

Jaakko Keinänen

Skitsoaffektiivinen häiriö – skitsofreniaa, mielialahäiriötä vai jotain siltä väliltä?

Skitsoaffektiivinen häiriö on skitsofreniaspektriin kuuluva mielenterveyden häiriö, joka sijoittuu skitsofrenian ja mielialahäiriöiden välimaastoon oireidensa, geneettisen taustansa ja ennusteensa osalta. Sen diagnostisissa kriteereissä ja määritelmässä on merkittäviä eroja eri diagnoosiluokituksissa. Skitsoaffektiivisen häiriön oirekuvaan kuuluu sekä skitsofreniaoireita että merkittäviä mielialaoireita, jotka ilmenevät saman sairausjakson aikana. Erotusdiagnosointi on vaativaa, mikä ilmenee heikompana diagnostisena luotettavuutena verrattuna muihin psykoottisiin häiriöihin. Häiriön ennuste on keskimäärin parempi kuin skitsofrenian mutta huonompi kuin mielialahäiriöiden. Hoito pohjautuu skitsofrenian ja mielialahäiriöiden hoitolinjauksiin niin lääkehoidon kuin psykososiaalisen hoidonkin osalta.

Psykoottisten häiriöiden diagnosointi pohjautuu pitkälti saksalaisen psykiatri Emil Kraepelinin 1900-luvun alussa määrittelemiin häiriöluokkiin (1). Hän jakoi psykoottiset häiriöt varhain alkavaan huonoennusteiseen dementia praecoxiin ja mielialaoirein ilmeneviin psykooseihin eli maanis-depressiiviseen häiriöön. Kraepelin tunnisti kuitenkin jo pian, että osa potilaiden oirekuvista ei sopinut täysin kumpaankaan kategoriaan, vaan näissä oli piirteitä molemmista luokista (2). Skitsofrenian sairauskäsitettä kehitellyt Eugen Bleuler teki samankaltaisen havainnon ja nimitti näitä sekä skitsofrenia- että mielialaoirein ilmeneviä psykooseja termillä ”Mischpsychosen” eli sekamuotoiset psykoosit (3). Nykyisin skitsoaffektiivisen häiriön katsotaan kuuluvan niin sanottuun skitsofreniaspektriin eli häiriöiden kirjoon, johon liittyy keskeisesti skitsofrenialle tyypillisiä psykoosioireita.

Skitsoaffektiivinen psykoosi käsitteenä esiintyy psykiatrisessa kirjallisuudessa ensimmäisen kerran 1930-luvulla, jolloin psykiatri Jakob Kasanin julkaisi yhdeksän potilaan tapausselostuksen potilaista, jotka kärsivät samanaikaisista psykoosi- ja mielialaoireista (4). Potilaat poikkesivat tyypillisistä skitsofreniaa sairastavista potilaista muun muassa niin, että heidän

toimintakykynsä ennen sairastumista oli skitsofreniaan verrattuna parempi ja he toipuivat psykoosijaksoista nopeammin, yleensä muutaman kuukauden kuluessa sairastumisesta.

Skitsoaffektiivisen häiriön rajat ovat käsitteen synnystä lähtien jossain määrin vaihdelleet. Yleisesti ottaen termillä viitataan skitsofreniaoireiseen psykoosiin, jossa lisäksi ilmenee mielialaoireita ja jonka ennuste on tyypillisesti parempi kuin skitsofrenian. Häiriön määrittelyn vaikeudet ja kiistakysymykset ovat jatkuneet nykypäiviin saakka. Pyrin tässä katsauksessa antamaan yleiskuvan skitsoaffektiivisen häiriön määritelmästä, epidemiologiasta ja hoidosta sekä häiriön diagnosointiin ja hoitoon liittyvistä haasteista.

Diagnosointi: määritelmät vaihtelevat

Skitsoaffektiivisen häiriön luonteesta käydyssä keskustelussa tiivistyy useita kysymyksiä, jotka liittyvät psykiatristen häiriöiden validiteettiin. Kysymykset, kuten onko häiriössä kyse selvärajaisesta ”itsenäisestä” häiriöstä vai pikemminkin dimensionaalisesta ilmiöstä, jonka rajat sulautuvat yhtäältä skitsofrenian kaltaiseen psykoosiin ja toisaalta mielialahäiriöiden psykootti-

TAULUKKO. Skitsoaffektiivisen häiriön diagnostiset kriteerit ICD-10-, ICD-11- ja DSM-5-TR-luokituksissa. Kriteereitä on paikoin lyhennetty ja muokattu.

