

Klaus Ranta

Nuoren sosiaalisten tilanteiden pelon tunnistaminen, arviointi ja hoito

Sosiaalisten tilanteiden pelko (STP) kehittyy tavallisesti nuoruusiässä. Oireet haittaavat opiskelua ja ihmisuhteita: häiriö muokkaa tapaa olla vuorovaikutuksessa. Hoidollisessa arvioissa tärkeää on arvioida oireiden tuottamaa toimintahaittaa, erityisesti välttämiskäyttäytymisen laajuutta. STP:hen liittyvä samanaikaissairastavuus tulee tunnistaa ja määrittää ensisijainen hoidettava häiriö. STP:n tutkituimmat psykoterapeuttiset hoidot ovat kognitiivisen käyttäytymisterapian sovelluksia. Lievää STP:tä voidaan hoitaa esimerkiksi nettiterapialla tai ahdistukseen yleisemmin kohdistetulla terapialla, keskivaikean STP:n ensisijainen hoito on siihen fokusoitu lyhytterapia. Vaikean tai komplisoituneen STP:n hoito koostuu ydinoireisiin kohdistetusta, riittävän pitkäkestoisesta psykoterapiasta, jota tuetaan tarvittaessa lääkityksellä. Perheen osallistaminen etenkin varhaisnuorten hoitoon on tärkeää. Hoidon seurannassa on tärkeää arvioida toimintakyvyn muutosta. Lääkitystä voidaan käyttää häiriön vaikeiden muotojen hoidossa psykoterapiaan liitettynä tai jos psykoterapialla ei ole saavutettu vastetta.

Ahdistuneisuushäiriöt ovat väestössä yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä. Oireiden keskeinen piirre on yksilön kokema huoli tai pelko tiettyä asioita tai tilanteita kohtaan. Sosiaalisten tilanteiden pelko on ahdistuneisuushäiriöistä se, joka tyypillisesti ilmaantuu ensimmäistä kertaa nuoruusiässä (1). Häiriö on tuolloin yleinen, 3–4 % nuorista täyttää diagnoosikriteerit. Jos diagnoosiin vaadittua haitta-astetta lievennetään, jopa 8 %:lla esiintyy omakohtaisesti koettua ja merkittävää sosiaalista pelkoa (2). Yksi kymmenestä nuoresta on kärsinyt häiriöstä nuoruusiän loppuun mennessä. Vaikka oireiston vaikeus voi vaihdella, toipuminen hoidotta STP:stä on harvinaisempaa kuin muista ahdistuneisuushäiriöistä (3,4).

STP:n ydinoire on huomattava pelko joutua kielteisesti arvioiduksi (5). Nuori pelkää, että hänen suoriutumisenensa on riittämätöntä tai olemuksensa muiden silmissä naurettava. Hän pelkää nolostumista ja toisten kielteisiä reaktioita (6). Nuorilla on harvoin edellytyksiä objektiivisesti arvioida, että kyseessä on häiriö.

He pitävätkin usein pelkoaan merkinä omasta epäonnistumisestaan liittyä muiden seuraan.

STP on yksi keskeisimmistä nuoruusiän mielenterveyden häiriöistä. Sen tuottamat vakavimmat haitat seuraavat välttämiskäyttäytymisestä, joka aiheuttaa ihmisuhteiden luonnin ja opiskelun etenemisen esteitä, jopa putoamista opinnoista (7,8). Vaikka STP:tä esiintyy jo 1 %:lla alakouluikäisistä, nuorille häiriö alkaa aiheuttaa johdonmukaista ahdistavien tilanteiden välttämistä. Vaikutukset ystävyys- ja seurustelusuhteiden luomiseen sekä koulunkäyntiin ovat nuoruusiässä suurempia kuin lapsuudessa (9,10).

STP edeltää ajallisesti muiden samanaikaishäiriöiden esiintymistä, ja onkin mahdollista, että se muodostaa masennuksen ja päihdekäytön riskimekanismin. Sen on havaittu vaikeutuvan masennuksen hoitoa (11,12).

Häiriön tunnistaminen

Kliininen kuva. Jopa 80 % kliiniseen hoitoon tulleista STP:stä kärsivistä nuorista ahdistuu

TAULUKKO 1. Nuoren sosiaalisten tilanteiden pelon kliininen kuva: tavallisimmat pelätyt tilanteet ja niiden välttäminen (13).

Eniten ahdistusta herättävät tilanteet (% nuorista välttää tilannetta)
90–100 % ahdistuu:
Julkinen puhuminen, esitelmien pitäminen (65 %)
Sosiaaliset vapaa-ajanviettotilanteet (kutsut, aktiviteetit) (65 %)
80–90 % ahdistuu:
Keskustelun aloittaminen tai siihen liittyminen toisten nuorten kanssa (70 %)
Kysymysten esittäminen tai avun pyytäminen luokassa (70 %)
Musiikki- tai urheilusuoritukset (50 %)
Puhuminen aikuisille (70 %)
Puhuminen tai esittäytyminen uusille ihmisille (65 %)
Toisten nuorten kutsuminen kylään tai ulos (60 %)
70–80 % ahdistuu:
Kieltäytyminen kohtuuttomasta pyynnöstä (50 %)
Kokeet (22 %)
Taululle kirjoittaminen (50 %)
Liikuntatunnit (30 %)
Kouluyhteisössä, julkisissa tiloissa oleskelu (40 %)
Toisen pyytäminen muuttamaan käyttäytymistään (55 %)
Vastaaminen luokassa (60 %)
Ryhmätöiden tekeminen (41 %)
Julkisen tai koulun käymälän käyttäminen (20 %)
Järjestetyt aktiviteetit vapaa-ajalla (40 %)
Soittaminen tai puhelimeen vastaaminen (35 %)
Valokuvattavana oleminen (20 %)
60–70 % ahdistuu:
Toisten edessä ruokaileminen (25 %)
50–60 % ahdistuu:
Treffille meneminen (30 %)

laaja-alaisesti useissa sosiaalisissa vuorovaikutus- ja suorittamistilanteissa (**TAULUKKO 1**). Keskimäärin kaksi kolmesta heistä välttää systemaattisesti näitä tilanteita (13).

