

Henna Haravuori, Jaana Suvisaari ja Erika Jääskeläinen

Psykoosi vai dissosiaatio?

Dissosiaatio-oireet, kuten depersonalisaatio ja derealisaatio, ovat väestössä yleisiä ja voivat liittyä useaan tilaan, esimerkiksi stressiin tai eri mielenterveyden häiriöihin. Lievät ja lyhytkestoiset dissosiativiset oireet osana muuta tunnistettavaa mielen terveyden häiriötä eivät vaadi laajoja erotusdiagnostisia tutkimuksia. Psykoosissa henkilön todellisuuden taju pettää. Depersonalisaatio- ja derealisaatio-oireissa eli itsensä ja ympäristönsä epätodelliseksi tai vieraaksi tuntemisessa henkilön realiteettitilasta ei horju. Kun aikuisella tunnustetaan voimakkaita ja kestoaltaan diagnostiset kriteerit täyttäviä psykoottisia oireita, voidaan lähteä psykoottisen häiriön oletuksesta. Nuorten lievä psykoottistyyppinen oireilu on yleistä ja voi muistuttaa dissosiativista oireilua. Dissosiaatiohäiriöiden arviointi sisältää perehtymisen aiempiin hoitoihin ja potilasasiakirjoihin sekä elämäntapaan, ja sen toteuttaa moniammatillinen työryhmä.

Dissosiaatiohäiriön diagnoosin asettamisen ei vaadi tunnistettavaa altistumista poikkeuksellisen järkyttävälle kokemukselle, mutta sellaisten oletetaan olevan merkittävissä osassa taudin synnyssä. Psykoottiset häiriöt eivät ole yksi yhtenäinen sairaus, vaan kyseessä on monimuotoinen sairausryhmä niin geneettisten kuin muidenkin riskitekijöiden sekä taudinkuvan osalta.

Dissosiativisuutta, jolla tarkoitetaan kyvyttömyyttä yhdistää ajatukset, tunteet ja muistot mielekkääksi kokonaisuudeksi, esiintyy jatkumona tavanomaisista mielen ilmiöistä vaikeaan sairauteen. Dissosiaatio-oireet ovat väestössä hyvin yleisiä (**TAULUKKO 1**). Jopa puolet aikuisista on kokenut jossain vaiheessa elämäänsä voimakkaan stressin aikana dissosiaatio-oireita, esimerkiksi epätodellista tai vierasta oloa. Dissosiaatio-oireita esiintyy varsinaisten dissosiaatiohäiriöiden lisäksi useissa muissa psykiatrisissa häiriöissä, esimerkiksi paniikkihäiriössä, pakko-oireisessa häiriössä, epävakaassa persoonallisuushäiriössä ja traumaperäisessä stressihäiriössä, mutta myös esimerkiksi neurologisissa häiriöissä ja päihteiden vaikutuksiin liittyvinä (1). Varsinaiset dissosiaatiohäiriöt luokitellaan hiukan eri tavoin eri luokitusjärjestelmissä (**TAULUKKO 2**).

Psykoosi tarkoittaa tilaa, jossa ihmisen todellisuudentaju on häiriintynyt. Harhaluulot ja aistiharhat ovat psykoottisten häiriöiden ydinoireita. Harhaluulot ovat virheellisiä uskomuksia, joista henkilö pitää itsepintaisesti kiinni, vaikka ulkopuolinen osoittaisi ne paikkansapitämättömiksi. Harhaluulot voivat liittyä henkilön väärin tulkitsemiin havaintoihin ja kokemuksiin. Aistiharhat ovat aistimuksia, jotka koetaan ilman ulkoista ärsykettä tai joihin liittyy ulkoisen ärsyksen merkittävä väärintulkinta. Ne voivat liittyä eri aistinmodaliteetteihin, ja ne koetaan samanlaisina kuin ulkoisen ärsyksen aiheuttama vastaava aistimus. Myös puheen tai käyttäytymisen huomattava hajanaisuus on psykoottinen oire, ja psykoosiin liittyy usein myös negatiivisia oireita, kuten tahdotto- muutta ja tunneilmaisun niukkuutta (2).

Esiintyvyys

Psykoottisia häiriöitä sairastaa noin 3,5–4 % väestöstä elämänsä aikana (3,4), kun taas dissosiaatiohäiriöiden esiintyvyydestä ei ole luotettavaa tietoa. Näiden häiriöiden oireissa ja ilmiöissä on päällekkäisyyttä, mikä vaikeuttaa diagnosointia ja erotusdiagnostiikkaa (5). Tutkimusten mukaan psykoosi ja dissosiaatio

TAULUKKO 1. Psykoosiin ja dissosiaatioon liittyviä termejä määritelmineen.