ICD-10	ICD-11	DSM-5-TR
G1. Täyttää keskivaikean tai vaikean mielialahäiriön kriteerit (mania, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai masennus)	Skitsofrenian diagnostiset kriteerit täyttyvät yhtäaikaaisesti mielialahäiriön kanssa (keskivaikea tai vaikea-asteinen masennusjakso, maaninen jakso tai sekamuotoinen jakso). Masentuneen mielialan täytyy kuulua masennusjakson oireisiin.	A. Sairausjakso, jonka aikana esiintyy vakava masennus- tai maniajakso ja samanaikaisesti täyttyvät skitsofrenian A-oirekriteerit (vähintään 2 seuraavista ja vähintään 1 oireista 1–3: 1) harhaluulot, 2) aistiharhat, 3) hajanainen puhe, 4) hajanainen tai katatoninen käytös, 5) negatiiviset oireet). Masennusjakson tulee sisältää kriteeri: masentunut mieliala.
G2. Esiintyy seuraavia oireita vähintään yhdestä ryhmästä suurimman osan aikaa vähintään kahden viikon ajan (nämä oireet ovat lähes samat kuin skitsofrenian kriteereissä): 1. Ajatusten kaikuminen, siirto, riisto ja lähettäminen. 2. Hallintaan, kontrollointiin, vaikuttamiseen tai ohjatuksi tulemiseen liittyvät harhaluulot 3. Kuuloharhat, jossa äänet kommentoivat potilasta, keskustelevat keskenään tai muun tyyppiset kuuloharhat, joissa äänet tulevat jostakin ruumiinosasta. 4. Muut itsepintaiset harhaluulot, jotka ovat kulttuuriin sopimattomia ja täysin mahdolltomia. 5. Voimakkaan asiaankuulumaton tai hajanainen puhe. 6. Ajoittaista katatonista käytöstä kuten asento-oireita, vahamaista taipuisuutta tai negativismia.	Psykoosioireet ja mielialaoireet alkavat joko yhtäaikaaisesti tai muutaman päivän välein.	B. Harhaluuloja tai aistiharhoja on esiintynyt jossain häiriön vaiheessa vähintään kahden viikon ajan ilman huomattavia mielialaoireita.
G3. Kriteerit G1 ja G2 täyttyvät saman sairausjakson aikana ja esiintyvät ainakin osan sairausjaksosta yhtäaikaisesti.	Psykoosioireet ja mielialaoireet kestävät vähintään kuukauden.	C. Mielialajakson kriteerit täyttäviä oireita esiintyy suurimman osan ajasta verrattuna häiriön kokonaiskeston.
G4. Häiriö ei johdu elimellisestä syystä tai psykoaktiivisten aineiden käytöstä.	Oireet eivät johdu elimellisestä syystä tai lääkkeiden tai päihteiden käytöstä.	D. Häiriö ei johdu päihteiden tai lääkkeiden suorasta vaikutuksesta tai somaattisesta sairaudesta.

siin muotoihin, ovat vailla lopullista vastausta (5–8). Määrittelyn vaikeudet eivät psykiatrian piirissä rajoitu pelkästään skitsoaffektiiviseen häiriöön mutta tulevat hyvin esiin sitä koskevassa keskustelussa. Skitsoaffektiivisen häiriön diagnostisen luotettavuuden on todettu olevan heikompi kuin useiden muiden psykiatristen häiriöiden yhteydessä (9,10). Diagnoosin validiteettiin liittyvät avoimet kysymykset eivät toki tarkoita, etteikö yksittäisellä diagnoosilla olisi käytännön arvoa esimerkiksi hoidon suunnittelussa ja sairauden kulun ennustamisessa (11).

Diagnoosin määrittelyn hankaluus näkyy nykyisin käytössä olevien ICD-tautiluokituksen ja

DSM-5-TR:n kriteereiden merkittävässä eroissa (**TAULUKKO**) (12,13). Yhdysvaltain psykiatriyhdistyksen DSM-häiriöluokituksessa skitsoaffektiivinen-termi tarkoitti alun perin skitsofrenian alatyyppejä eli ”skitsoaffektiivista skitsofreniaa”, johon skitsofreniaoireiden lisäksi liittyi merkittäviä mielialaoireita. Myöhemmässä DSM-III:ssa skitsoaffektiivinen häiriö luokiteltiin ensimmäistä kertaa omaksi häiriöluokakseen, ja se sai omat diagnostiset kriteerinsä DSM-III-R-versiossa vuonna 1987 (14).

