

Aikuisten pakko-oireisen häiriön hoito

Pakko-oireinen häiriö on yleinen, pitkäaikainen ja toimintakykyä rajoittava psykiatrinen häiriö, jolle ovat tyypillisiä pakko-ajatukset ja pakkotoiminnot. Ensisijaisena lääkehoitona käytetään serotoniinin takaisinoton estäjiä (SSRI-lääkkeitä), joiden annokset ovat tavallisesti suurempia ja joiden aiheuttama vaste tulee hitaammin kuin vakavan masennuksen hoidossa. Jos vaste on osittainen tai häiriö on resistentti SSRI-lääkkeille, toisen polven psykoosilääkkeistä tai haloperidolista voi olla hyötyä. Lievissä ja keski- vaikeissa muodoissa voidaan käyttää käyttäytymis- tai kognitiivista psykoterapiaa tai molempia. Keskeisintä on tällöin asteittainen altistus ja rituaalien ehkäisy. Vaikeissa tapauksissa eri hoitomuotojen yhdistäminen on tehokkainta. Osa potilaista ei reagoi monipuoliseen hoitoon. Näille potilaille kehitetään aivostimulaatiohoitoja.

Pakko-oireinen häiriö on pitkäaikainen psykiatrinen häiriö, jossa keskeisintä ovat pakko-ajatukset ja pakkotoiminnot, joiden voimakkuus vaihtelee. Pakkoajatukset (obsessio) ovat toistuvia ja itsepintaisia ajatuksia, mielikuvia tai impulsseja, jotka ovat irrationaalisia ja tunkeutuvat potilaan mieleen vastoin hänen tahtoaan. Ne aiheuttavat huomattavaa ahdistuneisuutta ja kärsimystä. Koska pakkoajatukset tulevat mieleen vastoin tahtoa, potilas yrittää jättää ne huomiotta, vastustaa niitä tai yrittää neutralisoida niitä muilla ajatuksilla tai pakkotoiminnoilla. Pakkotoiminnot (kompulsio) ovat toistuvia käyttäytymistapoja, jotka syntyvät vasteena pakkoajatuksiin tai tiettyjen jäykkien sääntöjen mukaan ja siten

1310 vähentävät pakkoajatusten aiheuttamaa ah-

distusta (TAULUKKO 1) (Rasmussen ja Eisen 2002). Potilas kokee epärealistisesti, että pakkotoiminnot voivat estää jonkin pelätyn tapahtuman. Vaikeimmissa muodoissaan pakkoajatukset ja -toiminnot vievät useita tunteja henkilön päiväohjelmasta aiheuttaen voimakasta kärsimystä ja heikentäen toimintakykyä. Pakko-oireinen häiriö alkaa usein nuoruusiässä. Tämä on tavallista pojilla. Tällöin häiriö kulkee usein suvussa ja siihen liittyy monesti myös tic-oireita. Myöhemmässä iässä pakko-oreiselle häiriölle on tyypillistä reaktiivinen alku esimerkiksi raskauden tai keskenmenon jälkeen. Pakko-oreisen häiriön hidas kehittyminen ja oireisiin liittyvä häpeäntunne johtavat usein siihen, että oireiden alusta hoitoon hakeutumiseen kuluu huomattava aika (jopa 17 vuotta erään tutkimuksen mukaan).

TAULUKKO 1. Erilaisia pakkoajatuksia ja -toimintoja.

