

JOURNAL FÜR MENOPAUSE

SCHULTZ-ZEHDEN B
Körpererleben im Klimakterium

Journal für Menopause 1998; 5 (1) (Ausgabe für Schweiz), 14-23

Journal für Menopause 1998; 5 (1) (Ausgabe für Deutschland)

10-17

Journal für Menopause 1998; 5 (1) (Ausgabe für Österreich)

13-22

Homepage:

www.kup.at/menopause

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

KÖRPERERLEBEN IM KLIMAKTERIUM

ZUSAMMENFASSUNG

Wie das Klimakterium körperlich erlebt wird, erweist sich interindividuell sehr unterschiedlich. In der Menopauseforschung dominierten bisher Studien, in denen nach den klimakterischen Symptomen gefragt wurde. Es werden Ergebnisse aus zwei Menopause-Studien vorgestellt, die ein über die Beschwerden hinausgehendes Bild über das Körpererleben der Menopause-Frau liefern. Dazu zählen Aspekte wie: Entlastungen durch die Menopause, Beurteilung der eigenen Attraktivität und Weiblichkeit, Körpervertrauen, Körpersensibilität, Veränderungen in der Sexualität und im öffentlichen Bild.

Die Ergebnisse deuten auf eine Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbild hin. Entgegen der vorherrschenden Meinung, Frauen würden vor allem Attraktivitätseinbußen erleben, wird aufgezeigt, daß $\frac{3}{4}$ der Frauen aus ihrem subjektiven Empfinden heraus für sich Beeinträchtigungen ihrer Attraktivität und Weiblichkeit zurückweisen. Hingegen erlebt sich die Frau von der Gesellschaft ganz anders wahrgenommen. Über die Hälfte der Frauen sehen sich als durch die Gesellschaft „abgewertet“ oder „bereits zum alten Eisen gezählt“.

Über die Hälfte berichtet über Einschränkungen in Libido und den Rückgang sexueller Aktivitäten. Hierfür werden Zusammenhänge zu psychosozialen Aspekten aufgezeigt.

Das Ergebnis einer Clusteranalyse läßt verschiedene Körperkonzepte transparent werden, die erstmalig systematisch bei dieser Altersgruppe untersucht wurden. Die größte Gruppe verfügt über ein Körperkonzept mit hoher „Körperakzeptanz“ und kaum klimakterischen Beschwerden. Es fanden sich drei weitere Körperkonzepte: die Körperunsicherheit, der gekränkte weibliche Körper und der Körper, der als Last empfunden wird. Die Ermittlung dieser vier unterschiedlichen Körperkonzepte stärkt die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des Körpererlebens von Frauen im Klimakterium.

EINLEITUNG

In empirischen Menopause-Studien wurde das Körpererleben der Frau im Klimakterium bisher reduziert auf die Frage nach ihren Beschwerden. Die für Frauen so wichtigen Aspekte wie Körpervertrauen, die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, die Körpersensitivität (= die Aufmerksamkeit, die dem eigenen Körper entgegengebracht wird) sowie die für Frauen so bedeutsame Attraktivität wurden nicht berücksichtigt. Ebenso verschiedene Körperkonzepte von Frauen im Klimakterium wurden systematisch bisher nicht untersucht, es finden sich hierzu nur Hinweise bei jüngeren Altersgruppen [1, 2].

Die Fragestellung ist insofern relevant, weil wir aus empirisch-psychologischen Arbeiten wissen, daß diese Aspekte des Körpererlebens nicht nur wichtig für das Selbstkonzept und das Selbstwert-

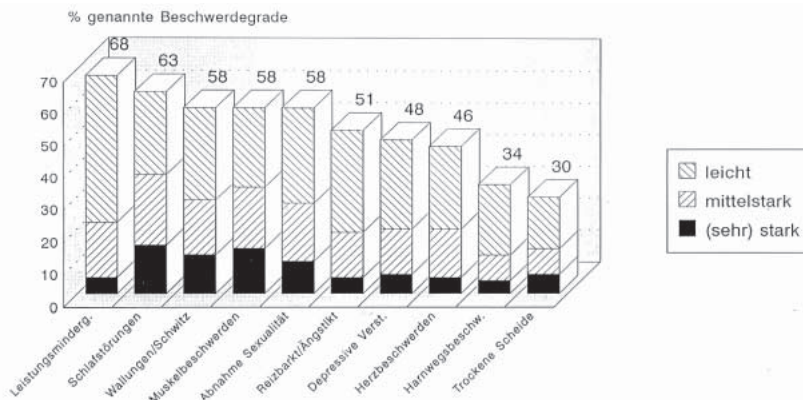
gefühl einer Frau sind, sondern erheblichen Einfluß nehmen können auf die psychische und körperliche Gesundheit einer Frau [3, 4] – somit auch ein Zusammenhang zum klimakterischen Beschwerdebild angenommen werden kann.