DSM-5-TR-luokituksen ja ICD-luokituksen välillä olevat erot skitsoaffektiivisen häiriön kriteereissä koskevat sekä yksittäisiä oirekriteereitä

että oireiden kestoa ja kulkua (**POTILASTAPAU**). DSM-5:n määritelmässä otetaan huomioon oireanamneesi koko häiriön keston ajalta, kun taas ICD-diagnoosissa tarkastelu keskittyy akuuttiin tai viimeisimpään oirejaksoon. DSM-5:n skitsoaffektiivisessä häiriössä masennus- tai maniajakso esiintyy yhtäaikaaisesti skitsofreniaoireiden kanssa. Tämän lisäksi on esiintynyt vähintään kahden viikon kestoinen jakso, jonka aikana mielialahäiriö on esiintynyt ilman harhaluuloja tai aistiharhoja, ja lisäksi mielialahäiriön oireet ovat olleet läsnä suurimman osan aikaa koko sairauden kestosta. Häiriö jaetaan kaksisuuntaiseen ja masennusoireiseen muotoon. DSM-5:ssä käytettävän määritelmän etuna voidaan pitää sitä, että siinä pyritään huomioimaan häiriön pitkitäinen kulku, mutta toisaalta luotettavan pitkitäisen, oireiden keston huomioivan anamneesin saaminen vie usein aikaa ja tiedot oirejaksojen kestosta voivat jäädä epätarkoiksi.

ICD-tautiluokitukseen skitsoaffektiivinen häiriö tuli mukaan itsenäisenä diagnostisena kategoriana ICD-10:ssä, joka otettiin Suomessa käyttöön vuonna 1996 (15,16). Lähivuosina Suomessa käyttöön otettava ICD-11 määrittelee skitsoaffektiivisen häiriön jossain määrin tiukemmin kuin edeltäjänsä (17). Kenttätutkimuksessa, jossa klinikot arvioivat tapauskuvia ICD-10- ja ICD-11-kriteereillä, skitsoaffektiivisen häiriön diagnosoitavuus parani hieman käytettäessä ICD-11-kriteereitä (18). ICD-11:ssä skitsoaffektiivinen häiriö todetaan, jos yhtäaikaaisesti täyttyvät sekä skitsofrenian että vähintään keskivaikean masennuksen, manisen tai sekamuotoisen jakson kriteerit. Jotta masennusoireet voidaan erottaa skitsofrenian negatiivisista oireista, täytyy masentuneen mielialan kuulua masennusoireisiin. Tämän lisäksi psykoosi- ja mielialaoireiden on täytynyt alkaa yhtäaikaaisesti tai korkeintaan muutaman päivän välein, ja molempien oirekokonaisuuksien keston tulee olla vähintään yksi kuukausi.

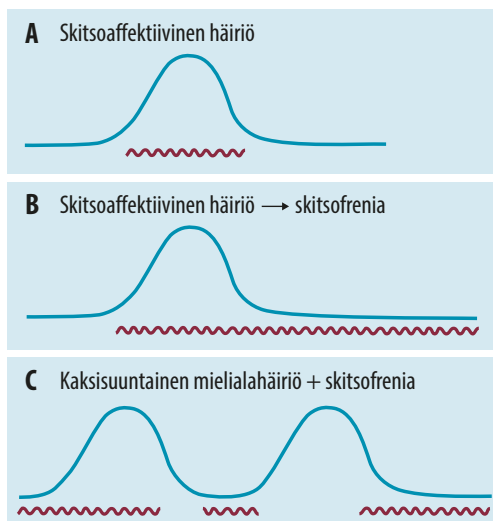
ICD-11:ssä täsmennetään vielä, että mikäli psykoosioireet jatkuvat pitkään mielialaoireiden päättymisen jälkeen, parempi diagnoosi tälle alun perin skitsoaffektiivisen häiriön kriteerit täyttäneelle sairausjaksolle on skitsofrenia (**KUVA**). ICD-11 määrittelee sekä skitsofrenian että skitsoaffektiivisen häiriön

Potilastapaus. Omaiset saattoivat päivystykseen 24-vuotiaan miehen, jolla ei ollut aiempaa psykiatriasta anamneesia. Noin kaksi kuukautta aiemmin hänen toimintakykynsä oli heikentynyt merkittävästi: hän oli joutunut keskeyttämään opintonsa, vetäytynyt sosiaalisista kontakteista ja vietti suuren osan päivästä toimeettomana. Potilas kuvasi voimakasta masentunutta mielialaa, täydellistä mielihyvän menetystä, jatkuvaa syyllisyyden tunnetta ja toivottomuutta tulevaisuuden suhteen. Ruokahalu oli heikentynyt ja paino vähentynyt, uni oli katkonaista, ja hän heräsi aikaisin aamuyöllä. Potilaan puhe ja liikkeet olivat hidastuneita, ja hän oli ilmaissut itsetuhoisia ajatuksia.