Kontaminaatiopelot (liikaantuminen, tartunta)
Päivittäisiin toimiin liittyvät epäilyt (onko ovet lukittu, virta katkaistu sähköliedestä)
Uskontoon, seksuaalisuuteen tai vahingon tuottamiseen (esim. perheenjäsenille) liittyvät ajatukset ja mielikuvat
Sairastumisen pelko
Liiallinen peseytyminen ja siivoaminen
Liiallinen tarkistaminen (lukot, sähkölaitteet)
Toistuvat toiminnot (rahojen laskeminen, kirjoittaminen, lukeminen)
Tavaroiden (kirjat, vaatteet) järjestäminen tietyllä, esim. symmetrisellä tavalla
Tarpeettomien tavaroiden (vanhat sanomalehdet, kynät, pullot) hamstraaminen
Rituaalit (rukoilu, laskeminen, vastakohtien ajattelu, naputtelu, koskettaminen)
Pakonomainen tarve saada toisilta vakuutteluja, ettei ole tullut tehneeksi jotain sopimatonta tai moraalitonta

Esiintyvyys

Pakko-oireinen häiriö kuuluu kymmenen kaikkein vaikeimmin invalidisoivan sairauden joukkoon ja sen elämänaikainen esiintyvyys on noin 2–3 % (Karno ym. 1988). Epidemiologiset tutkimukset viittaavat siihen, että pakko-oireinen häiriö kuuluu ns. piilevien epidemioiden joukkoon. Se on neljänneksi yleisin psykiatrinen häiriö ja siten kaksi kertaa yleisempi kuin esimerkiksi skitsofrenia tai kaksisuuntainen mielialahäiriö. Muista ahdistuneisuushäiriöistä poikkeavasti pakko-oireisen häiriön esiintyvyys on miehellä ja naisilla sama (Stein 2002). Pakko-oireinen häiriö aiheuttaa huomattavaa invaliditeettiä, heikentää elämänlaatua ja aiheuttaa kärsimystä myös potilaan perheenjäsenille. Kahdella kolmasosalla pakko-oireisista esiintyy samanaikaisesti myös muita psykiatrisia häiriöitä (Denys ym. 2004). Vakava masennustila on niistä kaikkien yleisin (jopa yli puolella). Samanaikaisen kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyvyys on noin 30 %. Muut ahdistuneisuushäiriöt ovat varsin tavallisia: yli 20 %:lla esiintyy sosiaalisten tilanteiden pelkoa, yksinkertaisia pelkotiloja tai yleistä ahdistuneisuutta. Hieman harvemmin ilmenee samanaikaista paniikkihäiriötä. Pakko-oireet ovat tavallisia myös skitsofreniapotilailla, ja ne voivat huomattavasti heikentää heidän toimintakykyään. Myös Touretten oireyhtymä ja syömishäiriöt ovat pakko-oireisesta häiriöstä kärsivillä tavallisempaa kuin väestössä yleensä. Tic-oireita tavataan myös. Samanaikaisista persoonallisuushäiriöistä yleisimpiä on vaativa persoonallisuus. Pakko-oireisen häiriön erottaminen siitä voi olla vaikeaa. Perfektionismin ja ylitunnollisuuden tunnistaminen saattaa auttaa.

Diagnostiikka

DSM-IV:n mukaan pakko-oireisen häiriön katsotaan olevan kyseessä, jos potilaalla esiintyy pakkoajatuksia ja -toimintoja jotka vievät enemmän kuin tunnin päivässä ja haittaavat merkittävästi sosiaalista tai ammatillista toimintakykyä. Suurin osa pakkohäiriöpotilaista on tietoisia oireistaan. Erotusdiagnostiikka