Die Frau wird während ihrer gesamten Lebensspanne immer wieder mit der Besonderheit ihrer Körperlichkeit konfrontiert. Stärker als die Biographie des Mannes wird die weibliche Biographie noch immer durch biologische Abläufe geprägt, die gleichfalls Markierungen für Altersabschnitte darstellen.

Die Menopause kann als eine biologische Markierung – ein körperliches Signal – für das Älterwerden angesehen werden. Sie kann Anlaß sein, sich mit dem eigenen Altern auseinanderzusetzen. Das schließt mit ein, bewußt oder unbewußt über das gelebte bzw. ungelebte Leben zu resümieren. Je nachdem, wie diese Bilanz ausfällt, kann das psychische und physische Wohlbefinden der Frau davon beeinflußt sein.

In einer Gesellschaft, die die Vitalität, Energie und Leistungsfähigkeit der Jugend zum Idealbild erhebt und darüber „Attraktivität“ definiert, ist das Erleben des eigenen Alterns besonders bei Frauen fast zwangsläufig mit einem „sich abgewertet fühlen“ verbunden. Sichtbare Veränderungen des Körperäußeren – vermehrte Faltenbildung, schlaffer werdende Haut, die Haare werden dünner und grau, die Figur kann sich ändern – fällt bei den herrschenden Schönheitsnormen vielen Frauen schwer,

Abbildung 1: 2. Berliner Menopausestudie, 1996: Klimakterische Beschwerden, 603 Frauen im Alter von 47–59 Jahren. MRS-Ratings nach Ausprägungen – sortiert nach Nennungen



diese anzunehmen und zu akzeptieren.

Von erheblichem Interesse ist nun, wie die neue Frauengeneration, die jetzt die Wechseljahre erreicht hat, dieses verarbeitet, wie sie sich selbst wirklich fühlen und wie sie meinen, von ihrer Umwelt wahrgenommen und bewertet zu werden.

METHODIK

Es werden Ergebnisse aus zwei Studien vorgestellt: In der 1. Menopausestudie wurden 1994 230 Berliner Frauen (Alter: 45–55 Jahre) empirisch zu ihrem Klimakteriumserleben, ihren Rollenkonflikten und ihren Bewältigungsmöglichkeiten in den mittleren Lebensjahren untersucht. Es wurde ein qualitatives Satzergänzungsverfahren, das Freiburger Persönlichkeits-Inventar, ein Fragebogen zum Körpererleben, eine Skala zur Erfassung des Selbstwertgefühls sowie zur Geschlechterrollenorientierung eingesetzt.

Als Erweiterung folgte eine 2. Menopausestudie (1996), eine bundesweite Stichprobe von 603 Frauen (47–59 Jahre), um die wichtigsten psychologischen Ergebnisse repräsentativ bestätigen zu können. Beide Studien enthielten zur Erfassung der klimakterischen Beschwerden die Menopause-Bewertungsskala [5]. Die 2. Studie enthielt außer Fragen nach kritischen Lebensereignissen und zum Gesundheitsverhalten einen neu konstruierten Fragebogen zu psychosozialen Aspekten des Klimakteriumserlebens.

ERGEBNISSE

Körperliche Entlastungen

Es gibt positive Elemente im Zusammenhang mit der Menopause, die im Körpererleben ihren Ausdruck finden: 81 % stimmten der Frage zu: „keine Regelblutungen mehr zu haben, ist eine große Erleichterung“ (2. Menopausestudie, 1996). Regelblutungen mit lästiger Hygiene

oder prämenstruelle Beschwerden entfallen. Leidige Verhütungsaufgaben erledigen sich. Nahezu 90 % waren der Meinung, daß es „gut sei, nicht mehr schwanger werden zu können“ und damit auch „die Furcht vor einer unerwünschten Schwangerschaft“ für sie entfällt. Die Verweigerung unerwünschter sexueller Aktivität kann als Befreiung erlebt werden.

Es gibt eine kleinere Gruppe (ca. 10–20 %), die dieses entlastende Körpergefühl durch die Menopause nicht hat: dazu zählen a) ungewollt kinderlose Frauen, b) gewollt kinderlose Frauen, die sich wegen einer beruflichen Karriere oder aus ideologischen Gründen gegen ein Kind entschieden haben und es nun bereuen c) Frauen, die die Kinderwunschfrage nicht zufriedenstellend lösen konnten (z. B. wegen einer hohen Anzahl von Fehlgeburten) d) Frauen, bei denen die Menopause zum Auslöser einer Weiblichkeitskrise wird.