STP:n oireet keskittyvät joskus kapea-alaisesti lähinnä esiintymis- ja puhumistilanteisiin. Useimmin oireet kuitenkin ilmenevät monissa vuorovaikutustilanteissa (1,6). Laajassa väestötutkimuksessa havaittiin, että STP:n yleistynyttä muotoa esiintyi 56 %:lla kaikista diagnoosin saaneista nuorista, ja 43 %:lla oireet ilmenivät 2–6 tilanteessa (14). Vain alle 1 %:lla pelko rajoittui esiintymistilanteisiin. Arvio esiintymispelon yleisyydestä on aiempaa pienempi (15).

Esiintymispelkoa osana häiriön kuvaa esiintyy kuitenkin laajemmin myös väestössä.

Nuoren STP:n tunnistamisessa ja jatkoarvioinnissa tulee kartoittaa sekä pelkojen laajuutta että vakavuutta. Hoidon kannalta on keskeistä saada kuva siitä, missä toiminnoissa sosiaaliset pelot haittaavat nuoren toimintaa.

Välttämis- ja turvakäyttäytyminen. Kuten kaikkien ahdistuneisuushäiriöiden, STP:nkin oireistoa ylläpitävä ydintekijä on välttämis-käyttäytyminen (5). Kyseessä ei ole tilapäinen välttely, vaan järjestelmällinen välttäminen. Nuoret jäävät pois ahdistavista tilanteista tai sosiaalisesta vuorovaikutuksesta. Nuori välttää eri tyyppisiä tutustumistilanteita, vuorovaikutusta uusien ihmisten kanssa tai jättäytyy poikkeuksesta koulun esitelmätilanteista.

Tilanteiden välttäminen johtaa hetkellisesti ahdistuksen vähenemiseen mutta vahvistaa nuoren uskomusta, että hän ei olisi selviytynyt-kään tilanteessa. Näin välttämiskäyttäytyminen heikentää selviytyvyyden kokemusta (16). Sosiaalisen arvioinnin pelko ei yleensä ilmene perheenjäsenien kesken (6). Se haittaa kuitenkin uusien ystävyys-suhteiden luomista, vaikka nuori voi pitää yllä harvoja ”luottoystävyyssuhteitaan”.

STP:stä kärsivä nuori turvautuu pelkäämiseen tilanteissa usein turvakäyttäytymiseen, joka on välttämistä itse tilanteiden yhteydessä. Turvakäyttäytyminen koostuu käyttäytymistavoista, joiden avulla nuori kykenee olemaan tilanteissa niistä poistumatta, suojautumaan ennakoimiltaan sosiaalisilta vaikeuksilta. Turvakäyttäytymistä on esimerkiksi se, että nuori puhuu hiljaa, koska pelkää äänensä sortuvan, puhuu harjoiteltuja fraaseja tai piiloutuu hius-tensa taakse ennakoidessaan muiden näkevän punastumisensa (**TAULUKKO 2**) (3,17).

Turvakäyttäytyminen estää nuorta saamasta selville, olisiko hänen tilanteessa pelkäämänsä kielteinen asia todella tapahtunut ilman turvakäyttäytymistä. Siksi se ylläpitää haitallisia uskomuksia sosiaalisten katastrofien todennäköisyydestä. Ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa keskeistä on altistaminen, joka kohdistuu sekä välttämis- että turvakäyttäytymisen poistamiseen, STP:n yhteydessä se siis tarkoittaa menemistä sosiaalisiin tilanteisiin (16,18,19).

TAULUKKO 2. Nuoren sosiaalisten tilanteiden pelon kliininen kuva: esimerkkejä tyypillisistä peloista sekä välttämis- ja turvakäyttötymisestä.

Tilanne	Tilanteessa esiintyvä pelko	Välttämiskäyttäytyminen	Turvakäyttäytyminen tilanteessa
Julkinen puhuminen, esitelmät	Ääni sortuu. Teen virheen. Hikoiluni näkyy.	Jään koulusta esitelmäpäivänä.	Lyhennän esitelmää. Opettelen sanat ulkoa. En katso paperista ylös.
Välitunti	Toiset naureskelevat minulle.	Vältän muiden seuraa. Olen vain turvaystäväni kanssa.	Vastailen lyhyesti. En tee aloitteita.
Koulun yhteisissä tiloissa oleskelu	Joku tulee puhumaan. En osaa vastata.	Oleskelen vain luokassa. Menen välillä kotiin.	Piiloudun hiusten taakse. Pidän kuulokkeita, olen varattu.
Sosiaaliset tilanteet vapaa-ajalla	Olen tylsä. Muut eivät pidä minusta.	En osallistu rientoihin. Jään pois, vaikka sain kutsun.	Katson maahan. En ota katsekontaktia. Opettelen sanottavan ulkoa.
Luokassa vastaaminen	Äänestäni kuulee jännityksen. Vastaan väärin. Teen virheen.	En viittaa.	Olen huomaamaton. Puhun hiljaa.
Kouluruokailu	Syömistäni nauretaan. Vitsailen typerästi, en osaa keskustella.	Jätän menemättä ruokalaan.	Menen yksin syrjäiseen pöytään.
Liikuntatunti	Epäonnistun suorituksessa. Olemukselleni nauretaan.	Jään pois liikuntatunnilta.	Olen huomaamaton. Suoritan huonosti, en joudu malliksi.
Meneminen illanviettoon	Kaikille selviää, kuinka kokema-ton olen.	En mene kutsuille.	Menen luottokaverin kanssa. Puhun vain hänelle.