muiden ahdistuneisuushäiriöiden kanssa on joskus vaikeaa. Yleisessä ahdistuneisuushäiriössä ylenmääräinen huoli liittyy arkielämän seikkoihin, kuten raha- tai perhe-ongelmiin. Ne eivät ole kuitenkaan egodystoniaa vaikka ovat suhteettomia verrattuna tilanteeseen. Yleisessä ahdistuneisuushäiriössä ei esiinny pakkotoimintoja. Yksinkertaiset pelot ovat rajautuneita ja liittyvät tiettyihin käynnistäviin tekijöihin mutta ilman pakkotoimintoja. Pakko-oireisilla potilailla voi esiintyä paniikki-kohtauksia, joita pakkoajatukset käynnistävät. Paniikkihäiriössä kohtaukset tulevat useimmiten spontaanisti. Jatkuva negatiivisten asioiden märehtiminen on yleistä depressioissa, mutta nämä asiat eivät ole egodystoniaa. Sairauden pelkoa voi olla pakko-oireisessä häiriössä vaikeaa erottaa hypokondriasta. Jälkimmäisessä sairauden pelot usein liittyvät ruumiillisten tunteiden väärintulkintoihin ja oiretiedostus on puutteellista. Pakkotoiminnot puhuvat pakko-oireisen häiriön puolesta, mutta hypokondrikan turvakäyttäytyminen saattaa muistuttaa pakko-oireisen potilaan käyttäytymistä. Dymorfobisen huoli kuvitellusta ulkonäköön liittyvästä poikkeavuudesta on keskeinen piirre, ja tämä voi muistuttaa pakkoajatuksia. Oiretiedostus on usein puutteellisempi dymorfobisessa häiriössä. Tic-oireisto on yleensä helppo erottaa pakkotoiminnoista, koska sitä eivät edellä pakkoajatukset.

Vaikeusasteen arviointi. Yale–Brownin obsessiivis-kompulsiivinen arviointiasteikko (YBOCS) on suosituin, ja sitä käytetään laajasti esimerkiksi hoitotutkimuksissa (Goodman ym. 1989). Tämä klinikon suorittama puolistrukturoitu haastattelu mittaa kymmentä keskeistä pakkohäiriön oiretta, joista puolet liittyy pakkoajatuksiin ja puolet pakkotoimintoihin. Oireiden voimakkuus vaihtelee välillä 0–4 pistettä. Siten maksimipistemäärä on 40, ja pistemäärän ylittäessä 16 pakko-oireiston katsotaan olevan keskivaikea. Arviointiasteikko soveltuu myös klinikon työkaluksi yksittäisen potilaan häiriön vaikeusasteen arvioimiseksi

Sairauden pelkoa voi olla pakko-oreisessa häiriössä vaikeaa erottaa hypokondriasta

sekä hoidon seurantaan. Hoitotutkimuksissa 35 %:n pienemmän pistemäärässä on tulkittu kliinisesti merkittäväksi hoitotulokseksi.

Lääkehoito

Ensisijaisena hoitona käytetään selektiivisiä serotoniinin takaisinoton estäjiä (SSRI-lääkkeitä), jotka ovat tehokkaita 40–60 %:lla potilaista (Fineberg ja Gale 2005, Soomro ym. 2009). Suomessa SSRI-lääkkeistä virallinen käyttöaihe pakko-oireisen häiriön hoitoon on fluoksetiinilla, fluvoksamiinilla, sertraliinilla, paroksetiinilla ja essitalopraamilla sekä trisyklisistä masennuslääkkeistä klomipramiinilla. Pakko-oireista häiriötä hoidetaan tavallisesti suuremmilla annoksilla kuin vakavaa masennustilaa (March ym. 1997) ja ainakin fluoksetiinilla (Montgomery ym. 1993), paroksetiinilla (Hollander ym. 2003) ja sertraliinilla (Ushijima ym. 1997) on osoitettu olevan positiivinen annos-vastesuhde. **TAULUKOSSA 2** on esitetty tavalliset annokset.

Hoitovaste kehittyy hitaammin kuin vakavassa masennustilassa, tavallisesti 8–12 viikossa (Fineberg ja Gale 2005). On suositeltavaa odottaa ainakin kymmenen viikkoa, ennen kuin annosta suurennetaan, jos toivottua tulosta ei ole saavutettu aikaisemmin. Maksimiannoksen jälkeen vastetta voidaan odottaa vähintään kolme kuukautta.