Termi	Määritelmä
Aistiharha	Aistimus, joka koetaan ilman ulkoista ärsykettä tai johon liittyy ulkoisen ärsyksen merkittävä väärintulkinta
Amnesia	Kyvyttömyys muistaa tärkeää henkilökohtaista informaatiota
Depersonalisaatio	Itsensä (ajatusten tai kehon) epätodelliseksi ja vieraaksi tunteminen tai kokemuksia omien ajatusten tai oman kehon ulkopuolella olemisesta, tai ajan kokemuksen vääristyminen
Derealisaatio	Tunne, että ympäristö on muuttunut epätodelliseksi, esim. maailma vaikuttaa unenkaltaiselta, epätodelliselta, etäiseltä tai vääristyneeltä, tai henkilö kokee olevansa irtautunut ympäristöstään
Dissosiaatio	Kyvyttömyys yhdistää ajatukset, tunteet, muistot ja kehon tuntemukset mielekkäiksi kokonaisuudeksi
Dissosiaatiohäiriö	Keskeisenä piirteenä tiedostamaton minän integraation hajaannus tai epäjatkuvuus yhdessä tai useammassa seuraavista toiminnoista: identiteetti, aistimukset, havainnot, tunteet, ajatukset, muisti ja muistot, kehon liikkeiden hallinta, käytöksen hallinta. Hajaannus tai epäjatkuvuus voi olla täydellistä mutta useimmiten osittaista ja saattaa vaihdella päivästä tai tunnista toiseen. Häiriö heikentää toimintakykyä. Se ei johdu muusta sairaudesta tai esimerkiksi päihtymytilasta eikä ole tavanomainen henkilön kulttuurin mukainen kokemus.
Dissosiativinen kokemus	Kokemus, joka ei integroidu tavalliseen kokemukseen itsestä, aiheuttaa katkoksia koettuun tietoisuuteen tai kokemukseen minän jatkuvuudesta
Harhaluulo	Vakaa, virheellinen uskomus, josta henkilö pitää kiinni, vaikka ulkopuolinen osoittaisi sen paikkansapitämättömäksi
Identiteettisekaannus	Epävarmuus, hämmennys, ristiriita omasta identiteetistä
Identiteettivaihtelu	Käytöksessä esiintyviä oireita, jotka kuvastavat eri identiteettejä tai vaihtelevia tiloja
Psykoosioire	Psykykinen oire, johon liittyy todellisuudentajun häiriintyminen. Esimerkiksi harhaluulo, aistiharha, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus
Psykoosisairaus	Mielenterveyshäiriö, johon liittyy pitkäkestoisia psykoottisia oireita
Psykoottistyyppinen oire	Varsinaisia psykoosin oireita lievempiä ja lyhytkestoisempia oireita. Oudolta tuntuja havainnoja, kokemuksia ja ajatuksia
Trauma	Altistuminen (joko lyhyt- tai pitkäkestoiselle) tapahtumalle tai tilanteelle, joka on luonteeltaan poikkeuksellisen uhkaava tai kauhistuttava. Tällaisia ovat esimerkiksi ihmisten aiheuttamat ja luonnonkatastrofit, taistelutilanteet, vakavat onnettomuudet, seksuaalinen väkivalta, pahoinpitely, akuutti henkeä uhkaava sairaus; toisille tapahtuneen odottamattoman väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen tai sen uhan todistaminen; kuuleminen läheisen äkillisestä tai väkivaltaisesta kuolemasta

voivat myös ilmetä samanaikaisesti, mutta arviot päällekkäisyydestä vaihtelevat huomattavasti (5).

THL:n hoitoilmoitusrekisterin perusteella dissosiaatiohäiriödiagnoosien lukumäärä päädiagnoosina on hieman suurentunut psykiatriassa erikoissairaanhoidossa: 690 diagnoosista vuonna 2014 enimmillään 900 diagnoosiin vuonna 2021 (THL, psykiatrian erikoisala palveluntuottajittain 2023 saakka). Dissosiaatiohäiriöiden (F44) ryhmän tilastot sisältävät myös erilaisia neurologisoreisia häiriöitä, esimerkiksi kouristuksina, tunnottomuutena tai halvausoireina ilmeneviä. Näiden erotusdiagnostiikka painottuu neurologisten sairauksien suuntaan, ja olemme rajanneet ne pois tästä kirjoituksesta.

Psykoottisten häiriöiden ja dissosiaatiohäiriöiden psykososiaaliset hoidot ovat erilaisia ja erityisesti lääkehoidon vasteet eroavat toisistaan, minkä vuoksi arviointi ja erotusdiagnosointi ovat tärkeitä.

Depersonalisaatio-derealisaatiohäiriö

Erotusdiagnostisesti keskeisiä dissosiaatio-oireita suhteessa psykoottisiin oireisiin ovat depersonalisaatio ja derealisaatio. Ne ovat keskeisiä ja pitkäkestoisimpia oireita depersonalisaatio-derealisaatiohäiriössä, jonka diagnostiset kriteerit DSM-5:n mukaan esitetään **TAULUKOSSA 3**. Skitsofrenian diagnostiset kriteerit esitetään **TAULUKOSSA 4**.

TAULUKKO 2. Psykologisoireiset dissosiaatiohäiriöt eri tautiluokituksissa. Dissosiativiset neurologisoireiset häiriöt ovat ICD-luokituksissa lisäksi samassa kappaleessa mutta DSM-5-luokituksessa elimellisoireisissa häiriöissä.

