

Schizophrenie und Lebensqualität – geschlechtsspezifische Aspekte*

Ute-Ulrike Röder-Wanner, S. Priebe

Abteilung für Sozialpsychiatrie, Freie Universität Berlin (Komm. Leiter: PD Dr. S. Priebe)

Schizophrenia and Quality of Life – Gender-Specific Aspects

Empirical studies show that schizophrenic women and men differ in psychological as well as social characteristics. In women the course of illness and objective life situation seem to be more favourable. In studies on the subjective quality of life in psychiatric patients, gender-specific aspects have hardly been considered so far. Some results indicate that women – contrary to women of the general population – are more content than male psychiatric patients. The systematic inclusion of gender-specific aspects in quality of life studies might clarify how quality of life is influenced in psychiatric patients. It might also contribute to designing psychiatric care in a way that specific sources of satisfaction are made use of.

Zusammenfassung

Forschungsergebnisse zeigen, daß sich schizophrene Frauen und Männer in ihrer psychischen und sozialen Entwicklung unterscheiden. Frauen scheinen sowohl in bezug auf Merkmale der Erkrankung selbst als auch bez. ihrer objektiven Lebenssituation gegenüber Männern in einer günstigeren Lage zu sein. In Studien zur subjektiven Lebensqualität psychisch Kranker wurden geschlechtsspezifische Aspekte bislang nur wenig berücksichtigt. Einzelergebnisse deuten jedoch darauf hin, daß – i. G. zu Frauen in der Allgemeinbevölkerung – psychiatrische Patientinnen eher zufriedener sind als Männer. Die stärkere Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte bei Lebensqualitätsstudien könnte hilfreich sein für das Verständnis, wie sich die Lebensqualität bei psychisch Kranken entwickelt, und vielleicht auch für eine Planung psychiatrischer Versorgung, die in differenzierter Weise die Quellen spezifischer Zufriedenheiten bei den Patienten zu nutzen vermag.

In den vergangenen 10 Jahren hat die Frage nach geschlechtsspezifischen Unterschieden bei schizophren Erkrankten zunehmend Beachtung gefunden. Mit der Untersuchung geschlechtsspezifischer Aspekte folgt die psychiatrische Forschung einer allgemeinen gesellschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Entwicklung und sucht neue Ansätze für die Klärung von Genese (Häfner, 1987; Häfner et al., 1989, 1991 a, 1992, 1993 a, b) und Heterogenität der Schizophrenie (Goldstein et al., 1990 u. Sham et al., 1994) sowie zur Prädiktion (WHO-DOS-Studie, 1992) und zur Differenzierung von Behandlungsangeboten (Haas et al., 1990). Die Hinweise, daß die Erkrankungs- und Lebenssituation bei schizophrenen Frauen und bei schizophrenen Männern verschieden ist, werden zahlreicher. Deshalb werden im folgenden die wichtigsten Ergebnisse der Literatur unter zwei Gesichtspunkten dargestellt, erstens in welcher Weise sich allgemein schizophrene Frauen und Männer unterscheiden und zweitens, in welcher spezifischen Weise ihre Lebensqualität differiert.

Geschlechtsspezifische Aspekte der Schizophrenie

Die wichtigsten und am häufigsten gestellten Fragen zu geschlechtsabhängigen Unterschieden bei der Schi-

zophrenie betreffen die prämorbid Persönlichkeit und Integration, die Phänomenologie der Erkrankung, mögliche ätiologische und pathogenetische Faktoren, die Verteilung von Subtypen der Erkrankung, das Ansprechen auf Behandlung und den klinischen und sozialen Verlauf. In vielen Untersuchungen wurden Unterschiede zwischen schizophrenen Frauen und Männern festgestellt (Tab. 1).

Schizophrene Frauen scheinen prämorbid – auch schon als Kinder und Jugendliche – sozial besser angepaßt. Sie erkranken einige Jahre später und haben nach manchen Studien andere Symptome und ein anderes Krankheitsverhalten als Männer. Bestimmte Subtypen der Erkrankung, die sich durch familiäre Belastung, perinatale Komplikationen, prämorbid Entwicklung und z. T. auch durch Symptome abgrenzen lassen, scheinen bei Frauen und Männern mit unterschiedlicher Häufigkeit aufzutreten. Schizophrene Frauen sprechen besser auf neuroleptische, soziotherapeutische und familientherapeutische Behandlung an. Sie haben einen sowohl nach klinischen als auch nach sozialen Gesichtspunkten günstigeren Krankheitsverlauf. Diese Ergebnisse sind nicht unwidersprochen: wiederholt wurde auch von fehlenden Unterschieden zwischen schizophrenen Männern und Frauen berichtet, kaum jedoch wurden gegensinnige, für Männer günstigere Resultate

Tab. 1 Ergebnisse von Studien zur Geschlechtsdifferenz bei Schizophrenie.

