

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

SCHIZOAFFEKTIVE STÖRUNGEN

Seelische Erkrankung, bei der gleichzeitig oder abwechselnd Symptome einer Schizophrenie, einer Depression und/oder einer krankhaften Hochstimmung (Manie) auftreten.

Schizophrenie, Depression und die krankhafte Hochstimmung einer Manie pflegen - schon für sich allein genommen - seelisch, körperlich und psychosozial schwer zu beeinträchtigen. Noch schwieriger wird es, wenn alle drei Krankheitsbilder kurz hintereinander auftreten oder gar zusammenfallen. Das nennt man dann eine schizoaffektive Störung oder Psychose. Die Belastung ist hoch, deshalb auch die Selbsttötungsgefahr. Doch die Heilungsaussichten sind gut, besonders wenn dieses Leiden rechtzeitig erkannt und akzeptiert, d. h. von einem Facharzt diagnostiziert und konsequent behandelt werden kann. Vor allem die neuen Medikamenten-Generationen von Antidepressiva und Neuroleptika können das Leiden erfolgreich abkürzen und mildern. Und die so genannten phasen-prophylaktischen Arzneimittel können - entsprechend lange genommen - einen Rückfall verhindern.

Wegen der wachsenden Bedeutung dieses mehrschichtigen Leidens eine ausführlichere Darstellung.

Erwähnte Fachbegriffe:

Schizoaffektive Störung – schizoaffektive Erkrankung – Mischpsychose – psychotische Zwischen-Fälle – Schizophrenie, Depression und Manie in einer Krankheit – affektive Störung – Gemütsstörung – schizophrenes Krankheitsbild – depressives Krankheitsbild – manisch-depressiv gemischtes Krankheitsbild – bipolar gemischte Krankheitsepisode – schizodepressive Krankheitsepisode – schizomanische Krankheitsepisode – schizomanisch-depressiv gemischte Krankheitsepisode – schizoaffektiver Syndrom-Wechsel – depressiver Wahn – wahnhafte Depressionen – depressiver Verarmungswahn – hypo-

chondrischer Wahn – nihilistischer Wahn – manischer Wahn – postschizophrene Depression – postremissives Erschöpfungssyndrom – manisch hoch gestimmte Schizophrenie – schizoaffektiver Krankheits-Beginn – schizoaffektive Vorposten-Symptome – schizoaffektive Prodrome – schizoaffektive Prognose – Heilungsaussichten bei schizoaffektiver Störung – schizoaffektive Residual-Symptome – schizoaffektive Rest-Beschwerden – asthenisches Insuffizienz-Syndrom bei schizoaffektiver Psychose – adynam-defizitäres Rest-Syndrom bei schizoaffektiver Psychose – chronifiziertes subdepressives Syndrom bei schizoaffektiver Psychose – chronifiziertes hyperthymes Syndrom bei schizoaffektiver Psychose – belastende Lebensereignisse und schizoaffektive Psychose – Suizidgefahr bei schizoaffektiver Störung – schizoaffektive Störung im Kindes- und Jugendalter – schizoaffektive Störungen im höheren Lebensalter – schizoaffektive Störungen im Wochenbett – Therapie der schizomanischen Krankheitsepisode – medikamentöse Therapie der schizomanischen Krankheitsepisode – Therapie der schizodepressiven Krankheitsepisode – medikamentöse Therapie der schizodepressiven Krankheitsepisode – Rückfall-Vorbeugung bei schizoaffektiven Psychosen – nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten der schizoaffektiven Störung – u. a. m.

Schizoaffektive Störungen sind Erkrankungen, bei denen gleichzeitig oder abwechselnd Symptome einer Schizophrenie, einer Depression und/oder einer krankhafte Hochstimmung (Manie) auftreten. Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel. Nachfolgend eine ausführlichere Übersicht auf der Grundlage der früher auf diesem Gebiet führenden und auch heute noch wegweisenden Fachbücher von A. Marneros (siehe Literaturverzeichnis am Ende dieses Beitrags).

ALLGEMEINE ASPEKTE

- **Historische Aspekte:** Schizoaffektive Störungen werden seit einigen Jahrzehnten, vor allem aber Jahren wissenschaftlich und im Praxisalltag vermehrt diskutiert und erregen deshalb über die Medien auch immer öfter allgemeines Interesse. Für die Ärzte sind sie aber ein zweischneidiges Phänomen. Zum einen kommt man immer häufiger mit Menschen dieser Krankheit in Berührung und deshalb auch nicht um eine Diagnose und Therapie herum. Zum anderen sind schizoaffektive Störungen eine Art wissenschaftliches Ärgernis, und das schon seit über hundert Jahren. Denn beschrieben wurde diese Krankheit, die im Grunde aus drei verschiedenen seelischen Leiden besteht, bereits Mitte des 19. Jahrhunderts. Und schon damals brachte diese Erkrankung so manches theoretische Gebäude in Gefahr und damit ihre psychiatrische Schule in Verlegenheit. Dies äußert sich schon in den verschiedenen Fachbegriffen, die zwar nicht exakt das Gleiche meinen müssen, mit ihrer

Wortwahl aber die wissenschaftliche Unsicherheit und wenigstens die Erkenntnis ausdrücken, dass sich hier ein gar nicht so seltenes Krankheitsbild letztlich nirgends exakt einordnen lässt: „Mischpsychose“, „Zwischen-Fälle“ u. a. Schließlich sprach man im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts von schizoaffektiven Erkrankungen, und dabei ist es bis heute geblieben.

- **Begriff:** Dieser Fachbegriff: *schizoaffektive Störung* oder *Erkrankung* besagt, dass sich hier zwei bzw. gar drei verschiedene Krankheiten und damit drei völlig unterschiedliche Beschwerdebilder in einem einzigen Leiden vereinigen. Das sind zum einen Krankheitszeichen der schizophrenen Psychose (z. B. Halluzinationen und Wahn), zum anderen affektive, also Gemütsstörungen. Und die setzen sich zusammen aus Depressionen und manischen Hochstimmungen. Daher der Begriff der schizo(= schizophrenen) - affektiven (= Gemütsstörungen wie Depression und Manie) Erkrankung, Störung oder Psychose.

- **Definition:** Bei einem Leiden, das aus zwei bzw. drei verschiedenen Störungen besteht und das seit über hundert Jahren die Psychiatrie schon mehrfach in Erklärungsnot brachte, kann man sich vorstellen, dass eine einzige Definition kaum möglich ist – bis heute. Bei den derzeit tonangebenden internationalen Organisationen und damit Klassifikationen heißt es:

- Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erkennt in ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen - ICD-10 eine *schizoaffektive Störung* an, wenn sowohl eindeutig schizophrene als auch eindeutig affektive Symptome gleichzeitig oder nur durch wenige Tage getrennt und während der gleichen Krankheitsepisode vorhanden sind.
- Die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) diagnostiziert in ihrem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen - DSM-IV eine schizoaffektive Erkrankung dann, wenn in einer ununterbrochenen Krankheitsperiode eine depressive Krankheitsepisode, eine manische Krankheitsepisode oder eine gemischte bipolare Krankheitsepisode (d. h. manische und depressive Phasen) zusammen mit schizophrenen Symptomen vorhanden sind.

Im Alltag von Klinik und Praxis hat sich ein brauchbarer Kompromiss entwickelt, der besagt:

Bei einer schizoaffektiven Erkrankung handelt es sich um Störungen, die gleichzeitig ein schizophrenes sowie ein depressiv-herabgestimmtes bzw. manisch-hochgestimmtes Krankheitsbild aufweisen. Das kann eines nach dem anderen auftreten, das kann aber auch gemeinsam sein. Das heißt schizophren und depressiv bzw. schizophren und manisch zugleich oder gar ein schizophren und manisch-depressives Beschwerdebild zusammen.

Wie häufig sind schizoaffektive Störungen und wen treffen sie am ehesten?

Wenn auch schizoaffektive Störungen seit fast 1 ½ Jahrhunderten zumindest diskutiert und seit einigen Jahrzehnten bzw. Jahren verstärkt diskutiert werden, so weiß man doch noch immer nicht genug.

Das betrifft sogar die *Häufigkeit* von schizoaffektiven Erkrankungen. Man vermutet, dass etwa jeder zehnte bis fünfte Patient, der eine schizophrene Erkrankung oder eine affektive Störung, also Depression oder Manie aufweist, irgendwann in seinem Leben auch zwei oder gar drei dieser Leiden durchmachen muss und deshalb eine schizoaffektive Erkrankung hat.

Um sich hierbei ein halbwegs zutreffendes Bild zu machen, eine kurze epidemiologische Übersicht: Von den schizophrenen Erkrankungen nimmt man an, dass sie rund 1 % der Bevölkerung erfassen, von den manischen 2 bis 3-mal und von den Depressiven bis zu 10-mal so viel. Kurz: Genaue Zahlen sind nicht möglich, aber selten sind diese Krankheiten nicht.

- **Geschlechtsspezifisch** sind Frauen häufiger betroffen als Männer, und zwar möglicherweise fast doppelt so oft. Dies betrifft vor allem jene Erkrankungsformen, die aus Schizophrenie und Depression bestehen. Dagegen scheint die Geschlechtsverteilung dort eher ausgeglichen zu sein, wo Schizophrenie, Depression und manische Hochstimmung gemeinsam auftreten oder abwechseln.
- Das **Alter** bei Ersterkrankung liegt im statistischen Mittel um die 30er Jahre. Doch können schizoaffektive Störungen in jedem Alter auftreten. Patienten, bei denen schizophrene, depressive und manische Beschwerdebilder vorliegen, scheinen früher zu erkranken (Anfang bis Mitte 20). Patienten, bei denen „nur“ schizophrene und depressive Symptome zu finden sind, erkranken eher später (nach dem 35. Lebensjahr).
- Eine **typische Persönlichkeitsstruktur bei schizoaffektiven Patienten** gibt es nicht. Das ist auch nicht verwunderlich, wenn zwei oder drei Beschwerdebilder zusammentreffen. Zwar gibt es eindeutige Charakterzüge auch nicht bei jenen Patienten, die ausschließlich schizophren, depressiv oder manisch erkranken. Bestimmte Schwerpunkte in der Wesensart lassen sich allerdings bei jedem dieser Leiden immer wieder registrieren. Dies betrifft vor allem die affektiven, also die Gemütsstörungen. Und die scheinen dann auch eine gewisse Prägung zu besitzen, was den gesamten Erkrankungskreis der schizoaffektiven Störungen anbelangt.