Klimakterische Beschwerden

Erstmalig finden sich in der 2. Menopausestudie (1996) Ergebnisse einer normativen Stichprobe [6]: Das klassische klimakterische Beschwerdespektrum kann anhand der Auswertungen der Menopause-Bewertungsskala (MRS) bestätigt werden. Die Häufigkeiten klimakterischer Beschwerden betreffend wurde die Trockenheit der Scheide (30 %) und die Harnwegsbeschwerden (34 %) am seltensten von den Frauen genannt, Leistungsminderung (68 %), Schlafstörungen (63 %) und Hitzewallungen (58 %) hingegen am häufigsten (vgl. Abb. 1).

Bezüglich des Schweregrades wurden („mittel bis sehr stark ausgeprägt“) am häufigsten Schlafstörungen (37 %) genannt, gefolgt von Gelenk- und Muskelbeschwerden (32 %), Hitzewallungen (29 %) und Abnahme der Sexualität (28 %). Etwa ein Viertel bis ein Drittel aller Frauen leidet unter stärkeren Beschwerden.

Die psychischen Befindlichkeitsstörungen betreffend nennen 51 % eine erhöhte Reizbarkeit und Ängstlichkeit, bei 31 % ist sie leicht und bei 20 % mittel bis sehr stark ausgeprägt. 48 % aller Frauen geben depressive Verstimmungen in dieser Lebensphase an, unter ihnen bei 28 % leicht und wieder bei 20 % mittel bis sehr stark ausgeprägt.

Der klimakterische Beschwerdedruck nimmt von prä- bis postmenopausal zu.

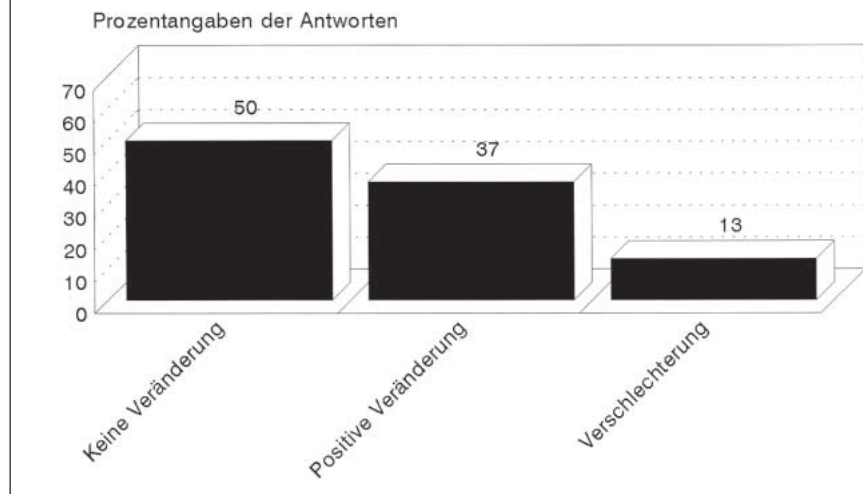
Eine erhebliche Aufmerksamkeit sollte der großen Gruppe von Frauen geschenkt werden (ca. 40 %), die keine Beschwerden angegeben haben. 42 % aller Frauen geben in dieser Querschnittsstudie keine Hitzewallungen an.

Im folgenden werden drei Ergebnisse aus dem projektiven „Satzergänzungsverfahren“ (1. Studie, 1994) beschrieben, bei dem die Probandinnen unvollendete Satzanfänge im Sinne ihres Erlebens handschriftlich ergänzen mußten. Die fast 2000 Antworten wurden systematisch geordnet und einem Kategoriensystem zugeführt.

Verhältnis zum eigenen Körper

Viele Frauen haben in der mittleren Lebensphase mehr Zeit für

Abbildung 2: Ergänzungen des Satzanfanges von 194 Frauen persönlich formuliert und Kategorien zugeordnet: „Meine Beziehung zu meinem Körper hat sich in letzter Zeit...“ eher intensiviert als verschlechtert!



ihren Körper im Vergleich zu früheren Jahren. Es gibt Hinweise, daß die Vertrautheit mit dem eigenen Körper mit dem Alter zunimmt [2].

