

3 Prävalenz

Die Prävalenz schizophrener Psychosen mit Beginn vor dem 15. Lebensjahr wird auf 1,4 pro 100.000 geschätzt (McKenna et al. 1994). In der Adoleszenz kommt es zu einem deutlichen Anstieg mit einem Peak zwischen dem 16. und 30. Lebensjahr (McClellan & Werry 2001). In einer Studie, die alle in Dänemark über einen Zeitraum von 13 Jahren wegen einer Schizophrenie hospitalisierten Jugendlichen (n = 312) erfasst, hat Thomsen (1996) nur 4 Patienten mit einem Erkrankungsalter unter 13 und 28 unter 18 Jahren gefunden.

Die Prävalenz ist alters- und geschlechtsabhängig. Im Kindesalter ist die Prävalenz bisher nur schwer zu bestimmen. Asarnow et al. (1995) berichten bei 47 Kindern mit der Diagnose einer COS ein Geschlechtsverhältnis von 34 Knaben zu 13 Mädchen. Die 47 Kinder wurden in 4 Altersgruppen eingeteilt: 0–30 Monate, 31 Monate – 6 Jahre, 6–9 Jahre und 9–12 Jahre. Die Tatsache, dass bei über 70% dieser Kinder starke Defizite der sprachlichen und motorischen Entwicklung bestanden, spricht eindeutig dafür, dass es sich um eine Mischgruppe von PDD (Pervasive Developmental Disorders) und VEOS handelt, sodass Angaben zum Geschlechtsverhältnis bei Psychosen mit frühem Beginn kritisch zu bewerten sind. Wegen des großen symptomatologischen Überschneidungsbereichs der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (PDD) mit den kindlichen Schizophrenien, ist nach Jacobsen und Rapoport (1998) der Prozentsatz falsch positiver Diagnosen in der Altersgruppe bis 12 Jahre vermutlich recht hoch. Anzunehmen ist daher, dass die Geschlechtsverteilung bei tatsächlichen kindlichen Schizophrenien vor dem 12. Lebensjahr tendenziell gleich ist (s. auch Kap. 7.1).

Die Inzidenzraten bei Männern liegen im Heranwachsendenalter zwischen dem 19. und 24. Lebensjahr deutlich höher als bei Frauen, bei denen zudem ein zweiter Erkrankungsgipfel zwischen dem 45. und 49. Lebensjahr beobachtet wird (Häfner et al. 1998). Diese Geschlechtsunterschiede sind unter anderem dadurch bedingt, dass mit Beginn der Pubertät die antidopaminerge und damit antipsychotische Wirkung der Östrogene einsetzt, welche mit dem Höhepunkt der Pubertät ihre volle Wirksam-

keit erfährt. Da sich bei Mädchen etwa im Alter von 12 Jahren die Pubertätsentwicklung sehr intensiviert, fehlt davor der Östrogenschutz, woraus sich erklären lässt, dass Mädchen im frühen Schulalter etwas früher psychotische Symptome entwickeln als Jungen, wie das in unserer Untersuchungsstichprobe der Fall war (Eggers & Bunk 1997). So hatten Mädchen schon im Alter von 7 bis 10 Jahren produktiv-psychotische Symptome (Wahnideen, Halluzinationen) entwickelt, während dies bei Jungen frühestens ab dem 11. Lebensjahr der Fall war. Bis zum Alter von 15 Jahren waren alle 25 Mädchen produktiv-psychotisch erkrankt, während dies bei den 19 Jungen erst im Alter von 18 Jahren der Fall war. Die altersabhängige Punkt-Prävalenz wies beim weiblichen Geschlecht somit eine flachere Kurve während der Pubertät auf, als bei den 19 männlichen Patienten (s. Abb. 1). Ähnliche Befunde wurden auch von Galdos & van Os (1995) erhoben (vgl. auch Könnicke et al. 2000).

Östrogene haben jedoch nicht nur eine antidopaminerge sondern auch eine neurotrophe Funktion, und sie stimulieren neurale Entwicklungsprozesse. Insbesondere haben sie protektive Effekte auf die Dendritendichte und wirken der Reduktion der Synapsendichte entgegen, welche während der Pubertät und der Frühadoleszenz stattfindet (Wooley & McEwen 1994). Eine Reduktion der synaptischen Dichte in dieser Entwicklungsphase, vor allem im Bereich limbischer Strukturen und des präfrontalen Kortex, wird mit dem ersten Manifestationsgipfel der Schizophrenie in Verbindung gebracht. Die neurotrophe Funktion der Östradiole und die dadurch bewirkte Verzögerung im Abbau der synaptischen Dichte bietet eine weitere Erklärung für die

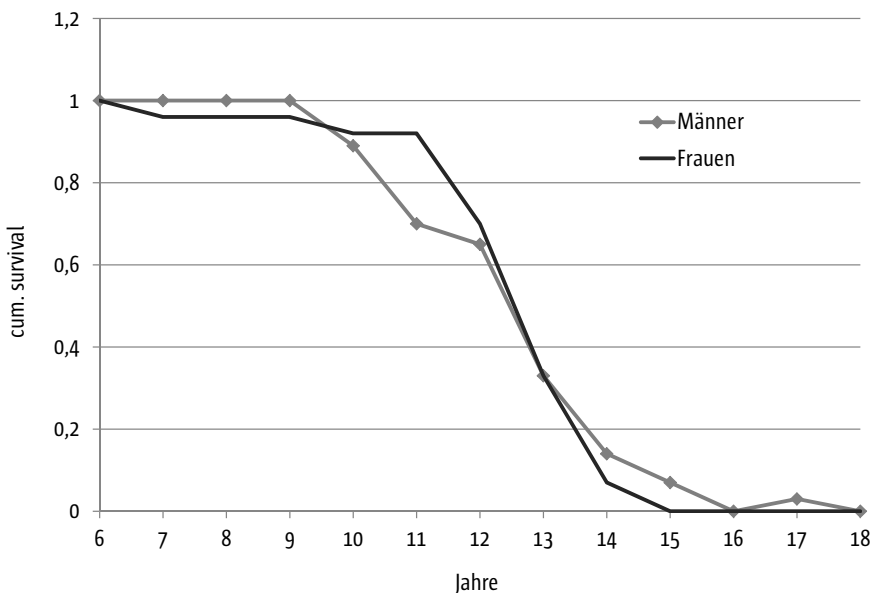


Abb. 1 Kaplan-Meier-Survival-Kurve zur Beziehung zwischen Erkrankungsalter (Alter bei Auftreten erster psychotischer Symptome) bei Mädchen und Jungen. Obwohl bei Jungen eindeutige psychotische Symptome etwas später (im Alter zwischen 10 und 18 Jahren) auftraten als bei Mädchen (7–15 Jahre) – die Survival-Kurve verläuft entsprechend flacher – bestanden keine Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die Survival-Verteilung (log rank = 0,24, $p = 0,62$).

Verschiebung des Psychoserisikos bei postpubertären bzw. frühadoleszenten Mädchen in spätere Altersphasen. Im Übrigen haben Untersuchungen an manifest erkrankten weiblichen Jugendlichen in unserer Klinik gezeigt, dass bei ihnen der Östradiolspiegel gegenüber einer alters-gematchten gesunden Mädchengruppe im gleichen Monatszyklus signifikant erniedrigt war (Oades & Schepker 1994).