020817 Ahdistuneisuushäiriöt

Yl juha kemppinen

020817 agenda

- Paniikkihäiriö
- Julkisten paikkojen pelko
- Pakko-oireiset häiriöt
- Äkillinen stressireaktio ja traumaattinen stressihäiriö
- Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö
- Sosiaaliset pelot
- Määräkohteiset eli spesifiset pelot

170717 Ahdistuneisuushäiriöt

Taulukko 1. Keskeiset ahdistuneisuushäiriöt.

Häiriö	Ahdistuneisuuden kliininen kuva	Välttämiskäyttäytyminen
Paniikkihäiriö	**Toistuvia paniikkikohtauksia ilman laukaisevaa tekijää**	**Ei esiinny**
Agorafobia	**Toistuvia ahdistuneisuuskohtauksia julkisilla paikoilla, osalla myös spontaaneja paniikkikohtauksia**	**Julkiset paikat**
Sosiaalinen fobia	**Ahdistuneisuus sosiaalisissa tilanteissa**	**Sosiaaliset tilanteet**
Määräkohteinen pelko	**Ahdistuneisuus kohteelle altistuessa**	**Fobian kohde**
Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö	**Krooninen ahdistuneisuus ja kyvyttömyys hallita huolestuneisuutta**	**Ei esiinny**

Isometsä E, Psykiatria 13.3.17

Yl juha kemppinen

PANIIKKIHÄIRIÖ

170717 Paniikkihäiriö

- Paniikkikohtauksella tarkoitetaan voimakasta ja äkillisesti ilmaantuvaa erittäin voimakasta ahdistuksen, pelon tai pakokauhun tunnetta.
- Se **alkaa yleensä nopeasti muutaman (<10) minuutin kuluessa**, ja siihen liittyy voimakkaita somaattisia ja kognitiivisia oireita. Kohtaus kestää tavallisesti minuutteja, useimmiten alle puoli tuntia, mutta joskus jopa tunteja.
- Paniikkikohtaukset voivat vaihtelevassa määrin liittyä erilaisiin ulkoisiin tapahtumiin ja kohteisiin.
- Odottamattomilla paniikkikohtauksilla tarkoitetaan kohtauksia, jotka **ilmaantuvat ilman mitään erityistä havaittavissa olevaa laukaisevaa tekijää**.
- Tilannesidonnaiset paniikkikohtaukset esiintyvät jonkin laukaisevan tekijän tai tilanteen yhteydessä.
- Paniikkihäiriön diagnoosi edellyttää, että **ainakin osa paniikkikohtauksista on odottamattomia**.

170717 Paniikkihäiriö

Taulukko 1. Paniikkihäiriön (F41.0) diagnostiset kriteerit.

A	Henkilöllä esiintyy toistuvia paniikkikohtauksia ennalta arvaamattomissa ja vaihtelevissa tilanteissa, jotka eivät ole erityisen rasittavia tai vaarallisia
B	Paniikkikohtaukseen **liittyvät kaikki seuraavat piirtee**t: (1) kohtaus on intensiivisen pelottava tai epämiellyttävä erillinen kokemus (2) kohtaus alkaa äkillisesti (3) kohtauksen voimakkuus saavuttaa huippunsa muutaman minuutin kuluessa ja kohtaus kestää vähintään muutaman minuutin ajan (4) kohtaukseen liittyy vähintään neljä seuraavista oireista, joista yhden täytyy olla jokin oireista a–d:

Isometsä E. Psykiatria 13.3.17

170717 Paniikkihäiriö

Autonomisen kiihotustilan oireet

(a) sydämentykytys tai tunne, että sydän hakkaa tai kohonnut pulssi
(b) hikoilu
(c) vapina
(d) suun kuivuminen, joka ei johdu nestehukasta tai lääkityksestä

Rinnan ja vatsan alueen oireet

(e) hengitysvaikeudet
(f) tukehtumisen tunne
(g) rintakipu tai epämiellyttävä tunne rinnassa
(h) pahoinvointi tai vatsakipu (esim. vatsanväänteet)

Psyykkiset oireet

(i) pyörryttävä, huimaava, sekava tai epävakainen olotila
(j) tunne siitä, että ympäristö on epätodellinen (derealisaatio) tai että itse on kuin jossain kaukaisuudessa tai "poissa tästä maailmasta" (depersonalisaatio)
(k) pelko itsehallinnan menettämisestä, sekoamisesta tai pyörtymisestä
(l) kuolemanpelko

Yleisoireet

m) kuumat aallot tai vilunväristykset
n) ihon puutuminen tai pistely

4/14 som oiretta, Ellei ei ole paniikki-häiriö

170717 Paniikkihäiriö

C

{**Tavallisimmat poissulkudiagnoosit}.**

Paniikkikohtaukset eivät johdu

- elimellisestä sairaudesta,
- harhaluuloista,
- aistiharhoista,
- elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00–F09),
- skitsofreniaryhmän häiriöstä (F20–F29),
- mielialahäiriöstä (F30–F39) tai
- somatisaatiohäiriöstä (F45).

170717 Paniikkihäiriö

- Paniikkihäiriötä ei aseteta päädiagnoosiksi, jos henkilö kärsii kohtauksien alkaessa masennuksesta. Silloin paniikkikohtaukset ovat todennäköisesti toissijaisia masennukseen nähden.

- Paniikkikohtaus (F41.0) pelkoa aiheuttavassa tilanteessa kuvaa pelko-oireen vaikeutta ja siten häiriö luokitellaan pelko-oireiseksi häiriöksi. Paniikkihäiriötä tulisi käyttää diagnoosina vain silloin, kun häiriö ei täytä minkään pelko-oireisen häiriön kriteerejä (F40).

- Paniikkikohtaukset voivat olla masennusjakson johdannaisoireita erityisesti miehillä. Tällöin tulisi käyttää masennusjakson diagnoosia, mikäli häiriö täyttää masennusjakson kriteerit.

- ** Koska oireiden laatu ja vaikeusaste vaihtelee niin paljon eri yksilöiden välillä, häiriö voidaan luokitella keskivaikeaksi tai vaikea-asteiseksi paniikkihäiriöksi viidennen merkin avulla.*

170717 Paniikkihäiriö

- F41.00 Keskivaikea paniikkihäiriö, vähintään neljä kohtausta kuukauden aikana
- F41.01 Vaikea-asteinen paniikkihäiriö, vähintään neljä kohtausta viikossa kuukauden aikana
- F41.08 Lieväasteinen tai muu määritelty paniikkihäiriö (vähemmän kuin neljä kohtausta kuukauden aikana)
- F41.09 Määrittämätön paniikkihäiriö

170717 Paniikkihäiriö

- **Paniikkihäiriön kliininen kuva**
- Paniikkihäiriö alkaa tavallisimmin **odottamattomalla** paniikkikohtauksella. Potilas kokee äkillisen voimakkaan ahdistuskohtauksen, johon liittyy usein somaattisia oireita sekä vahva ja pelottava tunne oman mielen ja kehon hallinnan menettämisestä. Hän saattaa hakeutua kohtauksen vuoksi hoitoon sairaalan päivystyspisteeseen.
- Potilaalla ei tyypillisesti todeta takykardiaa, hyperventilaatiota eikä autonomisen hermoston oireita lukuun ottamatta mitään selkeää somaattista syytä oireille.
- Kohtaus helpottaa usein itsestään ilman hoitoa tai bentsodiatsepiinilääkityksen avulla.
- Kokemus voi olla kuitenkin varsin pelottava, ja tavallista onkin, että potilas on pitkän aikaa lievästi ahdistunut kohtauksen jälkeen.
- Monet paniikkihäiriöstä kärsivät muistavat ensimmäisen äkillisen paniikkikohtauksensa ajankohdan ja paikan vielä vuosia, jopa vuosikymmeniäkin tapahtuneen jälkeen

170717 Paniikkihäiriö

- **Paniikkihäiriön kliininen kuva**
- Kun odottamattomia kohtauksia ilmenee toistuvasti, potilas alkaa yleensä pelokkaasti odottaa kohtausten uusiutumista.
- Toistuvat kohtaukset herättävät usein vahvan pelon esimerkiksi vakavasta somaattisesta sairaudesta tai mielenterveyden menettämisestä.
- Uusiutuvien kohtausten myötä potilaan elämää alkaa usein hallita uusien kohtausten pelokas odotus.
- Mikäli paniikkikohtauksia on ilmaantunut joissakin tietyissä paikoissa tai tilanteissa, potilas alkaa hyvin usein vältellä niitä, koska pelkää kohtauksen uusiutumista.
- Välttämiskäyttäytymistä voi kuitenkin syntyä myös siksi, että potilas ennakoi kohtauksen uusiutumista eikä uskalla lähestyä tilannetta, jossa kohtauksen ilmaantuminen olisi hämmentävää tai nöyryyttävää.
- Välttämiskäyttäytymisen synty ei siis välttämättä edellytä, että potilas olisi kokenut paniikkikohtauksen kyseisessä tilanteessa

170717 Paniikkihäiriö

- **Paniikkihäiriön kliininen kuva**
- Alttius välttämiselle riippuu monesta tekijästä, joista yksi tärkeimmistä on paniikkikohtausten oirekuvan vaikeusaste ja tiheys. Samanaikaisesta julkisten paikkojen pelosta (agorafobiasta) kärsivät potilaat näyttäisivät yleensä kokeneen useampia ja vaikeampia paniikkikohtauksia kuin ne potilaat, joilla välttämistaipumusta ei esiinny.
- Paniikkihäiriön kliinistä kuvaa monimutkaistaa tyypillisesti monihäiriöisyys eli komorbiditeetti. Lähes kaikki paniikkihäiriöpotilaat kärsivät jossakin sairautensa vaiheessa masennusoireista, ja yli 50 %:lla ilmenee ajan myötä vakava masennustila.
- Paniikkihäiriöstä kärsivillä henkilöillä esiintyy myös muita ahdistuneisuushäiriöitä, kuten sosiaalista fobiaa, yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä sekä määräkohteisia pelkoja.
- Lisäksi paniikkihäiriö näyttäisi liittyvän myös päihdeongelmiin, jotka voivat sekä toimia paniikkitaipumuksen laukaisijoina – krapula on tyypillinen laukaiseva tekijä – että esiintyä sen seurauksena, esimerkiksi toissijaisena alkoholisoitumisena.
- Huomattava osa paniikkihäiriöön sairastuvista potilaista kärsii myös persoonallisuushäiriöstä.

170717 Paniikkihäiriö

- **Etiologia ja patogeneesi**
- **Geneettiset tekijät**
- Paniikkihäiriön tiedetään usein esiintyvän suvuittain.
- Potilaiden perheenjäseniä kartoittavissa tutkimuksissa ensimmäisen asteen sukulaisista ahdistuneisuushäiriöitä on ollut 10–50 %:lla, kun sitä vastoin verrokkiperheissä niistä kärsi vain 1–7 %.
- Normaaliväestöön perustuvat laajat kaksostutkimukset arvioivat paniikkihäiriön periytyvyydeksi (heritabiliteetti) tutkituissa väestöissä 30–55 %.
- Kaikki tutkimukset ovat tukeneet käsitystä häiriön perinnöllisen taustan olemassaolosta

170717 Paniikkihäiriö

- **Etiologia ja patogeneesi**
- **Hengitysfysiologian poikkeavuudet**
- Hengenahdistus ja hyperventilaatio ovat paniikkikohtauksen tyypillisiä oireita, ja niiden esiintyminen tukee paniikkihäiriön diagnoosia.
- Yksi paniikkihäiriön keskeisistä sairausmekanismeista lienee **aivorungon kemoreseptoreiden poikkeuksellinen herkkyys veren hiilidioksidiosapaineen nousulle**.
- Teorian mukaan paniikkikohtauksen yhteydessä aivorunko aktivoituisi virheellisesti, kuin tukehtumisen yhteydessä, ja kyseessä olisi **fysiologisesta virhetoiminnasta syntyvä väärä hälytys (*false suffocation alarm*).**

170717 Paniikkihäiriö

- **Etiologia ja patogeneesi**
- **Hyperventilaatio**
- Hyperventilaation aiheuttama hypokapnia **supistaa aivoverisuonia, mikä selittänee hyperventilaatioon liittyviä huimauksen, painottomuuden ja epätodellisuuden tunteita.**
- Hyperventilaatio saattaa myös suoraan selittää joitakin paniikkihäiriöpotilaalla esiintyviä muita oireita kuten rintatuntemuksia ja parestesioita.
- Hyperventilaation ohella paniikkihäiriöpotilailla on todettu erityinen taipumus ahdistuneeseen huokailuun. Heillä on usein tavanomaista matalampi veren hiilidioksidiosapaine (pCO_2).

170717 Paniikkihäiriö

- **Hengitysfysiologiset provokaatiokokeet ja aivorungon kemoreseptoreiden yliherkkyys**
- Laktaatti-infuusion on osoitettu aiheuttavan paniikkikohtauksen suurimmalla osalla, 60–70 %:lla, paniikkikohtauksista kärsivistä potilaista, mutta vain hyvin harvoin terveillä verrokeilla, 10–13 %:lla. Laktaatti metaboloituu bikarbonaatiksi, aiheuttaa tavallisesti metabolisen alkaloosin ja johtaa hengitystiheyden laskuun; paniikkihäiriöpotilailla paradoksaalisesti hyperventilaatioon, joka voimistaa kudosemäksisyyttä.
- Myös runsaasti hiilidioksidia, 35 %, sisältävän ilman hengittäminen aiheuttaa herkästi paniikkikohtauksia suurimmalla osalla eli 45–70 %:lla paniikkihäiriöstä kärsivistä, mutta harvoin, alle 10 % terveillä verrokeilla. Samansuuntaisia löydöksiä on havaittu osalla potilaita myös muiden ahdistuneisuushäiriöiden yhteydessä, mutta harvemmin kuin paniikkihäiriössä. Paniikkihäiriön hoito masennuslääkkein ja ilmeisesti myös psykoterapian avulla näyttäisi korjaavan poikkeavaa alttiutta niin laktaatin kuin hiilidioksidinkin suhteen

170717 Paniikkihäiriö

- **Hengitysfysiologiset provokaatiokokeet ja aivorungon kemoreseptoreiden yliherkkyys**
- Hiilidioksidiosapaineen noustessa veressä tieto tästä välittyy medullan kemosensitiivisten alueiden reseptorien välityksellä aivorunkoon, muun muassa locus coeruleukseen. Tämä nousu johtaa yleensä voimakkaaseen, refleksiiviseen kyseisen aivorungon alueiden aktivoitumiseen ja hyperventilaatioon hiilidioksidiosapaineen laskemiseksi. Väärä tukehtumishälytys -hypoteesin (*false suffocation alarm*) mukaan paniikkihäiriöpotilaan aivorungon kemoreseptorijärjestelmä on poikkeuksellisen herkkä, mikä johtaa siihen, että hän reagoi lieväänkin CO_2-pitoisuuden nousuun kuin tukehtumisen uhatessa.
- Tämä selittäisi paniikkikohtaukseen liittyvän taipumuksen hyperventilaatioon ja monia muitakin paniikkikohtauksen piirteitä – potilaathan kokevat usein voimakasta ilman loppumisen tunnetta ja kuolemanuhkaa sekä tuntevat voimakasta tarvetta poistua tilasta, jossa kohtauksen aikana ovat.
- Eläinkokeissa on osoitettu *raphé*-tumakkeiden serotonergisten neuronien toimivan tunnistimina veren hiilidioksidiosapaineen suhteen, mikä voisi osaltaan selittää serotonergisen lääkehoidon tehoa tämän yliherkkyyden vaimentamisessa.

170717 Paniikkihäiriö

- **Serotoniini**
- Paniikkihäiriön ja serotonergisen hermovälityksen yhteys on saanut viime vuosina osakseen yhä enemmän huomiota erityisesti sen takia, että serotonergisesti vaikuttavien lääkkeiden käyttö on suuresti yleistynyt. On selvää, että **serotoniinin takaisinottoa estävät lääkkeet ovat tehokkaita paniikkihäiriön hoidossa**. Ne tehoavat kuitenkin vasta lääkkeen pitkäaikaisen käytön myötä, ja usein hieman pahentavat oireita hoidon alkuvaiheessa. Tämä on mielenkiintoinen ilmiö siksi, että serotonergisen aktiivisuuden välitön voimistuminen on eläinkokeissa lisännyt pelkoa ja ahdistuneisuutta ilmentävän käyttäytymisen muotoja.
- Paniikkihäiriöpotilaita on tutkittu farmakologisten altistuskokeiden avulla. **Miklorofenyyli- piperatsiinin M-CPP:n**, joka on **ei-selektiivinen 5-HT-reseptoriagonisti**, anto **aiheuttaa paniikkikohtauksen noin puolella paniikkihäiriöpotilaista, muttei terveillä verrokeilla**. Serotoniinia synapsia edeltävästi vapauttava **fenfluramiini** aiheuttaa **paniikkikohtauksia kahdella kolmasosalla paniikkihäiriöstä kärsivistä muttei terveillä verrokeilla**. Molemmat aineet ovat myös aiheuttaneet paniikkihäiriöpotilaille verrokkihenkilöitä voimakkaamman **kortisoli ja prolaktiinivasteen**. Edellä kuvatut löydökset viittaavat synapsinjälkeisten 5-HT-reseptoreiden yliherkkyyteen.