Mit der Satzvorgabe „Meine Beziehung zu meinem Körper hat sich in letzter Zeit...“ wurde nach dem Verhältnis der Probandinnen zum eigenen Körper gefragt. Aus den Antworten konnten drei Kategorien gebildet werden (vgl. Abb. 2). 50 % nehmen keine Veränderungen wahr. Wurde ein Wandel empfunden, dann eher zum Positiven hin. 37 % stellen eine positive Veränderung im Sinne einer Verbesserung an sich selber fest. Den Antworten wurde entnommen, daß die Beziehung zum eigenen Körper sich jetzt intensiver, aufmerksamer gestaltet, sich vertieft hätte, die Frauen liebevoller als in jüngeren Jahren mit ihrem Körper umgehen, mehr Zeit in ihn investieren, mehr in ihren Körper hineinhören und versuchen, mehr für ihr Wohlbefinden zu tun. Das positive

Verhältnis drückt sich sowohl in einem intensiveren Körperbezug als auch in einem bewußteren Umgang mit dem eigenen Körper aus: Die stärkere Akzeptanz drückt eine Probandin wie folgt aus. Zitat: „Veränderungen in und an meinem Körper setzen mich immer etwas in Erstaunen und oft muß ich schmunzeln. Seltsamerweise nehme ich mich und meinen Körper mehr an als in jungen Jahren...“ 13 % geben an, daß sich die Beziehung zum eigenen Körper verschlechtert hätte. Zitat einer Probandin: „Wozu soll ich nur noch rote Rüben essen, wenn sowieso keiner mehr nach mir schaut.“

Attraktivität

Entgegen dem öffentlichen Stereotyp, Frauen würden im Klimakterium Attraktivitätseinbußen erleben, konnte aufgezeigt werden, daß 75 % der Frauen Beeinträchtigungen ihrer Attraktivität seit Beginn der Wechseljahre aus ihrem subjektiven Empfinden

Abbildung 3: Ergänzungen obigen Satzanfanges von 211 Frauen persönlich formuliert und Kategorien zugeordnet: „Meine Attraktivität hat sich seit Beginn meiner Wechseljahre...“ entgegen dem öffentlichen Stereotyp nicht nachgelassen!

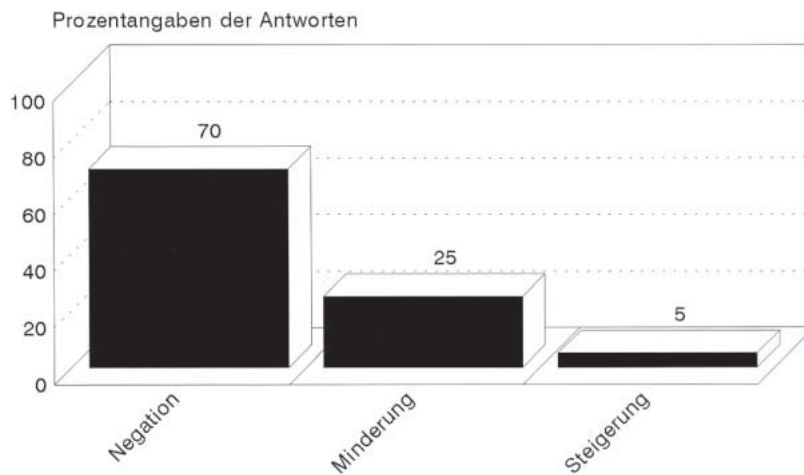
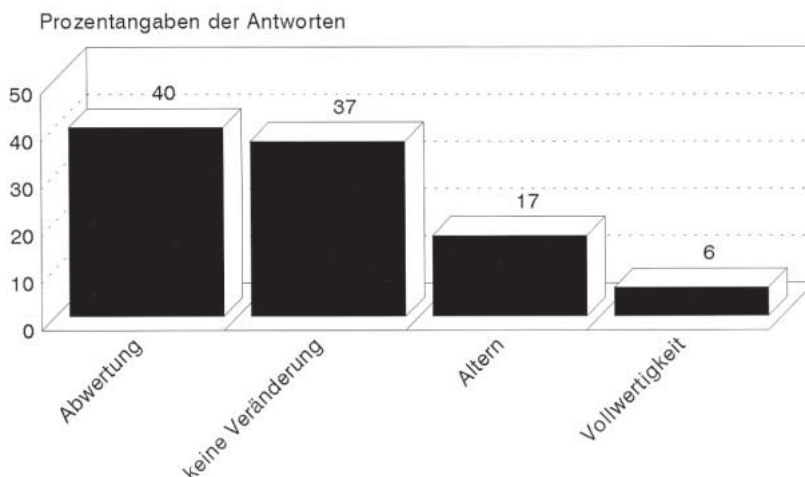


Abbildung 4: Ergänzungen obigen Satzanfanges von 200 Frauen persönlich formuliert und Kategorien zugeordnet: „Eine Frau im Klimakterium zu sein, bedeutet in der Gesellschaft...“ im öffentlichen Ansehen (Image) eher abgewertet weniger vollwertig!



heraus zurückwiesen (vgl. Abb. 3). 5 % waren der Ansicht, ihre Attraktivität hätte sich erhöht. Dieses Ergebnis kann als Indikator für das gestiegene Selbstbewusstsein der Frauen gewertet werden.

