verlag: Berlin, New York.
- Pschyrembel, W.; Strauss, G. & Petri, E. (1990): 'Praktische Gynäkologie'. Walter de Gruyter Verlag: Berlin, New York.
- Rhode, A. (2000): '2. Interdisziplinäres Gespräch zur Kontrazeption. Sexualhormone und Psyche'. Psychoneuro; Psycho (26), S. 568 - 575.
- Richter, D. (1996): 'Gynäkologie'. In: Uexküll, T. von (1996): 'Psychosomatische Medizin', S. 1024 - 1042. Urban & Schwarzenberg Verlag: München, Wien, Baltimore.
- Rosemeier, H.P. & Schultz-Zehden, B. (1995): 'Psychologische Aspekte des Klimakteriums'. In: F. H. Fischl & J. C. Huber (Hrsg.) (1995), Menopause: 'Die Hormonsubstitution im Wandel der Zeit - Neueste Erkenntnisse und Therapiekonzepte' (S. 22 - 33). Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft: Wien.
- Rudolph, I.; Silbereisen, R. K. & Reitzle, M. (1999): 'Persönlichkeit und klimakterisches Syndrom: Eine Untersuchung zum Einfluss der Stärke allgemeiner psychischer Instabilität und der Einnahme eines Hormonpräparates auf das klimakterische Beschwerdebild'. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 7 (3), S. 120 - 132.
- Sauer, B. (1993): 'Postpartale Depression: die Geburt eines Kindes als kritisches Lebensereignis bei Frauen'. LIT Verlag: Münster, Hamburg.
- Schäfer, K. (1996): 'Thermosensibilität'. In: Dr. Dudel, J.; Dr. Menzel, R. & Dr. D. Sc.h.c. Schmidt, R. F. (1996): 'Neurowissenschaften', S. 317 - 329. Springer Verlag: Berlin, Heidelberg, New York.

- Schmidt - M. H. (1992): 'Gynäkologie und Geburtshilfe'. Schattauer Verlag: Stuttgart, New York.
- Schindler, A. E. & Schindler, E. M. (1989): 'Gynäkologie und Geburtshilfe für die Praxis'. Hippokrates Verlag: Stuttgart.
- Schultz - Zehden, B. (1997): 'Körpererleben im Klimakterium'. Profil Verlag: München Wien.
- Secord, P.F. & Jourard S.L. (1953): 'The appraisal of body cathexis: Body cathexis and the Self'. *Journal of Consulting and Psychology* (17), S. 343 - 347.
- Springer – Kremser, M. (1984): 'Die psychologische Umstellung in der Schwangerschaft'. In: Kemter, P. (1984): 'Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe', S. 29 - 35. Hollinek Verlag: Wien.
- Stauber, M. (1996): 'Geburtshilfe'. In: Uexküll, T. von (1996): 'Psychosomatische Medizin', S. 1046 - 1056. Urban und Schwarzenberg Verlag: München, Wien, Baltimore.
- Strecker, J. R. & Lauritzen, C. (1992): 'Praxis der Hormonbehandlung im Klimakterium'. Ferdinand Enke Verlag: Stuttgart.
- von Georgi, R. (im Druck): 'NEO Fünf Faktoren Inventar (NEO - FFI) nach Costa und McCrae'. In: Brähler, E., Hollinger, H., Leutner, D., Petermann, F. (in Druck): 'Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests'. Hogrefe Verlag: Göttingen.
- von Georgi, R. & Beckmann, D (2003, in Druck): 'Selbstkonzeptsinventar (SKI)'. Verlag Hans Huber: Bern .

Anhang

1. Der Fragebogen

- Waren Sie über das Eintreten Ihrer Menstruation erfreut? ja nein
- Traten Schwankungen in der Stärke der Menstruationsblutungen auf? ja nein
- Führen Sie ein befriedigendes Sexualleben? ja nein
- Haben Sie Schwangerschaftsverhütung betrieben? ja nein
- Waren Sie in Ihrer Partnerschaft glücklich? ja nein
- Starb zur Zeit Ihrer Wechseljahre ein Elternteil? ja nein
- Ich war gerne Hausfrau. ja nein
- Hatte Ihre Regel eine normale Dauer (bis zu 7 Tagen)? ja nein
- Waren Sie in Ihrer Jugend mit Ihrem Gewicht zufrieden? ja nein
- Konnten Sie mit Ihrer Familie über das Eintreten ihrer Menstruation sprechen? ja nein
- Hatten Sie sehr starke Monatsblutungen? ja nein
- Spielte die Sexualität in Ihrem Leben eine geringe Rolle? ja nein
- Wurden Sie aufgrund sozialer Umstände zu Schwangerschaftsverhütung gezwungen bei noch bestehendem Kinderwunsch? ja nein
- Hatten Sie einen starken Ausfluss (kein Blut)? ja nein
- Hat Sie zu Zeit Ihrer Wechseljahre der Weggang Ihrer Kinder belastet? ja nein
- Hatten Sie nach den Wechseljahren gehäuft steife Gelenke oder Muskelkrämpfe? ja nein
- Ich Sorge noch heute für mein(e) Kind(er). ja nein
- Haben Sie Freundinnen um ihre Figur beneidet? ja nein
- Hatten Sie ein gutes Verhältnis zu Ihrer Mutter? ja nein
- Kam es zu verlängerten Blutungen? ja nein
- War Ihnen Selbstbefriedigung in der Jugend wichtiger als heute? ja nein