So sollen Patienten mit der Kombination Schizophrenie-Depression vor Ausbruch ihrer Erkrankung eher etwas anankastisch (zwanghaft) und rigi-

de (starr, unflexibel) sein (so genannter Typus melancholicus), während bei der Kombination Schizophrenie-Depression-manische Hochstimmung eher so genannte sthenische (energisch-kraftvolle) und selbstsichere Persönlichkeiten dominierten.

- **Soziodemographische Aspekte:** Bezüglich Ausbildung, Beruf, Familienstand, soziale Schicht u. a. gibt es keine wesentlichen Unterschiede zur allgemeinen Bevölkerung.

DER BIOLOGISCHE HINTERGRUND DER SCHIZOAFFEKTIVEN STÖRUNGEN

Krankheiten wie Schizophrenie, Depression und manische Hochstimmung mit ihrem Vererbungsmuster (siehe unten), mit dem häufig episodischen Auftreten und den relativ typischen Beschwerdebildern legten schon vor hundert Jahren die Vermutung nahe, dass es sich hier zumindest um eine biologische Basis handeln muss, auch wenn dann seelische und psychosoziale Faktoren (z. B. Stress, belastende Lebensereignisse, die Reaktion der Umgebung, Nachteile in Partnerschaft, Familie, Freundeskreis und Beruf u. a.) schließlich eine zusätzlich prägende Auswirkung entwickeln. Vor allem die Schizophrenie, in letzter Zeit vermehrt auch die Depression, in Zukunft sicher auch die manische Hochstimmung haben deshalb im Laufe der Jahrzehnte die biologische Forschung ungeheuer beflügelt. Die Ergebnisse halten sich aber leider in Grenzen. Offenbar sind die Ursachen doch komplexer, als man bisher annahm (siehe auch die speziellen Kapitel über Schizophrenie, Depression und Manie).

Deshalb lässt sich im Grunde auch bei der aus diesen Krankheiten zusammengesetzten schizoaffectiven Störung nur eines mit Sicherheit sagen: Es gibt **keine einheitliche biologische Basis**, es gibt nur verschiedene Hinweise, die die Wissenschaft in Zukunft beschäftigen werden. Dies besonders zur Klärung der Frage: Was kann man therapeutisch tun (z. B. welche Medikamente)? Hier knüpfen sich die größten Hoffnungen vor allem an die Neurotransmitter-Forschung, also die so genannten Botenstoffe im Gehirn, deren Defizite in bestimmten Gehirnregionen bestimmte Krankheitszeichen, Syndrome (charakteristische Symptom-Gruppierungen) und Erkrankungen auslösen können.

Was die **Vererbung** anbelangt, so häufen sich in der Tat affektive (depressive und manische), schizophrene, schizoaffective sowie andere psychische Erkrankungen in den Familien schizoaffectiver Patienten. Je konkreter und konkreter man nachfasst, desto öfter wird man fündig.

Das bedeutet aber nicht, dass man Angst um seine Kinder haben muss, wenn ein Elternteil eine schizoaffektive, schizophrene, depressive oder manische Erkrankung durchleiden musste. Natürlich steigt die Möglichkeit dann, wenn beide Eltern betroffen sind. Ein konkret abschätzbares Risiko lässt sich aber damit letztlich nicht verbinden.

Eines aber muss man zugestehen: Wer von einer schizoaffektiven Störung (also schizophren/depressiv/manisch) beeinträchtigt ist, muss schon mit einer höheren familiären Erbelastung rechnen als jene Kranken, die „nur“ gesondert eine Schizophrenie, eine Depression und/oder Manie haben.

Bevor man sich allerdings hier in Kummer und Sorgen verliert, sei noch einmal daran erinnert, dass laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) jeder vierte, unter bestimmten Bedingungen sogar jeder dritte Bundesbürger (einschließlich westliche Welt) irgendwann in seinem Leben unter einer seelischen Störung litt, gerade leidet oder noch zu leiden haben wird. Das sind allein im deutschen Sprachraum 20 bis 25 Millionen Menschen. Natürlich belasten alle seelischen Störungen bis hin zu Einbruch von Lebensqualität und Leistungsfähigkeit. Aber man soll nicht glauben, dass 1. jede seelische Störung eine Geisteskrankheit sei, wie man sich das voller heimlicher Ängste immer wieder einzureden scheint, und 2. dass jede seelische Störung und damit auch jede Geisteskrankheit (Psychose) gleich besonders schwer und folgenreich ausfällt. Das ist ein Irrtum. Die überwiegende Mehrzahl aller Betroffenen sind Erkrankungen leichter Natur und durchaus gut überstehbar, akut und mittel- bis langfristig.

Schizoaffektive Störungen gehören zwar nicht gerade zu den leichteren Beeinträchtigungen, haben auch ihre spezifischen Risiken (z. B. Suizidgefahr – siehe später), sind aber inzwischen so gut behandelbar, dass man sich auch hier keine Sorgen machen sollte. Voraussetzung ist allerdings das rechtzeitige Erkennen und schließlich Anerkennen dieser Störung. Und natürlich eine konsequente Therapie, die aber bei den heutigen Möglichkeiten kein Problem darstellt, was vor allem die deutlich verringerten Nebenwirkungen anbelangt.

WIE ÄUßERT SICH EINE SCHIZOAFFEKTIVE PSYCHOSE?

Die **Diagnose einer schizoaffektiven Störung** ist nicht einfach, das wurde schon eingangs betont. Vor allem gibt es keine Kriterien, die auf Labor- oder Röntgenuntersuchungen, durch Elektroenzephalographie (EEG), Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT) u. a. beruhen. Die Diagnose einer schizoaffektiven Störung wird rein phänomenologisch gestellt, d. h. entscheidend ist das Erscheinungsbild, allen voran das konkrete Beschwerdebild.

Und dieses **Beschwerdebild** kann also schizophren, depressiv oder manisch sein, hintereinander oder gleichzeitig (siehe später) ausbrechen. Und je charakteristischer es für die jeweiligen Syndrome (Zusammenstellung jener Krankheitszeichen, die für dieses Leiden typisch sind) ausfällt, desto leichter fällt die Diagnose.

Schwierig wird es - und das sei kurz eingeflochten, da gar nicht so selten -, weil es unterschiedliche Definitionen und Klassifikationen von Schizophrenie, Depression und Manie gibt, und zwar noch immer. Und weil alle drei Krankheitsbilder eine Vielzahl von Symptomen aufweisen, und zwar nicht immer so typisch, wie man das zur raschen Diagnose bräuchte. Und weil sich diese Erscheinungsformen auch noch dauernd ändern können, d. h. mal in dieser, mal in jener Verlaufsform auftreten. Und weil es nicht nur eine konkrete schizoaffektive Störung mit schizophrenen, depressiven und/oder manischen Symptomen gibt, sondern auch depressive Schizophrene, wahnhaft depressive, Patienten mit einer eigenartigen Mischung aus Depression und manischer Hochstimmung und sogar so genannte „überkochende“ Manien, die manches Wahnhaftes zeigen (Einzelheiten siehe unten).

Im Allgemeinen sind aber bei einer schizoaffektiven Erkrankung folgende Beschwerdebilder auszumachen:

- **Schizophrenes Krankheitsbild:** Wahnphänomene, d. h. Verfolgungs-, Größen-, Eifersuchts-, körperbezogener, nihilistischer (vom lat.: nihil = nichts, also z. B. „ich bin nichts oder gar nicht vorhanden“) und andere Wahnhalte. Ferner Gedankenausbreitung, Gedankeneingebung, Gedankenentzug und vor allem das Gefühl des (von anderen) Gemachten, Zugefügten, Aufgezwungenen. Im weiteren Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen), insbesondere akustische (Gehörs-)Halluzinationen, bei denen entweder eine Stimme das Verhalten oder die Gedanken des Betroffenen kommentiert oder zwei oder mehrere Stimmen sich miteinander unterhalten, auch in Form des so genannten Gedankenlautwerdens („jeder kann meine Gedanken lesen“). Und schließlich das Phänomen der Inkohärenz, der Zerfahrenheit, mit ausgeprägtem unlogischem Denken oder auch einfach Verarmung der sprachlichen Äußerungen, bis hin zum verflachten, abgestumpften Gemütszustand oder gar inadäquaten Affekten (lachen bei Traurigem, weinen bei Lustigem).

Detaillierte Einzelheiten zum Krankheitsbild der schizophrenen Psychose finden sich in dieser Internet-Serie in dem Übersichtskapitel über die Schizophrenien sowie die speziellen Kapitel über wahnhaftes Störungen, kurze psychotische Störungen usw.

- **Depressives Krankheitsbild:** niedergeschlagen, freudlos, interessenlos, initiativlos, antriebslos, voller Schuld-, Versagens- und Unfähigkeitsgefühle, merk- und konzentrationsschwach, vergesslich, Grübelneigung, ängstlich, in-

nerlich unruhig und gespannt oder seelisch-körperlich blockiert sowie eine Vielzahl organischer (in Wirklichkeit psychosomatischer) Beschwerden wie Schlafstörungen (z. B. das quälende Früherwachen mit Morgentief), Kloß im Hals sowie Beeinträchtigungen von Herz-Kreislauf, Atmung, Magen-Darm (z. B. Appetitlosigkeit mit Gewichtsverlust), Wirbelsäule, Gelenken u. a. Am Schluss natürlich auch Leistungseinbruch, Rückzug und Isolationsgefahr aus Schwäche, Scham und Verzweiflung.