ICD-10, F44: dissosiaatiohäiriöt (konversiohäiriöt)	ICD-11, 6B60: dissosiaatiohäiriöt (epävirallinen oma suomennos)	DSM-5: dissosiativiset häiriöt
F44.0 Dissosiativinen muistinmenetyks	6B61.0 Dissosiativinen muistinmenetyks, jossa dissosiativista pakkovaeltelua	Dissosiativinen identiteettihäiriö
F44.1 Dissosiativinen pakkovaellus	6B61.1 Dissosiativinen muistinmenetyks ilman dissosiativista pakkovaeltelua	Dissosiativinen muistinmenetyks
F44.2 Dissosiativinen sulkutila (horros)	6B61.Z Dissosiativinen muistinmenetyks, määrittämätön	Dissosiativinen pakkovaellus
F44.3 Hurmos ja haltiotilat	6B62 Transsihäiriö	Depersonalisaatio/ Derealisaatiohäiriö
F44.7 Sekamuotoiset dissosiaatiohäiriöt (konversiohäiriöt)	6B63 Valtaanotettu transsihäiriö (possessiivinen transsihäiriö)	Muu määritelty dissosiaatiohäiriö
F44.80 Ganserin oireyhtymä	6B64 Dissosiativinen identiteettihäiriö	Tarkemmin määrittämätön dissosiaatiohäiriö
F44.81 Sivupersonahäiriö	6B65 Osittainen dissosiativinen identiteettihäiriö	
F44.82 Tilapäinen lapsuus- ja nuoruusiän dissosiaatio[-konversio]-oireisto	6B66 Depersonalisaatio-derealisaatiohäiriö	
F44.88 Muu dissosiaatiohäiriö (konversiohäiriö)	6B6Y Muut määritetyt dissosiativiset häiriöt	
F44.9 Määrittämätön dissosiaatiohäiriö (konversiohäiriö)	6B6Z Dissosiativiset häiriöt, määrittämätömät	

Depersonalisaatio-derealisaation diagnostiisiin kriteereihin sisältyy se, että häiriö ei selity paremmin muulla mielenterveyshäiriöllä. Toisin sanoen jos henkilöllä esiintyy psykoosioireita, kuten harhaluuloja, aistiharhoja, hajanaista puhetta, huomattavan hajanaista tai katatonista käytöstä tai negatiivisia oireita, samanaikaiset depersonalisaatio- tai derealisaatiokokemukset liittyvät todennäköisesti psykoottisen häiriön oirekuvaan.

Toisena diagnostisena ohjeena on, että depersonalisaation tai derealisaation kokemusten aikana realiteettitestausta eli todellisuudentaju säilyy. Mikäli depersonalisaatioksi tai derealisaatioksi sopivat oireet ovat henkilön pääasiallisia oireita, realiteettitestausta on arvioitava huolellisesti.

First-rank-oireet. Depersonalisaatio ja derealisaatio voivat kliinisessä työssä sekoittua niin sanottuihin first-rank-oireisiin. Tämä on Kurt Schneiderin antama nimitys psykoottisille oireille, joihin sisältyy vahva kokemus henkilön minuuteen ja kokemusmaailmaan vaikuttamisesta sekä itsen ja ulkoisen maailman rajojen hämärtymisestä (6). Kokemus-sanana painottamisella tarkoitetaan, että henkilö ei pelkästään epäile, että häneen pyritään vaikuttamaan, vaan hän todella on kokenut näin tapahtuneen.

Depersonalisaatio ja derealisaatio ovat pelottavia kokemuksia, mutta niihin ei liity ajatusta siitä, että jokin ulkoinen taho olisi ne henkilölle aiheuttanut. Näiden oireiden erottamiseksi toisistaan on tärkeää pyytää potilasta kuvaamaan kokemiaan oireita yksityiskohtaisesti. Usein first-rank-oireisiin kehittyä myös rinnakkaisena harhaluulona selitys kokemukset aiheuttavasta tahosta.

First-rank-oireet poistuivat DSM-5:ssä skitsofrenian diagnostisista kriteereistä, mutta ICD-11-tautiluokituksessa vaikutus-, passiivisuus- tai kontrollointikokemukset ovat edelleen skitsofrenian ydinpiirteiden luettelossa (7).

Muita harvinaisia dissosiaatiohäiriöitä

Dissosiativinen muistinmenetyks sisältää yhden tai useamman jakson, jonka aikana henkilö ei kykene palauttamaan mieleensä itselleen tärkeää, usein luonteeltaan traumaattista tai stressin sävyttämää tietoa, eikä tämä selity tavallisella unohteluvaisuudella tai muilla sairauksilla tai tiloilla. Joskus tähän liittyy pakkovaellus, jolloin äärimmillään henkilö saattaa unohtaa kokonaan oman identiteettinsä. ICD-luokitus-

TAULUKKO 3. Depersonalisaatio- ja derealisaatiohäiriön diagnostiset kriteerit DSM-5:n mukaan.

A. Pitkäkestoisia tai toistuvia depersonalisaation, derealisaation tai molempien kokemuksia:

1. Depersonalisaatio: epätodellisuuden tai irrallisuuden kokemuksia tai kokemuksia, että on irti itsestään, oman itsensä ulkopuolelta havainnoi mieltänsä toimintoja, tunteitaan, aistimuksiaan, ruumistaan tai toimiaan (esim. aistimusten muuntumista, vääristynyt ajantaju, epätodellinen tai poissa oleva minä, emotionaalinen ja/tai fyysinen turtumus).

2. Derealisaatio: Epätodellisuuden tai irrallisuuden kokemuksia suhteessa ympäristöön (esim. henkilöt tai esineet koetaan epätodellisina, unenkaltaisina, sumuisina, elottomina tai ulkonäöltään vääristyneinä).

B. Depersonalisaation tai derealisaation kokemusten aikaan realiteettitestaus toimii.

C. Oireet aiheuttavat kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa sosiaalisilla, ammatillisilla tai muilla tärkeillä toiminnan alueilla.