STP:stä kärsivän nuoren ajattelussa ilmenee tyypillisiä vinoumia ennen sosiaalisia tilanteita, itse tilanteissa sekä ”jälkipelinä” niiden jälkeen (3,5,16,17). Tunnusomaista on ajatusten lukeminen – nuori olettaa tietävänsä muiden häneen kohdistamat väheksyvät ajatukset (20). Yleistä on myös katastrofointi – nuori olettaa esimerkiksi punastumisen näkymisen aiheuttavan hänelle pitkäkestoisia seurauksia. Taustalla vaikuttaa kielteisiä ja ehdottomia itseä koskevia ydinuskomuksia: ”olen viallinen” tai ”olen häviöjä” (16).

STP:stä kärsivien nuorten ajatteluprosessia kuvaa taipumus tulkintavinoumaan: he tulkitsevat monitulkinnalliset tai neutraalit sosiaaliset vihjeet, esimerkiksi kasvojen ilmeet itsensä kannalta kielteisiksi. Edelleen heillä esiintyy todennäköisyysvinoumaa, taipumusta arvioida muiden ihmisten kriittinen asennoituminen suhteessa omaan suoriutumiseen todennäköisemmäksi kuin se on. Haittavinouma (social cost bias) tarkoittaa, että he arvioivat mahdol-

lisen sosiaalisen epäonnistumisen haitan itselleen suuremmaksi kuin toiset nuoret sen arvioisivat (16).

Sosiaalisissa tilanteissa STP:stä kärsivällä nuorilla on taipumus kohdistaa huomionsa itseensä. Huomion kohdistamiseen ja turvakäyttämiseen liittyvät prosessit ylläpitävät kielteisiä uskomuksia ja STP:n oireita (3,17,19).

Diagnostinen ja kliininen arviointi

Diagnostiikka. **TAULUKOSSA 3** esitetään Suomessa käytettävät ICD-10-luokituksen STP:n kriteerit (21). Ne painottavat pelkoa huomion kohteeksi joutumisesta tai oman käytöksen johtamisesta nolostumiseen. Yhdysvaltalaiset DSM-5-häiriökriteerit ovat pääpiirteitään samat mutta täsmentävät oireistoa, kehityksellisiä piirteitä ja häiriöksi määritettävältä oireilulta edellytettäviä haittakriteerejä tarkemmin (6).

Nuorten diagnosoinnissa, sitä enemmän, mitä nuoremmasta henkilöstä on kyse, yhdiste-

TAULUKKO 3. Sosiaalisten tilanteiden pelon (F40.1) ICD-10-kriteerit.

A. Jompikumppi seuraavista:

- (1) Huomattava pelko huomion kohteeksi joutumisesta tai pelko siitä, että oma käyttäytyminen johtaisi nöyryytykseen tai nolostumiseen.
- (2) Huomattava pyrkimys välttää tilanteita, joissa joutua huomion kohteeksi, tai sellaisia tilanteita, joissa esiintyy pelko siitä, että oma käyttäytyminen johtaisi nöyryytykseen tai nolostumiseen.

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 (julkisten paikkojen pelko) kriteerissä B lueteltua ahdistusoiretta¹ on ilmennyt pelkoa aiheuttavassa tilanteessa ja lisäksi todetaan jokin seuraavista oireista:

- (1) punastuminen tai vapina
- (2) oksentamisen pelko
- (3) virtsaamisen tai ulostamisen pelko tai tihtynyt tarve.

C. Ahdistuneisuus- tai välttämisoireet aiheuttavat huomattavaa tuskaisuutta.

D. Henkilö tunnistaa, että oireet ovat tilanteisiin nähden kohtuuttomia tai epätarkoituksenmukaisia.

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

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

¹sydämentykytys, hikoilu, vapina, suun kuivuminen, hengitysvaikeudet, tukehtumisen tunne, rintakipu, pahoinvointi, pyörryttävä tai sekava olo, derealisaatio tai depersonalisaatio, itsehallinnan menettämisen pelko, kuolemanpelko, kuumat aallot tai vilunväristykset, ihon pistely

tään tietoa useista tietolähteistä eri menetelmin (18,22). Varhaisnuoret eivät aina kykene laajasti arvioimaan omaa tilannettaan. Sosiaalisen hyväksynnän hakeminen saattaa vaikeuttaa oireista raportoimista: nuori voi hävetä oireitaan. Myös STP:n oireet kuten vähäpuheisuus voivat vaikeuttaa raportointia. Peruseriaate on osata epäillä häiriötä ja selvittää sitä aktiivisesti. Seuraavilla kliinisillä toimenpiteillä voidaan auttaa diagnostista arviointia.

