

110919 Ahdistuneisuushäiriöt -aikuisilla esitys

Yl juha kemppinen

110919 Ahdistuneisuushäiriöt - aikuisilla esitys

- Agenda:

0) Yleistä

- 1) Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko
- 2) Sosiaalisten tilanteiden pelko
- 3) Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö
- 4) Ahdistuneisuushäiriöiden erotusdiagnostiikka
- 5) Ahdistuneisuushäiriöiden hoito ja lääkehoito
- 6) Bentsodiatsepiinien käyttö ahdistuneisuushäiriöistä kärsivillä

7) Ahdistuneisuushäiriöt – seuranta

8) Erityisryhmät – nuoret

9) Erityisryhmät – ikääntyneet

10) Kokeelliset hoidot

11) Hoitoresistenttien ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoidon erityispiirteitä

12) Pakolaiset

13) Ahdistuneisuushäiriöiden erityispiirteitä työterveyshuollossa sekä toiminta- ja työkyvyn arviointi

14) Hoidon porrastus

0. Yleistä

Yl juha kemppinen

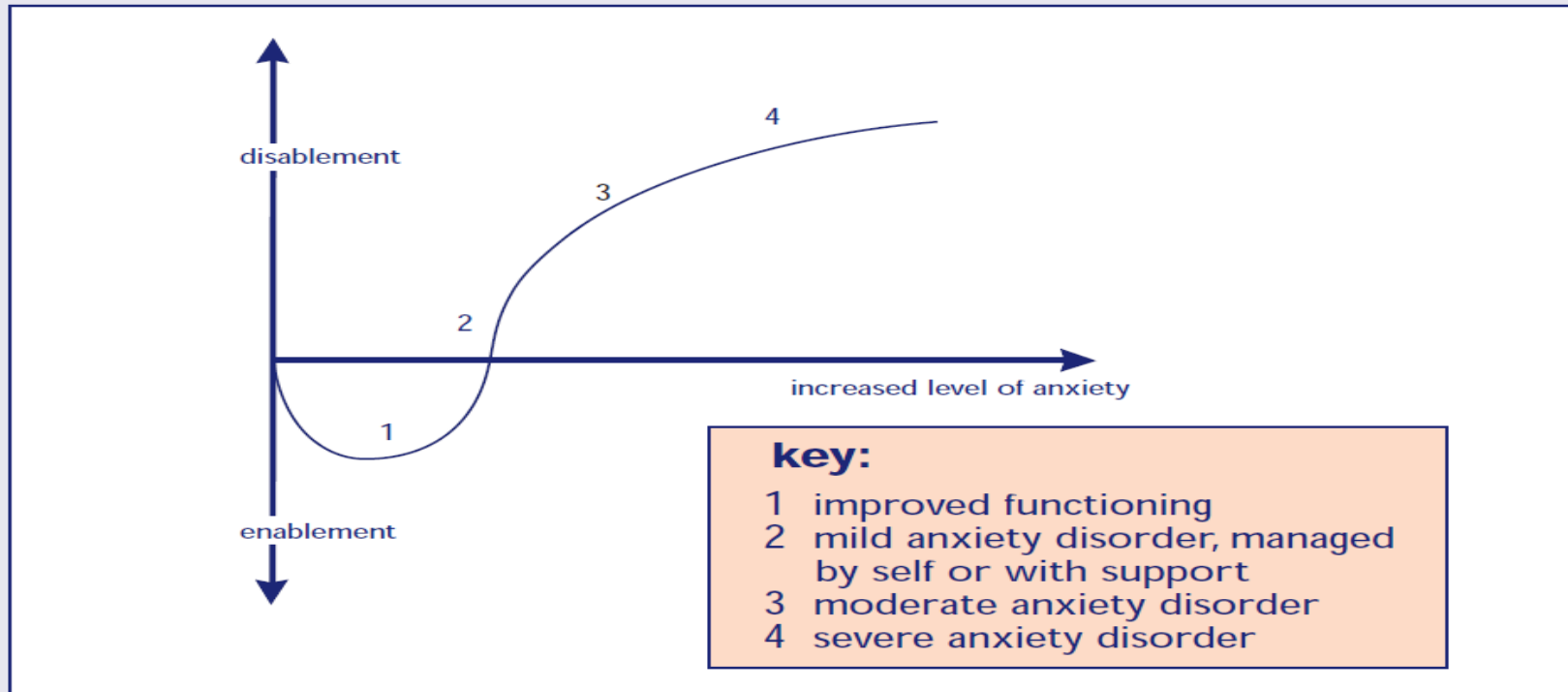


"Of course you feel great. These things are loaded with antidepressants."

[https://www.ihs.gov/california/tasks/sites/default/assets/File/GPRA/C5_%20Anxiety%20Disorders%20\(Liu\)_508.pdf](https://www.ihs.gov/california/tasks/sites/default/assets/File/GPRA/C5_%20Anxiety%20Disorders%20(Liu)_508.pdf)

110919 Ahdistuneisuushäiriöt

The anxiety continuum



http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/D235D446D1ABD4C04C256706006E1049/%24file/Anxiety_guideline.pdf

Ahdistuneisuushäiriöt Käypä Hoito-suositus

7.1.2019 (<https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>)

- Määritelmät
- **Ahdistus, ahdistuneisuus tunnetilana:** **pelon tunne**, joka johtuu sisältä tai ulkoa uhkaavan, huonosti tiedostetun **vaaran ennakoimisesta** ja jonka oireita voivat olla muun muassa levottomuus, pelokkuus, keskittymiskyvyn puute, unihäiriöt, sydämentykytys, pahoinvointi, vapina, tihtynyt virtsaamistarve ja ilman loppumisen tunne
- **Ahdistuneisuushäiriö:** **toimintakykyä ja elämänlaatua heikentäviä psykiatrisia häiriöitä**, joille on ominaista poikkeavan voimakas kohtauksittainen tai jatkuva uhan ja ahdistuneisuuden tunne, jota saatetaan yrittää säädellä välttämiskäyttäytymisen avulla. Oireistoon liittyy usein vaihtelevassa määrin somaattisia oireita.
- **Pelko, fobia:** emotionaalinen ja fysiologinen reaktio vaaralliseen tai vaaralliseksi koettuun ärsykkeeseen
- **Paniikkikohtaus:** äkillinen ja usein arvaamattomasti alkava kohtaus, jossa henkilö kokee tilanteeseen nähden aiheettoman voimakasta uhan tunnetta ja johon liittyy sympatikotonian oireita, kuten sydämentykytystä, hengenahdistusta, rintatuntemuksia ja vapinaa. Määritelmät on mukailtu Lääketieteen termit tietokannan [4](#) pohjalta

Ahdistuneisuushäiriöt (Psykiatria 2007)

- Ahdistuneisuuden tunteella tarkoitetaan sisäistä jännitystä, levottomuuden, kauhun ja paniikin tunnetta.
- Ahdistuneisuus kokemuksena on hyvin pitkälti pelon kaltainen
- Ahdistuneisuuden tunne on pelkoa ilman todellista ulkoista vaaraa.
- Pelko ja lievä ahdistuneisuus ovat normaaleja ilmiöitä.
- Mielenterveyden häiriöstä voidaan puhua vasta silloin, kun ahdistuneisuus on voimakasta, pitkäkestoista sekä psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä rajoittavaa.
- Ahdistuneisuushäiriöt ovat kaikkein yleisimpiä mielenterveydellisiä häiriöitä, ja niillä on suuri kansanterveydellinen merkitys.
- Ahdistuneisuushäiriö esiintyy hyvin usein masennuksen kanssa
- Ahdistuneisuushäiriöt ovat oireyhtymiä, syndroomia, joissa pitkäkestoiseen ahdistukseen ja vaikeaan ahdistuneisuuden tunteeseen liittyy muita oireita.
- –Autonomisen hermoston aktivoitumisen oireet
- –välttämiskäyttäytyminen ahdistuneisuuskokemusten myötä

Esiintyvyys perusterveydenhuollossa

- Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä perusterveydenhuollon potilailla, ja niihin liittyy usein terveysten palveluiden suuren käyttöä [9](#), [10](#).
- Perusterveydenhuollon potilaista 4 %:lla on paniikkihäiriö [11](#).
- Paniikkihäiriöstä kärsivillä on yli 5 kertaa enemmän perusterveydenhuollon käyntejä kuin muilla samanikäisillä [9](#).
 - 22 %:lla palveluiden suurkäyttäjistä on paniikkihäiriö [10](#).
- Perusterveydenhuollon potilaista 4–8 %:lla on yleistynyt ahdistuneisuushäiriö [11](#). Suomessa naisilla sitä esiintyy 7,1 %:lla ja miehillä 4,1 %:lla perusterveydenhuollon potilaista [12](#).
 - Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö on vaikea tunnistaa, koska puolet potilaista hakeutuu vastaanotolle erilaisten somaattisten syiden takia [12](#).
 - Heillä myös muu psykiatrinen samanaikaissairastavuus on tavallista, mikä voi vaikeuttaa diagnostiikkaa.
- Perusterveydenhuollon potilaista 7 %:lla on sosiaalisten tilanteiden pelko [13](#).
 - Sosiaalisten tilanteiden pelkoon liittyy oirekuvansa vuoksi muita mielenterveyshäiriöitä vähäisempi perusterveydenhuollon palvelujen käyttö [14](#), ja sitä sairastavat ottavat harvemmin psyykkiset oireet puheeksi [15](#).

110919 Ahdistuneisuushäiriöt

Anxiety Disorders

11

<u>Hengitys</u>	<u>Sydän- ja verisuonet</u>	<u>Lihasoireet</u>
RESPIRATORY sensation of breathlessness or suffocation chest tightness tachypnea choking	CARDIOVASCULAR tachycardia palpitations precordial pain "sine materia" syncopate	MUSCULAR tremor muscle contractures muscle weakness startles muscle back pain
VEGETATIVE <u>Vegetatiiviset</u> dry mouth pale face redness on skin "in cleavage" sweating Hot flashes	NEUROLOGICAL <u>Neuro- logiset</u> headache vertigo paresthesia visual illusions blurred vision hyperesthesia	GASTROINTESTINAL <u>Suolisto</u> acceleration of intestinal transit cramps nausea vomiting abdominal pains

Table 3. Somatic symptoms of anxiety

<https://library.umac.mo/ebooks/b28351575.pdf>

What is Anxiety?

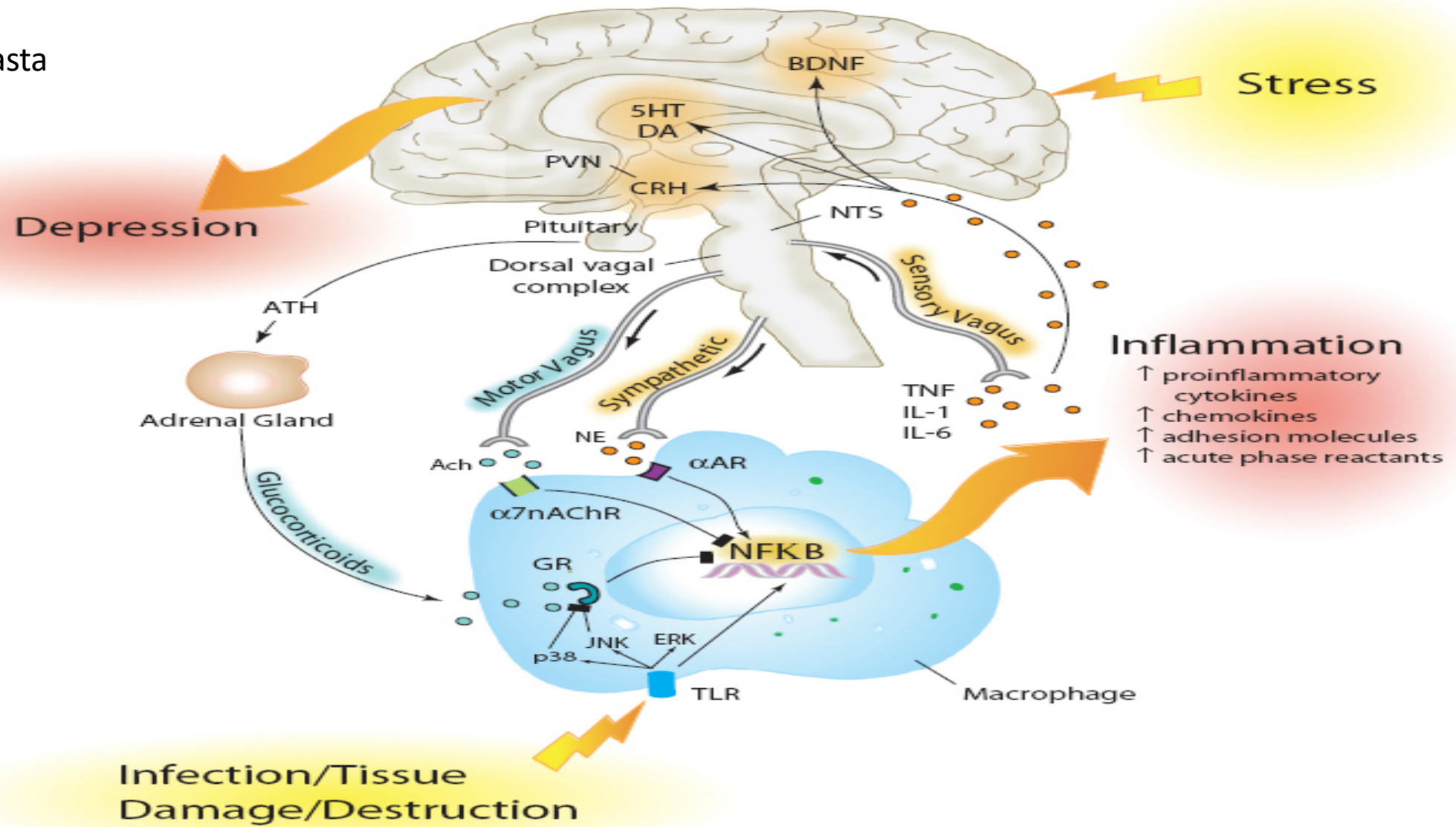
Begins as ordinary,
day-to-day
situation.

Begins to effect
daily life



Excessive

Ahdistuneisuushäiriöiden
neurobiologinen
tutkimus on vilkasta



Stress and bidirectional neural–immune interactions. **(A)** Activation of NF- κ B through toll-like receptors (TLRs) during immune challenge leads to an inflammatory response including

(B) the release of proinflammatory cytokines, TNF- α , IL-1, and IL-6.

