

S k r i p t u m

Sozialpsychiatrie: Schizoaffektive Psychosen

AutorIn: Dr. Christiane Richter (FH Campus Wien)



SCHIZOAFFEKTIVE PSYCHOSEN

Schizoaffective Störungen sind die Verbindung zwischen einer affektiven und einer schizophrenen Erkrankung, wobei Symptome von beiden Krankheitstypen in ein und derselben Phase auftreten.

In der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10) werden schizoaffective Störungen in „gegenwärtig manisch“, „gegenwärtig depressiv“ oder Mischformen unterteilt.

Es ist noch nicht geklärt, ob schizoaffective Störungen als Untergruppe der Schizophrenien oder der affektiven Erkrankungen zu betrachten sind.

Nach Schätzungen (A. Maneros) sind 10-25% aller Psychosen, die nach traditionellen Kriterien entweder den schizophrenen oder den affektiven Erkrankungen zugeordnet werden, in Wirklichkeit schizoaffective Psychosen. Sie können in jedem Lebensalter auftreten.

Um die Mannigfaltigkeit der Symptome besser zu erklären, werde ich erst die Schizophrenie und dann die affektiven Störungen beschreiben.

Schizophrenie

Diagnosekriterien nach ICD-10

(International Classification of Diseases: Katalog von Diagnoseschlüsseln)

1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
2. Kontroll- und Beeinflussungswahn, das Gefühl des Gemachten, Wahnwahrnehmungen
3. kommentierende oder dialogische Stimmen
4. anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn
5. anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität
Halluzinationen sind Sinneswahrnehmungen ohne äußere Stimulation des betreffenden Sinnesorgans, d.h. Trugwahrnehmungen. Es gibt optische, akustische, olfaktorische (Geruchs-), gustatorische (Geschmacks-) und coenästhetische (Leib-) Halluzinationen
6. Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss
7. katatone Symptome
Katatone Symptome sind psychomotorische Störungen, die zwischen Erregung und Erstarrung (Stupor) wechseln können
8. negative Symptome (Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte)
„Negativ“ hat hier nichts mit einer Bewertung zu tun, sondern es bedeutet, dass etwas von den üblichen Fertigkeiten fehlt – im Gegensatz zu den sogenannten „Positivsymptomen, bei denen etwas dazu kommt, wie z.B. Wahn, Halluzinationen usw.

Für die Diagnose „Schizophrenie“ ist nach ICD-10 mindestens ein eindeutiges Symptom der Gruppen 1-4 erforderlich oder mindestens 2 Symptome der Gruppen 5-8. Die Symptome müssen länger als einen Monat andauern.

Der ICD unterscheidet verschiedene Formen der Schizophrenie:

paranoide (wahnhaft) Schizophrenie: im Vordergrund stehen Wahnsysteme oder akustische Halluzinationen, die sich auf einzelne Themen beziehen

hebephrene Schizophrenie: Zerfahrenheit und flacher bzw. inadäquater Affekt

katatone Schizophrenie: Hauptmerkmal ist das Vorliegen einer psychomotorischen Störung

undifferenzierte Schizophrenie: es bestehen Halluzinationen, Wahn, Zerfahrenheit oder ein deutlich desorganisiertes Verhalten, die aber nicht die Kriterien der oben genannten Schizophrenien erfüllen

postschizophrene Depression: im Anschluss an eine schizophrene Symptomatik entwickelt sich eine depressive Episode

→ **schizophrenes Residuum:** Im psychiatrischen Gutachten ist von einem Residualzustand die Rede, d.h. es gibt keine akuten Symptome einer schizophrenen Psychose, dennoch bestehen deutliche Einschränkungen für den Betroffenen wie soziale Isolierung, eine verarmte Sprache, Initiativenverlust und Energielosigkeit, auch eine Affektverflachung (ausdruckslose Mimik und Gestik) kann beobachtet werden

Schizophrenia simplex: Verhaltensauffälligkeiten, soziale Desintegration und Negativsymptome

Affektive Störungen

Affektive Erkrankungen sind von Störungen der Stimmung und des Antriebs sowie noch hinzutretenden Symptomen gekennzeichnet.

Es gehören dazu: die unipolaren Depressionen, die Dysthymie (eine leichtere, aber chronifizierte Form der Depression), die unipolare Manie sowie bipolare Erkrankungen und die Zykllothymie. Unipolar bedeutet, dass die Stimmungsausschläge nur in die eine Richtung erfolgen, z.B. gibt es bei der unipolaren Depression also nur depressive Symptome und keine Manie.

Ganz anders verhält es sich bei den bipolaren affektiven Störungen. Hier treten beide Seiten auf, nämlich die Depression und die Manie (oder Hypomanie) – daher wird diese Erkrankung auch als MDK = manisch-depressive Krankheit bezeichnet.

Auch bei der Zykllothymie treten depressive und hypomane Stimmungsschwankungen auf, diese erfüllen aber nicht die diagnostischen Kriterien einer depressiven oder manischen Episode.