Yksittäisten SSRI-lääkkeiden tehossa ei ole havaittu eroja; tosin essitalopraami ja sertraliini on havaittu meta-analyyseissä hieman vaikuttavammiksi (Soomro ym. 2009). SSRI-lääkkeen valintaan vaikuttavat haittavaikutukset, muut samanaikaiset psykiatriset ja somaattiset ja niihin käytettävä lääkehoito (mahdolliset yhteisvaikutukset otettava huomioon).

Ne, jotka eivät hyödy ensimmäisestä SSRI-lääkkeestä, voivat hyötyä vaihdosta toiseen. Käytettävissä ei ole tutkimustietoa siitä, mitkä seikat auttaisivat seuraavan SSRI-lääkkeen valinnassa. Mikäli kaksi tai kolme SSRI-lääkettä ei ole osoittautunut tehokkaaksi, voidaan vaihtaa klomipramiiniin, jolla on myös muita farmakologisia vaikutuksia serotoniinin takaisinoton eston lisäksi. Meta-analyyseissä se on

TAULUKKO 2. Pakko-oireisen häiriön hoidossa käytetyt lääkkeet, annokset ja näytönaste (Bandelow ym. 2008).

Lääke	Suosittelun annos (mg)	Näytönaste
Fluoksetiini	40–60	A
Sertraliini	50–200	A
Paroksetiini	40–60	A
Fluoksamiini	100–300	A
Sitalopraami	20–60	B
Essitalopraami	10–20	A
Klomipraamiini	75–300	A

A = vahva tutkimusnäyttö

B = kohtalainen tutkimusnäyttö

osoittautunut jopa SSRI-lääkkeitä tehokkaammaksi, mutta sen tehoa ei ole suoraan verrattuna SSRI-lääkkeisiin. Kuitenkin klomipramiini voi aiheuttaa huomattavaa väsymystä, sillä on antikolinergisia vaikutuksia ja se laskee kouristuskynnystä etenkin suurilla annoksilla, jotka voivat rajoittaa sen käyttöä. Venlafaksiini on myös käyttökelpoinen vaihtoehto, jos SSRI-lääke ei tuota tulosta.

Hoitoresistentin pakko-oireisen häiriön lääkehoito. Huomattava osa potilaista ei parane mutta saavuttaa osittaisen remission. Tällöin lääkityksen tehostus on suositeltavin vaihtoehto. Tutkimustietoa on vähän lääkehoidosta potilailla, jotka ovat resistenttejä SSRI-lääkkeille. Eniten näyttöä on psykoosilääkkeistä (**TAULUKKO 3**). Ensimmäisen sukupolven psykoosilääkkeistä haloperidoli voi olla tehokas, etenkin jos pakko-oireisella potilaalla on tic-oireita ja skitsotyypinen persoonallisuushäiriö. Toisen polven psykoosilääkkeet (risperidoni, ketiapiini, olantsapiini) saattavat olla tehokkaita potilailla, joilla on puutteellinen vaste SSRI-lääkkeisiin, mutta ainoastaan yksi kolmasosa SSRI-resistenteistä voi saada kliinisesti merkittävän vasteen lyhytaikaisessa hoidossa (Ipser ym. 2009). Viimeaikaiset tutkimukset ovat kuitenkin asettaneet pitkäaikaishyödyn kyseenalaiseksi (Matsunaga ym. 2009). Klonatsepaami saattaa tulla kyseeseen erityisesti niillä potilailla, joilla on samanaikainen paniikkihäiriö. Kontrolloiduissa tutkimuksissa myös klomipramiini suoneen annettuna (Fallon ym. 1998) ja suuriannoksinen sert-

raliini (250–400 mg/vrk) (Ninan ym. 2006) ovat olleet tehokkaita.

