

**Geschlechtsunterschiede  
beim Zusammenhang  
zwischen Depressivität  
und Positiv- oder  
Negativsymptomen bei  
Patienten mit akuten  
schizophrenen Störungen**

Müller MJ

*Blickpunkt der Mann 2008; 6 (3)*

29-33

**Homepage:**

**[www.kup.at/dermann](http://www.kup.at/dermann)**

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

**Krause & Pachernegg GmbH  
Verlag für Medizin und Wirtschaft  
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf  
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

# Geschlechtsunterschiede beim Zusammenhang zwischen Depressivität und Positiv- oder Negativsymptomen bei Patienten mit akuten schizophrenen Störungen

M. J. Müller

**Kurzfassung:** In einer klinischen Studie wurden geschlechtsspezifische Zusammenhänge zwischen depressiven Symptomen und anderen psychopathologischen und klinischen Variablen bei Patienten mit akuter schizophrener Störung während einer stationären Behandlung untersucht. Bei 119 Patienten wurden die Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia (CDSS), die Clinical Global Impression Scale (CGI) und die Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in der klinischen Routine eingesetzt. Die Depressionswerte der 77 Männer und 42 Frauen (mittleres Alter  $31,6 \pm 10,3$  Jahre) wurden mit klinischen und psychopathologischen Daten in Beziehung gesetzt und auf Geschlechtsunterschiede hin analysiert. Die mittleren CDSS-Werte ( $5,8 \pm 5,6$ ) und PANSS-Werte (Gesamtskala  $76,9 \pm 22,1$ , Positivsymptome  $17,6 \pm 7,6$ , Negativsymptome  $20,5 \pm 7,8$ ) waren zwischen Männern und Frauen nicht signifikant verschieden. Bei Frauen waren die Depres-

sionswerte unabhängig mit höherer Negativsymptomatik ( $p < 0,01$ ) und niedrigerem Lebensalter ( $p < 0,05$ ) assoziiert, während bei Männern vor allem deutliche Positivsymptome ( $p < 0,05$ ) und eine kurze stationäre Behandlungsdauer ( $p < 0,05$ ) die Hauptfaktoren waren, die mit einer höheren Depressivität einhergingen. Die geschlechtsspezifischen Assoziationen mit der vorhandenen Depressivität bei Patienten mit akuter schizophrener Störung können dazu beitragen, die Erkennung, Diagnostik und auch die Therapie dieser wichtigen Symptomkomponente zu verbessern.

**Abstract:** This clinical study analyzed gender-specific relationships of depression with other psychopathological and clinical variables in hospitalized patients with schizophrenia. During clinical routine treatment, 119 inpatients with acute schizophrenia (DSM-IV) were investigated with the Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia (CDSS), the

Clinical Global Impression Scale (CGI), and the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Depression scores of 77 male and 42 female patients (mean age  $31.6 \pm 10.3$  years) were related to background variables and to positive and negative symptom scores. Mean CDSS ( $5.8 \pm 5.6$ ) and PANSS scores (total  $76.9 \pm 22.1$ , positive symptoms  $17.6 \pm 7.6$ , negative symptoms  $20.5 \pm 7.8$ ) were not significantly different between males and females. In females, depression was independently associated with higher negative symptom scores ( $p < 0.01$ ) and younger age ( $p < 0.05$ ) whereas in males positive symptoms ( $p < 0.05$ ) and short hospitalization ( $p < 0.05$ ) were the main factors associated with depression. The study revealed gender-specific differences in the relationship of depression with negative and positive symptoms which could help detect, diagnose and treat this important symptom component of schizophrenia. **Blickpunkt DER MANN 2008; 6 (3): 29–33.**

