

Ahdistuneisuushäiriöiden diagnostiikka ja lääkehoito perusterveydenhuollossa

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö ja sosiaalisten tilanteiden pelko ovat tavallisia perusterveydenhuollon potilailla. Ne voivat kuitenkin olla vaikeasti tunnistettavia, koska potilaat hakeutuvat vastaanotolle ensisijaisesti somaattisten vaivojen, esimerkiksi rinta- tai vatsakipujen, hengenahdistuksen, huimauksen, takykardian tai univaikeuksien vuoksi. Nämä ahdistuneisuushäiriöt on tärkeää tunnistaa ja hoitaa, koska ne aiheuttavat kärsimystä, huonontavat toimintakykyä ja niihin liittyy usein terveystalvulujen run-sasta käyttöä. Sosiaalisten tilanteiden pelko on syytä hoitaa jo senkin vuoksi, että se altistaa päih-teiden käytölle itselääkintänä. Ahdistuneisuus-häiriöihin liittyy usein samanaikainen depressio, joka tulee huomioida hoidossa. Ahdistuneisuus-häiriötä hoidetaan psykoterapialla, lääkehoidol-la tai näiden yhdistelmällä. SSRI- ja SNRI-lääkkeet ovat ensisijainen lääkevalinta.

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielen-terveyden häiriöitä. Perusterveydenhuollon potilaista 4–8 %:lla on yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, 4 %:lla paniikkihäiriö ja 7 %:lla sosiaalisten tilanteiden pelko (1–3). Kaikki nämä häiriöt ovat alidiagnosoituja. Potilaat on tärkeää tunnistaa, koska ahdistuneisuushäiriöt aiheuttavat kärsimystä ja toimintakyvyn heikkenemistä ja koska nämä potilaat käyttä-vät paljon perusterveydenhuollon palveluja. Erään tutkimuksen mukaan näitä palveluja eniten käyttävästä ryhmästä 22 %:lla oli pa-niikkihäiriö (4).

Miten tunnistaa yleistynyt ahdistuneisuushäiriö?

Ahdistuneisuushäiriöistä vaikeimmin tunnis-tettava on yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Tämä johtuu siitä, että lähes puolet näistä poti-laista tulee perusterveydenhuollon vastaanotol-le ensisijaisesti somaattisen syyn vuoksi (2). Tavallisia syitä ovat univaikeudet, erilaiset kipu-oireet (niska- ja hartiaseudun, rinta- sekä vatsa-kivut) ja autonomisen hermoston oireet, kuten takykardia. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön ydinoire, pitkäkestoinen ahdistuneisuus, näkyy usein moneen arkielämän asiaan liittyvänä liial-lisena murehtimisena, jota on vaikea hallita. Po-tilaat tunnistavat liiallisen huolestuneisuuden, mutta eivät yleensä osaa yhdistää sitä somaatti-siin oireisiinsa. Yleistynyttä ahdistuneisuushäi-riötä sairastavat eroavat hypokondrista häiriötä sairastavista muun muassa siinä, että lääkärin tutkimus ja somaattisen vaivan toiminnalli-suudesta kertominen rauhoittaa heidät ainakin tilapäisesti. Normaalisti huolestuneisuudesta yleistyneen ahdistuneisuushäiriön erottaa sen pitkäkestoisuus (vähintään 6 kk), vaikea hallit-tavuus, monet somaattiset oireet ja toimintakyvyn heikkeneminen (esimerkiksi työsuoritus heikkenee olennaisesti keskittymisvaikeuksien vuoksi, eikä potilas pysty iltaisin nukahtamaan jännittyneisyyden ja murehtimisen vuoksi).

Seuraavia diagnostisia seulontakysymyksiä voi käyttää yleistyneen ahdistuneisuushäiriön tunnistamiseen:

- Oletko ollut huomattavan huolissasi tai ahdistunut useasta arkielämän asiasta töissä, kotona tai lähipiirissäsi kuuden viime kuukau-den aikana?

- Oletko ollut huolestunut tai ahdistunut suurimman osa ajasta?
- Onko huolehtimista tai murehtimista ollut vaikea hallita tai häiritseekö se keskittymiskykyäsi?

Yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön liittyy usein levottomuuden tunnetta, kyvyttömyyttä rentoutua, lihasjännitystä ja -särkyjä, univaikeuksia ja sympaattisen hermostoston aktivaatio-oireita, kuten takykardiaa (KUVA).

Seulontakysymyksellä "onko sinulla neljän viime viikon aikana ollut ahdistuskohtausta, jolloin olisit yhtäkkiä tuntenut pelkoa tai paniikkia?" voidaan tunnistaa 93 % paniikkihäiriöpotilaista.

Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön mahdollisuuden kartoittamiseen on olemassa seula, GAD-7, jossa on seitsemän kysymystä (TAULUKKO 1). Testi toteaa häiriön 89 %:n herkkyydellä ja 82 %:n tarkkuudella (5). Se on hyvä apu yleisty-

neen ahdistuneisuushäiriön seulonnassa, ja on esitetty, että sitä voitaisiin käyttää myös paniikkihäiriön ja sosiaalisten tilanteiden pelon seulontaan, mutta näissä seulan herkkyys ja tarkkuus eivät ole yhtä hyviä. Pelkän positiivisen seulontatuloksen perusteella (vähintään

TAULUKKO 1. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön seulonta (GAD-7).

Kuinka usein seuraavat ongelmat ovat vaivanneet teitä viimeisten kahden viikon ajan? (Pisteytys: ei lainkaan = 0; useana päivänä = 1; useammin kuin puolet ajasta = 2; lähes joka päivä = 3.)
Olen tuntenut oloni hermostuneeksi, ahdistuneeksi tai kireäksi
En ole voinut lopettaa tai hallita huolestumistani
Olen liioitellut huoliani eri asioissa
Minun on ollut vaikea rentoutua
Olen ollut niin levoton, että minun on ollut vaikea pysyä aloillani
Olen suuttunut tai ärtynyt herkästi
Olen ollut peloissani ikään kuin jotain kamalaa voisi tapahtua

Pistemäärä ≥ 10 viittaa yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön.

Suomenkielinen versio saatavilla vapaasti osoitteessa www.phqscreeners.com

10 pistettä) ei kuitenkaan tule aloittaa yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoitoakaan, koska jopa 23 % perusterveydenhuollon potilaista ylittää tämän rajan. Diagnostisten kriteerien täytyminen täytyy siis tarkistaa erikseen (KUVA) (6).

Paniikkihäiriöpotilaan häiritsevä somaattinen oire

Paniikkihäiriötä sairastavilla on yli viisi kertaa enemmän perusterveyshuollon käyntejä verrattuna muihin samanikäisiin ja samaa sukupuolta oleviin (7). Tavallisesti potilas käy useita kertoja vastaanotolla tai päivystyksessä ennen kuin päästään oikeaan diagnoosiin. Potilas tuo tavallisesti esiin kaikkein pelottavimman ja häiritsevimmän somaattisen oireensa, esimerkiksi hengenahdistuksen tai rintakivut. Diagnoosiin pääsyä voi hankaloittaa sekin, että somaattiset sairaudet ja paniikkihäiriö eivät sulje toisiaan pois, ja terveyskeskuslääkäri joutuu ottamaan huomioon useita vaihtoehtoja. Esimerkiksi astmaa sairastavista 6,5–24 %:lla on myös paniikkihäiriö (8). Paniikkihäiriötä kannattaa seuloa erityisesti niiltä potilailta, joilla on paljon selitystä vaille jääviä somaattisia oireita ja niiltä, jotka ovat huomattavan huolissaan näistä oireistaan ja jotka ovat jännittyneitä ja ahdistuneita. Paniikkikohtauksia voi esiintyä satunnaisesti terveilläkin ihmisillä. Paniikkihäiriöön kuuluu toistuvia, äkillisesti alkavia paniikkikohtauksia ennalta arvaamattomissa ja vaihtelevissa tilanteissa, jotka eivät ole erityisen rasittavia tai vaarallisia. Kohtaukset ovat intensiivisen pelottavia tai epämiellyttäviä, ja niiden voimakkuus saavuttaa huippunsa muutaman minuutin kuluessa ja kestää vähintään muutaman minuutin ajan. Diagnoosi edellyttää useiden vakavia autonomisia oireita sisältävien ahdistuskohtauksien ilmenemistä noin kuukauden ajan (KUVA). Kohtaukset eivät saa selittyä pähteiden käytöllä. Tyypillistä on, että potilas alkaa pelätä paniikkikohtauksia ja välttää tilanteita, joissa niitä on esiintynyt.