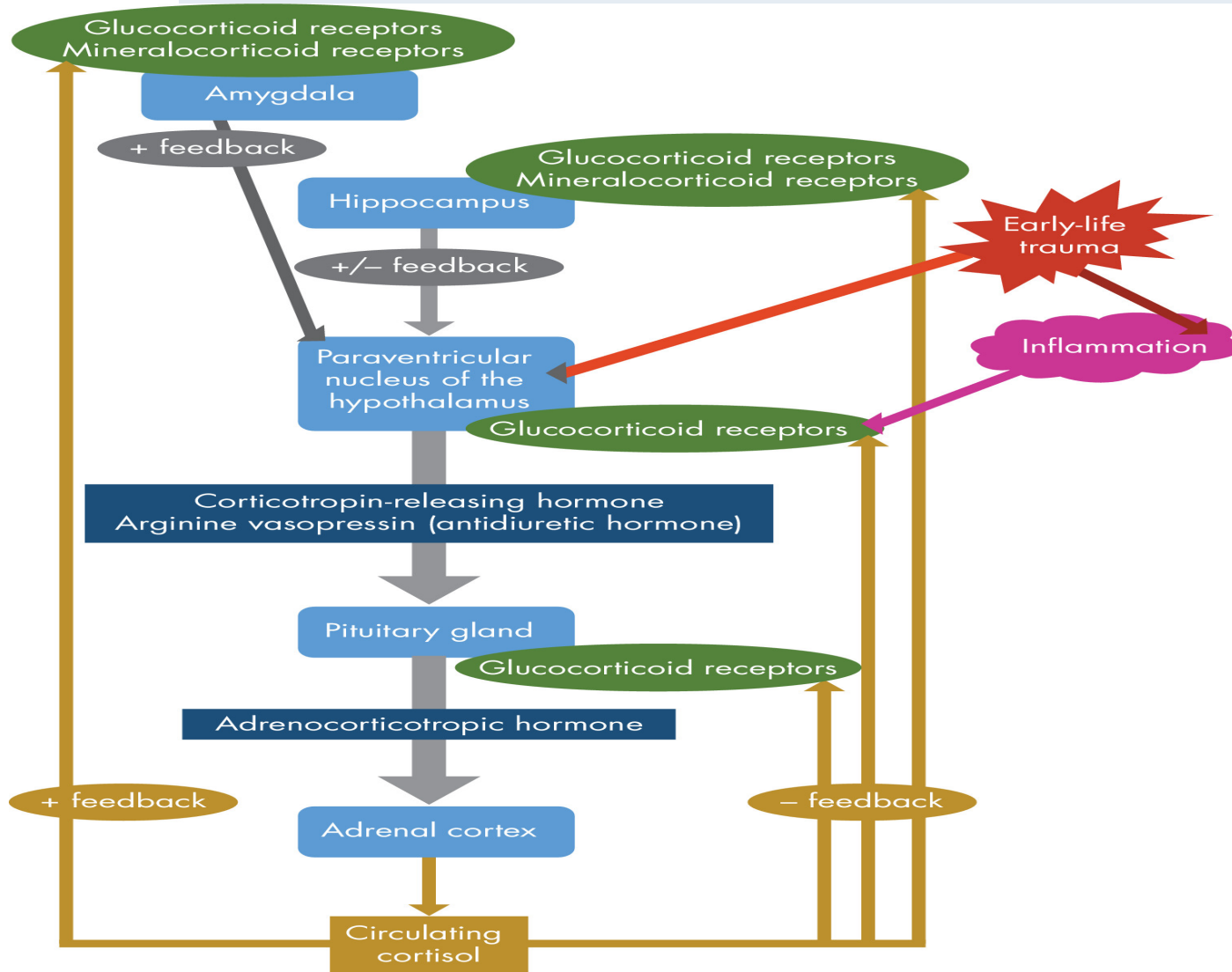
C: These cytokines, in turn, access the brain via leaky regions in the blood–brain barrier, active transport molecules, and afferent nerve fibers (e.g., sensory vagus), which relay information through the nucleus tractus solitarius (NTS).

D: Once in the brain, cytokine signals participate in pathways known to be involved in the development of depression, including: (i) altered metabolism of relevant neurotransmitters such as serotonin (5HT) and dopamine (DA), (ii) activation of CRH in the paraventricular nucleus (PVN) and the subsequent production and/or release of ACTH and glucocorticoids (cortisol), and (iii) disruption of synaptic plasticity through alterations in relevant growth factors (e.g., brain-derived neurotrophic factor [BDNF]).

(E) Exposure to environmental stressors promotes activation of inflammatory signaling (NF- κ B) through increased outflow of proinflammatory sympathetic nervous system responses (release of NE, which binds to the α [α AR] and β [β AR] adrenoceptors).

(F) Stressors also induce withdrawal of inhibitory motor vagal input (release of acetylcholine [ACh], which binds to the $\alpha 7$ subunit of the nicotinic acetylcholine receptor [$\alpha 7$ nACR α]). **(G)** Activation of the mitogen-activated protein kinase pathways, including p38 and Jun N-terminal kinase (JNK), inhibit the function of glucocorticoid receptors (GRs), thereby releasing NF- κ B from negative regulation by glucocorticoids released as a result of the hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis in response to stress.

(From Raison CL, Capuron L, Miller AH. Trends in Immunology, 27, Cytokines sing the blues: inflammation and pathogenesis of depression, 24–31, 2006, with permission from Elsevier.)



Schematic diagram of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis.

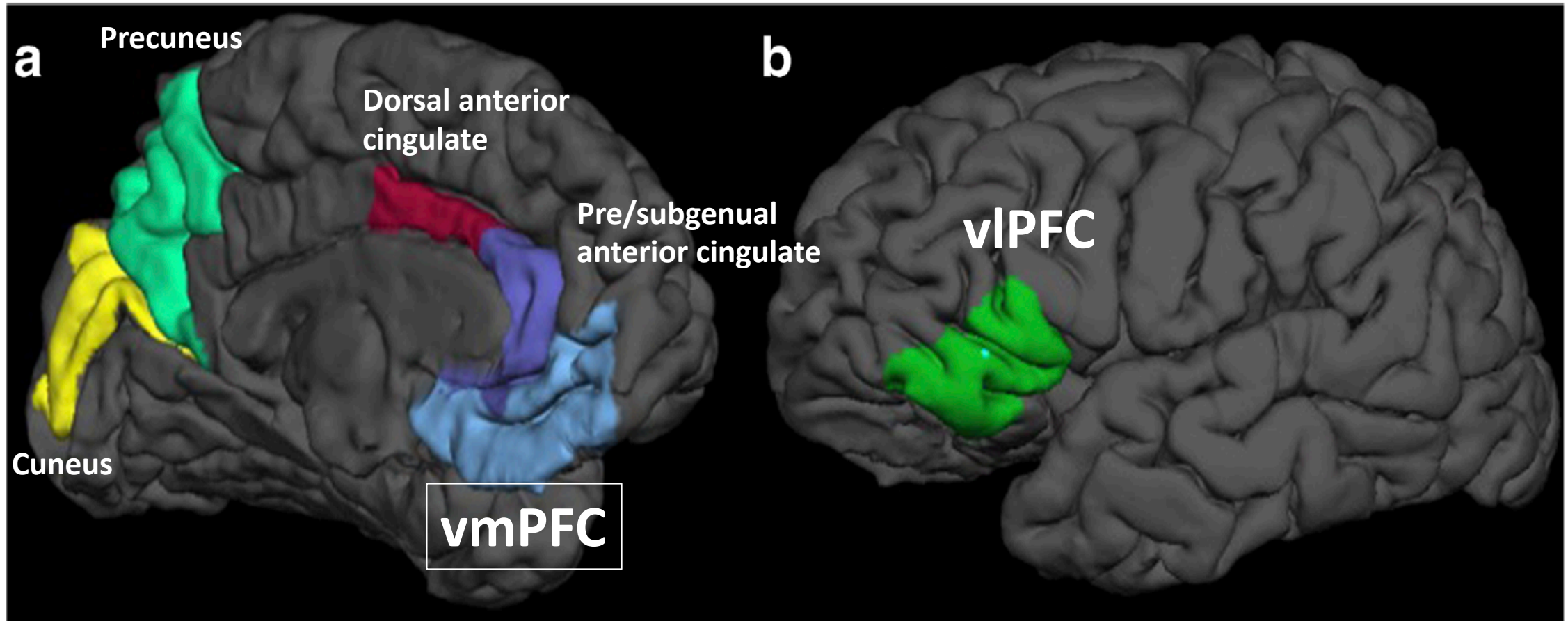


Fig 1 Structures and regions implicated in pediatric patients with anxiety disorders and those who are high risk of developing anxiety disorders. The cuneus (*yellow*), precuneus (*light green*), dorsal anterior cingulate (*red*), pre/

subgenual anterior cingulate (*purple*) and ventromedial prefrontal cortex (*light blue*) are shown medially in **a**, while the ventrolateral prefrontal cortex (VLPFC, *lime green*) is shown in the left lateral view in **b**

THE CYCYLE OF ANXIETY

STRESSORS

Medical illness
Pain
Family or Marital problems
Work problems

GENETIC FACTORS

Family history of panic
Early childhood anxiety

HEALTH HABITS

Poor diet
Inadequate sleep
Caffeine and alcohol use
Lack of exercise

THOUGHTS AND FEELINGS

Something is wrong with my body
Worry about everything
Can't cope
I'm out of control
Depression

PHYSICAL

Muscle Tension
Shortness of breath
Flushing & chills
Palpitations
Chest Pain
Dizziness

BEHAVIOR

Increased doctor visits
because of health
worries
Avoidance of places
that make me anxious
Use of alcohol
to cope

CBT TO IMPROVE COPING

MEDICATIONS

American Board of Family Medicine 2009

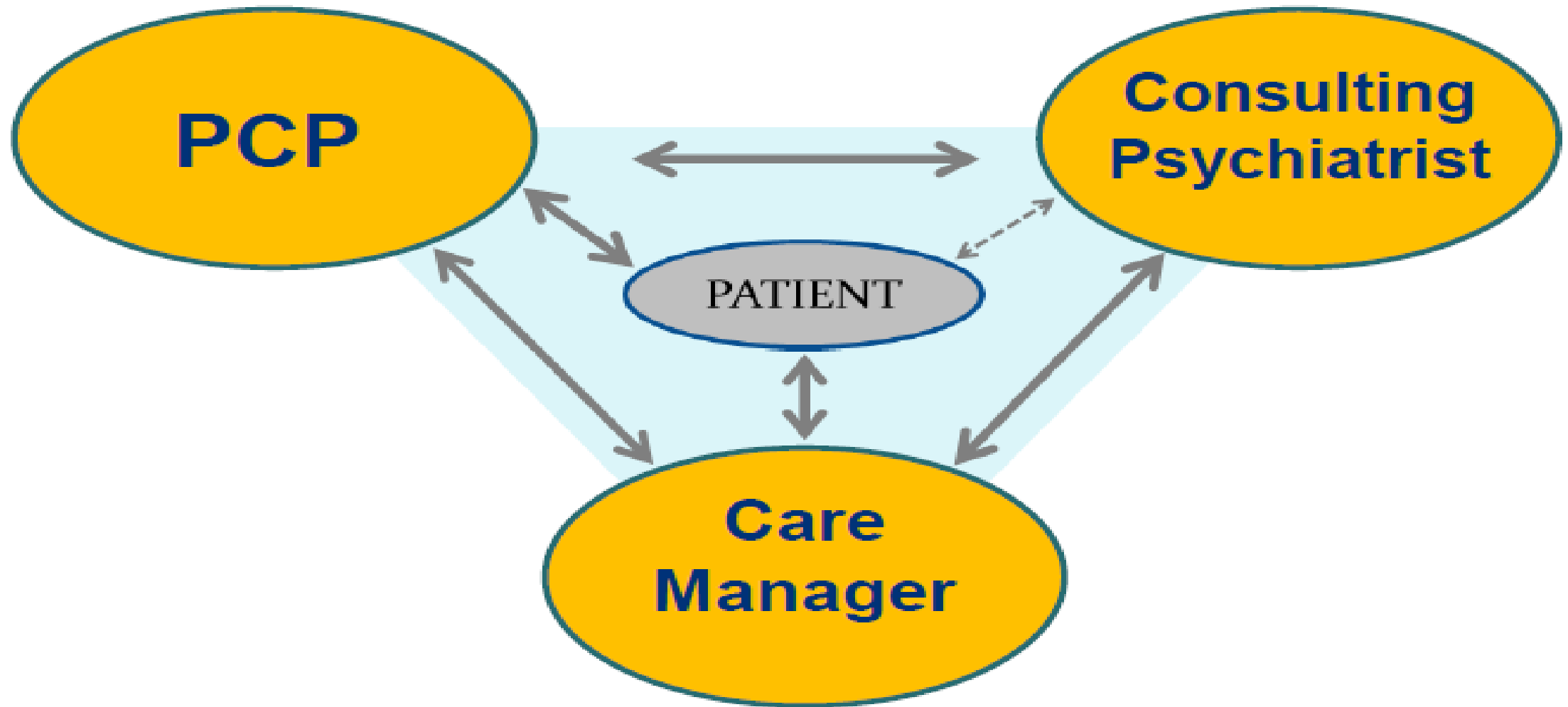
[https://www.ihs.gov/california/tasks/sites/default/assets/File/GPRA/C5_%20Anxiety%20Disorders%20\(Liu\)_508.pdf](https://www.ihs.gov/california/tasks/sites/default/assets/File/GPRA/C5_%20Anxiety%20Disorders%20(Liu)_508.pdf)

Principles of Effective Integrated Behavioral Health Care

“The core principles of effective integrated care include a patient-centered care team providing evidence-based treatments for a population of patients using a measurement-based ‘treat-to-target’ approach.”

[https://www.ihs.gov/california/tasks/sites/default/assets/File/GPRA/C5_%20Anxiety%20Disorders%20\(Liu\)_508.pdf](https://www.ihs.gov/california/tasks/sites/default/assets/File/GPRA/C5_%20Anxiety%20Disorders%20(Liu)_508.pdf)

Collaborative Team Approach



[https://www.ihs.gov/california/tasks/sites/default/assets/File/GPRA/C5_%20Anxiety%20Disorders%20\(Liu\)_508.pdf](https://www.ihs.gov/california/tasks/sites/default/assets/File/GPRA/C5_%20Anxiety%20Disorders%20(Liu)_508.pdf)

110919 Ahdistuneisuushäiriöt (muutokset DSM-IVTR→DSM-5)

The anxiety disorders

The following section considers clinical features typically associated with each anxiety disorder. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) distinguishes between:

- panic disorder (with or without agoraphobia)
- specific phobia
- social phobia
- obsessive-compulsive disorder (OCD)
- generalised anxiety disorder (GAD)
- post traumatic stress disorder (PTSD)
- acute stress disorder
- adjustment disorder.

The the former DSM-IV category of Anxiety Disorders became three separate categories in DSM-5. These three categories are:

1. Anxiety Disorders

- a) separation anxiety disorder,
- b) selective mutism,
- c) specific phobia,
- d) social phobia,
- e) panic disorder,
- f) agoraphobia, and
- g) generalized anxiety disorder.

2. Obsessive-Compulsive Disorders

- a) obsessive-compulsive disorder,
- b) body dysmorphic disorder,
- c) hoarding disorder,
- d) trichotillomania, and
- e) excoriation disorder.

3. Trauma and Stressor-Related Disorders

- a) reactive attachment disorder,
- b) disinhibited social engagement disorder,
- c) PTSD,
- d) acute stress disorder, and
- e) adjustment disorder.

Taulukko 4. Ahdistuneisuushäiriöiden oirekartoitusmittareita.

Oirekartoitusmittari (suluissa lyhenne)	Ahdistuneisuushäiriö, johon mittaria käytetään	Linkki, jos vapaasti saatavilla (pyydämme huomioimaan, että Terveysportin tietokantojen käyttö vaatii käyttöoikeuden)
Generalized Anxiety Disorder Screeners (GAD-7 ja GAD-2)	Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö	GAD-7: Terveysportti > Apuohjelmat > Psykiatriset arviointilomakkeet «» GAD-7: Mielenterveystalo > Aikuiset > Itsearviointi > Ahdistuneisuuskysely (GAD-7) https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsearviointi/Pages/GAD-7.aspx
Panic Disorder Severity Scale (PDSS) ja Self Report Version of the PDSS (PDSS-SR)	Paniikkihäiriö	PDSS-SR: Mielenterveystalo > Aikuiset > Itsearviointi > Paniikkioirekysely (PDSS-SR) https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsearviointi/Pages/PDSS.aspx
Social Phobia Inventory (SPIN)	Sosiaalisten tilanteiden pelko	Mielenterveystalo > Aikuiset > Itsearviointi > Sosiaalisen jännittämisen kyselyt (SPIN) https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsearviointi/Pages/SPIN.aspx
Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)	Sosiaalisten tilanteiden pelko	Terveysportti > Apuohjelmat > Psykiatriset arviointilomakkeet «»

Taulukko 4. Ahdistuneisuushäiriöiden oirekartoitusmittareita. (jatkuu)

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)	Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö	www.terveysportti.fi http://www.terveysportti.fi
Hamiltonin ahdistuneisuusasteikko, Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)	Ahdistuneisuus, ei häiriöspesifinen	Lisätietoa [140]
Beckin ahdistuneisuusasteikko, Beck Anxiety Inventory (BAI)	Ahdistuneisuus, ei häiriöspesifinen	Lisätietoa [140]
Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)	Ahdistuneisuus, ei häiriöspesifinen	www.mielenterveystalo.fi http://www.mielenterveystalo.fi Lisätietoa [140]
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Ahdistuneisuus, ei häiriöspesifinen	Lisätietoa [140]
The Columbia - Suicide Severity Scale (SSRS)	Itsetuhoajatusten ja -pyrkimysten kartoitus	Ks. Käypä hoito -suositus Kaksisuuntainen mielialahäiriö «Kaksisuuntainen mielialahäiriö», http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=95DooD86E853C6EDF89072562D417474?id=hoi50076#s10 , [141] ja C-SSRS
Viitteet: [91], [92], [142], [143], [144], [145], [146], [147], [148], [149], [150]		

1. Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko

Yl juha kemppinen

110919 Ahdistuneisuushäiriöt (potilasnäkökulma)

1. Panic disorder (with and without agoraphobia)

A young woman has been having two or three episodes a week when she feels dizzy, has pains in her chest and her heart pounds. These spells can last up to 10 minutes and seemingly come 'out of the blue.' She has been so frightened by them she has presented twice to accident and emergency services. On both occasions, after a careful examination, she was sent home. She is frightened that something might be wrong with her heart and that it hasn't been detected yet.