Isometsä E, Psykiatria 13.3.17

170717 Paniikkihäiriö

- Noradrenaliini
- Useiden kokeellisten menetelmien avulla on osoitettu, että paniikkihäiriöpotilaiden noradrenerginen järjestelmä toimii poikkeavasti.
- Johi**mbiinin, joka on alfa$_2$-reseptoriantagonisti**, anto paniikkihäiriöpotilaille johtaa paniikkikohtaukseen noin 55 %:lla paniikkihäiriöpotilaista ja vain 0–5 %:lla terveistä verrokeista. Vastaavia paniikkireaktioita ei havaita muista ahdistuneisuushäiriöistä kärsivillä eikä masennuspotilailla.
- Onnistunut hoito esimerkiksi depressiolääkkeellä normaalistaa tämän poikkeavan vasteen johimbiinille.
- Nämä löydökset on tulkittu siten, että pre- ja postsynaptisten alfa$_2$-autoreseptoreiden toiminnan säätely saattaa poiketa paniikkihäiriössä normaalista.

170717 Paniikkihäiriö

- **GABA**
- Useat eri bentsodiatsepiinit, erityisesti alpratsolaami ja klonatsepaami, ovat suurina annoksina tehokkaita paniikkikohtausta ehkäiseviä lääkkeitä. Eräs paniikkihäiriön lupaavimmista tutkimuslinjoista on selvittänyt $GABA_A$-reseptoriin liittyviä endogeenisiä bentsodiatsepiini- reseptoreita.
- Paniikkihäiriöpotilailla bentso-diatsepiiniantagonisti **flumatseniili** aiheuttaa paniikkitiloja muistuttavia ahdistuskohtauksia.
- Aivojen kuvantamistutkimuksissa on havaittu, että ligandien sitoutuminen bentsodiatsepiini- reseptoreihin on paniikkihäiriöpotilailla poikkeavaa, poikkeavuuden suunnan riippuessa aivoalueesta.
- On todennäköistä, että ainakin merkittävällä osalla paniikkihäiriöpotilaista häiriön syntyyn kuuluu bentsodiatsepiinireseptorien poikkeava toiminta.

170717 Paniikkihäiriö

- **Neuropeptidit**
- Monilla neuropeptideillä voi olla merkittävä rooli paniikkihäiriön sairausmekanismeissa. **Kolekystokiniini** on peptidi, jota esiintyy suoliston lisäksi myös keskushermostossa. Paniikkihäiriöpotilaiden on havaittu reagoivan kolekystokiniiniin antoon paniikkikohtauksella herkemmin kuin terveiden verrokkien.
- Myös kolekystokiniini-analogi **pentagastriini** aiheuttaa paniikkikohtauksia, antagonistit sen sijaan vähentävät ahdistusta ja tuskaisuutta ja estävät provokaatiokokeessa paniikkikohtauksia.
- Monien muiden neuropetidien, kuten oksitosiininin, neuropeptidi Y:n, neuropeptidi S:n sekä galaniinin ja arginiinivasopressiinin merkitystä tutkitaan aktiivisesti.

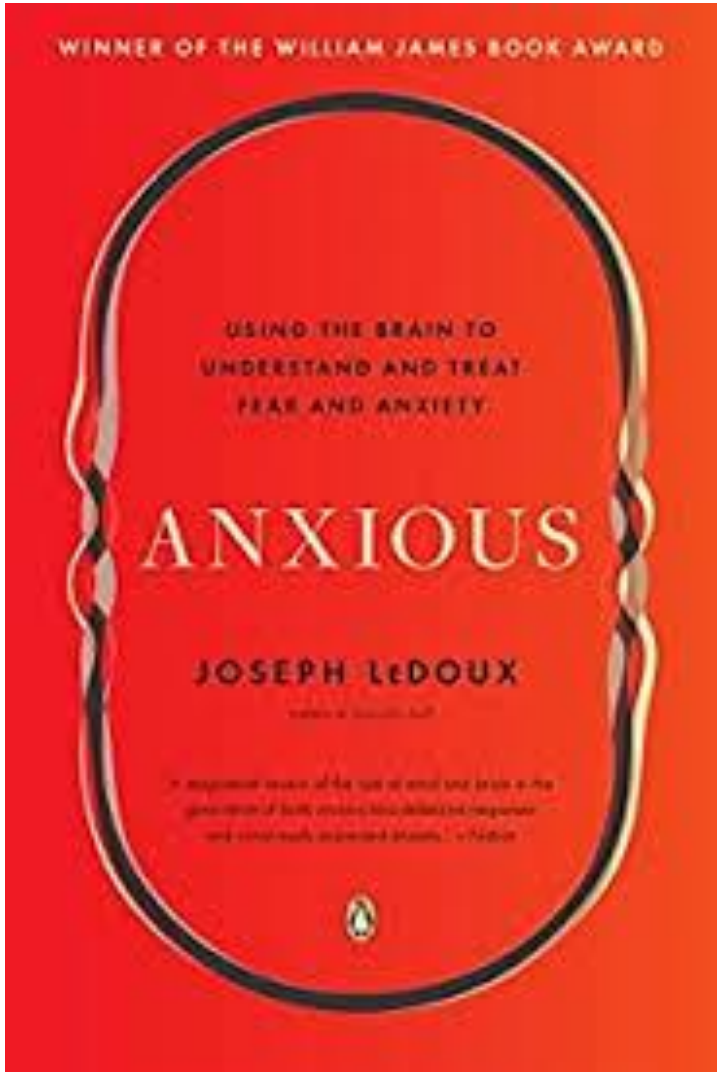
170717 Paniikkihäiriö

- **Kofeiini ja adenosiini**
- Kahvin sisältämä kofeiini on paitsi piristävä, myös paniikkikohtauksille altistava aine. Paniikkihäiriöstä kärsivistä potilaista **40–70 %:lle voi muutamaa kahvikuppia vastaava kofeiinimäärä aiheuttaa paniikkikohtauksen**. Kukaan näihin tutkimuksiin osallistuneista terveistä verrokeista ei kärsinyt paniikkikohtauksesta.
- Kyselytutkimusten mukaan useimmat paniikkihäiriöpotilaat ovat oma-aloitteisesti joko lopettaneet kahvin käytön tai käyttävät sitä vain pieniä määriä. Vastaavaa vähäkofeiinista ruokavaliota ei ole tavattu muissa psykiatrisissa potilasryhmissä.
- **Hyvin suuri, yli 700 mg:n annos kofeiinia kerralla nautittuna voi tosin aiheuttaa paniikkikohtauksia terveellekin henkilölle**.
- Toisaalta sietokyky kofeiinin vaikutuksille kehittyy pitkäaikaisen käytön aikana myös paniikkihäiriöpotilaalle, jos hän jatkaa kahvin käyttöä. Kofeiinin anksiogeeninen vaikutus voidaan kumota bentsodiatsepiineillä.

170717 Paniikkihäiriö

- **Pelon tunteen ja paniikkikohtauksen neuroanatominen perusta**
- Neuroanatomisesti paniikinomaisen pelon tunteen synnyssä keskeisiä hermoston alueita ovat erityisesti **limbisen järjestelmän osat**.
- Keskeisin on mantelitumakkeen eli **amygdalan keskustumake,** mutta syntyyn osallistuvat myös monet amygdalaan läheisessä yhteydessä olevat aivoalueet: **hippokampus, talamus, lateraalinen hypotalamus, hypotalamuksen paraventrikulaarinen tumake, parabrakiaalinen tumake, periakveduktaalinen harmaa alue, locus coeruleus ja anteriorinen singulaarinen aivokuori.**
- On esitetty, että tämä hermoverkko toimisi paniikkihäiriöstä kärsivällä henkilöllä epänormaalin herkästi ja että kysymyksessä voisi olla perittyyn temperamenttiin liittyvä alttius.
- Samoin on esitetty, että psykoterapian myönteiset vaikutukset välittyisivät hermoston kautta aivojen kuorikerroksen kyetessä eri rata-yhteyksien välityksellä yhä vahvemmin hallitsemaan tätä ylireagoivaa hermoverkkoa. Nämä hypoteesit perustuvat sekä laajaan eläinkokeisiin ja temperamenttitutkimuksiin pohjautuvaan tietoon että aivokuvantamislöydöksiin.

LeDoux: Anxious



Syyskuussa kirjan ajatusten referointia

170717 Paniikkihäiriö

- **Kognitiiviset teoriat**
- **Kognitiivisissa teorioissa** paniikkikohtaukset yleensä käsitteellistetään noidankehämäisenä prosessina. Keskeisiä tekijöitä ovat turvattomuuden kokemukset ja taipumus tulkita virheellisesti ruumiin ja mielen tapahtumat merkiksi uhkaavasta katastrofista.
- Potilas voi tulkita esimerkiksi sydämen lyöntitiheyden muutokset merkiksi uhkaavasta vaarasta, kuten sydänkohtauksesta tai kuolemasta.
- Kun paniikkikohtauksia on esiintynyt toistuvasti, hän voi tulkita vähäisetkin paniikkikohtauksesta muistuttavat oireet merkeiksi kohtauksen alkamisesta.
- Näin syntyy noidankehä, jossa pelko vahvistaa havaittuja elintoimintojen muutoksia ja muutokset puolestaan vahvistavat pelkoa, mikä lopulta johtaa paniikkitilaan

170717 Paniikkihäiriö



Kuva 1. Paniikkihäiriön kognitiivinen malli (Kajaste 2008, muokattu Adrian Wellsin mallista).

170717 Paniikkihäiriö

- Hoidossa pyritään edellä kuvatun noidankehän katkaisemiseen auttamalla potilasta muuttamaan oireilleen antamaa katastrofitulkintaa realistisemmaksi, ohjaamaan tarkkaavuuttaan pois somaattisten oireiden seuraamisesta, sekä turvakäyttäytymisen ja välttämisen sijaan altistamaan itseään tilanteille joissa ahdistuneisuutta voisi ilmetä.
- Lisäksi usein pyritään kehittämään potilaan tiedon käsittelyn joustavuutta, jäsentyneisyyttä, käsitteellisyyden tasoa sekä kykyä tarkastella omaa kokemusta eli reflektiokykyä.
- Kognitiivis-konstruktiivisissa teorioissa korostetaan näiden ohella kiintymyssuhteen laadun ja tunnetyöskentelyn, esimerkiksi turvattomuuden kokemusten tutkimisen ja integroimisen merkitystä.

170717 Paniikkihäiriö

- **Kulku ja ennuste**
- Paniikkihäiriöön sairastuvien **havaittu jo lapsena** kärsineen ahdistuneisuudesta, joka on tuolloin usein ilmennyt esimerkiksi **koulupelkona tai eroahdistushäiriönä**. Merkittävä osa paniikkihäiriöpotilaista on kärsinyt lapsuusiällä astmasta tai muusta hengitystiesairaudesta. Varsinainen paniikkihäiriö alkaa tyypillisesti nuorella aikuisiällä 20–30 ikävuoden välillä, jolloin potilaalle ilmaantuvat ensimmäiset paniikkikohtaukset. Paniikkihäiriö ilmaantuu tavallisesti uhkaavan elämänmuutoksen tai kriisitilanteen yhteydessä.
- Paniikkihäiriö on pitkäaikainen ja kroonistuu usein. Sen lyhyen ajan hoitotulokset ovat erittäin hyvät, mutta oireilla on huomattavan suuri taipumus uusiutua, jos hoito jää lyhytaikaiseksi. Pitkäaikaisissa seurantatutkimuksissa on havaittu, että noin 40 % potilaista on seuranta-aikana varsin oireettomia, noin 40 % kärsii lievemmistä oireista ja noin 20 % on vaikeammin psykososiaalisesti invalidisoituneita.
- Ennusteen kannalta keskeisiä tekijöitä ovat paniikkioireiden vaikeusaste ja kohtausten tiheys, agorafoobisen välttämiskäyttäytymisen vaikeusaste, samanaikainen masennus, päihteiden käyttö tai persoonallisuushäiriö ja psykososiaalisen sopeutumisen yleinen taso. Kognitiivisten ja behavioraalisten psykoterapioiden myönteiset vaikutukset ovat yleensä havaittavissa vielä pitkään hoitojakson jälkeen. Myös pitkäaikainen paniikkikohtauksilta suojaava lääkehoito parantaa selvästi ennustetta.

Isometsä E, Psykiatria 13.3.17

170717 Paniikkihäiriö

- **Käyttäytymiskokeet ja altistaminen**
- Käyttäytymiskokeita käytetään erityisesti terapian alkuvaiheessa. Niiden avulla pyritään auttamaan potilasta havaitsemaan mekanismeja, jotka johtavat paniikkikohtauksiin sekä kohtausten vaarattomuus. Potilaan kanssa voidaan esimerkiksi harjoitella tarkkaavuuden kohdentamista johonkin ruumiinosaan tai tutkia hänen käyttämiensä turvatoimien vaikutusta oirekokemukseen. Näillä menetelmillä havainnollistetaan oireita vahvistamia noidankehämekanismeja. Samalla tapahtuva altistuminen ahdistuneisuudelle lisää luottamusta siihen, että ahdistuneisuus on kestettävissä.
- Psykoterapiaistunto on erilainen kuin ne tilanteet, joissa potilas kokee paniikkikohtauksia, mikä voi käytännössä vaikeuttaa kohtauksiin liittyvien ajatusten ja tunteiden mieleenpalauttamista. Terapiaistunnoissa voidaan soveltaa mielikuva-harjoittelua, jolla pyritään mahdollisimman elävästi ja yksityiskohtaisesti silmät suljettuina palauttamaan mieleen esimerkiksi viimeisin paniikkikohtaus ja siihen liittyneet sisäiset ja ulkoiset ärsykkeet. Tämä usein lisää hetkellisesti ahdistusta, mutta samalla mahdollistaa tilanteen käsittelyn uudelleen ahdistuksen hallintakeinojen opettelemiseksi.

170717 Paniikkihäiriö

- **Käyttäytymiskokeet ja altistaminen**
- Välttämiskäyttäytymisestä luopumisen kannalta keskeinen hoidon osa on **altistaminen** (*exposure*). Pelkoa aiheuttava ärsyke voi olla sisäinen tai ulkoinen, mutta kummassakin tapauksessa sen kohtaaminen strukturoidussa tilanteessa opettaa potilasta hallitsemaan ahdistuksen tunnetta.
- Oleellista altistushoidossa on, että se toteutetaan hierarkkisesti. Pohjaksi otetaan potilaan oma arvio erilaisista pelkoa aiheuttavista ärsykkeistä lievimmästä pelottavimpaan. Tämän jälkeen terapiaistunnoissa harjoitellaan ensin lievimmän ärsykkeen kohtaamista, minkä jälkeen potilaan kotitehtävänä on harjoitella ärsykkeen kohtaamista ennen seuraavaa terapiaistuntoa. Näin edetään helpoimmasta vaikeimpaan ärsykkeeseen.
- Altistaminen voidaan kohdistaa sekä sisäiseen että ulkoiseen pelkoa aiheuttavaan ärsykkeeseen. Jos potilas esimerkiksi pelkää sydämen tykyttelyä, voidaan harjoitella toimintoja, jotka konkretisoivat potilaalle sen vaarattomuuden. Myös esimerkiksi agorafobiapotilaan pelko kaupan kassajonossa voidaan valita hoidon kohteeksi, jolloin harjoitukset sisältävät lopulta käytännön harjoituksia, joissa potilas käy ostamassa jotakin kyseisestä kaupasta.
- Altistaminen on tehokas hoitokeino pelko-oireiden hoidossa, myös paniikkihäiriöön liittyvässä agorafobiassa.

170717 Paniikkihäiriö

- **Lääkehoito**
- **Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät**
- Selektiivisistä serotoniinin takaisinoton estäjistä, SSRI-lääkkeistä, on tullut paniikkihäiriön hoidossa käytetyin depressiolääkkeiden ryhmä. Paniikkihäiriön hoitoa koskevia lumekontrolloituja kaksoissokkotutkimuksia on tehty kaikista SSRI-ryhmän lääkkeistä, ja niiden tulokset ovat olleet myönteisiä.
- Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät saattavat hoidon alussa parin viikon aikana pahentaa ahdistuneisuutta, varsinkin, jos hoito aloitetaan suoraan hoitoannoksella. Tämän takia on syytä aloittaa hoito pienellä aloitusannoksella, 25–50 % hoitoannoksesta ja kasvattaa lääkeannosta hoitoannoksen suuruiseksi seuraavien 2–4 viikon aikana.
- Hoitoannos vastaa masennuksen hoidossa käytettyä annosta: essitalopraami 10–20 mg, fluoksetiini 20–40 mg/vrk, fluvoksamiini 100–300 mg/vrk, paroksetiini 20–50 mg/vrk, sertraliini 50–200 mg/vrk ja sitalopraami 20–60 mg/vrk.
- Hoito SSRI-lääkkeellä johtaa oireiden remissioon kuukaudessa noin 40 %:lla potilaista, 8–12 viikon aikana noin 60 %:lla ja 5 kuukauden käytön jälkeen noin 85 %:lla.

