

Efektivitas Kombinasi Dual Antipsikotik (Risperidone dan Olanzapine) serta SSRI dalam Manajemen Gangguan Skizoafektif Tipe Depresif : Laporan Kasus

Wynne Pratiwi¹, Juniar Effendi², Anastasia Ratnawati Biromo³

Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Tarumanagara Jakarta¹, Spesialis Kedokteran Jiwa, Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit, Jakarta Timur, Daerah Khusus Ibukota Jakarta², Fakultas Kedokteran, Universitas Tarumanagara, Jakarta³

*Corresponding Author : pratiwiwynne28@gmail.com

Abstrak: Gangguan skizoafektif tipe depresif merupakan kondisi psikiatrik yang ditandai oleh hadirnya gejala psikotik dalam konteks episode gangguan mood, terutama episode depresif mayor. Gambaran klinis sering kali melibatkan kombinasi halusinasi, waham, serta gejala depresif seperti suasana hati tertekan, penurunan minat, gangguan tidur, penurunan nafsu makan, dan ide bunuh diri. Variasi manifestasi klinis serta tumpang tindih gejala psikotik dan afektif dapat menimbulkan tantangan dalam proses diagnosis maupun penatalaksanaan. Kondisi ini juga berkaitan dengan gangguan fungsi sosial yang bermakna dan peningkatan risiko bunuh diri. Dilaporkan seorang perempuan berusia 22 tahun yang datang ke instalasi gawat darurat rumah sakit di Jakarta dengan keluhan mudah emosi, berteriak, dan bicara kasar, disertai halusinasi auditorik berupa bisikan serta halusinasi visual berupa bayangan ibunya. Keluhan berlangsung selama dua bulan sebelum perawatan dan disertai gangguan tidur, penurunan nafsu makan, penurunan berat badan, serta ide bunuh diri. Pemeriksaan status mental menunjukkan mood hipotim, afek terbatas, bicara tidak spontan, serta adanya halusinasi auditorik dan visual. Berdasarkan evaluasi klinis, pasien didiagnosis sebagai gangguan skizoafektif tipe depresif (F25.1). Pasien mendapatkan terapi farmakologis berupa kombinasi risperidone, olanzapine, dan sertraline dengan tujuan mengendalikan gejala psikotik dan depresif secara simultan. Pendekatan ini bukan merupakan terapi lini pertama dalam sebagian besar pedoman, namun dapat dipertimbangkan pada kondisi selektif dengan keparahan gejala tinggi dan risiko bunuh diri bermakna. Perbaikan klinis yang diamati menegaskan pentingnya individualisasi terapi, evaluasi manfaat–risiko, serta pemantauan ketat terhadap efektivitas dan tolerabilitas pengobatan.

Kata kunci: Gangguan Skizoafektif, Depresif, Psikotik, Depresi Mayor.

Abstract: *Schizoaffective disorder, depressive type, is a psychiatric condition characterized by the presence of psychotic symptoms within the context of mood episodes, particularly major depressive episodes. Clinical manifestations commonly involve hallucinations, delusions, and depressive symptoms such as low mood, reduced interest, sleep disturbance, decreased appetite, and suicidal ideation. The variability of presentation and the overlap between psychotic and affective symptoms may complicate both diagnostic assessment and therapeutic decision-making. This disorder is associated with significant functional impairment and an increased risk of suicide. We report a 22-year-old female who presented to the emergency department of a hospital in Jakarta with irritability, shouting, and aggressive speech, accompanied by auditory hallucinations described as whispering voices and visual hallucinations involving the image of her mother. Symptoms had been present for two months prior to admission and were associated with sleep disturbance, decreased appetite, weight loss, and suicidal ideation. Mental status examination revealed hypotymic mood, restricted affect, nonspontaneous speech, and the presence of both auditory and visual hallucinations. The patient was diagnosed with schizoaffective disorder, depressive type (F25.1). The patient was treated with a combination of risperidone, olanzapine, and sertraline to address both psychotic and depressive symptoms simultaneously. Although this approach is not considered first-line treatment in most clinical guidelines, it may be considered in selected cases with severe symptomatology and elevated suicide risk. The observed clinical improvement highlights the importance of individualized treatment planning, careful benefit–risk evaluation, and close monitoring of treatment response and tolerability.*

Keywords: *Schizoaffective disorder, Depressive type, Psychotic symptoms, Major depression.*

Pendahuluan

Gangguan skizoafektif tipe depresif merupakan kondisi psikiatrik yang ditandai oleh adanya gejala psikotik seperti halusinasi dan delusi yang muncul bersamaan dengan episode depresi. Pada gangguan ini, gejala mood hadir pada sebagian besar perjalanan penyakit, meskipun pada periode tertentu gejala psikotik dapat tetap terlihat. Gambaran klinis yang bervariasi serta tumpang tindih antara gejala psikotik dan afektif sering kali menyulitkan proses diagnosis. Kondisi tersebut juga dapat menimbulkan tantangan dalam menentukan penatalaksanaan yang paling sesuai bagi pasien.

