

Sosiaalisten tilanteiden pelon hoito

Tero Taiminen

Sosiaalisten tilanteiden pelkoon sairastuu elinaikanaan noin joka kymmenes, joista kolmella neljäsosalla esiintyy myös muu psykiatrinen sairaus. Sosiaalisten tilanteiden pelossa voidaan erottaa yleistynyt muoto ja useimmiten esiintymispelkona ilmenevä rajoittunut muoto. Lapsuudessa alkanut yleistynyt muoto saattaa kehittyä estyneeksi persoonallisuudeksi. Sosiaalisten tilanteiden pelon hoidoksi on vakiintumassa lääkitys yhdistettynä psykoterapiaan. Lääkehoito kannattaa aikuisilla aloittaa yleistyneessä muodossa MAO:n estäjällä ja rajoittuneessa muodossa beetasalpaajalla. Lasten ja nuorten sosiaalisten pelkojen ja valikoivan puhumattomuuden lääkehoitoa on tutkittu vasta vähän. Eniten myönteisiä kokemuksia on kertynyt selektiivisistä serotoniinin takaisinoton estäjistä. Eri psykoterapiamuodoista käytetyin on kognitiivis-behavioraalinen terapia, mutta etenkin estyneen persoonallisuuden hoidossa on saatu hyviä kokemuksia myös sekä kognitiivisesta että analyttisestä terapiasta.

Viimeaikaisten epidemiologisten tutkimusten mukaan sosiaalisten tilanteiden pelko on määritettyjen yksittäisten pelkojen ohella tavallisin ahdistuneisuushäiriö. Sen elinikäinen esiintyvyys väestössä on noin 15 %, kun häiriön määrittämisessä käytetään DSM-IV:n kriteeristöä, ja noin 10 % käytettäessä enemmän ruumiillisia ahdistusoireita edellyttäviä ICD-10-tautiluokituksen kriteereitä (Wacker ym. 1992). Sairauden keskeinen oire on ryhmätilanteisiin liittyvä toisten ihmisten huomion kohteena olemisen pelko, joka usein johtaa sosiaalisten tilanteiden välttämiseen. ICD-10-tautiluokituksen diagnostiset kriteerit sosiaalisten tilanteiden pelolle on esitetty taulukossa 1. Ennen kuuden vuoden ikää alkaneesta sosiaalisten tilanteiden pelosta käytetään lapsilla diagnoosia lapsuusiän sosiaalinen ahdistushäiriö (F93.2). On myös esitetty, että lasten valikoiva puhumattomuus (F94.0) saattaa olla yksi sosiaalisten tilanteiden pelon alatyyppejä.

Viimeaikaisten tutkimusten perusteella näyttää siltä, että sosiaalisten tilanteiden pelko syntyy al-

tistavien rakenteellisten tekijöiden ja haitallisten sosiaalisten kokemusten vuorovaikutuksessa. Kagan ym. (1988) havaitsivat, että osa ihmisistä reagoi jo vauvana limbis-hypotalaamisella ylivireystilalla odottomattomiin ja uusiin tapahtumiin. Tutkijat esittivät, että mikäli nämä temperamenttiltaan herkat lapset joutuvat krooniseen stressiin esimerkiksi vanhempien riitelyn, sisarusten pilkan tai vanhempien eron vuoksi, heille saattaa kehittyä sosiaalisesti estynyt persoonallisuus.

Sosiaalisten tilanteiden pelon oireet ilmaantuvat tavallisesti vähitellen lapsuuden aikana, ja potilaiden keski-ikä sairauden alkaessa on noin 15 vuotta. Sosiaalisten tilanteiden pelko on naisilla hieman yleisempi kuin miehillä. Miehet hakeutuvat kuitenkin sen vuoksi psykiatriseen hoitoon naisia useammin, mikä on poikkeuksellista psykiatrisissa häiriöissä. Valitettavasti vain murto-osa sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivistä hakeutuu koskaan psykiatriseen hoitoon, mutta sen sijaan he käyttävät muiden erikoisalojen palveluja keskivertoväestöä enemmän. Hoitoon hakeutu-

T a u l u k k o 1. Sosiaalisten tilanteiden pelon F40.1 kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan (WHO 1993). Suomennos artikkelin kirjoittajan.