Detaillierte Einzelheiten zum depressiven Beschwerdebild siehe die ausführliche Kapitel über Depressionen in dieser Internet-Serie.

- **Manisches Krankheitsbild:** überaktiv, vor allem zwischenmenschlich, beruflich, ggf. sexuell, dabei redselig, Ideenflucht, gesteigertes Selbstbewusstsein (bis hin zu Größengedanken, ggf. wahnhaft), vermindertes Schlafbedürfnis, rasche Ablenkbarkeit, exzessive Beschäftigung mit Aktivitäten, die an sich nicht falsch, in dieser Form aber mit unangenehmen Konsequenzen belastet sein können (geschäftlich, sexuell, Verkehr, Kaufwut) u. a.

Detaillierte Einzelheiten zum manischen Krankheitsbild siehe das spezielle Kapitel in dieser Internet-Serie über die Manie, die krankhafte Hochstimmung.

WIE VERLÄUFT EINE SCHIZOAFFEKTIVE STÖRUNG?

Wenn mehrere Verlaufsformen möglich sind, dann kann das schon sehr verwirrend werden - zumindest theoretisch. Im „wirklichen Leben“ pflegt das oftmals wie folgt auszusehen:

Grundannahme ist die Erkenntnis, dass eine schizoaffective Störung eine Mischung von schizophrenen, depressiven und/oder manischen Symptomen ist - und zwar sowohl im Querschnitt (alle zusammen) als auch im Längsschnitt (hintereinander). Das heißt, dass man zur Diagnose das Erscheinungsbild einer

- reinen schizophrenen Krankheitsepisode
- einer reinen depressiven Krankheitsepisode
- einer reinen manischen Krankheitsepisode
- einer so genannten gemischten manisch-depressiven Krankheitsepisode

vor Augen haben muss.

- Dann kann es ein Krankheitsbild geben, dass sowohl manisch als auch depressiv gemischt ist: manisch-depressiv gemischte oder bipolare (weil hochgestimmt und schwermütig gemischte) Krankheitsepisode.
- Oder es liegt das Beschwerdebild einer Schizophrenie und einer Depression vor: schizodepressive Krankheitsepisode.
- Oder das Beschwerdebild setzt sich aus einer schizophrenen und manischen Erkrankung zusammen: schizomanische Krankheitsepisode.
- Oder es belastet gar das Beschwerdebild einer sowohl schizophrenen als auch gemischten manisch-depressiven Erkrankung: schizomanisch-depressiv gemischte Krankheitsepisode.

Und alles kann entweder gleichzeitig oder abwechselnd hintereinander, ggf. sogar ohne gesunde Zwischenzeit (freies Intervall) auftreten.

Möglich ist also alles: So treten beispielsweise nur schizoaffektive Episoden auf, d. h. die Mischung aus schizophren und depressiv oder schizophren und manisch bzw. schizophren und manisch-depressiv zugleich gemischt.

Es können sich aber auch schizophrene, depressive, manische und schizoaffektive (siehe oben) Episoden abwechseln.

Die Mehrzahl der schizoaffektiven Störungen zeigt mehrere Verlaufstypen, d. h. das Beschwerdebild wechselt (so genannter Syndrom-Wechsel). Nur etwa ein Drittel bleibt im gesamten Krankheitsverlauf stabil, was den ursprünglichen Verlauf anbelangt.

Da es aber seine Zeit braucht, bis der Betroffene mehrere Krankheitsepisoden erlitten hat, wird die Diagnose schizoaffektive Psychose meist relativ spät gestellt. Doch das ist nicht nötig. Ist das Krankheitsbild von Anfang an gemischt, d. h. schizophren, manisch und/oder depressiv, kann die richtige Diagnose ohnehin sofort getroffen werden. Das scheint sogar die Mehrzahl der Fälle einzuschließen. Es beginnt gleich mit einem typischen schizoaffektiven Krankheitsverlauf. Und bei der zweiten oder gar dritten Krankheitsepisode liegt die Sicherheit dann schon bei 80 bzw. 90 %.

Die relativ rasche Diagnose einer so komplizierten Erkrankung wie der schizoaffektiven Psychose ist also schneller möglich, als man im Allgemeinen annimmt bzw. aus verschiedenen Verzögerungsgründen vorschiebt. Diese Erkenntnis ist deshalb so wichtig, weil eine schizoaffektive Psychose natürlich andere therapeutische Strategien nahe legt als eine rein schizophrene, depressive oder manische Verlaufsform (siehe später).

WAS KANN MIT EINER SCHIZOAFFEKTIVEN STÖRUNG VERWECHSELT WERDEN?

Neben mehr oder weniger theoretischen Erwägungen war und ist eine der stichhaltigsten Kritikpunkte zur Diagnose der schizoaffektiven Störungen die Erkenntnis, dass man es sich mit einer solchen „Sammel-Diagnose“ zu leicht machen kann. Schließlich lassen sich damit gleich mehrere der häufigsten seelischen Störungen bequem auf einen Nenner bringen. In Wirklichkeit ist es dadurch natürlich noch schwieriger und verantwortungsvoller als bei den meisten anderen Diagnosen, sich auf eine schizoaffektive Störung festzulegen.

Vor allem gibt es weitere Krankheitsbilder, die sich leicht (und wie erwähnt auch bequem) verwechseln lassen, was für den Betroffenen und vor allem seine Therapie und damit Heilungsaussichten aber negative Folgen haben kann. Was gehört dazu?

Der depressive Wahn

So gibt nicht nur „depressive Schwermütige“, es gibt auch *wahnhafte Depressionen*. Der Wahn eines Depressiven aber ist „nachvollziehbar schwermütig“, oder wie der Fachausdruck lautet: stimmungskongruent, d. h. von einem tief depressiven Erleben durchdrungen. Zu den depressiven Wahnformen gehören beispielsweise Schuld- und Versündigungswahn („schuldig, nicht krank, deshalb auch Strafe verdient, keine Therapie“, „ich bin ein schlechter Mensch“, schuldig am eigenen Zustand, an fremder Not, an früheren oder bevorstehenden Katastrophen“ u. a.). Dazu der depressive Verarmungswahn („habe nichts mehr, bin der Not, ja dem Hungertod ausgeliefert“), der hypochondrische Wahn (zahlreiche nicht objektivierbare Beschwerden), der nihilistische Wahn („ich bin nichts, bin gar nicht mehr vorhanden“) u. a.

Der Unterschied zwischen einem schizophrenen und depressiven Wahn liegt u. a. im so genannten „Zeiger der Schuld“. Der weist bei der Depression meist auf sich selber („ich habe alles verschuldet“), bei anderen Wahnzuständen, vor allem bei der Schizophrenie eher auf die Umwelt (z. B. beeinflusst durch fremde Mächte oder feindselige Menschen). Auch gibt es bei Depressionen durchaus paranoide (wahnhafte) Fehldeutungen: wahnhafte Beziehungsideen mit Angst vor übler Nachrede, dadurch verstärktes Misstrauen und ratlose Ängstlichkeit. Gelegentlich sogar Verfolgungsideen, jedoch mehr furchtsam und bedrückt, weniger reizbar und aggressiv wie bei den schizophrenen Erkrankten. Selbst Sinnestäuschungen sind mitunter möglich, jedoch wiederum der depressiven Stimmungslage angepasst (ängstlich-schwernehmend, schuldhaft gefärbt: „innere Stimme“, „Stimme des Gewissens“ usw.).

Entscheidend ist also bei allem der schwermütige Grundcharakter des Leidens.

Manische Wahnbildungen

Bei der *Manie* sind Wahnbildungen - im Gegensatz zu schizophrenen Wahnformen - meist flüchtig und ständig im Wechsel. Auch werden sie überwiegend spielerisch-scherzhaft vorgebracht und oft als „schemenhaft“ beschrieben. Offenbar verhindern rasche Ablenkbarkeit und Flüchtigkeit im Denken die Ausbildung eines stabilen Wahnsystems. Geprägt wird der manische Wahn vor allem durch die gesteigerte Erlebnisfähigkeit und das überproportionale Selbstwertgefühl mit Neigung zu z. T. grotesker Selbstüberschätzung. Deshalb dominieren Größenideen, die sich früher eher auf religiöse, heute überwiegend auf sexuelle, wirtschaftliche, künstlerische, finanzielle und politische Inhalte, ggf. auf einen Erlöser-, Heils-, Weltverbesserer-, Abstammungs- und Reichtumswahn konzentrieren.

Doch wie bei den wahnhaften Depressionen fehlen auch hier die entscheidenden schizophrenen Symptome, die bei Schizophrenen ja in keiner Weise nachvollziehbar sind. Das sind sie zwar auch nicht bei der wahnhaften Manie, aber nicht so abstrus, bizarr, weltfremd und eigenbrötlerisch, eher wieder stimmungskongruent (siehe oben) oder synthym, wie die Fachausdrücke heißen, nämlich mit der krankhaften Hochstimmung vereinbar. Außerdem dauern - wie erwähnt - wahnhafte Phänomene bei der Manie nur sehr kurz und wirken trotz allem irgendwie nachvollziehbarer und „phantasiereicher“, nicht so „ernst“, absurd oder unheimlich wie bei der Schizophrenie.

Das gleiche gilt für Halluzinationen (Sinnestäuschungen) oder illusionäre Verkennungen (wahnhafte Umdeutungen realer Gegebenheiten) bei einer Manie. Zum einen sind sie dort eher selten, zum andern irgendwie „leichtfüßiger“, „spielerischer“, vom Betroffenen selber nicht ganz ernst genommen - und beziehen sich meist auf den wahnhaften Beweis, dass hier jemand zu Großem berufen ist („Mission“).