## ■ Einleitung

Depressive Symptome treten sehr häufig während des gesamten Verlaufs schizophrener Störungen auf und sind, vor allem wenn sie persistieren, mit einem erhöhten Risiko für Suizidalität und das Wiederauftreten der Erkrankung assoziiert [1–5]. Dabei müssen nach neuen Erkenntnissen Depressivität und andere Affektstörungen in vielen Fällen als integrale Bestandteile des Symptompektrums bei schizophrenen Erkrankungen und nicht als zusätzliche Erkrankung angesehen werden [6–8]. Es bestehen häufig Zusammenhänge zwischen Depressivität und anderen Symptomdimensionen, insbesondere zu den nicht leicht unterscheidbaren sogenannten Negativsymptomen (z. B. Affektverflachung, Rückzugstendenzen) [9]. Diese Vorstellungen werden dadurch unterstützt, dass eine wirkungsvolle Akutbehandlung schizophrener Patienten auch zu einer Besserung depressiver Symptome führt; atypische Antipsychotika scheinen dabei bezüglich ihrer Wirkung auf depressive Symptome bei schizophrenen Patienten vorteilhafter zu sein als konventionelle Neuroleptika, während die Ergebnisse zu einer Komedikation mit Antidepressiva zumindest während der Akutphase schizophrener Störungen nicht eindeutig sind [10–13].

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd sowie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Giessen

**Korrespondenzadresse:** PD Dr. med. Dipl.-Psych. Matthias J. Müller, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd, D-35039 Marburg, Cappeler Straße 98; E-Mail: mjmueller@zsp-mittlere-lahn.de

Wenig untersucht sind dabei weiterhin Fragen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden der Symptomatik und der Symptomkonstellationen bei schizophrenen Störungen. Unterschiede zwischen Frauen und Männern mit schizophrenen Störungen in Bezug auf Erstmanifestationsalter und Verlauf wurden im Zusammenhang mit genetischen, hormonellen und psychosozialen Faktoren diskutiert [14–19]. Zudem werden zunehmend Studienergebnisse zur Kenntnis genommen, die Geschlechtsunterschiede kognitiver und neuropsychologischer Funktionen bei schizophrenen Störungen belegen [20, 21]. Zusammen genommen muss davon ausgegangen werden, dass unterschiedliche biologische und psychosoziale Mechanismen bei Männern und Frauen mit schizophrener Störung wirksam sind und auch mit unterschiedlichen Phänotypen und Endophänotypen einhergehen. Frühere Arbeiten konnten jedoch keine konsistenten Unterschiede der Häufigkeit und Schwere depressiver Symptome zwischen Frauen und Männern mit Schizophrenie finden [22].

Differentielle Zusammenhänge zwischen Depressivität einerseits und Positiv- oder Negativsymptomen sowie klinischen Variablen andererseits wurden seither nicht systematisch im Akutverlauf schizophrener Störungen während einer stationären Behandlung untersucht. Solche Unterschiede könnten sowohl bei der diagnostischen Einschätzung als auch bei der Behandlung von Frauen und Männern mit schizophrener Störung hilfreich sein. In einer naturalistischen Beobachtungsstudie wurden daher bei Patientinnen und Patienten mit schizophrener Störung während des stationären Aufenthalts psychopathologische Symptome auf klinisch bedeutsame geschlechtsspezifische Unterschiede hin analysiert.

## ■ Patienten und Methoden

Erwachsene Patientinnen und Patienten mit akuter schizophrener Störung entsprechend der DSM-IV-Diagnosekriterien, die mit Hilfe eines strukturierten Interviews überprüft wurden, wurden vor Entlassung aus der stationären Behandlung untersucht. Patienten mit schizoaffectiver Störung, einer aktuell bestehenden Alkohol- oder Drogenabhängigkeit oder einer manifesten Persönlichkeitsstörung wurden nicht eingeschlossen. Alle Patienten wurden im Rahmen des klinischen Standards einschließlich einer Gruppenpsychoedukation (2 Sitzungen/Woche) an der Psychiatrischen Klinik der Universität Mainz von Januar 2003 bis Dezember 2005 behandelt. Die Teilnehmer hatten der Untersuchung nach eingehender Aufklärung zugestimmt, das Studienprotokoll war von der zuständigen Ethikkommission vorab genehmigt worden.