Secara klinis, gangguan skizoafektif tipe depresif berkaitan dengan gangguan fungsi sosial dan pekerjaan yang bermakna serta peningkatan risiko bunuh diri, terutama pada pasien usia muda dengan gejala depresif berat. Kehadiran ide bunuh diri, stresor psikososial signifikan, dan kondisi medis penyerta dapat memperberat perjalanan penyakit dan menuntut pendekatan terapi yang lebih cermat dan terindividualisasi. Oleh karena itu, pengendalian gejala psikotik dan afektif secara simultan menjadi aspek utama dalam penatalaksanaan gangguan ini.

Pendekatan farmakologis pada gangguan skizoafektif tipe depresif umumnya melibatkan penggunaan antipsikotik generasi kedua sebagai terapi dasar, dengan atau tanpa penambahan antidepresan, bergantung pada dominasi gejala klinis. Meskipun pedoman klinis merekomendasikan monoterapi antipsikotik atau kombinasi antipsikotik–antidepresan sebagai lini utama, pada kondisi tertentu seperti depresi berat dengan risiko bunuh diri tinggi atau keterbatasan kondisi fisik pasien, strategi farmakoterapi yang lebih intensif terkadang dipertimbangkan. Laporan kasus ini bertujuan untuk menggambarkan penggunaan kombinasi risperidone, olanzapine, dan SSRI pada pasien gangguan skizoafektif tipe depresif serta membahasnya dalam konteks rekomendasi guideline dan pertimbangan klinis terkini.

Laporan Kasus

Seorang perempuan berusia 22 tahun datang ke IGD rumah sakit di Jakarta pada tanggal 29 April 2025 dengan keluhan mudah emosi, berteriak, bicara kasar, serta muncul halusinasi auditorik berupa bisikan saudara yang mengajak ke bandara dan halusinasi visual berupa bayangan ibu yang telah meninggal 4 tahun lalu, keluhan berlangsung sejak dua bulan sebelum masuk rumah sakit. Keluhan disertai sering terbangun di malam hari namun dapat kembali tidur, nafsu makan menurun hingga terjadi penurunan berat badan yang drastis, dan sering kebingungan. Menurut ayahnya, keinginan ke bandara terkait niat bekerja di luar Jakarta, dengan gejala mulai muncul sejak Januari 2025. Pada Februari 2025 pasien menanyakan status dirinya sebagai anak angkat setelah mendengar dari teman dan saudaranya, kemudian diketahui ia merupakan anak dari saudara

kandung ibunya dan menyimpan informasi tersebut selama sekitar satu bulan.

Sejak saat itu, perilaku pasien berubah nyata yaitu lebih menyendiri, pembicaraan kadang tidak nyambung (sering meminta diantar ke bandara untuk bekerja di luar Jakarta), tampak bingung, nafsu makan menurun dengan penurunan berat badan dan pola tidur yang berantakan. Sebelumnya ia merupakan seseorang yang aktif di kampus, bergaul baik, meski cenderung memendam perasaan. Setelah mendengar informasi tersebut, ia lebih sering beraktivitas sendiri dan kurang menunjukkan minat membina hubungan emosional. Pasien mengaku sedih dan takut ditinggalkan orang tua karena pengalaman kehilangan ibu empat tahun sebelumnya, namun masih bisa merasa senang saat melakukan hobi. Menurut ayahnya, sebelum Januari 2025 pasien tetap aktif bekerja dan beraktivitas, sejak saat itu pernah muncul ide untuk mengakhiri hidup dan sempat menyakiti diri sendiri.