D. Häiriö ei johdu lääkkeiden tai päihteiden fysiologisesta vaikutuksesta (esim. huumeen väärinkäyttö, lääkehoito) tai muusta sairaudesta (esim. kouristuskohtaukset)

E. Häiriö ei ole paremmin selitettävissä muulla mielen-terveyden häiriöllä kuten skitsofrenialla, paniikkihäiriöllä, vakavalla masennustilalla, traumaperäisellä stressihäiriöllä tai muulla dissosiaatiohäiriöllä.

järjestelmä tunnistaa myös sulkutilan sekä hirmos- ja haltiotilat.

Dissosiaatiivinen identiteettihäiriö (DID) on harvinainen ja kiistanalainenkin diagnoosi. Henkilöllä on tällöin vähintään kaksi erilaista identiteettiä tai persoonallisuuden tasoa, joilla on oma suhteellisen pysyvä tapansa hahmottaa itseä ja ympäristöä ja reagoida niihin. Eri identiteetit ottavat toistuvasti vallan henkilön käyttäytymisestä. Häiriöön sisältyy myös vaikeus palauttaa mieleen tärkeää henkilökohtaista tietoa. Henkilön sekavana näyttäytyvä käytös tai kuvaus sisäisten persoonan osien keskustelusta eli ”äänistä” saattaa herättää psykoosiepäilyä.

Psykoosin ja dissosiaation monensuuntaiset yhteydet traumaan

Lapsuuden ajan haitalliset kokemukset ja elämänaikaiset mahdollisesti traumaattiset kokemukset ovat yleisiä kaikkien mielen-terveys-häiriöiden riskitekijöitä (8). Traumaattisten kokemusten, traumaperäisen stressihäiriön (PTSD), dissosiaation ja psykoosin yhteydet

ovat monensuuntaisia, ja toisaalta häiriöiden oirekuivissa on päällekkäisyyttä ja samanaikais-sairastavuus on mahdollista (9).

PTSD:n ja monimuotoisen PTSD:n (cPTSD) diagnoosi vaatii aina tunnistettavan altistumisen poikkeuksellisen järkyttävälle kokemukselle. DSM-5-diagnosiluokitus tunnistaa lisäksi PTSD:n dissosiaatiivisen alatyypin.

Stevens ym. ehdottavat neljän alaryhmän ryhmittelyä psykoosin ja traumakokemusten yhteyksistä: traumaattinen psykoosi, neurokehityksellinen psykoosi, psykoottinen PTSD ja psykoosin aiheuttama PTSD (9). Kyseessä ei ole diagnostinen luokittelu vaan pyrkimys jäsentää tapoja, joilla trauma ja psykoosi voivat liittyä toisiinsa.

Traumaattisen psykoosin osalta Stevens ym. olettavat lapsuuden traumaattisten kokemusten vaikuttavan psykologisiin toimintoihin ja esimerkiksi ympäristön väärintulkintaan psyyken suojakeinoina (9). He olettavat, että uusi, aiempaa traumatapahtumaa muistuttava kokemus laukaisee psykoosin ja että oireet ovat sisällöllisesti traumaattisiin kokemuksiin liittyviä ja niissä on usein dissosiaatiivisia piirteitä. Malli muistuttaa Howesin ja Murrayn skitsofrenian etiologian kehityksellistä mallia, jossa toistuvat kielteiset kokemukset ihmissuhteissa lapsuus- ja nuoruusajana johtavat kognitiivisten vinoumien kehittymiseen ja herkistävät samalla dopamiinijärjestelmää reagoimaan yhä voimakkaammin uusiin kielteisiin kokemuksiin (10).

Neurokehityksellisessä psykoosissa henkilöt ovat erilaisten kehityksellisten haasteiden sa vuoksi haavoittuvassa asemassa ja altistuvat siksi traumaattisille kokemuksille ja siten traumaperäisille oireille (9).

Psykoottisen PTSD:n laukaisevaksi tekijäksi kuvataan lähiajan poikkeuksellisen järkyttävää kokemusta. Psykoosin oireita edeltää PTSD, ja kirjottajat ehdottavat, että psykoosin kehittyminen liittyisi esimerkiksi voimakkaaseen ylivireyteen ja unettomuuteen.

Psykoosin aiheuttama PTSD esitetään reaktiona psykoottisten oireiden pelottavaan sisältöön, oman elämän hallinnan menettämiseen tai hoitoon liittyneiden tapahtumien todelliseen tai tulkittuun pelottavuuteen.

Psykoosin ja dissosiaation erotusdiagnosointi käytännössä

Lievät ja lyhytkestoiset dissosiativiset oireet osana muuta tunnistettavaa mielenterveyden häiriötä eivät tavallisesti vaadi laajoja erotusdiagnostisia tutkimuksia. Ne on kuitenkin hyvä huomioida psykoedukaatioissa ja muita psykososiaalisia hoitoja suunniteltaessa. Kun aikuisella tunnistetaan voimakkaita ja kestoaltaan diagnostiset kriteerit täyttäviä psykoottisia oireita, hoidossa lähdetään siitä oletuksesta, että kyseessä on psykoottinen häiriö, eivätkä dissosiaatiohäiriöt ole keskeisin erotusdiagnostinen kysymys (7). Sen sijaan päihteiden mahdollinen merkitys niin psykoottisten kuin dissosiativistenkin oireiden taustalla on tärkeää arvioida anamneesin ja päihdeseulojen avulla.