Schizophrene Frauen sind prämorbid sozial besser angepaßt		
in Kindheit und Jugend	sind sie weniger isoliert, haben mehr Beziehungen zu Gleichaltrigen und zum anderen Geschlecht, mehr Interessen, mehr Funktionen außerhalb der Kernfamilie	<i>Childers u. Harding, 1990</i> <i>Foerster et al., 1991</i> <i>Haas u. Sweeney, 1990</i> <i>Gittelman-Klein u. Klein, 1969</i> <i>Shtasel et al., 1992</i>
erwachsen	sind sie häufiger verheiratet zu Beginn der Erkrankung	<i>Angermeyer et al., 1989</i> <i>Bromet et al., 1992</i> <i>Haas et al., 1990</i> <i>Häfner et al., 1989, 1993 a</i> <i>Huber et al., 1979</i>
	haben sie mehr Kontakt zum anderen Geschlecht, weniger Schwierigkeiten mit Freunden und Bekannten, sind seltener einsam	<i>Häfner et al., 1993 b</i> <i>McGlashan u. Bardenstein, 1990</i>
	erfüllen sie häufiger ihre Rolle in der Partnerschaft, beim Wohnen, eigenem Einkommen und Arbeit, haben seltener Abbrüche sozialer Rollen vor Ersthospitalisierung und sind global prämorbid häufiger besser angepaßt	<i>Häfner et al., 1992, 1993 a</i> <i>Goldstein, 1988</i> <i>Goldstein et al., 1990</i>
Schizophrene Frauen erkranken später als Männer		
sie haben	ca. 4–5 Jahre später als Männer unspezifische Störungen, psychotische Symptome, erste Kontakte zur Psychiatrie, die erste Hospitalisierung	<i>Angermeyer et al., 1989, 1990</i> <i>Häfner et al., 1989, 1991 a</i> <i>1992, 1993 a, b</i> <i>Lewine, 1980, 1981</i> <i>Übersicht bei Angermeyer u. Kühn, 1988</i> <i>mit 50 affirmativen Ergebnissen bei 53 Studien</i>
	mit 40–45 Jahren einen zweiten kleineren Erkrankungsgipfel	<i>McGlashan u. Bardenstein, 1992</i> <i>Shtasel et al., 1992</i>
Schizophrene Frauen haben andere Symptome und ein anderes Krankheitsverhalten als Männer		
sie haben	seltener Negativsymptome, häufiger affektive und paranoide Symptome	<i>Gebhardt u. Pietzcker, 1985</i> <i>Goldstein, 1986</i> <i>Goldstein et al., 1990</i> <i>McGlashan u. Bardenstein, 1990</i> <i>Shtasel et al., 1992</i>
	seltener aggressives Verhalten, seltener Konflikte mit dem Gesetz, vernachlässigen sich seltener, ziehen sich seltener zurück, haben selten einen Alkohol- oder Drogenabusus	<i>Diebold u. Engel, 1977</i> <i>Gebhardt u. Pietzcker, 1985</i> <i>Haas et al., 1990</i> <i>Häfner et al., 1992</i> <i>McGlashan u. Bardenstein, 1990</i>
Frauen und Männer neigen zu verschiedenen pathogenetischen Faktoren und verschiedenen Subtypen der Erkrankung		
Frauen haben	häufiger eine positive Familienanamnese, seltener Geburtskomplikationen und neurologische Defizite	<i>Bellodi et al., 1983</i> <i>Goldberg, 1985</i> <i>Mednick et al., 1978</i>
	einen geringeren Anteil an Hebephrenie	<i>Forrest u. Hay, 1971</i> <i>Vollmoeller, 1983</i>
	häufiger einen Subtyp mit höherer familiärer Belastung, eher Dysphorie und Verfolgungswahn und seltener einen Subtyp mit geringerer familiärer Belastung, eher Wintergeburt, schlechter prämobiler Entwicklung und Defizitsymptomen	<i>Goldstein et al., 1990</i>
	häufiger einen Subtyp mit späterem Beginn und höherer familiärer Belastung zu affektiver Psychose und seltener Subtyp mit früherem Beginn und höherer familiärer Schizophreniebelastung	<i>Sham et al., 1994</i>
Schizophrene Frauen sprechen besser auf Behandlung an als Männer		
Frauen reagieren	stärker auf geringere Dosen Neuroleptika	<i>Seeman, 1983</i> <i>Young u. Meltzer, 1980</i>
	besser auf soziotherapeutische und familientherapeutische Behandlung	<i>Haas et al., 1990</i> <i>Hogarty et al., 1974</i>
Schizophrene Frauen haben einen günstigeren klinischen Krankheitsverlauf		
sie haben	ein geringeres Rehospitalisierungsrisiko, weniger Klinikaufenthalte, kürzere Klinikaufenthalte, weniger Klinik-tage insgesamt/Zeit, weniger oder seltener Symptome beim follow-up	<i>Angermeyer et al., 1989, 1990</i> <i>Childers u. Harding, 1990</i> <i>Goldstein, 1988</i> <i>Jablensky et al., 1992</i> <i>McGlashan u. Bardenstein, 1990</i> <i>Watt et al., 1983</i> <i>Übersicht bei Angermeyer et al., 1990</i> <i>mit mehr als 100 Studien zum Verlauf,</i> <i>von denen rd. die Hälfte einen günstigeren</i>

Tab. 1 Fortsetzung

der Unterschied ist bei langen und sehr langen Nachbeobachtungszeiten geringer oder verschwunden

Verlauf bei Frauen beschreibt, nur vier bei Männern

Angermeyer et al., 1989, 1990
Bleuler, 1972
Ciampi, 1980
Goldstein, 1988
Huber et al., 1979

Die soziale Situation schizophrener Frauen ist auch im Krankheitsverlauf günstiger sie haben

eine bessere globale soziale Anpassung, häufiger eine regelmäßige Tätigkeit, erfüllen ihre Rolle in Familie und als Elternteil und bei der Arbeit besser, leben häufiger mit einem Partner und sind heterosexuell aktiver; weibliches Geschlecht prädiziert einen besseren Verlauf

Childers u. Harding, 1990
Haas et al., 1990
Jablensky et al., 1992
McGlashan u. Bardenstein, 1990
Pietzcker et al., 1982
Schubart et al., 1986
Test et al., 1990
Übersicht bei Angermeyer et al., 1990 in der 23 von 54 Studien eine günstigere Lebenssituation bei Frauen finden, nur zwei bei Männern

gefunden. Am besten belegt ist die Differenz im Manifestationsalter. Bemerkenswert ist, daß einige geschlechtsabhängige Unterschiede im Verlauf der Erkrankung bei sehr langen Nachbeobachtungszeiten abnehmen. Trotz einiger methodischer Schwierigkeiten und Uneinheitlichkeiten der in der Literatur berichteten Studien (z. B. z. T. retrospektive Erhebungen, unterschiedliche diagnostische Kategorien, fragliche Repräsentativität der Stichproben, wenige Untersuchungen von Erstkranken) scheint es insgesamt ausreichend Hinweise dafür zu geben, daß die psychische und soziale Entwicklung von schizophrenen Männern und Frauen verschieden ist. Die Zusammenhänge und Ursachen dieser Beobachtungen werden z. Z. noch wenig verstanden. So ist noch nicht eindeutig beantwortet, ob Männer und Frauen an verschiedenen Formen der Schizophrenie erkranken, ob funktionelle und strukturelle Östrogeneffekte Frauen vor ein und der gleichen Erkrankung schützen und ob Unterschiede ansonsten nicht krankheits-, sondern nur altersabhängig sind. Vier Grundlagen der Unterschiede stehen zur Debatte:

chenden Unterschieden in der Lebensqualität verbunden sind, und welchen Beitrag die Lebensqualitätsforschung zum Verständnis dieser Differenzen geliefert hat.

Lebensqualität

Das Wohlbefinden psychisch Kranker im Sinne Bradburns wurde zum ersten Mal 1969 von Alexander, die Lebensqualität psychisch Kranker zum ersten Mal von Malm et al. 1981 empirisch bearbeitet. Neu am Konzept der individuellen Lebensqualität war, daß sie als Ganzheit, als multidimensional konstituiertes globales Wohlbefinden oder zumindest als ein multidimensional erklärtes Konstrukt verstanden wurde, und daß sie außer klinischen und sozialen Normen auch subjektive Normen und Wertungen berücksichtigte (wobei Malm et al., 1981 die Entscheidung, ob ein Lebensbereich zufriedenstellend war oder nicht, noch vom Interviewer einschätzen ließen). Wie in der organischen Medizin, gibt es z. Z. auch in der Psychiatrie keine unumstrittene Definition von Lebensqualität. Inwieweit der aktuelle WHO-Vorschlag für ein Instrument, das einerseits international und bei verschiedenen Zielgruppen anwendbar ist und andererseits kultur- und krankheitsspezifische Aspekte erfassen soll (The WHOQOL Group, 1994), für psychiatrische Belange nützlich und praktikabel sein wird, bleibt noch offen. Mindestens zwei prinzipiell unterschiedliche methodische Ansätze sind bei den bisherigen psychiatrischen Lebensqualitätsinstrumenten erkennbar:

1. Geschlechtsabhängige Unterschiede in Hirnmorphologie, -pathologie und -reifung und ein unterschiedliches Risiko von Hirnläsionen (Flor-Henry, 1990; Gur et al., 1985; Lewine et al., 1990; Nasrallah et al., 1986; Saugstad, 1990).
2. Unterschiedliche genetische Belastung (Bellodi et al., 1986; Goldberg, 1985; Mednick et al., 1978).
3. Funktionelle, aber auch strukturelle Östrogeneffekte (Chang u. Renshaw, 1986; Endo et al., 1978; Häfner, 1987; Häfner et al., 1992, 1993 a; Kendell et al., 1987; Seeman u. Lang, 1990). Solche Effekte wurden empirisch vor allem von Häfner et al. (1991 b,c) und von Riecher-Rössler et al. (1994 a, b) belegt.
4. Unterschiedliche soziale Rollen, soziale Kompetenzen, soziale Wahrnehmungen der Erkrankung bei Frauen und Männern (Clausen et al., 1982; Haas et al., 1990; Warren, 1983).

