

Gangguan Skizoafektif Tipe Depresif pada Perempuan Dewasa Muda: Tantangan Diagnosis dan Penatalaksanaan Berbasis Laporan Kasus

Muhammad Akmal Ghani¹, Tendry Septa², Risti Graharti³

¹ Program Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

² Instalasi Kesehatan Jiwa, Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung

³ Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Gangguan skizoafektif tipe depresif (F25.1) merupakan gangguan jiwa yang ditandai oleh munculnya gejala psikotik khas skizofrenia bersamaan dengan gejala afektif berupa depresi yang menonjol dalam satu episode penyakit. Gangguan ini diduga melibatkan disregulasi berbagai sistem neurotransmitter, terutama dopamin dan serotonin, yang berkontribusi terhadap munculnya gejala psikotik dan afektif secara bersamaan. Penegakan diagnosis sering menjadi tantangan karena karakteristik klinisnya memiliki kemiripan dengan skizofrenia maupun episode depresi berat dengan gejala psikotik. Laporan kasus ini membahas seorang perempuan berusia 26 tahun yang datang ke Poliklinik Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung dengan keluhan berbicara sendiri, mendengar suara bisikan yang mengomentari aktivitasnya, gangguan tidur, kecemasan, perasaan tidak berharga, serta ide bunuh diri yang muncul dalam perjalanan penyakit. Keluhan berkembang setelah pasien mengalami berbagai stresor psikososial berupa konflik keluarga dan tekanan ekonomi. Pemeriksaan status mental menunjukkan mood hipotimia, afek tumpul, arus pikir sirkumtansial, serta riwayat halusinasi auditorik yang menetap, sementara fungsi kognitif, orientasi, dan daya ingat masih dalam batas normal. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan status mental, dan kriteria diagnostik PPDGJ-III, pasien didiagnosis mengalami gangguan skizoafektif tipe depresif (F25.1). Diagnosis ditegakkan karena ditemukan gejala skizofrenia dan gejala depresif yang sama-sama menonjol dalam episode penyakit yang sama. Diagnosis banding yang dipertimbangkan meliputi skizofrenia paranoid dan episode depresi berat dengan gejala psikotik. Pasien mendapatkan terapi farmakologis berupa risperidon, triheksifenidil, fluoxetine, lithium karbonat, dan clobazam, disertai psikoedukasi serta psikoterapi suportif. Terapi menunjukkan perbaikan gejala psikotik dan fungsi pasien. Gangguan skizoafektif tipe depresif memerlukan evaluasi klinis yang komprehensif untuk membedakannya dari gangguan psikotik dan afektif lainnya, serta membutuhkan pendekatan multidisiplin yang mengombinasikan farmakoterapi dan intervensi psikososial guna meningkatkan luaran klinis pasien.

Kata Kunci: Depresi, diagnosis, gangguan skizoafektif, halusinasi auditorik, tata laksana

Depressive-Type Schizoaffective Disorder in a Young Adult Woman: Challenges in Diagnosis and Management, A Case Report

Abstract

Depressive-type schizoaffective disorder (F25.1) is a psychiatric disorder characterized by the coexistence of psychotic symptoms typical of schizophrenia and prominent depressive symptoms within the same episode of illness. This disorder is thought to involve dysregulation of multiple neurotransmitter systems, particularly dopamine and serotonin, which contribute to the simultaneous manifestation of psychotic and affective symptoms. Establishing the diagnosis remains challenging due to its overlapping clinical features with schizophrenia and major depressive disorder with psychotic features. This case report describes a 26-year-old woman who presented to the Psychiatric Outpatient Clinic of Lampung Provincial Mental Hospital with complaints of talking to herself, auditory hallucinations consisting of voices commenting on her daily activities, insomnia, anxiety, feelings of worthlessness, and suicidal ideation that emerged during the course of her illness. The symptoms developed following psychosocial stressors, including family conflicts and economic difficulties. Mental status examination revealed hypotymic mood, blunted affect, circumstantial thought process, and a history of persistent auditory hallucinations, while cognitive function, orientation, and memory remained intact. Based on psychiatric assessment and the diagnostic criteria of the Indonesian Classification of Mental Disorders (PPDGJ-III), the patient was diagnosed with depressive-type schizoaffective disorder (F25.1). The diagnosis was established due to the simultaneous presence of schizophrenic and depressive symptoms within the same episode of illness. Differential diagnoses considered included paranoid schizophrenia and severe depressive episode with psychotic symptoms. The patient received pharmacological treatment consisting of risperidone, trihexyphenidyl, fluoxetine, lithium carbonate, and clobazam, accompanied by psychoeducation and supportive psychotherapy. Clinical improvement in psychotic symptoms and overall functioning was observed following treatment. Depressive-type schizoaffective disorder requires comprehensive clinical evaluation to distinguish it from other psychotic and affective disorders and necessitates a multidisciplinary approach combining pharmacological and psychosocial interventions to improve patient outcomes.