Paniikkihäiriön seulomiseen perusterveydenhuollossa on tutkittu erilaisia seuloja, esimerkiksi Autonomic Nervous System Questionnaire (ANS) ja Brief Patient Health

YLEISTYNYT AHDISTUNEISUUS-HÄIRIÖ

Korostunutta jännittyneisyyttä, huolestuneisuutta ja pelokkuutta suhteessa arkipäivän tapahtumiin ja ongelmiin, kesto ≥ 6 kk

PANIIKKIHÄIRIÖ

Toistuvia paniikkikohtauksia ennalta arvaamattomissa ja vaihtelevissa tilanteissa

SOSIAALISTEN TILANTEIDEN PELKO

Huomattava pelko huomion kohteeksi joutumisesta tai siitä, että oma käytös olisi sosiaalisesti nöyryyttävää. Huomattava pyrkimys välttää näitä tilanteita

KAIKILLE HÄIRIÖILLE YHTEISET OIREET

Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä ja paniikkihäiriössä ≥ 4 seuraavista oireista (yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä oireista 1–22), joista yhden täytyy olla jokin oireista 1–4 ja sosiaalisten tilanteiden pelossa ≥ 2 seuraavista oireista sosiaalisissa tilanteissa:

Sympaattisen hermoston aktivaatio-oireet

- (1) Sydämentykytys tai sydämen hakkaamisen tunne tai tihentynyt syke
- (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) 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) Itsensä hallinnan menettämisen, sekoamisen tai tajunnan menettämisen pelko
- (12) Kuolemanpelko

Yleisoireet

- (13) Kuumat aallot tai vilunväristykset
- (14) Ihon puutuminen tai pistely

Jännitysoireet

- (15) Lihasyännitys, -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 herkkyyks pelästyä
- (20) Keskittymisvaikeudet tai mielen tyhjäksi pyyhkiytyminen ahdistuksen tai huolestuneisuuden takia
- (21) Jatkuva ärtyneisyys
- (22) Huolestuneisuuden aiheuttama nukahtamisvaikeus

Paniikkihäiriössä ei muita kriteerejä

Kaikki häiriöt haittaavat toimintakykyä

Sosiaalisten tilanteiden pelossa

lisäksi jokin seuraavista oireista:

- (1) Punastuminen tai vapina
- (2) Oksentamisen pelko
- (3) Virtsaamisen tai ulostamisen pelko tai tihentynyt tarve

Ahdistuneisuus- tai välttämisoireet aiheuttavat huomattavaa tuskaisuutta ja henkilö tunnistaa, että oireet ovat tilanteisiin nähden kohtuuttomia tai epätarkoituksenmukaisia. Oireet rajoittuvat kokonaan tai pääasiassa pelkoa aiheuttaviin tilanteisiin tai niiden ajattelemiseen

TAULUKKO 2. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön lääkehoito.

Lääke	Aloitusannos	Hoitoannos	Edut	Haitat
SSRI Essitalopraami Paroksetiini	10 mg/vrk 20 mg/vrk	20 mg/vrk 20–50 mg/vrk	Ei aiheuta toleranssia tai riippuvuutta, tehoa samanaikaiseen dpressioon	Voi alussa pahentaa oireita, hidas vaste, mahdolliset seksuaaliset haittavaikutukset, lopetusoireet
SNRI Venlafaksiini Duloksetiini	75 mg/vrk 30 mg/vrk	75–225 mg/vrk 60 mg/vrk	Ei aiheuta toleranssia tai riippuvuutta, tehoa samanaikaiseen depression	Voi alussa pahentaa oireita, hidas vaste, mahdolliset seksuaaliset haittavaikutukset, verenpaineen nousu (venlafaksiini ≥ 150 mg/vrk), lopetusoireet
Pregabaliini	150 mg/vrk jaettuna 2–3 antokertaan	150–600 mg/vrk jaettuna 2–3 antokertaan	Nopeahko vaikutuksen alku (1–2 vkoa), ei aiheuta toleranssia	Väärinkäyttöriski, ei tehoa samanaikaiseen depression
Buspironi	5 mg x 3/vrk	20–30 mg/vrk jaettuna 2–3 antokertaan	Ei väsyttä, ei heikennä psykomotoriikkaa, ei yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa, ei aiheuta toleranssia	Teho-ongelmia aiemmin bentsodiatsepiineja saaneilla, hidas vaste (2–4 vkoa), ei tehoa samanaikaiseen depression
Bentsodiatsepiinit Huom! vain hoidon alkuvaiheessa 2–4 viikon ajan tukihoidona		Diatsepaami 5–15 mg/vrk; loratsepaami 1–3 mg/vrk; oksatsepaami 15–45 mg/vrk	Suhteellisen tehokkaita, nopea vaikutuksen alku	Riippuvuus, toleranssi, väärinkäyttöriski, ei tehoa samanaikaiseen depression