Samanaikaisesti potilaalla esiintyi psykoottista oireilua: hän kuuli ääntä, joka kommentoi häntä ilkeään sävyyn. Hän koki saavansa televisiota katsellessaan henkilökohtaisia viestejä ja ohjeita. Lisäksi hän kertoi, että ulkopuoliset manipuloivat hänen ajatuksiaan. Tarkemmassa haastattelussa selvisi, että psykoottiset oireet ja mielialaoireet olivat alkaneet lähes samanaikaisesti joidenkin päivien välein. Somaattisten tutkimusten ja huumeseulan löydökset olivat normaalit, eikä potilas ollut käyttänyt edeltävästi päihteitä. Potilaan psykiatrinen sairaalahoito kesti neljä viikkoa, joiden aikana psykoosioireet väistyivät täysin. Sairaalahoidon aikana hän sai sekä psykoosi- että masennuslääkitystä. Psykiatrian poliklinikassa kaksi viikkoa sairaalasta kotiutumisen jälkeen potilaalla todettiin ainoastaan lieviä masennusoireita.

Potilastapaus havainnollistaa eroja skitsoaffektiivisen häiriön ICD- ja DSM-kriteereiden välillä. ICD-11-kriteereitä soveltaen kuvattu sairausjakso on skitsoaffektiivinen häiriö: masennus- ja skitsofreniaoireet ovat alkaneet lähes samanaikaisesti ja molempien oirekokonaisuuksien kesto on yli yksi kuukausi. Myös ICD-10:n mukaan kyseessä on skitsoaffektiivinen häiriö. DSM-5:n skitsoaffektiivisen häiriön kriteerit eivät täyty, koska potilaalla ei ole ollut vähintään kahden viikon mitausta jaksoa, jolloin skitsofreniaoireet täytyisivät ilman mielialahäiriötä. DSM-5-diagnoosi on masennuspsykoottinen oirein.

episodiluonteisiksi häiriöiksi. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että skitsofrenian tai skitsoaffektiivisen häiriön diagnoosi kuvaa nykyistä tai viimeisintä sairausjaksoa, eikä kumpikaan diagnoosi sulje toista pois seuraavien sairausjaksojen osalta. Sama potilas saattaa siis



KUVA. Erotusdiagnostisia esimerkkejä ICD-11-kriteerien mukaisesti. **A.** Skitsoaffektiivisessä häiriössä sekä skitsofreniaoireet (sahalaita) että mielialahäiriön oireet (masennus-, mania- tai sekamuotoiset oireet, nouseva viiva) alkavat yhtäaikaaisesti tai muutaman päivän välein. **B.** Mikäli skitsofreniaoireet jatkuvat selvästi pidempään kuin mielialahäiriö, alun perin skitsoaffektiivisen häiriön kriteerit täyttänyt sairausjakso voidaan diagnosoida skitsofreniaksi. **C.** Kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja skitsofrenian diagnostisten kriteerien yhtäaikaisten täyttyminen tarkoittaa, että molemmat häiriöt voidaan todeta. Tällöin skitsofreniaoireita ilmenee myös jaksoina, joihin ei liity mielialahäiriötä.

esimerkiksi saada ensin skitsoaffektiivisen häiriön diagnoosin ja seuraavan sairausjakson yhteydessä skitsofrenian. On lisäksi hyvä huomioda, että ICD-11:ssä skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö voivat ilmetä yhtäaikaaisesti, jos samalla potilaalla täyttyvät molempien häiriöiden kriteerit.

Epidemiologia ja geneettinen tausta

Suomalaisessa väestössä skitsoaffektiivisen häiriön elämänaikainen esiintyvyys yleisväestössä oli Psykoosit Suomessa -tutkimuksessa 0,32 % (19). Esiintyvyys on pienempi kuin skitsofrenian, jonka elämänaikainen esiintyvyys samassa tutkimuksessa oli 0,87 % mutta verrattavissa tyyppin 1 kaksisuuntaisen mielialahäiriön (0,24 %) ja psykoottisen masennuksen (0,35 %) esiintyvyyksiin (19). Toisin kuin skitsofrenian, skitsoaffektiivisen häiriön on todettu

useissa tutkimuksissa olevan yleisempi naisilla, mikä heijastelee usein mielialahäiriöissä havaittavaa sukupuolijakaumaa (19). Häiriö alkaa tyypillisesti nuorena aikuisiässä, tosin kuten skitsofreniassakin, alku nuoruus- tai vanhuusiässä on myös mahdollinen. Samanaikaiset päihdehäiriöt ovat yleisiä: niitä esiintyy noin 40 %:lla skitsoaffektiivista häiriötä sairastavista (20).

Psykososiaalisen toimintakyvyn ja ennusteen osalta skitsoaffektiivisen häiriön on usein kuvattu sijoittuvan skitsofrenian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön välille. Psykoosit Suomessa -tutkimuksessa skitsoaffektiivista häiriötä sairastavat olivat skitsofreniaa sairastaviin verrattuna harvemmin yksin asuvia ja heidän koulutus- ja tulotasonsa olivat korkeammat (21). Myös suomalaisessa SUPER-tutkimuksessa skitsoaffektiivista häiriötä sairastavien psykososiaalinen toimintakyky oli parempi kuin skitsofreniaa sairastavien mutta huonompi kuin kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien (22).