A. Potilaalla esiintyy vähintään toinen seuraavista:

- 1) Merkittävä pelko huomion kohteena olemisesta tai siitä, että hänen käytöksensä olisi hänelle itselleen noloa tai nöyryyttävää.
- 2) Selkeä pyrkimys välttää huomion kohteena olemista tai tilanteita, joissa potilas pelkää käyttäytyvänsä siten, että se nolostuttaa tai nöyryyttää häntä. Pelot ilmenevät sosiaalisissa tilanteissa, kuten syötäessä tai puhuttaessa julkisesti, kohdattaessa tuttuja ihmisjoukossa tai mentäessä tai osallistuttaessa pienryhmätilanteisiin (esim. juhlat, kokoukset, opetustilanteet).

B. Potilaalla on esiintynyt pelätyssä tilanteessa vähintään kaksi julkisten paikkojen pelon (F40.0) yhteydessä kriteerillä B määritellyistä ahdistusoireista häiriön alkamisen jälkeen ja lisäksi on hänellä on ollut vähintään yksi seuraavista oireista:

- 1) punastuminen tai vapina
- 2) oksentamisen pelko
- 3) voimakas tarve virtsata tai ulostaa tai niitä koskeva pelko

C. Oireet tai välttämiskäyttäytyminen aiheuttavat potilaalle merkittävää ahdistusta, ja hän pitää niitä kohtuuttomina tai järkeettöminä.

D. Oireet rajoittuvat pelätyihin tilanteisiin tai niiden ajattelemiseen tai ovat silloin voimakkaimmillaan.

E. Tavallimmat poissulkukriteerit: Kriteereissä A ja B luetellut oireet eivät ole seurausta harhaluuloista, aistiharhoista tai muista häiriöistä kuten elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00–F09), skitsofreniasta, skitsotyyppisestä häiriöstä tai harhaluuloisuushäiriöstä (F20–F29), mielialahäiriöstä (F30–F39) tai pakko-oireisesta häiriöstä (F42.–), eivätkä ne liity kulttuurin mukaisiin uskomuksiin.

mista vaikeuttavat toisaalta psykiatriseen tutkimus- ja hoitotilanteeseen kohdistuva pelko ja toisaalta potilaille yleinen taipumus mieltää sairauksen oireet luonteenpiirteiksi. Hoitamaton vaikea sosiaalisten tilanteiden pelko useimmiten kroonistuu, ja arviolta vain noin neljäsosa näistä potilaista toipuu ilman hoitoa oireettomiksi. Epidemiologiset tutkimukset ovat kuitenkin antaneet viitteitä siitä, että lieväoireinen nuoruudessa alkava sosiaalisten tilanteiden pelko paranee useim-

miten vuosien mittaan ilman hoitoakin. Lievä- oireisenkin sosiaalisten tilanteiden pelon tunnistaminen mahdollisimman varhain on kuitenkin tärkeää, koska sairaus usein estää potilaita hakeutumasta kykyjään vastaavaan koulutukseen ja ammattiin. Lisäksi sosiaalisten tilanteiden pelon komplikaationa syntyvät muut psykiatriset häiriöt, kuten alkoholismi, julkisten paikkojen pelko ja masennustila, saattavat kroonistua. Terveystieteiden keskus ja erityisesti kouluterveydenhuolto ovatkin avainasemassa häiriön tunnistamisessa ja potilaiden motivoimisessa hoitoon.

Sosiaalisten tilanteiden pelon erottaminen estyneestä persoonallisuudesta on usein mahdotonta, ja viimeksi mainittu diagnoosi on saanut viime vuosina osakseen ankaraa kritiikkiä. On esitetty, että lapsuudessa alkava vaikea sosiaalisten tilanteiden pelko integroituu nuoruudessa helposti osaksi potilaan persoonallisuutta. Estynyt persoonallisuus, jonka ICD-10-tautiluokituksen diagnostiset kriteerit on esitetty taulukossa 2, on tästä näkökulmasta tarkasteltuna pikemminkin varhain alkanut ja hoitamattomana kroonistunut neuroosi kuin varsinainen persoonallisuushäiriö. Sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa käytetyt menetelmät vähentävät myös estyneen persoonallisuuden oireita, ja sosiaaliin tilanteisiin liittyviä pelkoja lieneekin tarkoituksenmukaisinta tarkastella jatkumona, jossa estynyt persoonallisuus edustaa häiriön vaikeinta muotoa.