Pada pemeriksaan status mental didapatkan penampilan tampak sesuai usia dengan menggunakan pakaian dari rumah sakit, perawakan kurus, kooperatif dan dapat memahami pertanyaan yang dilontarkan tetapi sulit untuk melakukan kontak mata dan sulit mempertahankan kontak mata, bicara tidak spontan, artikulasi terbatas, intonasi dan volume kecil, mood hipotim dan afek terbatas, pada isi pikir didapatkan miskin ide dan terdapat halusinasi visual maupun auditorik.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran compos mentis (GCS 15). Tanda vital didapatkan tekanan darah 115/76 mmHg, nadi 90x/menit, napas 20x/menit, suhu 36,2°C. Antropometri menunjukkan tinggi badan 157 cm, berat badan 40 kg dengan IMT 16,2 kg/m² (*underweight*). Status generalis pasien didapatkan, mata, hidung, mulut, leher, jantung, paru, abdomen, dan ekstremitas dalam batas normal. Pada pemeriksaan penunjang laboratorium pada tanggal 25 April 2025 didapatkan :

Tabel 1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium

| Jenis Pemeriksaan | Hasil Pemeriksaan | Nilai Rujukan |
|-------------------|-------------------|---------------|
| Hematologi | | |
| MCH | 27,2 pg | 26 – 34 |
| Hemoglobin | 13,6 g/dl | 11,7 – 15,5 |
| Leukosit | 7,53 Ribu/uL | 3,6 – 11 |
| Hematokrit | 41% | 35 – 47 |
| Trombosit | 276 Ribu/uL | 150 – 440 |
| Eritrosit | 5,00 juta/uL | 3,8 – 5,2 |
| MCV | 81,0 fl | 80 – 100 |
| MCHC | 33,6 g/dl | 32 – 36 |
| Diabetes | | |

| | | |
|----------------------|--------------|-----------|
| Glukosa Sewaktu | 83 mg/dl | <200 |
| Elektrolit | | |
| Natrium | 139,1 mmol/L | 135 – 153 |
| Kalium | 4,2 mmol/L | 3,6 – 5,0 |
| Klorida | 105 mmol/L | 95 – 105 |
| Fungsi Ginjal | | |
| Kreatinin | 0,7 mg/dl | 0,6 – 1,2 |
| Ureum | 21 mg/dl | 13 - 43 |

Pada Axis I, ditegakkan F25.1 Gangguan Skizoafektif Tipe Depresif, karena gejala psikotik menonjol hadir bersamaan dengan episode depresif bermakna yaitu halusinasi auditorik/visual, perasaan sedih, hilang minat, berkurangnya energi dan aktivitas, penarikan sosial, penurunan nafsu makan, gangguan tidur, penurunan berat badan, serta ide bunuh diri dan menyakiti diri sendiri. Gejala psikotik tampak hadir saat maupun di luar episode depresif, sementara tidak ada riwayat fase manik, sesuai subtipe depresif. Axis II belum terdapat data memadai untuk menetapkan gangguan kepribadian, kesan sementara adalah schizoid. Axis III mencatat kondisi *underweight*. Axis IV mencatat stresor psikososial utama berupa pengetahuan bahwa pasien bukan anak kandung serta kehilangan ibu empat tahun sebelumnya. Pada Axis V, penilaian GAF saat ini 55 (gangguan sedang dalam fungsi sosial dan pekerjaan, namun masih mampu melakukan aktivitas dasar harian dan kooperatif meski respons lambat dan kontak mata minim) dan GAF Highest Past Year 87 (fungsi sangat baik sebelum gejala). Terapi farmakologis meliputi kapsul racikan pagi yaitu risperidone 3mg, trihexyphenidyl 2 mg, sertraline 50 mg, olanzapine 10 mg dan kapsul racikan malam yaitu risperidone 3 mg, trihexyphenidyl 2 mg, olanzapine 10 mg.

Pembahasan

Gangguan skizoafektif tipe depresif merupakan kondisi psikiatrik kompleks yang ditandai oleh hadirnya gejala psikotik dalam konteks episode gangguan mood, terutama episode depresif mayor (Miller & Black, 2019; Carlo & Klugheit, 2023). Karakteristik utama gangguan ini terletak pada keterkaitan temporal dan klinis antara gejala psikotik dan afektif, sehingga evaluasi diagnostik memerlukan penilaian longitudinal yang cermat (APA, 2022). Manifestasi klinis sering kali melibatkan halusinasi, waham, disorganisasi pikir, serta gangguan mood berat yang terjadi dalam satu perjalanan penyakit (Miller & Black, 2019). Kompleksitas gambaran tersebut menimbulkan tantangan diagnostik sekaligus terapeutik, terutama ketika gejala depresif mendominasi dan disertai risiko bunuh diri aktif (Khadivi & Kleiger, 2024).^{1,2}