Es ist davon auszugehen, daß sich die vier verschiedenen Ursachenkomplexe nicht notwendigerweise gegenseitig ausschließen und hinsichtlich spezifischer Unterschiede in verschiedener Ausprägung wirksam sein könnten.

Von diesen Befunden ausgehend ist zu fragen, inwieweit die objektiven Geschlechtsdifferenzen mit entspre-

1. Die Aufteilung in verschiedene Lebensbereiche, für die immer die individuelle Zufriedenheit erfragt wird (Baker u. Intagliata, 1982; Skantze et al., 1990). Manche Autoren, die eigene Lebensqualitätsinstrumente entwickelten, berücksichtigen zusätzlich die subjektive Wichtigkeit (Becker et al., 1993; Huber et al., 1988) oder auch objektive Indikatoren für die verschiedenen Lebensbereiche (Lehman et al., 1982; Lehman, 1988; Oliver, 1991 a).
2. Beim zweiten Vorgehen wird nicht in Lebensbereiche aufgeteilt, sondern in soziale Rollen, in einen interpersonellen und einen intrapsychisch/persönlichen Bereich. Hier gelten die Fragen dann mehr der Rollenerfüllung, dem Verhalten und dem Lebensstandard, beziehen sich auf soziale Kontakte, aber auch auf Defizite, allgemeines Wohlbefinden und allge-

meine Beschwerden (Bigelow et al., 1982; Heinrichs et al., 1984).

Trotz breiter Überschneidungen setzen die verschiedenen Autoren unterschiedliche Schwerpunkte. Zunehmend setzt sich jedoch das Vorgehen durch, Zufriedenheit mit dem Leben und mit einzelnen Lebensbereichen als Lebensqualität zu bezeichnen. In nationalen Surveys in den Vereinigten Staaten (Andrews u. Withey, 1976; Campbell, 1981) bestätigte sich wiederholt die hohe Neigung der Allgemeinbevölkerung, mit ihrem Leben allgemein und ebenso mit einzelnen Lebensbereichen zufrieden zu sein. Soziodemographische Daten spielten dabei eine geringere Rolle als erwartet. Frauen und Männer unterschieden sich nicht in ihrem globalen Wohlbefinden. Andrews und Withey finden auch keine geschlechtsabhängigen Unterschiede in den einzelnen Lebensbereichen, beschreiben allerdings ihre Untergruppe mit der schlechtesten Lebensqualität als überwiegend weiblich, mit Kindern und ohne Partner. Auch Campbell findet die amerikanischen Frauen nie zufriedener als die Männer, aber unzufriedener mit ihrer Ehe, mit ihrer Gesundheit, mit sich selbst, unzufriedener mit ihrer Sicherheit beim abendlichen Ausgehen, eher bereit zu sagen, daß sie weniger Glück in ihrem Leben hatten, als sie erwarten konnten, und mit mehr Erfahrungen negativer Affekte in letzter Zeit. In der Allgemeinbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland scheinen die Zufriedenheitsprofile bezogen auf verschiedene Lebensbereiche noch deutlicher geschlechtsspezifisch zu sein. Glatzer und Zapf (1984) fanden in ihren Wohlfahrtssurveys in der Bundesrepublik Deutschland Frauen in neun von 26 Lebensbereichen signifikant unzufriedener als Männer; in keinem – außer mit der Kirche – waren Frauen zufriedener. Die geringere Zufriedenheit von Frauen zeigte sich bei der beruflichen Entwicklung und Situation (Ausbildung, Aufstiegsmöglichkeiten, Beruf), in öffentlichen Bereichen (bei der Betätigung in Vereinen, der politischen Betätigung und der öffentlichen Sicherheit), aber auch in privaten Belangen (Familienleben, Partnerschaft) und hinsichtlich der Gesundheit. Die Autoren schlossen daraus, daß Frauen das „unzufriedenere Geschlecht“ seien. In späteren repräsentativen Studien (Statistisches Bundesamt, 1985, 1989, 1992 und 1994) scheinen die Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Deutschland geringer zu werden.

Psychiatrische Lebensqualitätsstudien

In den bisherigen Lebensqualitätsstudien in der Psychiatrie wurden vier Themenkomplexe vorrangig behandelt:

1. Der Vergleich der Lebensqualität psychisch Kranker mit denjenigen von Gesunden, von organisch Kranken oder von der Allgemeinbevölkerung.
2. Zusammenhänge von globalem Wohlbefinden, Zufriedenheiten mit verschiedenen Lebensbereichen, persönlichen Daten und objektiven Lebensbedingungen und Modelle des globalen Wohlbefindens psychisch Kranker.
3. Beziehungen von Lebensqualität, Diagnose und Psychopathologie.
4. Die Lebensqualität psychisch Kranker unter medikamentöser Behandlung, unter verschiedenen Behandlungssettings und Wohnformen, in verschiedenen Versorgungssystemen und nach Enthospitalisierung.

Trotz der methodischen und konzeptuellen Unterschiede in verschiedenen Untersuchungen sind einige wichtige Ergebnisse von Lebensqualitätsstudien festzuhalten (Literaturübersicht s. Tab. 2).