Sosiaalisten tilanteiden pelko jaetaan kahteen alatyyppiin, yleistyneeseen ja rajoittuneeseen muotoon. Yleistyneessä muodossa potilas pelkää lähes kaikkia sosiaalisia kontakteja, kun taas rajoittuneessa muodossa pelot kohdistuvat johonkin tiettyyn sosiaaliseen tilanteeseen, tavallisimmin julkiseen esiintymiseen. Yleistynyt muoto kulkee rajoittunutta enemmän suvuittain, ja siihen liittyy myös suurempi taipumus sairastua alkoholismiin ja epätyypilliseen masennukseen (Mannuzza ym. 1995).

Sosiaalisten tilanteiden pelon tehokkaaksi hoidoksi on vakiintumassa lääkitys yhdistettynä psykoterapiaan. Ennen hoidon aloittamista on huolellinen diagnostinen arviointi tärkeää sekä erotusdiagnostiikan että etenkin sosiaalisten tilanteiden pelkoon liittyvän runsaan komorbiditeetin vuoksi. Kolmella neljäsosalla sosiaalisten tilantei-

T a u l u k k o 2. Estyneen persoonallisuuden F60.6 kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan (WHO 1993). Suomentos artikkelin kirjoittajan.

-
- A. Potilas täyttää persoonallisuushäiriön (F60) yleiset kriteerit.
- B. Potilaalla todetaan vähintään neljä seuraavista:
- 1) Jatkuva ja läpitunkeva jännittyneisyyden ja varuillaan olon tunne.
 - 2) Usko omaan sosiaaliseen kömpelyyteen, epämiellyttävyyteen tai alemmuuteen muihin verrattuna.
 - 3) Liiallinen sosiaalisissa tilanteissa arvostelun kohteeksi joutumisen tai torjutuksi tulemisen pohtiminen.
 - 4) Haluttomuus kanssakäymiseen sellaisten ihmisten kanssa, joiden potilas ei varmasti tiedä pitävän hänestä.
 - 5) Fyysisen turvallisuuden tarve rajoittaa elämäntapaa.
 - 6) Sellaisten sosiaalisten tai työhön liittyvien toimintojen välttäminen, joihin liittyy merkittävää kanssakäymistä, koska potilas pelkää joutuvansa arvostelun, paheksunnan tai torjunnan kohteeksi.
-

den pelkoa sairastavista todetaan vähintään yksi muu samanaikainen hoitoa vaativa psykiatrinen häiriö. Tavallisimpia ovat määritetty yksittäinen pelko, julkisten paikkojen pelko, alkoholismi ja masennustila. Todennäköinen lisäsairaus tulee aina ottaa huomioon sosiaalisten tilanteiden pelon lääkehoitoa ja psykoterapiaa suunniteltaessa.

Aikuisilla erotusdiagnoositiikan kannalta tärkein häiriö on julkisten paikkojen pelko, joka kehittyy tavallisimmin paniikkihäiriön mutta joskus myös sosiaalisten tilanteiden pelon seurauksena. Paniikkihäiriön pohjalta syntyneelle julkisten paikkojen pelolle on tyypillistä, että potilas hakee tukea läheisiltään ja poistuu kotoaan mieluiten jonkun saattamana, kun taas vaikeasta sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivä liikkuu ulkona mieluiten yksinään. Ruumiillisista ahdistusoireista punastuminen on tyypillinen sosiaalisten tilanteiden pelolle, kun taas raajojen heikotus ja hengenahdistus ovat tavallisempia julkisten paikkojen pelossa. Erotusdiagnoositiikka sosiaalisten tilanteiden pelon ja estyneen persoonallisuuden välillä ei ole hoidon kannalta välttämätöntä – estynyttä persoonallisuutta voidaan hoitaa kuten sosiaalisten tilanteiden pelon vaikeaa yleistynyttä muotoa. So-

siaalisten tilanteiden pelon yleistyneen ja rajoituneen muodon hoitokäytännöt poikkeavat hie-
man toisistaan, ja ennen hoidon aloittamista ala-
tyyppi on syytä tarkentaa.

Sosiaalisten tilanteiden pelossa potilaiden sairaudentunne on usein heikko tai puuttuu kokonaan, ahdistuneisuus kohdistuu myös hoitotilanteisiin, ja vaste sekä lääkehoitoon että psykoterapiaan tulee esiin hyvin hitaasti, kuukausien tai jopa vuosien kuluessa. Tämän takia potilaan motivoiminen ja selkeän hoitosopimuksen tekeminen on keskeistä hoitoa aloitettaessa.