- Fühlten Sie sich durch das verwendete Verhütungsmittel beeinträchtigt? ja nein
- Hatten Sie Ausfluss (kein Blut), der auf Medikamente nicht oder nur schlecht ansprach? ja nein
- Fühlten Sie sich überflüssig? ja nein
- Waren Ihre Beschwerden während der Wechseljahre so stark, dass Sie medikamentös behandelt werden mussten? ja nein
- Mein(e) Kind(er) hat(haben) noch heute eine emotionale Bindung zu mir. ja nein
- Haben Sie Diäten gemacht? ja nein
- Erlebten Sie Ihre Mutter als verschlossen und zurückhalten? ja nein
- War Ihr Zyklus nach Geschlechtsverkehr verändert? ja nein
- Hatten Sie schon einmal Probleme beim Geschlechtsverkehr, z. B. Scheidenkrampf? ja nein
- Wurde Ihre monatliche Blutung durch das Verhütungsmittel verändert? ja nein
- Hat Sie der Ausfluss (kein Blut) in Ihrem Sexualleben behindert? ja nein
- Erwarteten Sie Beschwerden in den Wechseljahren? ja nein
- Nahmen Sie Psychopharmaka ein? ja nein
- Meine Ehe war für mich eine Last. ja nein
- Haben Sie während der Pubertät zugenommen? ja nein
- Waren Ihre Menstruationsabstände regelmäßig? ja nein
- Hatten Sie Schmerzen während Ihrer Periode? ja nein
- Hat sich Ihre Einstellung zur Sexualität mit den Jahren verändert? ja nein
- Stieg die Häufigkeit Ihres Geschlechtsverkehrs nach Anwendung des Verhütungsmittels? ja nein
- Trat in Stresssituationen vermehrt Ausfluss (kein Blut) auf? ja nein
- Empfanden Sie die Wechseljahre als belastend? ja nein
- Wurden die Beschwerden in den Wechseljahren durch Medikamente verbessert? ja nein
- Mein Partner hat immer zu mir gehalten ja nein
- Haben Sie während der Pubertät abgenommen? ja nein

- Hatten Sie von Anfang an eine regelmäßige Periode? ja nein
- Hatte Ihre Mutter Beschwerden während ihrer Regel? ja nein
- Glauben Sie, dass sich das Bedürfnis nach Sexualität mit den Wechseljahren verändert? ja nein
- Haben Sie sich sterilisieren lassen? ja nein
- Hatten Sie eine Eileiterentzündung (Adnexitis)? ja nein
- Haben Sie unter Wechseljahresbeschwerden gelitten? ja nein
- Nahmen Sie Hormonpräparate zur Verhütung von Folgeerkrankungen wie Osteoporose ? ja nein
- Sind Sie, bevor Sie Ihre erste Menstruation bekamen, aufgeklärt gewesen? ja nein
- Kam es unter psychischer Anspannung zu Veränderungen zwischen den Menstruationsabständen? ja nein
- Traten auch nach der Pubertät während der Menstruation Schmerzen auf? ja nein
- Ich habe keine Kinder, weil ich keine wollte. ja nein
- Neigen Sie zu Entzündungen im Genitalbereich? ja nein
- Hatten Sie Angst vor den Wechseljahren? ja nein
- Nahmen Sie nach Ihrer letzten Menstruation an Gewicht zu? ja nein
- Hatten Sie im Klimakterium den Wunsch, einen neuen Beruf auszuüben? ja nein
- War die erste Monatsblutungen zeitgleich mit der Gleichaltriger? ja nein
- Kam es zum Ausbleiben Ihrer Regel, ohne dass Sie schwanger waren? ja nein
- Wenn ich mich seelisch unter Druck fühlte, traten bei mir Beschwerden auf? ja nein
- Ich habe keine Kinder, weil ich unfruchtbar war. ja nein
- Litten Sie häufig unter Unterleibsschmerzen? ja nein
- Empfanden Sie die Wechseljahre als Beginn des Älterwerdens? ja nein
- Bekamen Sie Hormonpräparate zur Therapie? ja nein
- Begannen Sie im Klimakterium eine neue Freizeitbeschäftigung auszuüben? ja nein