A panic attack is a discrete period of intense fear or discomfort coming on abruptly and peaking within 10 minutes, in which four or more of the following symptoms are present:

- palpitations, pounding heart or accelerated heart-rate
- sweating
- trembling or shaking
- sensations of shortness of breath or smothering
- feelings of choking
- chest pain or discomfort
- nausea or abdominal distress
- feeling dizzy, unsteady, light-headed or faint
- derealisation (feelings of unreality) or depersonalisation (feeling detached from oneself)
- fear of losing control or going crazy
- fear of dying
- numbness or tingling sensations
- chills or hot flushes.

http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/D235D446D1ABD4C04C256706006E1049/%24file/Anxiety_guideline.pdf

Paniikkihäiriön diagnoosi

Paniikkikohtaus

- Yksittäinen paniikkikohtaus ei tarkoita, että potilaalla on paniikkihäiriö.
- Ks. lisätietoa paniikkikohtauksen tutkimisesta ja hoidosta päivystyksessä .

Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko

- Paniikkihäiriödiagnoosi edellyttää, että potilaalla on toistuvia, odottamattomia paniikkikohtauksia ja pitkäaikainen huoli niiden uusiutumisesta [83].
- Paniikkihäiriö jää usein tunnistamatta, koska potilas käy usein somaattisten oireiden, kuten hengenahdistuksen, huimauksen, rintakivun tai rytmihäiriötuntemusten, vuoksi päivystyksessä ja vastaanotolla.
 - Jos potilas hakeutuu päivystykseen rintakivun vuoksi, paniikkihäiriön todennäköisyys on suurin sepelvaltimotautia sairastamattomilla, naisilla ja melko nuorilla potilailla [7].
- Paniikkihäiriön seulonnassa voidaan käyttää PDSS-seulaa [92]
- Seulonnassa voidaan käyttää myös kysymystä "Onko sinulla viimeisten 4 viikon aikana ollut ahdistuskohtausta, jolloin olisit yhtäkkiä tuntenut pelkoa tai paniikkia?" [93].
- Diagnoosi tulee varmistaa haastattelulla, jossa tulee myös arvioida, onko potilaalla samanaikainen julkisten paikkojen pelko, joka usein liittyy paniikkihäiriöön, ja arvioida välttämiskäyttäytymisen laajuus ja vaikeusaste [94] sekä toiminnallinen haitta. Ks. myös taulukko 6 sekä suosituksen kohta Ahdistuneisuushäiriöiden erityispiirteitä työterveyshuollossa sekä toiminta- ja työkyvyn arviointi. Lisäksi kliinisessä haastattelussa tulee arvioida
 - paniikkikohtausten kesto, vaikeusaste ja tiheys
 - samanaikainen muu psykiatrinen sairastavuus: masennus, itsetuhoisuus, muut ahdistuneisuushäiriöt, päihdeongelma tai persoonallisuushäiriöt.
- Paniikkihäiriö, johon liittyy julkisten paikkojen pelko, on yleensä vaikeampi ja kroonisempi häiriö kuin paniikkihäiriö ilman julkisten paikkojen pelkoa [94].
- Julkisten paikkojen pelko voi esiintyä myös ilman paniikkihäiriötä. Tällöin pääongelmana on julkisiin tilanteisiin liittyvä välttämiskäyttäytyminen (taulukko 7).

Taulukko 5. ICD-10:n mukaiset 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 piirteet:

(1) kohtaous on intensiivisen pelottava tai epämiellyttävä erillinen kokemus

(2) kohtaous alkaa äkillisesti

(3) kohtauksen voimakkuus saavuttaa huippunsa muutaman minuutin kuluessa ja kohtaous kestää vähintään muutaman minuutin ajan

(4) kohtaukseen liittyy vähintään 4 seuraavista oireista, joista 1 täytyy olla jokin oireista a–d:

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)

Taulukko 5. ICD-10:n mukaiset paniikkihäiriön (F41.0) diagnostiset kriteerit. (jatkuu)

Psyykkiset oireet

- (i) pyörriyttävä, 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

C. Tavallisimman poissulkudiagnoosit. Paniikkikohtaukset eivät johdu elimellisestä sairaudesta, harhaluuloista, aistiharhoista, elimellisestä mielenterveydenhäiriöstä (F00–F09), skitsofreniaryhmän häiriöstä (F20–F29), mielialahäiriöstä (F30–F39) tai somatisaatiohäiriöstä (F45).

- Paniikkihäiriötä ei aseteta päädiagnoosiksi, jos henkilö kärsii kohtauksien alkaessa masennuksesta. Silloin paniikkikohtaukset ovat todennäköisesti toissijaisia masennukseen nähden.
- Paniikkikohtaus 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-oireisien häiriön kriteerejä (F40).
- Koska oireiden laatu ja vaikeusaste vaihtelee niin paljon eri yksilöiden välillä, häiriö voidaan luokitella keskivaikeaksi tai vaikea-asteiseksi paniikkihäiriön viidennen merkin avulla.
- F41.00 Keskivaikea paniikkihäiriö (vähintään 4 kohtausta kuukauden aikana)
- F41.01 Vaikea-asteinen paniikkihäiriö (vähintään 4 kohtausta viikossa kuukauden aikana)
- F41.09 Määrittämätön paniikkihäiriö

110919 Ahdistuneisuushäiriöt (potilasnäkökulma)

1.2 Agoraphobia

A woman in her mid-thirties presents in a visibly distressed state. Inquiry reveals it was difficult for her to get to the appointment because she doesn't like being away from home. When she goes outside her 'safety zone' she becomes increasingly anxious, worried she might panic, or that something bad might happen that she can't get away from. Going out in her own car isn't so bad, but she doesn't like being anywhere where she can't get home quickly. She avoids situations where escape might be blocked e.g. crowded theatres, and admits she has been going out less and less.

http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/D235D446D1ABD4C04C256706006E1049/%24file/Anxiety_guideline.pdf

Taulukko 7. ICD-10:n mukaiset julkisten paikkojen pelon (F40.0) diagnostiset kriteerit.

A. Henkilö pelkää tai välttää vähintään 2 luettelossa mainittua tilannetta tai paikkaa:

- (1) väkijoukot
- (2) julkiset paikat
- (3) yksin matkustaminen
- (4) kotoa lähteminen

B. Pelkoa aiheuttavassa tilanteessa on ilmennyt vähintään 2 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. vatsanväänneet)

Psyykkiset oireet

- (9) pyöräyttävä, 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) pelko itsehallinnan menettämisestä, sekoamisesta tai pyörtymisestä
- (12) kuolemanpelko

Yleisoireet

13) kuumat aallot tai vilunväristykset

14) ihon puutuminen tai pistely

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 mielenterveydenhäiriöstä (F00–F09), skitsofreniaryhmän häiriöstä (F20–F29), mielialahäiriöstä (F30–39) tai pakko-oireisesta häiriöstä (F42) eikä se liity kulttuurin mukaisiin uskomuksiin.

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

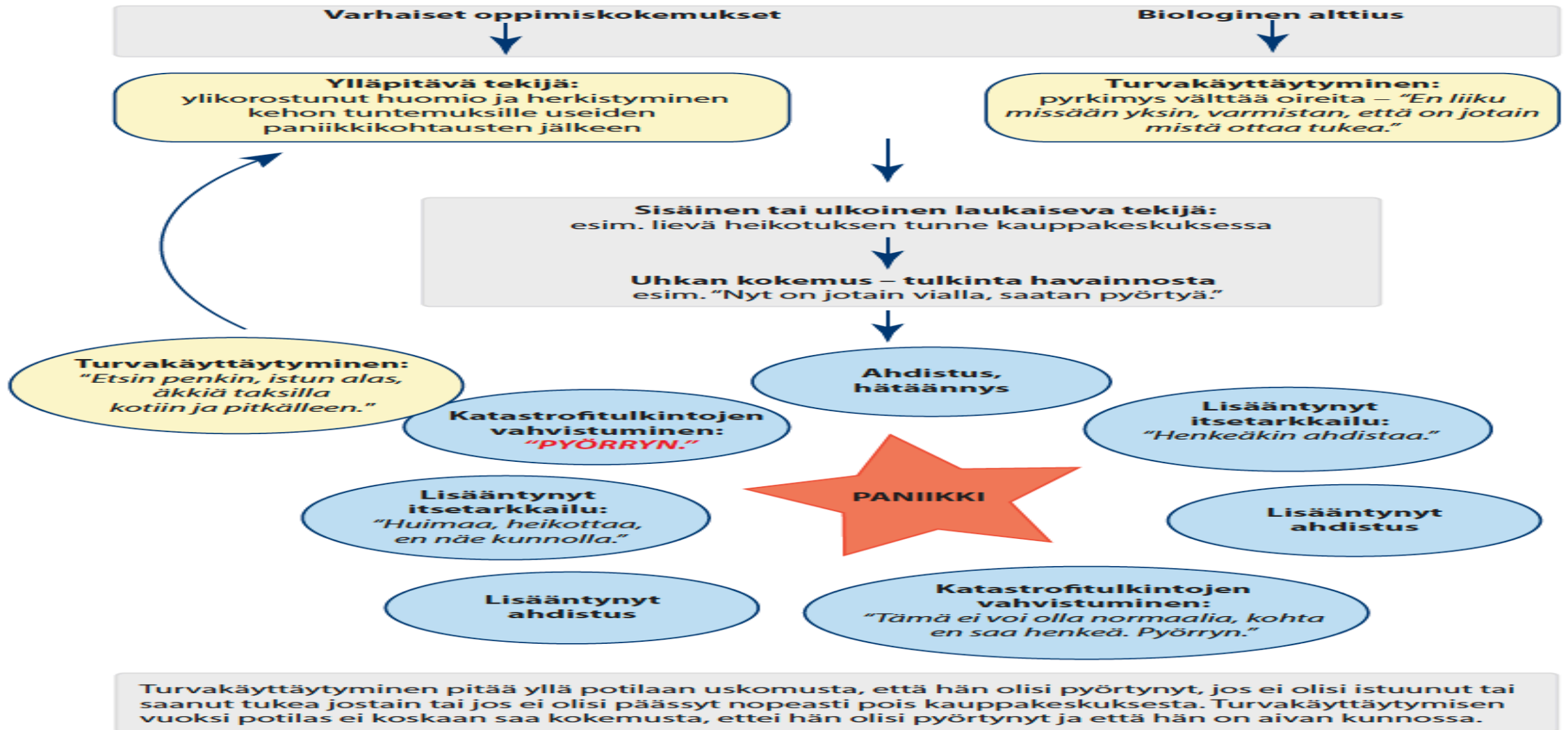
F40.00 Julkisten paikkojen pelko; ilman samanaikaista paniikkihäiriötä F40.01 Julkisten paikkojen pelko; samanaikainen paniikkihäiriö

1)Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko

- Paniikkihäiriön ja julkisten paikkojen pelon hoitoa käsitellään yleensä yhdessä, koska erillisiä tutkimuksia julkisten paikkojen pelon lääkehoidosta ilman samanaikaista paniikkihäiriötä on niukasti [95].
- Kolmiohoitomallissa näyttöön perustuva hoito toteutetaan aikataulutetun hoito- ja seurantasuunnitelman mukaisesti yleislääkärin hoitovastuulla, koulutetun hoitajan koordinoimana (case manager) ja psykiatrisen asiantuntemuksen tukemana.
- Kolmiohoitomallilla toteutettu hoito on ilmeisesti tehokas paniikkihäiriön hoidossa perusterveydenhuollossa [B].
- Paniikkihäiriön psykososiaalinen hoito ja psykoterapia
- Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia vähentää tehokkaasti paniikkikohtausten määrää ja julkisten paikkojen pelkoon liittyvää välttämiskäyttäytymistä [A]. Hoitotulos säilyy ilmeisesti ainakin 6 kuukautta [B].
- Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia sisältää merkityksenannon muokkaamista (eli kognitiivista restrukturointia) ja altistamista.
- Julkisten paikkojen pelosta johtuva välttämiskäyttäytyminen heikentää kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian tulosta. Hoitotulosta voi heikentää myös paniikkihäiriön oireiden vakavuus tai samanaikainen persoonallisuushäiriö. Hoitotulosta taas parantavat hoitoon liittyvät myönteiset odotukset [A].
- Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia, joka sisältää in vivo altistamista (tosielämässä tapahtuvaa altistamista), on ilmeisesti tehokasta julkisten paikkojen pelkoon

1)Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko

- Paniikkihäiriön ja julkisten paikkojen pelon hoitoa käsitellään yleensä yhdessä, koska erillisiä tutkimuksia julkisten paikkojen pelon lääkehoidosta ilman samanaikaista paniikkihäiriötä on niukasti [95].
- Kolmiohoitomallissa näyttöön perustuva hoito toteutetaan aikataulutetun hoito- ja seurantasuunnitelman mukaisesti yleislääkärin hoitovastuulla, koulutetun hoitajan koordinoimana (case manager) ja psykiatrisen asiantuntemuksen tukemana.
- Kolmiohoitomallilla toteutettu hoito on ilmeisesti tehokas paniikkihäiriön hoidossa perusterveydenhuollossa [B].
- Paniikkihäiriön psykososiaalinen hoito ja psykoterapia
- Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia vähentää tehokkaasti paniikkikohtausten määrää ja julkisten paikkojen pelkoon liittyvää välttämiskäyttäytymistä [A]. Hoitotulos säilyy ilmeisesti ainakin 6 kuukautta [B].
- Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia sisältää merkityksenannon muokkaamista (eli kognitiivista restrukturointia) ja altistamista.
- Julkisten paikkojen pelosta johtuva välttämiskäyttäytyminen heikentää kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian tulosta. Hoitotulosta voi heikentää myös paniikkihäiriön oireiden vakavuus tai samanaikainen persoonallisuushäiriö. Hoitotulosta taas parantavat hoitoon liittyvät myönteiset odotukset [A].
- Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia, joka sisältää in vivo altistamista (tosielämässä tapahtuvaa altistamista), on ilmeisesti tehokasta julkisten paikkojen pelkoon
- Paniikkihäiriön käsitteellistämisestä KBT:ssä, ks. kaavio «hoi50119d.pdf» ja lisätietoartikkeli



Kaavio on Anna-Maija Kokon ja Maaria Koiviston koulutustarkoituksiin laatima malli.

Perustuu 7.1.2019 julkaistuun Käypä hoito -suositukseen
Ahdistuneisuushäiriöt

© Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

www.kaypahoito.fi

1)Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko

- Internetin välityksellä toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia on työikäisten paniikkihäiriön hoidossa ilmeisesti yhtä tehokasta kuin kasvotusten toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia [B].
- Internetin välityksellä toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia lienee työikäisten paniikkihäiriön hoidossa yhtä tehokasta mutta kustannusvaikuttavampaa kuin kasvotusten ryhmässä toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia [C]. Ks. lisätietoa aiheesta .
- Paniikkihäiriön akuuttivaiheen hoidossa kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian ja masennuslääkehoidon yhdistäminen on tehokkaampaa kuin masennuslääkehoito tai psykoterapia yksinään [A].
- Kognitiivinen käyttäytymisterapia liitettynä päihdehoitoon saattaa olla tehokas paniikkihäiriön hoidossa potilailla, joilla on samanaikainen alkoholin käyttöhäiriö [C].
- Psykodynaamiset psykoterapiat lienevät tehokkaita paniikkihäiriön hoidossa [C].
- Hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT) saattaa lievittää oireita sosiaalisten tilanteiden pelossa paniikkihäiriössä, jossa on mukana agorafobia [C].
- Interpersonaalinen psykoterapia (IPT) saattaa lievittää oireita paniikkihäiriössä, jossa on mukana agorafobia [C].

1) Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko

- **Lääkehoito**

- Tässä suosituksessa akuuttihoitovaiheella tarkoitetaan noin 3 kuukauden mittaisiin tutkimuksiin perustuvia lääkehoitojen suosituksia.
- Lääkehoidoista masennuslääkehoidot ovat ensisijaisia vaihtoehtoja.
- Fluoksetiini, fluvoksamiini, paroksetiini ja sitalopraami ovat tehokkaita paniikkihäiriön akuuttihoitossa [A].
- Essitalopraami on ilmeisesti tehokas paniikkihäiriön akuuttihoitossa [B].
- Venlafaksiini on tehokas paniikkihäiriön akuuttihoitossa [A].
- Trisyklistä masennuslääkkeistä imipramiini ja klomipramiini ovat tehokkaita paniikkihäiriön akuuttihoitossa [A].
- Mirtatsapiinin tehosta paniikkihäiriön akuuttihoitossa ei liene riittävää näyttöä [C].
- Bentsodiatsepiineista alpratsolaami, klonatsepaami, diazepam ja lorazepam, ovat tehokkaita paniikkihäiriön akuuttihoitossa, mutta niiden käyttö tulee rajata muutama viikkoon hoidon alkuvaiheessa [A].
- Vältä viisaasti -suositus : Riippuvuusriskin minimoimiseksi bentsodiatsepiinien päivittäistä käyttöä on aiheellista välttää ja käyttö on syytä rajata ahdistuneisuushäiriöiden hoidon alussa vain vaikeimpiin tilanteisiin ja rajalliseksi ajaksi. Ks. lisätietoa bentsodiatsepiinien määräämiskäytännöistä .
- Toisen polven psykoosilääkkeiden ketiapiini, risperidoni, aripipratsoli, tehosta paniikkihäiriön akuuttihoitossa ei liene riittävää näyttöä [C].

1) Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko

- **Jatkohoito**

- Jatkohoidolla tarkoitetaan yli 3 kuukauden jatkuvaa lääkehoitoa.
- Masennuslääkkeet sertraliini, paroksetiini, sitalopraami, fluoksetiini, venlafaksiini ja klomipramiini ovat tehokkaita paniikkihäiriön pitkäaikaishoidossa [A].
- Masennuslääkkeet pienensivät yleistyneen ahdistuneisuushäiriön, paniikkihäiriön ja sosiaalisten tilanteiden pelon uusiutumisriskiä 1 vuoden kestävän hoidon aikana [A].
- Masennuslääkkeiden lopetusta on käsitelty myös suomalaisessa katsauksessa [105].

2. Sosiaalisten tilanteiden pelko

Yl juha kemppinen

2) Sosiaalisten tilanteiden pelko

- Psykososiaalinen hoito ja psykoterapia
- Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia on tehokasta sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa [A].
- Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia on vaikuttavaa sosiaalisten tilanteiden pelon fobian hoidossa [A].
- Kognitiivis-behavioraaliseen psykoterapiaan sisältyvä altistaminen vähentää sosiaalisiin tilanteisiin liittyviä pelko-oireita ja välttämiskäyttäytymistä [A].
- Yksilö- ja ryhmämuotoinen kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia tehoaa paremmin sosiaalisten tilanteiden pelon oireisiin kuin supportiivinen psykoterapia, tavanomainen psykiatrinen hoito tai hoitoon pääsyn odottaminen [A].

2) Sosiaalisten tilanteiden pelko

- Psykososiaalinen hoito ja psykoterapia
- Internetin välityksellä toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia on työikäisten sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa ilmeisesti yhtä tehokasta kuin kasvotusten ryhmässä toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia, mutta sen kustannusvaikutukset ovat paremmat [B].
- Potilas voi hyötyä kognitiivis-behavioraalisesta psykoterapiasta, vaikka hänellä olisi sosiaalisten tilanteiden pelon lisäksi muita samanaikaisia häiriöitä (kuten estynyt persoonallisuushäiriö tai vakava masennustila). Muut samanaikaiset häiriöt voivat kuitenkin vaikuttaa hoitotulokseen ja hoidon toteutumiseen [B]. Ks. lisätietoa KBT:n vaikutusmekanismeista sosiaalisten tilanteiden pelossa . Ks. lisätietoa sosiaalisten tilanteiden pelon käsitteellistämisestä «[hoi50119e.pdf](#)».
- Psykodynaamiset psykoterapiat ovat ilmeisesti tehokkaita sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa [B].
- Hyväksymis- ja omistautumisterapia saattaa lievittää oireita sosiaalisten tilanteiden pelossa [C].
- Interpersonaalinen psykoterapia saattaa lievittää oireita sosiaalisten tilanteiden pelossa [C].

Sosiaalisten tilanteiden pelon diagnoosi

- Sosiaalisten tilanteiden pelkoa kannattaa epäillä jännitysoireisilla potilailla, joilla on sosiaalisiin tilanteisiin liittyvää ahdistusta, niihin liittyvää välttämistä ja erilaisia somaattisia oireita, kuten palpitaatioita, vapinaa ja punastumista sosiaalisissa tilanteissa.
- Sosiaalisten tilanteiden pelkoa epäiltäessä voi käyttää seulontakysymyksiä ja kysyä seuraavat kysymykset:
 - Huomaatko välttäväsi sosiaalisia tilanteita?
 - Pelkäätkö sosiaalisia tilanteita tai tunnetko olosi niissä noloksi?
 - Jos potilas vastaa myöntävästi jompaankumpaan edellisistä kysymyksistä, diagnoosi tulisi varmistaa haastattelulla, jossa arvioidaan diagnostisten kriteerien täyttyminen (ks. taulukko 8), potilaan pelot, välttämiskäyttäytyminen, huoli tai haitta, toimintakyvyn heikkeneminen ja oireiston laajuus (kapea- vai laaja-alainen oireisto). Samalla kiinnitetään huomiota samanaikaissairauksiin, kuten estyneeseen tai eristäytyvään persoonallisuuteen, päihdeongelmaan, mielialahäiriöön tai muihin ahdistuneisuushäiriöihin 9.

110919 Ahdistuneisuushäiriöt (potilasnäkökulma)

3. Social phobia (social anxiety disorder)

A 19-year-old man tells you his problems 'all began' when he had to go along to a training course organised by the Employment Service. On the morning of the first day he was so apprehensive he felt sick and did not attend. Further questioning indicates that he was worried he would be out of place, and others would see he was nervous and think badly of him. His history indicates he has felt nervous around people for some time. This has prevented him from joining clubs and playing sports. Eating in front of people is especially hard. He has few friends and although he would like to have more, 'it's just so hard to meet people.'

http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/D235D446D1ABD4C04C256706006E1049/%24file/Anxiety_guideline.pdf

Taulukko 8. ICD-10:n mukaiset sosiaalisten tilanteiden pelon (F40.1) 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.

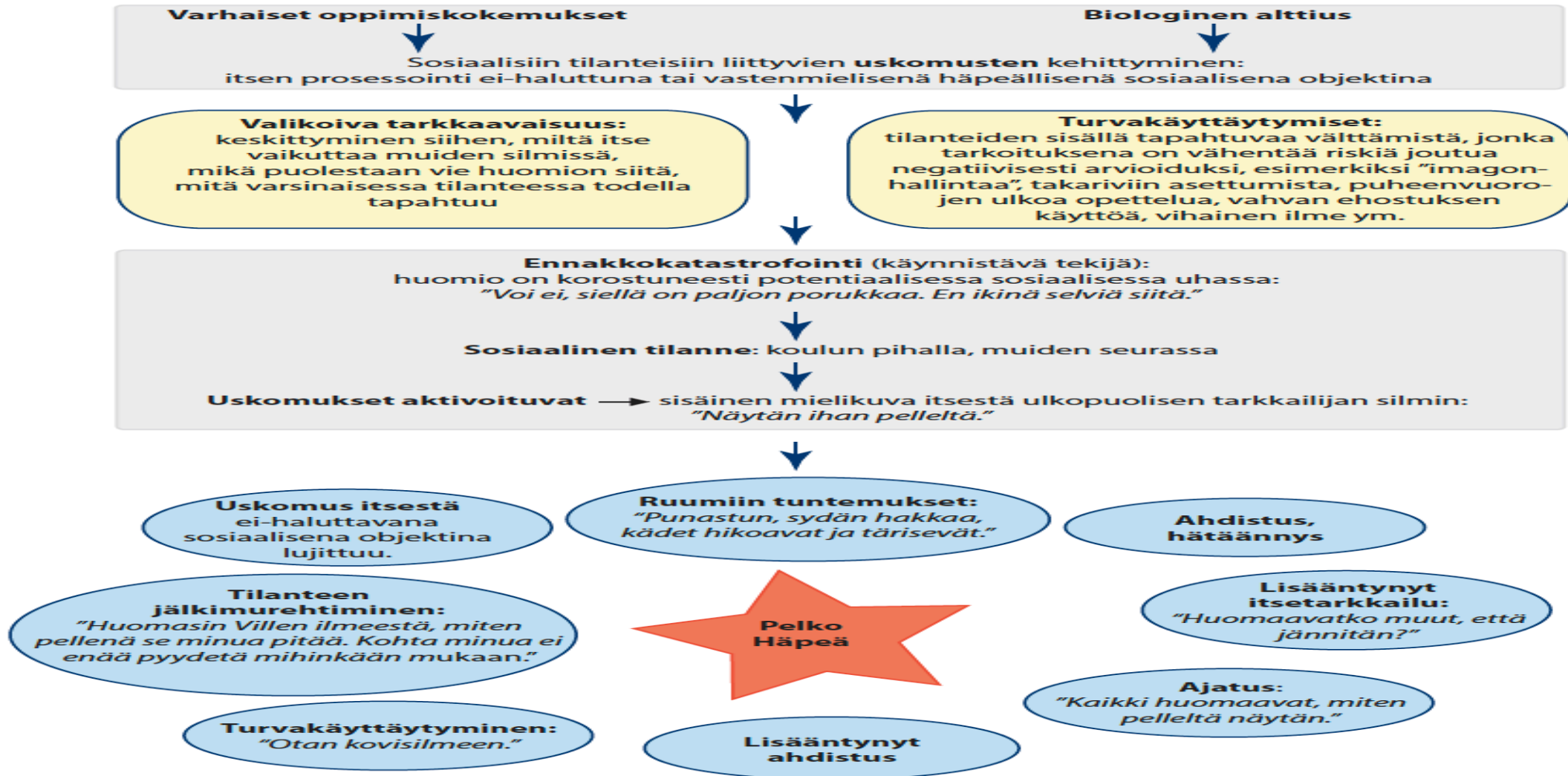
B. Ainakin kaksi kohdan F40.0 kriteerissä B mainittua ahdistusoiretta on ilmennyt pelkoa aiheuttavassa tilanteessa ja lisäksi todetaan jokin seuraavista oireista:

- (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.

E. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit: Pelko tai välttämiskäyttäytyminen ei johdu harhaluuloista, aistiharhoista, elimellisestä mielenterveydenhäiriöstä (F00–F09), skitsofreniaryhmän häiriöstä (F20–F29), mielialahäiriöstä (F30–39) tai pakko-oireisesta häiriöstä (F42) eikä se liity kulttuurin mukaisiin uskomuksiin.



Kaavio on Anna-Maija Kokon ja Maaria Koiviston koulutustarkoituksiin laatima malli.

2) Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Lääkehoito**
- Akuuttihoitovaiheella tarkoitetaan noin 3 kuukauden mittaisiin seurantoihin perustuvia lääkehoitojen suosituksia.
- Lääkehoidosta masennuslääkehoidot ovat ensisijaisia hoitomuotoja.
- SSRI-lääkkeistä fluoksetiini, fluvoksamiini, essitalopraami, paroksetiini ja sertraliini ovat tehokkaita sosiaalisten tilanteiden pelon akuuttihoitossa [A].
- Sitalopraamin tehosta sosiaalisten tilanteiden pelon akuutissa hoidossa ei liene riittävää näyttöä [C].
- Venlafaksiini on ilmeisesti tehokas sosiaalisten tilanteiden pelon akuutissa hoidossa [B].
- Mirtatsapiini saattaa olla tehokas sosiaalisten tilanteiden pelon akuuttihoitossa [C].
- Klonatsepaami ja alpratsolaami ovat ilmeisesti tehokkaita lyhytkestoisessa sosiaalisten tilanteiden pelon akuuttivaiheen hoidossa [B]. Muiden bentsodiatsepiinien tehosta ei ole riittävää tutkimusnäyttöä.
- Vältä viisaasti -suositus : Riippuvuusriskin minimoimiseksi bentsodiatsepiinien päivittäistä käyttöä on aiheellista välttää ja käyttö on syytä rajata ahdistuneisuushäiriöiden hoidon alussa vain vaikeimpiin tilanteisiin ja rajalliseksi ajaksi. Ks. lisätietoa bentsodiatsepiinien määräämiskäytännöistä .
- Moklobemidi on tehokas sosiaalisten tilanteiden pelon akuuttihoitossa [A]

2) Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Lääkehoito (jatkuu)**

- Pregabaliini 600 mg/vrk on tehokas sosiaalisten tilanteiden pelon akuutissa hoidossa [A].
- Pregabaliinin väärinkäyttöä, päihdekäyttöä ja riippuvuutta on raportoitu. Varovaisuutta on noudatettava sellaisilla potilailla, joiden taustatiedoissa on päihdyttävien aineiden tahallista väärinkäyttöä. Näitä potilaita on seurattava pregabaliinin väärinkäytön, päihdekäytön tai riippuvuuden oireiden varalta, koska toleranssin kehittymistä, annoksen suurentamista ja lääkehakuista käyttäytymistä on raportoitu [106].
- Gabapentiini on ilmeisesti tehokas sosiaalisten tilanteiden pelon akuutissa hoidossa [B].
- Myös sen väärinkäyttöä on kuvattu [107]
- Levetirasetaamin, valproaatin ja topiramaatin tehosta sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa ei liene riittävää tutkimusnäyttöä [C].
- Paroksetiini saattaa olla tehokas sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa potilailla, joilla on samanaikainen alkoholin käyttöhäiriö tai alkoholiongelma [C].
- Beetasalpaajista atenololi ei ilmeisesti ole tehokas yleistyneiden sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa. Muiden beetasalpaajien osalta ei ole tutkimusnäyttöä [B].
- Toisen polven psykoosilääkkeiden ketiapiinin ja olantsapiinin tehosta sosiaalisten tilanteiden pelon akuuttihoitoon ei liene riittävää näyttöä [C].

2) Sosiaalisten tilanteiden pelko

- **Jatkohoito**

- Jatkohoidolla tarkoitetaan yli 3 kuukauden jatkuvaa lääkehoitoa.
- Masennuslääkkeet ovat ensisijainen lääkehoito sosiaalisten tilanteiden pelon säännöllisessä pitkäaikaislääkehoidossa.
- Paroksetiini, essitalopraami ja moklobemidi ovat tehokkaita sosiaalisten tilanteiden pelon pitkäaikaishoidossa [A].
- Sertraliini, fluvoksamiini ja venlafaksiini ovat ilmeisesti tehokkaita sosiaalisten tilanteiden pelon pitkäaikaishoidossa [B].
- Masennuslääkkeet pienensivät yleistyneen ahdistuneisuushäiriön, paniikkihäiriön ja sosiaalisten tilanteiden pelon uusiutumisen riskiä 1 vuoden kestävän hoidon aikana

3. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

Yl juha kemppinen

3) Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

- **Psykososiaalinen hoito ja psykoterapia**
- Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia on yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa tehokkaampaa kuin tavanomainen psykiatrinen hoito, psykologinen lumehoito tai jonotuslistalla oleminen [A].
- KBT, jossa yhdistetään ajatusten uudelleenmuokkaus ja altistaminen, tehoaa ahdistuneisuuteen ja samanaikaiseen masennukseen yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä [A].
- Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia vähentää yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä ahdistuneisuuden lisäksi tehokkaasti myös samanaikaista masennusta [A].
- Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön oireiden vakavuus ja muut samanaikaiset psykiatriset häiriöt ilmeisesti heikentävät kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian tehoa [B].

3) Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

- **Psykososiaalinen hoito ja psykoterapia**
- Uudet kognitiiviset psykoterapiat vähentävät yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön kuuluvaa liiallista huolestuneisuutta tehokkaasti [A].
- Kognitiivisella psykoterapialla saavutettu hoitotulos liiallisen huolestuneisuuden vähenemisessä säilynee 12 kuukauden ajan hoidon päättymisen jälkeen [A].
- Ks. myös artikkeli Yleistynyt ahdistuneisuus – kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian mukainen käsitteellistämismalli «[hoi50119f.pdf](#)».
- Psykodynaamiset psykoterapiat saattavat olla tehokkaita yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa [C].
- Hyväksymis- ja omistautumisterapia saattaa lievittää oireita sosiaalisten tilanteiden pelossa yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä ja paniikkihäiriössä, jossa on mukana agorafobia [C]

Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön diagnoosi

- Yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä kannattaa epäillä potilailla, joilla on
 - ahdistuneisuutta
 - huomattavaa huolestuneisuutta tai liiallista murehtimisherkkyttä:
 - Potilaalla on paljon käyntejä perusterveydenhuollossa.
 - Potilas hakee varmistusta somaattisten oireidensa vuoksi tavalla, joka ei ole suhteessa todettuihin somaattisiin sairauksiin.
 - Potilas on toistuvasti huolissaan monista eri asioista ^[7].
 - Ks. taulukko ⁶.
- Seulonmassa voidaan käyttää GAD-7- tai GAD-2-seulaa ^[89], ^[90], ^[91].
- Pelkän positiivisen seulontatuloksen perusteella (≥ 10) ei tule kuitenkaan aloittaa hoitoa yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöönkään, koska jopa 23 % perusterveydenhuollon potilaista ylittää tämän rajan ^[90].

5. Generalised anxiety disorder (GAD)[#]

A middle-aged woman presents with a cluster of somatic complaints: difficulty getting to sleep, butterflies in the stomach and muscle tension. She admits she has always been a 'worrier.' Recently she was contemplating leaving a job she was unsatisfied with, but found she kept ruminating on everything that could go wrong, resulting in her not changing jobs. She finds making decisions difficult, and that worries go 'round and round' in her head and are difficult to distract herself from. She tends to expect the worst, and 'makes mountains out of mole-hills'.

http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/D235D446D1ABD4C04C256706006E1049/%24file/Anxiety_guideline.pdf

Taulukko 6. ICD-10:n mukaiset yleistyneen ahdistuneisuushäiriön (F41.1) diagnostiset kriteerit.

A. Vähintään 6 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)

Psyykkiset oireet

- (9) pyöräyttävä, 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) pelko itsehallinnan menettämisestä, sekoamisesta tai pyörtymisestä
- (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

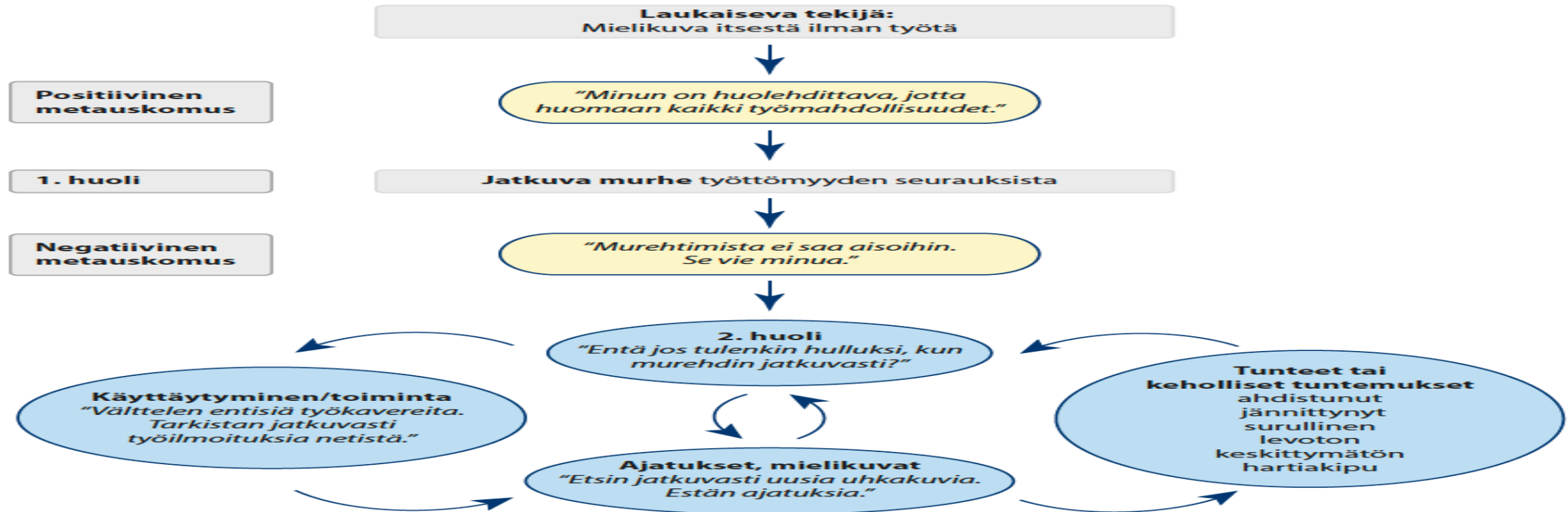
(19) korostuneet reaktiot yllättävissä tilanteissa tai herkkyyys pelästyä

(20) keskittymisvaikeudet tai mielen tyhjäksi pyyhkiytyminen ahdistuksen tai huolestuneisuuden takia

(21) jatkuva ärtyneisyys

(22) huolestuneisuuden aiheuttama nukahtamisvaikeus

C. Häiriö ei täytä masennusjakson (F32), paniikkihäiriön (F41.0), pelko-oireisen häiriön (F40), pakko-oireisen häiriön (F42) tai hypokondrisen häiriön (F45.2) kriteerejä



Kaavio on Virpi Ylijukurin koulutustarkoituksiin laatima malli seuraavista lähteistä:
Laine, T. & Ylijukuri, V. (2008). Yleistynyt ahdistuneisuus. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. ja Holmberg, N. (toim.), Kognitiivinen psykoterapia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders. A practical manual and conceptual guide. Chichester: Wiley, 1997.
Wells, A. (2009) Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press.

3) Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

- **Lääkehoito**
- Tässä suosituksessa akuuttihoitovaiheella tarkoitetaan noin 3 kuukauden mittaisiin tutkimuksiin perustuvia lääkehoitojen suosituksia.
- Masennuslääkehoito on ensisijainen lääkehoito yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriön akuuttihoitovaiheessa.
- Masennuslääkkeistä agomelatiini, duloksetiini, essitalopraami, paroksetiini, sertraliini ja venlafaksiini ovat tehokkaita yleistyneen ahdistuneisuushäiriön lyhytaikaisessa hoidossa [A].
- Masennuslääkkeistä fluoksetiini on ilmeisesti tehokas yleistyneen ahdistuneisuushäiriön lyhytaikaisessa hoidossa [B].
- Buspironi on tehokas yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa [A].
- Buspironi saattaa olla tehokas yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa potilailla, joilla on samanaikainen alkoholin käyttöhäiriö, mutta luotettava näyttö puuttuu [D].

3) Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

- **Lääkehoito (jatkuu)**
- Pregabaliini on tehokas yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa [A].
- Pregabaliinin väärinkäyttöä, päihdekäyttöä ja riippuvuutta on raportoitu. Varovaisuutta on noudatettava sellaisilla potilailla, joiden taustatiedoissa on päihdyttävien aineiden tahallista väärinkäyttöä. Näitä potilaita on seurattava pregabaliinin väärinkäytön, päihdekäytön tai riippuvuuden oireiden varalta, koska toleranssin kehittymistä, annoksen suurentamista ja lääkehakuista käyttäytymistä on raportoitu [106].
- Bentsodiatsepiinit ovat tehokkaita yleistyneen ahdistuneisuushäiriön lyhytaikaisessa hoidossa [A].
- Vältä viisaasti -suositus : Riippuvuusriskin minimoimiseksi bentsodiatsepiinien päivittäistä käyttöä on aiheellista välttää ja käyttö on syytä rajata ahdistuneisuushäiriöiden hoidon alussa vain vaikeimpiin tilanteisiin ja rajalliseksi ajaksi. Ks. lisätietoa bentsodiatsepiinien määräämiskäytännöistä .
- Toisen polven psykoosilääkkeistä ketiapiini on tehokas yleistyneen ahdistuneisuushäiriön lyhytaikaisessa hoidossa [A]. Muista psykoosilääkkeistä ei ole riittävää näyttöä.
- Hydroksitsiini on ilmeisesti tehokas yleistyneen ahdistuneisuushäiriön lyhytaikaisessa hoidossa [B].

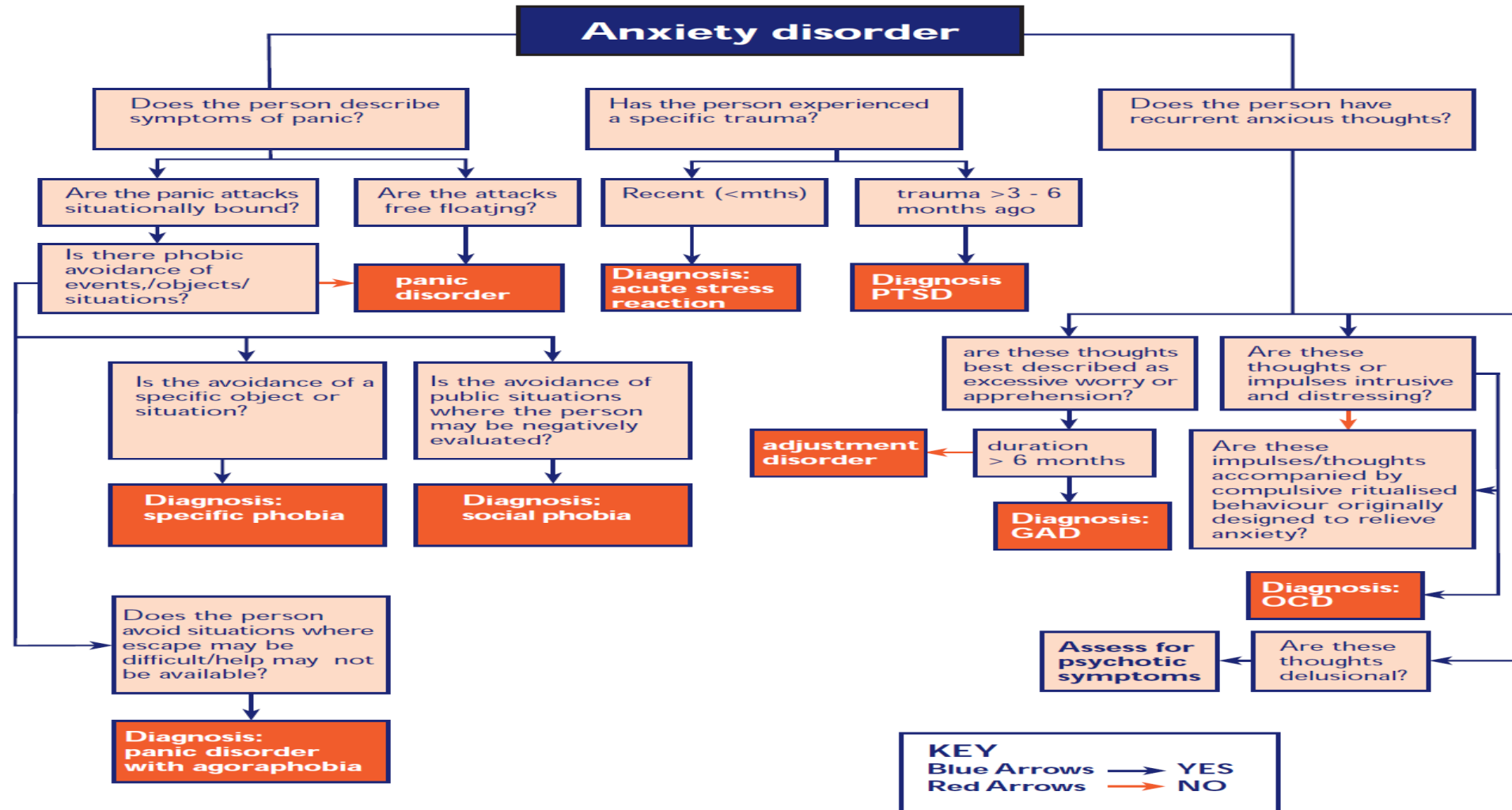
3) Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

- Jatkohoito (yli 3 kuukautta) ja uusiutumisvaiheitten esto
- Jatkohoidolla tarkoitetaan yli 3 kuukauden jatkuvaa lääkehoitoa.
- Masennuslääkkeet ovat ensisijainen lääkehoito yleistyneen ahdistuneisuushäiriön pitkäaikaisessa lääkeshoidossa.
- Essitalopraami, paroksetiini, venlafaksiini, ketiapiini ja pregabaliini ovat tehokkaita yleistyneen ahdistuneisuushäiriön jatkohoidossa ja uusiutumisvaiheiden estossa [A].
- Agomelatiini, duloksetiini ja vortiooksetiini ovat ilmeisesti tehokkaita yleistyneen ahdistuneisuushäiriön jatkohoidossa ja uusiutumisvaiheiden estossa [B].
- Masennuslääkkeet pienensivät yleistyneen ahdistuneisuushäiriön, paniikkihäiriön ja sosiaalisten tilanteiden pelon uusiutumisen riskiä vuoden kestävän hoidon aikana[A].

4. Ahdistuneisuushäiriöiden erotusdiagnostiikka

Yl juha kemppinen

Differentiating anxiety disorders



http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/D235D446D1ABD4C04C256706006E1049/%24file/Anxiety_guideline.pdf

General medical conditions which may aggravate or mimic anxiety symptoms

Physical Condition	Examples
Endocrine conditions	hyperthyroidism and hypothyroidism, hypoglycemia, adrenal insufficiency hyperadrenocorticism, pheochromocytoma, menopause
Cardiovascular conditions	congestive heart failure, pulmonary embolism, arrhythmia, mitral valve prolapse
Respiratory conditions	asthma, chronic obstructive pulmonary disease, pneumonia, ventilation rate
Metabolic conditions	diabetes, porphyria
Central nervous system/ neurological conditions	neoplasms, encephalitis, vestibular dysfunction, temporal lobe epilepsy, migraines
Occupational chemical exposure	lead poisoning
Gastrointestinal disorders	peptic ulcers, irritable bowel
Haematological conditions	vitamin B12 deficiency, anaemia
Genito-urinary conditions	urinary tract infection (in elderly)
Other conditions	chronic fatigue
Other serious/ terminal illnesses	cancer
Medication induced	Many classes of drugs have anxiety type side-effects (e.g. SSRI's are associated with an increase in anxiety in first two weeks). A cautious medication history should be taken.
Drug related	For example, excessive stimulant intake (including: caffeine and nicotine), excessive alcohol consumption, and withdrawal symptoms

http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/D235D446D1ABD4C04C256706006E1049/%24file/Anxiety_guideline.pdf

Differentiating between anxiety and/or depression

All the following symptoms may occur in anxiety or depression. However, clusters of symptoms are more commonly associated with one disorder.