Questionnaire (BPHQ). Kuitenkin kiireisessä työssä perusterveydenhuollossa voidaan yhden ainoan seulontakysymyksen, ”onko sinulla neljän viime viikon aikana ollut ahdistuskohdasta, jolloin olisit yhtäkkiä tuntenut pelkoa tai paniikkia?”, avulla tunnistaa 93 % paniikkihäiriötä sairastavista potilaista (9, 10).

Ujous ei ole sosiaalisten tilanteiden pelkoa

Ujous ja lievä sosiaalinen ahdistuneisuus on normaalia. Sosiaalisten tilanteiden pelosta on kyse silloin, kun oireet ovat hyvin voimakkaita ja aiheuttavat suurta kärsimystä ja heikentävät ihmisen toimintakykyä. Sosiaalisten tilanteiden välttäminen voi pahimmillaan johtaa eristäytyneisyyteen. Potilaat usein häpeävät sosiaalisten tilanteiden pelon oireitaan, jolloin se jää diagnosoimatta. Tämä voi johtaa pähteiden käyttöön ”itselääkintänä”. Samanaikaista alkoholiriippuvuutta on 27 %:lla ja alkoholin haitallista käyttöä 21 %:lla sosiaalisten tilanteiden pelkoa sairastavista (11).

Seuraavia diagnostisia seulontakysymyksiä voi käyttää sosiaalisten tilanteiden pelon tunnistamiseen:

- Oletko viimeksi kuluneen kuukauden aikana tuntenut pelkoa tai ollut nolo, kun olet joutunut huomion keskipisteeksi? Oletko pelännyt nöyryyttävään tilanteeseen joutumista? (esimerkiksi puhuminen julkisesti, kirjoittaminen jonkun katsoessa tai muut sosiaaliset tilanteet)

- Onko tämä pelko liiallinen tai kohtuuton?
- Pelkäätkö niin paljon näitä sosiaalisia tilanteita, että vältät niitä tai selviydyt vain voimakasta kärsimystä kokien?

- Haittaako tämä pelko normaalia työnteoko ja sosiaalista toimintaa tai aiheuttaako se voimakasta tuskaa?

KUVASSA on lueteltu sosiaalisten tilanteiden pelkoon liittyvät somaattiset oireet.

Ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoito perusterveydenhuollossa

TAULUKOSSA 2 on esitetty ne lääkkeet, joilla on virallinen käyttöaihe yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön. SSRI-lääkkeet ovat ryhmänä melko samanlaisia kliinisiltä vaikutuksiltaan. Siksi myös niitä SSRI-lääkkeitä, joilla ei ole virallista käyttöaihetta yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön, esimerkiksi sertraliinia, voi-

TAULUKKO 3. Paniikkihäiriön lääkehoito.

Lääke	Aloituseros	Hoitoannos
SSRI		
Sitalopraami	(5–)10 mg/vrk	20–40 mg/vrk
Essitalopraami	(2,5–)5 mg/vrk	10–20 mg/vrk
Paroksetiini	10 mg/vrk	40(–60) mg/vrk
Sertraliini	25 mg/vrk	50–200 mg/vrk
SNRI		
Venlafaksiini	37,5 mg/vrk	75–225 mg/vrk
Klomipramiini ¹	10 mg/vrk	25–100 (–150) mg/vrk
Bentsodiatsepiinit ² Vain lyhytaikaiseen käyttöön	Alpratsolaami 0,5–1 mg/vrk	Alpratsolaami enintään 6 mg/vrk jaettuna 3–4 annokseen; diatsepaami 5–15 mg/vrk; loratsepaami 1–3 mg/vrk; oksatsepaami 15–45 mg/vrk