Soziodemographische und klinische Variablen wurden aus der Krankengeschichte entnommen. Für die antipsychotische Medikation wurden entsprechend der Literatur Chlorpromazinäquivalente berechnet [23, 24]. Als psychopathologische Untersuchungsinstrumente wurden die Calgary Depression Rating Scale [25, 26], die Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) [27] und die Schweregradeinschätzung der Clinical Global Impression Scale (CGI) [28] von unabhängigen trainierten Forschungsassistenten (Psychologen und Ärzten) eingesetzt. Die Einschätzung erfolgte nach einer klinischen Stabilisierung, die von zwei an der Behandlung beteiligten Psychiatern beurteilt wurde, und einer mindestens einwöchig unveränderten Antipsychotikamedikation.

Mittelwerte und Standardabweichung sowie Mediane, Minimum und Maximum der Daten wurden berechnet. Gruppenunterschiede (Frauen und Männer) wurden mit Hilfe von t-Tests und Chi<sup>2</sup>-Tests analysiert. Zur Analyse mehrerer Gruppen wurden Kovarianzanalysen herangezogen, die Alter und Dauer der stationären Behandlung kontrollierten. Als Zusammenhangsmaße wurden Koeffizienten nach Pearson (bei dimensionalen Daten) und Spearman (für Zusammenhänge mit kategorialen Maßen) berechnet. Für die Berechnung von Zusammenhängen mit kategorialen Daten wurden diese dichotomiert (ja = 1/nein = 0; diagnostischer Subtyp: paranoider Subtyp = 1, alle anderen = 0). In Bezug auf die antipsychotische Medikation wurden 3 Gruppen gebildet (ausschließlich konventionelle Neuroleptika = 1; Kombination mit atypischen Antipsychotika = 2; ausschließlich Atypika = 3). Für die Untersuchung der unabhängigen Varianzbeiträge verschiedener Variablen zur Depressivität wurden lineare Regressionen modelliert; multiple Korrelations- und Regressionskoeffizienten (R und  $\beta$ -Gewichte) werden berichtet. Das statistische Signifikanzniveau wurde auf  $\alpha = 0,05$  festgelegt, Ergebnisse mit  $p \leq 0,10$  werden als Tendenz im Rahmen des explorativen Ansatzes der Studie mitgeteilt.

## ■ Ergebnisse

Es konnten die Daten von 119 Patienten ausgewertet werden, die Charakteristika der Patientinnen und Patienten sind in Tabelle 1 zusammengestellt.

**Tabelle 1:** Soziodemographische und klinische Charakteristika der Patienten

		Gesamtgruppe	Männer	Frauen	Unterschied <sup>a</sup>
n		119	77	42	
Alter [Jahre]	MW $\pm$ SD Median (Range)	31,6 $\pm$ 10,3 29 (18–68)	32,1 $\pm$ 10,3 30 (19–62)	30,7 $\pm$ 10,5 27 (18–68)	n. s.
Anzahl der früheren stationären Behandlungen	MW $\pm$ SD Median (Range)	3,2 $\pm$ 2,0 3 (1–13)	3,1 $\pm$ 1,7 3 (1–12)	3,3 $\pm$ 2,5 3 (1–13)	n. s.
Dauer der stationären Behandlung <sup>b</sup> [Tage]	MW $\pm$ SD Median (Range)	32,1 $\pm$ 20,5 28 (11–98)	33,8 $\pm$ 20,1 31 (11–98)	28,9 $\pm$ 21,0 23 (12–91)	n. s.
Diagnose DSM-IV [% (n)]					n. s.
295.1 Desorganisiert		5 % (6)	4 % (3)	7 % (4)	
295.2 Kataton		1 % (1)	0	2 % (1)	
295.3 Paranoid		74 % (88)	75 % (58)	71 % (30)	
295.4 Schizophreniform		2 % (2)	1 % (1)	2 % (1)	
295.6 Residual		17 % (20)	18 % (14)	14 % (6)	
295.9 Undifferenziert		2 % (2)	1 % (1)	2 % (1)	
Komorbide Diagnose DSM-IV [% (n)]					p = 0,03
Substanzmissbrauch (291/292)		45 % (53)	55 % (42)	26 % (11)	p = 0,004
Angststörungen (300)		13 % (15)	10 % (8)	16 % (7)	n. s.
Anpassungsstörung (309)		8 % (9)	7 % (5)	10 % (4)	n. s.
Antipsychotika [% (n)]					n. s.
Atypisch		52 % (62)	56 % (43)	45 % (19)	
Konventionell		26 % (31)	25 % (19)	29 % (12)	
Kombination		20 % (26)	20 % (15)	26 % (11)	
Antidepressiva					n. s.
Stimmungsstabilisierer <sup>c</sup>		19 % (23)	26 % (20)	7 % (3)	p = 0,013
Benzodiazepine		53 % (63)	53 % (41)	52 % (22)	n. s.
Anticholinergika		13 % (16)	16 % (12)	10 % (4)	n. s.
Chlorpromazin-Äquivalenzdosis [mg]	MW $\pm$ SD Median (Range)	783 $\pm$ 397 800 (200–2400)	791 $\pm$ 439 800 (200–2400)	768 $\pm$ 310 750 (350–1700)	n. s.