Lääkehoito

Tätä katsausta kirjoitettaessa ei sosiaalisten tilanteiden pelko ole vielä yhdenkään lääkkeen virallinen käyttöaihe Suomessa, mutta tilanne muuttunee lähitulevaisuudessa. Tehokkaimmiksi lääkkeiksi aikuisten sosiaalisten tilanteiden pelon yleistyneessä muodossa ovat osoittautuneet monoamiinioksidaasin estäjät (MAO:n estäjät), joista Suomessa on ainoana valmisteena markkinoilla moklobemidi. MAO:n estäjien tehon sosiaalisten tilanteiden pelossa uskotaan yleisesti perustuvan sairauteen liittyvän aivojen heikentyneen dopaminergisen toiminnan tehostumiseen (Tiihonen ym. 1997). Tätä taustaa vasten on yllättävää, että ensisijaisesti noradrenaliinin ja serotoniinin pitoisuuksia suurentava selektiivinen ja reversiibeli MAO-A-entsyymiin estäjä moklobemidi on osoittautunut sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa lähes yhtä tehokkaaksi kuin voimakkaamman dopaminergisen vaikutuksen omaavat epäselektiiviset MAO:n estäjät kuten fenelstiini (Versiani ym. 1992). Arviolta 50–80 % sosiaalisten tilanteiden pelkoa potevista hyötyy moklobemidista kliinisesti merkittävässä määrin (Versiani ym. 1992 ja 1996, International Multicenter Clinical Trial Group 1997). Suurimmalla osalla potilaista oireet lievittyvät neljän kuukauden kuluessa lääkityksen aloittamisesta, mutta osalla potilaista lääkeaste tulee esille vasta vuoden kuluessa (Versiani ym. 1996). Hitaan vasteen arvioinnissa on apua oireiden voimakkuutta mittavista strukturoiduista asteikoista, joista käytetyin on aikuisille tarkoitettu, erikseen pelkoa ja välttämiskäyttäytymistä mittaava Liebowitz Social

T a u l u k k o 3. Liebowitzin asteikko sosiaalisten tilanteiden pelolle (Liebowitz Social Anxiety Scale, Liebowitz 1987).
Suomennos artikkelin kirjoittajan, suomennos ja julkaisu professori Liebowitzin luvalla.

Pelko tai ahdistuneisuus: 0 = ei lainkaan, 1 = lievä, 2 = kohtalainen, 3 = vaikea
Välttämiskäyttäytyminen: 0 = ei koskaan (0 %), 1 = satunnaisesti (1–33 %), 2 = usein (33–67 %), 3 = tavallisesti (67–100 %)
E = esiintymistilanne, S = sosiaalinen tilanne

	Pelko tai ahdistuneisuus	Välttämiskäyt- täytyminen
1. Puhuminen puhelimessa muiden läsnäollessa (E)	_____	_____
2. Pienryhmätilanteisiin osallistuminen (E)	_____	_____
3. Syöminen yleisellä paikalla (E)	_____	_____
4. Juominen muiden seurassa yleisellä paikalla (E)	_____	_____
5. Puhuminen ylemmässä asemassa olevan kanssa (S)	_____	_____
6. Näytteleminen, esiintyminen tai puheen pitäminen yleisön edessä (E)	_____	_____
7. Juhlisiin osallistuminen (S)	_____	_____
8. Työskentely muiden tarkkaillessa (E)	_____	_____
9. Kirjoittaminen muiden tarkkaillessa (E)	_____	_____
10. Soittaminen jollekulle, jota ei tunne kovin hyvin (S)	_____	_____
11. Puhuminen ihmisten kanssa, joita ei tunne kovin hyvin (S)	_____	_____
12. Tuntemattomien tapaaminen (S)	_____	_____
13. Virtsautuminen yleisessä käymälässä (E)	_____	_____
14. Astuminen huoneeseen, jossa muut jo istuvat (E)	_____	_____
15. Huomion keskipesteinä oleminen (S)	_____	_____
16. Puheenvuoron käyttäminen kokouksessa (E)	_____	_____
17. Kokeeseen osallistuminen (E)	_____	_____
18. Eriävän mielipiteen ilmaiseminen henkilölle, jota ei tunne kovin hyvin (S)	_____	_____
19. Katsominen silmiin henkilöä, jota ei tunne kovin hyvin (S)	_____	_____
20. Selonteon antaminen ryhmälle (E)	_____	_____
21. Aloitteen tekeminen seksi- tai seurustelusuhteeseen (E)	_____	_____
22. Ostoksen palauttaminen kauppaan (S)	_____	_____
23. Juhlien järjestäminen (S)	_____	_____
24. Pällekäyvän myyjän vastustaminen (S)	_____	_____
Kokonaispistemäärä		
Esiintymistilanteiden (E) osapisteeet	_____	_____
Sosiaalisten tilanteiden (S) osapisteeet	_____	_____