Postschizophrene Depression

Etwas schwieriger wird es bei der so genannten *postschizophrenen Depression*, auch als *postremissives Erschöpfungssyndrom* bezeichnet. Dies besagt, dass nach Abklingen einer schizophrenen Psychose nicht wenige Patienten in eine Depression verfallen. Ist das nun eine schizoaffektive Psychose? Hier sind die Fachleute noch uneins, und damit auch die führenden Klassifikationen. Einzelheiten würden zu weit führen. Allerdings gibt es mahrende Stimmen, die ein solches „depressives Erschöpfungsbild“ nach schwerer schizophrener Psychose und meist langanhaltender neuroleptischer Behandlung nur dann akzeptieren wollen, wenn es sich um eine relativ kurze depressive Zeit

handelt. Wenn das nicht der Fall ist, empfiehlt man eher die Diagnose einer schizoaffektiven Störung, um gleich gezielt therapeutisch einzugreifen (nämlich medikamentös-antidepressiv).

Manisch hochgestimmte Schizophrenie

Und schließlich gibt es den Zustand einer „*leicht manischen Hochstimmung bei schizophren Erkrankten*“ (Fachbegriffe: maniforme oder submanische Symptomatik bei Schizophrenie). Das ist genauso möglich (wenngleich seltener und kürzer) wie depressive Zustände bei einer Schizophrenie.

Auch hier hat es der Arzt nicht leicht. Ein Charakteristikum aber hilft oft weiter: Die positive Stimmung bei reiner Manie ist meist regelrecht ansteckend. Das kann man von einem maniform „heraufgestimmten“ schizophren Erkrankten nicht behaupten. Bei Schizophrenen ist und bleibt etwas, was - auch Nicht-Fachleuten irgendwann deutlich - eine andere zwischenmenschliche Atmosphäre“ erzwingt als unter Gesunden und den in der Tat oft mitreißenden Manikern.

Weitere Diagnosen

Schließlich gibt es noch eine Reihe von Krankheitsbildern bzw. *Diagnosen aus bestimmten psychiatrischen Schulen*, die früher eine große Rolle gespielt haben, inzwischen aber weitgehend vergessen sind. Dort kann es dann diagnostische Überschneidungen zwischen den einzelnen Krankheitsbildern geben, die aber inzwischen nur noch (historisch interessierte) Experten beschäftigen.

SPEZIELLE ASPEKTE ZUR SCHIZOAFFEKTIVEN STÖRUNG

Schließlich sei noch auf einige spezielle Aspekte hingewiesen, die für Diagnose und Therapie durch die Fachleute (Psychiater, Nervenärzte, in Zusammenarbeit mit diesen auch Hausärzte, Internisten) von Bedeutung sind. Im Einzelnen:

Wie beginnt eine schizoaffektive Störung?

Der **Beginn** einer schizoaffektiven Störung kann nur selten genau bestimmt werden. In der Regel braucht gerade dieses Leiden viele Tage, wenn nicht gar Wochen oder Monate, bis den Angehörigen, Freunden, Nachbarn und Arbeits-

kollegen klar wird, dass hier etwas nicht stimmt. Die Betroffenen selber können dabei nur selten einen nützlichen Beitrag leisten.

Einen akuten Beginn, d. h. innerhalb weniger Wochen findet man bei etwa der Hälfte der Erkrankten. Ein so genannter subakuter Beginn mit etwa ein bis sechs Wochen „Vorlauf“ umfasst fast jeden Dritten. Beim Rest schleicht sich das Leiden gleichsam ein, und dies über einen Zeitraum von einem halben Jahr und mehr.

Gibt es dafür nun „Vorwarn-Symptome“?

Dafür kennt die Psychiatrie zwei Begriffe: Prodrome und Vorposten-Symptome.

- *Prodrome* (auch Prodromi genannt) sind Veränderungen oder Störungen im Verhalten, in der Erlebnisweise und Leistungsfähigkeit vor Ausbruch des so genannten klinischen Vollbildes (bei dem also so viele Symptome erkennbar sind, dass keiner mehr Zweifel hat). Solche Prodrome sind natürlich unterschiedlich, je nach Krankheitsbild.

Bei schizoaffektiven Störungen handelt es sich meist um folgende Beschwerden:

- müde, matt, rasch erschöpfbar (Fachausdruck: Adynamie)
- missgestimmt, reizbar, ggf. aggressiv (Fachausdruck: Dysphorie)
- Stimmungsschwankungen (mal heiter, mal resigniert, mal deprimiert)
- ängstlich-phobische Krankheitszeichen (eine Phobie ist eine zwanghafte Befürchtung vor z. B. Tieren, engen Räumen, Plätzen, Höhen).
- Merk- und Konzentrationsstörungen, zunehmende Vergesslichkeit
- Leistungsabfall
- innerlich unruhig, nervös und gespannt
- Schlafstörungen
- Schmerzen ohne erkennbare Ursache, nicht selten diffus und wandernd
- Verhaltensänderungen, Gewohnheitsänderungen
- Misstrauen, schließlich sozialer Rückzug
- vermehrte Geräusch- und Lichtempfindlichkeit
- abnorme Missempfindungen, bis hin zu hypochondrischen Klagen, bisweilen bizarr und skurril, auf jeden Fall kaum nachempfindbar

Müdigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, Verstimmungszustände, innere Unruhe und Leistungsabfall werden von den Patienten selber rasch registriert und be-

klagt. Verhaltens- und Gewohnheitsänderungen fallen vor allem den Angehörigen, Freunden und Arbeitskollegen auf.

- Unter so genannten „*Vorposten-Symptomen*“ versteht man ganz bestimmte, wenn auch vorübergehende Auffälligkeiten, die lange vor Ausbruch der Erkrankung auftreten, sich wieder zurückbilden, erneut irritieren usw. Bei schizoaffektiven Störungen sind sie allerdings selten. Meist handelt es sich um die bereits oben erwähnten Verhaltensauffälligkeiten und Stimmungsveränderungen, ohne dass man sich - lange vor Ausbruch der Erkrankung - seine Gedanken zum weiteren Verlauf macht.

Heilungsaussichten der schizoaffektiven Störung

Ein Thema, das Patienten und Angehörigen brennend interessiert, ist die so genannte *Prognose*, die Heilungsaussichten.

Und die sind für schizoaffektive Störungen relativ günstig. Natürlich muss man diese erfreuliche Aussage aber differenzieren:

Eine Kurzzeit-Prognose bezieht sich vor allem auf die akute Erkrankung (und damit z. B. auch auf eine akute Selbsttötungsgefahr). Bei der Langzeit-Prognose geht es vor allem um den mittel- bis langfristigen Verlauf, eine mögliche Rückfall-Gefahr und den abschließenden Ausgang des Leidens. Letzteres ist zwar ein wenig konkreter Begriff (weil man den Ausgang letzten Endes nur nach Abschluss des Lebens definitiv beurteilen kann), aber er sagt auch etwas aus über die seelische, körperliche und psychosoziale „Rest-Gesundheit“, d. h. Beeinträchtigungen der Erlebnisfähigkeit, der Leistungsfähigkeit, der sozialen Aktivität usw. Das alles sind zwar keine Krankheitszeichen mehr, aber für ein „normales“ Leben von größter Wichtigkeit. Dazu gehören auch folgende psychosoziale Aspekte, die in Bezug auf die Prognose einer schizoaffektiven Psychose wenigstens kurz gestreift werden sollen:

- *Drohen bleibende Beeinträchtigungen?* Selbst nach langjährigem Krankheitsverlauf bleiben bei über der Hälfte der Patienten keine subjektiven Beeinträchtigungen oder gar auffälligen Krankheitszeichen zurück. Nur etwa jeder vierte Patient ist leicht bis mäßig betroffen, jeder fünfte allerdings mittelschwer bis schwer in seiner psychosozialen Entwicklung behindert (Einzelheiten siehe unten).
- *Muss mit einer dauerhaften Klinik-Behandlung gerechnet werden?* Nein, eine so genannte Dauer-Hospitalisierung ist bei Patienten mit schizoaffektiver Störung selten. Und dort, wo es dann doch der Fall ist, überwiegen in der Regel die schizophrenen Anteile gegenüber den depressiven oder manischen Symptomen.

- *Droht Patienten mit einer schizoaffektiven Störung die Unselbständigkeit?* Etwa acht von zehn Patienten bleiben psychosozial unabhängig (Stichwort: autark) und müssen nicht von ihren Angehörigen oder gar anderen Institutionen versorgt werden. Bei etwa jedem fünften Betroffenen ist dies aber leider nicht auszuschließen.

- *Wenn es psychosoziale Beeinträchtigungen gibt, wie sieht das für Beruf und Partnerschaft aus?* Bei der Mehrzahl der Patienten gibt es keine beruflichen Beeinträchtigungen, die meisten üben ihre bisherige Tätigkeit weiter aus. Jeder Vierte muss allerdings seinen Beruf vorzeitig aufgeben, was aber noch nicht heißt, dass er nicht weiter arbeitsfähig wäre.

Noch günstiger sieht es für die *Partnerschaft* aus (im Gegensatz zu reinen schizophrenen Erkrankungen). Selbst langjährig schizoaffektiv Erkrankte haben partnerschaftliche Beziehungen und nur etwa 15 % müssen ihre Krankheit auch noch mit einer Zerstörung von Ehe oder Partnerschaft bezahlen.

- *Wenn aber dauerhafte Beeinträchtigungen drohen, wie sehen die aus?* Die Mehrzahl der Patienten mit einer schizoaffektiven Störung hat überhaupt keine bleibenden Beeinträchtigungen, selbst nach langjährigem Krankheitsverlauf. Dort, wo sich so etwas nicht vermeiden lässt (Fachausdrücke: persistierende Alterationen bzw. Residualsymptome) sind sie in der Regel leicht bis mittelgradig und deshalb weniger folgenschwer. Aber wenn, dann sind es vor allem folgende Restzustände:

Bei etwa jedem Fünften kann sich ein leichtes *asthenisches Insuffizienzsyndrom* einstellen. Der Allgemeinheit fällt dies kaum auf, der geschulte Beobachter hingegen registriert schon gelegentlich bestimmte Einbußen von Energie, Frische, Spannkraft, Aktivität, Dynamik, bisweilen auch leichtere Merk- und Konzentrationsstörungen, eine etwas weniger ausdrucksstarke Mimik und Gestik u. a. Das sind aber alles Phänomene, die als befindens-abhängige Alltags-Beeinträchtigungen interpretiert werden können und vielen Menschen nicht unbekannt sind - auch ohne schizoaffektive Störung.