Modelle von happiness wie das nach Bradburn (1969) oder von globalem Wohlbefinden, wie es von Andrews und Withey (1976) und von Campbell (1981) beschrieben wurde, scheinen für die Allgemeinbevölkerung und für chronisch psychisch Kranke vergleichbar gültig. Die Lebensqualität psychisch Kranker ist geringer als die der Allgemeinbevölkerung oder organisch Kranker. Globale Lebensqualität, Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen, objektive Indikatoren und persönliche Charakteristika stehen in vielfältiger Beziehung zueinander. Die globale individuelle Lebensqualität ist nicht nur durch soziodemographische Merkmale und durch objektive Bedingungen, sondern vor allem auch durch verschiedene subjektive Indikatoren, wie der Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen, erklärt. Noch unklar ist, inwieweit die psychiatrische Diagnose mit der individuellen Lebensqualität psychisch Kranker korreliert. Dagegen gibt es Hinweise, daß psychopathologische Symptome und Lebensqualität in Beziehung zueinander stehen. Sie spielen jedoch für das globale Wohlbefinden und das Modell der Lebensqualität keine primär entscheidende Rolle. Unter dem Aspekt der individuellen Lebensqualität scheint die Enthospitalisierung chronisch Kranker sinnvoll; psychisch Kranke, die außerhalb von Kliniken betreut werden, zeigen sich in der Regel zufriedener in vielen Bereichen als stationär behandelte Langzeitpatienten. Gemeindepsychiatrische Versorgungssysteme können mit der Zeit zu einer besseren Lebensqualität der chronisch Erkrankten in fast allen Lebensbereichen führen. Die Berücksichtigung der individuellen Lebensqualität erlaubt auch eine differenziertere Sicht auf verschiedene Behandlungsstrategien und auf beschützte Wohnformen. Ein aufsuchend-unterstützend arbeitender Typus des case managements scheint gegenüber anderen Betreuungsformen mit besserer Lebensqualität verbunden. Spezifische subjektive Nachteile verschiedener betreuter Wohnformen konnten erkannt, Verbesserungen somit planbar gemacht werden. Viele dieser Ergebnisse müssen noch wiederholend bestätigt und näher geklärt werden, bevor sie eine gesicherte Interpretation zulassen. Sie sind erste, vorläufige Antworten auf noch viele offene Fragen zur Lebensqualität psychisch Kranker.

Die Angaben zu Unterschieden bei schizophrenen Frauen und Männern sind spärlich und unbefriedigend. In den meisten Studien dient das Geschlecht nur zur Beschreibung der Stichprobe, und getrennte Beurteilungen der Lebensqualität bei schizophrenen Frauen und Männern fehlen in der Regel. Einige Autoren (Tab. 2) berichten, daß das Geschlecht keine Rolle für die globale Lebensqualität und das globale Wohlbefinden spielt. Heinrichs et al. (1984) finden die Items Zielstrebigkeit, ziellose Inaktivität und Neugierde ihrer Lebensqualitäts-subskala "intrapyschic foundation" bei Männern und Frauen faktorenanalytisch unterschiedlichen weiteren Lebensqualitätsdimensionen zugeordnet wie interpersonellen Beziehungen, instrumenteller (beruflicher) Rolle und einem eigenen „intrapyschischen“ Faktor. Sie erklären dies mit unterschiedlichem Rollenverhalten. Defizitsymptome, Verhaltens- und Persönlichkeitsmerkmale scheinen also die Lebensqualität von schizophrenen Frauen und Männern in unterschiedlicher Weise und in verschiedenen Lebensbereichen zu beeinträchtigen. Shtasel et al. (1992a, 1992b) identifizieren mit der gleichen Lebensqualitätsskala faktorenanalytisch drei Faktoren. Ein Faktor „soziales Funktionieren“ umfaßt enge Beziehungen, aktive Bekanntschaften, soziale Aktivität, soziales Netzwerk, soziale Initiative, sozialen Rückzug, sexuelle Beziehungen und Anhedonie. Schizophrene Frauen waren schizophrenen Männern in diesem Lebensqualitätsfaktor ebenso überlegen wie im Faktor

Tab. 2 Ergebnisse von Lebensqualitätsstudien bei psychisch Kranken.

Die Lebensqualität psychisch Kranker ist geringer als die von Gesunden, körperlich Kranken oder von der Allgemeinbevölkerung	
Modelle von happiness oder von globalem Wohlbefinden sind für die Allgemeinbevölkerung und für psychisch Kranke vergleichbar gültig	Alexander, 1969 Lehman, 1983 a
die globalen Lebensqualitätsmaße sind schlechter	Alexander, 1969 Baker u. Intagliata, 1982 Bigelow et al., 1982 Lehman et al., 1982 Oliver, 1991 a Huber, D. et al., 1988 Huxley u. Warner, 1992
die Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen ist schlechter; am unzufriedensten sind psychisch Kranke mit den sozialen Beziehungen, Finanzen, Sicherheit, Arbeitslosigkeit	Baker u. Intagliata, 1982 Bigelow et al., 1982 Heinrichs et al., 1984 Huxley u. Warner, 1992 Lehman et al., 1982 Malm et al., 1981
Objektive Lebensbedingungen, persönliche Daten, Zufriedenheiten mit verschiedenen Lebensbereichen und globale Lebensqualität stehen in vielfältiger Beziehung zueinander	
die globalen LQ-Maße korrelieren untereinander	Lehman, 1983 a Oliver, 1991 a
die Lebensbereichszufriedenheiten korrelieren mit globalem Wohlbefinden	Lehman, 1983 a Oliver, 1991 a
das globale Wohlbefinden erklärt sich aus subjektiven Lebensbereichszufriedenheiten, objektiven Indikatoren und persönlichen Daten	Lehman, 1983 a Levitt et al., 1990 Oliver, 1991 a
Die Lebensqualität steht in Beziehung zur Psychopathologie, möglicherweise nicht zur Diagnose	
die Lebensqualität ist unabhängig von der Diagnose	Lehman, 1983 a, 1988
die affektiven Symptome sind mit globalem Wohlbefinden korreliert	Lehman, 1983 b Oliver, 1991 a
die Lebensqualität schizophrener Patienten ist mit positiven und negativen Symptomen korreliert	Heinrichs et al., 1984 Lauer, 1991 a, 1991 b Meltzer, 1992 Mueser et al., 1991 Simpson et al., 1989
Lebensqualität verbessert sich unter Behandlung; gemeindepsychiatrische Versorgung ist effektiv; Enthospitalisierung sinnvoll	
die Lebensqualität bessert sich unter Clozapinbehandlung	Meltzer et al., 1990 Meltzer, 1992
die Lebensqualität verbessert sich durch spezielle Interventionen und case management-Arten, gemeindepsychiatrische Versorgungsprogramme sind effektiv	Bigelow et al., 1982 Huxley u. Warner, 1992 McClary et al., 1989 Stein u. Test, 1980
chronisch psychisch Kranke sind außerhalb der Klinik zufriedener, verschiedene Wohnformen haben verschiedene Vor- und Nachteile, Enthospitalisierung chronisch Kranker ist subjektiv und objektiv eher eine Verbesserung der LQ	Fiore et al., 1991 Gibbons u. Butler, 1987 Lauer, 1991 a Lehman et al., 1986 McCarthy u. Nelson, 1991 Oliver, 1991 b Oliver u. Mohamad, 1992 Pinkney et al., 1991
Unterschiede der Lebensqualität schizophrener Frauen und Männer sind unklar	
ein Maß globalen Wohlbefindens (von mehreren) ist bei Frauen günstiger	Lehman, 1983 a
das Geschlecht spielt keine wesentliche Rolle für die globale Lebensqualität, globales Wohlbefinden	Baker u. Intagliata, 1982 Huber et al., 1988 Lehman, 1983 a, 1988 Levitt et al., 1990 Meltzer et al., 1990
faktorenanalytisch ordnen sich Items der LQ-Subskala intrapsychic foundation bei Frauen und Männern unterschiedlichen (instrumentelle Rolle/interpersonelle Beziehungen, eigener Faktor) LQ-Dimensionen zu	Heinrichs et al., 1984
die Lebensqualität schizophrener Frauen ist für die Dimensionen soziale Rolle und "sense of life involvement" besser als die schizophrener Männer	Shtasel et al., 1992 b