Itsearviointimittareita voidaan käyttää arvioinnin pohjana (TAULUKKO 4) (21,23–31). Ne auttavat oireiden nopeassa, kattavassa seulonassa. Pelkojen raportointi niiden avulla voi

myös olla helpompaa kuin verbaalisesti. Suomalaisnuorilla validoitu SPIN-mittari (Social Phobia Inventory) on saatavissa Nuorten mielenterveystalosta (www.mielenterveystalo.fi) (23,24). Sillä voidaan sekä seuloa STP:tä että arvioida sen vakavuutta. Nuoren kokonaispistemäärä 24 tai enemmän viittaa häiriöön ja lisäselvitystarpeeseen. Positiivisen testin herkkyys on 81 % – kaikista häiriötapauksista näin suuri osuus löydetään tällä katkaisupistemäärällä. Tarkkuus on 85 %: terveistä 85 % jää alle katkaisupistemäärän (25).

Kliininen haastattelu. STP:n diagnostisen arvioinnin tärkein osa on nuoren anamneesi. Tavallisesti tarvitaan tietoa myös vanhemmilta. Joskus opettajalta pyydetty tieto voi olla tärkeä haitan arvioimiseksi. Joidenkin varhaisnuorten on vaikeaa arvioida oireidensa vaikeutta, ja he raportoivat vähemmän oireita kuin heillä on. Sosiaalinen ahdistus näyttäytyy usein observoimalla arviointitilanteessa. Turvakäyttäytymisen kuten hiljaisuus, vähäpuheisuus ja muualle katsominen saattaa viestiä häiriöstä.

Arvioinnin validiteetin kannalta optimaalista olisi yhdistää tieto arviointimittareista, haastattelusta ja havainnoida nuorta sekä saada esiin tietoa oireista myös vanhemmilta ja opettajilta (22). Perustasolla arviointiin tulisi sisällyttää vähintään diagnoosikriteerien läpikäyminen, vakavuuden arviointi, ensisijaisen häiriön määrittäminen, perustason hoidollisuusarvio sekä hoidon vasta-aiheisuuden arviointi (TAULUKKO 4).

Ei ole tavatonta, että STP paljastuu esimerkiksi masennuksen takaa, jolloin on hyvä arvioida, kumpi häiriöistä haittaa toimintaa ajankohtaisesti enemmän. Erikoissairaanhoidossa voidaan käyttää laaja-alaisia diagnostisia haastatteluja, jolloin hoitoa voidaan kohdistaa kompleksisissa tapauksissa.

Tilanneanalyysit osana kliinistä haastattelua ovat perustasollakin hyödyllisiä oikean diagnoosin tekemisessä (16). Tilanneanalyysissa selvitetään tarkasti, hetki hetkeltä kerrallaan läpikäyden viimeaikaiset tilanteet, joissa vahvaa ahdistusta on ilmennyt (TAULUKKO 5). Varhaisnuoret eivät joskus tunnista tilanteissa ajatuksiaan, ainoastaan kehon ahdistusoireet. Ajatusten raportointia voidaan pyrkiä auttamaan pyytämällä nuorta kuvaamaan, mitä hä-

TAULUKKO 4. Sosiaalisten tilanteiden pelon (STP) arviointi palvelujärjestelmän eri tasoilla (21,23–31).

	Perustaso	Erikoissairaanhoido
Arvioinnin tavoitteet	Tunnistaa STP Arvioida ensisijainen häiriö Arvioida oireiston hoidettavuus perustasolla	STP:n kokonaisvaltainen arviointi Liitännäistekijöiden arviointi Yhdistettyjen hoitotoimenpiteiden arviointi
Toimenpiteet	1. ICD-10-kriteerien läpikäyminen 2. STP:n vakavuuden arviointi 3. Ensisijaisen häiriön määritys 4. Perustason hoidollisuusarvio 5. Hoidon vasta-aiheiden arviointi	1. Kattava psykiatrinen diagnostiikka 2. Liitännäishoidon tarvearvio 3. Ympäristökäyttäjien ja tuen tarpeen arviointi 4. STP:n yksilöllinen arviointi
Menetelmiä	Seulonta itsearviointimittarein: Ahdistusta kartoittavat: SCAS (24,26), SCARED (24,27) STP:hen kohdistetut mittarit: SPIN (23–25), Mini-SPIN (28–30) Diagnostiikka: ICD-10-kriteerit (21) Hoidon vasta-aiheiden arviointi: Haastatellemalla suljetaan pois – ajankohtaista haittaa enemmän aiheuttava, muu häiriö – akuutti itsetuhoisuus – lastensuojelutarve	Diagnostiikka: strukturoitu haastattelu Oiremittarit Vastemittarit Välttämiskäyttäjymisen arvio Turvakäyttäjymisen arvio Haitan arviointi, esim. CALIS (31)

nen ”ajatuskuplassaan” olisi lukenut tilanteessa, jos hänestä olisi piirretty sarjakuva.

Toiminnallisen haitan ja kärsimyksen arviointi. Keskeistä häiriön ja ei-häiriön erottamisessa (sekä häiriön vakavuuden arvioinnissa) on oireiden aiheuttaman toiminnallisen haitan ja kärsimyksen arviointi. DSM-5 kuvaa ICD-10:tä selkeämmin STP:n rajakriteerit ja on hyvä ohjenuora siihen, milloin sitä tulee hoitaa: ahdistuksen tai välttämiskäyttäjymisen tulee aiheuttaa kliinisesti merkittävää kärsimystä, tai haittaa toimimisessa sosiaalisella, ammatillisella tai muulla tärkeällä elämänalueella (6).