Einteilung der affektiven Störungen nach ICD-10

F30	manische Episode
F31	bipolare affektive Störung
F32	depressive Episode
F32.0	leichte depressive Episode
F32.1	mittelgradige depressive Episode
F32.2	schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F33	rezidivierende depressive Störungen
F34	anhaltende affektive Störungen
F34.0	Zykllothymia
F34.1	Dysthymia
F38	andere affektive Störungen
F39	nicht näher bezeichnete affektive Störungen

Epidemiologie und Verlauf

<u>Verlauf:</u>	60%	unipolare Depression
	6%	unipolare Manie
	28%	bipolare affektive Erkrankungen

hohe Rezidivrate (Rückfallhäufigkeit), nur 15% aller Menschen mit affektiven Erkrankungen erleben eine singuläre Episode

Hier einige Symptome der **Depression**:

Depressive Stimmung

Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung – andere betonen das „Gefühl der Gefühllosigkeit“, d.h. sie erleben sich emotional wie tot

70-80% beschreiben Angstgefühle

Irritierbarkeit, Überfordertsein

>50% Tagesschwankungen mit dem bekannten *Morgenpessimismus*

Die traurige Verstimmung ist nicht bei allen Patienten offensichtlich: 10% klagen über körperliche Beschwerden, sodass sie mit dem Arzt/Therapeuten nur über diese, nicht aber über ihre Stimmungslage sprechen = „larvierte“ oder „maskierte“ Depression

Interesse- und Freudlosigkeit

Gewichtsverlust (Appetitlosigkeit)

Schlafstörungen

frühes Erwachen (typisch), Ein- und Durchschlafstörungen, 10% klagen jedoch über Hypersomnie, d.h. zu viel Schlaf

psychomotorische Gehemmtheit oder Agitiertheit

Gehemmtheit kann sich bis zu einem depressiven Stupor steigern, in dem eine Kontaktaufnahme kaum mehr möglich ist, die Patienten keine Nahrung zu sich nehmen und ganz „erstarrt“ wirken

Trotzdem berichten auch diese Patienten von einer quälenden *inneren Unruhe*

Energielosigkeit, Antriebslosigkeit, Ermüdbarkeit

Denkstörungen

eingeschränktes Konzentrationsvermögen

Entscheidungslosigkeit

Achtung: depressive „Pseudodemenz“ = ältere Menschen klagen über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, befürchten eine Demenzerkrankung, sind jedoch depressiv!

Gefühl von Wertlosigkeit und Schuld

Suizidalität – 10-15% der Patienten mit rezidivierenden Depressionen
versterben an Suizid

psychotische Symptome

schwere Beeinträchtigungen des Realitätsbezugs

synthymmer Wahn (steht mit der Grundstimmung in Zusammenhang, wie z.B. Schuld-,
Verarmungs- oder Weltuntergangswahn)

akustische Halluzinationen

→ benötigt meist stationäre Einweisung und intensive psychopharmakologische
Behandlung

vegetative Symptome

- Obstipation (Verstopfung)
- Kopfschmerzen
- Muskelkrämpfe
- Herzbeschwerden
- Ohrgeräusche
- Übelkeit und Magenbeschwerden
- Schwindel und Kreislaufbeschwerden
- Verlust des sexuellen Interesses

Und hier noch Informationen zur Manie:

- rein unipolare Manien sind selten, aber für Außenstehende beeindruckend
- auch bei bipolaren Manien machen die manischen Episoden nur 10-20% der Krankheitsepisoden aus
- gehobene expansive oder reizbare Stimmungslage
- kurze, unerwartet einschließende depressive Verstimmungen, daher sind diese Patienten in unvorhersehbarer Weise suizidgefährdet
- gesteigertes Selbstwertgefühl oder Größenideen
- vermindertes Schlafbedürfnis
- starker Rededrang
- Ideenflucht und das subjektive Erleben des „Gedankenjagens“
- Steigerung zielgerichteter Aktivitäten, verbunden mit psychomotorischer Unruhe
- es kann auch zu psychotischen Symptomen kommen

Häufigkeit typischer Symptome bei Manien (in Prozent)

Iritierbarkeit	100%
Rededrang	99%
Euphorie	98%
Labilität	95%
Ideenflucht	93%
Insomnie	90%
Größenideen	86%
Reizbarkeit	85%
Feindseligkeit	83%
Extravaganz	69%
Depression	68%
Tagesschwankungen	67%
Depression nach der Manie	52%
Wahnideen in irgendeiner Form	48%
erhöhter Alkoholkonsum	42%
gesteigerte Libido	32%
akustische Halluzinationen	21%
Promiskuität	11%
Selbstmordgedanken	7%

Noch einmal zur schizoaffectiven Psychose:

Es kann z.B. vorkommen, dass ein Betroffener zum Krankheitszeitpunkt an schizophrenen Denkstörungen wie Gedankenabreißen leidet, zudem quälen ihn noch Wahngedanken, die Stimmungslage ist gehoben bis gereizt, der Antrieb deutlich gesteigert, das Schlafbedürfnis ist minimiert –

es besteht demnach eine schizoaffective Psychose mit einem manischen Zustandsbild,

weil die Symptome der Schizophrenie und der Manie sich mischen, sodass nicht nur eine Manie bzw. eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert werden kann.