170717 Paniikkihäiriö

- **Lääkehoito**
- **Muut uudet masennuslääkkeet**
- Myös joidenkin muiden uusien masennuslääkkeiden on osoitettu olevan tehokkaita paniikkihäiriön hoidossa. Tällaisia ovat venlafaksiini hoitoannoksella 75–225 mg/vrk ja mahdollisesti moklobemidi annoksella 300–600 mg/vrk**. Kaikkien masennuslääkkeiden tehoa paniikkihäiriön hoidossa ei ole tutkittu**. Lääkkeiden tehoeroja kartoittavissa tutkimuksissa ovat serotoniinin takaisinottoa estävät lääkkeet yleensä olleet tehokkaampia kuin puhtaasti noradrergisesti vaikuttavat lääkkeet.
- **Trisykliset depressiolääkkeet**
- Trisyklisten masennuslääkkeiden käyttö on jatkuvasti vähentynyt niiden lukuisten haittavaikutusten ja turvallisempien lääkevaihtoehtojen olemassaolon vuoksi. Käyttö on järkevää rajata tilanteisiin joissa muut hoitovaihtoehdot eivät ole olleet tuloksellisia. Hoito on oleellista aloittaa riittävän pienellä annoksella ja kasvattaa annos vähitellen hoitoannoksen suuruiseksi: esimerkiksi aloitetaan 25 mg:n vuorokausiannoksesta ja lisätään annosta 25 mg kerrallaan 3 vuorokauden välein kohti hoitoannosta. Se on yleensä 150–300 mg/vrk mutta määräytyy lääkkeen seerumipitoisuuden mukaan. Tarvittaessa annosta voidaan lisätä vielä hitaammin ja varovaisemmin. Jos hoitoa ei aloiteta varovaisesti, ilmaantuu yleensä voimakkaita haittavaikutuksia ja paradoksaalinen ahdistuneisuus lisääntyy. Arviolta 20–30 % potilaista ei kykene käyttämään trisyklisiä lääkkeitä niiden eri haittavaikutusten vuoksi. Paras näyttö tehosta on klomipramiinista

Isometsä E, Psykiatria 13.3.17

170717 Paniikkihäiriö

- **Bentsodiatsepiinit**
- Bentsodiatsepiineistä alpratsolaamilla ja klonatsepaamilla on osoitettu olevan tehoa paniikkihäiriön hoidossa. Kiistattomasta tehosta huolimatta niitä ei haittavaikutusten ja väärinkäyttövaaran vuoksi suositella paniikkihäiriön pitkäaikaiseksi lääkehoidoksi. Niitä käytetään ainoastaan joskus muiden hoitomuotojen osoituttua tehottomiksi tai soveltumattomiksi.
- Alpratsolaamin aloitusannos on 0,75–1,5 mg/vrk. Hoitoannos on yksilöllinen, mutta pitkäaikainen teho on havaittavissa annoksella on 2–6 mg/vrk. Klonatsepaamin aloitus ja hoitoannokset ovat yhtä suuret kuin alpratsolaamin. Alpratsolaamilla lienee näistä kahdesta lääkkeestä enemmän vaikutusta masennusoireisiin. Molemmilla lääkkeillä saavutetaan masennuslääkkeiden veroinen teho paniikkihäiriön hoidossa, mutta lääkehoitoa lopetettaessa relapsiriski on hyvin suuri, jos lopettamista ei tehdä riittävän pitkän ajan, useiden viikkojen tai kuukausien, kuluessa asteittain.
- **Jos potilaalla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, bentsodiatsepiineja ei tule käyttää.** Haittavaikutuksista tavallisimmat ovat rauhoittava vaikutus hoidon alkuvaiheessa ja psykomotoriikan sekä kognitiiviset häiriöt suuria annoksia käytettäessä.
- Bentsodiatsepiinit ovat nopean tehonsa vuoksi potilaalle yleensä miellyttäviä lääkkeitä hoitoa aloitettaessa, mutta usein ongelmallisia hoitoa lopetettaessa.

Isometsä E, Psykiatria 13.3.17

170717 Paniikkihäiriö

- Lääkehoitoa
- on syytä jatkaa ainakin puolen vuoden ajan oireettomuuden saavuttamisen jälkeen, koska lyhytaikaisen remission jälkeen oireiden uusiutumisen riski on usein varsin suuri. On hyvin tärkeää pyrkiä hoidossa täyteen oireettomuuteen, koska mikäli kohtaukset jatkuvat lievinä lääkehoidosta huolimatta, palautumisriski on lääkehoitoa lopetettaessa erittäin suuri.
- Samoin on hyvin oleellista, että mikäli potilaalla esiintyy julkisten paikkojen pelkoa, hän lääkehoidon yhteydessä myös poisoppii välttämiskäyttäytymisen, muussa tapauksessa uusiutumismahdollisuus on suuri ja hoidosta saavutettu hyöty jää lyhyeksi.
- Paniikkihäiriön lääkehoidon lopettamiseen on varattava riittävästi aikaa, vähintään useita viikkoja, koska sen äkillinen lopettaminen johtaa hyvin todennäköisesti lisääntyvään ahdistuneisuuteen ja häiriön palautumiseen.
- Joidenkin potilaiden lääkehoitoa on syytä jatkaa useiden vuosien ajan, mikäli sairausjaksot ovat olleet pitkäaikaisia, hoidolla ei saavuteta täyttä lievenemistä tai aiemmat lääkehoidon lopettamisyritykset ovat nopeasti johtaneet oireiden palautumiseen.
- Useimpien asiantuntijoiden mielestä on viisainta jatkaa lääkehoitoa pitkäaikaisesti, jos potilaan sairaushistoria on kestänyt vuosikausia ja paniikkikohtaukset ovat aina palanneet lääkehoidon lopettamisen jälkeen. Näin vältetään potilaalle tuskalliset sairauden uusiutumisvaiheet.

Yl juha kemppinen

JULKISTEN PAIKKOJEN PELKO ELI AGORAFOBIA

170717Julkisten paikkojen pelko eli agorafobia

- **Julkisten paikkojen pelko eli agorafobia**
- **Diagnoosi ja kliininen kuva**
- Julkisten paikkojen pelon eli agorafobian luonteenomainen piirre on ahdistuminen sellaisista julkisista paikoista tai tilanteista joista poispääsy voisi olla vaikeaa tai noloa, tai joissa ei olisi apua saatavilla ahdistuneisuusoireiden ilmaantuessa.
- Agorafoobiset pelot koskevat tyypillisesti erityisiä tilanteita, joihin kuuluvat muun muassa poistuminen kotoa yksin, ihmisjoukossa tai jonossa oleminen, sillalla oleminen ja matkustaminen julkisilla kulkuvälineillä tai autolla.
- Agorafobiasta kärsivä henkilö välttelee näitä tilanteita ja kestää niitä vain voimakasta ahdistusta kokien tai seuralaisen läsnäolon turvin.
- Julkisten paikkojen pelko syntyy yleensä ahdistuneisuuskohtausten seurauksena ja voi liittyä paniikkikohtauksiin tai paniikkikohtausta lievempiin ahdistuskohtauksiin.

170717Julkisten paikkojen pelko eli agorafobia

Taulukko 1. Julkisten paikkojen pelon (F40.0) diagnostiset kriteerit.

A	Henkilö pelkää tai välttää vähintään kahta luettelossa mainittua tilannetta tai paikkaa: (1) väkijoukot (2) julkiset paikat (3) yksin matkustaminen (4) kotoa lähteminen

170717Julkisten paikkojen pelko eli agorafobia

B

Pelkoa aiheuttavassa tilanteessa on ilmennyt vähintään kaksi ahdistusoiretta yhtäaikaisesti ainakin kerran ja toisen oireen täytyy olla jokin kohtien 1–4 oireista:

Autonomiset oireet
(1) sydämentykytys tai sydämen hakkaamisen tunne tai kohonnut pulssi
(2) hikoilu
(3) vapina
(4) suun kuivuminen, joka ei johdu nestehukasta tai lääkityksestä

Rinnan ja vatsan alueen oireet
(5) hengitysvaikeudet
(6) tukehtumisen tunne
(7) rintakipu tai epämiellyttävä tunne rinnassa
(8) pahoinvointi tai vatsakipu (esim. vatsanväänteet)

Psyykkiset oireet
(9) pyörryttävä, huimaava, sekava tai epävakainen olotila
(10) tunne siitä, että ympäristö on epätodellinen (derealisaatio) tai että itse on kuin jossain kaukaisuudessa tai "poissa tästä maailmasta" (depersonalisaatio)
(11) itsehallinnan menettämisen, sekoamisen tai tajunnan menettämisen pelko
(12) kuolemanpelko

Yleisoireet
(13) kuumat aallot tai vilunväristykset
(14) ihon puutuminen tai pistely

170717Julkisten paikkojen pelko eli agorafobia

C

Ahdistuneisuus- tai välttämisoireet aiheuttavat huomattavaa tuskaisuutta ja henkilö tunnistaa, että oireet ovat tilanteisiin nähden kohtuuttomia tai epätarkoituksenmukaisia.

D

Oireet rajoittuvat kokonaan tai pääasiassa pelkoa aiheuttaviin tilanteisiin tai niiden ajattelemiseen.

E

Tavallisimmat poissulkudiagnoosit: Pelko tai välttämiskäyttäytyminen ei johdu harhaluuloista, aistiharhoista, elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00–F09), skitsofreniaryhmän häiriöstä (F20–F29), mielialahäiriöstä (F30–F39) tai pakko-oireisesta häiriöstä (F42) eikä se liity kulttuurin mukaisiin uskomuksiin.

170717Julkisten paikkojen pelko eli agorafobia

Huom!
Joissakin tapauksissa ahdistusoiretta ei ole, koska henkilö välttää ahdistusta aiheuttavia tilanteita. Masentuneisuus, pakko-oireet, sosiaalisten tilanteiden pelko tai depersonalisaatio-oireet eivät poissulje tätä diagnoosia. Mikäli masennus on selkeästi ensisijainen oire, käytetään masennusdiagnoosia.

F40.00 Julkisten paikkojen pelko; ilman samanaikaista paniikkihäiriötä
F40.01 Julkisten paikkojen pelko; samanaikainen paniikkihäiriö.

170717Julkisten paikkojen pelko eli agorafobia

- **Hoito**
- Julkisten paikkojen pelon hoitoa koskeva tutkimus on keskittynyt hyvin pitkälti sen potilasryhmän tutkimiseen, jolla agorafobiaa esiintyy paniikkihäiriön yhteydessä. Tämä on myös se potilasryhmä joka eniten hakee terveydenhuollosta hoitoa ahdistuneisuushäiriöönsä. Heidän hoidossaan käytettäviä psykoterapeuttisia ja lääkkeellisiä hoitoja on käsitelty paniikkihäiriötä käsittelevässä kappaleessa.
- Agorafobian ilman samanaikaista paniikkihäiriötä hoidosta on hyvin vähän hoitokokeisiin perustuvaa tietoa. Kognitiivisen psykoterapian menetelmiä ja erityisesti altistushoitoa voitaneen turvallisesti soveltaa myös tässä potilasryhmässä. Masennuslääkehoito soveltunee harkitusti käytettäväksi tilanteissa joissa ahdistuneisuuden oirekuva on lähellä paniikkihäiriötä.

Yl juha kemppinen

PAKKO-OIREISET HÄIRIÖT

020817 Pakko-oireinen häiriö

Taulukko 8. Pakko-oireiset häiriöt.

Pakko-oireinen eli obsessiivis-kompulsiivinen häiriö
Hamstrausoireyhtymä (*hoarding disorder*)
Dysmorfinen ruumiinkuva -häiriö (*body dysmorphic disorder*)
Karvojennyppimishäiriö eli trikotillomania
Ihonnyppimis- eli ekskoriaatiohäiriö
Kemialliseen aineeseen tai lääkkeeseen liittyvä pakko-oireinen häiriö
Somaattisen sairauden indusoima pakko-oireinen häiriö
Muu määritelty pakko-oireinen häiriö
Tarkemmin määrittelemätön pakko-oireinen häiriö

, Psykiatria 13.3.17

020817 **Pakko-oireinen häiriö**

- **Pakko-oireinen häiriö**
- Lääkärin käsikirja
- 15.6.2016 • Viimeisin muutos 15.6.2016
- Ulla Lepola, Esa Leinonen ja Hannu Koponen
- **Keskeistä**
- Pakko-oireinen häiriö alkaa yleensä 20 v:n iässä, kolmasosalla potilaista kuitenkin jo nuoruusiässä. Häiriö on useimmiten krooninen.
- Kysy pakkotoiminnoista ja -ajatuksista erityisesti masennuksesta ja ahdistuksesta kärsiviltä potilailta.
- Tehokkaita hoitomuotoja ovat kognitiivinen käyttäytymisterapia sekä SSRI-lääkkeet ja klomipramiini, suurehkoilla annoksilla ja vastetta riittävän pitkään seuraten.

020817 **Pakko-oireinen häiriö**

- **Pakko-oireinen häiriö**
- **Tausta**
- Geneettiset tutkimukset, uudet kuvantamismenetelmät ja psykokirurgialla saadut tulokset viittaavat biologisiin syihin.
- Serotonergistä järjestelmää on alettu tutkia tämän häiriön yhteydessä, koska serotoniiniselektiivisillä lääkkeillä on saatu hyvä hoitovaste.
- Aiheuttajageenejä ei ole toistaiseksi tunnistettu, mutta joissakin tapauksissa perimällä näyttää olevan yhteyttä häiriön syntyyn. Lapsuusiällä alkava tautimuoto esiintyy suvuittain (toisinaan yhdessä tic-oireiden kanssa).

020817 **Pakko-oireinen häiriö**

- **Pakko-oireinen häiriö**
- **Kliininen kuva**
- Pakko-oireinen häiriö luetaan nykyisessä ICD-10-tautiluokituksessa ahdistuneisuushäiriöihin. DSM-5:ssa se muodostaa yhdessä pakko-oireisen kirjon häiriöiden kanssa oman kokonaisuutensa.
- Pakko-oireiseen häiriöön kuuluu joko pakkoajatuksia tai pakkotoimintoja. Pakkoajatukset ja -toiminnot ovat toistuvia ja epämiellyttäviä.
- Henkilö ymmärtää ajatusten olevan hänen oman mielensä tuotetta.
- Tavallisia pakkoajatuksia ovat
  - tartunnan pelko, lian välttäminen, bakteerikammo
  - itsensä tai muiden vahingoittamisen pelko
  - hallinnan menettämisen pelko
  - tunkeilevat seksuaaliset kuvitelmat
  - ylenpalttiset uskonnolliset tai moraaliset epäilyt
  - kielletyt ajatukset
  - tarve pitää asiat tietyllä tavalla
  - pakonomainen tarve kertoa, kysyä tai tunnustaa

020817 **Pakko-oireinen häiriö**

- **Pakko-oireinen häiriö**
- **Kliininen kuva (jatkuu)**
- Tavallisia pakkotoimintoja ovat
  - peseminen, toistaminen, tarkistaminen, laskeminen
  - tavaroiden järjestäminen, hamstraaminen tai säästäminen.
- Pakkotoiminnot tapahtuvat ja toistuvat usein jäykän kaavamaisesti. Niiden tarkoituksena on lievittää epämiellyttäväksi koettua asiaa. Henkilö ymmärtää useimmiten, että käyttäytyminen on järjenvastaista.
- Pakko-oireet aiheuttavat henkilölle ahdistusta, ovat aikaa vieviä (yli tunnin päivässä) tai häiritsevät jokapäiväistä elämää.
- Usein oireisto on pitkäaikainen, jopa elinikäinen. Monesti oireet lievenevät ajan myötä, mutta voivat osalla potilaista myös etenevästi pahentua. Oireet vaihtelevat lähes huomaamattomista vakavaa kärsimystä aiheuttaviin.
- Pakko-oireinen häiriö on alidiagnosoitu ja -hoidettu, koska potilaat voivat pyrkiä salaamaan oireitaan tai he eivät tunnista niitä sairaalloisiksi.

020817 **Pakko-oireinen häiriö**

- Y-BOCS
- http://healthnet.umassmed.edu/mhealth/YBOCSymptomChecklist.pdf

020817 **Pakko-oireinen häiriö**

- **Pakko-oireinen häiriö**
- **Erotusdiagnoosi**
- Moniin psykiatrisiin sairauksiin liittyy pakkoajatuksia, mutta ei yleensä pakkotoimintoja. Pakkotoimintojen ilmeneminen tukee pakko-oireisen häiriön diagnoosia.
- Nykimishäiriöt (Touretten syndrooma ja muut tic-oireistot; ks. «Tic-häiriöt lapsuusiässä»1) voivat muistuttaa pakko-oireista häiriötä. Etenkin lapsuusiässä alkaneissa häiriöissä tic- ja pakko-oireet esiintyvät usein yhdessä.
- Yleisessä ahdistuneisuudessa ahdistuksen sisältö on potilaalle realistinen, mutta pakko-oireissa ei yleensä ole mielekästä sisältöä.
- Pakko-oireisilla potilailla on aika ajoin paniikkikohtauksia, mutta ne ovat toissijaisia obsessiivisiin pelkoihin nähden.
- Pakko-oireinen häiriö ja masennus esiintyvät usein yhdessä aikuisilla, lapsilla ja nuorilla harvemmin.

020817 **Pakko-oireinen häiriö**

- **Pakko-oireinen häiriö**
- **Erotusdiagnoosi (jatkuu)**
- **Syömishäiriöt ja skitsofrenia** ilmenevät tavallista useammin pakko-oireisen häiriön kanssa. Toisin kuin psykoosissa, pakko-oireisessa häiriössä potilas tunnistaa mikä on todellista ja mikä ei.
- Lapsilla ja nuorilla pakko-oireinen häiriö voi aiheuttaa tai pahentaa käytöshäiriöitä ja vaikeuttaa keskittymistä ja tarkkaavaisuutta.
- Vaikka stressi voi vaikeuttaa pakko-oireista häiriötä, oireita esiintyy stressistä riippumatta.
- Pakko-oireisesta häiriöstä kärsivät hakeutuvat vastaanotolle yleensä ahdistuneisuuden tai masentuneisuuden takia eivätkä niinkään pakkoajatusten tai pakkotoimintojen takia. Ahdistuneille ja masentuneille **potilaille esitetyillä lyhyillä kysymyksillä** toistuvasta käsienpesupakosta, tarkistuspakosta ja pakkoajatuksista tunnistetaan n. 80 % pakko-oireista häiriötä sairastavista.
- Vain pienellä osalla pakko-oireista häiriötä sairastavista on obsessiivis-kompulsiivinen persoonallisuushäiriö. Tällä tarkoitetaan persoonallisuustyyppiä, jolle on tyypillistä sääntöjen ja aikataulujen hallitsevuus elämässä, perfektionismi, jäykkyys ja joustamattomuus.