Natürlich ist auch eine etwas schwerere Form dieser Entwicklung nicht auszuschließen. Das nennt man dann ein *adynam-defizitäres Syndrom*. Es betrifft etwas mehr als jeden zehnten Erkrankten. Hier finden sich schon deutlichere Einbußen von Interesse, gemütsmäßiger Ansprechbarkeit, Stimmungslabilität, ein etwas ausgeprägterer Initiative-, Aktivitäts- und Leistungsrückgang und eine reduzierte Kontaktfähigkeit. Letzteres ist aber nicht Rückzug, Isolation oder gar abweisendes Verhalten (wie das bei leider nicht wenigen rein schizophren Erkrankten gesehen wird), sondern das, was die Fachleute mit „reduzierter kommunikativer Funktionsfähigkeit“ bezeichnen, d. h. die zwischenmenschliche Kontaktfähigkeit ist zwar spürbar eingeschränkt, aber nicht aufgehoben.

Und schließlich ist in wenigen Prozent der Fälle auch mit leichteren, aber dauerhaften Gemütsstörungen zu rechnen. Beim so genannten *chronifizierten subdepressiven Syndrom* handelt es sich nicht um eine Depression im herkömmlichen Sinne, wohl aber um eine leichte depressive Dauerverstimmung (herabgestimmt, resigniert, missgestimmt, freudlos u. a.). Noch seltener ist der stimmungsmäßige Gegenpol, das *chronifizierte hyperthyme Syndrom*. Hier erscheinen die Patienten irgendwie dauernd „über dem Strich“. Allerdings nicht so positiv wie eine „geborene Frohnatur“ bzw. zeitlich begrenzt bei einer leichten manischen Hochstimmung.

Was kann die Zahl der Krankheitsepisoden beeinflussen?

Natürlich werden die Fachleute, nämlich Nervenärzte und Psychiater immer wieder gefragt, mit was in Zukunft zu rechnen ist: Wie lange wird der Betroffene gesund bleiben dürfen, wann und wie oft und wie schwer ist mit Rückfällen zu rechnen. Dazu folgende Erkenntnisse in Stichworten (die aber natürlich nur statistische Mittelwerte sind und nicht auf den Einzelfall zutreffen müssen):

Am häufigsten treffen schizoaffektive Krankheitsepisoden jene Patienten, bei denen

- manische, d. h. krankhaft hochgestimmte Symptome auftreten,
- sich belastende Lebensereignisse („life events“ - siehe später) häufen,
- produktiv-psychotische Symptome, also Wahn, Sinnestäuschungen oder psychotische Ich-Störungen zu finden sind und
- der Betroffene relativ jung war, als er erstmals erkrankte.

Es scheint aber, als ob die Zyklen einer schizoaffektiven Störung (also die Zeitperiode zwischen dem Beginn der einen und der nächsten Krankheitsepisode) am Anfang des Leidens länger sind und damit die Häufigkeit der Rückfälle im Laufe des Lebens zunimmt (was aber nicht nötig ist - siehe später).

Wie lange muss man in seinem Leben mit Rückfällen rechnen?

Eine schizoaffektive Störung kann lebenslang dauern, da gibt es nichts zu beschönigen. Nur wenige, glücklicher gestellte Fälle haben lediglich eine einzige Krankheitsepisode und dann ihr ganzes Leben lang nichts mehr zu ertragen. Ansonsten muss man in den folgenden Jahrzehnten auf alles gefasst sein. Erst im höheren Lebensalter, etwa nach dem 70. Lebensjahr, nimmt die Rückfall-Gefahr so ab, dass man sich halbwegs sicher wähnen darf.

Diese Erkenntnis könnte nun - theoretisch - eine niederschmetternde Wirkung auf die Betroffenen und ihre Angehörigen haben - zu Unrecht. Bei früheren

Generationen, d. h. noch vor wenigen Jahrzehnten, war diese Resignation berechtigt. Jetzt nicht mehr. Kein Mensch mit schizoaffektiver Störung muss diesem Leiden ausgeliefert bleiben, wenn er sich nur rechtzeitig untersuchen und behandeln lässt (siehe später).

BELASTENDE LEBENSEREIGNISSE UND SUIZIDGEFAHR BEI SCHIZOAFFEKTIVEN STÖRUNGEN

Zwei Aspekte gilt es noch zu besprechen, die vor allem bei den schizoaffektiven Störungen eine Rolle spielen: belastende Lebensereignisse, die eine solche Krankheitsepisode (immer wieder) auslösen können und schließlich der schlimmstmögliche Ausgang, die Suizidgefahr (Selbsttötung). Im Einzelnen:

• Belastende Lebensereignisse

Belastende Lebensereignisse (englischer Fachausdruck, der auch im deutschen gerne gebraucht wird: life events) sind auch bei schizoaffektiven Störungen für den erstmaligen Krankheitsausbruch sowie alle weiteren Rückfälle von großer Bedeutung.

Einschneidende Lebensereignisse

Die häufigsten Belastungen im Vorfeld einer psychotischen Erkrankung

- Arbeitslosigkeit
- Berufswechsel
- Berentung
- Gerichtsverfahren
- Geburt eines Kindes
- Heirat
- Erkrankung (eigene oder von nahen Angehörigen oder Freunden)
- finanzielle Probleme
- Todesfälle von engeren Familienmitgliedern oder Bezugspersonen
- Trennung
- Scheidung
- Operation
- Umzug
- Reisen, größere
- Prüfungen
- Schwangerschaft
- u. a. m.

Die Frage, in welchem zeitlichen Zusammenhang ein belastendes Ereignis mit dem Ausbruch einer solchen seelischen Störung in Zusammenhang gebracht werden darf, wird unterschiedlich beantwortet. In der Regel sind es zwischen sechs Monaten und einem Jahr. Ein unmittelbarer Zusammenhang ist nicht die Regel, eher selten.

Auch muss es nicht nur ein negatives Ereignis sein, wie die auslösenden life events Heirat, Schwangerschaft, größere Reisen usw. zeigen. Entscheidend ist vielmehr der Stresscharakter oder die große emotionale Bedeutung, über deren Ausmaß einzig und allein der Betroffene entscheidet, und nicht das Urteil seines Umfelds („aber das ist doch nicht so schlimm...!“).

Auch bei der Frage, wie häufig belastende Lebensereignisse eine Rolle spielen, gilt es zu differenzieren: Sicher haben drei Viertel aller Patienten mit einer schizoaffektiven Störung schon einmal ein einschneidendes Lebensereignis durchmachen müssen. Auf die Gesamtzahl der Krankheitsepisoden umgerechnet lässt sich aber nicht einmal bei einem Drittel ein mehr oder weniger direkter Zusammenhang konstruieren. Oder kurz:

Einschneidende Lebensereignisse sind von großer Bedeutung, aber nicht in jedem Falle an der Auslösung einer Krankheitsepisode beteiligt.

Dabei scheinen Patienten, bei denen depressive oder manische Zustände dominieren, häufiger betroffen als solche, die unter einem rein schizophrenen Beschwerdebild zu leiden haben.

Unbestritten ist aber die Erkenntnis, dass gehäufte Belastungen auch mit schnellerer Rückfallgefahr, d.h. kürzeren gesunden Zwischenzeiten und mit einem ausgeprägteren Beschwerdebild bezahlt werden müssen.

- **Suizidgefahr bei schizoaffektiven Störungen**

Ein besonderes, erschütterndes, gerade bei schizoaffektiven Störungen ernstzunehmendes Problem ist die Gefahr der *Selbsttötung* (Fachausdruck: Suizid, aus dem lateinischen: sua manu cadere = von eigener Hand fallen, gleichsam sich selbst fällen).

Eine Suizidgefahr ist bei praktisch allen seelischen Leiden gegeben, besonders aber bei Depressionen, Schizophrenien und schizoaffektiven Störungen. Fast drei Viertel aller Patienten berichten im Laufe ihrer schizoaffektiven Krankheitsepisode von Suizidgedanken, Selbsttötungsplänen oder gar -versuchen. Dies droht vor allem bei langjährig Beeinträchtigten, denen die Hoffnung langsam abhandenkommt (und die vor allem nicht die richtige Therapie bzw. Langzeit-Prophylaxe erhalten). Dabei sind insbesondere jene Patienten ge-

fährdet, die gerade ein schizodepressives Beschwerdebild durchmachen müssen, d. h. schizophrene und depressive Krankheitszeichen erleiden. Haben schon depressive Patienten überdurchschnittlich mit „dunklen Gedanken“ zu kämpfen, ist es bei jenen mit schizophrenen und zusätzlich depressiven Symptomen noch bedrückender.

Deshalb gilt es auf solche Patienten besonders zu achten. Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel über die Suizidgefahr. Und im vorliegenden Falle sind es vor allem

- Patienten mit einer schizo-depressiven Krankheitsepisode,
- weibliche Kranke,
- zusätzliche Belastung durch einschneidende Lebensereignisse.

Dabei gilt es zwei Aspekte bei drohender Suizidgefahr im Allgemeinen und bei schizoaffektiven Störungen im Speziellen zu beachten: Der eine wird charakterisiert durch die Mahnung: „Suizid - das ist die Abwesenheit der anderen“, der andere besagt: Wenn man in dieser Hinsicht kein gutes Gefühl hat, dann ist die Behandlung in einer Fachklinik (und nicht im Allgemeinkrankenhaus, um eine psychiatrische Klinik zu umgehen!) sicherer, als ständig zwischen Hoffen und Bangen zu schweben bzw. das Prinzip „Hoffnung“ zu überfordern. Wer erst nachträglich klug wird, muss sich später einige unangenehme Fragen gefallen lassen.