Fragt man nicht nach Attraktivität, sondern nach dem Weiblichkeits-

erleben finden sich noch höhere Prozentzahlen: 82 % aller Frauen erleben keine Einschränkungen in ihrer Weiblichkeit.

Allerdings zeichnete sich im folgenden Ergebnis etwas ab, was diesen eher positiven Befund in ein anderes Licht rückt.

Das Bild der Frau in der Öffentlichkeit

In Abbildung 4 wird aufgezeigt, daß über die Hälfte aller befragten Frauen sich im öffentlichen Ansehen eher abgewertet und weniger vollwertig fühlen (Antworten, die der Kategorie „Abwertung“ (40 %) zugeordnet wurden lauteten: „auf's Abstellgleis oder in die Ecke geschoben, ins Abseits gedrängt, abgeschrieben zu werden, Geringschätzung, nicht mehr gefragt zu sein, belächelt zu werden“) oder die Frauen fühlen sich „bereits zum alten Eisen gezählt“ (Kategorie „Altern“ 17 %). Bundesweit finden sich fast identische Zahlen, ebenso was das Gefühl des Nachlassens der erotischen Anziehungskraft betrifft.

Die Frauen, die dieses Gefühl „abgewertet zu sein“ angaben, waren auch diejenigen, die auf der MRS die höheren psychischen Beschwerden hatten.

Die gesellschaftlich abnehmende Aufmerksamkeit steht also im Widerspruch zu einem subjektiv nahezu unveränderten Attraktivitätsbild, was die Frauen von sich selbst angaben.

Veränderungen der sexuellen Aktivität

Kumulativ berichten 57 % aller Frauen (2. Studie, 1996) einen Rückgang der Libido und sexueller Aktivitäten, davon 30 % eine leichte, 18 % eine mittlere und 10 % eine stark ausgeprägte Abnahme sexueller Aktivitäten (vgl. Abb. 5). Welche psychosozialen Zusammenhänge lassen sich für diesen Rückgang finden?

Abbildung 5: 2. Berliner Menopause-Studie (1996): Veränderungen der sexuellen Aktivität im Klimakterium. Ausprägungsgrade (MRS; N = 590)

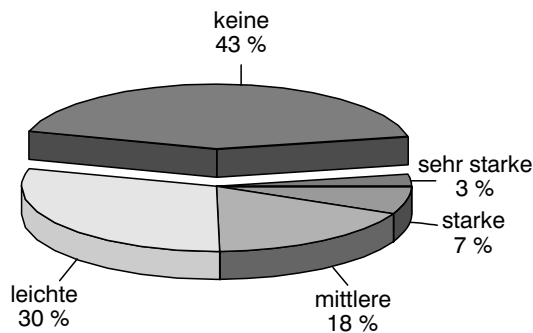
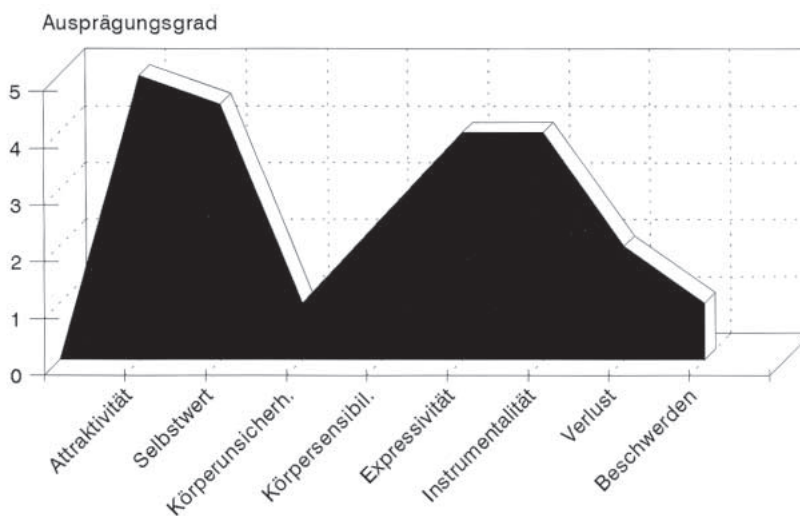


Abbildung 6: Cluster 1 (N = 93): Körperakzeptanz



Statistisch signifikant war:

– *der fehlende Partner*: 26 %, d. h. jede 4. Frau bundesweit in dieser Altersgruppe, geben an, keinen Partner zu haben (geschiedene, alleinlebende, verwitwete, getrennt lebende Frauen, ledige Frauen ohne Partner). Durch die demographische Struktur, das frühere Sterben der Männer, trifft die Frau mit zunehmendem Alter auf immer weniger verfügbare Partner. Laut Statistik stehen bei den 60–69jährigen zwei Männern etwa drei Frauen gegenüber.