Skitsoaffektiiviseen häiriöön liittyvä geneettinen tausta on monimuotoinen ja sisältää geneettistä alttiutta skitsofrenialle, kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle ja masennukselle. Rekisteritutkimuksessa, jossa tutkittiin suvussa ilmenevään sairastavuuteen perustuvaa riskipisteystystä, skitsoaffektiiviseen häiriöön liittyi suuri geneettinen riski skitsofrenian, kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja unipolaarisen masennuksen osalta (23). Skitsoaffektiivisen häiriön riskiprofiili poikkesi muista psykoottisista häiriöistä, ja se erottui siksi omaksi häiriöluokakseen. Huonompi sosiaalinen ennuste liittyi tutkimuksessa suurempaan skitsofrenia-alttiuteen, ja sairaalahoitojen lukumäärä oli yhteydessä suurempaan alttiuteen sekä skitsofrenian että kaksisuuntaisen mielialahäiriön osalta (23). Tulokset viittaavat siihen, että skitsoaffektiivinen häiriö sisältää erilaisia geneettisiä alatyyppejä, jotka poikkeavat toisistaan taudinkulun ja oirekuvan osalta. Väestötasolla skitsoaffektiiviseen häiriöön näyttäisi liittyvän sille ominainen geneettinen profiili, ja häiriön oirekuva ja ennuste ovat osin riippuvaisia siihen liittyvän geneettisen riskin jakautumisesta skitsofrenian ja psykoottisiin oirein ilmenevien mielialahäiriöiden välillä.

Skitsoaffektiivisen häiriön diagnoosin on todettu merkittäväällä osalla potilaista muuttuvan myöhemmässä seurannassa tyypillisimmin skitsofrenian tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosiksi. Siirtymä muista psykoosisairauksista skitsoaffektiiviseen häiriöön on sekin mahdollinen. Tanskalaisessa rekisteritutkimuksessa 35 vuoden seurannan aikana vain noin kolmanneksella potilaista skitsoaffektiivinen häiriö jäi lopulliseksi diagnoosiksi, kun taas valtaosa sai myöhemmin skitsofrenian tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosin (24). Toisessa, 50 vuoden rekisteriaineiston seurantaan perustuvassa tutkimuksessa 40 % skitsoaffektiivisen häiriön diagnoosin saaneista sai myöhemmin skitsofreniadiagnoosin (25). Diagnoosin vaihtumiseen skitsofreniaksi liittyivät nuorempi sairastumisikä, päihteiden käyttö ja runsaat sairaalahoidot.

SUPER-tutkimuksessa skitsoaffektiivisen häiriön diagnoosin saaneiden siirtymä skitsofreniadiagnoosiin liittyi vaikeampaan oirekuvaan ennen siirtymää, suurempaan sairaalahoidon tarpeeseen ja suurempaan skitsofrenian polygeeniseen riskisummaan (26). Diagnostikan epävakaus liittyyne ajassa muuttuviin oirekuviin osalla potilaista ja toisaalta varsin yleiseen rajanvedon vaikeuteen eri häiriöiden välillä.

Klininen kuva

Skitsoaffektiivisen häiriön kliniseen kuvaan liittyy aina skitsofreniaoireita. Näitä ovat esimerkiksi aistiharhat, harhaluulot, ajattelun ja käytöksen hajanaisuus, merkityselämykset sekä erilaiset vaikutetuksi tulemisen kokemukset. Tyypillisiä skitsofreniaoireita ovat myös negatiiviset oireet, joihin voi kuulua vetäytyminen ihmissuhteista, spontaanin puheen ja tunneilmaisun niukkuus, päämäärähakuisen toiminnan käynnistämisen ja ylläpitämisen vaikeus sekä vähentynyt kyky tuntea mielihyvää (27).

Skitsoaffektiivisen häiriön toisen oireulottuuden muodostavat mielialaoireet, jotka ilmenevät skitsofreniaoireiden kanssa yhtäaikaaisesti. Skitsoaffektiivisessä häiriössä mielialaoireet ovat vähintään keskivaikeita masennusoireita, maanisia oireita tai sekamuotoisia oireita.

Ydinasiat

- » Skitsoaffektiiviseen häiriöön liittyy sekä skitsofrenia- että mielialahäiriöoireita, jotka ilmenevät saman sairausjakson aikana.
- » Skitsoaffektiiviseen häiriöön liittyy pitkäikaista toimintakyvyn vajetta keskimäärin enemmän kuin mielialahäiriöihin mutta vähemmän kuin skitsofreniaan.
- » Häiriön kriteerit vaihtelevat, ja sen diagnosointiin liittyy haasteita, jotka ilmenevät esimerkiksi muita psykoosisairauksia heikompana diagnostisena luotettavuutena.
- » Hoito perustuu sekä skitsofrenian että mielialahäiriöiden hoitolinjoihin.