Pasien dalam kasus ini memperlihatkan gejala psikotik menonjol yang muncul bersamaan dengan episode depresi berat, disertai ide bunuh diri persisten (Miller & Black, 2019). Dinamika psikopatologi tersebut berkembang setelah paparan stresor psikososial signifikan, termasuk konflik identitas keluarga dan riwayat kehilangan figur kelekatan (Carlo & Klugheit, 2023). Literatur menunjukkan bahwa stresor psikososial berat dapat berperan sebagai faktor presipitasi maupun faktor eksaserbasi pada individu dengan kerentanan biologis dan psikologis (Carlo & Klugheit, 2023). Interaksi antara depresi berat dan psikosis diketahui berhubungan dengan peningkatan distress subjektif, gangguan fungsi global, serta peningkatan risiko perilaku bunuh diri (Khadivi & Kleiger, 2024). Kondisi demikian menuntut intervensi klinis yang cepat, terstruktur, dan berbasis risiko.

Konteks klinis pada gangguan skizoafektif tipe depresif dengan ide bunuh diri aktif menempatkan keselamatan pasien sebagai prioritas utama tata laksana (APA, 2022). Dominasi gejala afektif berat yang disertai gangguan penilaian realitas dapat memperburuk kemampuan pasien dalam mengendalikan impuls dan mengambil keputusan adaptif (Miller & Black, 2019). Pendekatan terapeutik pada fase akut tidak hanya berfokus pada reduksi gejala psikotik, tetapi juga stabilisasi mood dan penurunan risiko bunuh diri (APA, 2022). Pedoman praktik modern menekankan pentingnya individualisasi terapi berdasarkan profil gejala, tingkat keparahan, respons pengobatan sebelumnya, serta kondisi medis komorbid (Wy & TJP, 2023). Pertimbangan manfaat-risiko menjadi komponen sentral dalam pemilihan regimen farmakologis.

Strategi farmakoterapi pada gangguan skizoafektif tipe depresif umumnya diawali dengan penggunaan satu antipsikotik generasi kedua sebagai terapi dasar (Wy & TJP, 2023). Agen antipsikotik berperan dalam menurunkan intensitas gejala psikotik sekaligus memberikan efek stabilisasi terhadap komponen afektif tertentu (Muñoz-Negro et al., 2019). Penambahan antidepresan dipertimbangkan ketika gejala depresif mendominasi gambaran klinis atau ketika terdapat episode depresif mayor yang jelas (Oliva et al., 2024). Kombinasi antipsikotik dan antidepresan dilaporkan memberikan efektivitas yang lebih konsisten dibandingkan monoterapi antidepresan dalam konteks depresi dengan gejala psikotik (Oliva et al., 2024). Pendekatan ini bertujuan untuk mengendalikan dimensi psikosis dan mood secara simultan tanpa memperburuk stabilitas klinis.

Penggunaan dua antipsikotik secara bersamaan atau antipsychotic polypharmacy bukan merupakan pendekatan lini pertama dalam sebagian besar pedoman internasional (Lawrence et al., 2025). Bukti ilmiah menunjukkan bahwa manfaat tambahan polifarmasi sering kali tidak konsisten, sementara risiko efek samping dan interaksi farmakodinamik meningkat (Hjorth, 2021). Studi populasi besar dan tinjauan sistematis melaporkan bahwa praktik polifarmasi tetap ditemukan

dalam praktik klinis nyata, terutama pada pasien dengan gejala berat, resistensi terapi, atau kebutuhan stabilisasi cepat (Højlund et al., 2025). Pendekatan ini hanya dipertimbangkan pada kondisi selektif dengan rasionalisasi klinis yang jelas dan pemantauan ketat.

Pertimbangan penggunaan kombinasi risperidone dan olanzapine pada pasien ini didasarkan pada kondisi fase akut dengan intensitas psikosis tinggi dan risiko bunuh diri aktif (RISPERDAL® & ZYPREXA®, 2021). Risperidone dikenal memiliki efektivitas baik terhadap gejala psikotik positif melalui antagonisme reseptor dopamin dan serotonin (Wy & TJP, 2023). Olanzapine sering digunakan pada kondisi dengan agitasi, insomnia, dan distress emosional karena profil sedatif serta efek anxiolytic relatifnya (RISPERDAL® & ZYPREXA®, 2021). Kombinasi kedua agen diarahkan untuk mencapai stabilisasi gejala yang lebih cepat, khususnya dalam mengendalikan agitasi psikotik dan disforia berat.