Keywords: Auditory hallucinations, depression, diagnosis, management, schizoaffective disorder

Korespondensi: Muhammad Akmal Ghani, alamat Jl. Prof. Dr. Ir. Sumantri Brojonegoro, Gedung Meneng, Bandar Lampung HP 082281717783, e-mail akmalmuhammad517@gmail.com

Pendahuluan

Gangguan skizoafektif merupakan salah satu gangguan jiwa berat yang ditandai oleh adanya kombinasi gejala psikotik khas skizofrenia dan gejala afektif yang menonjol dalam satu episode penyakit. Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ-III), diagnosis gangguan skizoafektif ditegakkan apabila gejala-gejala definitif skizofrenia dan gangguan afektif muncul secara bersamaan atau dalam rentang waktu yang berdekatan pada episode penyakit yang sama, sehingga tidak memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia maupun gangguan afektif secara terpisah. Pada gangguan skizoafektif tipe depresif (F25.1), gejala afektif yang dominan berupa depresi, seperti perasaan sedih yang menetap, kehilangan minat, gangguan tidur, penurunan energi, perasaan tidak berharga, hingga munculnya ide bunuh diri yang disertai gejala psikotik seperti halusinasi dan waham.¹

Gangguan skizoafektif memiliki prevalensi yang relatif rendah dibandingkan skizofrenia maupun gangguan mood, dengan estimasi prevalensi seumur hidup sekitar 0,3% pada populasi umum. Meskipun demikian, gangguan ini berkaitan dengan morbiditas yang tinggi, penurunan fungsi sosial dan okupasional, serta peningkatan risiko bunuh diri. Penegakan diagnosis sering menjadi tantangan karena adanya tumpang tindih gejala antara spektrum skizofrenia dan gangguan afektif. Kesulitan diagnostik tersebut dapat menyebabkan keterlambatan terapi yang berdampak pada luaran klinis pasien.^{2,3}

Patofisiologi gangguan skizoafektif hingga saat ini belum sepenuhnya dipahami dan diduga melibatkan interaksi kompleks antara faktor genetik, neurobiologis, psikologis, dan lingkungan.

Disregulasi sistem neurotransmitter, terutama dopamin, serotonin, dan glutamat, diduga berperan dalam munculnya gejala psikotik maupun afektif. Hiperaktivitas jalur dopamin mesolimbik berhubungan dengan munculnya gejala psikotik seperti halusinasi dan waham, sedangkan gangguan sistem serotonergik dan noradrenergik berkontribusi terhadap gejala depresif. Selain itu, paparan stres psikososial kronis dapat mengaktifasi sumbu hipotalamus–pituitari–adrenal (hypothalamic–pituitary–adrenal axis/HPA axis), meningkatkan sekresi kortisol, serta memengaruhi fungsi hipokampus, amigdala, dan korteks prefrontal yang berperan dalam regulasi emosi dan fungsi kognitif.^{3,4}

Penegakan diagnosis yang tepat sangat penting karena akan menentukan pilihan terapi, prognosis, serta pencegahan kekambuhan. Tata laksana gangguan skizoafektif umumnya memerlukan pendekatan multidisiplin yang menggabungkan farmakoterapi, psikoterapi, dan intervensi psikososial. Laporan kasus ini membahas seorang perempuan dewasa muda dengan gangguan skizoafektif tipe depresif yang menunjukkan kombinasi gejala psikotik dan depresif disertai ide bunuh diri. Kasus ini menarik untuk dilaporkan karena menggambarkan tantangan dalam proses diagnosis, pengaruh faktor psikososial terhadap perjalanan penyakit, serta pentingnya pendekatan komprehensif dalam penatalaksanaan untuk mencapai luaran klinis yang optimal.