– *Qualitätsmängel in der Partnerschaft*: Die in ihrer Partnerschaft zufriedenen Frauen waren auch diejenigen mit den geringeren Beschwerden. Hier wird also die Relevanz einer funktionierenden Partnerschaft im Klimakterium auch im Sinne einer Stützfunktion deutlich, besonders auch, weil durch den Weggang der Kinder die Partnerschaft häufig neudefiniert werden muß – von der Dreier- oder Viererbeziehung zurück zur Zweierbeziehung, was vielen Paaren schwer fällt.

– *Begleiterscheinung psychischer Beschwerden*: Fast jede 2. Frau gibt auf der Menopause-Bewertungsskala (MRS) depressive Verstimmungen an.

– *Schmerzen beim Geschlechtsverkehr bei Lubrikationsmangel*: Bei 30 % aller befragten Frauen wurde die Trockenheit der Scheide – der Lubrikationsmangel – mehr oder weniger ausgeprägt genannt, von denen 17 % als Folge über Schmerzen beim Geschlechtsverkehr klagten.

Desweiteren werden folgende Gründe für den Rückgang sexueller Aktivitäten berichtet:

– Gründe beim Partner

– Versandungsprozesse in der Partnerschaft; Abnutzung in einer langjährigen Beziehung

– sichtbare körperliche Alterungserscheinungen erhöhen die Schamhaftigkeit und hemmen die Lust

– internalisierte Wertvorstellungen wie „Sexualität habe jenseits der Wechseljahre aufzuhören und ist nur etwas für jüngere Frauen“ können zum Rückzug aus dem Sexualleben führen.

TYPOLOGIE DES KÖRPER- ERLEBENS – KÖRPERKONZEPTE IM KLIMAKTERIUM

Auf der Basis einer Clusteranalyse (1. Studie, 1994) ließen sich vier verschiedene Körperkonzepte von Frauen im Klimakterium beschreiben [7].

1. Körperakzeptanz

Das erste Cluster, die größte Gruppe, steht für „Körperakzeptanz“.

Probandinnen des Clusters 1 (40 %) zeigten folgende besondere Merkmale, die diese Art des Körperkonzepts definieren (vgl. Abb. 6):

- hohe Attraktivität
- hoher Selbstwert
- gemessen am Durchschnitt eher niedrigere Körpersensibilität
- Geschlechtsrollenorientierung: hohe Instrumentalität und Expressivität (Frauen mit männlichen Rollenverhaltensanteilen)
- zwei Drittel unverändert sexuell aktiv
- mehrheitlich sportlich aktiv (wöchentlich bis täglich)
- kaum klimakterische Beschwerden

2. Körperunsicherheit

Das zweite Cluster steht für „Körperunsicherheit“.

Probandinnen des Clusters 2, der zweitgrößten Gruppe (34 %), zeigten folgende besondere Merkmale, die diese Art des Körperkonzepts definieren (vgl. Abb. 7):

- hohe Körperunsicherheit
- niedrige Attraktivität
- niedriger Selbstwert
- undifferenzierte Geschlechtsrollenorientierung
- 40 % unverändert sexuell aktiv, etwa die Hälfte berichtet eine leichte Abnahme sexueller Aktivitäten
- leicht ausgeprägte klimakterische Beschwerden