Lääkehoidon kesto. Pakko-oireinen häiriö on usein krooninen häiriö ja kulultaan vaihteleva. Stressitekijöiden mukaan oireisto voi pahentua tai ajoittain myös lievitä. Lääkityksen lopettamiseen liittyy usein oireiston palautuminen riippumatta hoidon kestosta. Siten hoidon kestoksi suositellaan vähintään yhtä tai kahta vuotta. Huomattava osa potilaista tarvitsee pysyvää lääkitystä. Jos lääkityksen lopetusta suunnitellaan, potilasta on syytä informoida oireiden palautumisesta ja lääkityksen uudelleen aloittamisen tarpeesta. Lääkitys on syytä lopettaa asteittain, jotta voidaan välttää SSRI-lääkkeisiin liittyvät lopetusoireet. Potilaalle on syytä myös kertoa, että lääkityksen uudelleen aloituksen jälkeen vaste voi olla huonompi kuin aikaisemmin. Pitkäaikaisessa lääkehoidossa suositeltavin ylläpitoannos on se, jolla potilas toipui. Tämä voi olla vaikeaa toteuttaa SSRI-lääkityksen haittavaikutusten takia (seksuaalitoimintoihin liittyvät haitat, väsyneisyys), jolloin joudutaan tyytymään parhaiten siedettyyn annokseen.

Psykoterapeuttinen hoito

Käyttämisterapia ja siinä erityisesti altistus ja reaktion ehkäisy ovat osoittautuneet tehokkaiksi pakko-oireisen häiriön hoidossa (Lindsay ym. 1997, Abramowitz 2006, Gava ym. 2009). Potilas altistuu pelkämilleen pienen riskin tilanteiden seurauksille joko in vivo tai mielikuvaharjoittelun kautta. Tavoitteena on molemmissa aktivoida ahdistavia pakkoajatuksia. In vivo -altistuksessa kohdataan pelätty tilanne. Jos potilas pelkää saavansa bakteereja yleisistä pesutiloista, hän joutuu koskettamaan pesualtaita. Jos hän pelkää aiheuttavansa katastrofin lähipiirissään ajatellessaan tai kirjoittaessaan numerosarjan 666, hänelle annetaan tehtäväksi ajatella tai kirjoittaa paperille tätä sarjaa. Mielikuva-altistuksessa potilas kuvittelee mielessään epäonnistuneen tai keskeytyneen pakkotoimintansa seurauksia. Tämä usein auttaa potilasta näkemään epärealistisen kauhuskenaarion ja todellisuuden välisen eron. Molemmat altistuksen muodot

toteutetaan portaittain: ne aloitetaan vähäistä ahdistusta tuottavista tilanteista ja jatketaan yhä voimakkaampaan ahdistukseen. Jokaisessa istunnossa annetaan harjoitus kotitehtäväksi. Hoitotutkimuksissa on sovellettu käytäntöä, jossa tavataan potilasta kahdesti viikossa kahdeksan viikon ajan (Abramowitz 2006).

Rituaalien tai reaktion ehkäisyssä terapeutti kehottaa pakko-oireista potilasta pidättäytymään rituaaleistaan. Hän antaa suosituksia ja ohjeita pakko-toimintojen ehkäisemisestä, kannustaa potilasta lopettamaan rituaalinsa ja antaa positiivista palautetta, jos potilas onnistuu tässä. Potilasta rohkaistaan luopumaan ahdistusta neutraloivista pakkotoiminnoista terapiaistunnoissa, altistusharjoituksia suunniteltaessa, kotitehtävien aikana sekä silloin, kun hänellä ilmenee spontaani halu tehdä rituaaleja. Näin sammutetaan voimakasta ahdistusreaktiota. Kun potilas esimerkiksi koskettaa likaisia tai kuvitellun tartunnan aiheuttavia esineitä ja sen jälkeen estää itseltään käsienspesun, hän huomaa, miten ahdistus heikkenee asteittain. Altistusharjoitukset ovat usein uuttavia sekä terapeutille että potilaalle.