Kasus

Seorang perempuan berusia 26 tahun datang ke Poliklinik Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung pada tanggal 20 Januari 2025 dengan keluhan utama sering berbicara sendiri dan mengancam bunuh diri sejak dua tahun

sebelum masuk rumah sakit. Keluhan awal berupa sulit tidur, perasaan cemas, dan gelisah yang muncul setelah pasien merasa tidak nyaman tinggal bersama keluarga suaminya. Pasien sering memendam perasaan sedih dan kecewa akibat konflik yang terjadi dalam lingkungan keluarga. Setelah pindah ke rumah keluarganya sendiri, keluhan tidak membaik karena pasien kembali menghadapi konflik interpersonal dengan kakak laki-lakinya yang tidak menyetujui keberadaannya di rumah tersebut akibat keterbatasan kondisi ekonomi pasien dan suami.

Keluhan semakin memberat setelah pasien mengalami pertengkaran dengan kakak kandung laki-lakinya. Pasien mengalami gangguan tidur yang semakin berat hingga sering tidak tidur semalaman. Selain itu, pasien mulai mendengar suara-suara yang mengomentari aktivitas sehari-harinya. Awalnya keluhan berlangsung hilang timbul selama sekitar dua minggu, kemudian menjadi lebih sering dan menetap sejak satu bulan sebelum kunjungan pertama ke rumah sakit jiwa. Pasien mengaku suara yang didengarnya sering mengucapkan kata-kata kasar dan merendahkan dirinya sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari. Akibat keluhan tersebut pasien menghentikan pekerjaannya sebagai penjahit.

Sekitar satu minggu sebelum kunjungan ke rumah sakit, suami pasien mendapati pasien sering berbicara sendiri sambil menangis dan mengungkapkan keinginan untuk mengakhiri hidupnya karena merasa lelah dengan kondisi yang dialami. Pasien juga mengeluhkan perasaan tidak berharga, mudah sedih, sulit memulai tidur, serta semakin terganggu oleh suara-suara yang didengarnya. Menurut keterangan suami, pasien pernah melakukan percobaan bunuh diri sekitar tiga bulan sebelum kunjungan pertama ke rumah sakit.

Riwayat gangguan jiwa sebelumnya tidak dilaporkan. Riwayat penggunaan alkohol, rokok, narkotika, maupun zat

psikoaktif lainnya disangkal. Riwayat gangguan jiwa pada keluarga juga tidak diperoleh berdasarkan hasil anamnesis.

Pada pemeriksaan status mental didapatkan kesadaran *compos mentis* dan sikap kooperatif. Mood pasien hipotimia dengan afek tumpul. Arus pikir sirkumtansial dengan bentuk pikir koheren. Tidak ditemukan waham aktif saat pemeriksaan, namun terdapat riwayat halusinasi auditorik yang menetap. Fungsi kognitif, orientasi, daya ingat, dan konsentrasi dalam batas normal. Tilikan pasien derajat enam karena menyadari dirinya mengalami gangguan dan datang berobat atas kemauan sendiri. Pemeriksaan fisik, status neurologis, dan status internus tidak menunjukkan kelainan yang bermakna. Pemeriksaan laboratorium belum dilakukan pada pasien.

Berdasarkan anamnesis, alloanamnesis, dan pemeriksaan status mental, ditemukan gejala psikotik berupa halusinasi auditorik yang muncul bersamaan dengan gejala depresif berupa perasaan sedih berkepanjangan, gangguan tidur, perasaan tidak berharga, serta ide bunuh diri dalam episode penyakit yang sama. Pasien didiagnosis dengan gangguan skizoafektif tipe depresif (F25.1). Pada aksis II tidak ditemukan gangguan kepribadian maupun disabilitas intelektual. Pada aksis III tidak ditemukan penyakit fisik yang berhubungan dengan kondisi psikiatrik pasien. Pada aksis IV terdapat stresor psikososial berupa konflik keluarga dan masalah ekonomi. Pada aksis V diperoleh skor Global Assessment of Functioning (GAF) 51–60 yang menunjukkan gejala sedang dengan gangguan fungsi sosial dan okupasional.⁵

Pasien mendapatkan terapi farmakologis berupa risperidon 4 mg per hari, triheksifenidil 4 mg per hari, fluoxetine 20 mg per hari, lithium karbonat 800 mg per hari, serta clobazam 5 mg pada malam hari apabila mengalami kesulitan tidur. Selain itu diberikan terapi nonfarmakologis berupa psikoedukasi,

psikoterapi suportif, dan psikoterapi rekonstruktif.