	Symptoms more common to anxiety disorders	Symptoms more common to depression	Symptoms common to both anxiety and depression
bodily	• difficulty falling asleep • tremor or palpitations • sweating • hot or cold flushes • faintness, dizziness • muscle tension • nausea • breathlessness	• early morning waking or oversleeping • diurnal variation • chronic or recurrent nagging pain • agitation or slowed behaviour • loss of libido	• sleep disturbance • appetite change • non specific bodily complaints • fatigue • restlessness • headaches • dry mouth
feelings	• depersonalisation • derealisation • helplessness • "stressed out, keyed up" • apprehension	• sadness, despair • guilt, hopelessness • lack of motivation • lack of pleasure, 'flatness' • loss of interest in usual activities, apathy	• irritability • feelings of impending doom, anxious • dependent • loss of enjoyment • tearful • rapid mood swings

http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/D235D446D1ABD4C04C256706006E1049/%24file/Anxiety_guideline.pdf

110919 Ahdistuneisuushäiriöt- DSM-IVTR

Differentiating between anxiety and/or depression

All the following symptoms may occur in anxiety or depression. However, clusters of symptoms are more commonly associated with one disorder.

	Symptoms more common to anxiety disorders	Symptoms more common to depression	Symptoms common to both anxiety and depression
thoughts	• expecting the worst • catastrophic thinking	• slowed speech, thought processes and response times • suicidal thoughts	• difficulty with concentration • excessive worry • indecision
behaviour	• phobic avoidance of feared situations • easily startled • anxiety reducing rituals • hyperventilation	• reduced mobility • downcast expression • limited behaviour due to apathy/ lack of energy • decreased socialising	• decreased daily activities • dissatisfaction with life • derealisation (feelings of unreality) • depersonalisation (feeling detached from oneself)

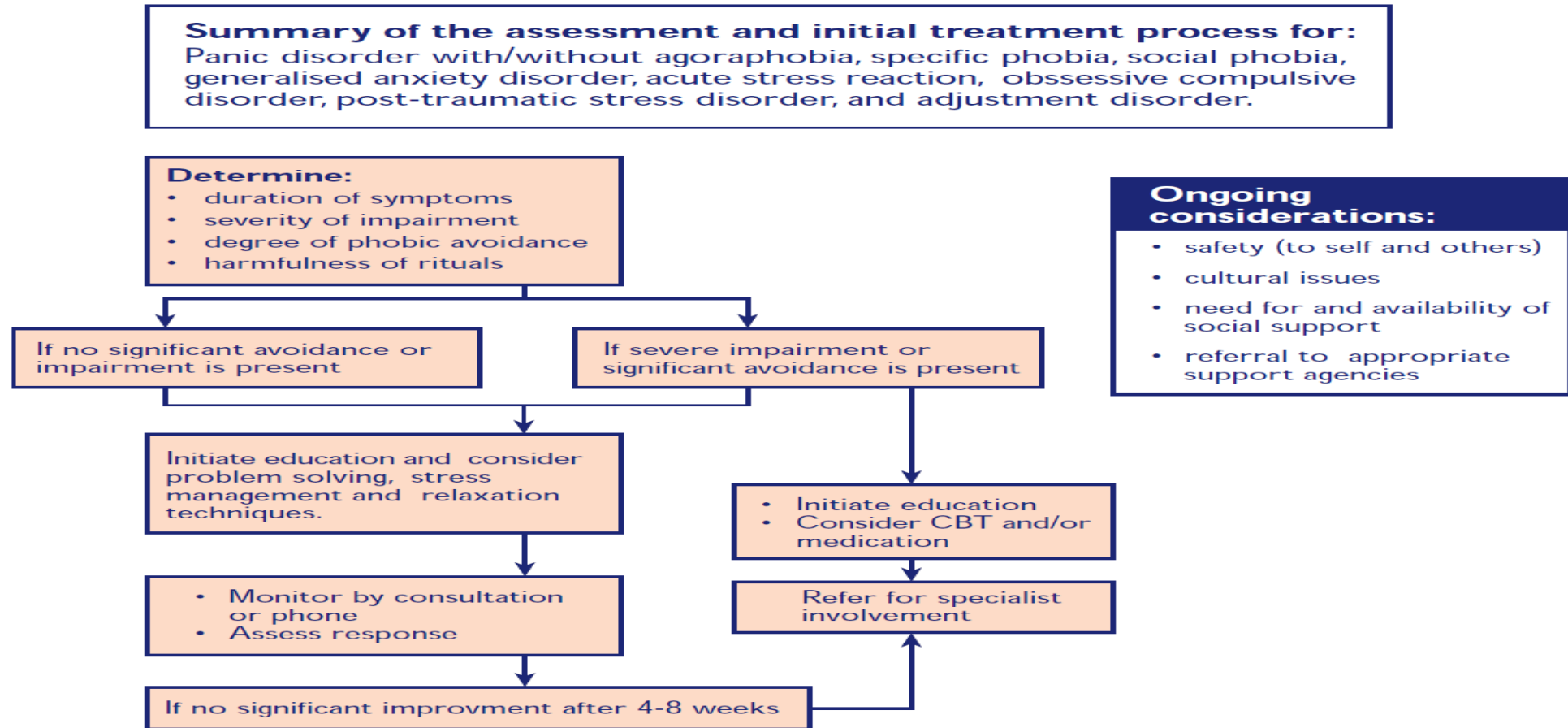
http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/D235D446D1ABD4C04C256706006E1049/%24file/Anxiety_guideline.pdf

5. Ahdistuneisuushäiriöiden hoito ja lääkehoito (2017 kaplan & sadock's, 10th ed)

Yl juha kemppinen

TREATMENT

Summary of assessment and initial treatment



http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/D235D446D1ABD4C04C256706006E1049/%24file/Anxiety_guideline.pdf

Summary: Choosing cognitive-behavioural management strategies

(from Hunt et al., 1995)

Problem	Primary Health Care Intervention	Specialist Service Intervention
panic attacks	• Education • Breathing control (Grade D)	• cognitive interventions to reframe catastrophic thinking (Grade A2) • graded exposure to any feared situations (Grade A2)
chronic levels of tension (leading to muscle aches, insomnia etc.)	• relaxation skills (including deep breathing and progressive relaxation) (Grade D)	
significant phobic avoidance	• education about avoidance • relaxation skills (Grade D)	• graded exposure (Grade A2)
obsessional thoughts	• education about OCD (Grade D)	• exposure- response prevention programme (e.g. using loop tapes) (Grade A2)
compulsive behaviours	• education about OCD (Grade D)	• exposure-response prevention programme (Grade A2)

http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/D235D446D1ABD4C04C256706006E1049/%24file/Anxiety_guideline.pdf

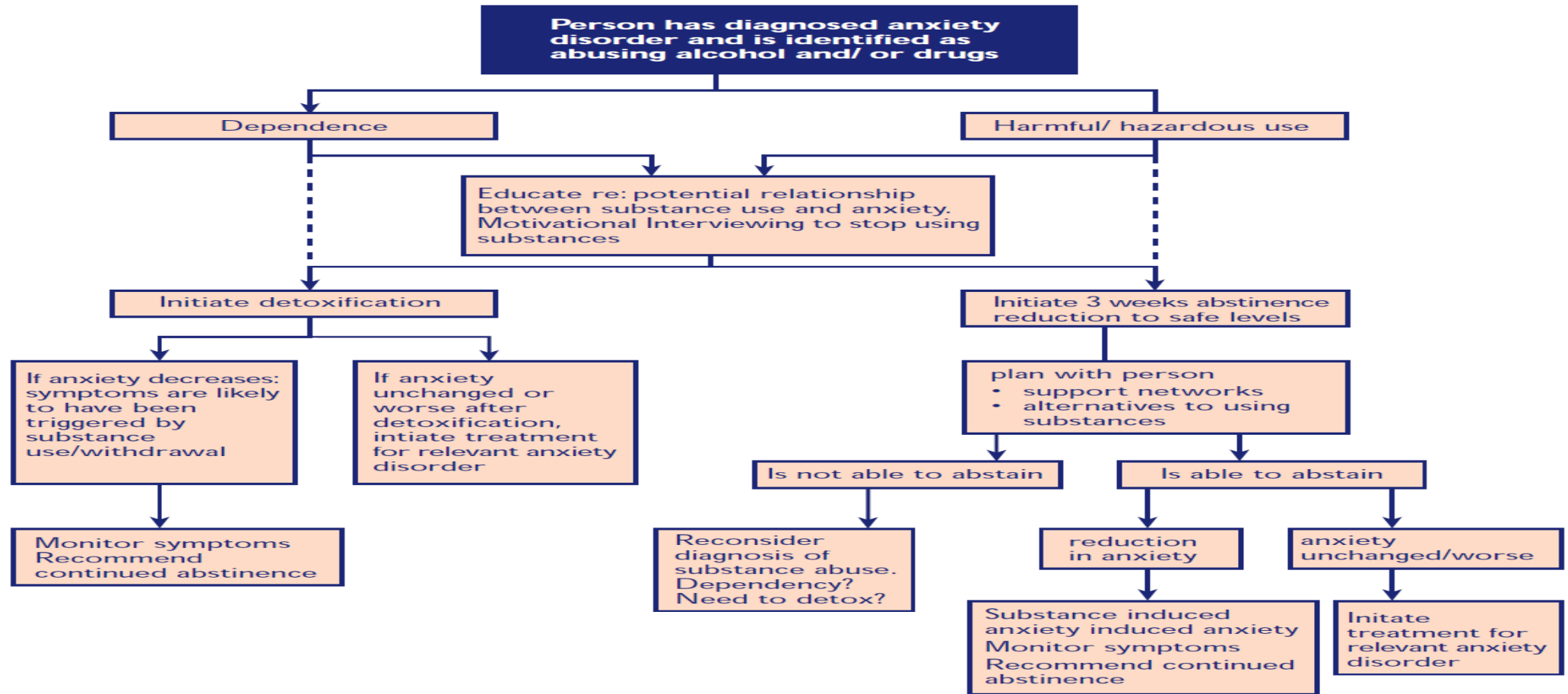
Summary: Choosing cognitive-behavioural management strategies

(from Hunt et al., 1995)

Problem	Primary Health Care Intervention	Specialist Service Intervention
reaction is of recent onset and follows a traumatic event	provide reassurance and education about what is normal or expected after a traumatic event (Grade D)	(if problem doesn't resolve after 6 weeks) refer to trauma counsellors for therapy to address PTSD (Grade D)
patient is experiencing (or recently experienced) a stressful life event or other stress	encourage problem solving to help resolve the source of stress (Grade A2)	relevant psychosocial interventions (i.e. referral to support groups (e.g. cultural healers etc.) (Grade D)
are there somatic complaints without medical explanation	- help the patient re-evaluate the cause of complaints and link them to psychosocial stress - problem solving - relaxation (Grade D)	cognitive interventions to reframe unhelpful thinking (Grade A2)
preoccupation with fear of panic, negative evaluation, disease or chronic worry despite education, explanation, reassurance		- cognitive interventions to reframe catastrophic/ fearful thinking and ruminations (Grade A2) - exposure based programmes (Grade A2) - cognitive interventions to control ruminations (e.g. thought stopping) (Grade A2)
insomnia	implement 'sleep hygiene' measures (Grade D) see Appendix 14	

http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/D235D446D1ABD4C04C256706006E1049/%24file/Anxiety_guideline.pdf

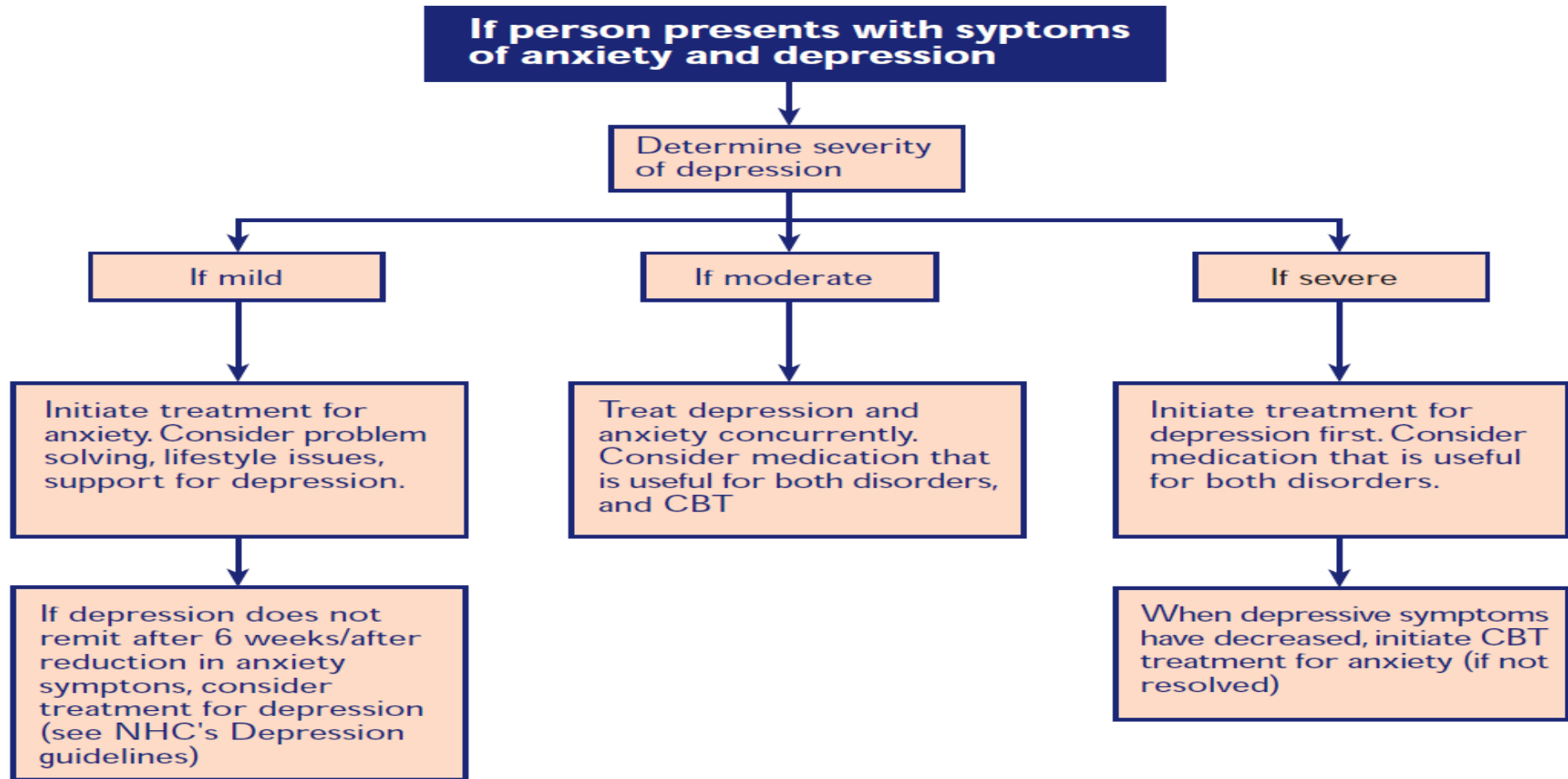
Treating concurrent anxiety and substance use



Once a person is identified as abusing drugs/ alcohol, maintain a high index of suspicion for concurrent depressive/ anxiety disorder;

http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/D235D446D1ABD4C04C256706006E1049/%24file/Anxiety_guideline.pdf

Treating concurrent anxiety and depression



http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/D235D446D1ABD4C04C256706006E1049/%24file/Anxiety_guideline.pdf

Patient-Related Factors Influencing Choice of Treatment (Kaplan&Sadock's, 10th ed,2017)

- ► Severity and chronicity of illness
- ► Presence of medical and/or psychiatric comorbidity
- ► Personal or family history of response to a proposed intervention
- ► Concomitant medications and possibility of drug interactions
- ► Situation-specific versus generalized nature of symptoms (e.g., performance anxiety–related panic attacks)
- ► Patient preference
- ► Insight and likelihood of adherence
- ► Psychological-mindedness and motivation to change thoughts and behaviors
- ► Accessibility and cost of treatments

Frequency of Sexual Dysfunction among **Most** Commonly Prescribed Agents for Anxiety Disorders(Kaplan&Sadock's, 10th ed,2017)

Class	Drug	Frequency of Sexual Dysfunction		
		<10%	10–30%	>30%
SSRI	Citalopram		X	
	Escitalopram		X	
	Fluoxetine			X
	Fluvoxamine			X
	Paroxetine			X
	Sertraline			X
SNRI	Duloxetine		X	
	Milnacipran		X	
	Reboxetine	X		
	Venlafaxine		X	
	Desvenlafaxine	X		
RIMA	Moclobemide	X		
Other Psychotropics	Agomelatine	X		
	Buspirone	X		
	Mirtazapine	X		
	Bupropion	X		
Atypical Antipsychotics	Quetiapine		X	
Anticonvulsant	Pregabalin		X	

Evidence-Based Recommendations for Monotherapy of Anxiety Disorders (Kaplan&Sadock's, 10th ed,2017)

Classes and Agents	Anxiety Disorders		
	GAD	PD	SAD
<i>SSRIs</i>	First line	First line	First line
<i>SNRIs</i>	First line	First line	First line
<i>TCAs</i>	Second Line	Second line	Not recommended
<i>MAOIs</i>	Insufficient Evidence	Second Line	Second line
<i>RIMA</i>	Insufficient Evidence	Insufficient evidence	Second Line
<i>Other Psychotropics—Agomelatine, Bupirone, Mirtazapine</i>	Second line	Second line	Second line
<i>Benzodiazepines</i>	Second line	Second line	Second line
<i>Atypical Antipsychotics—Quetiapine</i>	Second Line	Insufficient Evidence	Not Recommended
<i>Anticonvulsant—Pregabalin</i>	Second Line	Insufficient Evidence	Second line

Note: Beta-adrenergic blocking agents are recommended only for performance anxiety

- ► SSRIs as the first-line option.
- ► Start low and go slow.
- ► Routine increase to higher doses not recommended, but a subgroup might benefit.
- ► Concomitant benzodiazepines as initial therapy in the short-term may be useful.
- ► 8–12 weeks of pharmacotherapy at optimum doses may be needed to assess efficacy.
- ► Good evidence for the benefit of maintenance treatment at least up to 6 months.