- Wurden Sie durch ihre Mutter auf die Menstruation vorbereitet? ja nein
- Fühlten Sie sich durch die Menstruation in Ihren normalen Aktivitäten eingeengt? ja nein
- Ich habe keine Kinder, weil mein Mann unfruchtbar ist. ja nein
- Trat bei Ihnen ein starker Juckreiz im Gebiet der Scheide auf? ja nein
- Haben Sie darunter gelitten, dass Sie nach den Wechseljahren nicht mehr schwanger werden konnten? ja nein
- Kommt in Ihrer Familie Osteoporose vor? ja nein
- Manchmal beneide ich die heutigen jungen Frauen um ihre Freiheit. ja nein
- Sind bei Ihnen Zwischenblutungen aufgetreten? ja nein
- Haben die Beschwerden während ihrer Regel Sie in Ihrem Allgemeinbefinden beeinträchtigt? ja nein
- Hat Ihr Partner bei Genitalentzündung Rücksicht auf Sie genommen? ja nein
- Hat die Häufigkeit Ihres Geschlechtsverkehrs nach dem Klimakterium stark abgenommen? ja nein
- Wurde bei Ihnen eine Osteoporose festgestellt? ja nein
- Ich habe zu viel Energie in die Erziehung meines/meiner Kindes/Kinder investiert. ja nein
- Wurden Sie durch Ihren Partner bei noch bestehendem Kinderwunsch zur Schwangerschaftsverhütung gezwungen ? ja nein

Die folgenden Fragen bitte nur ausfüllen wenn Sie ein Kind geboren haben.

Fragen zu der ersten Schwangerschaft, der ersten Geburt und Stillzeit

- War Ihre Schwangerschaft geplant? ja nein
- Lebten Sie zu dieser Zeit in gesicherten Verhältnissen? ja nein
- Freuten Sie sich über Ihre Schwangerschaft? ja nein
- Bemerkten Sie in den ersten drei Monaten Ihrer Schwangerschaft Veränderungen, wie z. B. Übelkeit? ja nein
- Kam es zu medizinischen Problemen während der Schwangerschaft? ja nein
- Wäre Ihre Schwangerschaft ohne ärztliche Hilfe nicht zu schaffen gewesen? ja nein
- Mussten Sie sich während der Schwangerschaft sehr schonen? ja nein
- Haben Sie während der Schwangerschaft sehr genau auf eine gesunde Lebensführung geachtet? ja nein
- War die Schwangerschaft für Sie eine schöne Zeit? ja nein
- Fühlten Sie sich im Verlauf der Schwangerschaft ausgeglichener als sonst? ja nein
- Hatten Sie sexuelle Bedürfnisse in der Schwangerschaft? ja nein
- Hatten Sie während dieser Zeit Probleme mit dem Partner? ja nein
- Hatten Sie einen gewollten Schwangerschaftsabbruch? ja nein
- Hatten Sie starke Angst vor dem Geburtsvorgang? ja nein
- Haben Sie sich auf die Mutterrolle vorbereitet? (Literatur) ja nein
- Haben Sie sich durch einen Kurs auf die Geburt vorbereitet? ja nein
- Hatten Sie lange und schmerzhaft Wehen? ja nein
- Haben Sie die Geburt bewusst miterlebt? ja nein
- Hatte Ihre Mutter eine schwere Geburt? ja nein
- Haben Sie die Geburt als Trennung von Ihrem Kind empfunden? ja nein
- Hatten Sie die erste Zeit nach der Entbindung ausreichenden Kontakt zu Ihrem Kind? ja nein
- Befanden Sie sich nach der Entbindung in einem Stimmungstief (z.B. weinerlich, depressiv)? ja nein

- Hatten Sie den Wunsch, dass der Vater Ihres Kindes während der Geburt dabei gewesen wäre? ja nein
- Haben Sie sich auf das Kind gefreut? ja nein
- War es eine leichte Geburt? ja nein
- Haben Sie Ihr Kind gestillt? ja nein
- Hätten Sie gerne gestillt, konnten es aber aus medizinischen Gründen nicht? ja nein
- Empfanden Sie das Stillen als angenehm? ja nein
- Bekamen Sie durch das Stillen schmerzhaftes Schrunden an den Brustwarzen? ja nein
- Mussten Sie aus medizinischen Gründen abstillen? ja nein
- Waren Sie über das Abstillen erfreut? ja nein

Litten Sie in den Tagen vor Ihrer Menstruation unter:

- Migräneanfällen ja nein
- Übelkeit ja nein
- Schwindelanfällen ja nein
- Blähungsgefühl ja nein
- Empfindliche Brust ja nein
- Schmerzen im Unterleib ja nein
- Hautprobleme ja nein
- Reizbarkeit ja nein
- Ungeduld ja nein
- Launenhaftigkeit ja nein
- Essensgelüsten ja nein

Fragen zu Schmerzen während der Menstruation

- Wann war Ihre Periode zum erstenmal schmerzhaft? _____ Jahre
- Traten die Schmerzen vor der Blutung auf? ja nein
- Traten die Schmerzen zusammen mit der Blutung auf? ja nein
- Traten die Schmerzen nach der Blutung auf? ja nein

Litten sie in den Wechseljahren unter:

- Hitzewallungen ja nein
- Schweißausbrüchen ja nein
- Schwindel ja nein
- Schlaflosigkeit ja nein
- Depressiven Verstimmungen ja nein
- Durchblutungsstörungen
(Kribbeln über die Haut wie „Ameisenlaufen“) ja nein

Allgemeine Fragen

- Wie alt sind Sie? _____Jahre
 - Wie alt waren Sie, als Ihre Menstruation zum erstenmal auftrat? _____Jahre
 - In welchem Alter hatten Sie zum erstenmal Geschlechtsverkehr? _____Jahre
 - Welche Verhütungsmittel haben Sie verwendet? _____
 - Wie lange verwendeten Sie das Verhütungsmittel? _____
 - Wie alt waren Sie als Sie zum erstenmal schwanger wurden? _____Jahre
 - Wie viele Geburten hatten Sie? _____
 - Wie viele Fehlgeburten hatten Sie? _____
 - Mit wie viel Jahren hatten Sie ihre letzte Menstruation? _____Jahre
 - Wie oft haben Sie geheiratet? _____
 - Wie alt waren Sie als Sie zum erstenmal geheiratet haben? _____Jahre
 - Wie oft haben Sie sich scheiden lassen? _____
 - Ich bin geschieden, weil ich mich trennen wollte. ja nein
 - Ich bin geschieden, weil mein Mann die Trennung wollte. ja nein
 - Nach der Scheidung bin ich eine neue Partnerschaft eingegangen. ja nein
 - Wie lange sind Sie mit Ihrem jetzigen Mann zusammen? _____Jahre
 - Mein Mann liebt mich noch heute. ja nein
 - Welchen Beruf haben Sie erlernt? _____
 - Haben Sie diesen Beruf ausgeübt? ja nein
 - In welchem Zeitraum haben Sie den Beruf ausgeübt? _____
 - Sind Sie mit Ihrem Beruf zufrieden? ja nein
 - Litten oder leiden Sie unter einer schweren Erkrankung? _____
-
- Ich bin nicht oder nur teilweise berufstätig
 - Hausfrau
 - Mithilfe im Familienbetrieb
 - Aushilfsarbeiten außer Haus
 - Halbtagsbeschäftigung
 - Arbeitslos
 - Rente/ Pension

- Ich wohne in einem Haushalt:
 - ganz allein
 - als Paar ohne Kind
 - als Paar mit einem Kind
 - als Paar mit zwei und mehr Kinder
 - als Alleinerziehende

- Mein persönliches Einkommen (netto, monatlich):
 - 0-1000 DM
 - 1000-2000 DM
 - 2000-3000 DM
 - 3000-4000 DM
 - über 4000 DM

- Unser Haushalt verfügt über (netto, monatlich):
 - 0-1000 DM
 - 1000-2000 DM
 - 2000-3000 DM
 - 3000-4000 DM
 - 4000-8000 DM
 - über 8000 DM

- Ich bin aufgewachsen:
 - dörflich
 - Kleinstadt, wo jeder noch fast alle kennt
 - Kreisstadt (bis 100 000)
 - Vorort einer Großstadt
 - in einer Großstadt
 - im Ausland

- Ich lebe heute:
 - in einem Dorf
 - in einer Kleinstadt
 - Kreisstadt (bis 100 000)
 - in einem Vorort einer Großstadt
 - in einer Großstadt
 - oft im Ausland