Pembahasan

Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ-III), diagnosis gangguan skizoafektif ditegakkan apabila gejala-gejala definitif skizofrenia dan gangguan afektif muncul secara bersamaan atau dalam rentang waktu yang berdekatan dalam satu episode penyakit yang sama, sehingga episode tersebut tidak memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia maupun gangguan afektif secara terpisah. Diagnosis ini tidak digunakan pada pasien yang mengalami gejala skizofrenia dan gangguan afektif pada episode penyakit yang berbeda. Selain itu, apabila gejala depresif muncul setelah episode psikotik pada pasien skizofrenia, maka diagnosis yang lebih sesuai adalah depresi pasca-skizofrenia (F20.4).⁶

Gangguan skizoafektif merupakan gangguan yang kompleks dengan etiologi multifaktorial yang melibatkan interaksi faktor genetik, neurobiologis, psikologis, dan lingkungan. Beberapa model konseptual menjelaskan gangguan ini sebagai bentuk varian skizofrenia, varian gangguan mood, kombinasi keduanya, maupun sebagai entitas psikosis tersendiri. Namun, sebagian besar penelitian terkini menganggap gangguan skizoafektif sebagai kelompok gangguan yang heterogen dengan manifestasi klinis yang bervariasi.⁷

Dari aspek neurobiologi, gangguan skizoafektif diduga melibatkan disregulasi berbagai sistem neurotransmiter. Hiperaktivitas dopamin pada jalur mesolimbik berperan dalam munculnya gejala psikotik seperti halusinasi auditorik, sedangkan gangguan sistem serotonergik dan noradrenergik berkontribusi terhadap timbulnya gejala depresif. Selain itu, stres psikososial kronis dapat mengaktifkan sumbu hipotalamus–pituitari–adrenal (HPA axis), meningkatkan sekresi kortisol, serta memengaruhi fungsi hipokampus,

amigdala, dan korteks prefrontal yang berperan dalam regulasi emosi dan fungsi kognitif. Mekanisme tersebut diduga berkontribusi terhadap munculnya gangguan tidur, kecemasan, kerentanan terhadap stres, serta kekambuhan gejala psikotik maupun afektif pada pasien.⁴

Pada kasus ini ditemukan gejala depresif berupa perasaan sedih berkepanjangan, perasaan tidak berharga, menarik diri dari lingkungan sosial, gangguan tidur, kecemasan, dan ide bunuh diri yang muncul bersamaan dengan gejala psikotik berupa halusinasi auditorik menetap. Riwayat konflik keluarga, tekanan ekonomi, serta pengalaman kekerasan verbal dan fisik sejak masa kanak-kanak merupakan faktor psikososial yang diduga berkontribusi terhadap timbulnya gangguan pada pasien. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa paparan stres kronis dan trauma masa kecil dapat meningkatkan risiko terjadinya gangguan psikotik maupun gangguan afektif melalui perubahan fungsi neuroendokrin dan neuroplastisitas otak.⁷

Pemeriksaan status mental menunjukkan mood hipotimia, afek tumpul, dan riwayat ide bunuh diri yang mendukung adanya episode depresif. Tidak ditemukan gejala mania maupun hipomania sehingga diagnosis gangguan skizoafektif tipe bipolar menjadi kurang sesuai. Riwayat halusinasi auditorik yang menetap menunjukkan adanya komponen psikotik yang kuat. Tidak ditemukannya waham aktif saat pemeriksaan kemungkinan menunjukkan adanya perbaikan gejala setelah terapi. Fungsi kognitif yang masih baik serta tilikan yang adekuat juga menunjukkan bahwa pasien berada pada kondisi yang lebih stabil dibandingkan fase akut gangguan psikotik.

Berdasarkan kriteria DSM-IV-TR dan PPDGJ-III, diagnosis kerja yang paling sesuai pada pasien ini adalah gangguan skizoafektif tipe depresif (F25.1). Diagnosis banding yang perlu dipertimbangkan adalah skizofrenia paranoid (F20.0) dan

episode depresi berat dengan gejala psikotik (F32.3). Diagnosis skizofrenia paranoid menjadi kurang sesuai karena gejala afektif pada pasien sangat menonjol dan berlangsung bersamaan dengan gejala psikotik. Selain itu, tidak ditemukan periode gejala psikotik yang berlangsung secara independen tanpa gejala afektif dalam durasi yang cukup panjang untuk mendukung diagnosis skizofrenia. Sementara itu, diagnosis depresi berat dengan gejala psikotik juga kurang mendukung karena gejala psikotik pada pasien tidak hanya muncul selama episode depresif, tetapi berkembang menjadi gejala yang menetap dan menonjol. Oleh karena itu, diagnosis gangguan skizoafektif tipe depresif merupakan diagnosis yang paling sesuai.^{6,8}