020817 **Pakko-oireinen häiriö**

- **Pakko-oireinen häiriö**
- **Muut samanaikaiset häiriöt**
- Pakko-oireisen häiriön kanssa esiintyviä psykiatrisia häiriöitä ovat
  - ahdistuneisuushäiriöt (paniikkihäiriö tai sosiaalinen pelko)
  - depressio/dystymia
  - käyttäytymis- tai tarkkaavaisuushäiriöt (esim. ADHD)
  - oppimisvaikeudet
  - nykimishäiriö
  - trikotillomania (karvojennyppimishäiriö)
  - ruumiinkuvahäiriö.

020817 **Pakko-oireinen häiriö**

- **Hoito**
- Potilaan informointi on keskeistä, jotta potilas ja perhe voivat oppia tulemaan toimeen oireiden kanssa ja välttämään niiden haittoja.
- Kognitiivisella ja käyttäytymisterapialla on saatu hyviä tuloksia «Psychological treatments derived from cognitive behavioural models appear to be an effective treatment for adult patients with obsessive-compulsive disorder.»B.

020817 **Pakko-oireinen häiriö**

- **Hoito**
- Serotoniinijärjestelmään vaikuttavat lääkkeet ovat osoittautuneet tehokkaimmaksi hoitomuodoksi «SSRIs are at least in the short-term moderately effective for obsessive compulsive disorder (OCD), but treatment decisions need to take account of the potential adverse effects.»A. Vaste lääkehoitoon ei riipu potilaan masentuneisuudesta.
- SSRI-lääkkeiden annostus on suurempi kuin depression hoidossa, annosta nostetaan hitaasti. Käytettyjä lääkkeitä ovat
  - essitalopraami (10–20 mg/vrk)
  - fluoksetiini (5–60 mg/vrk)
  - paroksetiini (10–40 mg/vrk)
  - sitalopraami (20–60 mg/vrk)
  - sertraliini (50–150 mg/vrk).

020817 **Pakko-oireinen häiriö**

- **Pakko-oireinen häiriö**
- **Hoito (jatkuu)**
- Klomipramiini tehoaa 50–85 %:iin potilaista kontrolloiduissa tutkimuksissa. Aloitusannos on 25 mg. Annosta lisätään jopa suuremmaksi (ad 150–200 mg/vrk) kuin depressiota hoidettaessa. Klomipramiini voi olla myös käyttökelpoinen lääkevastetta tehostava lisälääke SSRI-valmisteen rinnalla annoksella 25–75 mg vuorokaudessa. Hoitovasteen jäädessä vajaaksi ovat muita mahdollisia hoidon tehostamislääkkeitä toisen polven psykoosilääkkeet (esim. risperidoni tai aripipratsoli) tai klomipramiinin ja aripipratsolin yhdistelmä.
- Vaste voi ilmaantua hitaasti (2–3 kk:n kuluessa) ja lisääntyä jopa siihen saakka, kun hoidon aloituksesta on kulunut vuosi.
- Lääkehoitoa tulisi jatkaa ainakin 1.5 vuotta; usein tarvitaan jopa elinikäistä lääkitystä.

020817 **Pakko-oireinen häiriö**

- **Pakko-oireinen häiriö**
- **Hoito (jatkuu)**
- Oireiden uusiutuminen on hyvin tavallista, kun lääkitys lopetetaan, etenkin jos potilas ei ole saanut kognitiivista käyttäytymisterapiaa (CBT). Pysyvä lääkitys on tarpeen, etenkin jos terapiaan ei ole mahdollisuuksia.
- Muilla trisyklisillä masennuslääkkeillä ei ole vaikutusta pakko-oireisiin. Psykoosilääkkeitä voidaan käyttää SSRI-lääkkeiden lisälääkityksenä «In obsessive compulsive disorder adding quetiapine or risperidone to antidepressants may increase treatment efficacy.»C, ja niillä voidaan lievittää tic-oireita.
- Lääkehoito kannattaa usein yhdistää kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Vaikeimmissa tapauksissa voi magneettistimulaatiohoito muun hoidon rinnalla parantaa vastetta.

Yl juha kemppinen

ÄKILLINEN STRESSIREAKTIO JA TRAUMAPERÄINEN STRESSIHÄIRIÖ

020817 **Äkillinen stressireaktio ja traumaperäinen stressihäiriö**

- **Äkillinen stressireaktio ja traumaperäinen stressihäiriö**
- Lääkärin käsikirja
- 13.5.2016 • Viimeisin muutos 13.5.2016
- Matti Ponteva
- **Keskeistä**
- Epätavallisen voimakkaan traumaattisen tapahtuman tavallisimmat psyykkiset seuraamukset jaetaan stressireaktioihin ja stressihäiriöihin.
  - Stressireaktiot ovat periaatteessa normaaleja ilmiöitä riittävän voimakkaan stressin jälkeen eivätkä ne välttämättä vaadi lääketieteellistä hoitoa.
  - Stressihäiriöihin lääkäriltä yleensä edellytetään hoidollista kannanottoa.
- Muista traumaperäisen stressihäiriön mahdollisuus henkilöllä, joka on enintään 6 kk aiemmin kokenut epätavallisen voimakkaasti psyykkisesti vaikuttaneen tapahtuman tai tilanteen

020817 **Äkillinen stressireaktio ja traumaperäinen stressihäiriö**

- **Äkillinen stressireaktio ja traumaperäinen stressihäiriö**
- **Epidemiologia**
- Laajamittaisen äkillisen onnettomuuden jälkeen 50–90 % mukana olleista saa ainakin lyhytkestoisen stressisokin, joka useimmiten täyttää *äkillisen stressireaktion* diagnostiset kriteerit. Alkuvaiheen oireilu ei välttämättä ennusta pitkäaikaishäiriön kehittymistä.
- *Traumaperäisen stressihäiriön* ilmaantuvuudeksi koko eliniän aikana on arvioitu yhteisöstä ja sukupuolesta riippuen keskimäärin 1–11 %. Lisäksi jopa 15 % väestöstä on voinut kokea häiriön osittaisia ilmenemismuotoja. Erityisesti altistuneissa väestöryhmissä osuudet voivat olla huomattavasti suuremmat.
- Stressihäiriöitä esiintyy kaikenikäisillä, myös lapsilla.
- Tyypillisiä syitä ovat suuronnettomuudet, sota- ja terrorismikokemukset, väkivallan kohteeksi joutuminen tai väkivallan näkeminen, naisilla erityisesti raiskaus.
- Selvällä enemmistöllä traumaperäistä stressihäiriötä sairastavista on elinaikanaan myös jokin muu mielenterveyden häiriö, useimmiten mielialahäiriö tai alkoholismi. Kahdenkin oheishäiriön esiintyminen on tavallista.

020817 **Äkillinen stressireaktio ja traumaperäinen stressihäiriö**

- **Äkillinen stressireaktio ja traumaperäinen stressihäiriö**
- **Epidemiologia**
- Laajamittaisen äkillisen onnettomuuden jälkeen 50–90 % mukana olleista saa ainakin lyhytkestoisen stressisokin, joka useimmiten täyttää *äkillisen stressireaktion* diagnostiset kriteerit. Alkuvaiheen oireilu ei välttämättä ennusta pitkäaikaishäiriön kehittymistä.
- *Traumaperäisen stressihäiriön* ilmaantuvuudeksi koko eliniän aikana on arvioitu yhteisöstä ja sukupuolesta riippuen keskimäärin 1–11 %. Lisäksi jopa 15 % väestöstä on voinut kokea häiriön osittaisia ilmenemismuotoja. Erityisesti altistuneissa väestöryhmissä osuudet voivat olla huomattavasti suuremmat.
- Stressihäiriöitä esiintyy kaikenikäisillä, myös lapsilla.
- Tyypillisiä syitä ovat suuronnettomuudet, sota- ja terrorismikokemukset, väkivallan kohteeksi joutuminen tai väkivallan näkeminen, naisilla erityisesti raiskaus.
- Selvällä enemmistöllä traumaperäistä stressihäiriötä sairastavista on elinaikanaan myös jokin muu mielenterveyden häiriö, useimmiten mielialahäiriö tai alkoholismi. Kahdenkin oheishäiriön esiintyminen on tavallista.

020817 **Äkillinen stressireaktio**

- **Äkillinen stressireaktio**
- **Oireet**
- Tunnin kuluessa stressitilanteesta ilmeneviä yleistyneen ahdistuneisuushäiriön fyysisiä ja psyykkisiä oireita sekä mahdollisesti mm. sosiaaliseen käyttäytymiseen tai mielialaan liittyviä erityisoireita, jotka alkavat vaimentua altistuksen päätyttyä viimeistään 8 t:n ja altistuksen jatkuessa 48 t:n kuluessa.
- Oireet kestävät yleensä enintään 3 vrk.
- **Erotusdiagnostiikka ja tutkimukset**
- Vastaavia äkillisiä oireita aiheuttava fyysinen sairaus, myrkytys tai vamman komplikaatio
- Paniikkihäiriö
- Diagnoosi perustuu potilaan tarkkailuun ja kuuntelemiseen.
- **Hoito**
- Laajamittaisen stressitapahtuman jälkeen noudatetaan jäljempänä esitettäviä yleisperiaatteita.
- Nukkumishäiriöön ja ahdistuneisuusoireisiin voidaan käyttää muutamana päivänä nukahtamislääkkeitä tai lyhytvaikutteisia bentsodiatsepiineja.

020817 **Äkillinen stressireaktio**

- **Äkillinen stressireaktio**
- **Akuutti stressihäiriö (DSM-5)**
- **Oireet**
- Kuten traumaperäisessä stressihäiriössä, mutta esiintymisajankohta on 2–28 vrk stressitapahtumasta ja lisäksi usein esiintyy myös dissosiatiivisia oireita.
- **Hoito**
- Voimakkaiden stressivasteiden rauhoittaminen, kontaktin ja psykososiaalisen tuen tarjoaminen, selviytymiskeinojen tukeminen
- Vaikeissa tapauksissa masennuslääkityksen ja/tai fokusoidun kognitiivisen psykoterapian aloittaminen kuten traumaperäisessä stressihäiriössä

020817 **Äkillinen stressireaktio**

- **Äkillinen stressireaktio**
- **Psyykkinen ensi- ja jälkihoito laajamittaisen järkyttävän tapahtuman jälkeen**
- **Yleiset periaatteet**
- Nopeus
- Läheisyys
- Yksinkertaisuus
- Tavoitteellisuus

020817 **Äkillinen stressireaktio**

- **Psykologisen ensiavun yleisiä periaatteita**
- Auta ihmisiä perustarpeittensa saavuttamisessa (ruoka, suoja, kiireellinen lääketieteellinen hoito).
- Kuuntele ihmisiä, jotka haluavat jakaa kokemuksensa. Muista, ettei ole olemassa "oikeaa" ja "väärää" tapaa tuntea tai kokea tapahtumia.
- Pyri olemaan ystävällinen, myötäelävä ja realistisesti toiveikas silloinkin, kun ihmiset ovat käytökseltään hankalia tai vaativia.
- Välitä mahdollisimman tarkkaa tietoa onnettomuudesta tai katastrofista sekä pelastustoimista.
- Auta ihmisiä saamaan kontakti ystäviinsä ja rakkaisiinsa.
- Pidä perheen jäsenet yhdessä aina kun se on mahdollista.
- Anna käytännöllisiä neuvoja, jotka auttavat ihmisiä auttamaan itse itseään.
- Kannusta ja ohjaa ihmisiä huolehtimaan mahdollisuuksien mukaan omista tarpeistaan.
- Opasta ihmisiä ottamaan kontakti paikallisiin viranomaisiin ja järjestöihin.
- Muistuta ihmisiä, että apu ja tuki on tulossa (jos tiedät näin olevan).

020817 **Äkillinen stressireaktio**

- **Äkillinen stressireaktio**
- **Psyykkinen ensi- ja jälkihoito laajamittaisen järkyttävän tapahtuman jälkeen**
- **Toimintaohjeita erityisesti lääkärille**
- Ota mahdollisuuksien mukaan huomioon uhrin monivammaisuus sekä jo ennen onnettomuutta ollut fyysinen tai psyykkinen sairaus.
- Delegoi psykologisen ensiavun antaminen auttajaorganisaatioihin kuuluville koulutetuille maallikoille niin laajasti kuin mahdollista.
- Siirrä vaikean stressisokin saaneet kriisityöryhmän hoidettavaksi ja tarkkailtavaksi erityiseen hoitopaikkaan. Yritä tunnistaa paniikkialttiit uhrit "tartunnan" ehkäisemiseksi.
- Ole pidättyväinen psyykenlääkkeiden käytössä äläkä anna käyttää alkoholia lääkkeenä.
- Käyttäydy rauhallisesti ja ole esimerkkinä muille.

020817 **Äkillinen stressireaktio**

- **Äkillinen stressireaktio**
- **Psyykkinen ensi- ja jälkihoito laajamittaisen järkyttävän tapahtuman jälkeen**
- **Jälkihoidon järjestäminen**
- Lääketieteellis-psykologisen intervention eli psyykkisen jälkihoidon järjestäminen kuuluu terveydenhuoltohenkilöstölle. Tähän sisältyvän henkisen tuen antamisessa voidaan edelleen tukeutua maallikkoauttajiin.
- Uhrien omatoimista selviytymistä edistetään kirjallisella ja sähköisellä tiedottamisella, järjestämällä tiedotus- ja keskustelutilaisuuksia yms.
- Jo alkuvaiheessa vakavista stressioireista kärsiviksi todetut yksilöt ohjataan terveyskeskuksen, uhrin oman työpaikkaterveydenhuollon tai vastaavan kriisiryhmän hoitoon.
- Vaikean pelastustilanteen jälkeen järjestetään pelastus- ja terveydenhuoltohenkilöstölle *purkukeskustelu (defusing)* jo tapahtumapäivänä tai vuorokauden kuluessa sekä *demobilisaatio* pelastustoiminnan lopullisesti päättyessä.
- Toimineesta henkilöstöstä koostuville ryhmille (à 10–15 henkeä) voidaan tarvittaessa järjestää *psykologinen jälkipuinti (debriefing)* 1–5 vrk:n kuluttua tapahtumasta etenkin silloin, kun ryhmä tulee jatkossakin toimimaan samassa kokoonpanossa. Tällöin psykologinen jälkipuinti voi edistää ryhmän myöhempää toimintakykyä.

020817 **Äkillinen stressireaktio**

- **Äkillinen stressireaktio**
- **Psyykkinen ensi- ja jälkihoito laajamittaisen järkyttävän tapahtuman jälkeen**
- **Jälkihoidon järjestäminen (jatkuu)**
- Joissain tapauksissa psykologisesta jälkipuinnista voi olla hyötyä myös homogeeniselle uhriryhmälle, esim. teollisuuslaitoksen työntekijöille, jotka jatkavat onnettomuuden jälkeen toimintaansa samassa yhteisössä. Muuhun kuin virantoimitukseen kuuluvaan jälkipuintiin osallistuminen on täysin vapaaehtoista.
- Jälkipuinnilla ei voida korvata yksilöllisen kriisihoidon tarvetta eikä ole näyttöä siitä, että jälkipuinti ehkäisisi traumaperäisen stressihäiriön myöhempää ilmaantumista «Single session individual psychological debriefing appears to be no useful for the prevention of post-traumatic stress disorder after traumatic incidents.»B.

020817 **Äkillinen stressireaktio**

- **Äkillinen stressireaktio**
- **Psyykkinen ensi- ja jälkihoito laajamittaisen järkyttävän tapahtuman jälkeen**
- **Jälkihoidon järjestäminen (jatkuu)**
- Jälkipuintia ei tule käyttää jälkihoitona ns. tavanomaisten järkyttävien tapahtumien jälkeen, jolloin riittävä tiedottaminen, ohjaus ja keskustelumahdollisuus asiantuntijan kanssa on yleensä katsottava asianmukaiseksi tueksi uhreille ja heidän omaisilleen.
- Lähinnä ryhmämuotoisena jatkohoitona voidaan järjestää ammatillisesti johdettua vertaistukea.
- Sosiaalista neuvontaa, huoltoa tai muuta tukea tarvitsevat ohjataan sosiaalisen tuen palvelujen piiriin.
- Psykososiaalisten haittojen jatkuessa kuntoutusjärjestelyihin tulisi ottaa kantaa jo varhain. Spesifistä traumaperäisen stressihäiriön kuntoutusta on edelleen heikosti saatavissa.