2.Itempool

2.1 Itempool zu Menarche, Menstruation und Pubertät

einms	Waren Sie über das Eintreten Ihrer Menstruation erfreut ?
schwank	Traten Schwankungen in der Stärke der Menstruationsblutungen auf?
dauer	Hatte Ihre Regel eine normale Dauer (bis zu 7 Tagen)?
jugend	Waren Sie in Ihrer Jugend mit Ihrem Gewicht zufrieden?
famms	Konnten Sie mit Ihrer Familie über das Eintreten Ihrer Menstruation sprechen?
starkems	Hatten Sie sehr starke Monatsblutungen?
gut	Hatten Sie ein gutes Verhältnis zu Ihrer Mutter?
mslang	Kam es zu verlängerten Blutungen?
diaet	Haben Sie Diäten gemacht?
verschlo	Erlebten Sie Ihre Mutter als verschlossen und zurückhaltend?
mssex	War Ihr Zyklus nach Geschlechtsverkehr verändert?
anders	Wurde Ihre monatliche Blutung durch das Verhütungsmittel verändert?
mehrkilo	Haben Sie während der Pubertät zugenommen?
abstand	Waren Ihre Menstruationsabstände regelmäßig?
schmerz	Hatten Sie Schmerzen während Ihrer Periode?
kiloweg	Haben Sie während der Pubertät abgenommen?
anfang	Hatten Sie von Anfang an eine regelmäßige Periode?
mutbe	Hatte Ihre Mutter Beschwerden während ihrer Regel?
wissen	Sind Sie, bevor Sie Ihre erste Menstruation bekamen, aufgeklärt gewesen?
psyche	Kam es unter psychischer Anspannung zu Veränderungen zwischen den Menstruationsabständen?
pschmerz	Traten auch nach der Pubertät während der Menstruation Schmerzen auf?
gleich	War sie erste Monatsblutung zeitgleich mit der Gleichaltriger?
verlust	Kam es zum Ausbleiben Ihrer Regel, ohne das Sie schwanger waren?
uleib	Litten Sie häufig unter Unterleibsschmerzen?
mutter	Wurden Sie durch ihre Mutter auf die Menstruation vorbereitet?
aktiv	Fühlten Sie sich durch die Menstruation in Ihren normalen Aktivitäten eingeengt?
zwischen	Sind bei Ihnen Zwischenblutungen aufgetreten?
befinden	Haben die Beschwerden während Ihrer Regel Sie in Ihrem Allgemeinbefinden beeinträchtigt?

2.2 Itempool zur Sexualität

befsex	Führen Sie ein befriedigendes Sexualeben?
verhuete	Haben Sie Schwangerschaftsverhütung betrieben?
gering	Spielte die Sexualität in Ihrem Leben eine geringe Rolle?
gezzverh	Wurden Sie aufgrund sozialer Umstände zu Schwangerschaftsverhütung gezwungen, bei noch bestehendem Kinderwunsch?
selbst	War Ihnen Selbstbefriedigung in der Jugend wichtiger als heute?

verhneg	Fühlten Sie sich durch das verwendete Verhütungsmittel beeinträchtigt?
krampf	Hatten Sie schon einmal Probleme beim Geschlechtsverkehr, z. B. Scheidenkrampf?
Flussex wandel	Hat Sie der Ausfluss (kein Blut) in Ihrem Sexualleben behindert?
oefter	Hat sich Ihre Einstellung zur Sexualität mit den Jahren verändert?
sexwj	Stieg die Häufigkeit Ihres Geschlechtsverkehrs nach Anwendung des Verhütungsmittels?
steril	Glauben Sie, dass sich das Bedürfnis nach Sexualität, mit den Wechseljahren verändert?
sexzu	Haben Sie sich sterilisieren lassen?
zwang	Hat die Häufigkeit Ihres Geschlechtsverkehrs nach dem Klimakterium stark abgenommen?
	Wurden Sie durch Ihren Partner bei noch bestehendem Kinderwunsch zur Schwangerschaftsverhütung gezwungen

2.3 Itempool zu gynäkologischen Erkrankungen

Ausfluss	Hatten Sie einen starken Ausfluss (kein Blut)?
flußmed	Hatten Sie Ausfluss (kein Blut), der auf Medikamente nicht oder nur schlecht ansprach?
eileiter	Hatten Sie eine Eileiterentzündung (Adnexitis)?
genital	Neigen Sie zu Entzündungen im Genitalbereich?
juckreiz	Trat bei Ihnen ein starker Juckreiz im Gebiet der Scheide auf?

2.4 Itempool zu Kinderwunsch

keine	Ich habe keine Kinder, weil ich keine wollte.
unfrucht	Ich habe keine Kinder, weil ich unfruchtbar war.
mann	Ich habe keine Kinder, weil mein Mann unfruchtbar ist.

2.5 Itempool zur Partnerschaft

partpos	Waren Sie in Ihrer Partnerschaft glücklich?
ehelast	Meine Ehe war für mich eine Last.
treue	Mein Partner hat immer zu mir gehalten.
partner	Hat Ihr Partner bei Genitalentzündungen Rücksicht auf Sie genommen?