ICD-10:n mukaan ”ahdistuneisuus- tai välttämisoireet aiheuttavat huomattavaa tuskaisuutta ja yksilö tunnistaa, että oireet ovat tilanteisiin nähden kohtuuttomia tai epätarkoituksenmukaisia” (21). On huomattava, että puuttuvan kokemuksensa takia moni nuori ei kykene arvioimaan oireidensa kohtuuttomuutta tai epätarkoituksenmukaisuutta. Myös Mielensterveystalosta löytyvä CALIS-lomake voi auttaa toimintahaitan kartoittamisessa (31).

Erotusdiagnostiikka. Komorbiditeetti eli samanaikaissairastavuus on mielensterveyden häiriöistä kärsivillä nuorilla pikemminkin sääntö kuin poikkeus. Väestöaineistoissa STP:stä kärsivistä nuorista yli puolella on myös muu

häiriö, yleisimmin toinen ahdistuneisuushäiriö (20–50 %), masennus (20–40 %) taikka käytös- tai päihdehäiriö (10–20 %) (2,14,32). Luvut vaihtelevat otosten menetelmien ja ikäjakauman takia. Samanaikaishäiriöistä masentuneisuus ja päihdehäiriöt lisääntyvät tultaessa

TAULUKKO 5. Tilanneanalyysi.

Yleisohje
Kysy tukalaa oloa aiheuttanut viimeaikainen tilanne ja kartoita sen etenemistä hetki hetkeltä. Kysy esimerkiksi kokemuksista ennen tilannetta, juuri sen alkaessa, sen kuluessa ja sen jälkeen.
Oireita tarkentavat kysymykset
1. Mitkä olivat ajatuksesi tuolloin? Mitä mielessäsi oli juuri silloin? Ajattele kuin olisit henkilö sarjakuvasa – ja kuvaa mitä ajatuskuplasi sisältö oli.; Olitko jostakin asiasta tai tapahtumasta huolissasi?; Mitä ajattelit, että olisi voinut tapahtua seuraavaksi?; Mikä olisi ollut pahinta, mitä olisi voinut tapahtua?
2. Mitä kehon tuntemuksia sinulla oli tuolloin? Huomasitko kehossasi tuntevan jotain, mikä liittyi tukalaan oloon?; Tunsitko jotain erityistä, esimerkiksi sydämen sykkeeseen tai hengitykseen liittyvää?; Tunsitko esimerkiksi kylmää tai kuumaa jossakin kohtaa tai erityistä lihasjännitystä?; Havaitsitko joitain tunteuksia, esimerkiksi rinnassasi, vatsassasi, raajoissasi tai pääsi alueella?
3. Mitä teit tuolloin? Miten toimit tuossa tilanteessa?; Mitä teit?; Mitä teit selvittääksesi tilanteesta?

TAULUKKO 6. Sosiaalisten tilanteiden pelon ja paniikkihäiriön erotusdiagnoositiikka nuorten osalta.

Piirre	Sosiaalisten tilanteiden pelko	Paniikkihäiriö
Paniikkikohtauksia esiintyy	Sosiaalisissa tilanteissa	Erityyppisissä tilanteissa
Ahdistuksen käynnistyminen	Ennakoitaessa sosiaalisia tilanteita sekä niiden kuluessa ja jälkeen	Erilaisissa tilanteissa: laukaisija usein kehollinen
Autonomisen hermoston aktivoituminen	Tärinä, sydämen tykytys, hikoilu, pyöräyttäminen	Tärinä, sydämen tykytys, hikoilu, pyöräyttäminen Hyperventiloinnin yhteydessä lisäksi: pistely, näön hämärtyminen, rinnan puristuksen tai ahtauden tunne, huimaus
Esimerkkejä välittömistä ajatuksista	Muut huomaavat, että olen säällittävä! Ne huomaavat, että vapisen. Ne pitävät minua luuserina.	Happi loppuu ja tukehdun. Menetän kontrollin, ja jotain kauheaa tapahtuu. Tulen hulluksi. Sydämeni ei kestä hakkaamista. Saan sydänkohtauksen ja sydän pysähtyy.
Välttämiskäyttäytyminen	Kohdistuu sosiaalisiin tai esiintymistilanteisiin	Kohdistuu paikkoihin, joista ei pääse pois, myös paikkoihin, joissa paniikkikohtauksia on esiintynyt
Turvakäyttäytyminen	Pyrkii estämään sosiaalisen epäonnistumisen, esimerkiksi – katsekontaktin välttäminen – sanottavien asioiden ulkoa opettelu – hiljaa tai nopeasti puhuminen	Pyrkii estämään fyysinen tai psyykkisen romahduksen, esimerkiksi – turvahenkilön mukana pitäminen – lääkityksen, vesipullon, turvaesineen mukana pito – varmisteleva kysely

myöhäisnuoruuteen, mutta ne ovat varhais- ja keskinuoruudessa vähäisempiä (33). Kliiniseen hoitoon päätyneiden joukossa komorbiditeetti on vähintään yhtä yleistä.

STP:n yhteydessä voi esiintyä paniikkikohtauksia, mutta ne kytkeytyvät sosiaalisiin tilanteisiin. **TAULUKOSSA 6** kuvataan STP:n ja paniikkihäiriön erotusdiagnoositiikka. Autismikirjon häiriöissä esiintyy melko tavallisesti ahdistuneisuushäiriöitä, joista tavallisin on STP (34).