Masennusoireiden erottaminen negatiivisista oireista on tärkeää, ja siksi mahdollista masentunutta mielialaa sekä masennukseen kuuluvaa negatiivisesti väritynyttä ajatusmaailmaa ja itsetuhoisuutta on syytä selvittää erikseen (28). Mielialaoireet voivat edeltää skitsoaffektiivisen häiriön puhkeamista, ja osalla potilaista erityisesti masennusoireet voivat ilmetä osana prodromaalivaihetta ennen psykoosiin sairastumista.

Erotusdiagnostisesti vaikeinta on usein erottaa skitsoaffektiivinen häiriö mielialahäiriöiden, joko masennuksen tai manian, psykoottisesta jaksosta. Keskeistä on selvittää, täyttyvätkö mielialahäiriöjakson aikana skitsofrenian oirekriteerit, mikä viittaa skitsoaffektiiviseen häiriöön. Mielialahäiriöön psykoottisin oirein taas viittaa se, etteivät skitsofrenian oirekriteerit täyty kokonaisuudessaan. Usein potilaan oirekuvan kehittymisen seuranta on tarpeen diagnoosin luotettavuuden varmentamiseksi. ICD-10:n mukaan kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivällä potilaalla voi olla yksi tai kaksi skitsoaffektiivisen häiriön kriteerit täyttävää jaksoa ilman että tämä kumoaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosia, jos klininen kuva on muissa suhteissa tyypillinen.

Skitsoaffektiiviseen häiriöön liittyvät keskeisenä oireulottuvuutena kognitiiviset oireet.

Näihin sisältyy tyypillisesti heikentymistä muun muassa työmuistin, tarkkaavuuden säätelyn, mieleen palauttamisen, abstraktiokyvyn ja motorisen suunnittelun osa-alueilla (29). Neuropsykologisissa testeissä skitsoaffektiivista häiriötä sairastavien tulokset ovat verrattavissa skitsofreniaa sairastaviin, joskin eräissä tutkimuksissa skitsoaffektiiviseen häiriöön on liittynyt hieman lievempiä kognitiivisia oireita verrattuna skitsofreniaan (29,30). Myös kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy kognitiivisia oireita, mutta nämä ovat tyypillisesti lievempiä kuin skitsoaffektiivisessä häiriössä, erityisesti silloin, kun kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön ei liity psykoosioireita (29).

Skitsoaffektiivisen häiriön kulku on useimmiten jaksoittainen, jolloin akuuttien sairausjaksojen väliin jää toipumisen jaksoja. Toipuminen on yleensä osittaista, joskin myös täydellinen toipuminen sairausjaksojen välillä on mahdollista. Useimmilla skitsoaffektiivista häiriötä sairastavilla on kuitenkin pitkäaikaista, useilla elämänalueilla ilmenevää toimintakyvyn heikkenemistä. Skitsoaffektiivisen häiriön ennuste on pitkittäistutkimuksissa asettunut skitsofrenian ja mielialahäiriöiden välille (31,32). Toimintakyky sairastumisen jälkeen on tyypillisesti parempi verrattuna skitsofreniaan mutta huonompi kuin kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvän psykoottisen sairausjakson jälkeen.

Skitsoaffektiivisen häiriön hoito

Skitsoaffektiivisen häiriön hoidosta on huomattavasti vähemmän tutkimusnäyttöä kuin skitsofrenian tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön, eikä erillisiä hoitosuosituksia skitsoaffektiivisesta häiriöstä ole laadittu. Toisaalta usein skitsofrenian hoitoa koskevissa psykososiaalisia hoitokeinoja ja lääkehoitoa käsittelevissä tutkimuksissa ja meta-analyyseissa aineistot sisältävät sekä skitsofreniaa että skitsoaffektiivista häiriötä sairastavia. Käytännössä skitsoaffektiivisen häiriön hoito myötäilee skitsofrenian hoitolinjoja sekä lääkehoidon että psykososiaalisten hoitomuotojen osalta.

Psykoosilääkkeistä skitsoaffektiivisen häiriön hoitoon käytetään kaikkia skitsofreniankin hoi-

dossa käytettäviä lääkkeitä, vaikka vain harvaa psykoosilääkettä on tutkittu erityisesti skitsoaffektiivisen häiriön hoidossa. Niinpä useimmilla psykoosilääkkeillä ei ole virallista käyttöaihetta skitsoaffektiivisen häiriön hoitoon. Systemoidun katsauksen perusteella paliperidoni, aripipratsoli, olantsapiini, risperidoni ja tsiprasidoni vähensivät psykoottisia ja mielialaoireita (33). Klotsapiinista on puolestaan vahvin näyttö aggressiivisuuden ja väkivaltaisuuden hallinnassa myös skitsoaffektiivisen häiriön yhteydessä (34). Sähköhoidon käytön aiheet ja teho ovat skitsoaffektiivisen häiriön hoidossa samat kuin skitsofreniassa (35).