<sup>a</sup> t-Tests für dimensionale Variablen, Chi<sup>2</sup>-Tests für kategoriale Daten; <sup>b</sup> gerechnet von der Aufnahme bis zur Untersuchung; <sup>c</sup> Männer: Carbamazepin (n = 5), Valproat (n = 11), Gabapentin (n = 3), Lamotrigin (n = 1); Frauen: Carbamazepin (n = 2), Lamotrigin (n = 1)

Bei Männern lag häufiger eine psychiatrische Komorbidität vor, insbesondere in Form einer Substanzabhängigkeit. Außer einer häufigeren Verordnung von stimmungsstabilisierenden Medikamenten bei Männern konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen festgestellt werden. In Tabelle 2 sind die psychopathologischen Ergebnisse in den Gruppen dargestellt.

Keine signifikanten Geschlechtsunterschiede konnten in Bezug auf die Einschätzung der Gesamtschwere der Erkrankung sowie die Ausprägung der Positiv-, Negativ- und Depressionssymptomatik gefunden werden. Wenn der in der Literatur vorgeschlagene Grenzwert (CDSS-Gesamtwert > 13 Punkte) für schwere depressive Symptome bei schizophrenen Patienten zugrundegelegt wird, ergab sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen Frauen (n = 8/42 [19 %]) und Männern (n = 7/77 [9 %]; Unterschied: Chi<sup>2</sup> = 2,45, df = 1, p = 0,12).

Tabelle 3 zeigt die Korrelationen der CDSS-Werte mit soziodemographischen, behandlungsbezogenen und psychopathologischen Daten für Frauen und Männer sowie für die Gesamtgruppe. In der Gesamtgruppe der Patienten mit schizophrener Störung waren die Depressionswerte mit der Gesamtschwere der Erkrankung (PANSS-Gesamtwerte, CGI) sowie mit der Ausprägung der Positiv- und Negativsymptomatik assoziiert. Des Weiteren waren höhere Chlorpromazinäquivalenzdosen mit einer höheren Ausprägung von Negativsymptomen assoziiert (r = 0,28, p = 0,002). Eine leichtgradig negative Korrelation ergab sich in der Gesamtgruppe zwischen Depressivität und Alter sowie der Dauer der stationären Behandlung, während keine Zusammenhänge zwischen Depressivität und diagnostischen Subtypen, komorbiden psychischen Störungen sowie der Behandlungsmodalität (atypische vs. konventionelle Neuroleptika) gefunden werden konnten. Bei den getrennten Korrelationsanalysen für Frauen und Männer ergaben sich unterschiedliche Zusammenhangsmuster. Der Zusammenhang zwischen Antipsychotikadosis und Negativsymptomatik fand sich nur bei Männern (r = 0,28, p = 0,014; Frauen: r = 0,09, n. s.).

Die Ergebnisse der schrittweisen multiplen Regressionsanalysen (unter Ausschluss der Gesamtschwereindizes CGI und PANSS-Gesamtscores), die getrennt für Männer und Frauen

durchgeführt wurden, sind in Abbildung 1 zusammengestellt.