Jos pakko koskee toistuvia pelottavia ajatuksia, joita potilas neutralisoi ajattelemalla muita ajatuksia, häntä on autettava pois näistä neutraloinneista. Koko pakkotoimintojen problematiikkahan tapahtuu potilaan mielessä. Esimerkiksi potilas saattaa toistuvasti palata ajatuksiin, joissa hän ajaa jonkun yli autolla tai työntää jonkun alas parvekkeelta, minkä jälkeen hänelle tulee pakonomainen tarve neutraloida nämä ajatukset laskemalla tasalukuja. Pakko-oireiseen häiriöön kuuluu, että potilas ei pysty normaalistamaan ajatteluaan tai päästämään irti ajatuksistaan. Hän sitä vastoin pyrkii neutralisoimaan pakkoajatuksiaan ”vasta-ajatuksilla” tai pakenee pakkoajatuksia erilaisilla pakkotoiminnoilla. Huomattavasti hedelmällisempi tapa viedä voima pakko-

Pakko-oireiden taustalla on potilaan perususkomus, että hänellä on valta aiheuttaa tai estää vahingon tapahtuminen ja että näitä seuraamuksia tulee välttää

ajatuksilta on käyttää hyväksymisstrategioita: potilas toivottaa nämä ajatukset tervetulleeksi, melkeinpä kannustaa niitä tulemaan luodakseen erilaisen tavan suhtautua niihin. Potilas antaa ajatusten tulla, antaa niiden olla eikä yritä niin pakonomaisesti saada niitä pois mielestään. Altistuksen aikana terapeutti voi myös kehottaa potilasta kärjistämään pakkoajatuksiaan ja ajattelemaan näitä ajatuksia intensiivisesti, jotta tapahtuisi totuttautumista (habituaatiota). Terapeutti voi käyttää erilaisia hengitystekniikoita, rentoutusta tai kognitiivisia menetelmiä, jotta potilas sietää altistuksen aikaista epämukavuutta.

Pakko-oireista kärsivät pyytävät usein toisia ihmisiä vakuuttamaan heille, että heidän pakkoajatuksensa tuottama huoli on aiheeton. Nämä pyynnöt ovat turvakäyttäytymistä, joiden avulla potilas turvautuu muiden apuun varmistautuakseen jonkin huolen paikkansapitämättömyydestä. Naispotilas voi esimerkiksi pyytää äitiään tarkistamaan hänen kanssaan kehossaan olevia mustelmia syövän mahdollisuuden pois sulkemiseksi. Omaiset ajattelevat usein, että tällainen varmistamisen taustatuki on potilaille avuksi, mutta asia on aivan päinvastoin: se vahvistaa ja pitkittää huolta ja pakko-oireita. Terapeutin ei pidä vahvistaa tätä varmistamiskäyttäytymistä vaan pysyä neutraalina, jotta hän ei korvaisi potilaan neutralointeja uusilla, mikä tekee reaktion ehkäisystä tehottoman (Abramowitz 2006).

Pakko-oireiden on havaittu vähentyneen enemmän käyttäytymisterapian kuin klomipramiinihoidon jälkeen (Foa ym. 2005). Kuitenkin monet potilaat kieltäytyvät käyttäytymisterapiasta tai keskeyttävät sen. Tämä voi olla ainakin osittain yhteydessä samanaikaiseen depression, ahdistuneisuushäiriöön tai persoonallisuushäiriöön (Steketee ym. 2001). Käyttäytymisterapian tehokkuutta ja potilaan sitoutumista tähän hoitoon on pyritty lisäämään strategisesta perheterapiasta lainatulla ”reaktion toistamisella” (Bonchek 2009).

Kognitiivinen psykoterapia on niin ikään todettu vaikuttavaksi pakko-oireisissa häiriöissä. Meta-analyysien mukaan se ei ole eronnut teholtaan käyttäytymisterapiasta (Gava ym. 2009). Käyttäytymisterapian tarkoituksena

TAULUKKO 3. Lisälääkkeinä käytettyjen psykoosilääkkeiden optimiannokset pakko-oireisissa häiriössä.