Anxiety Scale, jonka suomennos on esitetty tau-
lukossa 3 (Liebowitz 1987).

Moklobemidilääkitys aloitetaan annoksella
150 mg x 2, ja annosta pyritään suurentamaan
vähitellen sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa
optimaaliseen määrään 600 mg/vrk, joka pitkä-
aikaisessa käytössä voidaan ottaa myös kerta-
annoksena. Moklobemidi sopii ensisijaislääkkeek-
si myös silloin, kun sosiaalisten tilanteiden pel-
koon tai estyneeseen persoonallisuuteen liittyy sa-
manaikainen määritetty yksittäinen pelko, masen-
nustila, pitkäaikainen masennus, paniikkihäiriö,
julkisten paikkojen pelko tai alkoholismi. Oirei-
den uusiutumisesta moklobemidilääkityksen lop-
ettamisen jälkeen on toistaiseksi käytettävissä

vain yksi tutkimus. Siinä oireet uusiutuivat
88 %:lla potilaista kolmen kuukauden kuluessa
kaksi vuotta kestäneen lääkityksen lopettamisesta
(Versiani ym. 1996). Moklobemidin tavallisim-
mat sivuvaikutukset sosiaalisten tilanteiden pel-
koa hoidettaessa ovat unettomuus, päänsärky, pa-
hoinvointi ja huimaus (International Multicenter
Clinical Trial Group 1997).

Sosiaalisten tilanteiden pelon rajoittuneessa
muodossa esiintyvä yleistynyttä muotoa enemmän
ruumiillisia ahdistusoireita kuten punastumista,
hikoilua, sydämentykytystä ja vapinaa. Rajoittu-
neeseen muotoon liittyneekin yleistynyttä muo-
toa vaikeampi noradrenergisen järjestelmän sää-
telyhäiriö. MAO:n estäjät tehoavat rajoittune-

seen muotoon yleistynyttä muotoa heikommin, ja esiintymispelon hoidossa moklobemidia huomattavasti halvemmat beetasalpaajat ovat osoittautuneet yhtä tehokkaiksi. Beetasalpaajista käytetyimpiä sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa ovat atenololi (50–100 mg/vrk) ja propranololi (20–40 mg/vrk). Beetasalpaajia käytettäessä on varottava ortostaattista hypotensiota, joka pahimmillaan saattaa johtaa pyörtymiseen esiintymistilanteessa. Jos vaste beetasalpaajaan on havaittavissa mutta riittämätön, voidaan kokeilla moklobemidin yhdistämistä beetasalpaajaan. Tuolloin on muistettava, että moklobemidi saattaa hieman voimistaa beetasalpaajan verenpainetta alentavaa vaikutusta. Vaikeaa punastumista on hoidettu menestyksekkäästi myös pienillä annoksilla klonidiinia.

MAO:n estäjien ohella myös selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (SSRI-lääkkeet) ja anksiolyytit ovat kontrolloiduissa tutkimuksissa lievittäneet aikuisilla sosiaalisten tilanteiden pelkoa, mutta niiden teho näyttää olevan jonkin verran MAO:n estäjiä heikompi (van Vliet ym. 1994, Katzelnick ym. 1995). SSRI-lääke on edullista valita ensisijaiseksi hoidettaessa potilaita, joilla sosiaalisten tilanteiden pelkoon tai estyneeseen persoonallisuuteen liittyy samanaikainen pakko-oireinen häiriö tai ahmimishäiriö. SSRI-lääkettä ei koskaan tule määrätä samanaikaisesti MAO:n estäjän kanssa, koska tällaisen yhdistelmän käyttöön liittyy pahimmillaan fataalin serotoniinisyndrooman vaara. SSRI-lääkkeiden tavallisimpia sivuvaikutuksia sosiaalisten tilanteiden pelkoa hoidettaessa ovat unettomuus, päänsärky, pahoinvointi ja ahdistuneisuus.