Ensisijaisen häiriön määrittely. Samanaikassairastuvuuden yleisyyden takia on tärkeää, että klinikolla on kyky tunnistaa nuoren hoidollisesti ensisijainen, hoidettava häiriö. Hoidon kannalta ensisijainen on häiriö, joka aiheuttaa ajankohtaisesti eniten kärsimystä tai haittavaikutuksia nuoren elämään. Keskinäinen painoarvo on tärkeää arvioida erityisesti, kun nuorella esiintyy masennusta ja STP:tä. Tavallisesti potilaan tuo hoitoon ensisijainen häiriö, johon hoitokin kohdistetaan, aina näin ei kuitenkaan ole (35,36).

Hoito

Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden ensisijaiset hoidot ovat psykososiaalisia (37). Nuorten

STP:hen on kehitetty häiriökohtaisia hoitoja, koska sen etiologiassa ja oireita ylläpitävissä mekanismeissa on juuri sille omaleimaisia tekijöitä. Myös havainnot STP:n pysyvyydestä ja muita ahdistuneisuushäiriöitä heikommista hoitotuloksista tukivat spesifisten hoitojen kehittämistä (18).

Lievää STP:tä voidaan hoitaa myös ahdistuneisuushäiriöiden yleisten kognitiivis-behavioraalisten hoitoperiaatteiden mukaisesti. Kognitiivis-behavioraaliset psykoterapiat ovat kaikkien STP:iden ensisijaisia hoitoja (37,38). Hoidon porrastus nojaa sosiaali- ja terveystieteiden kiirettömän erikoissairaanhoidon kriteereihin ja Ahdistuneisuushäiriöiden Käypä hoito -suositukseen (**TAULUKKO 7**) (37,39).

Alle diagnoosirajan jäävät oireet. STP:n subkliinisisistä oireista kärsii jopa 10–20 % nuorista. Heillä esiintyy ajoittaista sosiaalista ahdistusta, joka ei ajankohtaisesti haittaa toimintaa. Kohtaamisen välineitä ovat normalisoiva psykoedukaatio ja neuvonta. On tärkeää tiedottaa välttämiskäyttäytymisen kokonaisuudesta ylläpitävästä merkityksestä, oireiden ymmärrettävyydestä ja normaaliudesta sekä kertoa tavoista, joilla nuori voi testata rajojaan ahdistavissa tilanteissa.

TAULUKKO 7. Nuorten sosiaalisten tilanteiden pelon (STP) hoidon porrastus, toimijat ja hoitomenetelmät (24,40,44). Yksityissektorin palveluntuottajat täydentävät palveluvalikkoa tarjoamalla Kelan kuntoutuspsykoterapiaa tai ostopalvelopsykoterapiaa yhteistyössä julkisen sektorin kanssa.

Toimija	Tehtävä	Toimija ja hoitomenetelmät
Perustaso	Ahdistuksen ehkäisy	Koulut, kolmas sektori: Neuvonta, psykoedukaatio Nuoren itseapu (Chillaa-sovellus) (24) Vanhempien itseapu (Ahdistuksen kesyttäminen) (24) Koulun universaali-ohjelmat (mm. FRIENDS) (44)
	Lievän STP:n hoito	Perustason mielenterveysyksiköt: STP:hen fokuoitu kognitiivinen nettiterapia Ahdistuneisuushäiriön kognitiivis-behavioraalinen lyhythoito (mm. Cool Kids) (40) Koulutetun työntekijän toteuttama fokuoitu STP:n lyhytpsykoterapia Psyko-terapeutin toteuttama fokuoitu STP:n lyhytpsykoterapia ostopalveluna
	Keskivaikean STP:n hoito	Perustason mielenterveysyksiköt: Koulutetun työntekijän antama STP:hen fokuoitu psyko-terapeuttinen interventio Psyko-terapeutin toteuttama fokuoitu STP:n psykoterapia ostopalveluna
Erikoissairaanhoido	Vaikean STP:n hoito	Erikoissairaanhoidon yksiköt: STP:hen fokuoitu yksilöllinen psykoterapia STP:n hoito-ohjelmat Psyko-terapian, lääkityksen, verkostotyön yhdistäminen Pitkän psykoterapian oma tuotanto Psyko-terapian hankinta ostopalveluna kompleksisissa tapauksissa

HUS:n Nuorten Mielenterveystalosta laadattavissa oleva Chillaa-sovellus tarjoaa apua stressin ja jännityksen lieventämisessä sekä itsevarmuuden kehittämisessä (24). Vanhemmilte suunnatusta Ahdistuksen kesyttäminen -itseapuhjelmasta voi saada tukea varhaisnuorten kanssa toimimiseen.

Lievä STP. Kun oireet ylittävät diagnoosikynnyksen, pyritään aktiivisen hoitoon. Lievässä häiriössä esiintyy toistuvaa ahdistusta tai välttämiskäyttäytymistä diagnosikriteerien mukaan, mutta toimintakyvyn heikkeneminen ei ole kokonaisvaltaista.

HUS:ssa kehitetty nuorten STP:n kognitiivinen nettiterapia soveltuu lievän oireilun hoitoon. Se etenee itsehoitona nettiterapeutin tukemana. Ohjelma opastaa nuorta tekemään harjoitteita haitallisen ajattelunsa sekä välttämisen- ja turvakäyttäytymisensä vähentämiseksi. Arvioinnissa varmistetaan, että STP on ensisijainen nuoren ongelmista. Nettiterapiaan voidaan ohjata kouluterveydenhuollosta tai terveyskeskuksesta, lääkärin läheteellä (40).