„Engagement“, zu dem die Beziehung zur Familie, Zielstrebigkeit, Motivation, Neugierde, Besitz alltäglicher Gegenstände, Teilhabe an alltäglichen Aktivitäten, Empathie und das Engagement gegenüber dem Interviewer gehörten. Im Lebensqualitätsfaktor „berufliches Funktionieren“ unterschieden sich schizophrene Frauen und Männer nicht. *Shtasel* et al. kommen zu dem Schluß, daß die Lebensqualität schizophrener Frauen in bezug auf die soziale Rolle und einen „sense of life involvement“ günstiger ist als bei Männern. In diesen interviewer beurteilten, an Rollenerfüllung und Defizitsymptomen orientierten Lebensqualitätserhebungen fehlen jedoch subjektive Einschätzungen der Betroffenen. Diejenigen Autoren hingegen, die die subjektiven Sichtweisen der Erkrankten und das Zufriedenheitskonstrukt von Lebensqualität bevorzugen, beschränken sich zumeist auf die Frage, ob das Geschlecht für die allgemeine Lebensqualität eine Rolle spielt. Getrennte Angaben, wie zufrieden psychisch kranke Frauen und Männer in den einzelnen verschiedenen Lebensbereichen sind, fehlen weitgehend.

Eigene Untersuchungen zur Lebensqualität chronisch schizophrener Menschen – die Diagnosestellung erfolgte dabei nach ICD-10 – weisen auf geschlechtsspezifische Zufriedenheitsprofile in Abhängigkeit vom therapeutischen Setting hin. Bei einer Untersuchung aller Patienten aus 2 ½ Berliner Bezirken, die seit mehr als 6 Monaten psychiatrisch hospitalisiert waren, zeigten sich schizophrene Frauen (n = 91) nur in einem Lebensbereich, nämlich mit ihren Freizeitaktivitäten außerhalb des Krankenhauses, tendenziell unzufriedener als die schizophrenen Männer (n = 108), die auch objektiv mehr Freizeitaktivitäten insgesamt hatten, häufiger ins Kino gingen und öffentliche Verkehrsmittel benutzten. Statistisch signifikante Unterschiede gab es in der subjektiven Lebensqualität nicht. Bei Erhebungen in einem gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem mit teilstationären, komplementären und ambulanten Einrichtungen (*Priebe* et al., im Druck) äußerten sich schizophrene Frauen (n = 41) signifikant zufriedener mit ihren Freizeitaktivitäten, ihrer Wohnperspektive und – falls vorhanden – ihrer Arbeit als schizophrene Männer (n = 43). Mit unterschiedlichen Formen psychiatrischer Behandlung sind Frauen, einer recht umfangreichen und sich auch auf schizophrene Patienten beziehenden Literatur zufolge, zufriedener als Männer (*Weinstein*, 1979; *Lebow*, 1982; *Corrigan*, 1990; *Gruyters* u. *Priebe*, 1992; *Gruyters* u. *Priebe*, 1994; *Priebe* u. *Gruyters*, im Druck). Frauen, das „unzufriedenere Geschlecht“, scheinen also bei einer schizophrenen Erkrankung als psychiatrische Patientinnen eher zufriedener zu sein. Was diese schizophrenen Frauen zu mehr Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen befähigen könnte, bleibt bisher offen. Möglicherweise könnte auch ein Selektionsprozeß wirksam sein: nur die weniger beeinträchtigten, zufriedeneren Frauen sind institutionell eingebunden und nehmen an den Befragungen teil. Auch die unterschiedliche Ausprägung und Art der Defizitsymptome bei Frauen und Männern könnte die Antworttendenz beeinflussen, Therapie- und Versorgungseffekte eher die Bedürfnisse schizophrener Frauen erfüllen als die der Männer, geschlechtsabhängige Unterschiede der sozialen Situation im Verlauf der Erkrankung sich in den Zufriedenheiten widerspiegeln. Einzelne Beschreibungen, wie die von *Heinrichs* et al. (1984) und *Shtasel* et al. (1992 b) deuten jedoch auch darauf hin, daß nicht nur unterschiedliche Defizitsymptome, sondern auch geschlechtsspezifisch unterschiedliche Fähigkeiten und Verhaltensweisen und die Möglichkeit, sie in bestimmten Lebensbereichen zu nutzen, schizophrene Frauen gegenüber schizophrenen Männern begünstigen könnten.

Folgerungen

Die subjektive Lebensqualität schizophrener Frauen und Männer ist – obgleich ihre Verbesserung als ein Ziel psychiatrischer Versorgung gilt – noch zu selten Gegenstand psychiatrischer Forschung. Viele Fragen sind noch unbeantwortet. Systematische Untersuchungen zur individuellen Lebensqualität können unter drei Aspekten bedeutsam sein:

1. Zur Beschreibung der subjektiven Lebensqualität psychisch Kranker und zur Erklärung der Zusammenhänge, in denen sie entsteht und sich entwickelt.
2. Als Evaluationskriterium, das klinische outcome-Kriterien bei Verlaufsuntersuchungen, Qualitätssicherungsfragen und Kosten-Nutzen-Analysen komplettiert.
3. Zur Planung von Behandlungssettings und Versorgungssystemen.

Die Lebensqualitätsperspektive ist bei der Erforschung der psychischen und sozialen Entwicklung schizophrener Frauen und Männer eine Erweiterung einer vom Ziel her ätiologieorientierten und vom Inhalt her an klinischen und sozialen Normen ausgerichteten Forschung, indem sie eher praxis- und handlungsorientiert den Blick auch auf gesundheitsfördernde Aspekte offen läßt, und – trotz aller Einschränkungen – den schizophrenen Menschen mit seinen individuellen Normen und Wertungen berücksichtigt.

Bisher fehlen insbesondere Basisdaten (bei diagnostisch abgrenzbaren Gruppen, zum Beginn der Erkrankung, Längsschnittstudien), ohne die sich bisherige Untersuchungsergebnisse kaum in einen größeren Rahmen einordnen und sinnvoll interpretieren lassen. Zukünftige Studien – in unserer Abteilung führen wir z.Z. zwei prospektive Studien zur Lebensqualität psychisch kranker und insbesondere schizophrener Frauen durch – könnten sich dabei von folgenden, z.T. aus der Literatur ableitbaren, z.T. eher spekulativen Hypothesen leiten lassen:

1. Die Untersuchung der subjektiven Lebensqualität schizophrener Frauen und Männer, insbesondere des Lebensqualitätsprofils zu Beginn und im Verlauf der Erkrankung, kann wesentlich zu einer sinnvollen Nutzung von Lebensqualität als Planungs- und Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung beitragen.
2. Subjektive Lebensqualität kann andere subjektive und objektive Evaluationskriterien nicht ersetzen, sondern nur komplettieren.
3. Die subjektive Sicht der Nutzer/innen, speziell die individuelle Lebensqualität, hat prädiktive Bedeutung für die weitere psychische und soziale Entwicklung der Betroffenen.
4. Die individuelle Lebensqualität, insbesondere das Lebensqualitätsprofil, ist durch die geschlechtsspezifische Wertung der sozialen Situation und durch geschlechtstypische Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale geprägt, die schizophrene Frauen gegenüber schizophrenen Männern begünstigen.
5. Im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung tendieren schizophrene Frauen in verschiedenen Lebensbereichen zu gleicher oder mehr Zufriedenheit als schizophrene Männer, da sie sich mit der Erkrankung weniger von ihrer „üblichen“ sozialen Situation und von sozialen Normen entfernen als Männer.