Abbildung 7: Cluster 2 (N = 77): Körperunsicherheit

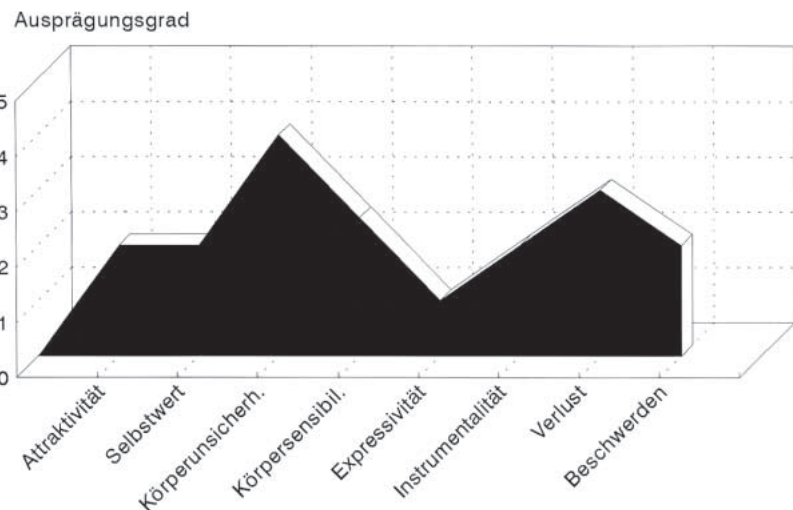
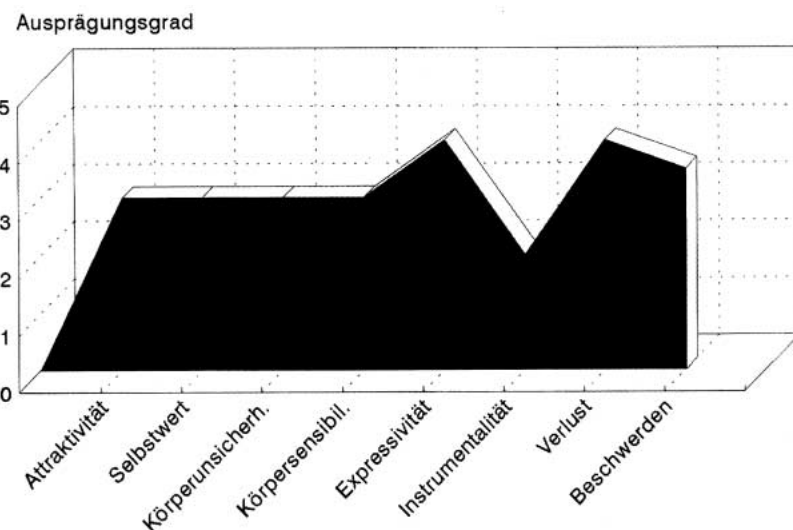


Abbildung 8: Cluster 3 (N = 29): Der gekränkte weibliche Körper



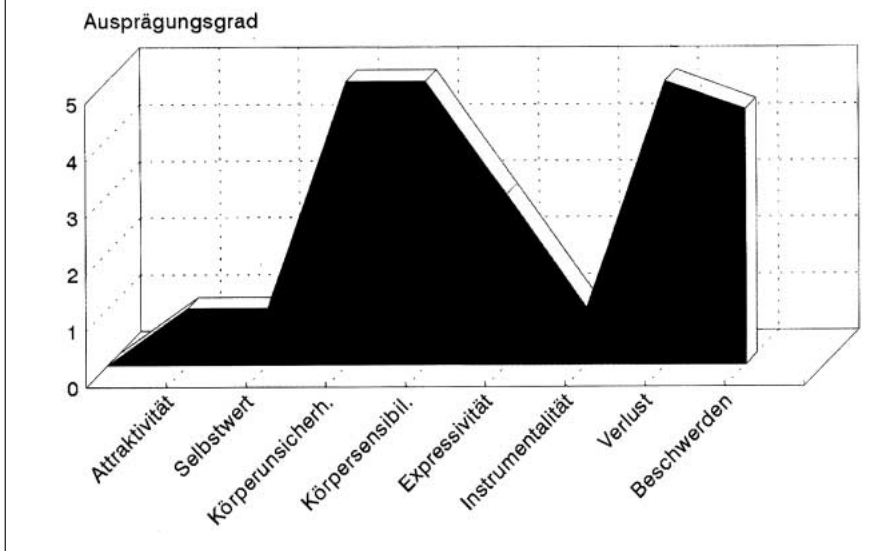
3. Der gekränkte weibliche Körper

Das dritte Cluster erhielt die Bezeichnung „der gekränkte weibliche Körper“.

Probandinnen des Clusters 3 (13 %) zeigten folgende besondere Merkmale, die diese Art des Körperkonzepts definieren (vgl. Abb. 8):

- mittlere Werte für: Attraktivität, Körperunsicherheit, Körpersensibilität
- mittlerer Selbstwert
- Geschlechtsrollenorientierung: hohe Expressivität bei niedriger Instrumentalität (Frauen mit einem traditionell weiblichen Rollenverhalten)
- hohe Werte für Verluste und Kränkungen

Abbildung 9: Cluster 4 (N = 30): Der Körper als Last



- nur 20 % von ihnen sind sexuell aktiv
- mittelstark ausgeprägte vasomotorische Beschwerden und stark ausgeprägte psychische Beschwerden

4. Der Körper als Last

Das vierte Cluster war geprägt durch ein durchgängig krisenhaftes, negatives Körpererleben.

Probandinnen des Clusters 4 (13 %) zeigten folgende Merkmale, die diese Art des Körperkonzepts definieren (vgl. Abb. 9):

- sehr niedrige Attraktivität
- sehr niedriger Selbstwert
- sehr hohe Körperunsicherheit
- sehr hohe Körpersensibilität
- hohe Verlustgefühle
- kaum noch sexuell aktiv
- stark ausgeprägter klimakterischer Beschwerdedruck

Es ergaben sich bei den vier verschiedenen Körperkonzepten keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich demo-

graphischer Variablen wie Bildungsstand, Alter, Berufstätigkeit oder Menopause-Phase mit Ausnahme einer Variablen: im Cluster 3 und Cluster 4 fanden sich die meisten Frauen, die angegeben hatten, ohne Partner zu leben (dieser Befund erklärt u. a. die geringeren sexuellen Aktivitäten).