Psykoottistyyppiset oireet ovat nuorilla yleisiä sekä usein epäspesifisiä ja ohimeneviäkin (11). Psykoottistyyppisissä, mahdollisesti psykoosiin sairastumista ennakoivissa oireissa muihin kohdistuva epäluuloisuus on piirre, jota dissosiaatioissa ei yleensä esiinny, mutta derealisaatio- ja depersonalisaatiokokemuksia esiintyy molemmissa. Psykoosiriskin oireiden ja dissosiaation erottaminen toisistaan voi jäädä nuoria tutkittaessa epäselväksi, jolloin oireiden kehittymistä on tärkeä seurata ja tarjota samalla hoitoa ja tukea haittaaviin oireisiin. Lasten psykoosisairauksien erotusdiagnosoinnissa huomioidaan vielä enemmän ikään ja kehitystasoon liittyvät ilmiöt (12).

Epäily oireiden dissosiativisesta luonteesta tai dissosiaatiohäiriöstä herää usein vasta pidemmän hoidon myötä, esimerkiksi kun esiintyy oireiden tai toimintakyvyn skitsofrenialle epätypillistä vaihtelevuutta tai kun hoitovaste on epätavallinen (13). Toisinaan kliinisesti havaitaan, ettei psykoosilääkitys tehoa nimenomaan aistiharhoina tai harhaluuloina pidettyihin oireisiin, jotka sittemmin näyttäytyvät dissosiativisina. Hoitoresistentin psykoottisen häiriön vaihtoehto tulee kuitenkin ensin sulkea pois.

Huolellinen erotusdiagnostinen arviointi vie huomattavasti aikaa, ja moniammatillisen työryhmän asiantuntemuksen hyödyntämistä suositellaan. Arviointi tapahtuu erikoissaira-

TAULUKKO 4. Skitsofrenian diagnostiset kriteerit DSM-5:n mukaan.

A. Tyypilliset oireet: Vähintään kaksi seuraavista löydöksistä esiintyy merkittävän osan ajasta yhden kuukauden jakson aikana (tai lyhyemmän ajan, jos hoito onnistuu). Ainakin yhden oireista tulee olla (1), (2) tai (3):

1. Harhaluulot
2. Aistiharhat
3. Hajanainen puhe (esim. toistuva syrjähtely tai inkoherenssi)
4. Huomattavan hajanainen tai katatoninen käytös
5. Negatiiviset oireet (esim. vähentynyt tunnelmaisuus tai tahdottomuus)

B. Sosiaalinen tai ammatillinen toimintakyky on merkittävästi heikentynyt häiriön alkamisen jälkeen. Yhdellä tai useammalla elämän alueella, kuten työssä, ihmissuh-teissa tai itsestä huolehtimisessa, ilmenee merkittävää toimintakyvyn heikentymistä sairastumista edeltävään tilanteeseen nähden (tai jos häiriö on alkanut lapsuudessa ja nuoruudessa, jää odotettu taso näillä alueilla tai esim. opiskelussa saavuttamatta).

C. Kesto: Häiriön löydökset ovat todettavissa vähintään kuuden kuukauden ajan. Tämän kuuden kuukauden jakson aikana tulee kriteerin A oireita (ts. aktiivivaiheen oireita) esiintyä vähintään yhden kuukauden ajan (tai lyhyemmän ajan, mikäli hoito onnistuu). Tämä kuuden kuukauden jakso voi lisäksi sisältää ennako- tai jäännö-soireiden kausia. Näiden ennako- tai jälkivilvaiheiden aikana häiriön löydökset voivat ilmetä vain negatiivisina oireina tai kahden tai useamman A-kriteeriryhmän oireen vaimentuneena muotona (esim. oudot uskomukset, epätavalliset havaintokokemukset)

D. Skitsoaffektiivisen häiriön ja mielialahäiriön pois sulkeminen: on voitu sulkea pois skitsoaffektiivinen häiriö ja psykoottinen mielialahäiriö, koska (1) vakavaa masennus-jaksoa eikä maanista jaksoa ole esiintynyt samanaikaisesti aktiivivaiheen oireiden kanssa tai (2) jos mielialahäiriöjaksoja on ollut aktiivivaiheen aikana, niiden kokonaiskesto on ollut lyhyt suhteessa aktiivi- ja jälkivilakausiin.

E. Kemiallisista aineista ja elimellisestä sairaudesta johtuvien tilojen pois sulkeminen: häiriö ei johdu minkään kemiallisen aineen (päänteen tai lääkkeen) suorasta fysiologisesta vaikutuksesta tai elimellisestä sairaudesta.

F. Suhde laaja-alaiseen kehityshäiriöön: mikäli taustalla on autismitietäminen häiriö tai muu laaja-alainen kehityshäiriö, tehdään lisäksi skitsofreniadiagnosi vain, jos merkittäviä harhaluuloja tai aistiharhoja esiintyy vähintään kuukauden ajan (tai lyhyemmän ajan, jos hoito onnistuu).

hoidossa. Mikään yksittäinen kysely harvoin antaa riittävää tietoa vaativassa erotusdiagnostisessa tilanteessa. Henkilö voi raportoida kokemuksensa, joka on dissosiaation ja psykoosin rajapinnalla, kumppaakin ilmiötä kartoittavassa kyselyssä. Puolistrukturoidut haastattelumenetelmät ovat suositeltavia kliinisessä työssä, potilas saa tilaa itse sanoittaa ja kuvata oireitaan.

TAULUKKO 5. Dissosiaatiohäiriöiden diagnosoinnissa ja erotusdiagnoosinnissa huomioitavaa ja käytettyjä menetelmiä (13).