Schizoaffektive Störungen im Kindesalter

Die Mehrzahl der seelischen Störungen ist nicht auf das Erwachsenenalter beschränkt. Depressionen und Schizophrenien gibt es auch bei Heranwachsenden, Jugendlichen und sogar Kindern. Allerdings gilt es dort alterstypische Besonderheiten zu berücksichtigen, vor allem was Beschwerdebild, Verlauf und auch Therapie anbelangt. Soll man schon bei jeder seelischen Störung einen Fachmann hinzuziehen, also einen Psychiater oder Nervenarzt, so empfiehlt sich dies in jungen Jahren doppelt, nämlich den Kinder- und Jugendpsychiater mit einer Reihe von spezialisierten zusätzlichen Therapeuten. In diesem Alter heißt es noch weniger „abwarten“ bzw. wenn, dann nur unter fachärztlicher Kontrolle.

So gibt es schizoaffektive Störungen auch im Kindes- und Jugendalter, und zwar in einem ähnlichen Verhältnis wie bei den Erwachsenen. Man nimmt also an, dass zwischen 10 und 20 % aller psychotischen Erkrankungen in dieser Altersstufe schizoaffektive Störungen sind. Allerdings ist die Zahl der Psychosen (Geisteskrankheiten) im Kindes- und Jugendalter deutlich seltener als bei Erwachsenen. Deshalb trifft man insgesamt wenig schizoaffektiv Betroffene in jungen Jahren.

Im Übrigen gelten hier dann die selben Erkenntnisse wie später, nämlich ein sehr unterschiedlicher Verlauf, aber gute Heilungsaussichten, vor allem unter rechtzeitiger Therapie (die dieselbe ist wie im Erwachsenenalter, nur unter Berücksichtigung der besonderen seelischen, körperlichen und psychosozialen Bedingungen von Kindern und Jugendlichen).

Schizoaffektive Störungen im höheren Lebensalter

Schizoaffektive Störungen sind am häufigsten im mittleren Lebensalter, in jungen Jahren selten (siehe oben), im höheren Lebensalter (z. B. ab 65) aber auch nicht mehr so häufig anzutreffen.

Da im dritten Lebensalter noch eine so genannte hirnorganische Komponente (also eine alters-bedingte Beeinträchtigung im seelischen, körperlichen und zwischenmenschlichen Bereich) hinzukommt, stellen sich diese Patienten schlechter als in jüngeren Jahren. Dies hat aber nicht unbedingt etwas mit der schizoaffektiven Störung zu tun, das ist ein Problem des altersbedingten Gesamtzustandes (z. B. Hirnatrophie (Hirnschwund), Durchblutungsstörungen, Beeinträchtigung durch eine Reihe zusätzlicher Leiden, insbesondere was Herz-Kreislauf anbelangt usw.).

Dies sind auch jene begrenzenden Faktoren, die den Erfolg einer medikamentösen Therapie einschränken. Einzelheiten siehe die Kapitel Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium/Carbamazepin und Valproinsäure (Phasen-Prophylaktika) u. a.

Schizoaffektive Störungen im Wochenbett

Seelische Störungen im Wochenbett, insbesondere psychotische Symptome sind zwar nicht häufig, aber besonders irritierend. Einzelheiten dazu siehe das Kapitel *Wochenbett und seelische Störungen*.

Obgleich es zahlreiche Möglichkeiten psychotischer Erkrankung nach der Geburt gibt, scheinen schizoaffektive Störungen besonders häufig zu sein. Man spricht von der Hälfte aller psychotischen Störungen nach einer Entbindung.

Seelische Störungen im Wochenbett generell pflegen besonders zu irritieren. Denn zum einen erwartet man doch eher Freude und Dankbarkeit nach der Geburt eines gesunden Kindes, zum anderen können die Symptome alle Betroffenen erheblich verwirren. Dies besonders im Falle einer schizoaffektiven Störung im Wochenbett, nicht nur Partner und Angehörige, sondern auch Ärzte, Schwestern, Hebammen u. a. noch mehr verblüffen, befremden oder gar schockieren können. Auf jeden Fall kann das Krankheitsbild turbulente Aus-

maße annehmen, vor allem wenn es sich um eine schizomanische Krankheitsepisode handelt.

Ein solches Leiden erfordert eine sofortige und konkrete Behandlungsstrategie durch Geburtshelfer/Gynäkologen und Psychiater. Man sollte dies nicht zu leicht nehmen. Denn eine schizoaffektive Störung, besonders bei schizo-depressiver Tönung geht mit erhöhter Suizidgefahr einher. Und das kann im Falle der Wöchnerin sogar „erweiterter Suizid“ bedeuten, d. h. die schwer psychotische und ggf. wahnhafte Mutter versucht nicht nur sich selber, sondern auch das Neugeborene zu töten (Fachausdruck: Infantizid). Einzelheiten siehe Suizidgefahr und erweiterter Suizid.

ZUR THERAPIE DER SCHIZOAFFEKTIVEN STÖRUNGEN

Es wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass die schizoaffektiven Störungen ein komplexes und damit kompliziertes, schwieriges und vor allem nicht ungefährliches Krankheitsbild sind. Das ist nachvollziehbar. Schon die Teil-Krankheiten Schizophrenie, Depression und manische Hochstimmung gehören – für sich allein genommen – zu den problematischsten seelischen Leiden in einer meist schwer durchschaubaren Mischung und entsprechender Belastung für den Betroffenen, seine Angehörigen, Freunde, Arbeitskollegen und Nachbarn.

Früher stellte die Diagnose einer schizoaffektiven Störung, gleichgültig ob schizophren-depressiv oder schizophren-manisch vor erhebliche Probleme. Das hat sich geändert, besonders wegen der medikamentösen Möglichkeiten, auch wenn gerade die Psychopharmaka viel Kritik trifft. Auf was ist zu achten und was verspricht Erfolg. Nachfolgend eine komprimierte Übersicht zur Therapie der schizoaffektiven Störungen (für Einzelheiten siehe die ausführlichen Kapitel über Neuroleptika, Antidepressiva, Beruhigungsmittel (Tranquilizer) und Phasen-Prophylaktika: Lithium, Carbamazepin und Valproinsäure).

• Therapie der schizomanischen Krankheitsepisoden

Eine reine schizophrene oder manische Erkrankung leichter Art kann ambulant, d. h. „zu Hause“ von Nervenarzt, Psychiater, Internist oder Allgemeinmediziner behandelt werden, wenn alle sich gegenseitig unterstützen. Bei mittelschwerem Verlauf kann das schon bedenklicher werden. Ein schwerer Krankheitsverlauf von Schizophrenie oder Manie erfordert grundsätzlich die stationäre Behandlung in einer Fachklinik (und nicht in einem Allgemeinkrankenhaus, auch wenn der Patient sich gegen die psychiatrische Klinik wehrt und z. B. nur eine internistische Abteilung akzeptiert).

Wenn ein Patient nun beide Krankheitsbilder ertragen muss, also Schizophrenie und manische Hochstimmung zugleich, dann gilt nicht nur dasselbe, man sollte noch viel vorsichtiger sein, was die Einschätzung des Schweregrades und seiner psychosozialen Folgen anbelangt. Denn eines muss man sich stets vor Augen halten: Die Medizin im Allgemeinen und die Psychiatrie bzw. die Pharmakotherapie im speziellen können die jeweiligen Krankheitszeichen sehr wohl unterdrücken (wenngleich nicht ausheilen!) und damit dieses Leiden mehr oder weniger schnell zum Abklingen bringen. Machtlos sind sie hingegen dann, wenn die Krankheit bereits zu folgenschweren Konsequenzen in Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft und am Arbeitsplatz geführt hat. Und das geht sehr schnell, besonders wenn die Umgebung nicht aufgeklärt ist und ohnehin keine Ahnung von dem krankhaften Hintergrund des ungewöhnlichen Geschehens hat. Und dies ist vor allem bei den beiden Krankheitsbildern Schizophrenie und Manie der Fall. Und kann in der Regel auch nicht mit der „Gnade des raschen Vergessens“ rechnen. Mit anderen Worten: Wer sich zu spät zu einer fachlich fundierten Therapie entschließt, den „bestrafen seine Symptome“ - und zwar auch rückwirkend und vor allem länger als ihm lieb ist.

Eine stationäre Behandlung ist also nicht nur ein Sicherheitsfaktor (Selbstgefährdung), sondern auch der Schutz vor zwar krankheitsbedingter, aber in den Augen seiner Umgebung letztlich „selbst-verschuldeter“ Rufschädigung (sinnlose Einkäufe, finanzielle Gefährdung, sexuelle Enthemmung u. a.).

Welche medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Bei akuten schizomanischen Krankheitsepisoden greifen die Fachleute zu Neuroleptika oder Lithiumsalzen bzw. zur Kombination von Neuroleptika und Lithium. Außerdem stehen die Antiepileptika Carbamazepin und Valproinsäure zur Verfügung, die alleine oder in Kombination mit Lithium bzw. Neuroleptika genutzt werden können. Das Gleiche gilt auch in entsprechenden Situationen für die Beruhigungsmittel vom Typ der Benzodiazepine.

Einzelheiten siehe die jeweilig ausführlichen Kapitel zu diesen psychotropen Arzneimitteln (mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben), so dass man sich im Folgenden auf einige erläuternde Stichworte beschränken kann:

Bei *hochgradig unruhigen schizomanischen Patienten* kommt man um hochpotente Neuroleptika mit antipsychotischer Wirkung nicht herum, meist ergänzt durch mittel- oder niedripotente Neuroleptika, die vorwiegend dämpfen. Bei schwer erregten Kranken muss man ggf. sogar die Injektion (so genannte parenterale Applikation) nutzen. Nicht selten greift man dann auch zusätzlich zu den beruhigenden und angstlösenden Benzodiazepin-Tranquilizern.