020817 **Traumaperäinen stressihäiriö**

- **Traumaperäisen stressihäiriön oireet ja diagnostiikka**
- **Oireet**
- Traumaattisen tapahtuman jatkuva uudelleen kokeminen
  - Toistuvat, ahdistavat muistikuvat tapahtumasta
  - Tapahtumaan liittyvät painajaisunet
  - Hetkelliset takaumat ja toistumiskokemukset
  - Voimakas ahdistuneisuus tapahtumasta muistuttavissa tilanteissa
  - Fysiologiset reaktiot traumaattisesta tapahtumasta muistuttaviin ärsykkeisiin
- Traumaan liittyvien asioiden välttely ja reagointiherkkyyden turtuminen
  - Pyrkimys välttää traumaattiseen tapahtumaan liittyviä ajatuksia, tuntemuksia, toimintoja, paikkoja tai ihmisiä
  - Kykenemättömyys muistaa keskeisiä asioita tapahtumasta
  - Yleisen kiinnostuksen lasku, vieraantuneisuuden tunne, tunneilmaisujen rajoittuneisuus, tulevaisuuden näkymien kapeutuminen

020817 **Traumaperäinen stressihäiriö**

- **Traumaperäisen stressihäiriön oireet ja diagnostiikka**
- **Oireet (jatkuu)**
- Jatkuvat psyykkisen herkistymisen ja ylivireyden oireet
  - Nukahtamis- ja unessapysymisvaikeudet
  - Ärtyisyys tai vihanpurkaukset
  - Keskittymisvaikeudet
  - Korostunut varuillaanolo
  - Liiallinen säpsähtely
- Vuonna 2013 käyttöön tulleessa **DSM-5:ssä on omiksi oireryhmiksi otettu myös negatiiviset kognitiiviset ja mielialan muutokset**.
- Oireilun tulee yleensä **olla kestänyt vähintään 4 viikkoa**, jotta se katsottaisiin diagnostiseksi.
- **Traumaattisen tapahtuman ja oireilun alkamisen välinen aika ei saisi ylittää 6 kk:ta**, koska syy-yhteyden toteaminen tämän jälkeen on usein jo arvailua.
- Häiriön syntyminen edellyttää, että henkilö on kohdannut tapahtuman, joka todennäköisesti aiheuttaisi voimakasta ahdistuneisuutta kenelle tahansa.

020817 **Traumaperäinen stressihäiriö**

- **Traumaperäisen stressihäiriön oireet ja diagnostiikka**
- Traumaperäinen stressihäiriö
- Käypä hoito -suositus | Julkaistu: 17.12.2014
- http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=92F8A0C0459B7F0826AC98602D95423C?id=hoi50080

020817 **Traumaperäinen stressihäiriö**

TAULUKKO 1. Traumaattisten tilanteiden jälkeisten mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys [8, 18, 19, 24, 25, 28–30].

Traumaattinen tilanne	Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys (%)
”Tavallinen” onnettomuus, ei fyysistä vammaa	alle 1
Vakava järkytystilanne (ei fyysistä vammaa) vuoden kuluessa	2–10
Luonnon aiheuttama suuronnettomuus	10–30
Ihmisen toiminnasta aiheutunut suuronnettomuus	15–40
Psyykkisen sairastavuuden lisäys noin yhden vuoden aikana luonnon aiheuttaman suuronnettomuuden jälkeen [25]	17
Sotakokemukset (Yhdysvallat, Vietnam)	15–35
Erittäin vaikeat sotakokemukset, sotavankeus	50–80
Erityisen vaikea onnettomuus, jossa myös pitkäkestoinen fyysinen stressi (esimerkiksi kaivossortuma, haaksirikko)	80–90
Pitkäaikainen keskitysleirivankeus	100
Traumaperäinen stressihäiriö voi olla tavallisin mielenterveydellinen seuraamus kertaluonteisen yllättävän stressitapahtuman jälkeen, jossa ei ole syntynyt fyysisiä vammoja. Pysyvään fyysiseen vammautumiseen johtaneen tapahtuman jälkeen masennushäiriöt ovat tavallisimpia. Äärimmäisen, pitkäaikaisen rasituksen seurauksena voi lopulta ilmaantua persoonallisuuden muutos, jossa PTSD saattaa esiintyä välivaiheena.	

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=92F8A0C0459B7F0826AC98602D95423C?id=hoi50080

020817 **Traumaperäinen stressihäiriö**

- Käyttökelpoisia seulontamenetelmiä ovat esimerkiksi
  - Trauma Screening Questionnaire (TSQ)
  - The Impact of Event Scale (IES-22)
  - PTSD -checklist PCL-C.

    http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/hoi/hoi50080a.pdf
    http://www.tukinainen.fi/e_kirja_1/ies_lomake.pdf
    https://www.mirecc.va.gov/docs/visn6/3_PTSD_CheckList_and_Scoring.pdf

taan noin kuukausi trauman jälkeen, koska liian varhainen seulonta antaa liikaa vääriä positiivisia tuloksia [39].

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=92F8A0C0459B7F0826AC98602D95423C?id=hoi50080

020817 **Traumaperäinen stressihäiriö**

Bentsodiatsepiinit ja muut anksiolyytit

- Bentsodiatsepiineista ei niukan tutkimusnäytön perusteella ole hyötyä traumaperäisen stressihäiriön hoidossa [59].
  - Joissakin tilanteissa niillä voidaan kuitenkin lyhytaikaisesti lievittää tuskaisuutta ja ahdistuneisuutta.
  - Pitkäaikaiskäytössä lääkeriippuvuuden riski on huomattava.
- Pregabaliinia ei ole tutkittu satunnaistetuin kontrolloiduin tutkimuksin traumaperäisen stressihäiriön hoidossa [100].
- Traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivien unettomuutta tulee ensisijaisesti hoitaa unettomuuden yleisten hoitoperiaatteiden mukaisesti. Ks. lisätietoja Käypä hoito -suosituksesta Unettomuuden hoito.
  - Pratsosiinia on tutkittu vaikeaan traumaperäiseen stressihäiriöön liittyvien painajaisunien hoidossa, mutta tulokset ovat olleet ristiriitaisia [101].

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=92F8A0C0459B7F0826AC98602D95423C?id=hoi50080

020817 **Traumaperäinen stressihäiriö**



KUVA 1. Psykososiaalisen tuen ja palvelujen periaate.
Lähde: Castrén M, Ekman S, Martikainen M, Sahi T, Söder J (toim.) Suuronnettomuusopas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2006, s. 123.
Julkaistaan Kustannus Oy Duodecimin luvalla.

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=92F8A0C0459B7F0826AC98602D95423C?id=hoi50080

020817 **Traumaperäinen stressihäiriö**

Laatukriteerit

- Onko jokaisella voimakkaan psyykkisen järkytyksen kokeneella mahdollisuus saada asiantuntijan arvio hoidontarpeesta, jos hänellä esiintyy ASD:n tai PTSD:n oireita?
- Erityisen laajan traumaattisen tapahtuman jälkeen hoitoa tarvitsevien löytämiseen on aiheellista käyttää seulontamenetelmiä. Näiden suositeltavin toimeenpanoaika on noin kuukausi trauman jälkeen. Onko traumaperäisten häiriöiden tunnistaminen ja hoitoonohjaus otettu huomioon toimintayksikkönne valmiussuunnitelmassa?
- Onko diagnosoidusta PTSD:stä kärsiville, joille alkuvaiheen tavanomainen hoito ja psykososiaalinen tuki ei ole riittänyt, tarjottu vaikuttavia psykoterapiamenetelmiä?

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=92F8A0C0459B7F0826AC98602D95423C?id=hoi50080

020817 **Traumaperäinen stressihäiriö**

- Jos vaste psykoterapiaan on jäänyt puutteelliseksi tai potilas ei ole ollut halukas psykoterapeuttiseen hoitoon, onko hänelle tarjottu masennuslääkehoitoa tai yhdistettyä lääkitystä ja psykoterapiaa, jos hän on siihen motivoitunut?
- Onko vaativa hoidon tarpeen arviointi ja hoito toteutettu erikoislääkärin ohjauksessa? Onko hoidettujen paranemista seurattu?
- Keskeisiä aihealueen kirjallisuusviitteitä on sähköisessä tausta-aineistossa.

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=92F8A0C0459B7F0826AC98602D95423C?id=hoi50080

020817 **Traumaperäinen stressihäiriö**

- **Traumaperäisen stressihäiriön oireet ja diagnostiikka**
- **Erotusdiagnostiikka**
- Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö ilman stressitapahtuman vaikutusta
- Paniikkihäiriö
- Dissosiaatiohäiriö
- Määräkohteinen pelkohäiriö
- Pitkittynyt masennusreaktio trauman jälkeen
- Sopeutumishäiriöt ja muut reaktiot vaikeaan stressiin
- Stressialtistuksen aiheuttama muun psyykkisen häiriön uusiutuminen

020817 **Traumaperäinen stressihäiriö**

- **Traumaperäisen stressihäiriön oireet ja diagnostiikka**
- **Erotusdiagnostiset tutkimukset**
- Huolellinen potilashaastattelu ja oirekysely mielellään standardoituja kyselylomakkeita käyttäen
- Kliinisen psykologin tutkimus
- Autonomisen hyperaktiivisuuden fyysisten syiden poissuljenta (esim. kilpirauhasen liikatoiminta, adrenaliinin liikatuotannon aiheuttavat tekijät, stimulanttien käyttö)

020817 **Traumaperäinen stressihäiriö**

- **Traumaperäisen stressihäiriön hoito**
- **Psykoterapia evd**
- Psykoterapeuttisen elementin sisältävä hoitosuhde terveyskeskuksessa, työterveyshuollossa tms. Tämä edellyttää seurantaa ja keskustelumahdollisuutta kriisiauttamiseen perehtyneen henkilöstön kanssa, mutta ei vielä ammattikoulutetun psykoterapeutin käyttöä.
- Yleislääkärin supportiivinen kontaktiterapia, tarvittaessa yhdistettynä lääkehoitoon
- Jo alkuvaiheessa vaikeissa tapauksissa lyhyt altistusta sisältävä kognitiivinen käyttäytymisterapia varsinaisessa mielenterveysyksikössä taikka yksityisellä terapeutilla
- Vaikean toimintakyvyn aleneman aiheuttavissa ja huonosti hoitoon reagoivissa tapauksissa hoito- ja tutkimusjakso yleissairaalan psykiatrisella osastolla tai psykiatrisen sairaalan avo-osastolla
- Yli kolme kuukautta kestävässä häiriössä traumaan fokusoituva kognitiivinen käyttäytymisterapia (ks. «Kognitiivinen psykoterapia»1) tai EMDR-terapia (silmänliikkeillä poisherkistäminen ja uudelleen prosessointi) mielenterveysyksikössä tai yksityisellä terapeutilla «Trauma-focused cognitive behavioural therapy/exposure therapy (TFCBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) may be more effective treatments than waitlist/usual care in reducing symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD).»C.

020817 **Traumaperäinen stressihäiriö**

- **Lääkehoito**
- Ahdistuneisuuden vähentämiseen ja nukkumisen parantamiseen voidaan alkuvaiheessa käyttää tiukan harkinnan perusteella bentsodiatsepiineja tavanomaisena annoksena, mutta nopeasti vähentäen ja lopettaen. Pidempiaikaisessa hoidossa bentsodiatsepiineista ei ole hyötyä ja riippuvuuden kehittymisen riski on erityisen huomattava.
- Masennuslääkkeet «Pharmacotherapy, especially with SSRIs, may be effective in the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). For prevention of PTSD, hydrocortisone and propranolol may be effective but there is no evidence for other medications in that indication.»C, järjestyksessä
  - serotoniinin takaisinoton estäjät (ensisijaisesti paroksetiini tai sertraliini) «Pharmacotherapy, especially with SSRIs, may be effective in the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). For prevention of PTSD, hydrocortisone and propranolol may be effective but there is no evidence for other medications in that indication.»C
  - noradrenaliinin ja serotoniinin takaisinoton estäjät (ensisijaisesti mirtatsapiini tai venlafaksiini)
  - amitriptyliini (jos edelliset eivät sovi).

020817 **Traumaperäinen stressihäiriö**

- **Lääkehoito**
- Lääkitys aloitetaan pienellä alkuannoksella ja vähitellen annosta nostaen, mahdollisia haittavaikutuksia seuraten. Sopivin lääke löytyy usein kokeilemalla. Masennuslääkkeillä voidaan saada TPSH:ssä merkittävä hoitovaste, vaikka potilaalla ei olisikaan ilmeisiä masennusoireita.
- Pitempikestoisissa nukkumishäiriöissä valitaan sopiva iltapainotteinen masennuslääke.
- Beetasalpaajia (etenkin propranololia), klonidiinia sekä muita sympaattisen hermoston aktiivisuutta vähentäviä lääkkeitä voi yrittää hoidoksi autonomisen ylivireyden oireisiin.
- On syytä muistaa traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivien alttius itsehoitoon alkoholilla.
- Pitkittyneissä tapauksissa psykoterapian ja lääkehoidon yhdistämisestä on usein hyötyä. Ensisijainen hoitomuoto on kuitenkin psykoterapia.

Yl juha kemppinen

YLEISTYNYT AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖ

170717 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

- **Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö**
- **Mitä on yleistynyt ahdistuneisuus?**
- Yleistyneen ahdistuneisuuden keskeiset oireet ovat ahdistuneisuuden lisäksi liiallinen eri asioihin, kuten terveydentilaan tai taloudelliseen asemaan, kohdistuva huolestuneisuus ja useat somaattiset oireet.
- Väestöstä 1,2–6,7 prosenttia kärsii tästä oireyhtymästä, joka heikentää toimintakykyä ja aiheuttaa merkittävää psykiatristen ja somaattisten selvittelyjen ja hoitojen tarvetta.
- Yleistynyt ahdistuneisuus alkaa tavallisimmin noin 20 vuoden iässä, mutta ikä oireiston alkaessa voi vaihdella muutamasta vuodesta aina 60 ikävuoteen.
- Se on yleisempi naisilla, 35–54-vuotiailla sekä alemmissa sosiaaliryhmissä.
- Psykiatrisista häiriöistä erotusdiagnostiikan kannalta ovat keskeisimpiä paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelot, määräkohtaiset yksittäiset pelot, pakko-oireinen häiriö, masennustilat sekä persoonallisuushäiriöistä erityisesti epävakaa persoonallisuus.

Koponen H, Psykiatria 13.3.17

170717 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

- Geneettisten tekijöiden on esitetty olevan erityisen tärkeitä naisten yleistyneen ahdistuneisuuden kehittymisherkkyyden kannalta.
- Yleistyneen ahdistuneisuuden periytyvyyden on arvioitu olevan noin 30 prosentin luokkaa.
- Noradrenaliini- ja serotoniinivälitteisen hermotoiminnan säätelyhäiriön on esitetty johtavan ahdistuneisuuteen liittyvään kohonneeseen vireystilaan. Geenien vaikutus voi välittyä muun muassa gamma-aminovoihappovälitteisen hermotoiminnan häiriöiden kautta.
- Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa eri psykoterapioilla voidaan pyrkiä ahdistuneisuusherkkyyden ja epävarmuudentunteiden vähentämiseen sekä vaikeiden tilanteiden hallinnan parantamiseen. Varsinkin käyttäytymis- ja kognitiivisista terapioista sekä relaksaatio- ja mindfullness-terapioista on saatu myönteisiä tuloksia
- Lääkehoidolla pyritään alentamaan korkeaa ahdistuneisuuden tasoa. Tavallisimpia yleistyneen ahdistuneisuuden hoidossa käytettyjä valmisteita ovat eri masennuslääkkeet.

170717 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

- Yleistynyt ahdistuneisuus on tavallinen, varhain alkava ja pitkäkestoinen ahdistuneisuushäiriö, joka esiintyy usein samanaikaisesti muiden ahdistuneisuushäiriöiden ja masennuksen kanssa.
- Sen keskeiset oireet ovat ahdistuneisuuden lisäksi liiallinen eri asioihin, kuten terveydentilaan tai taloudelliseen asemaan, kohdistuva huolestuneisuus ja useat somaattiset oireet.
- Yleistynyt tuskaisuus heikentää toimintakykyä ja aiheuttaa merkittävää psykiatristen ja somaattisten selvittelyjen ja hoitojen tarvetta.

170717 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

- Yleistyneen ahdistuneisuuden neurobiologiseen taustaan uskotaan liittyvän useita eri hermoverkkoja. Vaimentunut kasvuhormonivaste **klonidiinitestissä viittaa a_2-reseptorien vähentyneeseen herkkyyteen**, samoin yleistyneestä ahdistuneisuudesta kärsivien potilaiden verihiutaleisten a_2-reseptorisitoutumiskohtien määrä on todettu verrokkeja vähäisemmäksi. Edellä mainitut tulokset viittaavat adrenergisten reseptoreiden vähentyneeseen herkkyyteen yleistyneessä ahdistuneisuudessa.
- Deksametasonivaimennuskokeessa todettu poikkeavien vasteiden yleisyys viittaa myös hypotalamus-hypofyysi-lisämunuaisakselin toimintahäiriöön, joka voi liittyä näiden potilaiden heikentyneeseen stressinsietokykyyn.
- Samoin autonomisen hermoston reagointi psykologiseen kuormitukseen on rajoittunut.
- Noradrenaliini- ja serotoniinivälitteisen hermotoiminnan säätelyhäiriön on esitetty johtavan ahdistuneisuuteen liittyvään kohonneeseen vireystilaan (*hyper-arousal*). Geenien vaikutus voi välittyä muun muassa gamma-aminovoihappovälitteisen hermotoiminnan häiriöiden kautta.
- Hermovälittäjäainetoiminnan häiriöiden lisäksi myös lisääntynyt oksidatiivinen stressi voi liittyä yleistyneen ahdistuneisuushäiriön patofysiologiaan.

170717 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

- Funktionaalisissa kuvantamistutkimuksissa on yleistyneestä ahdistuneisuudesta kärsivillä potilailla todettu lisääntynyttä aktivaatiota amygdalassa ja prefrontaalikorteksin mediaaliosissa ja aktivaation suuruudella on ollut yhteys yleistyneen ahdistuneisuushäiriön oireiden vaikeusasteeseen.
- Lisääntynyt aktiivisuus prefrontaalialueella ja alhainen aktiivisuus amygdalassa on liittynyt myös parempaan lääkehoitovasteeseen venlafaksiinilla joskin löydökset eri tutkimusten välillä ovat osin ristiriitaisia.
- Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä todettu amygdalan yliaktiivisuus voi olla keskeistä ao. häiriön patofysiologiassa ja prefrontaalialueiden muutoksia on pidetty kompensatorisina.