Literatur

- Alexander, W. F.: Some sociological aspects of psychological well-being in a schizophrenic population: social class, participation and work. Dissertation Abstracts 29 (11-A) (1969) 4111
- Andrews, F. M., S. B. Withey: Social indicators of well-being. Americans' perceptions of life quality. Plenum Press, New York, London 1976
- Angermeyer, M. C., L. Kühn: Gender differences in age at onset of schizophrenia. An overview. Eur. Arch. Psychiatry and Neurol. Sci. 237 (1988) 351–364
- Angermeyer, M. C., J. M. Goldstein, L. Kühn: Gender differences in schizophrenia: Rehospitalization and community survival. Psychol. Med. 19 (1989) 365–382
- Angermeyer, M. C., L. Kühn, J. M. Goldstein: Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcomes. Schizophr. Bull. 16 (1990) 293–307
- Baker, F., J. Intagliata: Quality of life in the evaluation of community support systems. Eval. Programm. Plann. 5 (1982) 69–79
- Bartók, G., J. Herezeg, M. Békésy: Predicting outcome of neuroleptic treatment on the basis of subjective response and early clinical improvement. J. Clin. Psychiatry 48 (1987) 363–365
- Becker, M., R. Diamond, F. Sainfort: A new patient focussed index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. Qual. Life Res. 2 (1993) 239–251
- Bellodi, L., C. Bussoleni, R. Scorza-Smeraldi, G. Grassi, L. Zacchetti, E. Smeraldi: Family study of schizophrenia: Exploratory analysis for relevant factors. Schizophr. Bull. 12 (1986) 120–128
- Bigelow, D. A., G. Brodsky, L. Stewart, M. Olson: The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. In: *Stahler, Q. J., W. R. Tash* (Hrsg.): Innovative approaches to mental health evaluation. Academic Press, New York (1982) 345–366
- Bleuler, M.: Klinik der schizophrenen Geistesstörungen. In: *Psychiatrie der Gegenwart*, 2. Auflage, Bd. II/I. Springer, Berlin, Heidelberg, New York (1972) 7–82
- Bradburn, N. M.: The structure of psychological well-being. Aldine, Chicago 1969
- Bromet, F. J., J. F. Schwartz, S. Fennig, L. Geller, L. Jandorf, B. Kovasznay, J. Lavelle, A. Miller, C. Pato, R. Ram, C. Rich: The epidemiology of psychosis: The Suffolk County Mental Health Project. Schizophr. Bull. 18 (1992) 243–255
- Campbell, A.: The sense of well-being in America. McGraw-Hill Book Company, New York 1981
- Chang, S. S., D. C. Renshaw: Psychosis and pregnancy. Compr. Ther. 12 (1986) 36–41
- Childers, S. E., C. M. Harding: Gender, premorbid social functioning and long-term outcome in DSM-III schizophrenia. Schizophr. Bull. 16 (1990) 309–318
- Ciampi, L.: The natural history of schizophrenia in the long term. Br. J. Psychiatry 136 (1980) 413–420
- Clausen, J. A., N. G. Pfeffer, C. L. Huffine: Help-seeking in severe mental illness. In: *Mechanic, D.* (ed.): Symptoms, illness behavior and help-seeking. New York. Neale Watson Academic Publications (1982) 135–155
- Corrigan, P. W.: Consumer satisfaction with institutional and community care. Community Ment. Health J. 26 (1990) 151–165
- Diebold, K., T. Engel: Symptomatik, Syndromatik und Ersterkrankungsalter endogener depressiver und schizophrener Psychosen in Abhängigkeit von der Unter- bzw. Hauptdiagnose und dem Geschlecht. Nervenarzt 48 (1977) 130–138
- Endo, M., M. Daiguji, Y. Asano, J. Yamashita, S. Takahashi: Periodic psychosis recurring in association with menstrual cycle. J. Clin. Psychiatry 39 (1978) 456–466
- Fiore, M., S. Galante, M. Härter, G. Inghilleri: Die Dehospitalisierung des psychiatrischen Krankenhauses San Clemente in Venedig. Psychiatr. Prax. 18 (1991) 30–35
- Flar-Henry, P.: Influence of gender in schizophrenia as related to other psychopathological syndromes. Schizophr. Bull. 16 (1990) 211–227
- Foerster, A., S. Lewis, M. Owen, R. Murray: Pre-morbid adjustment and personality in psychosis. Br. J. Psychiatry 158 (1991) 171–176
- Forrest, A. D., A. J. Hay: Sex differences and the schizophrenic experience. Acta Psychiatr. Scand. 41 (1971) 137–149
- Gebhardt, R., A. Pietzcker: Sex differences in the psychopathology of in-patients. Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci. 235 (1985) 92–96
- Gibbons, J. S., J. P. Butler: Quality of life for "new" long-stay psychiatric in-patients. The effects of moving to a hostel. Br. J. Psychiatry 151 (1987) 347–354
- Gittelman-Klein, R., D. F. Klein: Premorbid asocial adjustment and prognosis in schizophrenia. J. Psychiatr. Res. 7 (1969) 35–53
- Glatzer, W., W. Zapf: Lebensqualität in der Bundesrepublik: Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Campus Verlag, Frankfurt 1984
- Goldberg, S.: Positive and negative family history for schizophrenia: Differentiating variables. In: *Alpert, M.* (Hrsg.): Controversies in schizophrenia. Guilford Press, New York (1985) 317–329
- Goldstein, J.: Gender differences in the expression of schizophrenia. 139th Annual Meeting, American Psychiatric Association, Washington D.C. 1986
- Goldstein, J. M.: Gender differences in the course of schizophrenia. Am. J. Psychiatry 145 (1988) 684–689
- Goldstein, J. M., S. L. Santangelo, J. C. Simpson, M. T. Tsuang: The role of the gender in identifying subtypes of schizophrenia: a latent class analytic approach. Schizophr. Bull. 16 (1990) 263–275
- Gruyters, T., S. Priebe: Die Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Patienten – Eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität. Fortschr. Neurol. Psychiat. 60 (1992) 140–145
- Gruyters, T., S. Priebe: Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. Psychiatr. Prax. 21 (1994) 88–95
- Gur, R. E., R. C. Gur, B. Skolnick, S. Caroff, W. Obrist, S. Resnick, M. Reivich: Brain function in psychiatric disorders: III. Regional cerebral blood flow in unmedicated schizophrenics. Arch. Gen. Psychiatry 42 (1985) 329–334
- Haas, G. L., J. D. Glick, J. F. Clarkin, J. H. Spencer, A. B. Lewis: Gender and schizophrenia outcome: A clinical trial of an in-patient family intervention. Schizophr. Bull. 16 (1990) 277–292
- Haas, G. L., J. A. Sweeney: Premorbid and onset features of first-episode schizophrenia. Schizophr. Bull. 18 (1992) 373–386
- Häfner, H.: Epidemiology of Schizophrenia. In: *Häfner, H., W. F. Gattaz, W. Janzarik* (Hrsg.): Search for the causes of schizophrenia. Vol. 1, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1987
- Häfner, H., A. Riecher, K. Maurer, W. Löffler, P. Munk-Jørgensen, E. Strömgen: How does gender influence age at first hospitalization for schizophrenia? Psychol. Med. 19 (1989) 903–918
- Häfner, H., K. Maurer, W. Löffler, A. Riecher-Rössler: Schizophrenie und Lebensalter. Nervenarzt 62 (1991 a) 536–548
- Häfner, H., S. Behrens, J. de Vry, W. F. Gattaz, W. Löffler, K. Maurer, A. Riecher-Rössler: Warum erkranken Frauen später an Schizophrenie? Erhöhung der Vulnerabilitätsschwelle durch Östrogene. Nervenheilkunde 10 (1991 b) 154–163
- Häfner, H., S. Behrens, J. de Vry, W. F. Gattaz: An animal model for the effects of estradiol on dopamine-mediated behaviour: implications for sex differences in schizophrenia. Psychiatry Res. 38 (1991 c) 125–134
- Häfner, H., A. Riecher-Rössler, K. Maurer, B. Fätkenheuer, W. Löffler: First onset and early symptomatology of schizophrenia. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 242 (1992) 109–118
- Häfner, H., W. an der Heiden, M. Hambrecht, A. Riecher-Rössler, K. Maurer, W. Löffler, B. Fätkenheuer: Ein Kapitel systematischer Schizophrenieforschung – Die Suche nach kausalen Erklärungen für den Geschlechtsunterschied im Ersterkrankungsalter. Nervenarzt 64 (1993 a) 706–716
- Häfner, H., K. Maurer, W. Löffler, A. Riecher-Rössler: The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. Br. J. Psychiatry 162 (1993 b) 80–86
- Halford, K., R. D. Schweitzer, F. N. Varghese: Effects of family environment on negative symptoms and quality of life of psychotic patients. Hosp. Community Psychiatry 42 (1991) 1241–1247
- Heinrichs, D. W., Th. E. Hanton, W. T. Carpenter: The quality of life scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. Schizophr. Bull. 19 (1984) 388–398