Diagnosoinnissa ja erotusdiagnoosinnissa huomioitavat oireet ja sairaudet	Tutkimusmenetelmät
Neurologiset sairaudet, esim. epilepsia, pään vammat, myrkytystilat, infektiot ja autoimmuunisairaudet, aineenvaihdunta-sairaudet	Somaattinen ja neurologinen status, anamneesi, laboratorio-, kuvantamis- ja KNF-tutkimukset, tarpeeksi laajat konsultaatiot
Päihtymys- ja vieroitustilat	Päihdeanamneesi ja päihdeseulat
Psykiatriset häiriöt, samanaikaissairastavuus, ml. persoonallisuushäiriöt	Psykiatrinen diagnosointi, oirekyselyt ja diagnostinen haastattelu, esim. SCID-I ja SCID-II, MINI, nuorille K-SADS-pl ¹
Psykoottistyyppinen oireilu ja psykoosiriski	PQ-B-kysely ¹ , SIPS- tai CAARMS-haastattelu ¹ , erityisesti nuorille ja nuorille aikuisille
Mahdollisesti traumaattiset kokemukset ja PTSD	Elämäntapahtumat: ACE-THL ¹ , LEC-5 ¹ -kyselyt PTSD-oirekyselyt: IES-R ¹ , PCL-5 ¹ , ITQ ¹ PTSD-haastattelut: CAPS-5 ¹ , ITI Lapsille ja nuorille: CATS-2 ¹ -kysely, K-SADS-pl ¹
Dissosiativiset oireet	DES-II ¹ , SDQ-20 ¹ Nuorille: A-DES ¹ , Lapsille: CDC ¹
Dissosiaatiohäiriöiden haastattelut	SCID-D, TADS-I
Psykiatrinen tutkimus	Tutkimuksen sisältö
Elämäntapahtumat	Potilaan ja informantin (esim. vanhempi tai sisarus) elämäntapahtumien haastattelu, kiinnitetään huomiota mahdollisiin muutoksiin ja epäjatkuvuuksiin mahdollisten traumaattisten kokemusten lisäksi.
Psykiatrinen oirehistoria	Kaikkiin aiempiin potilaskertomuksiin perehtyminen, erityisesti statuskuvaukset oireista
Psykiatrinen status	Orientaatio, muisti, tunneilmaisu, käytös, puheilmaisu, kokemus itsestä (kyvyt, asenteet) ja näiden vaihtelu
Psykologin tutkimus	Kognitiivinen kykyprofiili, tunne-elämän ja persoonallisuuden arviointi, identiteetin kehityksen arviointi, realiteettitestausta, projektiiviset testit
Muut erityistutkimukset	Esim. toimintaterapeutin arvio, neuropsykologinen tutkimus, kuvallisen ilmaisun haastattelu

¹Lomakkeet ja haastattelut ovat ammattilaisten saatavilla mielenterveystalo.fi-portaalissa, käyttö voi edellyttää koulutusta.

ACE-THL = Lapsuuskokemuksia-kyselylomake, Adverce Childhood Experiences; A-DES = Adolescent Dissociative Experiences Scale; CAARMS = Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States; CAPS-5 = Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5; CDC = Child Dissociative Checklist; DES-II = Dissociative Experiences Scale; IES-R = Impact of Event Scale Revised; ITI = International Trauma Interview; ITQ = International Trauma Questionnaire; K-SADS-pl = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version; LEC-5 = Life events Checklist for DSM-5; MINI = Mini-international neuropsychiatric interview; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5; PQ-B = Prodromal Questionnaire, Brief Version; SDQ-20 = Somatoform Dissociation Questionnaire; SCID = Structured Clinical Interview for DSM (I akuutit häiriöt, II persoonallisuushäiriöt); SCID-D = Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders; SIPS = Structured Interview for Psychosis Risk Syndromes; TADS-I = Trauma and Dissociation Symptoms Interview

TAULUKOSSA 5 kuvataan erotusdiagnoosiin käytettävissä olevia menetelmiä. Arviointi sisältää huolellisen perehtymisen aiempiin hoitoihin, potilasasiakirjoihin ja elämäntapahtumien, somaattisten ja psykiatrisen erotusdiagnoosiin ja samanaikaissairauksien arvioinnin sekä moniammatillisen työryhmän kokoontumisia ja konsultaatioita.

Diagnoosin asettaminen on lopulta pohdintaa eri häiriöiden kriteerien ja poissulkukriteerien täyttymisestä. Vaikea traumaattinen elämäntapahtuma ei ole dissosiaatiohäiriön kriteeri eikä toisaalta psykoottisissa häiriöissä poissulkeva kriteeri. Dissosiativisissa oireissa henkilön realiteettitestausta ei horju, toisin sanoen voimakaskaan ja todentuntuinen elämä ei saa

harhaluuloista tai outoa selitystä, henkilö ei koe olevansa ulkopuolisen voiman tai tahon kontrolloima eikä hän käyttäydy harhaluuloisen väärintulkinnan ohjaamana.

Dissosiaatiohäiriön diagnoosi perustuu häiriön eri oireulottuvuuksien esiintymiseen. Näitä ulottuvuuksia ovat amnesia (muistikatkokset ja puutokset), derealisaatio, depersonalisaatio, identiteetin sekaannus ja vaihtelu sekä keholliset ilmentymät. Oireen pitää esiintyä kohtalaisena tai vaikeana yhdessä muiden diagnoosia tukevien oireiden kanssa ja toistuvasti tai pitkäkestoisesti. Häiriön pitää lisäksi aiheuttaa merkittävää kärsimystä tai haittaa sosiaalisella, ammatillisella tai muilla tärkeillä toiminnan alueilla. Kun arvioidaan mahdollisia eri häiriöiden välillä päällekkäisiä oireita, ensin arvioidaan kyseistä oiretta suhteessa muihin oireisiin ja sijoitetaan se kontekstiin. Toiseksi arvioidaan oireen sisältö ja kolmanneksi sen vaikeusaste ja kesto. Neljänneksi arvioidaan oireen kehityskulku ja sen häiriön kehityskulku, jonka yhteydessä oire esiintyy (14).