Wenn die manische Leidens-Komponente überwiegt, bietet sich zusätzlich eine Lithiumtherapie an, also letztlich die Kombination aus Lithium und Neuroleptika. In diesem Falle wird man versuchen, die - mit mehr äußerlich beeinträchtigenden Nebenwirkungen behafteten - Neuroleptika etwas geringer zu dosieren und nach und nach auszuschleichen, falls es das Zustandsbild erlaubt. Eine alleinige Behandlung schizomanischer Patienten mit Lithium ist zwar möglich, wird aber nur selten (d. h. bei leichten Verläufen) riskiert.

In dem speziellen Kapitel über Phasen-Prophylaktika mit Lithium, Carbamazepin und Valproinsäure wird auch auf die Möglichkeiten (und Grenzen) der beiden Antiepileptika Carbamazepin und Valproinsäure in der Behandlung von manischen und schizomanischen Zuständen detailliert hingewiesen (Einzelheiten siehe dort).

• Therapie der schizodepressiven Krankheitsepisoden

Wenn im Rahmen einer schizoaffectiven Störung der Kombinations-Schwerpunkt „schizophrene und depressive Symptome“ vorliegt, gelten andere Bedingungen. Vor allem ist eines zu beachten: Eine Suizidgefahr ist immer gegeben, selbst beim schizomanischen Beschwerdebild. Bei einem schizodepressiven Leidens-Schwerpunkt aber ist sie besonders hoch. Deshalb wird man hier noch zurückhaltender sein, was eine ambulante Behandlung „zu Hause“ anbelangt. Ein hundertprozentiger Schutz ist nie gewährleistet, aber die Therapie in einer Fachklinik ist auf jeden Fall risikoloser. Das muss man wissen, wenn man sich dem Willen des Patienten (und seiner Angehörigen?) beugt und auf eine stationäre Fachbehandlung verzichtet.

Therapeutisch stehen bei der schizodepressiven Episode wiederum verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung: Neuroleptika (hoch-, mittel- und niederpote), Antidepressiva, die Kombination von beiden, die zusätzliche Gabe von Lithiumsalzen, Carbamazepin und Valproinsäure, ggf. sogar von Beruhigungsmitteln (Tranquilizer) vom Typ der Benzodiazepine. Möglich sind auch eine Elektrokrampfbehandlung. Diskutiert werden gelegentlich auch Schlafentzug und Phototherapie (Lichttherapie). Im Einzelnen:

Die Behandlung schizodepressiver Krankheitsepisoden ist noch schwieriger, ggf. noch folgenschwerer und löst damit mehr Diskussionen aus, und zwar nicht nur unter Ärzten, auch unter Angehörigen. Will man auf jeden Fall sicher gehen, kommt man um eine Kombinationstherapie aus Neuroleptika und Antidepressiva nicht herum. Grund: Es gibt zwar auch (vor allem niederpote) Neuroleptika, die leicht stimmungsstabilisierend wirken, doch an die antidepressive Potenz der für Depressionen zuständigen Antidepressiva kommen sie bei weitem nicht heran. Es wäre also ein Fehler, bei schizodepressiven Episoden auf Antidepressiva zu verzichten.

Umgekehrt kann man in der Regel auch nicht auf Neuroleptika verzichten, denn schließlich handelt es sich hier auch um schizophrene Symptome. Und die wiederum lassen sich nicht nur allein durch Antidepressiva ausreichend behandeln, im Gegenteil: Manchmal können (bestimmte) Antidepressiva sogar schizophrene Symptome verstärken oder auslösen. Kurz: Die Kombination ist der sicherste Weg. Und wenn zusätzlich noch ausgeprägte, vor allem unruhig- gespannte Ängste belasten, kann zumindest vorübergehend ein Benzodiazepin-Tranquilizer hilfreich sein (den man aber bald wieder ausschleicht, weil er ja bekanntlich abhängig machen kann). Und was die zusätzliche Gabe von Lithiumsalzen oder anderen Phasenprophylaktika anbelangt, so liegt deren Schwerpunkt vor allem im langfristigen Rückfallschutz, weniger in der Therapie akuter schizodepressiver Episoden.

Was die erwähnte *Elektrokrampfbehandlung* (Durchflutungstherapie) betrifft, so war sie früher in der Tat hilfreich und wird auch heute noch gelegentlich bei schizodepressiven Patienten eingesetzt. Allerdings ist die Erfolgsrate durch die vor allem neuen Antidepressiva in Kombination mit den (ebenfalls vor allem neuen, atypischen) antischizophrenen Neuroleptika so erfreulich gewachsen, dass man im Allgemeinen auf eine Elektrokrampfbehandlung verzichten kann. Es gilt aber der Satz: Man soll sie vermeiden, wo es geht, aber nie verlernen. Denn gerade bei therapieresistenten und damit chronischen Psychosen jeglicher Art (also auch schizoaffektiven Störungen) erinnert man sich in der Not ganz gerne daran, dass es noch diese Möglichkeit gibt.

Auch der *Schlafentzug* hat durchaus seine Erfolge und Verdienste, wird aber bei schizoaffektiven Störungen kaum eingesetzt. Das gleiche gilt für die *Lichttherapie* (Phototherapie). Handelt es sich jedoch um ständig wiederkehrende schizodepressive Phasen in der dunklen Jahreszeit (die ohnehin zunehmend von einer so genannten Winter- oder Lichtmangel-Depression heimgesucht wird), kann eine zusätzliche Lichttherapie nicht schaden, wenn alle anderen therapeutischen Bedingungen erfüllt sind.

ZUR VORBEUGUNG SCHIZOAFFEKTIVER STÖRUNGEN

Was aber tut man, wenn das akute Krankheitsbild abgeklungen ist, spätere Rückfälle jedoch nicht auszuschließen sind? Man nutzt die so genannte Rezidiv-Prophylaxe, den Rückfall-Schutz. So etwas empfiehlt sich bei schizophrenen Psychosen und bei so genannten rezidivierenden (immer wieder drohenden) Depressionen (früher vor allem phasische, d. h. endogene Depressionen genannt). Und ganz besonders dringlich bei schizoaffektiven Störungen, denn hier ist die Rückfallgefahr noch größer.

Was steht zur Verfügung? Im Wesentlichen das Gleiche, wie für die Akut-Therapie, nur eben nicht zeitlich begrenzt, sondern mittel-, ja langfristig, ggf. „lebens-begleitend“.

Im Allgemeinen beginnt man nach der 3. Krankheitsepisode, vor allem wenn die Abstände immer kürzer zu werden drohen. Dafür stehen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

- Die *Lithium-Prophylaxe* ist am wirkungsvollsten bei schizoaffektiven Störungen, bei denen manische oder depressive Zustände dominieren, vor allem wenn sich diese beiden Gemüts-Pole ständig, wenngleich unregelmäßig abwechseln. Überwiegt hingegen das schizophrene Krankheitsbild, dann haben Lithiumsalze weniger gute Aussichten.

Allerdings ist eine Lithium-Langzeitbehandlung nicht ohne Risiko. Das muss man in Rechnung stellen. Einzelheiten siehe das ausführliche Kapitel über die Phasen-Prophylaktika und dort über Lithiumsalze.

- *Carbamazepin* und *Valproinsäure* als Langzeit-Prophylaktikum schieben sich immer mehr in den Vordergrund, und zwar nicht nur dann, wenn sich die Lithiumsalze durch ihre Nebenwirkungen als unverträglich erweisen. In schwierigen Fällen kombiniert man ohnehin zwei oder gar drei dieser Phasen-Prophylaktika miteinander. Einzelheiten dazu siehe das entsprechende Kapitel über Phasen-Prophylaktika und hier besonders Carbamazepin und Valproinsäure.

- Auch *Neuroleptika* können mittel- bis langfristig zum Rückfallschutz genutzt werden. Das ist allerdings nicht unumstritten. Am wirkungsvollsten sind sie naturgemäß dann, wenn schizophrene Symptome überwiegen. Nicht selten kombiniert man deshalb bei einer Phasen-Prophylaxe Neuroleptika mit Lithium oder Carbamazepin bzw. Valproinsäure. Dies besonders dann, wenn sich durch eine Mono-Therapie (durch ein einziges Langzeit-Medikament) kein dauerhafter Erfolg erzwingen lässt. Allerdings gilt es dann auch die Nebenwirkungen mehrerer Arzneimittel zu ertragen.

- Früher entschloss man sich häufiger zur Langzeit-Prophylaxe mit *Antidepressiva*, besonders bei reinen Depressionen, wenn sie immer wieder auftraten. Dasselbe galt auch für schizoaffektive Störungen, wenn die depressiven Zustände dominierten. Der alleinige Einsatz von Antidepressiva bei schizoaffektiven Störungen ist allerdings nach wie vor umstritten. Nicht viel positiver wird die zusätzliche Gabe von Antidepressiva zu den eigentlichen Phasen-Prophylaktika Lithium, Carbamazepin oder Valproinsäure gesehen. Antidepressiva sollten deshalb anlässlich der heutigen Rückfallschutz-Bedingungen nur dann gegeben werden, wenn alles andere versagt. Für die Akut-Behandlung schizodepressiver Krankheitsepisoden sind sie ohnehin unersetzlich.

Wann soll man die Arzneimittel zur Phasen-Prophylaxe austauschen?