Koponen H, Psykiatria 13.3.17

170717 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

Taulukko 1. Yleistyneen ahdistuneisuuden (F41.1) diagnostiset kriteerit.

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (yleistynyt tuskaisuus)

Ahdistuneisuus ei aiheudu elimellisestä sairaudesta, kuten hypertyreoosista, elimellisestä mielenterveyden häiriöstä, päihteiden käytöstä, esimerkiksi amfetamiinin käytöstä tai bentsodiatsepiinien vieroitusoireista.

Ahdistus on yleistynyttä ja pitkäaikaista, mutta se ei rajoitu mihinkään erityisiin ympäristön olosuhteisiin eikä edes pääasiallisesti liity sellaisiin (ts. se on "vapaasti ajelehtivaa"). Hallitsevat oireet ovat vaihtelevia, mutta niihin kuuluu yleensä jatkuvaa hermostuneisuutta, vapinaa, lihasjännitystä, hikoilua, heikotusta, sydämentykytystä, huimausta ja ylävatsavaivoja. Myös lisääntynyt asioiden murehtiminen ja huolestuneisuus ovat tavallisia oireita. Henkilö ilmaisee usein pelkoja, että hän itse tai hänen omaisensa pian sairastuisivat tai joutuisivat onnettomuuteen. Häiriö on tavallisempi naisilla kuin miehillä ja siihen liittyy usein pitkäaikaisia ulkoisia rasitustekijöitä. Oirekuva on pitkäaikainen ja muuttuva ja oireiston kulku vaihtelee.

170717 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

Diagnostiset kriteerit

A. Vähintään kuuden kuukauden ajan on esiintynyt korostunutta jännittyneisyyttä, huolestuneisuutta ja pelokkuutta suhteessa arkipäivän tapahtumiin ja ongelmiin.

B. Esiintyy vähintään neljä seuraavista oireista, joista yhden täytyy olla jokin oireista 1–4:

Autonomisen kiihotustilan oireet
(1) sydämentykytys tai tunne, että sydän hakkaa, tai kohonnut pulssi
(2) hikoilu
(3) vapina
(4) suun kuivuminen, joka ei johdu nestehukasta tai lääkityksestä

Rinnan ja vatsan alueen oireet
(5) hengitysvaikeudet
(6) tukehtumisen tunne
(7) rintakipu tai epämiellyttävä tunne rinnassa
(8) pahoinvointi tai vatsakipu (esim. vatsanväänteet)

170717 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

Psyykkiset oireet
(9) pyörryttävä, huimaava, sekava tai horjuva olotila
(10) tunne siitä, että ympäristö on epätodellinen (derealisaatio) tai että itse on kuin jossain kaukaisuudessa tai "poissa tästä maailmasta" (depersonalisaatio)
(11) pelko itsehallinnan menettämisestä, sekoamisesta tai tajunnan menettämisestä
(12) kuolemanpelko

Yleisoireet
(13) kuumat aallot tai vilunväristykset
(14) ihon puutuminen tai pistely

Jännitysoireet
(15) lihasjännitys, -säryt tai -kivut
(16) levottomuus ja kykenemättömyys rentoutua
(17) hermostuneisuuden tunne
(18) nielemisvaikeudet tai palan tunne kurkussa

Muut oireet
(19) korostuneet reaktiot yllättävissä tilanteissa tai herkkyys pelästyä
(20) keskittymisvaikeudet tai mielen tyhjäksi pyyhkiytyminen ahdistuksen tai huolestuneisuuden takia
(21) jatkuva ärtyneisyys
(22) huolestuneisuuden aiheuttama nukahtamisvaikeus

170717 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

Taulukko 2. Yleistyneen ahdistuneisuuden kanssa samanaikaisesti esiintyviä psykiatrisia häiriöitä.

Muu samanaikainen häiriö	Yleisyys prosentteina
Sosiaalisten tilanteiden pelko	59
Paniikkihäiriö	27
Dystymia	27
Masennustila	14

170717 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

Taulukko 3. Keskeiset oireet.	
Somaattiset oireet	
Muskuloskeletaaliset	Levottomuus, kyvyttömyys rentoutua
	Lihaskivut
	Uupumusherkkyys
Gastrointestinaaliset	Ummetus tai ripuli
	Nielemisvaikeudet, palan tunne kurkussa
Psyykkiset oireet	
Ahdistuneisuus	Vaikeasti kontrolloitavissa oleva ahdistuneisuus ja huolestuneisuus
	Ärtyneisyys
Masennus	Univaikeudet
Kognitiiviset	Keskittymisvaikeudet
Muut	Levottomuus

170717 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

- **Lääkehoito**
- Lääkehoidolla pyritään alentamaan korkeaa ahdistuneisuuden tasoa. Tavallisimpia yleistyneen ahdistuneisuuden hoidossa käytettyjä valmisteita ovat bentsodiatsepiinit, buspironi sekä eri masennuslääkkeet.
- On esitetty että somaattiset oireet reagoisivat paremmin masennuslääkehoitoon ja psyykkiset oireet bentsodiatsepiineihin. Yleistyneen ahdistuneisuuden hoitovastetta voi arvioida luotettavammin **vasta 4–8 viikkoa hoidon aloituksesta**, ja oireiden kroonisuudesta riippuen lääkehoidon kesto on vähintään 6–12 kuukautta oireiston väistymisen tai oleellisen lievittymisen jälkeen.
- Yleistyneen ahdistuneisuuden oireisto on spontaanistikin vaihteleva, ja hoitovasteen arviointi edellyttää riittävän tiivistä seurantaa.
- Hoitovaste voi olla myös vain osittainen, ja täydellistä pysyvää paranemista pidetään harvinaisena. **Kuitenkin mikäli 8–12 viikossa ei hoitovastetta ole lainkaan nähtävissä, tulee diagnoosin oikeellisuutta ja hoitomuotojen vaihtamista harkita.**
- Yleistyneen ahdistuneisuuden kanssa samanaikaisesti esiintyvä masennustila, alkoholiriippuvuus sekä eräät sosiodemografiset tekijät kuten työttömyys ja matala koulutustaso heikentävät potilaiden hoitovastetta.

170717 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

- **Lääkehoito**
- Bentsodiatsepiineja on käytetty kauan yleistyneen ahdistuneisuuden lääkehoidossa. Kaikki bentsodiatsepiinit ovat tehokkaita yleistyneen ahdistuneisuuden hoidossa, mutta niiden käyttökelpoisuutta rajoittaa oireiden ja siten myös lääkehoidon pitkäkestoisuus ja siihen joillakin potilailla liittyvä riippuvuuden kehittymisen vaara.
- Nykykäsityksen mukaan bentsodiatsepiineja voi käyttää lähinnä hoidon alkuvaiheessa 4–8 viikon ajan yhdessä masennuslääkehoidon kanssa hoitovasteen nopean alkamisen turvaamiseksi.
- Tästä syystä on kehitetty muuntyyppisiä ahdistuneisuuslääkkeitä, joista buspironia on myös tutkittu laajasti yleistyneen ahdistuneisuuden hoitona. Sen rajoitteina ovat hoitovasteen saamiseksi tarvittavat suhteellisen suuret annokset, 30–60 mg/vrk, ja hitaahko hoitovaikutus, 2–6 viikkoa.
- Aiemmin bentsodiatsepiineja saaneiden potilaiden vaste buspironille voi olla myös rajoittunut

170717 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

- **Lääkehoito**
- Pregabaliini on aiemmin muun muassa neuropaattisen kivun hoidossa käytetty lääkeaine, joka on analoginen gamma-aminovoihapon (GABA) kanssa ja joka sitoutuu jänniteherkkien kalsiumkanavien alfa-2-delta-alayksikköön vaikuttaen anksiolyyttisesti, analgeettisesti ja anti- konvulsiivisesti.
- Satunnaistetuissa kliinisissä **lääketutkimuksissa pregabaliini (150–600 mg/vrk) on osoittautunut tehokkaaksi valmisteeksi ahdistuneisuushäiriön hoidossa sekä aikuis- että vanhuspotilailla, käytännön työssä sopiva annosalue on usein 200–450 mg/vrk**.
- Pregabaliinihoidon lopettamiseen ei kliinisissä tutkimuksissa ole liittynyt huomattavia vieroitusoireita, mutta pregabaliini voi soveltua myös väärinkäyttöön ja sen käytössä riippuvuusongelmaisille potilaille tulee noudattaa varovaisuutta.

170717 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

- **Lääkehoito**
- Masennuslääkkeistä on yleistyneen ahdistuneisuuden hoidossa tutkittu lähinnä uudempia serotoniinin takaisinoton estovaikutukseen perustuvia masennuslääkkeitä ja venlafaksiinia, jotka on todettu lumetta tehokkaammiksi yleistyneen ahdistuneisuuden hoidossa, **masennuslääkehoidon NNT on ollut 5.**
- Masennuslääkkeiden teho on osassa tutkimuksia osoittautunut **paremmaksi suurempia annoksia käytettäessä, jolloin ne alkavat tehota 3–4 viikon kuluessa**

170717 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

- **Lääkehoito**
- Yleistyneen ahdistuneisuuden hoitoon on käytetty aiemmin **pieniä annoksia tavanomaisia psykoosilääkkeitä, mitä ei kuitenkaan enää suositella** niihin liittyvien pitkäaikaishaittamahdollisuuksien vuoksi.
- **Pienet annokset toisen polven psykoosilääkettä, esimerkiksi ketiapiinia,** ovat osoittautuneet tehokkaiksi yleistyneen ahdistuneisuuden hoidossa, joskaan yleistynyt ahdistuneisuushäiriö ei ole niiden virallinen käyttöaihe.
- Myös **beetasalpaajia** on käytetty, joskaan myöskään niiden tehokkuudesta **ei ole tutkimuksellista näyttöä.**
- Potilaiden ahdistuneisuuden ja uniongelmien hoidossa väsyttävät **antihistamiinit, kuten hydroksitsiini**, ovat osoittautuneet tehokkaiksi.
- Yleistyneen ahdistuneisuuden ensisijaisen hoidon muodostavat kuitenkin masennuslääkkeet yhdistettynä sopivaan terapiaan, mutta pregabaliini, hydroksitsiini, beetasalpaajat sekä pienet annokset uuden polven psykoosilääkettä voivat toimia **toisen linjan lääkevalmisteina** erityisesti potilailla joiden hoitovaste ei ole ollut riittävä

Yl juha kemppinen

SOSIAALISTEN TILANTEIDEN PELKO

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Sosiaalinen fobia**
- Erilaiset sosiaaliset tilanteet herättävät usein ihmisissä lievää ohimenevää ahdistuneisuutta, varsinkin tilanteissa, joissa muiden läsnäolijoiden suhtautuminen saattaa olla arvioivaa tai kriittistä.
- Monilla nuoruusikäisillä ja nuorilla aikuisilla ujous on persoonallisuuden piirre, joka usein lievittyy sosiaalisten taitojen ja elämänkokemuksen karttumisen myötä.
- Lievä sosiaalinen ahdistuneisuus, arkuus tai ujous ovat siis normaaleja piirteitä.

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Sosiaalisten tilanteiden pelko**
- **Sosiaalinen fobia**
- Mikäli sosiaalisiin tilanteisiin liittyvä ahdistuneisuus on hyvin toistuvaa, intensiivistä ja suhteettoman voimakasta niiden todelliseen uhkaavuuteen nähden, ahdistuneisuuteen liittyy sosiaalisten tilanteiden toistuvaa välttämistä, ja mikäli edellä kuvatut ongelmat käytännössä alentavat toimintakykyä tai tuottavat merkittävää kärsimystä, on kyseessä mielenterveyden häiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko eli sosiaalinen fobia.
- Se on yleinen ja usein krooninen ongelma, johon voi liittyä merkittävää psykososiaalisen toimintakyvyn laskua, erityisesti silloin kun pelko-oireisto ilmenee laaja-alaisesti monenlaisissa sosiaalisissa tilanteissa.
- Sosiaalisesta fobiasta kärsivälle kehittyy usein myöhemmin muita mielenterveyden häiriöitä kuten muita ahdistuneisuushäiriöitä, masennustiloja sekä päihdeongelmia.
- .

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Sosiaalisten tilanteiden pelko - Kliininen kuva ja diagnoosi**
- **Diagnoosi**
- Sosiaalisen fobian oirekuvan ydin on, että ihminen kokee intensiivistä pelkoa joko yhtä tai useammanlaista sosiaalista tilannetta kohtaan, pelkää käyttäytyvänsä niissä tavalla, joka muodostuu häpeälliseksi ja nöyryyttäväksi, välttelee näitä tilanteita tai kestää niitä vain voimakkaan ahdistuneisuuden vallassa ja kokee oireistaan huomattavaa henkilökohtaista kärsimystä tai toimintatason laskua. Ahdistushäiriön luonteenomaisena kognitiivisena sisältönä on siis potilaan huoli siitä, että hän joutuu ahdistuneisuutensa vuoksi toisten silmissä kielteisesti arvioiduksi.
- ICD-10 tautiluokituksen sosiaalisten tilanteiden pelon (F40.1) kriteereissä määritellään myös koetun ahdistuneisuuden yhteydessä esiintyvät somaattiset oireet.
- **DSM-5 erottelee lisäksi häiriön laaja- ja kapea-alaisemmmat muodot**. Laaja-alaisessa muodossa oireita esiintyy useimmissa sosiaalisissa tilanteissa, kapea-alaisessa oireet esiintyvät vain esiintymistilanteissa. Oirekuvan laaja-alaisuudella on merkitystä hoidon suunnittelun kannalta.
- .

Isometsä E, Psykiatria 13.3.17

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

Taulukko 1. Sosiaalisten tilanteiden pelon diagnostiset kriteerit (ICD-10).

Diagnostiset kriteerit	
A.	Jompikumpi seuraavista: (1) Huomattava pelko huomion kohteeksi joutumisesta tai pelko siitä, että oma käytös olisi sosiaalisesti nöyryyttävää tai nolostuttavaa. (2) Huomattava pyrkimys välttää tilanteita, missä voisi joutua huomion kohteeksi tai sellaisia tilanteita, missä esiintyy pelko siitä, että oma käytös olisi sosiaalisesti nöyryyttävää tai nolostuttavaa. Pelot ilmenevät julkisissa ruokailu- tai esiintymistilanteissa, ennestään tuttuja henkilöitä kohdattaessa tai osallistuttaessa rajattuihin ryhmätilanteisiin kuten juhliin, kokouksiin tai opetustapahtumiin.

Taulukko 1. Sosiaalisten tilanteiden pelon diagnostiset kriteerit (ICD-10).

Isometsä E, Psykiatria 13.3.17

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

Taulukko 1. Sosiaalisten tilanteiden pelon diagnostiset kriteerit (ICD-10).

Diagnostiset kriteerit	
B.	Ainakin kaksi kohdan F40.0 kriteerissä B mainittua ahdistusoiretta on ilmennyt pelkoa aiheuttavassa tilanteessa ja lisäksi todetaan jokin seuraavista oireista: (1) punastuminen tai vapina (2) oksentamisen pelko (3) virtsaamisen tai ulostamisen pelko tai tihentynyt tarve
C.	Ahdistuneisuus- tai välttämisoireet aiheuttavat huomattavaa tuskaisuutta ja henkilö tunnistaa, että oireet ovat tilanteisiin nähden kohtuuttomia tai epätarkoituksenmukaisia.
D.	Oireet rajoittuvat kokonaan tai pääasiassa pelkoa aiheuttaviin tilanteisiin tai niiden ajattelemiseen.

Taulukko 1. Sosiaalisten tilanteiden pelon diagnostiset kriteerit (ICD-10).

Isometsä E, Psykiatria 13.3.17

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

Taulukko 1. Sosiaalisten tilanteiden pelon diagnostiset kriteerit (ICD-10).

Diagnostiset kriteerit	
E.	{Tavallisimmat poissulkudiagnoosit}: Pelko tai välttämiskäyttäytyminen ei johdu harhaluuloista, aistiharhoista, elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00–F09), skitsofreniaryhmän häiriöstä (F20–F29), mielialahäiriöstä (F30–F39) tai pakko-oireisesta häiriöstä (F42) eikä se liity kulttuurin mukaisiin uskomuksiin

Erotusdiagnoosi

Sosiaalisten tilanteiden pelkoon liittyy usein voimakasta julkisten paikkojen pelkoa ja masennusta, jotka molemmat voivat lisätä henkilön taipumusta eristäytyä kotiin. Mikäli sosiaalisten tilanteiden pelkoa ja julkisten paikkojen pelkoa (F40.0) on vaikea erottaa toisistaan, tulee käyttää jälkimmäistä diagnoosia. Masennusjakson diagnoosia tulee käyttää vain, mikäli häiriö täyttää masennusjakson kriteerit.

Taulukko 1. Sosiaalisten tilanteiden pelon diagnostiset kriteerit (ICD-10).

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Erotusdiagnoosi**
- Keskeisimmät erotusdiagnostiset vaikeudet sosiaalisen fobian suhteen liittyvät sen erottamiseen muista ahdistuneisuushäiriöistä.
- Paniikkihäiriössä esiintyy **spontaaneja** paniikkikohtauksia, joita **ei sosiaalisessa fobiassa ilmene**. Lisäksi paniikkihäiriöstä kärsivän pelon pääasiallisena kohteena ovat tuskalliset ja pelottavat paniikkikohtaukset itsessään; sosiaalisessa pelossa taas henkilö pelkää **ahdistuneisuutensa näkyvän ulospäin ja johtavan siihen, että häneen suhtauduttaisiin kielteisesti**: nähtäisiin jotenkin epäonnistuneena, heikkona tai vajavaisena.