¹Ei ensilinjan lääke runsaiden haittojen ja kapean terapeuttisen alueen vuoksi

²Vain alpratsolaamilla virallinen käyttöaihe paniikkihäiriöön, muilla bentsodiatsepiineilla käyttöaihe ahdistuneisuuden hoitoon

daan tarvittaessa käyttää sen hoidossa. Ahdistuneisuuden minimoiminen vaatii vähintään 8–12 viikon hoidon.

Yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön liittyy usein samanaikainen depressio (jopa noin kahdella kolmasosalla potilaista), johon SSRI- ja SNRI-lääkkeet myös tehoavat (12). SSRI- ja SNRI-lääkkeiden haittana on ahdistuksen mahdollinen paheneminen hoidon alussa. Tämä tulee kertoa potilaalle ennen lääkehoidon aloittamista. Hyvin haittavaikutuksille herkille potilaille voidaan käyttää hoidon alussa SSRI- ja SNRI-lääkkeiden rinnalla bentsodiatsepiinia, jonka käytön kerrotaan jo hoitoa aloitettaessa jatkuvan enintään 2–4 viikon ajan. Bentsodiatsepiineihin liittyy riippuvuus-, toleranssi- ja väärinkäyttöriski, joten yleistyneen ahdistuneisuushäiriön pitkäaikaisesta lääkehoitoa ei voi rakentaa niiden varaan. Pregabaliinilääkityksestä yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa on hyvää näyttöä (13). Se ei tehoa samanaikaiseen depression, ja myös siihen liittyy väärinkäyttöriski.

Ennen bentsodiatsepiinien tai pregabaliinin määräämistä potilaan päihteen käyttö on kartoitettava huolellisesti. Buspironilla on virallinen käyttöaihe yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön. Se ei väsytä, ei heikennä psicomotoriikkaa eikä aiheuta toleranssia. Varsinkin aiemmin bentsodiatsepiineja käyttäneillä potilailla vaste buspironiin on usein riittämätön, ja

sen käyttö on jäänyt melko vähäiseksi. Lääkehoidon vastetta ja siedettävyyttä tulisi seurata 2–4 viikon välein ensimmäisten kolmen kuukauden aikana lääkkeen aloituksesta ja sen jälkeen vähintään kolmen kuukauden välein. Jos lääkehoito tehoaa, sitä tulisi jatkaa vähintään vuoden ajan, koska relapsiriski yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä on suuri (14, 15).

Paniikkihäiriössä ensisijainen lääkevaihtoehto ovat SSRI- ja SNRI-lääkkeet. Potilaan lääkehoito aloitetaan erityisen varovasti pienellä annoksella, jota lisätään hitaasti (**TAULUKKO 3**) (15). Tällöinkin paniikkioireet joskus aluksi pahenevat. Potilasta olisi tärkeää seurata hoidon alkuvaiheessa, esimerkiksi kahden viikon välein (9). Erityisen herkillä potilailla voidaan hoidon alkuvaiheessa (enintään 2–4 viikon ajan) käyttää tukilääkityksenä bentsodiatsepiineja. Alpratsolaamilla on lyhyt puoliintumisaika, ja se sitoutuu hyvin bentsodiatsepiinireseptoriin, minkä vuoksi se saattaa aiheuttaa riippuvuutta herkemmin kuin muut bentsodiatsepiinit. Jos SSRI- tai SNRI-lääkityksellä ei ole saatu riittävää vastetta kolmessa kuukaudessa, suositellaan vaihtamista toiseen SSRI- tai SNRI-lääkkeeseen (14). Kun vaste saadaan, lääkehoitoa tulisi jatkaa vähintään vuoden ajan. Paniikkihäiriötä sairastavista potilaista 33–50 %:lla oireet uusiutuvat nopeasti lääkehoidon lopettamisen jälkeen (16). Jos sairausjaksoja on ollut vähintään kolme, suo-

TAULUKKO 4. Sosiaalisten tilanteiden pelon lääkehoito.