Wenn man sich einmal zu einem mittel- bis langfristigen Rückfall-Schutz durch Phasen-Prophylaktika, vor allem Lithiumsalze, Carbamazepin und Valproinsäure entschlossen hat, dann muss man sich auch in Geduld üben. Es braucht nämlich lange, mindestens aber ein halbes Jahr, bis man sich über die definitive Wirkung ein Bild machen kann. Wer zuvor in Ungeduld oder Resignation verfällt und die Medikamente absetzt, tut sich keinen guten Dienst. Denn was immer er dafür eintauscht, er muss von vorne anfangen und seine Geduld wird erneut strapaziert – nur dass er jetzt schon eine Chance vertan hat. Und oftmals steht es auch um die so genannte Therapietreue im allgemeinen (Fachausdruck: Compliance oder Adhärenz) und insbesondere um die Einnahmeverlässlichkeit der Arzneimittel nicht zum Besten.

Patienten mit einer schizoaffektiven Störung gehören ohnehin nicht zu den geduldigsten, sagt man. Und auch die Aussichten, das halbe oder gar ganze Leben täglich Arzneimittel schlucken zu müssen, kann in eine „verzweifelte Missstimmung“ mit verhängnisvollen „Kurzschlussreaktionen“ münden. Und die bestehen meist darin, das Arzneimittel unregelmäßig einzunehmen und schließlich ganz wegzulassen - oft ohne den Arzt und sogar die Angehörigen zu informieren.

Das tragischste aber ist der Umstand, dass der Rückfall nicht nur durch das Weglassen der zuständigen Arzneimittel ausgelöst wird, er scheint durch dieses plötzliche Absetzen oder zumindest rasche „Ausschleichen“ geradezu programmiert zu sein. Dann ist der Jammer groß, zumal sich manche Patienten nicht einmal jetzt dazu entschließen können, die selbstverantwortliche Ursache zu bekennen.

Kurz: Wenn ein Wechsel des Phasen-Prophylaktikums notwendig wird, dann nur in enger Zusammenarbeit mit Hausarzt sowie Nervenarzt/Psychiater. Es könnte ja auch sein, dass der Betreffende diese Mittel „zu rasch verstoffwechselt“, so dass der dafür notwendige Serumspiegel zu sehr schwankt oder insgesamt so niedrig ist, dass das Medikament nicht ausreichend greifen kann. Dann muss man einfach etwas höher dosieren, ohne dass dadurch zwangsläufig mit mehr Nebenwirkungen zu rechnen ist.

Schließlich ist auch zu unterscheiden zwischen einem totalen Rückfall sowie einer abgeschwächten und vor allem kürzeren Symptomatik (Fachausdruck: Non-Response für keinerlei Wirkung bzw. Teil-Response für abgeschwächten und verkürzten Rückfall). Wer also wenigstens teilweise auf das Arzneimittel reagiert, sollte sich einen Wechsel zweimal überlegen. Hier gibt es noch andere Möglichkeiten, bevor man auf volles Risiko mit Weglassen aller Arzneimittel geht (z. B. Medikamenten-Kombinationen).

NICHT-MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Nun gibt es nicht nur Medikamente, die allseits kritisch beurteilt werden, es gibt auch nicht-medikamentöse Behandlungsmaßnahmen, denen alle Sympathien gelten - obgleich nur wenige über deren Möglichkeiten und Grenzen genug wissen. Besonders das Stichwort „Psychotherapie“ fasziniert nicht nur Patienten, sondern auch Angehörige, Freunde und andere „Berater“ mit gutem Willen aber leider auch ohne ausreichende Fachkenntnisse.

Deshalb muss man sich folgenden Grundsatz merken, selbst wenn er verdrückt:

Bei einer schizophrenen Psychose, bei einer (mittelschweren, oft aber auch schon leichten) Depression sowie bei einer manischen Hochstimmung mit psychosozialen Konsequenzen ist die Basis der Behandlung grundsätzlich das zuständige Medikament, also Neuroleptika und Antidepressiva bzw. zum Rückfallschutz die erwähnten Phasen-Prophylaktika. Wer das nicht akzeptieren kann, muss die Folgen tragen. Und die pflegen umso schwerwiegender auszufallen, je unnötiger sie bei den heutigen Behandlungsmöglichkeiten sind.

Das heißt aber nicht, dass es keine nicht-medikamentösen Zusatztherapien gibt, die durchaus ihren Wert haben und deshalb auch genutzt werden sollen. Dazu gehören:

- *psychotherapeutische Verfahren*, insbesondere verhaltenstherapeutisch oder kognitiv orientiert, ggf. auch familientherapeutisch
- *soziotherapeutische Maßnahmen*, z. B. Ergotherapie, berufliche Anpassungs- oder Umschulungsmaßnahmen
- u. U. *Angehörigengruppen*
- ggf. spezifische *Trainingsprogramme*

Im Einzelnen:

Psychotherapeutische sowie soziotherapeutische Aspekte sind in praktisch jeder Therapie enthalten, selbst wenn sie zuerst einen medikamentösen Schwerpunkt hat.

Nach Abklingen des akuten Beschwerdebildes kommen vermehrt nicht-medikamentöse Hilfen zum Einsatz, vor allem bei Patienten, die sehr sensibel und ggf. voller Scham und Minderwertigkeitsgefühle auf das reagieren, was

ihnen ihr Krankheitsbild gleichsam aufgezwungen hat. Außerdem dort, wo immer wieder kleinere „Einbrüche“ zu ertragen sind. Und natürlich bei schicksalhaften Belastungen, also einschneidenden Lebensereignissen, besonders wenn sie kurz hintereinander und damit ohne Regenerationsmöglichkeit zuschlagen.

- Unter den psychotherapeutischen Verfahren, die bei schizoaffektiven Störungen hilfreich sind, haben sich vor allem *verhaltenstherapeutische und kognitiv orientierte Methoden* bewährt. Einzelheiten siehe die entsprechende Literatur. Auch familientherapeutische Ansätze können sinnvoll sein. Wer das Beschwerdebild noch einmal durchgeht, wird wissen warum. Schwerpunkt solcher Behandlungsverfahren sind Aufklärung, Bewältigung der Erkrankung und ihrer Folgen, die Kenntnis von Warnhinweisen (Rückfall-Sensibilisierung), die Vermeidung von Belastungen, die diese Rezidive auslösen oder zumindest fördern können und der Versuch, Schicksalsschläge, die ja nicht zu vermeiden sind, einigermaßen gefahrlos zu überwinden. Dasselbe gilt für Scham-, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle und die damit verbundenen depressiven Verstimmungen.

- Psychoanalytische oder tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapieverfahren werden dagegen bei schizoaffektiven Störungen seltener eingesetzt und wenn, dann nur durch besonders geschulte Therapeuten (Gefahr der Krankheits-Auslösung).

- *Soziotherapeutische Unterstützungsmaßnahmen und Hilfen* sind dagegen bei allen schizoaffektiven Patienten nützlich. Das geht von der Ergotherapie (Arbeitstraining und Belastungserprobung) über die stufenweise Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit bis zu Maßnahmen der beruflichen Anpassung, wenn nicht gar Umschulung. Da die psychosozialen Folgen von schizoaffektiv Erkrankten weniger folgenreich sind wie bei so manchen rein schizophrenen Patienten, sind auch die Erfolge solcher Maßnahmen durchaus günstig. Man sollte ihren heilsamen Einfluss nicht unterschätzen.

- *Angehörigengruppen*, wie sie vor allem bei schizophrenen Erkrankten hilfreich sind, verbessern natürlich auch den Informationsstand der Angehörigen von schizoaffektiven Patienten und damit das Verhältnis zwischen dem Kranken und seinem Partner, seinen Eltern und Kindern. Und damit indirekt auch zu Freunden, Nachbarn und Berufskollegen.

- Schließlich gibt es spezifische *Trainingsprogramme* (z. B. das integrierte psychologische Therapieprogramm - IPT), das vor allem empfohlen wird bei ausgeprägten kognitiven (also im weitesten Sinne geistigen) Störungen, bei immer hilfloser machenden Sozialängsten (die Angst vor den anderen schlechthin), bei so genannter Minus- oder Negativ-Symptomatik (z. B. Gemütsverflachung, Antriebs- und Bewegungsarmut, mangelnde Motivation, sozialer Rückzug) und bei geringer Therapie-Motivation des Patienten.

LITERATUR

Umfangreiche wissenschaftliche Untersuchungen und damit Publikationen sowie Fachbücher zum Thema Schizophrenien, Depressionen und (leider weniger) manischen Zuständen. Immer häufiger auch allgemeinverständliche Artikel und Sachbücher, die in der Mehrzahl der Fälle verständlich dargeboten und fachlich fundiert sind. Einzelheiten siehe die Kapitel Schizophrenien, Depressionen und Manie.

Grundlage vorliegender Ausführungen:

Marneros, A.: **Schizoaffektive Erkrankungen.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1995

Weiterführende Literatur:

Angst, J., C. Scharfetter: **Schizoaffektive Psychosen – ein nosologisches Ärgernis.** In: *E. Lungershausen et al. (Hrsg.): Affektive Psychosen.* Schattauer-Verlag, Stuttgart – New York 1990

APA: **Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5®.** Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2015

Faust, V.: **Depressionsfibel.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-Lübeck-Ulm 1997

Faust, V.: **Manie. Eine allgemeinverständliche Einführung in Diagnose, Therapie und Prophylaxe der krankhaften Hochstimmung.** Enke-Verlag, Stuttgart 1997

Faust, V.: **Medikament und Psyche: Neuroleptika-Antidepressiva-Beruhigungsmittel-Lithiumsalze.** Wiss. Verlagsges., Stuttgart 1995

Faust, V.: **Schizophrenie. Erkennen und Verstehen in Fragen und Antwort.** Arcis-Verlag, München 1996

Faust, V.: **Schwermut. Depressionen erkennen und verstehen, betreuen, behandeln und verhindern.** Hierzel-Verlag, Stuttgart-Leipzig 1999

Faust, V.: **Seelische Störungen heute. Wie sie sich zeigen und was man tun kann.** Verlag C. H. Beck, München 2000

Lenz, G.: **Schizoaffektive Psychosen.** Facultas-Verlag, Wien 1987

Marneros, A. (Hrsg.): Schizoaffektive Psychosen. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1981

Marneros, A. et al.: Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1991

WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 2013