2.6 Itempool zu den Wechseljahren

todwj	Starb zur Zeit Ihrer Wechseljahre ein Elternteil?
gerne	Ich war gerne Hausfrau.
wjkind	Hat Sie zu Zeit Ihrer Wechseljahre der Weggang Ihrer Kinder belastet?
gelenk	Hatten Sie nach den Wechseljahren gehäuft steife Gelenke oder Muskelkrämpfe?
sorgen	Ich Sorge noch heute für mein(e) Kind(er).
ueberfluß	Fühlten Sie sich überflüssig?
beschw	Waren Ihre Beschwerden während der Wechseljahre so stark, dass sie medikamentös behandelt werden mussten?
emoti	Mein(e) Kind(er) hat (haben) noch heute eine emotionale Bindung zu mir.
erwarten	Erwarteten Sie Beschwerden in den Wechseljahren?
psycho	Nahmen Sie Psychopharmaka?
wjlast	Empfanden Sie die Wechseljahre als belastend?
lastmed	Wurden die Beschwerden in den Wechseljahren durch Medikamente verbessert?
leiden	Haben Sie unter Wechseljahresbeschwerden gelitten?
osteofam	Nahmen Sie Hormonpräparate zur Verhütung von Folgeerkrankungen wie Osteoporose?
angst	Hatten Sie Angst vor den Wechseljahren?
wjkilo	Nahmen Sie nach der letzten Menstruation an Gewicht zu?
berufwj	Hatten Sie im Klimakterium den Wunsch, einen neuen Beruf auszuüben?
alt	Empfanden Sie die Wechseljahre als Beginn des Älterwerdens?
hormone	Bekamen Sie Hormonpräparate zur Therapie?
freizeit	Begannen Sie im Klimakterium eine neue Freizeitbeschäftigung auszuüben?
wjsteril	Haben Sie darunter gelitten, dass sie nach den Wechseljahren nicht mehr schwanger werden konnten
osteofam	Kommt in Ihrer Familie Osteoporose vor?
neid	Manchmal beneide ich die heutigen jungen Frauen um ihre Freiheit.
pososteo	Wurde bei Ihnen eine Osteoporose festgestellt?
energie	Ich habe zu viel Energie in die Erziehung meines/meiner Kindes/ Kinder investiert.

2.7 Itempool zu Schwangerschaft und Geburt

plan	War Ihre Schwangerschaft geplant?
sicher	Lebten Sie zu dieser Zeit in gesicherten Verhältnissen?
freude	Freuten Sie sich über Ihre Schwangerschaft?
drei	Bemerkten Sie in den ersten drei Monaten Ihrer Schwangerschaft Veränderungen, wie z. B. Übelkeit?
problem	Kam es zu medizinischen Problemen während der Schwangerschaft?

hilfe	Wäre Ihre Schwangerschaft ohne ärztliche Hilfe nicht zu bewältigen?
schonen	Mussten Sie sich während der Schwangerschaft sehr schonen?
gesunde	Haben Sie während der Schwangerschaft sehr genau auf eine gesunde Lebensführung geachtet?
schoen	War die Schwangerschaft für Sie eine schöne Zeit?
ruhig	Fühlten Sie sich im Verlauf der Schwangerschaft ausgeglichener als sonst?
bedarf	Hatten Sie sexuelle Bedürfnisse in der Schwangerschaft?
streit	Hatten Sie während dieser Zeit Probleme mit dem Partner?
abbruch	Hatten Sie einen gewollten Schwangerschaftsabbruch?
panik	Hatten Sie starke Angst vor dem Geburtsvorgang?
rolle	Haben Sie sich auf die Mutterrolle vorbereitet? (Literatur)
kurs	Haben Sie sich durch einen Kurs auf die Geburt vorbereitet?
wehen	Hatten Sie lange und schmerzhafte Wehen?
bewusst	Haben Sie die Geburt bewusst miterlebt?
schwer	Hatte Ihre Mutter eine schwere Geburt?
trennung	Haben Sie die Geburt als Trennung von Ihrem Kind empfunden?
kontakt	Hatten Sie die erste Zeit nach der Entbindung ausreichenden Kontakt zu Ihrem Kind?
tief	Befanden Sie sich nach der Entbindung in einem Stimmungstief (z.B. weinerlich, depressiv)?
wunsch	Hatten Sie den Wunsch, dass der Vater Ihres Kindes während der Geburt dabei gewesen wäre?
glueck	Haben Sie sich auf das Kind gefreut?
leicht	War es eine leichte Geburt?
stillen	Haben Sie Ihr Kind gestillt?
gruende	Hätten Sie gerne gestillt, konnten es aber aus medizinischen Gründen nicht?
angenehm	Empfanden Sie das Stillen als angenehm?
busen	Bekamen Sie durch das Stillen schmerzhafte Schrunden an den Brustwarzen?
abstill	Mussten Sie aus medizinischen Gründen abstillen?
erfreut	Waren Sie über das Abstillen erfreut?