- Hogan, T. P., A. G. Awad, M. R. Eastwood: Early subjective response and prediction of outcome to neuroleptic drug therapy in schizophrenia. *Can. J. Psychiatry* 30 (1985) 246–248
- Hogarty, G. E., S. C. Goldberg, N. R. Schooler, R. F. Ulrich and the Collaborative Study Group: Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients: II. Two-year relapse rate. *Arch. Gen. Psychiatry* 31 (1974) 603–608
- Huber, D., G. Henrich, P. Herschbach: Measuring the quality of life: A comparison between physically and mentally chronically ill patients and healthy persons. *Pharmacopsychiatry* 21 (1988) 453–455
- Huber, G., G. Gross, R. Schüttler: Schizophrenie – Eine Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. Springer, Berlin 1979
- Huxely, P., R. Warner: Case management, quality of life and satisfaction with services of long-term psychiatric patients. *Hosp. Community Psychiatry* 43 (1992) 799–802
- Jablensky, A., N. Sartorius, G. Ernberg, M. Anker, A. Korten, J. E. Cooper, R. Day, A. Bertelsen: Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization Ten-Country Study. *Psychol. Med., Monograph Supplement* 20 (1992)
- Kendell, R. E., J. C. Chalmers, C. Platz: Epidemiology of puerperal psychosis. *Br. J. Psychiatry* 150 (1987) 662–673
- Lauer, G.: Lebensqualität und Selbstkonzept bei chronisch psychisch Kranken. Vortrag auf dem 1. Deutschen Psychologentag, Dresden, 19.–22. September 1991 a
- Lauer, G.: The quality of life issue in chronic mental illness. Vortrag 5th European Health Psychology Society Conference, Psychology and Promotion of Health. Lausanne, 28.–30. August 1991 b
- Lebow, J.: Consumer satisfaction with mental health treatment. *Psychol. Bull.* 91 (1982) 244–259
- Lehman, A. F., N. C. Ward, L. S. Linn: Chronic mental patients: The quality of life issue. *Am. J. Psychiatry* 139 (1982) 1271–1276
- Lehman, A. F.: The well-being of chronic mental patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 40 (1983 a) 369–373
- Lehman, A. F.: The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronically mentally ill. *Eval. Program Plann.* 6 (1983 b) 143–151
- Lehman, A. F., S. Possidente, F. Hawker: The quality of life of chronic mental patients in a state hospital and community residences. *Hosp. Community Psychiatry* 37 (1986) 901–907
- Lehman, A. F.: A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Eval. Program Plann.* 11 (1988) 51–62
- Levitt, A. J., T. P. Hogan, C. M. Bucosky: Quality of life in chronically mentally ill patients in day treatment. *Psychol. Med.* 20 (1990) 703–710
- Lewine, R. J.: Sex differences in age of symptom onset and first hospitalization in schizophrenia. *Am. J. Orthopsychiatry* 50 (1980) 316–322
- Lewine, R. J.: Sex differences in schizophrenia: Timing or subtype? *Psychol. Bull.* 90 (1981) 432–444
- Lewine, R. J., L. R. Gully, S. C. Risch, R. Jewart, J. L. Houpt: Sexual dimorphism, brain morphology and schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 16 (1990) 195–203
- Luborsky, L.: Therapist success and its determinants. *Arch. Gen. Psychiatry* 42 (1985) 602–611
- Malm, U., R. A. May, S. J. Dencker: Evaluation of the quality of life of the schizophrenic out-patient. A checklist. *Schizophr. Bull.* 7 (1981) 477–487
- McCarthy, J., G. Nelson: An evaluation of supportive housing for current and former psychiatric patients. *Hosp. Community Psychiatry* 42 (1991) 1254–1256
- McClary, S., B. Lubin, C. Evans: Evaluation of a community treatment program for young adult schizophrenics. *J. Clin. Psychol.* 45 (1989) 806–808
- McGlashan, T. H., K. K. Bardenstein: Gender differences in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders. *Schizophr. Bull.* 16 (1990) 319–329
- Mednick, S. A., F. Schulsinger, T. W. Teasdale, H. Schulsinger, P. H. Venables, D. R. Rock: Schizophrenia in high risk children: Sex differences in predisposing factors. In: Serban, G. (Hrsg.): Cognitive defects in the development of mental illness. Brunner/Mazel, New York (1978) 169–197
- Meltzer, H. Y.: Dimensions of outcome with clozapine. *Br. J. Psychiatry* 160, Suppl. (1992) 46–53
- Meltzer, H. Y., S. Burnett, B. Bastani, L. R. Ramirez: Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hosp. Community Psychiatry* 41 (1990) 892–897
- Mueser, K. T., M. S. Douglas, A. S. Bellack, R. L. Morrison: Assessment of enduring deficit and negative symptom subtypes in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 17 (1991) 565–582
- Nasrallah, H. A., N. C. Andreasen, J. A. Coffman, S. C. Olson, V. Dunn, J. Ehrhardt, S. Chapman: A controlled magnetic resonance imaging study of corpus callosum thickness in schizophrenia. *Biol. Psychol.* 21 (1986) 274–282
- Oliver, J. P. J.: The social care directive: Development of a quality of life profile for use in community services for the mentally ill. *Soc. Work Soc. Sci. Rev.* 3 (1991 a) 5–45
- Oliver, J. P. J.: The quality of life in community care: A consideration of hostel wards prompted by a survey of residential facilities. In: Young, R.: Residential needs for severely disabled psychiatric patients: the case for hospital hostels. HMSO, London (1991 b) 53–60
- Oliver, J. P. J., H. Mohamad: The quality of life in the chronically mentally ill: a comparison of public, private and voluntary residential provisions. *Br. J. Soc. Wk* 22 (1992)
- Pietzcker, A., W. Gaebel, A. Poppenberg: Prognose des Verlaufs nach Klinikentlassungen bei schizophrenen Kranken. In: Heinrich, K. (Hrsg.): Der Schizophrene außerhalb der Klinik. Huber, Bern (1982) 92–104
- Pinkney, A. A., G. J. Gerber, H. G. Lafare: Quality of life after psychiatric rehabilitation. *Acta Psychiatr. Scand.* 83 (1991) 86–91
- Priebe, S.: Early subjective reactions predicting the outcome of hospital treatment in depressive patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 76 (1987) 134–138
- Priebe, S.: Die Bedeutung der Patientenmeinung. Initiale Bewertung und Verlauf psychiatrischer Therapie. Hogrefe Verlag, Göttingen 1992
- Priebe, S., T. Gruyters: Patients' assessment of treatment predicting hospitalizations. *Schizophr. Bull.* (in press)
- Priebe, S., T. Gruyters, M. Heinze, C. Hoffmann, A. Jäkel: Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung – Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis, *Psychiatr. Prax.* (in press)
- Riecher-Rössler, A., H. Häfner, M. Stumbaum, K. Maurer, R. Schmidt: Can estradiol modulate schizophrenic symptomatology? *Schizophr. Bull.* 20 (1994 a) 203–214
- Riecher-Rössler, A., H. Häfner, M. Stumbaum, R. Schmidt: Wirken Östrogene antipsychotisch? *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 62 (1994 b) 22–28
- Rudolf, G., T. Grande, W. Porsch: Die initiale Patient-Therapeut-Beziehung als Prädiktor des Behandlungsverlaufs: Eine empirische Untersuchung prognostischer Faktoren in der Psychotherapie. *Z. Psychosom. Med.* 34 (1988) 32–39
- Saugstad, L. F.: Social class, marriage and fertility in schizophrenia: The author replies. *Schizophr. Bull.* 16 (1990) 175–178
- Schubart, C., B. Krumm, H. Biehl, R. Schwarz: Measurement of social disability in a schizophrenic patient group. *Soc. Psychiatry* 21 (1986) 1–9
- Seeman, M. V.: Interaction of sex, age and neuroleptic dose. *Compr. Psychiatry* 24 (1983) 125–128
- Seeman, M. V., M. Lang: The role of estrogene in schizophrenia gender differences. *Schizophr. Bull.* 16 (1990) 185–194
- Sham, P. C., C. J. MacLean, K. S. Kendler: A typological model of schizophrenia based on age at onset, sex and familial morbidity. *Acta Psychiatr. Scand.* 89 (1994) 135–141
- Shtasel, D. L., R. E. Gur, F. Gallacher, C. Heimberg, T. Cannon, R. C. Gur: Phenomenology and functioning in first-episode schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 18 (1992 a) 449–460
- Shtasel, D. L., R. E. Gur, F. Gallacher, F. Heimberg, R. C. Gur: Gender differences in the clinical expression of schizophrenia. *Schizophr. Res.* 7 (1992 b) 225–231
- Simpson, C. J., C. E. Hyde, E. B. Faragher: The chronically mentally ill in community facilities. A study of quality of life. *Br. J. Psychiatry* 154 (1989) 77–82