Tidak dipilihnya clozapine sebagai terapi awal merupakan keputusan klinis yang mempertimbangkan aspek keamanan, tolerabilitas, serta kebutuhan pemantauan laboratorium intensif (Meltzer et al., 1990; Waszak et al., 2023). Clozapine memiliki bukti paling konsisten dalam menurunkan risiko bunuh diri pada gangguan psikotik, namun penggunaannya dibatasi oleh risiko efek samping serius dan persyaratan monitoring hematologis rutin (Masdrakis & Baldwin, 2023). Pedoman modern menempatkan clozapine sebagai pilihan pada pasien dengan risiko bunuh diri persisten, resistensi terapi, atau kegagalan regimen standar sebelumnya (Waszak et al., 2023).

Rentang dosis risperidone dan olanzapine yang digunakan dalam kasus ini masih berada dalam batas terapeutik yang direkomendasikan oleh guideline farmakoterapi modern (Wy & TJP, 2023; RISPERDAL® & ZYPREXA®, 2021). Penyesuaian dosis dalam praktik klinis mempertimbangkan respons gejala, tolerabilitas, serta efek samping yang muncul selama perawatan (Wy & TJP, 2023). Penggunaan kombinasi antipsikotik tetap memerlukan kewaspadaan terhadap potensi peningkatan efek samping metabolik, sedasi berlebihan, serta efek ekstrapiramidal (Hjorth, 2021). Pemantauan klinis dan evaluasi berkala menjadi komponen penting untuk memastikan keamanan terapi jangka pendek maupun jangka panjang.

Perbaikan klinis yang diamati selama perawatan menunjukkan bahwa strategi kombinasi dapat memberikan manfaat terapeutik pada kondisi selektif dengan keparahan gejala tinggi (Zhang et al., 2022). Respons terhadap terapi kombinasi diketahui sangat heterogen, sehingga interpretasi hasil tidak dapat digeneralisasi sebagai superioritas polifarmasi (Lawrence et al., 2025). Variabilitas respons menegaskan pentingnya pendekatan individualisasi terapi serta evaluasi berkelanjutan terhadap efektivitas dan tolerabilitas (Zhang et al., 2022).

Risiko bunuh diri merupakan determinan penting dalam prognosis gangguan skizoafektif tipe depresif dan berkaitan erat dengan kontrol gejala depresif serta psikotik (Khadivi & Kleiger, 2024).

Penurunan ide bunuh diri pada pasien ini kemungkinan mencerminkan perbaikan simultan pada kedua dimensi psikopatologi tersebut (Khadivi & Kleiger, 2024). Pendekatan terapeutik komprehensif, termasuk farmakoterapi, intervensi psikososial, serta dukungan keluarga, memiliki peran penting dalam stabilisasi klinis.

Penggunaan antipsikotik dan SSRI secara bersamaan memerlukan kewaspadaan terhadap efek samping yang dapat memengaruhi keselamatan pasien, terutama akatisia dan perubahan metabolik (Kim & Heo, 2021). Evaluasi klinis berkala diperlukan untuk mendeteksi efek samping dini serta mengoptimalkan tolerabilitas terapi. Keterlibatan keluarga, edukasi pasien, dan pemantauan berkelanjutan menjadi komponen penting dalam menjaga keberlanjutan terapi.

Kesimpulan

Laporan kasus ini menggambarkan gangguan skizoafektif tipe depresif dengan dominasi gejala psikotik dan depresif berat yang muncul dalam satu episode penyakit serta disertai risiko bunuh diri aktif. Kompleksitas manifestasi klinis menegaskan pentingnya evaluasi diagnostik longitudinal, terutama untuk menilai keterkaitan temporal antara dimensi psikosis dan mood. Faktor presipitasi berupa stresor psikososial bermakna berperan dalam dinamika psikopatologi pasien dan memperberat perjalanan klinis.

Pendekatan terapeutik pada kondisi ini menempatkan keselamatan pasien sebagai prioritas utama melalui stabilisasi gejala psikotik dan afektif secara simultan. Strategi farmakologis umumnya merekomendasikan monoterapi antipsikotik generasi kedua sebagai terapi dasar, dengan penambahan antidepresan pada dominasi episode depresif mayor. Penggunaan kombinasi dua antipsikotik bukan merupakan pendekatan lini pertama, namun dapat dipertimbangkan secara selektif pada fase akut dengan intensitas gejala tinggi dan kebutuhan stabilisasi cepat, disertai pertimbangan manfaat–risiko yang ketat.