Suomessa on aloitettu ahdistuneisuushäiriöiden kognitiivis-behavioraalisen Cool Kids

-ohjelman levittäminen (41,42). Tämä transdiagnostinen, useisiin ahdistuneisuushäiriöihin kehitetty hoito soveltuu myös nuorten lievään STP:hen. Saatavuuden mukaan perustasolla voidaan hyödyntää psyko-terapeuttisesti koulutetun työntekijän kohdistettua STP:n hoitointerventiota tai ohjaamista ulkoiseen lyhytterapiaan.

Keskivaikea STP aiheuttaa nuorelle enemmän toiminnallista haittaa kuin lievä häiriö. Hoidoksi tulee harkita jo oireiden varhaisessa vaiheessa kognitiivista tai kognitiivis-behavioraalista psykoterapiaa. Hoidon tulee selkeästi keskittyä STP:hen. Kun haitta vaikeutuu, lisäantyy myös koulun kanssa tehtävän yhteistyön tarve, sillä oireet ilmenevät useimmin siellä.

Keskivaikeiden häiriöiden hoito on järjestetty eri puolilla maata usein paikallispalvelujen organisoitavan mukaan eri tavoin. Mahdollisia tapoja tuottaa näitä interventioita ovat terveydenhuollon oma toiminta ja ostopalvelopsykoterapia tai tapauksissa, jossa oireilu on kestänyt jo pidempään, Kelan tuottama kuntoutuspsykoterapia (<https://kela.fi/kuntoutuspsykoterapia>).

Ydinasiat

- ▶ Yli 3 % suomalaisnuorista kärsii toimintakykyä hähtaavasta tai kärsimystä aiheuttavasta sosiaalisten tilanteiden pelosta.
- ▶ Häiriön tunnistamisessa hyödyllisiä ovat tilanneanalyysit: nuorelta kysytään ahdistustilanteessa virinneistä ajatuksista, kehon tuntemuksista ja toiminnasta tilanteen edetessä.
- ▶ Hoidossa keskeistä on varhainen psykoterapeuttinen interventio: nettiterapiat ja fokuoitu tai pitkä oireistoon kohdistettu psykoterapia oireiden vaikeuden mukaan.
- ▶ Lääkehoito sopii tueksi, mikäli psykoterapeuttisella hoidoilla ei saavuteta vastetta.

Vaikean STP:n hoitoarvio tulisi toteuttaa erikoissairaanhoidossa samoin kuin yleensä muidenkin vaikeiden häiriöiden. Erikoissairaanhoidossa arvioidaan tarvittaessa luonnollisesti myös lääkehoidon yhdistämisen tarvetta. Paikoin tarjolla on näyttöön perustuviin STP:n

hoito-ohjelmiin koulutettuja ammattilaisia (19). Pitkä psykoterapia soveltuu parhaiten nuorille, joilla on komorbiditeettia – usein on jo muodostunut pitkäaikaista vältämiskäyttämistäkin (43). Hoidossa keskeistä on vältämiskäyttämisen purkaminen altistamalla ja käyttäytymiskokein sekä komorbiditeetin hoito STP:n ohella.

Lääkehoito. Käypä hoito -suosituksen mukaan nuorten lievien ja keskivaikeiden ahdistuneisuushäiriöiden hoito aloitetaan aktiivisella psykoterapeuttisella interventiolla (37). Jos tämä ei tuota hoitovastetta tai vaste on osittainen, harkitaan yhdistettävää lääkehoitoa. Lääkehoito aloitetaan ensisijaisesti SSRI-ryhmän lääkkeellä, mutta myös SNRI-lääkkeitä voidaan käyttää nuorten hoidossa harkitusti. Nuorten STP:n akuuttihoidossa fluoksetiini, paroksetiini ja venlafaksiini ovat ilmeisesti tehokkaita.

Lopuksi

Nuorten STP:n aktiivinen tunnistaminen on tärkeää. Tämä edellyttää tietoisuutta häiriön yleisyydestä, aktiivisuutta sekä tarkkaa oireiden ja toimintahaitan selvittelyä. Hoitoonohjauksen ja spesifisen hoidon avulla voidaan palauttaa nuoria esimerkiksi koulutuspoluille, joilta he ovat jo syrjäytymässä. ■

KLAUS RANTA, LT, PsM

Nuorisopsykiatrian dosentti, Helsingin yliopisto
 Psykoterapian dosentti, Tampereen yliopisto

VASTUUTOIMITTAJA

Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Klaus Ranta: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