Lääke	Aloitussanos	Hoitoannos
SSRI		
Essitalopraami	10 mg/vrk	5–20 mg/vrk
Paroksetiini	20 mg/vrk	20–50 mg/vrk
Sertraliini	25 mg/vrk	50–200 mg/vrk
SNRI		
Venlafaksiini	75 mg	75–225 mg/vrk
Moklobemidi	300 mg/vrk jaettuna 2 annokseen	600 mg/vrk jaettuna 2 annokseen
Propranololi ¹	10–40 mg tarvittaessa ennen esiintymistä	

¹Ei virallista käyttöaihetta sosiaalisten tilanteiden pelkoon

TAULUKKO 5. Ahdistuneen potilaan erikoissairaanhoidon lähettämisen perusteet.

Vaikea ahdistuneisuus ja samanaikainen, hoitoa huomattavasti vaikeuttava muu psykiatrinen häiriö, kuten vaikeahoitoinen depressio
 persoonallisuushäiriö
 päihdeongelma
 Itsetuhoisuus
 Psykoterapian tai työkyvyn arvioiminen
 Ei hoitovastetta kahteen eri lääkehoitoon

sitellaan pitkäaikaista tai pysyvää lääkehoitoa.

TAULUKOSSA 4 on esitelty lääkkeet, joilla on virallinen käyttöaihe sosiaalisten tilanteiden pelkoon. Yleistyneessä sosiaalisten tilanteiden pelossa masennuslääkkeet ovat bentsodiatsepiineja selvästi parempi vaihtoehto (17). Jos lääkehoidolla on saatu vaste kolmessa kuukaudessa, sitä tulisi jatkaa vähintään vuoden ajan. Muussa kuin yleistyneessä eli vain joihinkin tilanteisiin liittyvässä sosiaalisessa pelossa bentsodiatsepiineja voidaan tarvittaessa käyttää lyhytaikaisesti. Bentsodiatsepiinihoidon tärkein vasta-aihe on päihdeongelma. Tämän ryhmän lääkkeitä klonatsepaami on parhaiten tutkittu sosiaalisen pelon hoidossa, ja siksi sitä voidaan pitää niistä suositeltavimpana (11, 17). Sen keskimääräinen annos tutkimuksissa on ollut 2–3 mg/vrk (11, 17). Vaikean esiintymisjännityksen hoitoon voidaan käyttää propranololia 10–40 mg, joka otetaan 1–2 h ennen pelättyä tapahtumaa. Psykoosilääkkeiden käyttöä eri ahdistuneisuushäiriöiden hoitoon tulisi perusterveydenhuollossa välttää (18).

Milloin erikoissairaanhoidon?

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko ja paniikkihäiriö hoidetaan ensisijaisesti perusterveydenhuollossa. Psykiatriseen erikoissairaanhoidon lähettämisen perusteet esitetään **TAULUKOSSA 5**.

Psykoedukaatio tukee lääkehoitoa

Psykoedukaatio on ahdistuneisuushäiriöissä olennaista, koska se parantaa sitoutumista hoitoon. Psykoedukaatiolla tarkoitetaan sitä, että potilaalle kerrotaan ahdistuneisuushäiriön taustoista ja luonteesta ja erityisesti käydään läpi siihen liittyvät oireet ja hoitomahdollisuudet. Varsinkin yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä sairastavat potilaat ovat usein murehtineet somaattisia oireitaan ja pelänneet niiden olevan merkki jostakin vakavasta sairaudesta. Potilaalle voi olla helpottavaa kuulla, että esimerkiksi rintakivut, nielemisvaikeus ja vatsakivut ovat toiminnallisia ja liittyvät tähän yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön. Oikeaan diagnoosiin pääseminen ja psykoedukaatio vähentävätkin turhia tutkimuksia. Erään tutkimuksen mukaan kolmanneksella niistä potilaista, joilla oli rintakipu ja normaali koronaangiografia, oli paniikkihäiriö (19).