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Erotusdiagnoosi**
- Julkisten paikkojen pelossa ahdistuneisuuskohtaukset voivat **tulla julkisissa tiloissa, joissa on läsnä paljon ihmisiä,** mutta joissa yleensä ihmisten välillä **ei ole sanallista vuorovaikutusta**; pelon kohteena on **itse ahdistuskohtaus**. Sosiaalinen fobia ilmenee **pelkona sellaisia vuorovaikutustilanteita kohtaan**, jossa ihmiset ovat sanallisessa vuorovaikutuksessa, ja sisältönä on muiden suhtautuminen omaan käytökseen.
- Psykiatriset sairausluokitukset eroavat tilanteissa, joissa henkilöllä on useamman ahdistuneisuushäiriön oireita. ICD-10 edellyttää yhden päädiagnoosin valitsemista.
- DSM-5 puolestaan mahdollistaa sosiaalisen fobian diagnoosin yhtä aikaa paniikkihäiriön tai paniikkihäiriön ja julkisten paikkojen pelon kanssa, olettaen, että potilaalla todella on molempien häiriöiden oireita yhtä aikaa.

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Periytyvyys**
- Sosiaalisesta fobiasta kärsivien lähisukulaisilla esiintyy sosiaalista fobiaa tai korostunutta ujoutta useammin kuin normaaliväestössä. Sosiaalinen pelko on siis familiaalista. Kaksostutkimukset tukevat käsitystä, että taipumus sosiaalisiin pelkoihin välittyy osin perinnöllisesti;
- heritabiliteetti on useimmissa väestöpohjaisissa tutkimuksissa arvioitu kohtalaiseksi (30–60 %) ja se lienee korkeampi sosiaalisen fobian laaja-alaisissa muodoissa.
- Periytyvyydessä on kyse enemmänkin sosiaaliselle pelolle altistavien piirreominaisuuksien – korostunut estyneisyyden (behavioraalinen inhibitio), negatiivinen affektivisuus (neuroticism) tai yleinen taipumus internalisoiviin mielenterveyden häiriöihin – periytymisestä kuin aikuisiällä ilmenevän pelko-oireiston periytyvyydestä.
- Voimakasta ujoutta ja sosiaalisia pelkoja kartoittavat tutkimukset puoltavat molemmat sekä geneettisen että kasvatusperheen vaikutuksen olemassaoloa. Geneettisten tekijöiden ohella myös muilla tekijöillä on selvästi keskeinen osuus

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Kognitiiviset ja behavioraaliset teoriat**
- Varhaisimpien behavioraalisten näkemysten mukaan sosiaalinen fobia nähtiin seurauksena **ahdistuneisuuden ehdollistumisesta sosiaalisiin tilanteisiin**, minkä ajateltiin olevan seurausta sosiaalisissa tilanteissa saaduista kielteisistä kokemuksista.
- Tukea tämä hypoteesi sai osin muun muassa havainnoista, joiden mukaan haastatelluista sosiaalista pelkoa potevista henkilöistä noin 60 % kykenee kuvaamaan kielteisen kokemuksen, joka laukaisi fobian; **toisaalta useimmat ihmiset selviävät vastaavista kokemuksista fobiaa kehittämättä**.

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Kognitiiviset ja behavioraaliset teoriat**
- Kognitiiviset sosiaalista pelkoa koskevat teoriat ovat korostaneet, että ydinongelma on ihmisen pelko siitä, että hänen käyttäytymistään arvioitaisiin kielteisessä valossa.
- Sosiaaliseen fobiaan taipuvaiset henkilöt omaavat kehityshistoriansa seurauksena sosiaalisiin tilanteisiin liittyviä **vääristyneitä ajatusmalleja**, joiden vuoksi he automaattisesti olettavat joko selviytyvänsä huonosti sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa, tulevansa kielteisesti arvioiduiksi todellisesta selviytymisestään riippumatta tai menettävänsä tuen psykologisesti tärkeiltä avainhenkilöiltä.
- He pelkäävät ja uskovat tulevansa nähdyiksi epäonnistuneina, huonoina tai vajavaisina. Sosiaalisesta fobiasta kärsivän ihmisen huomio (tarkkaavuus) on hyvin voimakkaasti kohdistunut oman selviytymisen ahdistuneeseen seuraamiseen (***attentional bias***), ja hän on myös taipuvainen tulkitsemaan ympäristön neutraalitkin reaktiot kielteisen asenteen merkiksi (***interpretive bias*****).**

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Kognitiiviset ja behavioraaliset teoriat**
- Hän myös välttelee sosiaalisia tilanteita, tukeutuu epätarkoituksenmukaiseen turvakäyttäytymiseen niihin osallistuessaan ja hautoo (ruminoi) jälkikäteen pitkään koettuja epäonnistumisiaan.
- Kaikki nämä tekijät huomattavasti vahvistavat sosiaalisiin tilanteisiin liittyvää koettua ahdistuneisuutta ja ylläpitävät noidankehämäisesti yllä oireita niiden kerran ilmaannuttua. Viime vuosina kognitiivisen terapian piirissä on lisääntyvästi kiinnitetty huomiota myös sosiaalisesta fobiasta kärsivien potilaiden tapaan prosessoida tietoa.
- He asettuvat usein itseään tarkkailevan ulkopuolisen havainnoijan rooliin, konkreettisiin ongelmiin keskittyen, ja heidän tapansa käsitellä itse koskevaa tietoa on jäykkä. Siksi hoidossa pyritään myös kehittämään tiedon käsittelyn joustavuutta, jäsentyneisyyttä, käsitteellisyyden tasoa ja kykyä tarkastella itseä ja omaa kokemusta, ts. metakognitiivisia

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko



Kuva 1. Sosiaalisten tilanteiden pelon kognitiivinen malli Adrian Wellsin mallista muokannut Soili Kajaste, 2008).

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Laaja- vai kapea-alainen sosiaalinen fobia?**
- Sosiaalisen fobian hoidossa on käytetty menestyksellisesti sekä psykoterapeuttisia hoitomuotoja että lääkehoitoa, joita voidaan myös yhdistää. Paras näyttö psykoterapeuttisten menetelmien osalta löytyy kognitiivisista ja behavioraalisista hoitomuodoista. Kapea-alaisten sosiaalisten fobioiden hoidossa erityisesti kognitiiviset ja behavioraaliset lyhytpsykoterapiat ovat suositeltavimpia, laaja-alaisissa sosiaalisissa peloissa psykoterapeuttisen hoidon kesto muodostuu usein pidemmäksi.
- Masennuslääkkeistä on merkittävästi hyötyä ja niiden käytö on perusteltua laaja-alaisissa sosiaalisissa fobioissa, mutta niiden tehosta on hyvin vähän näyttöä kapea-alaisissa muodoissa. Siksi kapea-alaisten sosiaalisten fobioiden pitkäaikaiseen masennuslääkehoitoon on syytä suhtautua varovasti, hyötyjä ja haittoja yksilökohtaisesti punniten. Beetasalpaajien ja bentsodiatsepiinien lyhytaikainen tai tilannekohtainen käyttö voi joskus olla asianmukaista. Myös eräät muut lääkeaineet, kuten epilepsialääke gabapentiini, omaavat tehoa sosiaalisessa fobiassa, mutta niitä käytetään lähinnä erityistilanteissa, esimerkiksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön yhteydessä esiintyvässä vaikeassa sosiaalisessa fobiassa.

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Kognitiiviset ja behavioraaliset psykoterapiamuodot**
- Kognitiivisia ja behavioraalisia menetelmiä soveltavia ja yhdistäviä psykoterapioita (CBT) on toteutettu sekä yksilö- että ryhmäterapian muodossa, sekä laaja-alaisessa että kapea-alaisessa sosiaalisen pelon muodossa. Vaikuttavuutta on eniten tutkittu lyhytterapioiden osalta.
- Kognitiivinen psykoterapia alkaa yleensä potilaan ongelman kartoittamisella ja yksilöllisellä käsitteellistämisellä yhdessä potilaan kanssa. Alkuvaiheessa pyritään tunnistamaan pelkoa herättäviin tilanteisiin liittyviä automaattisia ajatuksia, vääristyneitä kognitiota, jotka korostavat potilaan sosiaalisessa tilanteessa kokemaa ahdistuneisuutta.
- Hoidon aikana pyritään kognitiivisen restrukturoinnin avulla muuttamaan ahdistaviin tilanteisiin liittyviä kognitioita realistisemmiksi, mikä vähentää niiden pelottavuutta.
- Hoidossa pyritään muuttamaan tarkkaavuuden liiallista kohdentumista itseen, vähentämään sosiaalisten tilanteiden epätarkoituksenmukaista ennakointia ja jälkipuintia sekä kehittämään metakognitiivisia kykyjä. Altistuminen pelätyille tilanteille on tärkeää; terapiassa voidaan tutkia ja harjoitella selviytymistä sosiaalisissa tilanteissa pelon poisoppimiseksi ja palautekokemuksen saamiseksi uudenlaisista toimintamalleista.

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Kognitiiviset ja behavioraaliset psykoterapiamuodot**
- Kognitiivis-behavioraalisten hoitomuotojen vaikuttavuus sosiaalisessa pelossa on osoitettu useissa kliinisissä kokeissa niin yksilö- kuin ryhmäterapioissakin.
- Hoidoista on tutkimuksissa hyötynyt selvästi jopa noin 85 % sen läpikäyneistä kapea-alaisesta ja noin 60 % laaja-alaisesta sosiaalisesta fobiasta kärsivistä.
- Lyhytpsykoterapeuttisen hoidon tuottaman hyödyn on myös osoitettu säilyvän usean vuoden ajan hoitojakson jälkeen.
- Lyhytterapioista on myös kehitetty vaikuttavaksi osoitettuja, Internetin kautta toteutettavia kognitiivisia verkkoterapioita.
- Nettiterapiat laajentavat olennaisesti psykoterapeuttisten hoitojen saatavuutta.

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Antidepressiivinen lääkehoito**
- Antidepressiivista lääkehoitoa voidaan käyttää **lähinnä laaja-alaisen sosiaalisen fobian hoidossa**. Depressiolääkkeet ovat usein merkittävästi hyödyksi ja suositeltava vaihtoehto erityisesti, jos potilas samanaikaisesti kärsii depressiosta. Viime vuosina ensilinjan lääkkeiksi ovat nousseet selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät. Serotoniinin takaisinoton estäjistä **essitalopraamin (10–20 mg)/vrk), fluoksetiinin (10–60 mg/vrk), paroksetiinin (20–50 mg/vrk), fluvoksamiinin (150 mg/vrk) sekä sertraliinin (50–200 mg/vrk**) on todettu lumekontrolloiduissa kaksoissokkotutkimuksissa olevan tehokkaita laaja-alaisessa sosiaalisessa pelossa.
- Selvä hoitovaste on näillä lääkkeillä havaittu yli puolessa kaikista potilastapauksista, ja se **alkaa ilmaantua yleensä hitaasti 8–12 viikon aikana**. Muista masennuslääkkeistä venlafaksiini annostuksella 75–225 mg/vrk on osoitettu tehokkaaksi laaja-alaisessa sosiaalisessa fobiassa. **Moklobemidi annostuksella 300–900 mg/vrk** on myös mahdollinen vaihtoehto, joskin sen teho matalilla annoksilla on heikompi kuin SSRI-lääkkeiden.
- Koska oireet ovat laaja-alaisessa sosiaalisessa fobiassa tyypillisesti pitkäaikaisia ja niiden uusiutumisen riski on suuri, muodostuu antidepressiivinen lääkehoitokin yleensä pitkäaikaiseksi. Sitä on järkevää jatkaa ainakin vuoden ajan sen jälkeen kun merkittävät oireet ovat hävinneet.

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Bentsodiatsepiinit**
- Bentsodiatsepiineja on jonkin verran käytetty esiintymistilanteisiin liittyvän kapea-alaisen sosiaalisen fobian hoidossa huolimatta siitä, että tutkimuksia niiden käytöstä tällä indikaatiolla on hyvin vähän.
- Tavallisin käyttötapa on pieni kerta-annos bentsodiatsepiinia ennen esiintymistilannetta tai muuta vastaavaa fobian kohdetilannetta kapea-alaisissa sosiaalisissa fobioissa. Lyhyellä aikavälillä oireita voidaan näin merkittävästi lievittää.
- Pidemmällä aikavälillä olisi tärkeää **ettei rauhoittavan lääkkeen ottamisesta muodostu toipumista hidastavaa turvakäyttäytymisen mallia**.
- Tilannekohtaisen bentsodiatsepiinihoidon hyötyjä ja haittoja on syytä punnita yksilökohtaisesti, ja tavoitteena yleensä pitää lääkehoidon asteittaista purkamista ajan myötä.

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Bentsodiatsepiinit**
- Laaja-alaisen sosiaalisen fobian hoidossa bentsodiatsepiinejä käytetään säännöllisesti käytettynä lääkehoitona hyvin harvoin, lähinnä kun muut hoitomuodot eivät sovellu, tai poikkeuksellisen vaikeissa tilanteissa hoidon alkuvaiheessa yhdessä masennuslääkkeen kanssa.
- **Tärkein kontraindikaatio on ajankohtainen tai anamneesissa esiintyvä päihdeongelma.**
- **Bentsodiatsepiinit eivät yleensä ole merkittävästi hyödyksi samanaikaisen masennuksen hoidossa**, ja pitkäaikaiskäyttöön liittyy riskejä, myös väärinkäytön vaara.
- Antidepressiiviset lääkkeet ovat siis bentsodiatsepiineja selvästi parempi vaihtoehto laaja-alaisen sosiaalisen fobian lääkehoidossa.
- Klonatsepaami on kaikista bentsodiatsepiineista parhaiten tutkittu sosiaalisen fobian hoidossa. Säännöllisesti käytettynä sen keskimääräinen annos on tutkimuksissa tavallisesti ollut 2–3 mg/vrk; käytännössä olisi hyvä etsiä pienin tehokas annos..

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Beetasalpaajat**
- Beetasalpaajien käyttöalue sosiaalisen fobian hoidossa rajoittuu ei-yleistyneisiin fobioihin, joissa ne voivat olla tilannekohtaisesti hyödyksi estäessään sympaattisen hermoston aktivoitumisen perifeerisiä oireita vaikeasta esiintymisjännityksestä kärsivällä. **Varsinaista ahdistuneisuutta lievittävää tehoa niillä ei ole.**
- **Endoskooppiset sympatikustoimenpiteet**
- Vaikeita ja kroonisia sosiaalisen fobian muotoja on Suomessa jonkin verran hoidettu yksityissektorilla myös endoskooppisesti toteutetun sympatektomian tai salpausleikkausten avulla. Pyrkimyksenä on näin ollut poistaa ahdistuneisuuden somaattisia, sympaattisen hermoston aktivoitumisesta johtuvia oireita. Hoitomuotoja ei voi pitää suositeltavina. Niihin liittyy suurella osalla potilaista **ainakin jonkinasteisia haittavaikutuksia, eikä hoitojen tehoa ja sen säilymistä pitkäaikaisesti ole osoitettu luotettavasti**.

Isometsä E, Psykiatria 13.3.17

170717 Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Sosiaalisten tilanteiden pelko eli sosiaalinen fobia** (F40.1) liittyy sellaisiin sosiaalisiin tilanteisiin tai suoritustilanteisiin, joissa henkilö joutuu tekemisiin vieraiden ihmisten kanssa tai toisten tarkkailun kohteeksi.
- Tällainen tilanne on odotettavissa esimerkiksi julkisissa tilanteissa, ruokaillessa tai kahvia juodessa (kahvikuppineuroosi).
- Henkilö pelkää joutuvansa nöyryytetyksi tai noloon asemaan.
- Tilanne herättää sekä ahdistusta että välttämiskäyttäytymistä.
- DSM-5:ssä häiriön nimi on muutettu **sosiaaliseksi ahdistushäiriöksi (*social anxiety disorder*).**

Yl juha kemppinen

MÄÄRÄKOHTEISET PELOT ELI SPESIFIT PELOT

170717 Määräkohteiset pelot eli spesifit pelot

- **Määräkohteiset pelot**
- Fobian sisältönä voi olla korostunut ja suhteeton pelko jotakin sinänsä mahdollista, mutta epätodennäköistä uhkaa kohtaan, esimerkiksi pelko siitä, että hissi juuttuu kerrosten väliin tai että henkilö joutuu lento-onnettomuuteen.
- Fobiaan voi myös liittyä pelko itsehallinnan menettämisestä jossakin tilanteessa, esimerkiksi korkealta hyppäämisestä tai leipäveitsen käytöstä lyömäaseena.
- Diagnostisesti on oleellista se, että pelko on yleisen tiedon ja elämänkokemuksen valossa selvästi kohtuuton, että fobian kohteen herättämä ahdistus on voimakasta, usein paniikkikohtauksen luonteista, ja että pelko johtaa voimakkaaseen ja käyttäytymisessä ilmenevään haluun vältellä sen kohdetta.
- Lisäksi edellytetään, että fobiaan liittyvä ahdistus tai pelon kohteen välttäminen on alentanut potilaan toimintakykyä tai aiheuttaa jatkuvasti merkittävää kärsimystä

170717 Määräkohteiset pelot eli spesifit pelot

- **Määräkohteiset pelot**
- Fobian erottaminen pelko-oireesta saattaa olla hankalaa, jos potilas ei tavanomaisessa elinympäristössään altistu pelon kohteelle.
- Arvioitaessa esimerkiksi kaupungissa asuvan potilaan käärmepelon voimakkuutta voidaan apuna käyttää ajatuskoetta. Potilasta pyydetään kuvittelemaan tilanne, että hyvät ystävät kutsuvat hänet kylään saareen, jossa tiedetään olevan käärmeitä.
- **Pelko-oireinen potilas saattaisi mennä saareen, mutta pitäisi koko ajan saappaita jalassaan, kun taas varsinaisesta käärmefobiasta kärsivä kieltäytyisi kutsusta.**

170717 Määräkohteiset pelot eli spesifit pelot

- **Määräkohteiset pelot**
- On kuitenkin huomattava, että vaikka käärmepelko olisi voimakasta, fobian diagnoosia ei voi asettaa, mikäli käärmeiden välttäminen ei merkittävästi rajoita potilaan toimintaa tai käärmeiden pelkääminen aiheuta potilaalle huomattavaa ahdistusta.
- DSM-5–tautiluokituksen fobian kriteeri F (taulukko «Määräkohteisen pelon diagnostiset kriteerit DSM-5:n mukaan....»*1*) onkin herättänyt vilkasta mielipiteiden vaihtoa, koska sen seurauksena **henkilön elinympäristö vaikuttaa siihen, onko hänellä psykiatrinen häiriö vai ei**: New Yorkissa käärmefobia on harvinainen, mutta korkeiden paikkojen pelko on yleisempi kuin Pohjanmaalla.