Bei Männern waren Depressionswerte unabhängig und signifikant mit höherer Positivsymptomatik, kürzerer stationärer Behandlungsdauer und häufigerer Verordnung von stimmungsstabilisierenden Medikamenten assoziiert. Die 3 Variablen erklärten etwa 23 % der Varianz der Depressivitätswerte (CDSS) (R = 0,48; F = 7,30; d<sub>f</sub> = 3,73; p = 0,0002). Bei Frauen waren

**Tabelle 3:** Korrelationen zwischen Depressivität (CDSS) und anderen klinischen Variablen bei Männern und Frauen mit schizophrener Störung

	Gesamtgruppe	Männer	Frauen
n	119	77	42
Alter	-0,21*	-0,13	-0,31*
Anzahl der stationären Aufenthalte	0,05	0,10	-0,02
Dauer der stationären Behandlung	-0,20*	-0,31**	0,01
Diagnose DSM-IV <sup>a</sup>	0,15	0,03	0,15
Mindestens eine komorbide DSM-IV-Diagnose <sup>b</sup>	0,12	0,02	0,21
Komorbider DSM-IV-Substanzmissbrauch <sup>b</sup>	0,09	0,01	0,21
Komorbide DSM-IV-Angststörung <sup>b</sup>	0,07	0,07	0,12
Komorbide DSM-IV-Anpassungsstörung <sup>b</sup>	0,15	0,12	0,16
Chlorpromazinäquivalente	0,11	0,11	0,14
Antipsychotikabehandlung <sup>b</sup>	-0,04	-0,12	0,14
Antidepressiva <sup>b</sup>	0,14	0,06	0,41**
Stimmungsstabilisierer <sup>b</sup>	0,15	0,24*	0,03
Benzodiazepine <sup>b</sup>	0,04	0,09	-0,04
Anticholinergika <sup>b</sup>	-0,02	0,06	-0,18
CGI Schweregrad	0,48***	0,45***	0,54***
PANSS Gesamtwert	0,48***	0,41***	0,62***
PANSS Positivsymptome	0,34**	0,34**	0,33*
PANSS Negativsymptome	0,28**	0,23*	0,47**

CGI: Clinical Global Impression Scale (Schweregrad); PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; CDSS: Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia; <sup>a</sup>diagnostische Subtypen wurden eingeteilt in paranoider Subtyp (295.3, n = 1) und nicht-paranoider Subtyp (295.1, 295.2, 295.4, 295.6, 295.9, n = 0); <sup>b</sup>ja = 1, nein = 0; <sup>c</sup>die antipsychotische Behandlung wurde in drei Gruppen eingeteilt: konventionelle Neuroleptika = 1; Kombination mit atypischen Antipsychotika = 2; atypische Antipsychotika = 3; <sup>a-c</sup>Spearman-Rangkorrelationen; alle anderen Korrelationen sind Produktmomentkorrelationskoeffizienten nach Pearson; (\*), p < 0,10; (\*), p < 0,05; \*\*, p < 0,01; \*\*\*, p < 0,001.

**Tabelle 2:** Psychopathologische Variablen bei Männern und Frauen mit schizophrener Störung

		Gesamtgruppe	Männer	Frauen	Unterschied <sup>a</sup>
n		119	77	42	
CGI Schweregrad	MW ± SD Median (Range)	4,0 ± 1,3 4 (1–7)	3,9 ± 1,4 4 (1–7)	4,2 ± 1,1 4 (2–6)	n. s.
PANSS Gesamtwert	MW ± SD Median (Range)	76,9 ± 22,1 75 (36–131)	76,3 ± 22,4 72 (36–131)	78,0 ± 21,7 76 (41–123)	n. s.
PANSS Positivsymptome	MW ± SD Median (Range)	17,6 ± 7,6 17 (7–48)	17,2 ± 7,1 17 (7–35)	18,2 ± 8,5 17 (7–48)	n. s. n. s.
PANSS Negativsymptome	MW ± SD Median (Range)	20,5 ± 7,8 20 (8–45)	20,9 ± 7,8 20 (9–41)	19,7 ± 7,9 20 (8–45)	n. s. n. s.
CDSS Gesamtwert	MW ± SD Median (Range)	5,8 ± 5,6 4 (0–24)	5,2 ± 5,2 4 (0–22)	6,8 ± 6,2 5 (0–24)	n. s.