Esimerkiksi ääniharha skitsofrenian psykoottisen jakson yhteydessä esiintyy yhdessä muiden psykoottisten oireiden kanssa: äänet ovat osa eriskummallista ajattelua, johon liittyvät ”jotkut ulkopuoliset”, ja äänet koetaan pään ulkopuolelta tuleviksi. Lisäksi toimintakyky on huono ja oireilu pitkäkestoista. Dissosiatiiivisessa häiriössä ”äänet” edustavat sisäisiä persoonan osia, jotka puhuvat itseksensä tai keskenään, niiden koetaan tulevan pään sisältä, niihin liittyvät tietty ikä, kyvyt ja asenteet, ja oireet vaihtelevat. Henkilö saattaa kuvata äänien edustavan sisäistä kamppailua. Erillisistä identiteeteistä tai persoonan tasoista voidaan saada vihje, kun henkilön ääni tai käytös vaihtelee havaittavasti vastaanotolla (13). Masennustilassa sisäiset äänet liittyvät usein syyllisyyteen, epäonnistumiseen tai kuolemaan tai ovat moittivia.

PTSD:n ja cPTSD:n yksi keskeinen oire ovat tietoisuuden tunkeutuvat elävät muistot, mielikuvat tai takaumat, ja nämä oireet voivat vaihdella lievistä vaikeisiin. Tapahtuma tuntuu hetkellisesti toistuvan nykyhetkessä ja voi johtaa täydelliseen tietoisuuden katoamiseen nykyhetken ympäristöstä. Rinnalla on usein pel-

Ydinasiat

- ▶ Erotusdiagnostisesti keskeisiä dissosiaatio-oireita suhteessa psykoottisiin oireisiin ovat depersonalisaatio ja derealisaatio.
- ▶ Depersonalisaatio- ja derealisaatio-oireita esiintyy myös muissa mielenterveyshäiriöissä, kuten paniikkihäiriössä ja trauma-peräisessä stressihäiriössä.
- ▶ Psykoosissa todellisuuden taju pottää, kun taas dissosiaatioon ei liity realiteetin testauksen pottämistä.
- ▶ Vaikeat traumaattiset elämäkokemukset eivät ole dissosiaatiohäiriöiden kriteerejä eivätkä toisaalta psykoosisairauksia pois sulkevia kriteerejä.
- ▶ Jos erotusdiagnostinen arviointi psykoosin ja dissosiaatiohäiriön välillä on perusteltu, se tehdään huolellisesti moniammatillisessa työryhmässä.

koa tai kauhua. Jos dissosiatiiiviset oireet esiintyvät yhdessä muiden PTSD-oireiden kanssa ja oireen sisältö on tunnistettavasti yhteydessä aiempiin vaikeisiin kokemuksiin, ei aseteta erillistä dissosiaatiohäiriön diagnoosia. Jos henkilö tunnistaa aistiharhan kaltaiset kokemukset oman mielensä tuotteiksi, tätä ei pidetä psykoottiseen häiriöön viittaavana. cPTSD:n oirekuvassa voi olla mukana psykoottisia oireita, mutta psykoottisen häiriön diagnoosikriteerien täyttyminen tulee arvioida, ja tarvittaessa voidaan asettaa molemmat diagnoosit.

Skitsofreniassa toimintakyky on yleensä heikentynyt pitkäkestoisesti, kun taas dissosiaatiohäiriöissä toimintakyvyn puutokset ovat usein ohimeneviä ja henkilön aiempi toimintakyky palautuu. Skitsofreniassa taudinkulku on tyypillisemmin jatkuva ja dissosiaatiohäiriöissä sahaava, jaksoittainen, jossa on nopeita vaihteluita oireissa, mielialassa ja toimintakyvyssä. Skitsofreniassa negatiiviset oireet ovat tavallisia, dissosiaatiohäiriöissä niitä ei yleensä esiinny. Skitsofreniaan voi liittyä vaikea minän pirstoutumisen tai olemattomuuden kokemus, jota ei pidä sekoittaa dissosiaatioon (15).

Epävakaassa persoonallisuudessa depersonalisaation ja derealisaation kokemukset esiintyvät yleensä henkilölle kuormittavan tilanteen yhteydessä, tyyppisesti ihmissuhdevaikeuksien yhteydessä, ja tämä on yksi diagnoosikriteereistä. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavilla traumaattiset kokemukset ovat hyvin yleisiä ja dissosiativisten oireiden voimakkuus on vastaava kuin PTSD:n yhteydessä (16). Dissosiaatiohäiriöissä oireet eivät esiinny tai vaikeudu vain stressin yhteydessä.

Diagnosoinnissa on tärkeää huomioida henkilön perheen, yhteisön, kulttuurin ja uskonnon mukaiset käsitykset ilmiöistä, oireista ja

niiden selitysmalleista. Tässä voi auttaa esimerkiksi kulttuurinen haastattelu (Cultural Formulation Interview, CFI).