170717 Määräkohteiset pelot eli spesifit pelot

- **Määräkohteiset pelot**
- Fobian objektiin kohdistuvan pelon ohella monet fobiasta kärsivät **pelkäävät myös itse pelkokohtaukseen liittyviä oireita,** samaan tapaan kuin paniikkihäiriöstä kärsivät potilaat pelkäävät paniikkikohtauksen oireita.
- Tämä on erityisen tyypillistä tilanteisiin liittyvissä eli situationaalisissa fobioissa. Esimerkiksi verta ja vammoja pelkäävä potilas pelkää yleensä myös pyörtymistä, ja korkeiden paikkojen pelkoon liittyy tavallisesti huimauksen pelkoa.
- Vereen, injektioihin ja vammoihin kohdistuva fobia eroaa muista alatyypeistä siten, että sen oireistolle on luonteenomaista **voimakas vasovagaalinen reaktio**, joka usein johtaa potilaan pyörtymiseen

170717 Määräkohteiset pelot eli spesifit pelot

Taulukko 1. Määräkohteisen pelon diagnostiset kriteerit DSM-5:n mukaan.

A.	Huomattava tai ahdistus, kohdistuu tiettyyn kohteeseen tai tilanteeseen (esim. lentäminen, korkeat paikat, eläimet, injektio saaminen, veren näkeminen). Huom. lapsilla pelko ja ahdistus saattaa ilmetä itkemisenä, kiukkukohtauksena, jähmettymisenä tai tarkertuvaisuutena.
B.	Pelkoa aiheuttava kohde tai tilanne aiheuttaa lähes aina välitöntä pelkoa tai ahdistusta.
C.	Pelkoa aiheuttavaa kohdetta tai tilannetta joko vältetään aktiivisesti tai sitä siedetään vain voimakasta pelkoa tai ahdistusta kokien.

170717 Määräkohteiset pelot eli spesifit pelot

Taulukko 1. Määräkohteisen pelon diagnostiset kriteerit DSM-5:n mukaan.

D.	Pelko tai ahdistus on liiallisen voimakasta suhteessa kohteen tai tilanteen aiheuttamaan todelliseen vaaraan ja sosiokulturaaliseen viitekehykseen.
E.	Pelko, ahdistus tai välttämiskäyttäytyminen on jatkuvaa, ja kestää tyypillisesti 6 kuukautta tai sitä pidempään.

170717 Määräkohteiset pelot eli spesifit pelot

Taulukko 1. Määräkohteisen pelon diagnostiset kriteerit DSM-5:n mukaan.	
F.	Pelko, ahdistus tai välttämiskäyttäytyminen aiheuttavat kliinisesti merkittävää kärsimystä tai heikentävät toimintakykyä sosiaalisissa suhteissa, ammatissa, tai muilla tärkeillä elämänalueilla.

170717 Määräkohteiset pelot eli spesifit pelot

Taulukko 1. Määräkohteisen pelon diagnostiset kriteerit DSM-5:n mukaan.

G.	Häiriö ei ole paremmin tulkittavissa jonkun muun psykiatrisen häiriön oireistoksi. Tällaisia ovat agorafobia, jossa pelko, ahdistus tai välttämiskäyttäytyminen kohdistuvat tilanteisiin jotka ovat yhteydessä paniikin kaltaisiin tai muihin toimintaa lamaaviin oireisiin; pakko-oireinen häiriö, jossa pelko, ahdistus tai välttämiskäyttäytyminen liittyvät pakkoajatuksiin; traumaperäinen stressihäiriö, jossa pelko, ahdistus tai välttämiskäyttäytyminen liittyvät traumasta muistuttaviin asioihin; eroahdistushäiriö, jossa pelko, ahdistus tai välttämiskäyttäytyminen kohdistuvat kodista lähtemiseen tai läheisistä eroon joutumiseen; ja sosiaalisten tilanteiden pelko, jossa pelko, ahdistus tai välttämiskäyttäytyminen kohdistuvat sosiaalisiin tilanteisiin.

170717 Määräkohteiset pelot eli spesifit pelot

Lisäksi määritetään määräkohteisen pelon kohde:

Eläimet (esim. hämähäkin, hyönteiset ja koirat)

Luonnon ympäristö (esim. korkeat paikat, myrskyt ja vesi)

Veri, injektiot ja vammat (esim. neulat, invasiiviset lääketieteelliseet toimenpiteet)
Pelon kohde jaotellaan seuraaviin alatyyppeihin: veripelko, injektioiden ja verensiirtojen pelko, muuhun lääketieteelliseen hoitoon kohdistuva pelko, ja vammautumisen pelko.

Tilanteet ja paikat (esim. lentokoneet, hissit, suljetut paikat)

Jokin muu (esim. tilanteet, jotka saattavat johtaa tulehtumiseen tai oksentamiseen; lapsilla esim. kovat äänet tai hyvin pukeutuneet henkilöt)

Ohje luokittelusta: jos pelon kohteita on useampia, niin ne luokitellaan kukin omalla koodillaan

170717 Määräkohteiset pelot eli spesifit pelot

- **Erotusdiagnostiikka**
- Myös paniikkihäiriöön saattaa liittyä tiettyjen paikkojen tai tilanteiden, kuten lentäminen tai suljetut paikat, välttämistä. **Paniikkihäiriössä välttämiskäyttäytyminen on kuitenkin syntynyt tietyissä paikoissa tai tilanteissa aiemmin esiintyneiden paniikkikohtauksen seurauksena**, ja paniikkihäiriössä esiintyy **aina myös odottamattomia**, tilanteista ja kohteista riippumattomia paniikkikohtauksia.
- Fobia voidaan erottaa **sosiaalisten tilanteiden pelosta** pelkoon liittyvien ajatusten perusteella. Määräkohteisesta pelosta kärsivä esimerkiksi pelkää ravintolassa syömistä, koska **pelkää tukehtuvansa ruokaan**, mutta sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivä pelkää, koska **uskoo nolaavansa itsensä** muiden ravintolavieraiden silmissä.

170717 Määräkohteiset pelot eli spesifit pelot

- **Erotusdiagnostiikka**
- Traumaperäisessä stressihäiriössä välttämiskäyttäytyminen liittyy **vastaavassa paikassa tai tilanteessa aiemmin tapahtuneeseen järkyttävään kokemukseen ja on yhteydessä muihin oireisiin**, kuten trauman uudelleen kokemiseen, tunne-elämän kapeutumiseen ja autonomisen hermoston ylivireystilaan. Yksittäinen traumaattinen kokemus saattaa kuitenkin aiheuttaa myös fobian, esimerkiksi autokolarista selviytyneillä on kuvattu autolla matkustamiseen kohdistuvaa määräkohteista pelkoa.
- **Pakko-oireisessa häiriössä välttämiskäyttäytyminen liittyy aina tiiviisti pakkoajatuksiin**, kuten tartunnan saaminen.
- **Hypokondrinen** potilas **pelkää jo sairastavansa jotakin sairautta** ja **tarkkailee huolissaan itsessään otaksumiaan sairauden oireita**, kun taas sairauksia foobisesti pelkäävä **pelkää sairastuvansa ja pyrkii esimerkiksi välttämään tartunnan saamista**.
- Jos foobinen ahdistus ja välttämiskäyttäytyminen kohdistuu ainoastaan **ruokaan ja lihomiseen**, niin potilaan todennäköisin diagnoosi on laihuus-häiriö.

170717 Määräkohteiset pelot eli spesifit pelot

- **Perinnölliset tekijät**
- Määräkohteisilla peloilla on taipumus kasaantua suvuttain, ja eri tutkimuksissa arviot fobioiden periytyvyydestä ovat vaihdelleet 25–45 %:iin.
- Näyttää siltä, että erityisesti veri-injektio-vammafobialle ja eläimiin kohdistuville peloille on olemassa voimakas perinnöllinen alttius. Tämän ohella fobian muihin eri alatyyppeihin näyttää myös liittyvän perinnöllistä alttiutta, ja toisaalta jotkut peloille altistavat perinnölliset tekijät saattavat olla osin yhteisiä myös muille psykiatrisille häiriöille altistavien perintötekijöiden kanssa.
- **Suurin osa peloista kehittyy ei-assosiatiivisesti eli ilman omakohtaisen oppimiskokemuksen vaikutusta**.
- On esitetty, että pelko-oireista on todennäköisesti ollut etua evoluution aikana, esimerkiksi käärmepelko, ja tämän takia osalla väestöstä on niiden kehittymiseen perinnöllinen alttius.

170717 Määräkohteiset pelot eli spesifit pelot

- **Temperamentti, varhainen kasvuympäristö ja biologiset tekijät**
- Negatiivinen affektiivisuus, neuroottisuus ja estyneisyys ovat yhteydessä kaikkiin ahdistuneisuushäiriöihin, myös määräkohteisiin pelkoihin.
- Vanhempien ylisuojelevaisuus, ero vanhemmista, sekä fyysinen ja seksuaalinen kaltoinkohtelu ovat samalla tavoin yhteisiä altistavia tekijöitä kaikkien ahdistuneisuushäiriöiden kehittymiselle.
- Toisinaan fobia kehittyy lapsuuden traumaattisen kokemuksen seurauksena, esimerkiksi lapsen koiran puremaksi joutuminen aiheuttaa koiriin kohdistuvan fobian.

170717 Määräkohteiset pelot eli spesifit pelot

- Aivojen toiminnallisissa kuvantamistutkimuksissa on **foobiselle objektille altistumiseen** havaittu liittyvän aivojen verenvirtauksessa alueellisia muutoksia muun muassa **sekundäärisellä näköalueen aivokuorella, ohimolohkon alueilla ja otsalohkon etuosan** alueilla.
- Erityisesti **insulaarisen aivokuoren ja etupihtipoimun (anteriorinen cingulum) aktivoitumista** foobisen ärsykkeen aikana on toistuvasti havaittu. Mantelitumakke eli **amygdala** on keskeisessä roolissa pelkoreaktioiden synnyssä.
- Äärimmäisen harvinaisessa molemminpuolisessa mantelitumakkeen vauriossa potilaalta puuttuu kokonaan kyky tuntea pelkoa, ja
- vasemmanpuoleisen mantelitumakkeen kirurgisen poiston on kuvattu myönteisenä sivuvaikutuksena samalla parantaneen hämähäkkifobian.
- Toiminnallisten kuvantamistutkimusten perusteella näyttää siltä, että erityisesti **vasemmanpuoleinen mantelitumake aktivoituu foobisen ärsykkeen aikana**, ja krooniseen fobian on yhteydessä vasemmanpuoleisen mantelitumakkeen pienentyneeseen kokoon.

170717 Määräkohteiset pelot eli spesifit pelot

- Eläinkokeissa dopamiinivajaus aivojen pre-frontaalialueilla lisää eläinten ahdistuneisuutta**. COMT-geenin Val-alleeli** on yhteydessä aivojen lisääntyneeseen dopamiinin kataboliaan. Yli 1 200 naiselle tehdyssä väestötutkimuksessa havaittiin, että COMT Val/Val-genotyypin omaavilla naisilla oli **kaksinkertainen riski sairastua määräkohteisiin pelkoihin.**
- Myös aivojen rakenteelliset häiriöt saattavat altistaa määräkohteisille peloille.
- Esimerkiksi synnynnäisessä, muun muassa keijukaismaisina kasvonpiirteinä ilmenevässä **Williamsin oireyhtymässä pelkojen esiintyvyys on yli 80 %**.
- **Veren näkemiseen liittyvän pelon** on esitetty mahdollisesti liittyvän poikkeuksellisen herkkään baroheijasteeseen, mikä selittäisi alttiuden voimakkaisiin vasovagaalisiin reaktioihin. Paniikkihäiriöpotilailla yleisesti ilmenevä positiivinen hiilidioksidiprovokaatiokoe on fobiapotilailla tavallisesti normaali.

Yl juha kemppinen

UUSIA ARTIKKELEITA AHDISTUNEISUUDESTA

Impact of long-term medical conditions on the outcomes of psychological therapy for depression and anxiety

Jaime Delgadillo, Alexander Dawson, Simon Gilbody and Jan R. Böhnke

BJP 2017

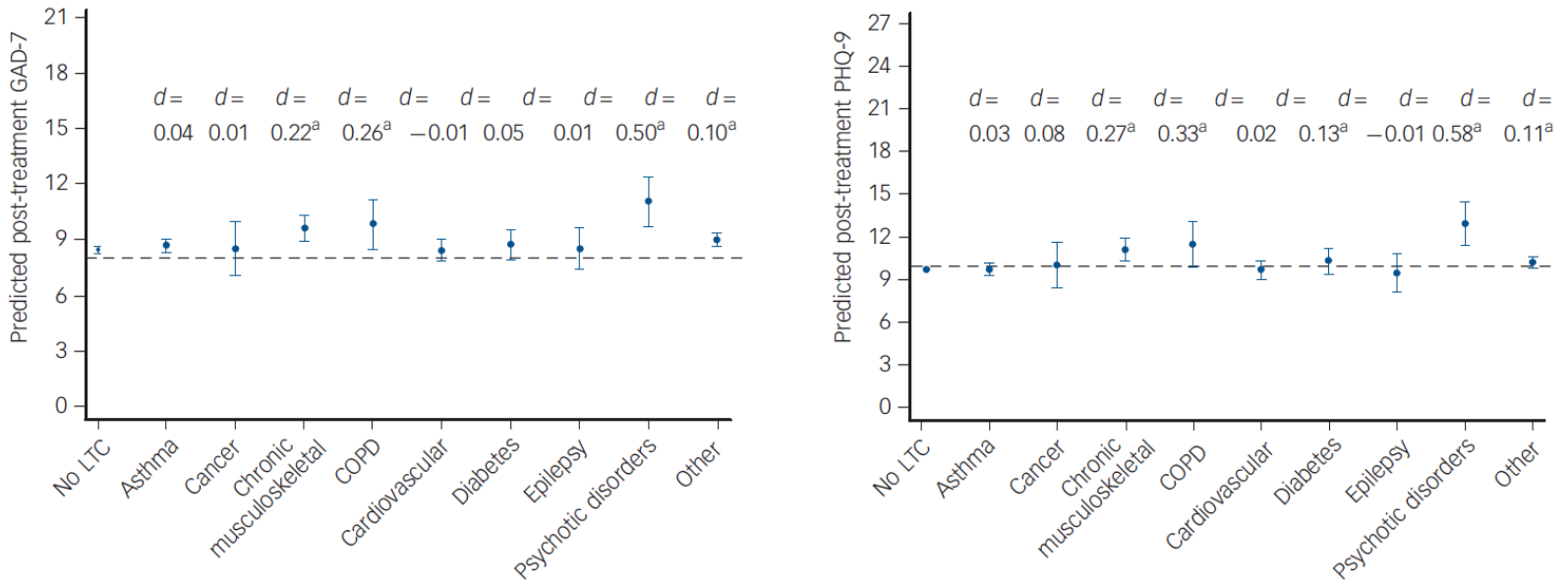


Fig. 1 Predicted post-treatment anxiety (Generalised Anxiety Disorder scale (GAD-7)) and depression (Patient Health Questionnaire (PHQ-9)) scores across long-term condition (LTC) groups

Marginal post-treatment scores derived from seemingly unrelated regression model (Table 3) jointly predicting GAD-7 (a) and PHQ-9 (b) for a patient starting with mean age = 38.38, PHQ-9 = 15.17 and GAD-7 = 13.38 scores. The y-axes of both plots present the potential range in scores and the effect sizes (Cohen's *d*) are based on comparisons with the 'no long-term condition' category and the root mean square error of the respective part of the regression model.
a. Coefficient significant (see Table 3). COPD, chronic obstructive pulmonary disease; Other, other non-specified LTC.

Impact of long-term medical conditions on the outcomes of psychological therapy for depression and anxiety

Jaime Delgadillo, Alexander Dawson, Simon Gilbody and Jan R. Böhnke

BJP 2017

Table 4 Probability of accessing high-intensity therapy for patients with long-term conditions[a]

Long-term condition	Odds ratio (95% CI)
Asthma	1.23** (1.09–1.39)
Cancer	1.66* (1.03–2.65)
Chronic musculoskeletal	1.47** (1.17–1.84)
Chronic obstructive pulmonary disease	1.60* (1.04–2.47)
Cardiovascular	1.15 (0.94–1.40)
Diabetes	1.39* (1.07–1.79)
Epilepsy	0.99 (0.68–1.44)
Severe (psychotic) mental health problems	1.00 (0.64–1.57)
Other non-specified long-term condition	1.30*** (1.17–1.46)

a. All coefficients controlled for demographic and treatment-related variables as for the main analysis (see Table 3).
*$P<0.05$; **$P<0.01$; ***$P<0.001$.