Bentsodiatsepiinit tehoavat nopeasti sosiaalisten tilanteiden pelon ahdistusoireisiin. Sairaus on kuitenkin luonteeltaan krooninen, ja tämän vuoksi bentsodiatsepiineja käytettäessä saattaa kehittyä riippuvuus. Bentsodiatsepiinien käyttöä harkittaessa on myös muistettava, että monet potilaat pyrkivät vähentämään jännitystä sosiaalisissa tilanteissa alkoholin avulla. Mikäli sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa tarvitaan moklobemidin tai beetasalpaajan ohella anksiolyyttia, suositeltavin vaihtoehto on buspironi. Buspironin yhdistäminen moklobemidiin on aloitettava varoen ja mielellään psykiatrian erikoislääkärin toimesta,

sillä vaikka yhdistelmä on käytännössä osoittautunut toimivaksi, se saattaa joskus harvoin aiheuttaa voimakkaan serotonergisen reaktion.

Myös lasten ja nuorten sosiaalisten tilanteiden pelon ja valikoivan puhumattomuuden lääkehoidosta on raportoitu saadun suotuisia tuloksia. Kontrolloituja tutkimuksia aiheesta on toistaiseksi kuitenkin niin vähän, ettei lasten ja nuorten sosiaalisten tilanteiden pelon lääkähoidosta voida vielä antaa selkeitä suosituksia. Eniten lasten sosiaalisten pelkojen ja valikoivan puhumattomuuden hoidossa on tutkittu SSRI-lääkkeitä, joiden etuna on suhteellisen hyvä siedettävyyttä. Lapsille ja nuorille tyypillisiä SSRI-lääkkeiden sivuvaikutuksia ovat unettomuus, vatsavaivat, motorinen levottomuus ja käyttäytymisen liiallinen estottomuus (DeVane ja Sallee 1996).

Psykotterapia

Tehokkaimmaksi psykoterapeuttiseksi hoitomuodoksi pelko-oireisissa häiriöissä on osoittautunut käyttäytymisterapia, jossa potilasta systemaattisesti altistetaan pelkoa aiheuttaville tilanteille sekä mielikuvatasolla että käytännössä. Esiintymispelon hoidossa potilas voi myös saada tehtäväkseen oireen tahallisen liioittelemisen, jolloin pelko itsehallinnan menettämisestä usein vähenee (Black ja Bruce 1989). Potilaan altistaminen terapiassa sosiaalisille tilanteille on kuitenkin hankalampaa ja arvaamattomampaa kuin esimerkiksi altistaminen suljetuille paikoille, ja toisaalta sosiaalisten tilanteiden pelko on selvästi enemmän negatiivisten kognitioiden välittämää kuin muut pelko-oireiset häiriöt. Tämän vuoksi sosiaalisten tilanteiden pelon käytetyimmiksi hoitomuodoksi ovatkin vakiintumassa erilaiset kognitiivis-behavioraaliset terapiat (Heimberg 1993). Niissä pyritään yhdessä potilaan kanssa analysoimaan ja muuttamaan sosiaaliin tilanteisiin liittyviä kognitiivisia vääristymiä (esim. ennustaminen: »en kuitenkaan keksi mitään sanottavaa», tai kaikki tai ei mitään -ajattelu: »en osaa koskaan sanoa oikeita asioita»), vähentämään mm. rentoutusharjoituksin ahdistuksen fysiologisia ilmentymiä ja totuttamaan potilas sosiaaliin tilanteisiin sekä mielikuvissa tapahtuvien in vivo -altistuksien. Kognitiivis-behavioraalinen viitekehys soveltuu

hyvin myös ryhmäterapiaan, ja ryhmässä voidaan myös rooliharjoitusten avulla kehittää estyneessä persoonallisuudessa joskus puutteelliseksi jääneitä sosiaalisia taitoja.