- Singh, M. M., S. R. Kay:* Dysphoric response to neuroleptic treatment in schizophrenia: Its relationship to autonomic arousal and prognosis. *Biol. Psychiatry* 14 (1979) 277–294
- Skantze, K., W. Malm, S. J. Dencker, R. A. May:* Quality of life in schizophrenia. *Nord. Psychiatry Tidsskr.* 44 (1990) 71–75
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Datenreport 1985, Schriftenreihe der Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn 1985
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Datenreport 1989, Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn 1989
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Datenreport 1992, Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn 1992
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Datenreport 1994, Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn 1994
- Stein, L. J., M. A. Test:* Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation. *Arch. Gen. Psychiatry* 37 (1980) 392–397
- Test, M. A., S. S. Burke, L. S. Wallisch:* Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care. *Schizophr. Bull.* 16 (1990) 331–344
- The WHOQOL Group: In: *Orley, J., W. Kuyken* (Hrsg.): Quality of life assessment: international perspectives. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hongkong, Barcelona, Budapest (1994) 41–57
- van Putten, T., P. R. A. May, S. R. Marder, L. A. Wittmann:* Subjective response to antipsychotic drugs. *Arch. Gen. Psychiatry* 38 (1981) 187–190
- Vollmoeller, W.:* Alters- und Geschlechtsabhängigkeiten schizophrener Wahnthematik – Ein Beitrag zum Verständnis des krankhaften Denkens? *Psychiatr. Prax.* 10 (1983) 194–199
- Warren, C. A. B.:* Mental illness in the family: a comparison of husbands' and wives' definitions. *J. Fam. Iss.* 4 (1983) 533–558
- Watt, D. C., K. Katz, M. Shepherd:* (Preliminary communication) The natural history of schizophrenia: A 5-year prospective follow-up of a representative sample of schizophrenics by means of a standardized clinical and social assessment. *Psychol. Med.* 13 (1983) 663–670
- Weinstein, R. M.:* Patients attitudes toward mental hospitalization: A review of quantitative research. *J. Health Soc. Behav.* 20 (1979) 237–258
- WHO-DOS-Studie: Siehe *Jablensky et al.* (1992)
- Young, M. A., H. Y. Meltzer:* The relationship of demographic, clinical and outcome variables to neuroleptic treatment requirements. *Schizophr. Bull.* 6 (1980) 88–101

Dr. Ute-Ulrike Röder-Wanner

Abteilung für Sozialpsychiatrie
Freie Universität Berlin
Platanenallee 19
14050 Berlin