

► **Medikamentös (Langzeitbehandlung):**

- Atypische Antipsychotika (Neuroleptika): z. B. Aripiprazol, Clozapin, Olanzapin, Paliperidon, Risperidon, Quetiapin, Amisulprid, Ziprasidon oder Zotepin (s. S. 318). EKG-Kontrollen!
 - Kombination mit Antidepressivum bei Vorliegen deutlicherer Antriebs- und Stimmungseinbußen (s. S. 324), z. B. mit Imipramin oder Moclobemid. (Erythropoietin [EPO] ist in Erprobung.)
- **Hinweis:** Bei mangelhafter Compliance Versuch mit Risperidon-Microsphere i. m. oder anderem Depot-Neuroleptikum.

Verlauf und Prognose

- Abhängig von Intensität und Verlaufsform der Krankheit einerseits und der Realisierung therapeutischer Angebote andererseits. Auch nach Jahren noch Teilremissionen möglich.
- Unterstimulation und Schonhaltung fördern die Entstehung von Defektsyndromen.
- Die erhöhte Suizidalität kann die Langzeitprognose zusätzlich unberechenbar werden lassen.

7.9 Schizoaffective Störung

- ICD-10: F 25

Grundlagen

- **Synonym:** Schizoaffective Mischpsychose, Legierungspsychose, Emotionspsychose, atypische endogene Psychose, Schizomanie, zyklische Schizophrenie.
- **Definition:**
 - Phasenhaft verlaufende Psychose mit manischer bzw. depressiver und gleichzeitig schizophrener Symptomatik.
 - Vermutlich heterogene Erkrankungsgruppe mit Überschneidung schizophrener und affektiver Kerngruppen (vgl. zyklische Psychose S. 187).
- **Epidemiologie:**
 - Familiäre Belastung mit psychischen Störungen (in der nahen Verwandtschaft höhere Zahl von affektiv oder schizophren Erkrankten).
 - Morbiditätsrisiko: 0,1–0,2%. Erstmanifestation im frühen Erwachsenenalter. (Frauen erkranken häufiger als Männer).
- **Ätiologie und Pathogenese, Risikofaktoren:** Wie bei allen Psychosen multifaktorielle Entstehungsweise (s. S. 162 ff).

Klinik

- In der Regel Beginn mit affektiven Symptomen:
 - *Schizomanisch (F 25.0):* Floride Psychose mit Unruhe, Erregtheit, Logorrhoe, Ideenflucht, Hochgestimmtheit, Größen- oder Beziehungswahn, Halluzinationen, Denkstörungen, Ich-Störungen, Verwirrtheit.
 - *Schizodepressiv (F 25.1):* Depressivität, Angst, Antriebsminderung bzw. Stupor, Denkhemmung, stimmungsinkongruenter oder depressiver Wahn, Ich-Störungen, Halluzinationen.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Querschnittssymptomatik (s. o. Klinik), Verlaufsbeobachtung!
- **Testdiagnostik:** IMPS, MINI, BPRS (S. 48f Tabelle 18).

- ▶ **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese.
- ▶ **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik zum** Ausschluss einer organischen Ursache.

Differenzialdiagnose

- ▶ Agitierte Depression (s.S. 182): Keine Schizophrenie-Symptome, höheres Alter.
- ▶ Drogen- oder medikamenteninduzierte Psychose (s.S. 140, 142): Anamnese, Screening.
- ▶ Gestationspsychose (s.S. 159): Anamnese, Umfeld.
- ▶ Borderline-Persönlichkeitsstörung (s.S. 249): Kein phasischer Verlauf.
- ▶ Hirnorganisch bedingte oder symptomatische Psychose: Kein phasischer Verlauf, bekannte Ursache.

Therapie

- ▶ **Stationäre Überwachung.**
- ▶ **Medikamentös (Akuttherapie):**
 - *Schizodepression:* Kombination von Antidepressivum (z.B. Trimipramin, Maprotilin) und konventionellem (z.B. Haloperidol, Flupentixol) bzw. atypischem Antipsychotikum (z.B. Clozapin, Olanzapin, Risperidon, Sertindol, Ziprasidon, Zote-pin). Bei Therapieresistenz Elektrokrampftherapie (s.S. 344).
 - *Schizomanie:* Monotherapie mit einem mittel- bis hochpotenten konventionellen (z.B. Haloperidol, Zuclopenthixol, Levomepromazin) oder atypischen Antipsychotikum in Kombination mit Lithium oder Carbamazepin oder Valproat.
- ▶ **Medikamentöse Rezidivprophylaxe:** Lithium und/oder Carbamazepin bzw. Valproat (anzustrebende Serumspiegel: Lithium 0,6–0,8 mmol/l, Carbamazepin 8–10 mg/l, Valproat 50–100 mg/l; s.S. 328).
- ▶ **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
 - Supportive Psychotherapie (s.S. 354), anknüpfend an aktuelle Symptomatik und ausgerichtet auf die Bewältigung der Erkrankung. Psychoedukation (s.S. 357).
 - Ergotherapie, Bewegungstherapie, Milieuthherapie (s.S. 347, 397).

Verlauf und Prognose

- ▶ Insgesamt gute Gesamtprognose.
- ▶ Wie bei den affektiven Psychosen besteht eher ein phasenhafter Verlauf mit Vollremission, insbesondere bei akutem Krankheitsbeginn und Vorherrschen affektiver Symptome.
- ▶ Keine Residual- oder Defektsymptomatik zu erwarten, allerdings hohe Rezidivneigung. (Belastung der Streckenprognose durch erhöhtes Suizidrisiko.)