Freud otaksui sosiaalisten tilanteiden pelon taustalla olevan ratkaisemattomia oidipaalisien tilanteiden ristiriitoja ja tähän liittyvää kastraatioahdistusta. Kiellettyjen seksuaalisten tai aggressiivisten ajatusten pääsy tietoisuuteen estetään kolmen signaaliahdistuksen laukaiseman puolustusmekanismin, siirtymän, projektion ja välttämisen avulla. Sosiaalisten tilanteiden pelon ja estyneen persoonallisuuden oireiston taustalla on usein voimakas tiedostamaton halu saada osakseen muiden kiintymystä ja hyväksyntää, ja tätä halua potilaan toisiin ihmisiin projisoima ankara yliminä ei hyväksy.

Sosiaalisten tilanteiden pelkoa ja estynyttä persoonallisuutta on hoidettu menestyksekkäästi psykodynaamisella lyhytterapialla ja pitkäkestoisella psykodynaamisella terapialla (Gabbard 1994). Käytännössä sosiaalisten tilanteiden pelon ja estyneen persoonallisuuden tehokas psykodynaaminen psykoterapia on usein aktiivista ja eklektistä. Se sisältää potilaan negatiivisten kognitioiden tulkintaa ja potilaan kannustamista altistamaan itsensä sosiaalisille tilanteille (Gabbard 1994). Tieteellinen näyttö psykodynaamisen terapian tehosta sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa ei ole yhtä selvä kuin kognitiivis-behavioraalisen terapian osalta. Toisaalta psykodynaamisen terapian esteeksi nousevat usein pitkäkestoisen terapian kalleus ja monilla sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivillä tavallinen sekundaarinen aleksityymia eli vaikeus ilmaista tunteita sekä taipumus psykosomaattiseen oireiluun (Fukunishi ym. 1997). Psykodynaamista terapiaa voidaan pitää aiheellisenä, mikäli potilaalla on kärsimystä aiheuttavan oireiston ohella introspektiivistä kykyä ja riittävä halu pyrkiä ymmärtämään omaa mielensisältöään psykodynaamisesta näkökulmasta.

Kognitiivis-behavioraalinen terapia on yhtä tehokas sosiaalisten tilanteiden pelon hoitomuoto kuin lääkitys, ja arviolta kolme neljäsosaa potilaista hyötyy terapiasta kliinisesti merkittävässä määrin. Psykoterapian etuna lääkehoitoon verrattuna on tulosten pysyvyys: terapian lopettami-

sen jälkeen relapseja ei juuri esiinny. Parhaat tulokset on sekä kognitiivis-behavioraalisella terapialla että analyyttisellä lyhytterapialla saatu esiintymispelon hoidossa. Vaikean yleistyneen sosiaalisten tilanteiden pelon ja estyneen persoonallisuuden hoidossa kannattaa harkita pidempää kognitiivista tai dynaamista terapiaa (Beck ym. 1990, Gabbard 1994). Lapsilla ja nuorilla on yksilö- tai ryhmäterapiaan usein hyödyllistä yhdistää perheterapia, ja lasten ja nuorten sosiaalista itseluottamusta voidaan tukea myös luovilla terapioilla, kuten musiikki-, kuvataide- ja ratsastusterapialla.

Kognitiivis-behavioraalinen terapia on käyttökelpoinen hoitomuoto myös silloin, kun sosiaalisten tilanteiden pelkoon liittyy samanaikainen masennustila, määritetty yksittäinen pelko tai alkoholismi. Kognitiivinen terapia kehitettiin alun perin juuri masennuksen hoitoon, ja viime aikoina sitä on käytetty menestyksekkäästi myös alkoholistien hoidossa. Käyttätymisterapeuttiset menetelmät puolestaan ovat tehokkaimmillaan hoidettaessa määritettyjä yksittäisiä pelkoja.

Hoidon toteuttaminen

Toistuvista ahdistuneisuusoireista huolimatta vain noin kolmasosa sosiaalisten tilanteiden pelkoa sairastavista kokee oireiden häiritsevän merkittävästi elämäänsä (Magee ym. 1996), joten pyrkimys saada kaikki diagnostiset kriteerit täyttävät potilaat motivoitua hoitoon ei ole realistinen. Lääkärin tulisi kuitenkin aktiivisesti ehdottaa sosiaalisten tilanteiden pelon tai estyneen persoonallisuuden hoitoa ainakin potilaille, joiden oireisto aiheuttaa merkittävää subjektiivista kärsimystä, vaarantaa opiskelua tai ammatillista kehitystä tai uhkaa aiheuttaa (tai on jo aiheuttanut) sekundaarisen psykiatrisen sairauden. Hoitoa aloitettaessa jotkut lääkehoidon hyväksyvät potilaat suhtautuvat psykoterapiaan kielteisesti, koska ennakoiva arvostelun ja itsensä nolaamisen pelko kohdistuu itse terapiatilanteeseen. Lääkärin on tällöin syytä palata psykoterapian mahdollisuuteen myöhemmin uudelleen oireiden hie-man lievittyttyä lääkityksellä.