Penatalaksanaan gangguan skizoafektif bertujuan mengendalikan gejala psikotik dan afektif, meningkatkan fungsi sosial pasien, serta mencegah kekambuhan. Pada kasus ini pasien mendapatkan risperidon 4 mg/hari sebagai antipsikotik atipikal. Risperidon bekerja melalui antagonisme reseptor dopamin D2 dan serotonin 5-HT2A. Blokade reseptor D2 pada jalur mesolimbik membantu mengurangi gejala psikotik seperti halusinasi, sedangkan antagonisme reseptor 5-HT2A berkontribusi terhadap perbaikan gejala afektif dan menurunkan risiko efek ekstrapiramidal dibandingkan antipsikotik generasi pertama.^{9,10}

Untuk mencegah dan mengurangi gejala ekstrapiramidal akibat penggunaan antipsikotik, pasien diberikan triheksifenidil sebagai agen antikolinergik yang bekerja melalui blokade reseptor muskarinik. Penggunaan triheksifenidil pada kasus ini terutama ditujukan sebagai terapi suportif terhadap efek samping motorik yang dapat muncul selama penggunaan antipsikotik. Namun demikian, penggunaan jangka panjang tetap perlu dievaluasi mengingat risiko efek samping berupa mulut kering,

konstipasi, retensi urin, dan gangguan kognitif.¹⁰

Fluoxetine diberikan untuk mengatasi gejala depresif yang menonjol pada pasien. Sebagai antidepresan golongan selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), fluoxetine bekerja dengan menghambat serotonin transporter (SERT), sehingga meningkatkan konsentrasi serotonin di celah sinaptik dan memperbaiki regulasi mood. Efek samping yang perlu diperhatikan meliputi insomnia, agitasi, disfungsi seksual, serta risiko sindrom serotonin, terutama apabila digunakan bersamaan dengan lithium.^{11,12}

Selain antipsikotik dan antidepresan, pasien juga mendapatkan lithium karbonat sebagai mood stabilizer. Lithium bekerja melalui modulasi berbagai jalur pensinyalan intraseluler, termasuk inositol monophosphatase dan glycogen synthase kinase-3 β (GSK-3 β), yang berperan dalam stabilisasi mood dan neuroproteksi. Penggunaan lithium pada kasus ini bertujuan membantu stabilisasi gejala afektif, mengurangi risiko kekambuhan, serta menurunkan risiko perilaku bunuh diri yang diketahui lebih tinggi pada pasien dengan gangguan afektif.¹³

Sebagai terapi tambahan, pasien mendapatkan clobazam dengan dosis 5 mg jika mengalami gangguan tidur. Clobazam merupakan benzodiazepin yang bekerja melalui peningkatan aktivitas neurotransmitter gamma aminobutyric acid (GABA) sehingga memberikan efek ansiolitik dan sedatif. Penggunaannya perlu dibatasi karena berisiko menyebabkan sedasi berlebihan, gangguan memori, toleransi, dan ketergantungan.^{14,15}

Selain terapi farmakologis, pasien juga mendapatkan pendekatan nonfarmakologis berupa psikoedukasi, psikoterapi suportif, dan latihan keterampilan sosial. Psikoedukasi bertujuan meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga mengenai penyakit, pentingnya kepatuhan berobat, serta

kemampuan mengenali tanda-tanda kekambuhan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa intervensi psikososial yang dikombinasikan dengan terapi farmakologis mampu meningkatkan kualitas hidup, memperbaiki fungsi sosial, dan menurunkan angka kekambuhan pada pasien dengan gangguan psikotik maupun gangguan skizoafektif.¹⁶⁻¹⁸

Berdasarkan respons terapi dan kondisi klinis pasien, prognosis dinilai cukup baik. Quo ad vitam dinilai ad bonam karena tidak ditemukan penyakit medis berat yang memengaruhi kelangsungan hidup pasien. Quo ad functionam juga ad bonam karena pasien masih memiliki fungsi kognitif yang baik dan mendapatkan dukungan keluarga yang memadai. Sementara itu, quo ad sanationam dinilai dubia ad bonam mengingat gangguan skizoafektif merupakan kondisi kronis dengan risiko kekambuhan yang cukup tinggi, meskipun dapat dikendalikan melalui terapi yang tepat dan kepatuhan pengobatan yang baik.^{6,16}