Obwohl statistisch nicht signifikant, gaben im Cluster 2 und Cluster 4 (hohe Körperunsicherheit, niedrige Attraktivität, niedriger Selbstwert) mehr als die Hälfte der Frauen an, eine „Hormone replacement therapy“ zu erhalten. In den beiden anderen Gruppen waren es deutlich weniger.

SCHLUSSFOLGERUNG

Es erscheint zunächst widersprüchlich, daß drei der vier Cluster Verunsicherungen in ihrem Körpererleben aufweisen, auf der anderen Seite die Frauen

in den Satzergänzungen so nachdrücklich Veränderungen in ihrer Körperbeziehung, in ihrer Attraktivität und Weiblichkeit negierten. Auf dem Hintergrund einer eher erlebten gesellschaftlich abnehmenden Aufmerksamkeit kann man das als Wunsch und Appell der Frauen interpretieren, zukünftig „angesehen“ (im wörtlichen Sinne) zu bleiben und nach einem Ideal bewertet zu werden, wo man „Schön-sein nicht mit Jung-aussehen-zu-müssen“ gleichsetzt. Hierfür ist eine Aufwertung der Attraktivität für diese Altersgruppe erforderlich.

Die Frauen, die sowohl ihren Körper annehmen und wertschätzen konnten, und das war eng gekoppelt mit dem Selbstwertgefühl der Frau, als auch eine eher niedrige Körperaufmerksamkeit zeigten, wiesen die günstigste Klimakteriumsverarbeitung auf.

In der Beratung und Behandlung von Frauen mit klimakterischen Beschwerden ist das Körpererleben und Körpergeschehen einer Frau ganzheitlich zu betrachten, es kann als Ausdruck einer individuellen Biographie und ganz bestimmter Körpererfahrungen im Leben verstanden werden sowie als Ausdruck einer bestimmten Lebenssituation.

Literatur

1. Krüger H. Weibliche Körperkonzepte – ein Problem für die Jugendarbeit. Deutsche Jugend 1985; 33: 479–88.
2. Helfferich C. Zwang von Natur und Gesellschaft: Alltagsbilder vom Körper aus der Sicht von Frauen. In: I. Vogt & M. Bormann (Hrsg.): Frauen-Körper Lust und Last. DGVT-Verlag, Tübingen 1992; 9–32.

**Dr. phil. Diplom-Psychologin
Beate Schultz-Zehden**

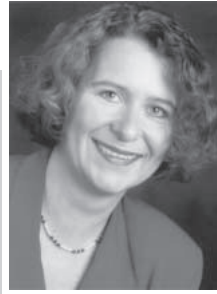
1960 in Berlin geboren. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Psychologie, Fachbereich Humanmedizin, Freie Universität Berlin.

1979–1982 Medizinische Berufsausbildung. 1982–1985 Weiterbildung am Kantonsspital Basel, Schweiz. 1985–1992 Studium der Psychologie an der Freien Universität Berlin. 1992–1993 Lehrauftrag für Medizinische Psychologie. Seit 1993 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Psychologie. 1996 Promotion am Fachbereich Psychologie der Freien Universität Berlin zum Thema: Körpererleben im Klimakterium, Profilverlag. Mehrere Fachbeiträge und Vorträge zu Medizin-psychologischen Aspekten des Klimakteriums.

Mitglied im Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin. Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie.

Korrespondenzadresse:

Dr. Beate Schultz-Zehden
Freie Universität Berlin, Fachbereich Humanmedizin
Universitätsklinikum Benjamin Franklin
Abt. für Medizinische Psychologie
D-14195 Berlin, Habelschwerdter Allee 45



3. Secord P, Jourard S. The appraisal of body cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology* 1953; 17: 343–7.

4. Kiener F. Untersuchungen zum Körperbild (Body Image) 1. Teil. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 1973; 21, 4: 335–51.

5. Hauser GA, Huber JC, Keller PJ, Lauritzen C, Schneider HPG. Evaluation der klimakterischen Beschwerden (Menopause Rating Scale-MRS). *Zentralblatt für Gynäkologie* 1994; 116: 16–23.

6. Schultz-Zehden B, Rosemeier HP. Psychosoziale Faktoren der Menopause. *TW Gynäkologie Kompakt*, 1996; 9: 10–3.

7. Schultz-Zehden B. Körpererleben im Klimakterium. Profilverlag München Wien, 1997.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)