<sup>a</sup> t-Tests; CGI: Clinical Global Impression Scale (Schweregrad); PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; CDSS: Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia

## Abbildung siehe Printversion

**Abbildung 1:** Ergebnisse der schrittweisen multiplen Regressionsanalysen: Unabhängige und signifikante Prädiktoren der Depressivität bei Männern und Frauen mit schizophrener Störung. Reprinted from [29]. © 2007, with permission from Elsevier.

höhere Depressionswerte hingegen mit höherer Negativsymptomatik und bereits verordneten Antidepressiva korreliert, der Anteil der aufgeklärten Varianz lag dabei bei 44 % ( $R = 0,66$ ;  $F = 9,84$ ;  $d_f = 3,38$ ;  $p = 0,0001$ ).

### ■ Diskussion

Die naturalistische Beobachtungsstudie hatte zum Ziel, geschlechtsspezifische Zusammenhänge zwischen klinisch relevanten Variablen und Depressivität bei Patienten mit akuten schizophrenen Störungen während einer stationären Behandlung zu untersuchen. Trotz einer vergleichbaren Ausprägung von Depressivität und Positiv- sowie Negativsymptomen zeigten sich unterschiedliche Zusammenhangsmuster bei Männern und Frauen. Bei Frauen ergaben sich deutliche Zusammenhänge zwischen der vorliegenden Depressivität und jüngerem Lebensalter sowie der Schwere der Negativsymptomatik, während bei Männern höhere Depressionswerte mit ausgeprägter Positivsymptomatik und kürzerer Behandlungsdauer assoziiert waren. Die Behandlung mit stimmungsstabilisierenden Medikamenten (v. a. Valproat) bei Männern und mit Antidepressiva bei Frauen waren ebenfalls mit höheren Depressionswerten korreliert, sind jedoch eher als Folge denn als Ursache zu interpretieren.

Interessanterweise war die Behandlung mit atypischen Antipsychotika (d. h. Olanzapin, Risperidon, Ziprasidon, Quetiapin, Amisulprid oder Clozapin) nicht mit geringerer Depressivität assoziiert, eine höhere Gesamtdosis (Chlorpromazin-äquivalente) der Antipsychotikabehandlung ging allerdings mit geringfügig höherer Negativsymptomatik einher. Übereinstimmend mit epidemiologischen Untersuchungen [30] hatten Männer mit Schizophrenie häufiger zusätzlich eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit als Frauen. Gleichwohl konnte kein unabhängiger Einfluss einer komorbiden Substanzabhängigkeit auf die Depressivität von Patienten mit Schizophrenie gefunden werden. Der Median der Depressivität (CDSS-Gesamtwert) lag in der vorliegenden Stichprobe bei 4–5 Punkten und zeigt, dass vergleichbar mit anderen Stu-

dien bei etwa 50 % der Patienten eine begleitende, zumindest leichtgradige depressive Störung vorlag [2, 4, 5]. Die Bedeutung depressiver Symptome und ihrer Erfassung bei Männern und Frauen mit schizophrener Störung wird dadurch belegt. Während die Depressivität und andere Symptome mit weltweit verwendeten standardisierten Instrumenten erfasst wurden [11, 27], ist die fehlende systematische Erfassung von Nebenwirkungen und der Behandlungsvorgeschichte ein möglicher Schwachpunkt der vorliegenden Studie.

Gleichwohl könnten die gefundenen Geschlechtsunterschiede dazu beitragen, die Erkennung und die Behandlung depressiver Symptome bei Patienten mit schizophrenen Störungen zu verbessern. Männer und Frauen zeigen aufgrund von Unterschieden in den zugrundeliegenden neurobiologischen Strukturen und Prozessen (insbesondere Strukturen des orbitofrontalen Kortex [31]), die bei schizophrenen Störungen betroffen sein können, auch unterschiedliche Muster, Emotionen und Affektausdrucksformen. Die Unterscheidung zwischen Negativsymptomen und Depressivität könnte demzufolge bei Frauen schwieriger sein [20, 32]. Wenn bei Frauen Negativsymptome und Depressivität stärker zusammenhängen und Depressivität häufiger als Negativsymptom gewertet wird, könnte dies auch mit der bisher ungeklärten Frage nach der Prävalenz depressiver Störungen bei Männern und Frauen mit Schizophrenie zusammenhängen.