Aikuisten sosiaalisten tilanteiden pelon ja estyneen persoonallisuuden hoito voidaan toteuttaa

perusterveydenhuollossa, esimerkiksi terveyskeskuslääkärin ja kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan perehtyneen terveyskeskuspsykologin yhteistyönä. Lasten ja nuorten sosiaalisten pelkojen ja puhumattomuuden erotusdiagnostiikka ja hoidon suunnittelu sopivat kuitenkin parhaiten lastenpsykiatrian tai nuorisopsykiatrian poliklinikkas-
sa tehtäväksi. Aikuisten hoito kannattaa lähes aina

toteuttaa avoterveydenhuollossa; ainoastaan vaikean sekundaarisen julkisten paikkojen pelon hoidossa saattaa olla hyödyllistä käyttää hoidon alussa avuksi päiväsaarialahoitoa. Lasta tai nuorta on toisinaan välttämätöntä hoitaa sairaalassa hänen jättäytyttyään kokonaan pois koulusta ja eristäytyttyään kotiinsa.

Kirjallisuutta

- Beck A T, Freeman A, ym. Cognitive therapy of personality disorders. New York: The Guilford Press, 1990.
- Black J L, Bruce B K. Behavior therapy: a clinical update. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40: 1152–8.
- DeVane C D, Sallee F R. Serotonin selective reuptake inhibitors in child and adolescent psychopharmacology: a review of published experience. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 55–66.
- Fukunishi I, Kikuchi M, Wogan J, Takubo M. Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Compr Psychiatry* 1997; 38: 166–70.
- Gabbard G O. Psychodynamic psychiatry in clinical practice: the DSM-IV edition. 2. painos. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994.
- Heimberg R G. Specific issues in the cognitive-behavioral treatment of social phobia. *J Clin Psychiatry* 1993; 54 [Suppl 12]: 36–45.
- International Multicenter Clinical Trial Group on Moclobemide in Social Phobia: Moclobemide in social phobia – a double-blind, placebo-controlled study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 247: 71–80.
- Kagan J, Reznick J S, Snidman N. Biological bases of childhood shyness. *Science* 1988; 240: 167–71.
- Katzelnick D J, Kobak K A, Greist J H, Jefferson J W, Mantle J M, Serlin R C. Sertraline for social phobia: a double-blind, placebo-controlled crossover study. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1368–71.
- Liebowitz M R. Social phobia. Kirjassa: T A Ban, Pichot P, Poldinger W, toim. Modern problems in pharmacopsychiatry. Baasel: Karger, 1987, s. 141–73.
- Magee J W, Eaton W E, Wittchen H-U, McGonagle K A, Kessler R C. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 159–68.
- Mannuzza S, Schneier F R, Chapman T F, Liebowitz M R, Klein D F, Fyer A J. Generalized social phobia – reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 230–7.
- Tiihonen J, Kuikka J, Bergström K, Lepola U, Koponen H, Leinonen E. Dopamine reuptake site densities in patients with social phobia. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 239–42.
- Wacker H R, Mullejtans R, Klein K H, Battagay R. Identification of cases of anxiety disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Meth Psychiatr Res* 1992; 2: 91–100.
- Versiani M, Nardi A E, Mundim F D, Alves A B, Liebowitz M R, Amrein R. Pharmacotherapy of social phobia: a controlled study with moclobemide and phenelzine. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 353–60.
- Versiani M, Nardi A E, Mundim F D, Pinto S, Saboya E, Kovacs R. The long-term treatment of social phobia with moclobemide. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11 Suppl 3: 83–88.
- WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
- van Vliet I M, den Boer J A, Westenberg H G. Psychopharmacological treatment of social phobia: a double blind placebo controlled study with fluvoxamine. *Psychopharmacology (Berl)* 1994; 115: 128–34.

TERO TAIMINEN, dosentti
Ilveksenkatu 3
20760 Piispanrasti

Aikakauskirjan pyytämä artikkeli
Jätetty toimitukselle 22.7.1997