Psykoedukaatio voi myös vähentää terveyspalvelujen käyttöä, kun esimerkiksi paniikkihäiriötä sairastava potilas tunnistaa hengenahdistus- ja rintakipuoireiden liittyvän paniikkihäiriöön eikä hakeudu niiden vuoksi ensiapuun. Kofeiinin tiedetään provosoivan paniikkikohtauksia niihin taipuvaisilla henkilöillä, mikä on tietysti syytä kertoa paniikkihäiriöön sairastuneelle. Psykoedukaatioon kannattaa liittää myös elämäntapaohjausta. Etenkin sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivillä potilailla on suurentunut riski käyttää alkoholia itsehoitona ja sen myötä alkoholiriippuvuuden kehittymisen vaara. Päihdeanamneesi tulee ottaa huolellisesti kaikilta ahdistuneilta potilailta. Psykoterapian toimivuudesta ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa on hyvää näyttöä. Eri psykoterapiamuodoista hyötyy noin 45–65 % potilaista (14). Paras näyttö on kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta. Jos

potilas ei halua lääkettä tai hänellä on hankalat oireet, joihin lääkähoidolla saadaan vain osittainen vaste, hänet voidaan ohjata psykoterapiaan.

Lääkehoito ja psykoterapia täydentävät toisiaan myös ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Paniikkihäiriötä sairastavilla perusterveydenhuollon potilailla, jotka saivat lääkähoidon lisäksi kognitiivista käyttäytymisterapiaa lyhytpsykoterapiana (enintään kuusi käyntiä), oli vähemmän ahdistuneisuutta, välttämiskäyttäytymistä ja toimintakyvyn heikkenemistä verrattuna pelkkää lääkettä saaviin, ja tämä ero näytti säilyvän hoidon jälkeenkin (20). Lyhytpsykoterapiaa voi suositella myös ensisijaiseksi hoitomuodoksi. Verkostometa-analyysi suositteli kognitiivista käyttäytymisterapiaa ensisijaiseksi hoitomuodoksi sosiaalisten tilanteiden pelon hoitoon (21). Valitettavasti sitä ei useinkaan voida tarjota ensisijaisena hoitomuotona. Myös kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiin pohjautuvista nettiterapioista on saatu lupaavia tuloksia, ja ne voisivat mahdollistaa psykoterapeuttisen avun monille riittävän varhaisessa vaiheessa. Ahdistuneen potilaan kohtaamisesta ja hoitosuhteen luomisesta on hiljattain ilmestynyt katsaus (22).

Lopuksi

Ahdistuneisuushäiriöiden tunnistaminen ja hoito on tärkeää, koska niiden avulla voidaan vähentää ihmisten kärsimystä ja toimintakyvyn heikkenemistä sekä häiriöiden yhteiskunnallisia kustannuksia. Ahdistuneisuushäiriöihin liittyy usein samanaikainen depressio

MERJA VIIKKI, LT, psykiatrian dosentti, kliininen opettaja, psykiatrian erikoislääkäri
Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö ja
Tampereen kaupungin psykiatrian poliklinikka

ESA LEINONEN, LT, professori, ylilääkäri
Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö ja
TAYS toimialue 5 (psykiatria)

YDINASIAT

- ▶ Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö ja sosiaalisten tilanteiden pelko ovat yleisiä perusterveydenhuollon potilailla.
- ▶ Ne ovat alidiagnostoituja, koska potilaat hakeutuvat vastaanotolle ensisijaisesti somaattisten oireidensa vuoksi.
- ▶ Paniikkihäiriötä sairastavat potilaat ovat usein terveyspalvelujen suurkäyttäjiä.
- ▶ Samanaikainen depressio tai toinen ahdistuneisuushäiriö tai päihdeongelma ovat yleisiä.
- ▶ SSRI- tai SNRI-lääkitys on ensisijainen lääkevalinta.
- ▶ Bentsodiatsepiineja voidaan käyttää tarvittaessa vain lyhytaikaisesti alkuvaiheen tukilääkityksenä.
- ▶ Psykoosilääkkeiden käyttöä ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa tulee perusterveydenhuollossa välttää.

ja päihdeongelma, jotka tulee huomioida hoidossa. Nykyaikaiset lääkehoidot lievittävät usein merkittävästi potilaan oireita ahdistuneisuushäiriöissä ja parantavat elämänlaatua. Toisaalta hoitovaste on usein vain osittainen, ja elämää haittaavia oireita jää jäljelle hoidoista huolimatta. Ahdistuneen potilaan kohtaamisessa on lääkähoidon lisäksi olennaista kohdata potilas ihmisenä, sietää hänen ahdistuneisuutensa ja antaa tietoa sairaudesta ja toivoa toipumisesta. ■