Tabelle 1

Mittelwert und Standardabweichung der Faktorenanalyse:

	Mittelwert	Standardabweichung
EinMS = Erfreut über Menarche	0,48	0,48
Schwank = Blutungsschwankung	0,66	0,47
Befsex = Glückliches Sexualleben	0,86	0,34
Verhuete = Kontrazeptiva	0,70	0,45
Partpos = schöne Partnerschaft	0,87	0,31
TodWJ = Tod der Eltern	0,36	0,48
Gerne = Hausfrau gerne gewesen	0,81	0,38
Dauer = Periode normale Länge	0,87	0,34
Jugend = mit Gewicht zufrieden	0,87	0,34
FamMS = Familie und Menarche	0,42	0,49
StarkeMS = starke Regel	0,60	0,49
Gering = Sexualität geringe Rolle	0,51	0,49
Gezverh =Zwang zur Verhütung	0,02	0,15
Ausfluß = Ausfluß zw. Periode	0,14	0,34
Wjkind = Weggang der Kinder	0,21	0,38
Gelenk = steife Gelenke	0,26	0,43
Sorgen = versorgen der Kinder	0,50	0,46
Freund = Freunde beneidet	0,37	0,47
Gut = gute Mutterbeziehung	0,72	0,44
Mslang = lange Menstruation	0,27	0,44
Selbst = Selbstbefriedigung	0,17	6,58
Verhneg = schlechte Verhütung	0,18	0,36
Flußmed = Ausfluß behandelt	0,07	0,25
Ueberflu= überflüssig fühlen	0,05	0,21
Beschw = Beschwerden	0,35	1,84
Emotio = emotionale Bindung	0,87	0,31
Diaet = Diäten gemacht	0,40	0,49
Verschlo = Mutter verschlossen	0,40	0,49
Mssex = Periode u. Sexualität	0,02	0,15
Anders = Regel verändert	0,15	0,34
Flußsex = Ausfluß und Sexualität	0,08	0,25
Erwarten= Beschwerden erwartet	0,36	0,46
Psycho = Psychopharmaka	0,07	0,25
Ehelast = Ehe war eine Last	0,05	0,21
Mehrkilo = zugenommen	0,21	0,40
Abstand = Menstruationsabstand	0,84	0,36
Schmerz = Dysmenorrhoe	0,68	0,46
Wandel = Sexuelle Einstellung	0,66	0,47
Oefter = Verhütung u. Sexualität	0,10	0,28
Streß = Streß und Menstruation	0,24	0,43
Wjlast = Wechseljahre - Last	0,11	0,31
Lastmed = Medikamente	0,38	0,47
Treue = Partner war treu	0,49	0,49
Kiloweg = abgenommen	0,39	0,48
Anfang = Regelmäßige Periode	0,36	0,83
Mutbe = Mutter - Dysmenorrhoe	0,66	0,47
Sexwj = Sexualität u. Klimakter.	0,06	0,20
Steril = Sterilisation	0,09	0,28
Eileiter = Eileiterentzündung	0,18	0,38
Leiden = Beschwerden im Klima.	0,60	0,49
Osteo = Osteoporose	0,12	0,31
Wissen = Aufklärung	0,57	0,49
Psyche = Psyche und Periode	0,23	0,41
Pschmerz = Pubertät	0,34	0,47
Keine = Keine Kinder	0,36	0,48
Genital = Genitalentzündung	0,23	0,41
Angst = Angst u. Klimakterium	0,56	0,49
Wjkilo = Gewicht u. Klimakter.	0,19	0,38
Berufwj = neuer Beruf	0,33	0,47
Gleich = Gleichaltrige u. Periode	0,47	0,50
Verlust = Ausbleiben der Periode	0,19	0,38
Druck = Seelische Belastung	0,18	0,38
Uleib = Unterleibsschmerzen	0,47	0,50
Alt = Angst vor dem Alter	0,34	0,47
Hormone = Hormontherapie	0,50	0,49
Freizeit = Freizeitgestaltung	1,97	1,09
	0,43	0,47
	0,12	0,31

Juckreiz = Juckreiz im Genital.	0,19	0,38
Osteofam= Osteoporose u. Familie	0,18	0,38
Neid = junge Frauen beneidet	0,47	0,50
Zwischen = Zwischenblutungen	0,34	0,47
Befinden = Allgemeinzustand	0,50	0,49
Partner = Krankheit u. Partner	0,19	0,11
Sexzu = Sexualität u.	0,43	0,47
Postosteo. = Osteoporose	0,12	0,31
Energie = Erziehung der Kinder	0,28	0,42