Kombinasi risperidone, olanzapine, dan sertraline pada kasus ini berkaitan dengan perbaikan klinis tanpa munculnya efek samping berat selama periode observasi. Interpretasi respons terapi tetap harus berhati-hati mengingat heterogenitas respons individual dan keterbatasan generalisasi dari satu kasus klinis. Pemantauan longitudinal, evaluasi tolerabilitas, serta manajemen risiko bunuh diri berkelanjutan merupakan komponen esensial dalam tata laksana gangguan skizoafektif tipe depresif.

Ucapan Terimakasih

Penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada Universitas Tarumanegara atas dukungan akademik dan fasilitas yang telah diberikan selama proses penyusunan artikel ini.

Semoga kerja sama ini dapat terus terjalin demi kemajuan ilmu pengetahuan dan pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Referensi

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Carlo, A., & Klugheit, M. (2023). Schizoaffective disorder. In *Treating psychiatric disorders among older adults* (pp. 209–218). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-55711-8_14
- Hjorth, S. (2021). The more, the merrier...? Antipsychotic polypharmacy treatment strategies in schizophrenia from a pharmacology perspective. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 760181. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.760181>
- Kamei, H., et al. (2022). Polypharmacy management of antipsychotics in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*.
- Kim, E. S., & Heo, Y. A. (2021). Manage antipsychotic-induced akathisia by making changes to the antipsychotic drug regimen and/or adding anti-akathisia agents. *Drugs & Therapeutics Perspectives, 37*(2), 70–74. <https://doi.org/10.1007/s40267-020-00802-1>
- Kuzin, M., et al. (2021). Body mass index as a determinant of clozapine plasma concentrations: A pharmacokinetic-based hypothesis. *Journal of Psychopharmacology, 35*(3), 273–278. <https://doi.org/10.1177/0269881120985166>
- Lawrence, C., Roberts, C., Galides, C., Chamberlain, S. R., & Hou, R. (2025). Antipsychotic polypharmacy and high-dose antipsychotic therapy compared to antipsychotic monotherapy at standard doses in schizophrenia: A systematic review. *Journal of Psychopharmacology, 39*(2), 132–140. <https://doi.org/10.1177/02698811241303652>
- Lintunen, J., Taipale, H., Tanskanen, A., Mittendorfer-Rutz, E., Tiihonen, J., & Lähteenvuo, M. (2021). Long-term real-world effectiveness of pharmacotherapies for schizoaffective disorder. *Schizophrenia Bulletin, 47*(4), 1099–1107. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbab004>
- Masdrakis, V. G., & Baldwin, D. S. (2023). Prevention of suicide by clozapine in mental disorders: Systematic review. *European Neuropsychopharmacology, 69*, 4–23. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.12.011>
- Meltzer, H. Y., et al. (n.d.). Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*.
- Miller, J. N., & Black, D. W. (2019). Schizoaffective disorder: A review. *Annals of Clinical Psychiatry, 31*(1), 47–53. <https://doi.org/10.1177/104012371903100101>
- Muñoz-Negro, J. E., Cuadrado, L., & Cervilla, J. A. (2019). Current evidences on psychopharmacology of schizoaffective disorder. *Actas Españolas de Psiquiatría, 47*(6), 229–235.
- Oliva, V., et al. (2024). Pharmacological treatment of psychotic depression. *European Neuropsychopharmacology*.
- RISPERDAL® (risperidone) & ZYPREXA® (olanzapine) prescribing information. (2021). U.S. Food and Drug Administration.
- Waszak, P. M., et al. (2023). Anti-suicidal effects of clozapine. *Frontiers in Psychiatry*.
- Wy, A., & TJP. (2023). Schizoaffective disorder. *StatPearls Publishing*.
- Zhang, L., He, S., He, L., Yu, W., He, S., Li, Y., Yu, Y., Zheng, Q., Huang, J., Shen, Y., & Li, H. (2022). Long-term antipsychotic effectiveness and comparison of the efficacy of monotherapy and polypharmacy in schizophrenia: A 3-years follow-up real-world study in China. *Frontiers in Pharmacology, 13*, 860713. <https://doi.org/10.3389/fphar.2022.860713>