PTSD (Kaplan&Sadock's, 10th ed, 2017, 1812-)

- **Benzodiazepines.** Benzodiazepines are a group of GABA agonist, and thereby enhance the inhibitory transmission in wide areas of the brain. They are used as tranquilizers and sleep inducers but also interfere with long-term potentiation, learning, and memory.
- As such they were positioned as capable of reducing excessive “learning” occurring during or following trauma exposure.
- However, three human studies have shown that participants receiving benzodiazepines fared worse than those not treated at all. An animal “predator stress” study found that administering diazepam shortly after predator odor exposure enhanced the acquisition of long-term fear responses. While the exact mechanism of benzodiazepines PTSD enhancing effect is unknown, it is possible that these compounds interfere with postevent learning of extinction. Intriguingly, current data on benzodiazepines rely on small studies while these compounds are widely used to mitigate distress following various stressors.
- Nonetheless, **benzodiazepines are not recommended for use in the aftermath of traumatic events.**

PTSD (Kaplan&Sadock's, 10th ed,2017,1812-)

- **Hydrocortisone.** Hydrocortisone has been shown to be effective especially in patients who have never been treated for psychiatric disorders. The underlying mechanism is not entirely understood.
- One hypothesis is that hydrocortisone can facilitate extinction learning through both nongenomic and genomic effects. Some also believe that high-dose exogenous hydrocortisone administered shortly after trauma may promote recovery through enhancing synaptic plasticity and connectivity.
- An animal model showed significantly increased dendritic growth and spine density, with increased levels of BDNF and obtunded postsynaptic density-95 (PSD-95) levels in steroid-treated stressed rats.
- Increasing cortisol levels also counter adrenergic activation, thereby reducing fear conditioning.

6. Bentsodiatsepiinien käyttö ahdistuneisuushäiriöistä kärsivillä

Yl juha kemppinen

6) Bentsodiatsepiinien käyttö ahdistuneisuushäiriöistä kärsivillä

- Merkittävälle osalle potilaista kehittyy bentsodiatsepiiniriippuvuuden oireita yli 1 kuukauden kestävän bentsodiatsepiinilääkityksen jälkeen [108].
- Jos päädytään käyttämään bentsodiatsepiinilääkitystä, käyttöön liittyvän riippuvuusriskin takia tulee noudattaa erityistä huolellisuutta:
- Ennen bentsodiatsepiinilääkityksen aloittamista tulee kartoittaa potilaan aiempi bentsodiatsepiinien käyttö, siihen liittyvät riippuvuusoireet ja päihdeanamneesi.
- Ahdistuneisuushäiriöiden hoitoa aloitettaessa bentsodiatsepiinien käyttö tulee rajata muutamaaan hoidon alkuvaiheen viikkoon. Riippuvuusriskin minimoimiseksi bentsodiatsepiinien päivittäistä käyttöä olisi hyvä välttää.
- Lääkettä määrättäessä potilaalle tulee antaa psykoedukaatiota bentsodiatsepiinien käytöstä .
- Erityistä harkintaa tulee noudattaa lyhytvaikutteisten bentsodiatsepiinien käytön yhteydessä [109], [110] (Internet <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310990/>), [111] mutta myös klonatsepaamin päihdekäyttöä esiintyy (ks. Valvira <https://www.valvira.fi/-/valvira-ja-fimea-ovat-huolissaan-klonatsepaamin-maaraamisesta-jakaytosta>).
- Erityisryhmille, kuten iäkkäille, käytetään ensisijaisesti keskipitkävaikutteisia ja yksinkertaisen metabolian omaavia bentsodiatsepiineja, kuten oksatsepaamia ja loratsepaamia.

6) Bentsodiatsepiinien käyttö ahdistuneisuushäiriöistä kärsivillä

- Myös niillä muille hoitomuodoille resistenteillä potilailla, joille käytetään pitkäkestoista ja mahdollisesti suuriannoksista bentsodiatsepiinilääkitystä, annostelua tulee ikääntymiseen liittyvien neurokognitiivisten ja motoristen haittojen välttämiseksi arvioida säännöllisin välein (ks. Käypä hoito -suosituksen Muistisairaudet «Muistisairaudet», [112] kohta Käyttösoireiden hoito / Bentsodiatsepiinit http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044#s24_1).
- Bentsodiatsepiinireseptejä ei uusita automaattisesti, vaan vointia ja hoidon etenemistä arvioidaan vastaanottokäynneillä. Lääkehoidon toteutumista tulee seurata aktiivisesti esimerkiksi reseptitietokannan keinoin, ja hoidossa tulee käyttää ne rep.- ja iteroituja reseptejä pienintä mahdollista lääkemäärää käyttäen.
- Henkilöillä, joilla on vaikea-asteinen päihderiippuvuus, sekapäihdekäyttöä tai epävakaa tai antisosiaalinen persoonallisuushäiriö, bentsodiatsepiinien käyttöä tulee välttää [113]. Ks. Käypä hoito -suosituksen Epävakaa persoonallisuus «Epävakaa persoonallisuus», [114] kohta Lääke- ja sähköhoito http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50064#s9_5.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira on ohjeistanut terveydenhuoltoa bentsodiatsepiinien määräämisestä, ks. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/bentsodiatsepiinien_maaraaminen_2.

6) Bentsodiatsepiinien käyttö ahdistuneisuushäiriöistä kärsivillä

- Bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttöön liittyvät vieroitusoireet pahentavat ahdistuneisuushäiriöistä kärsivän ahdistusoireilua, kun bentsodiatsepiiniannosta pienennetään tai lääkitys lopetetaan [110]. Pelkästään vieroitusoireista johtuva ahdistuneisuus ei ole bentsodiatsepiinilääkityksen jatkamisen aihe.
- Ahdistuneisuushäiriöstä kärsivän bentsodiatsepiinilääkitys puretaan hitaasti asteittain viikkojen tai kuukausien aikana [110], [115], [116], [117].
- Bentsodiatsepiinilääkityksen purkamiseen voidaan yhdistää kognitiivista käyttäytymisterapiaa [118], [119]
- Bentsodiatsepiinivieroitusoireiden voimakkuutta voidaan seurata CIWA-B-lomakkeella http://www.terveysportti.fi/xmedia/ykt/ciwa_b_pohja.pdf.
- Ks. Käypä hoito -suosituksen Alkoholiongelmaisen hoito «Alkoholiongelmaisen hoito», [38] näytönastekatsaus [B]. Ks. lisätietoa bentsodiatsepiinien määräämiskäytännöistä .

7. Ahdistuneisuushäiriöt - seuranta

Yl juha kemppinen

7) Ahdistuneisuushäiriöt - seuranta

- Masennuslääkkeet pienensivät yleistyneen ahdistuneisuushäiriön, paniikkihäiriön ja sosiaalisten tilanteiden pelon uusiutumisen riskiä 1 vuoden kestävän hoidon aikana [A].
- Yli 1 vuoden kestävästä hoidosta ei ole tutkimustuloksia, mutta estolääkehoidon lopetus- tai jatkamispäätöksessä tulee ottaa huomioon potilaan oma kanta, lääkehoidon aiheuttamat haitat sekä oireiden uusiutumisen todennäköisyys ja niiden merkitys potilaalle [105].
- Psykoterapioiden keston ja lopettamiseen vaikuttavat saavutettu hoitotulos ja terapian toteuttamiseen ja järjestämiseen liittyvät taloudelliset ja muut seikat, kuten Kelan kuntoutuspsykoterapian lakisääteinen mitoitus.

8. Erityisryhmät - nuoret

Yl juha kemppinen

8) Erityisryhmät - nuoret

- Nuorten ahdistuneisuushäiriöt
- Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden hoitoa koskevista tutkimuksista valtaosa on tehty aineistoilla, joissa on tutkittu eri ahdistuneisuushäiriöitä (sosiaalisten tilanteiden pelko, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö, eroahdistushäiriö) yhtenä ryhmänä. Tutkimusaineistot ovat usein heterogeenisiä iän suhteen (tutkittu sekä lapsia että nuoria). Nuorten spesifisten ahdistuneisuushäiriöiden hoitoa koskevia tutkimuksia on niukasti.
- Nuoruusikäisten (noin 13–22-vuotiaiden) ahdistuneisuushäiriöiden hoidon erityispiirteitä ovat nuoruusiän kehityksen tukeminen ja yhteistyö nuoren vanhempien ja tarvittaessa eri verkostojen (koulu, lastensuojelu) kanssa.
- Erikoissairaanhoidon rooli on korostuneempi nuorten kuin aikuisten ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa.
- Hoidon aikana seurataan hoidon vaikutusta ahdistuneisuusoireisiin ja nuoren toimintakykyyn (opiskelukyky, sosiaalinen toimintakyky ikätoverisuhteissa ja perheessä) sekä mahdollisia haittavaikutuksia.

8) Erityisryhmät - nuoret

- Psykososiaaliset hoitomuodot
- Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa ja muussa perusterveydenhuollossa arvioidaan nuoren ahdistuneisuusoireita ja toimintakykyä sekä selvitetään hänen perhe- ja koulutilannettaan.
- Lievissä ja komplisoitumattomissa keskivaikeissa ahdistuneisuushäiriöissä, joissa nuoren toimintakyky ei ole vakavasti heikentynyt eikä hänellä ole akuuttia itsetuhoisuutta, hoito pyritään aloittamaan perusterveydenhuollossa tarvittaessa erikoissairaanhoidon konsultoiden.
- Ahdistuneisuushäiriötä koskevan tiedon tarjoaminen nuorelle ja hänen vanhemmilleen sekä koulunkäynnin jatkuvuuden tukeminen tarvittaessa erityisjärjestelyin ovat hyödyksi [120].
- Nuorten lievien ja keskivaikeiden ahdistuneisuushäiriöiden ensisijaiseksi akuuttihoitoksi suositellaan psykoterapeuttisia hoitoja.

8) Erityisryhmät - nuoret

- Psykososiaaliset hoitomuodot
- Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden akuuttihoidossa kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia on tehokasta [A] ja hyväksymis-omistautumisterapia lienee tehokasta [C].
- Myös **psykodynaaminen yksilöpsykoterapia** saattaa olla tehokasta, mutta **riittävä tutkimusnäyttö aiheesta puuttuu** [D].
- Nuorten sosiaalisten tilanteiden pelon akuuttihoidossa kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia on tehokasta [A]. Hyväksymis-omistautumisterapia [D] ja mindfulnessiin perustuva kognitiivinen terapia (MBCT) [D] saattavat olla tehokkaita, mutta **tutkimusnäyttöä aiheesta ei juuri ole.**
- Nuorten paniikkihäiriön akuuttihoidossa kognitiivis-behavioraalinen terapia on ilmeisesti tehokasta [B].

8) Erityisryhmät - nuoret

- Lääkehoito
- Nuorten lievien ja keskivaikeiden ahdistuneisuushäiriöiden hoito suositellaan aloittamaan yleensä psykoterapeuttisin interventioin. Jos hoitovastetta ei saavuteta tai se jää aktiivisella psykoterapeuttisella hoidolla osittaiseksi, hoitoon suositellaan liittämään myös lääkehoito [96], [121].
- Lääkkeen valinnassa 18 vuotta täyttäneisiin pätevät aikuisia koskevat suositukset.
- Alle 18-vuotiaiden ahdistuneisuushäiriöiden masennuslääkehoito suositellaan aloitettavaksi ensisijaisesti SSRI-ryhmän lääkkeellä [121], [122].
- Myös SNRI-lääkkeitä voidaan alle 18-vuotiailla käyttää harkitusti [122], [123].

8) Erityisryhmät - nuoret

- Lääkehoito
- Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden akuuttihoidossa fluoksetiini on tehokas [A], sertraliini on ilmeisesti tehokas [B] ja fluvoksamiini lienee tehokas [C].
- Nuorten sosiaalisten tilanteiden pelon akuuttihoidossa fluoksetiini, paroksetiini ja venlafaksiini ovat ilmeisesti tehokkaita [B].
- Nuorten yleistyneen ahdistuneisuushäiriön akuuttihoidossa venlafaksiini ja duloksetiini ovat ilmeisesti tehokkaita [B] ja sertraliini lienee tehokas [C].
- Varhaisnuorten (noin 13–14-vuotiaiden) ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoito suositellaan aloittamaan pääosin nuorisopsykiatriassa erikoissairaanhoidossa.
- Keski- ja myöhäisnuoruusikäisten (noin 15-vuotiaiden tai sitä vanhempien) ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoidon voi aloittaa myös nuorten psyykenlääkehoitoon perehtynyt perusterveydenhuollon lääkäri tarvittaessa erikoissairaanhoidoa konsultoiden.

8) Erityisryhmät - nuoret

- Lääkehoito (jatkuu)
- SSRI- ja SNRI-lääkkeiden käyttöön voi nuorilla liittyä itsemurha-ajatusten ja itsetuhoisten tekojen riski. Ks. Käypä hoito -suositus Depressio «Depressio», [21], näytönastekatsaus [A].
- Nuorten SSRI- ja SNRI-lääkehoitoa on suositeltavaa seurata terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolla kerran viikossa ainakin kuukauden ajan lääkehoidon aloittamisesta.
- Nuorten vaikeiden ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa, **joissa toimintakyky on vakavasti heikentynyt, on aiheellista käyttää alusta alkaen lääkehoitoa** [121], [123].

8) Erityisryhmät - nuoret

- Lääkehoito (jatkuu)
- Psykoterapian ja lääkehoidon yhdistäminen ilmeisesti lisää hoidon kokonaistehoa nuorten ahdistuneisuushäiriöissä, mutta tutkimustieto aiheesta ei ole täysin yksiselitteistä.
- Kognitiivis-behavioraalisen terapian ja sertraliinin yhdistelmähoito on ilmeisesti nuorten ahdistuneisuushäiriöissä tehokkaampaa kuin kumpikaan ainoana hoitona
- Aineistoltaan pienehkön tutkimuksen mukaan fluoksetiinin yhdistäminen kognitiivis-behavioraaliseen psykoterapiaan ei liene kognitiivis-behavioraalista psykoterapiaa tehokkaampaa nuorten ahdistuneisuushäiriöiden akuuttihoitossa [C].