Der Zusammenhang zwischen Positivsymptomatik und Depressivität, der in der vorliegenden Studie vorwiegend bei Männern gefunden wurde, wird durch eine Studie gestützt, die einen Zusammenhang zwischen der subjektiven Beeinträchtigung durch Positivsymptome (v. a. kommentierende Stimmen und Verfolgungsideen) und erhöhter Depressivität und Suizidalität gefunden hat [33]. Das Vorliegen von Positivsymptomen hatte *per se* keinen Einfluss auf Depressivität und Suizidalität. Daraus lässt sich die Hypothese ableiten, dass bei Männern mit schizophrener Störung in stärkerem Ausmaß eine subjektive Beeinträchtigung durch Positivsymptome erlebt wird. Zukünftige Arbeiten sollten daher diesen Hypothesen des unterschiedlichen Affektausdrucks und der möglichen

unterschiedlichen Beeinträchtigung durch Positivsymptome bei Männern und Frauen mit schizophrener Störung genauer nachgehen. Die Ergebnisse können keinen Aufschluss über die zugrundeliegenden Ursachen der differenziellen Zusammenhänge geben, zeigen aber doch deutlich, dass Geschlechtsunterschiede auch bei der Beurteilung und Bewertung von Symptomen schizophrener Störungen berücksichtigt werden sollten.

**■ Relevanz für die Praxis**

- Die mittleren Depressionswerte waren bei 119 Männern und Frauen mit schizophrener Störung während der stationären Behandlung relativ hoch.
- Jüngere Frauen mit ausgeprägter Negativsymptomatik hatten höhere Depressionswerte, während bei Männern höhere Depressivität mit kürzerer stationärer Verweildauer und ausgeprägter Positivsymptomatik verbunden war.
- Die Ergebnisse sollten insbesondere bei diesen geschlechtsspezifischen Konstellationen Anlass geben, Depressivität als Risikofaktor für reduzierte Lebensqualität, Suizidalität und frühe Wiedererkrankung wahrzunehmen und ggf. spezifisch zu behandeln.

**Literatur:**

1. Addington D, Addington J, Patten S, Remington G, Moamai J, Labelle A. Double-blind, placebo-controlled comparison of the efficacy of sertraline as treatment for a major depressive episode in patients with remitted schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22: 20-5.

2. an der Heiden W, Konnecke R, Maurer K, Ropeter D, Häfner H. Depression in the long-term course of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255: 174-84.

3. Fialko L, Freeman D, Bebbington PE, Kuipers E, Garety PA, Dunn G. Understanding suicidal ideation in psychosis: findings from the Psychological Prevention of Relapse in Psychosis (PRP) trial. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 177-86.

4. Kontaxakis V, Havaki-Kontaxaki B, Margariti M, Stamouli S, Kollias C, Christodoulou G. Suicidal ideation in inpatients with acute schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 476-9.

5. Siris SG, Addington D, Azorin JM, Falloon IR, Gerlach J, Hirsch SR. Depression in schizophrenia: recognition and management in the USA. *Schizophr Res* 2001; 47: 185-97.

6. Müller MJ, Szegedi A, Wetzel H, Benkert O. Depressive factors and their

relationships with other symptom domains in schizophrenia, schizoaffective disorder, and psychotic depression. *Schizophr Bull* 2001; 27: 19-28.

7. Müller MJ, Wetzel H, Szegedi A, Benkert O. Three dimensions of depression in patients with acute psychotic disorders: A replication study. *Compr Psychiatry* 1999; 40: 449-57.

8. Müller MJ, Wetzel H. Dimensionality of depression in acute schizophrenia: A methodological study using the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (BRMS). *J Psychiatr Res* 2000; 32: 369-78.

9. Müller MJ. Overlap between emotional blunting, depression, and extrapyramidal symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res* 2002; 57: 307-9.

10. Addington DD, Azorin JM, Falloon IR, Gerlach J, Hirsch SR, Siris SG. Clinical issues related to depression in schizophrenia: an international survey of psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 189-95.

11. Collaborative Working Group on Clinical Trial Evaluations. Atypical antipsychotics for treatment of depression in schizophrenia and affective disorders. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 12): 41-5.