Lopuksi

Epäile dissosiaatiota tai dissosiaatiohäiriötä tilanteissa, joissa psykoosisairautena pidetyt oireet ja toimintakyky vaihtelevat paljon, aina oireettomuuteen ja hyvään toimintakykyyn asti, tai henkilöllä on itseään tai elämäntapahtumiaan koskevia selittämättömiä muistiaukkoja. Dissosiaatiohäiriöiden diagnosointi vaatii huolellisuutta ja usein moniammatillista arviointia. ■

HENNA HARAVUORI, LT, dosentti, nuorisopsykiatrian erikoislääkäri

Yliääkäri, Lapin hyvinvointialue, mielenterveys ja riippuvuuksien hoito
Vieraileva tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, soteosasto, mielenterveystiimi

JAANA SUVISAARI, LT, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri

Tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, soteosasto, mielenterveystiimi
Päätoimittaja, Aikakauskirja Duodecim

ERIKA JÄÄSKELÄINEN, LT, dosentti

Psykiatrian professori, väestöterveyden tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto
Psykiatrian erikoislääkäri, OYS psykiatria, Pohde

TEEMAN ERIKOISTOIMITTAJAT

Henna Haravuori, Tanja Laukkala ja Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Henna Haravuori: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Mehiläinen Oy, Vireys Terveyspalvelut Oy), luottamustoimet (Suomen Psykiatriyhdistys ry, koulutustoimikunnan jäsen (2017–2022); UEMS-CAP-sektio, Suomen edustaja; Psykiatrian Tutkimussäätiön hallitus), hankkeet (NEET-nuorten perustason mielenterveyspalvelu -hanke (STM ja THL 2021–2022), ohjausryhmän jäsen; Kansallisen lapsistrategian toimeenpanosuunnitelman Toimenpide 13 (2022–2023), seurantar ryhmän jäsen)

Jaana Suvisaari: Apuraha (Suomen Akatemia, NordForsk, Pohjoismaiden ministerineuvosto), luottamustoimet (EU, Public Health Expert Group, sub-group on mental health, jäsen 2023–2024; Skitsofrenia, Käypä hoito -työryhmän puheenjohtaja; Psykiatrian Tutkimussäätiön hallitus; Jalmari ja Rauha Ahokkaan Säätiö, hallinto-neuvosto), hankkeet (Mielenterveysstrategian valmistelun ohjaus- ja asiantuntijaryhmien jäsen (STM))

Erika Jääskeläinen: Apuraha (Suomen Akatemia), luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Oulun Psykiatriakeskus), luottamustoimet (Suomen Psykiatriyhdistys, puheenjohtaja; Kelan Sosiaalilääketieteellinen neuvottelukunta, jäsen; Valtakunnallinen terveyden tutkimuksen arviointiryhmä, jäsen; Suomen Lääketieteen Säätiö, stipendivaliokunnan jäsen vuoteen 2024 saakka; Suomen Psykiatriyhdistys, varapuheenjohtaja 2022–2023, toiminnanjohtaja 1.9.–31.12.2023), muut sidonnaisuudet (Oulun Psykiatriakeskus, pienosakas vuoteen 2023 saakka)

KIRJALLISUUTTA

1. Lauerma H. Dissosiaatiohäiriöt. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, ym, toim. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2021, s. 449–62.
2. Suvisaari J, Hietala J, Jääskeläinen E, ym. Skitsofrenia. Kirjassa: Psykiatria. Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, ym., toim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2021, s. 200–56.
3. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, ym. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. Arch Gen Psychiatry 2007;64:19–28.
4. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, ym. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. JAMA Psychiatry 2014;71:573–81.
5. Renard SB, Huntjens RJ, Lysaker PH, ym. Unique and overlapping symptoms in schizophrenia spectrum and dissociative disorders in relation to models of psychopathology: a systematic review. Schizophr Bull 2017;43:108–21.
6. Moritz S, Gawęda Ł, Carpenter WT, ym. What Kurt Schneider really said and what the DSM has made of it in its different editions: a plea to redefine hallucinations in schizophrenia. Schizophr Bull 2024;50:22–31.
7. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Geneva: World Health Organization 2024.
8. Arango C, Dragioti E, Solmi M ym. Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: an evidence-based atlas. World Psychiatry 2021;20:417–36.
9. Stevens LH, Spencer HM, Turkington D. Identifying four subgroups of trauma in psychosis: vulnerability, psychopathology, and treatment. Front Psychiatry 2017;8:21.
10. Howes OD, Murray RM. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. Lancet 2014;383:1677–87.
11. Lindgren M, Therman S, Granö N. Nuorten psykoottistyyppisten oireiden kliininen merkitys. Duodecim 2016;132:515–21.
12. Koponen H, Talaslahti T, Kekkonen V, ym. Skitsofrenian erotusdiagnoosiikka eri ikäryhmissä. Duodecim 2019;135:1995–2003.
13. Haravuori H, Tuisku K, Torkkola K ym. Four selves of a student – a case report of dissociative identity disorder. Psychiatria Fennica 2021;52:116–125.
14. Steinberg M, Cicchetti D, Buchanan J, ym. Clinical assessment of dissociative symptoms and disorders: the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D). Dissociation 1993;6:3–15.
15. Parnas J, Sandsten KE. The phenomenological nature of schizophrenia and disorder of selfhood. Schizophr Res 2024;270:197–201.
16. Lyssenko L, Schmahl C, Bockhacker L, ym. Dissociation in psychiatric disorders: a meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. Am J Psychiatry 2018;175:37–46.