- Ranta K, Kaltiala-Heino R, Marttunen M. Sosiaalisten tilanteiden pelko ja sen hoito eri ikäkausina. *Suom Lääkäril* 2011; 66:261–8.
- Ranta K, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, ym. Social phobia in Finnish general adolescent population: prevalence, comorbidity, individual and family correlates, and service use. *Depress Anxiety* 2009;26:528–36.
- Leigh E, Clark DM. Understanding social anxiety disorder in adolescents and improving treatment outcomes: applying the cognitive model of Clark and Wells (1995). *Clin Child Fam Psychol Rev* 2018;21:388–414.
- Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108(Suppl 417):4–18.
- Detweiler MF, Comer JS, Crum KI, ym. Social anxiety in children and adolescents: biological, developmental and social considerations. Kirjassa: Hofmann SG, DiBartolo PM, toim. Social anxiety. Clinical, developmental, and social perspectives. 3. painos. Burlington: Academic Press 2014.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 painos. Arlington: American Psychiatric Publishing 2013.
- Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *Psychiat Clin N Am* 2001;24:617–41.
- Van Ameringen M, Mancini C, Farvolde P. The impact of anxiety disorders on educational achievement. *J Anx Disord* 2003;17:561–71.
- Rao PA, Beidel DC, Turner SM, ym. Social anxiety disorder in childhood and adolescence: descriptive psychopathology. *Behav Res Therapy* 2007;45:1181–91.
- Waite P, Creswell C. Children and adolescents referred for treatment of anxiety disorders: differences in clinical characteristics. *J Affect Disord* 2014; 167:326–32.
- Väänänen J, Ranta K, Fröjd S, ym. Sosiaalisten tilanteiden pelon ja masennuksen yhteys nuoruusiässä. *Suom Lääkäril* 2010;65:3889–94.
- Aderka IM, Hofmann SG, Nickerson A, ym. Functional impairment in social anxiety disorder. *J Anx Disord* 2012;26:393–400.
- Beidel DC, Turner SM, Young BJ, ym. Psychopathology of adolescent social phobia. *J Psychopath Behav Assess* 2007; 29:47–54.
- Burstein M, He JP, Kattan G, ym. Social phobia in the National Comorbidity Survey—adolescent supplement: prevalence, correlates, and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50:870–80.
- Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychol Med* 1999;29:309–23.
- Ranta K. Lasten ja nuorten sosiaalisten tilanteiden pelon hoito. Kirjassa: Ranta K, Fredriksson J, Koskinen M, ym. toim. Lasten ja nuorten kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat: työvälineitä kouluihin ja klinikoihin. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2018.
- Clark DM. A cognitive perspective on social phobia. Teoksessa: Crozier WR, Alden LE, toim. The essential handbook of social anxiety for clinicians. Chichester: Wiley 2005.
- Creswell C, Waite P, Cooper PJ. Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child* 2014;99:674–8.
- Leigh E, Clark DM. Cognitive therapy for social anxiety disorder in adolescents. Oxford: University of Oxford 2018.
- Ranta K, Laakkonen E, Niemi P. Patterns of metaperception in adolescents with social anxiety: mind reading in the classroom. *J Child Fam Stud* 2016; 25:3497–510.
- Komulainen J, Lehtonen J, Mäkelä M, ym. Psykiatrian luokituskäsikirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Helsinki: THL 2012.
- Velting ON, Setzer NJ, Albano AM. Update on and advances in assessment and cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Prof Psychol Res Pr* 2004;35:42–54.
- Connor KM, Davidson JRT, Churchill LE, ym. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): new self-rating scale. *Br J Psychiatry* 2000;176:379–86.
- HUS. Nuorten mielenterveysalo. www.mielenterveysalo.fi.
- Ranta K, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, ym. Screening social phobia in adolescents from general population: the validity of the Social Phobia Inventory (SPIN) against a clinical interview. *Eur Psychiatry* 2007;22:244–51.
- Spence SH, Barrett PM, Turner CM. Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *J Anx Disord* 2003;17:605–25.
- Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L, ym. Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): a replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1230–6.
- Connor KM, Kobak KA, Churchill LE, ym. Mini-SPIN: a brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2001;14:137–40.
- Ranta K, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, ym. The mini-social phobia inventory: psychometric properties in an adolescent general population sample. *Compr Psychiatry* 2012;53:630–7.
- Aalto M, Bäckmand H, Haravuori H, ym. toim. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen: opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085191>.
- Lyneham H, Sbrulati E, Abbott M, ym. Psychometric properties of the child anxiety life interference scale (CALIS). *J Anx Disord* 2013;27:711–9.
- Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychol Med* 1999;29:309–23.
- Fröjd S, Ranta K, Kaltiala-Heino R, ym. Associations of social phobia and general anxiety with alcohol and drug use in a community sample of adolescents. *Alcohol Alcohol* 2011;46:192–9.
- Kuusikko-Gauffin S. Social anxiety and emotion recognition in autism spectrum disorders. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto 2011. <https://urn.fi/urn:isbn:9789514293344>.
- First MB. DSM-5 handbook of differential diagnosis. Arlington: American Psychiatric Publishing 2014.
- Salum GA, DeSousa DA, do Rosario MA, ym. Pediatric anxiety disorders: from neuroscience to evidence-based clinical practice. *Braz J Psychiatry* 2013;35 Suppl 1:503–21.
- Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2019 [päivitetty 7.1.2019]. www.kaypahoito.fi.
- Ranta K, Gergov V, Tainio VM, ym. Psykoterapeuttisten hoitomuotojen vaikuttavuus nuorten ahdistuneisuushäiriöissä: systemaattiseen hakuun perustuva kirjallisuuskatsaus. *Suom Lääkäril* 2015;70:45–51.
- STM. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>.
- Nettiterapia.fi. Lasten ja nuorten sosiaalinen ahdistus. HUS Mielenterveysalo. <https://mielenterveysalo.fi/nettiterapiat/terapiaohjelmat/Pages/LaNuSofob.aspx>.
- Hudson JL, Rapee RM, Deveney C, ym. Cognitive behavioral treatment versus an active control for children and adolescents with anxiety disorders: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:533–44.
- STM. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022. Ohjelma ja hankeopas. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:3.
- Ranta K. Sosiaalisten tilanteiden pelko. Kirjassa: Kähkönen S, Karila I, Koivisto M, ym. toim. Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2020, s. 168–95.
- Barrett P. FRIENDS-ryhmänohjaajan opas lasten kanssa työskentelyyn. Helsinki: Aseman Lapset ry 2009.