Lääke	Optimiannos (mg)
Risperidoni	1–4
Ketiapiini	100–200
Haloperidoli	2–10
Olantsapiini	5–10

on vaikuttaa suoraan potilaan käyttäytymiseen, kun taas kognitiivisessa terapiassa fokus on irrationaalisissa ajatuksissa ja uskomuksissa (Salkovskis 1996). Kognitiivisen terapian merkitys pakko-oireisen häiriön hoidossa on sekä tukea käyttäytymisterapeuttisia menetelmiä että toimia vaihtoehtona näille. Se voi myös toimia osana reaktioehkäisy- ja altistusohjelmaa.

Kognitiivisen terapian tutkija Paul Salkovskis (1996) näkee vahingon aiheuttamisen ja vaaran kokemisen pelot keskeisinä tekijöinä pakko-oireisen häiriön kehittymisessä. Pakko-oireinen potilas ottaa myös ylisuuren vastuun siitä, ettei vahingollisia asioita tapahdu hänelle itselleen tai muille. Ylisuurta vastuuta ja siihen liittyviä pakkoajatuksia potilas pyrkii neutralisoimaan erilaisin turvakeinoin, jotta tästä vastuusta nouseva ahdistus olisi siedettävä. Näin vahvistuu tulkinta, että turvakeinot auttavat estämään vahinkoa tapahtumasta. Pakko-oireiden taustalla on potilaan perususkomus, että hänellä on valta aiheuttaa tai estää vahingon tapahtuminen ja että näitä seuraamuksia tulee välttää. Pakko-oireita ylläpitäviä uskomuksia voivat olla esimerkiksi ”jos ajattelen jotakin kauheaa, se tapahtuu”, ”jos en tee rituaaleja, kauhea tapahtuu ja vastuu on yksinomaan minun”. Usein ne ovat ikään kuin oletettuja vahvistussuhteita tyyliin ”jos–niin”. Tämä kärjistynyt tulkinta henkilökohtaisen vastuun merkityksestä on siten kognitiivisen uudelleenmuokkauksen ja muiden potilaan oireisiin soveltuvien kognitiivisten menetelmien kohteena. Kaksi kognitiivista tekniikkaa liittyy spesifisesti pakko-oireisen häiriön hoitoon. Niin sanotussa piirakka-tekniikassa potilas jakaa vastuuta muillekin ja lopuksi itselleen erikokoisina siivuina. Kognitiivisen jatkumon menetelmässä omien intrusiivisten ajatusten

moraalittomuutta sijoitetaan jatkumolle nol-
lasta sataan. Sen jälkeen samalle jatkumolle
sijoitetaan esimerkiksi sarjamurhaajia, insemi-
vanhempia ja raiskaajia, minkä jälkeen poti-
lasta pyydetään arvioimaan omien ajatusten
moraalittomuutta uudelleen. Viime aikoina
on myös pyritty integroimaan tietoisuustaitoja
pakko-oireisten potilaiden käyttäytymistera-
peuttiseen hoitoon (Hannan ja Tolin 2005).

Aivojen stimulaatiohoidot

Viime vuosikymmeninä on alettu ymmärtää
paremmin paitsi pakko-oireiden taustalla ole-
via neurobiologisia tekijöitä myös pakko-oi-
reita säätelevien aivoalueiden toimintaa (kor-
tikostriatotalamokortikaalisten neuraalisten
piirien toimintahäiriö). Tavanomaisten stereo-
taktisten aivoleikkausten (esimerkiksi singulo-
tomian ja anteriorisen kapsulotomian) rinnal-
le ja osittain myös tilalle on kehitetty aivojen
syvä sähköstimulaatio. Sen käyttö pakko-oi-
reiden hoidossa kuvattiin ensimmäisen kerran
2000-luvun alussa (Greenberg ym. 2010).