Simpulan

Gangguan skizoafektif tipe depresif merupakan gangguan mental yang ditandai oleh munculnya gejala psikotik dan gejala depresif yang menonjol dalam episode penyakit yang sama. Pada kasus ini, diagnosis ditegakkan berdasarkan adanya halusinasi auditorik yang menetap disertai gejala depresif berupa perasaan sedih berkepanjangan, gangguan tidur, perasaan tidak berharga, serta ide bunuh diri. Faktor psikososial berupa konflik keluarga, tekanan ekonomi, dan riwayat trauma masa kecil diduga berkontribusi terhadap timbulnya gangguan melalui interaksi kompleks antara faktor lingkungan, psikologis, dan neurobiologis.

Penatalaksanaan yang komprehensif melalui kombinasi antipsikotik, antidepressan, mood stabilizer, serta intervensi psikososial memberikan perbaikan kondisi klinis pasien. Oleh karena itu, evaluasi klinis yang menyeluruh,

penegakan diagnosis yang tepat, serta kepatuhan terhadap terapi dan dukungan keluarga yang adekuat berperan penting dalam meningkatkan luaran klinis dan mencegah kekambuhan pada pasien dengan gangguan skizoafektif tipe depresif.

Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ-III). Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik; 1993.
2. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2015.
3. Pavlichenko A, Petrova N, Stolyarov A. The modern concept of schizoaffective disorder: a narrative review. *Consortium Psychiatricum*. 2024;5(3):42–55. doi:10.17816/CP15513.
4. Grace AA. Dysregulation of the dopamine system in the pathophysiology of schizophrenia and mood disorders. *Nature Reviews Neuroscience*. 2016;17(8):524–532.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
6. Malaspina D, Owen MJ, Heckers S, Tandon R, Bustillo J, Schultz S, et al. Schizoaffective disorder in the DSM-5. *Schizophrenia Research*. 2013;150(1):21–25.
7. Pavlichenko A, Petrova N, Stolyarov A. The modern concept of schizoaffective disorder: a narrative review. *Consortium Psychiatricum*. 2024;5(3):42–55. doi:10.17816/CP15513.

8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
9. Gaitonde SA, Avet C, de la Fuente Revenga M, et al. Pharmacological fingerprint of antipsychotic drugs at the serotonin 5-HT_{2A} receptor. *Molecular Psychiatry*. 2024;29:2753–2764. doi:10.1038/s41380-024-02531-7.
10. McNeil SE, Gibbons JR, Cogburn M. Risperidone. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026.
11. Sharp T, Collins H. Mechanisms of SSRI therapy and discontinuation. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. 2024;66:21–47. doi:10.1007/7854_2023_452.
12. Aouci R, Fontaine A, Vion A, Belz L, Levi G, Narboux-Nême N. The antidepressant action of fluoxetine involves the inhibition of Dlx5/6 in cortical GABAergic neurons through a TrkB-dependent pathway. *Cells*. 2024;13(15):1262. doi:10.3390/cells13151262.
13. Malhi GS, Bell E, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Hazell P, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2021;55(1):7–117.
14. Humayun MJ, Samanta D, Carson RP. Clobazam. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
15. Jensen HS, Nichol K, Lee D, Ebert B. Clobazam and its active metabolite N-desmethylclobazam display significantly greater affinities for α 2- versus α 1-GABA_A-receptor complexes. *PLoS One*. 2014;9(2):e88456. doi:10.1371/journal.pone.0088456.
16. Bröms G, Cahling L, Berntsson A, Öhrmalm L. Psychoeducation and motivational interviewing to reduce relapses and increase patients' involvement in antipsychotic treatment: interventional study. *BJPsych Bulletin*. 2020;44(6):265–268. doi:10.1192/bjb.2020.28.
17. Choe K, Sung BJ, Kang Y, Yoo SY. Impact of psychoeducation on knowledge of and attitude toward medications in clients with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2016;52(2):113–119. doi:10.1111/ppc.12106.
18. Yanagida O, Uchino T, Uchimura N. The effects of psychoeducation on long-term inpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Kurume Medical Journal*. 2016;63(3–4):61–67.