8) Erityisryhmät - nuoret

- Jatkohoito
- Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden jatkohoito kognitiivis-behavioraalisella psykoterapialla, lääkehoidolla tai niiden yhdistelmällä ehkäisee ilmeisesti relapseja.
- Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden jatkohoidossa kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia ja sertraliini ovat ilmeisesti tehokkaita ja niiden yhdistelmä ilmeisesti tehokkaampaa kuin kumpikaan ainoana hoitona [B].
- Nuorten yleistyneen ahdistuneisuushäiriön jatkohoidossa duloksetiini saattaa olla tehokas [C].
- Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoitoa suositellaan jatkettavan (akuuttihoito ja jatkohoito) 6–9 kuukauden ajan [124].
- Päätös hoidon lopettamisesta tai jatkamisesta tehdään potilaan kanssa yhteistyössä räätälöidysti siten, että otetaan huomioon hoidon siedettävyys ja relapsiriski.

9. Erityisryhmät - ikääntyneet

Yl juha kemppinen

9) Erityisryhmät - ikääntyneet

- Tutkimukset iäkkäillä ovat kohdistuneet laajamittaisesti yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön. Tutkimuksia sosiaalisen tilanteiden pelosta, paniikkihäiriöstä tai julkisten paikkojen pelosta hoidon osalta iäkkäillä ei vastaavasti ole. Hoitoratkaisut noin 75 ikävuoteen saakka perustuvat näin ollen keski-ikäisistä saatuun tutkimustietoon.
- Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia on 55 vuotta täyttäneiden ja sitä vanhempien yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa ilmeisesti tehokasta odotuslistalla olemiseen ja tavanomaiseen hoitoon verrattuna, mutta eroa muuhun aktiivihoitoon nähden ei ilmeisesti ole [B].
- Masennuslääkkeistä essitalopraami, venlafaksiini ja duloksetiini ovat ilmeisesti tehokkaita ikääntyneiden yleistyneen ahdistuneisuushäiriön lyhytaikaisessa hoidossa [B].

9) Erityisryhmät - ikääntyneet

- Muiden masennuslääkkeiden tehosta yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa ei ikääntyneillä ole riittävää näyttöä.
- Hoito ketiapiinilla lienee tehokasta ikääntyneiden yleistyneen ahdistuneisuushäiriön lyhytaikaisessa hoidossa [C]. Ks. myös taulukko 9.
- Hoito pregabaliinilla lienee tehokasta myös ikääntyneiden yleistyneen ahdistuneisuushäiriön lyhytaikaisessa hoidossa [C]. Ks. myös taulukko 9.
- Lääkehoidossa tulee ottaa huomioon potilaan muu lääkitys ja mahdolliset yhteisvaikutukset

10. Kokeelliset hoidot

Yl juha kemppinen

10) Kokeelliset hoidot

- Kokeellisia hoitoja, kuten oksitosiinia tai d-sykloseriiniä, on käytetty ahdistuneisuusoireiden hoidossa yksinään tai yhdistettynä psykososiaalisten hoitomuotojen kanssa, mutta niiden tehoa eri ahdistuneisuushäiriöihin ei ole osoitettu [125], [126].
- Neuromodulaatiohoidot eri ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa
- Tutkimusnäyttö transkraniaalisesta magneettistimulaatiohoidosta (rTMS) yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä on niukkaa, eikä luotettavia päätelmiä sen tehosta ole mahdollista tehdä [D].
- Tutkimusnäyttö transkraniaalisesta magneettistimulaatiohoidosta (rTMS) paniikkihäiriössä on niukkaa, eikä luotettavia päätelmiä sen tehosta ole mahdollista tehdä [D].
- ECT-hoidosta tai tasavirtastimulaatiosta (tDCS) ei ole tutkimuksia ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa.

11. Hoitoresistenttien ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoidon erityispiirteitä

Yl juha kemppinen

11) Hoitoresistenttien ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoidon erityispiirteitä

- Hoitoresistentin ahdistuneisuushäiriön määritelmä vaihtelee, minkä vuoksi sen hoidosta on niukemmin tutkimustietoa. Toimivaksi osoittautuneita lääkehoidon tehostamisvaihtoehtoja on niukasti.
- Pindololi yhdistettynä fluoksetiiniin saattaa olla tehokas hoitoresistentin paniikkihäiriön hoidossa. SSRI-annoksen suurentamisesta, SSRI:n ja TCA:n yhdistämisestä ja toisen polven psykoosilääkkeiden (yksin tai yhdistettynä SSRI-lääkkeeseen) käytöstä hoitoresistentin paniikkihäiriön hoitoon ei ole riittävää tutkimusnäyttöä [C].
- Pindololi yhdistettynä paroksetiiniin ei liene tehokas hoitoresistentin sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa [C].
- Pregabaliini ja toisen polven psykoosilääkkeet saattavat olla tehokkaita lisälääkityksiä hoitoresistentin yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa [C].
- Hoitoresistentille yleistyneelle ahdistuneisuudelle ei ole yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää, minkä vuoksi tutkimusten potilasrekrytointi vaihtelee merkittävästi.

12. Pakolaiset

Yl juha kemppinen

12)Pakolaiset

- Ahdistuneisuushäiriöiden esiintyvyyttä pakolaisväestöissä ja vastaavan taustan väestöryhmissä on tutkittu melko vähän [127].
- Vähintään 5 vuotta pakolaisina olleilla yleistyneen ahdistuneisuushäiriöiden ajankohtaiseksi esiintyvyydeksi on esitetty 0,7–13,7 %, paniikkihäiriön 0,6–10 %, sosiaalisten tilanteiden pelon 0,3–27,4 % ja julkisten paikkojen pelon 8,2–9 % [128]. Länsimaihin asettuneita pakolaisia koskevissa tutkimuksissa yleistyneen ahdistuneisuushäiriön ajankohtaiseksi esiintyvyydeksi on esitetty 4 % [129].
- Traumakokemukset pakolaisväestössä ovat yleisiä, ja monilla pakolaisilla on ahdistuneisuushäiriön kanssa samanaikaisesti traumaperäinen stressihäiriö [128].
- Paniikkikohtaukset ovat traumaperäisistä oireista kärsivillä muutenkin tavallisia [130]. Lisäksi ne voivat korostua tietyissä etnisissä ryhmissä [131].
- Pakolaisten ahdistuneisuushäiriöiden hoitoa koskevissa tutkimuksissa on tutkittu lähes yksinomaan potilaita, joilla on traumaperäinen stressihäiriö. Psykoterapian ja yhdistelmähoitojen vaikuttavuutta on käsitelty tarkemmin Käypä hoito -suosituksessa Traumaperäinen stressihäiriö «Traumaperäinen stressihäiriö», [132], jonka lisätietoaineistossa Terapian ja kuntoutuksen vaikuttavuus PTSD:stä ja traumaperäisistä stressioireista kärsivien kidutuksen uhrien hoidossa on raportoitu terapian ja kuntoutuksen vaikutus myös ahdistuneisuusoireisiin siltä osin kuin niitä on tutkittu.
- Pakolaisten arvioinnissa ja hoidossa on mahdollisen traumataustan lisäksi hyvä kiinnittää erityistä huomiota kulttuuriin tekijöihin ja kommunikaatioon .

13. Ahdistuneisuushäiriöiden erityispiirteitä työterveyshuollossa sekä toiminta- ja työkyvyn arviointi

Yl juha kemppinen

13) Ahdistuneisuushäiriöiden erityispiirteitä työterveyshuollossa sekä toiminta- ja työkyvyn arviointi

- Ahdistuneisuushäiriöiden kulku yksilötasolla vaihtelee lievästä vaikeaan ja pitkäkestoista työ- ja toimintakyvyn heikkenemää aiheuttavaan.
- Toimintakyvyn arviointiin ja mittaamiseen liittyvissä kysymyksissä voidaan viitekehyksenä hyödyntää ICF-luokitusta (International Classification of Functioning, Disability and Health). Ks. lisätietoa aiheesta <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>.
- Toimintakyvyn arvioinnissa voidaan mittaritasolla hyödyntää TOIMIA-tietokannassa (www.toimia.fi <http://www.toimia.fi>) olevia toimintakykymittareita, kuten SOFAS- ja Sheehanin toimintakykyasteikkoa Sheehan Disability Scale (SDS) [1], [8].

13) Ahdistuneisuushäiriöiden erityispiirteitä työterveyshuollossa sekä toiminta- ja työkyvyn arviointi

- Lisäksi TOIMIA-tietokannassa on erilliset suositukset toimintakyvyn arvioinnista mielenterveyden häiriöiden yhteydessä <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/32/>, kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnista <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/42/> ja työnhakijoiden toimintakyvyn arvioinnista <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/30/>.
- Ahdistuneisuushäiriöpotilaita hoidetaan työterveyshuollossa työterveyshuoltosopimuksen rajoissa samojen periaatteiden mukaan kuin perusterveydenhuollossa.
- Työterveyshuollon tehtävänä on lisäksi osaltaan huolehtia siitä, ettei ahdistuneisuushäiriöstä aiheudu tarpeetonta työkyvyttömyyttä.

13) Ahdistuneisuushäiriöiden erityispiirteitä työterveyshuollossa sekä toiminta- ja työkyvyn arviointi

- Jos ahdistuneisuushäiriöön liittyy työkyvyttömyyttä tai sen uhkaa, potilas tulee ohjata tilanteen mukaan myös muista terveydenhuollon toimipisteistä työterveyshuoltoon.
- Työssä käyvän potilaan osalta arvioidaan, onko työpaikalla tarvetta ja mahdollisuuksia potilaan työkykyä edistävään työn muokkaukseen [133] (Internet <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136021/Ty%c3%b6n%20muokkauksen%20keinot%2c%20kun%20mielenterveyden%20h%c3%a4iri%c3%b6%20vaikuttaa%sequence=1&isAllowed=y>), [134] (Internet http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=ttk00124&p_haku=Ty%C3%B6n%20muokkaus%20mielenterveyden%20h%C3%A4iri%C3%B6ss%C3%A4).
- Tarvittaessa järjestetään työterveysneuvottelu, jossa tämä arviointi tehdään, ja tukitoimet suunnitellaan yhteistyössä työntekijän, hänen esimiehensä ja työterveyshuollon edustajan kanssa. Neuvotteluun voi osallistua myös hoitava lääkäri esimerkiksi psykiatrisesta yksiköstä.

13) Ahdistuneisuushäiriöiden erityispiirteitä työterveyshuollossa sekä toiminta- ja työkyvyn arviointi

- Depression [21] Käypä hoito -suosituksessa on kuvattu seikkaperäisesti työterveyshuollon toiminta työkyvyn tuen eri vaiheissa. Näitä menettelyjä voidaan soveltaa myös ahdistuneisuushäiriöpotilaiden osalta. Ks. Käypä hoito -suosituksen Depressio «Depressio», [21] kohta Depressiopotilaan toiminta- ja työkyvyn arviointi
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023#s14>.
- Työterveyshuolto osallistuu osaltaan myös työyhteisötason selvittelyihin, jos epäillään, että taustalla on esimerkiksi epäasiallista kohtelua, työpaikkakiusaamista tai seksuaalista häirintää [133], [135].
- Tutkimustietoa ajoterveydestä diagnosoiduissa ahdistuneisuushäiriöissä on vähän.
- Ahdistuneisuushäiriöt antavat harvoin aihetta ajokieltoon tai poliisille ilmoittamiseen, mutta väsyttävän lääkehoidon merkitys tulee huomioida erikseen. Ks. Lisätietoa aiheesta .

14. Hoidon porrastus

Yl juha kemppinen

14) Hoidon porrastus

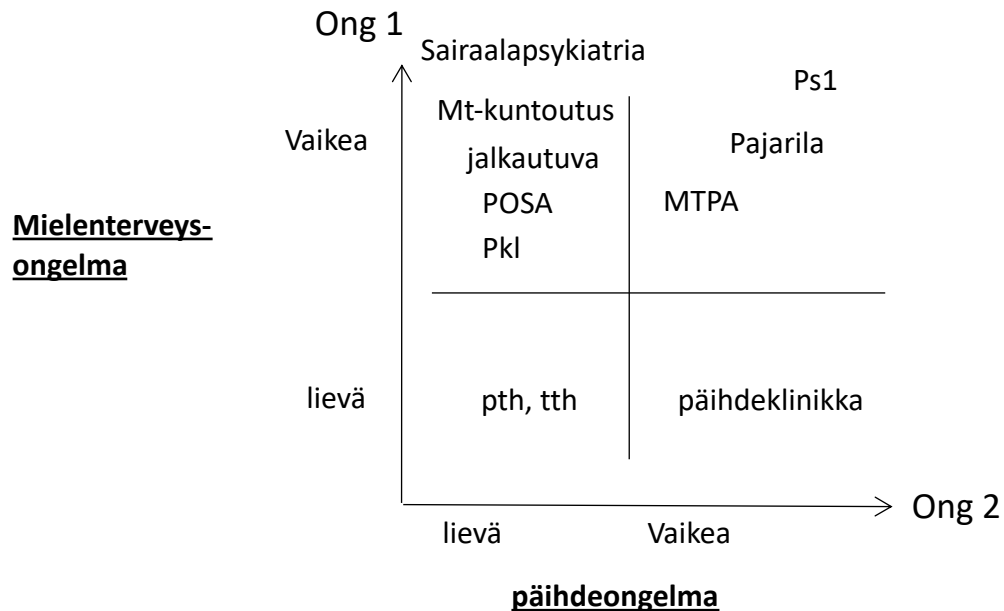
- Työryhmä suosittaa hoidon porrastukseksi seuraavaa:
- **Perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa** toteutetaan sellaisten lievien ja keskivaikeiden, komplisoitumattomien ahdistuneisuushäiriöiden hoito, joihin ei liity vakavaa samanaikaissairastavuutta, vakavaa toimintakyvyn heikkenemää tai samanaikaista vakavaa itsetuhoisuutta. Konsultatiivinen tuki järjestetään tällöin alueellisesti sovitulla tavalla.
- Psykiatrin konsultaatioon tai psykiatriseen erikoissairaanhoidon ohjataan – paikallisen käytännön mukaan – kiireettömän hoidon perustein ja yleensä seuraavissa tilanteissa (Internet <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/72415>):
 - Potilaalla on vaikea ahdistuneisuus ja samanaikainen, hoitoa huomattavasti vaikeuttava muu psykiatrinen häiriö, kuten vaikeahoitoinen depressio, persoonallisuushäiriö, päihdeongelma tai vakava itsetuhoisuus.
 - Potilas ei ole saanut hoitovastetta 2 eri suositusten mukaan toteutettuun lääkehoitoon [136]. Ks. myös taulukko 9.

14) Hoidon porrastus

- Työryhmä suosittaa hoidon porrastukseksi seuraavaa:
- Vaativa työkyvyn arviointi tai vaativan kuntoutuksen suunnittelu:
- Kelan vaativa lääkinnällinen kuntoutus edellyttää julkisen terveydenhuollon hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa.
- Myös kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 korostaa asiakkaan aseman vahvistamista, ennaltaehkäisyä, palvelujen integroimista ja ohjauksen kehittämistä. Ks. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/linjaukset>.
- Hoitosuositusta laadittaessa palvelujärjestelmän kehittämisen aikataulua ei muun muassa kuntoutuksen uudistusten osalta ole varmistettu, mutta maakuntien palveluja järjestävä ja yliopistosairaaloiden ohjaava rooli korostuu tulevaisuudessa

Ahdistuksen hoidon porrastus

- lievät: perusterveydenhoito ja työterveyshuolto



Kaksi eri ongelmaa ja eri instituutiota
→ Yhteisen ongelman integroitu hoito

[F40 Pelko-oireiset \(foobiset\) ahdistuneisuushäiriöt](#)
[F41 Muut ahdistuneisuushäiriöt](#)
[F42 Pakko-oireinen häiriö](#)
[F43 Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt](#)
[F44 Dissosiaatiohäiriöt \(konversiohäiriöt\)](#)
[F45 Elimellisoireiset \(somatoformiset\) häiriöt](#)
[F48 Muut neuroottiset häiriöt](#)