SIDONNAISUDET

Merja Viikki: Asiantuntijapalkkio (Servier, Pfizer), johtokunnan tms jäsenyys (Leiras Takeda), luontopalkkio (Astra Zeneca, GSK, Eli Lilly, Orion Pharma, Sanofi-Aventis, Servier), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (BMS, GSK, Leiras Takeda, Lilly, Lundbeck, Servier), muu palkkio (BMS, Lilly, Lundbeck, Sanofi-Aventis, Servier)

Esa Leinonen: Johtokunnan tms jäsenyys (Servier), luontopalkkio (AstraZeneca, GSK, Lilly, Lundbeck, Servier), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (AstraZeneca, Lundbeck, Otsuka, Servier)

KIRJALLISUUTTA

1. Kujanpää T, Ylisaukko-Oja T, Jokelainen J, ym. Prevalence of anxiety disorders among Finnish primary care high utilizers and validation of Finnish translation of GAD-7 and GAD-2 screening tools. *Scand J Prim Health Care* 2014;32:78–83.
2. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry* 2002;63(Suppl 8): 24–34.
3. Roy-Byrne PP, Wagner AW, Schraufnagel TJ. Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. *J Clin Psychiatry* 2005;66(Suppl 4):16–22.
4. Stein MB, McQuaid JR, Laffaye C, McCahill ME. Social phobia in the primary care medical setting. *J Fam Pract* 1999;48: 514–9.
5. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006;166:1092–7.
6. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32:345–59.
7. Smits FT, Brouwer HJ, Zwinderman AH, ym. Why do they keep coming back? Psychosocial etiology of persistence of frequent attendance in primary care: a prospective cohort study. *J Psychosom Res* 2014;77:492–503.
8. Feldman JM, Lehrer PM, Borson S, Hallstrand TS, Siddique MI. Health care use and quality of life among patients with asthma and panic disorder. *J Asthma* 2005; 42:179–84.
9. Tili V, Suominen K, Karlsson H. Paniikkihäiriön hoito perusterveydenhuollossa. *Duodecim* 2008;124:993–9.
10. Löwe B, Gräfe K, Zipfel S, ym. Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians’ diagnosis. *J Psychosom Res* 2003;55:515–9.
11. Canton J, Scott KM, Glue P. Optimal treatment of social phobia: systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2012;8:203–15.
12. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:355–64.
13. Frampton JE. Pregabalin: a review of its use in adults with generalized anxiety disorder. *CNS Drugs* 2014;28:835–54.
14. Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, Wiltink J, Beutel ME. The diagnosis of and treatment recommendations for anxiety disorders. *Dtsch Arztebl Int* 2014;111:473–80.
15. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care. NICE guideline CG113. NICE 2011.
16. Lepola U, Koponen H. Panic disorder: phenomenology, treatment and prognosis. Kirjassa: Sanfelippo AJ, toim. *Panic disorders: new research*. New York: Nova Science Publishers 2005, s. 1–13.
17. Isometsä E. Sosiaalisten tilanteiden pelko. Kirjassa: Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. *Psykiatria*. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim 2007, s. 246–55.
18. Viikki M, Leinonen E. Psykoosilääkkeiden muut käyttöaiheet. *Suom Lääkäril* 2012;67:1161–3.
19. Mukerji V, Beitman BD, Alpert MA. Chest pain and angiographically normal coronary arteries. Implications for treatment. *Tex Heart Inst J* 1993;20:170–9.
20. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB, ym. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:290–8.
21. Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranzeouli I, ym. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2014;1:368–76.
22. Koivisto M, Melartin T. Miten lääkäri voi kohdata ahdistuneen potilaan? *Duodecim* 2014;130:483–8.

Summary

Diagnosis and drug therapy of anxiety disorders in primary health care

Generalized anxiety disorder, panic disorder and social phobia are common in primary health care patients. They may, however, be difficult to identify, since the patients seek medical attention primarily because of somatic symptoms. Anxiety disorders cause suffering, impair functional capability and are frequently accompanied by excessive use of healthcare services. These disorders are often accompanied by comorbid depression, which must be taken into consideration in the therapy. They are treated with psychotherapy, drug treatment or combination thereof. SSRI and SNRI drugs are the first-line choice of medication.