N=46 Fälle

Tabelle 2

Mittelwert und Standardabweichung

	Mittelwert	Standardabweichung
Plan	0,66	0,70
Sicher	1,05	0,50
Freude	1,10	0,41
Drei	0,81	0,64
Problem	0,37	0,70
Hilfe	0,62	0,70
Schonen	0,36	0,70
Gesunde	0,91	0,59
Schoen	1,07	0,44
Ruhig	0,74	0,67
Bedarf	0,68	0,69
Streit	0,41	0,71
Abbruch	0,32	0,68
Panik	0,48	0,72
Rolle	0,93	0,57
Kurs	0,59	0,71
Wehen	0,80	0,65
Bewußt	1,05	0,47
Schwer	0,74	0,64
Trennung	0,30	0,68
Kontakt	1,05	0,47
Tief	0,55	0,71
Wunsch	0,44	0,71
Glueck	1,14	0,34
Leicht	0,66	0,70
Stillen	0,80	0,65
Gruende	0,82	0,61
Angenehm	1,03	0,50
Busen	0,61	0,67
Abstill	0,75	0,66
Erfreut	0,76	0,63

N = 46 Fälle

Tabelle 3
Interkorrelation der unabhängigen Variablen

	E	O	G	V	N	ATT	VER	ACH	ABH	KOO	WER	MFB 1	MFB 2	MFB 3	MFB 4	MFB 5
E NEO Extraversion																
O NEO Offenheit	0,02															
G NEO Gewissenhaftigkeit	0,30	-0,17														
V NEO Verträglichkeit	0,02	-0,26	0,04													
N NEO Neurotizismus	-0,04	0,03	-0,08	-0,20												
ATTRAKTI GPI Attraktivität	0,31	0,27	0,17	-0,08	-0,17											
VERTRAUE GPI Vertrauen	0,26	-0,15	0,02	0,22	-0,14	0,53										
ACHTLOSI GPI Achtlosigkeit	0,00	0,44	-0,33	0,24	-0,04	0,35	0,33									
ABHÄNGIG GPI Abhängigkeit	0,17	-0,40	0,22	0,19	-0,18	-0,10	0,32	-0,25								
KOOPERAT GPI Kooperation	-0,25	-0,10	-0,21	0,19	0,00	-0,34	-0,12	0,23	0,07							
WERTLOSI GPI Wertlosigkeit	0,26	0,00	0,22	0,25	-0,68	0,25	0,30	0,08	0,10	-0,10						
MFB_1 MFB negatives Menstruationserleben und -beschwerden	-0,21	0,25	-0,10	-0,15	0,18	0,09	-0,09	0,11	0,15	-0,10	-0,19					
MFB_2 MFB mangelnde Aufklärung durch Eltern und Familie	-0,16	-0,45	-0,12	0,07	0,08	-0,21	0,06	0,12	0,27	0,27	-0,02	-0,03				
MFB_3 MFB Partnerschaftsprobleme	-0,03	0,23	0,03	-0,01	0,01	-0,37	-0,34	-0,26	-0,20	-0,04	-0,03	0,05	-0,22			
MFB_4 MFB Ablehnung von Med und Pharma bei neg. Sexerleben	-0,12	0,20	-0,13	-0,12	-0,04	0,08	0,00	0,19	-0,07	-0,03	-0,08	0,20	-0,04	0,01		
MFB_5 MFB Angst und Pharmaeinnahme in den Wechseljahren	-0,06	-0,02	-0,06	-0,09	-0,03	0,02	-0,05	-0,06	0,06	-0,17	0,02	0,25	0,05	-0,01	0,80	
SWE SWE positives Schwangerschafts- und Stillleben	-0,12	0,19	-0,20	-0,19	-0,13	0,10	-0,18	0,14	0,10	0,01	0,10	0,31	0,09	-0,24	0,18	0,11

Anmerk. Missing durch den Mittelwert ersetzt

Danksagung:

Hiermit möchte ich meiner Mutter, meinem Bruder, meinem Vater, Herrn Prof. Dr. D. Beckmann und Herrn Dipl. - Psych. R. von Georgi danken, ohne deren Hilfe diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Lebenslauf

Name: Höfle
Vorname: Karin
Geb. am: 25.05.1973
Geb. Ort: Leonberg
Wohnort: 70825 Korntal Münchingen
Str.: Hindenburgstrasse 47
Familienstand: ledig
Konfession: evangelisch

1979- 1983 : Grundschule in Korntal- Münchingen
1983- 1986 : Hauptschule in Korntal- Münchingen
1986- 1990 : Realschule in Korntal- Münchingen
1990-1993 : Hedwig- Dohm - Schule / Abitur
1993- 1994: Studium der Philosophie und der Geschichte an der Albert- Ludwigs.
Universität Freiburg
1994- 1995: Freiwilliges Soziales Jahr
1995- 2002: Studium der Humanmedizin an der Justus Liebig- Universität Giessen
30.04.02: Dritter Abschnitt der Ärztliche Prüfung
01.06.02 - 30.11.03: ÄiP in der Inneren Abteilung der Asklepios Klinik Lich