12. Möller HJ. Antidepressive effects of

psychotics: a review of the clinical data. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255: 83-93.

13. Siris SG. Depression in schizophrenia: perspective in the era of „atypical“ anti-psychotic agents. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1379-89.

14. Goldstein JM. Sex, hormones and affective arousal circuitry dysfunction in schizophrenia. *Horm Behav* 2006; 50: 612-22.

15. Häfner H. Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinol* 2003; 28 (Suppl 2): 17-54.

16. Kumari V, Aasen I, Sharma T. Sex differences in prepulse inhibition deficits in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 2004; 69: 219-35.

17. Leung A, Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; 401: 3-38.

18. Salokangas RK. Gender and the use of neuroleptics in schizophrenia. *Schizophr Res* 2004; 66: 41-9.

19. Sota TL, Heinrichs RW. Sex differences in verbal memory in schizophrenia patients treated with „typical“ neuroleptics. *Schizophr Res* 2003; 62: 175-82.

20. Killgore WD, Oki M, Yurgelun-Todd DA. Sex-specific developmental changes in amygdala responses to affective faces. *Neuroreport* 2001; 12: 427-33.

21. Bozikas VP, Kosmidis MH, Anezoulaki D, Giannakou M, Andreou C, Karavatos A. Impaired perception of affective prosody in schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2006; 18: 81-5.

22. Addington D, Addington J, Patten S. Gender and affect in schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1996; 41: 265-8.

23. Hargreaves WMA, Zachary R, LeGouillon M, Binder R, Reus V. Neuroleptic dose: a statistical model for analyzing historical trends. *J Psychiatr Res* 1987; 21: 199-214.

24. Woods SW. Chlorpromazine equivalent doses for the newer atypical anti-psychotics. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 663-7.

25. Addington D, Addington J, Schissel B. A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 1990; 3: 247-51.

26. Müller MJ, Marx-Dannigkeit P, Schlösser R, Wetzel H, Addington D, Benkert O. The Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia: development and interrater reliability of a German version (CDSS-G). *J Psychiatr Res* 1999; 33: 433-43.

27. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-77.

28. National Institute of Mental Health (NIMH) O28 CGI. Clinical Global Impressions. In: Guy W (ed). *EDCEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. 2nd rev. ed. National Institute of Mental Health, Rockville, Maryland, 1976; 217-22.

29. Müller MJ. Gender-specific association of depression with positive and negative symptoms in acute schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007; 31: 1095-100.

30. Mauri M, Volonteri L, De Gaspari I, Colasanti A, Brambilla M, Cerruti L. Substance abuse in first-episode schizophrenic patients: a retrospective study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006; 2: 4.

31. Lacerda AL, Hardan AY, Yorbik O, Venulapalli M, Prasad KM, Keshavan MS. Morphology of the orbitofrontal cortex in first-episode schizophrenia: Relationship with negative symptomatology. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007; 31: 510-6.

32. Myin-Germeyns I, Krabbendam L, Delespaul PA, van Os J. Sex differences in emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 805-9.

33. Acosta FJ, Aguilar EJ, Cejas MR, Gracia R, Cabellero-Hidalgo A, Siris SG. Are there subtypes of suicidal schizophrenia? A prospective study. *Schizophr Res* 2006; 86: 215-20.

**PD Dr. med. Dipl.-Psych. Matthias J. Müller**



*Studium der Humanmedizin, Psychologie und Philosophie in Gießen, klinische und wissenschaftliche Tätigkeiten an den Universitäten Gießen, Basel und Aachen. 1995-2005 Psychiatrische Klinik und Poliklinik in Mainz, zuletzt als Leitender Oberarzt. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten. Forschungsaufenthalt am Hillside Hospital, New York, USA. Habilitation über Depressivität bei Schizophrenie. Seit August 2006 Ärztlicher Direktor am ZSP Mittlere Lahn in Gießen und Marburg.*

*Forschungsschwerpunkte: Affektstörungen bei Psychosen, Psychopathologie, Psychopharmakologie, sexuelle Funktionsstörungen, Mild Cognitive Impairment.*

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## 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](#)