Skitsoaffektiiviseen häiriöön liittyvien mielialaoireiden hoitamiseksi käytetään tehokkaiksi todettuja lääkehoitoja mania- ja masennusjaksojen hoitoon ja estoon, vaikkakin suoraan tutkimustietoa näiden lääkkeiden tehosta skitsoaffektiivisen häiriön hoidossa on vain vähän. Mielialantasaajien käyttöä tukevat löydökset perustuvat lähinnä kliiniseen kokemukseen ja pienimuotoisiin tutkimuksiin (33). Myös masennuslääkkeitä käytetään yleisesti, mutta tutkimustietoa niiden tehosta skitsoaffektiivisessä häiriössä ei juurikaan ole.

Olemassa oleva tieto skitsoaffektiivisen häiriön lääkehoitojen vaikuttavuudesta on verrannollista skitsofrenian hoidossa saatuihin tuloksiin. Suomalaiseen ja ruotsalaiseen rekisteritietoon perustuvassa tutkimuksessa sekä pitkävaikutteisten ruiskelääkkeiden että klotsapiinin käyttö olivat yhteydessä pienempään sairaalahoidon riskiin verrattuna muihin psykoosilääkkeisiin (36). Psykoosilääkkeiden ja mielialantasaajien yhtäaikainen käyttö oli yhteydessä pienempään sairaalahoidon riskiin kuin pelkkä psykoosilääkkeiden käyttö. Ruotsalaisessa aineistossa myös masennuslääkkeiden käyttö yhdessä psykoosilääkkeiden kanssa oli yhteydessä vähäisempään sairaalahoidon riskiin, mutta tätä yhteyttä ei Suomen aineistossa havaittu. Bentsodiatsepiinien käyttö psykoosilääkkeiden kanssa sitä vastoin liittyi suurempaan sairaalahoidon riskiin (36).

Psykososiaalisten hoitomenetelmien tehosta skitsoaffektiivisen häiriön hoidossa on niukasti tutkimustietoa, ja käytännössä käytettävät menetelmät ovat samoja kuin skitsofrenian hoi-

dossa. Kuten lääkehoitoa koskevassa tutkimuskirjallisuudessa, psykososiaalisten hoitomuotojen tehoa tutkittaessa aineistot ovat tyypillisesti sisältäneet sekä skitsofreniaa että skitsoaffektiivista häiriötä sairastavia, eikä tehoa skitsoaffektiivisen häiriön oireisiin ole analysoitu erikseen. Hiljattain julkaistussa meta-analyysissä, jossa selvitettiin psykoosioireiden hoitoon suunnatun kognitiivisen käyttäytymisterapian tehoa, ei todettu merkitseviä eroja hoitotuloksissa skitsoaffektiivisen häiriön ja skitsofrenian välillä (37).

Lopuksi

Skitsoaffektiivisen häiriön hoidon käytännöt perustuvat skitsofrenian hoitosuosituksiin, ja hoitotutkimuksissa näitä häiriöitä käsitellään käytännössä saman sairauden eri ilmenemismuotoina. Skitsoaffektiivisen häiriön vaihtelevat määritelmät havainnollistavat hyvin psykiatristen diagnoosien luonnetta eräänlaisina

hypoteeseina, jotka heijastavat sekä potilaiden monimuotoisia oirekuvia että psykiatristen luokittelujärjestelmien rajoituksia. Vaikka skitsoaffektiivisen häiriön perimmäisestä oleuksesta kiistellään, on diagnoosi kuitenkin hyödyllinen työkalu erottamaan ne skitsofreniaan verrattuna suhteellisen hyväennusteiset potilaat, joilla on skitsofreniaoireiden lisäksi vakavia ja pitkäaikaista hoitoa vaativia mielialaoireita. ■

Kiitän LL Carolina Keinästä ja LT John Söderholmia käsikirjoituksen kommentoinnista.

JAAKKO KEINÄNEN, LT, psykiatrian erikoislääkäri
Klininen opettaja, Helsingin yliopisto
Osastonlääkäri, HUS Leppävaaran psykoosivastaanotto
Vieraileva tutkija, THL

VASTUUTOIMITTAJA
Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET
Jaakko Keinänen: Luottamustoimet (Skitsofrenian Käypä hoito -työryhmän jäsen), muut sidonnaisuudet (osakeomistus: Orion, Oriola)

KIRJALLISUUTTA

- Kraepelin E. *Psychiatrie*. Leipzig: J.A. Barth 1893.
- Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Z Gesamt Neurol Psychiatrie* 1920;62:1–29.
- Marneros A. The schizoaffective phenomenon: the state of the art. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2003;29–33.
- Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses. *Am J Psychiatry* 1933;90:97–126.
- Cheniaux E, Landeira-Fernandez J, Lessa Telles L, ym. Does schizoaffective disorder really exist? A systematic review of the studies that compared schizoaffective disorder with schizophrenia or mood disorders. *J Affect Disord* 2008;106:209–17.
- Abrams DJ, Rojas DC, Arciniegas DB. Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008;4:1089–109.
- Malhi GS, Bell E. Fake views: schizoaffective disorder is not 'SAD', just bad. *Aust N Z J Psychiatry* 2019;53:481–4.
- Lake CR, Hurwitz N. Schizoaffective disorders are psychotic mood disorders; there are no schizoaffective disorders. *Psychiatry Res* 2006;143:255–87.
- Santelmann H, Franklin J, Bußhoff J, ym. Interrater reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression – a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2016;176:357–63.
- Santelmann H, Franklin J, Bußhoff J, ym. Test-retest reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression – a systematic review and meta-analysis. *Bipolar Disord* 2015;17:753–68.
- Jablensky A. Psychiatric classifications: validity and utility. *World Psychiatry* 2016;15:26–31.
- The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization 1992.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev) Washington, DC: American Psychiatric Association 2022.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-3. Washington, DC: American Psychiatric Association 1987.
- Läksy K, Räsänen S. Tautiluokitus vaihtui – muuttuiko käytäntö psykiatriassa? *Suom Lääkäril* 1997;52:693.
- Komulainen J, Lehtonen J, Mäkelä M, ym. Psykiatrian luokituskäsikirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet, nro 1/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.
- Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Geneva: World Health Organization 2024.
- Peterson DL, Webb CA, Keeley JW, ym. The reliability and clinical utility of ICD-11 schizoaffective disorder: a field trial. *Schizophr Res* 2019;208:235–41.
- 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.
- Hunt GE, Large MM, Cleary M, ym. Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990–2017: systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2018;191:234–58.
- Saarni SI, Viertio S, Perälä J, ym. Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 2010;197:386–94.
- Ahti J, Kieseppä T, Suvisaari J, ym. Differences in psychosocial functioning between psychotic disorders in the Finnish SUPER study. *Schizophr Res* 2022;244:10–7.
- Kendler KS, Ohlsson H, Sundquist J, ym. Profiles of genetic risks for psychotic disorders. *JAMA Psychiatry* 2025;82:926–33.
- Laursen TM, Agerbo E, Pedersen CB. Bipolar

- lar disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia overlap: a new comorbidity index. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1432–8.
25. Florentin S, Reuveni I, Rosca P, ym. Schizophrenia or schizoaffective disorder? A 50-year assessment of diagnostic stability based on a national case registry. *Schizophr Res* 2023;252:110–7.
 26. Kämpe A, Suvisaari J, Lähteenvuo M, ym. Genetic contribution to disease-course severity and progression in the SUPER-Finland study, a cohort of 10,403 individuals with psychotic disorders. *Mol Psychiatry* 2024;29:2733–41.
 27. Marder SR, Galderisi S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry* 2017;16:14–24.
 28. Krynicki CR, Uptegrove R, Deakin JFW, ym. The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2018;137:380–90.
 29. Madre M, Canales-Rodríguez EJ, Ortiz-Gil J, ym. Neuropsychological and neuroimaging underpinnings of schizoaffective disorder: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2016;134:16–30.
 30. Torniainen M, Suvisaari J, Partonen T, ym. Cognitive impairments in schizophrenia and schizoaffective disorder: relationship with clinical characteristics. *J Nerv Ment Dis* 2012;200:316–22.
 31. Harrow M, Grossman LS, Herbener ES, ym. Ten-year outcome: patients with schizoaffective disorders, schizophrenia, affective disorders and mood-incongruent psychotic symptoms. *Br J Psychiatry* 2000;177:421–6.
 32. Grossman LS, Harrow M, Goldberg JF, ym. Outcome of schizoaffective disorder at two long-term follow-ups: comparisons with outcome of schizophrenia and affective disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148:1359–65.
 33. Muñoz-Negro JE, Cuadrado L, Cervilla JA. Current evidences on psychopharmacology of schizoaffective disorder. *Actas Esp Psiquiatr* 2019;47:190–201.
 34. Faden J, Citrome L. A systematic review of clozapine for aggression and violence in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 2024;268:265–81.
 35. Tharyan P, Adams C. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;2005:CD000076.
 36. Lintunen J, Taipale H, Tanskanen A, ym. Long-term real-world effectiveness of pharmacotherapies for schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 2021;47:1099–107.
 37. Karageorgiou V, Michopoulos I, Tsigkropoulou E. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapies in schizophrenia and schizoaffective disorder: a systematic review and meta-regression analysis. *J Clin Med* 2025;14:5521.