Aivojen syvä sähköstimulaatio on paran-
tanut merkittävästi (vähintään 35 %:n vä-
henemä YBOCS-pisteissä) pakko-oireita
yli 60 %:lla niistä, jotka eivät ole hyötynet
monipuolisesta lääke- ja psykoterapeuttisesta
hoidosta (Greenberg ym. 2010). Toistaiseksi
kokemukset ovat rajoittuneet pieniin potilas-
aineistoihin kontrolloimattomissa tutkimuk-
sissa, eikä haittavaikutuksia vielä kunnolla
tunneta. Myös aivojen pinnalle kohdistettua
magneettistimulaatiohoitoa on tutkittu. Tu-

**SEPPO KÄHKÖNEN, dosentti, psykiatrian ja kliinisen farmakologian
erikoislääkäri, psykoterapeutti**
HYKS, BioMag laboratorio ja kipuklinikka
PL 340
00029 HUS

NILS HOLMBERG, VTT, psykologi, psykoterapeutti (VET)
Järvenpään sosiaalisairaala

YDINASIAT

- ▶ Pakko-oireinen häiriö on tavallinen pitkäaikainen
ahdistuneisuushäiriö, joka aiheuttaa merkittävää
toimintakyvyn laskua.
- ▶ Tavallisimpia oireita ovat kontaminaatiopelot, liial-
linen peseytyminen ja asioiden tarkistaminen.
- ▶ Hoidon keskeisiä elementtejä ovat lääkehoito se-
rotoniinin takaisinoton estäjillä ja käyttäytymis- ja
kognitiivinen psykoterapia.

lokset ovat olleet ristiriitaisia (Rodriguez-
Martin ym. 2009). Tuoreessa tutkimuksessa
liikeaivokuoreen annettu stimulaatio kuiten-
kin vähensi pakko-oireiden määrää merkitse-
västi muulle hoidolle resistenteilla potilailla.
Tämän hoidon haittavaikutukset ovat olleet
vähäisiä (Mantovani ym. 2010).

Lopuksi

Pakko-oireinen häiriö on väestössä tavallinen,
joten usean erikoisalan lääkärit kohtaavat näitä
potilailta. Ainakin vaikeimmat toimintakykyä
uhkaavat häiriömuodot tulisi tutkia ja hoitaa
psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Koska
kroonistuminen on yleistä, psykiatrin kon-
sultaatio on aiheellinen hoidon alkuvaiheessa
erilaisten tehokkaiksi osoittautuneiden hoito-
muotojen arvioimiseksi. ■

SIDONNAISUUDET

SEPPO KÄHKÖNEN, NILS HOLMBERG: Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia.

KIRJALLISUUTTA

- Abramowitz JS. The Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Can J Psychiatry* 2006;51:407–16.
- Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kaspers S, Möller H-J. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders. First Revision. *World J Biol Psychiatry* 2008;9:248–312.
- Bonchek A. What's broken with cognitive behavior therapy treatment of obsessive-compulsive disorder and how to fix it. *Am J Psychotherapy* 2009;63:69–86.
- Denys D, Tenney N, Megen HJGM, ym. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2004;80:155–62.
- Gava I, Barbui C, Aguglia E, ym. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *The Cochrane Library* 2009, Issue 3.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, ym. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1006–11.
- Greenberg BD, Gabriels LA, Malone DA Jr, ym. Deep brain stimulation of the ventral internal capsule/ventral striatum for obsessive-compulsive disorder: worldwide experience. *Mol Psychiatry* 2010;15:64–79.
- Greenberg BD, Rauch SL, Haber SN. Invasive Circuitry-based neurotherapeutics: stereotactic ablation and deep brain stimulation for OCD. *Neuropsychopharmacology* 2010;35:317–36.
- Fallon BA, Liebowitz MR, Campeas R, ym. Intravenous clomipramine for obsessive compulsive disorder refractory to oral clomipramine: a placebo controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:918–24.
- Fineberg NA, Gale TM. Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005;8:107–29.
- Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, ym. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162:151–61.
- Hannan SE, Tolin DF. Mindfulness- and acceptance-based behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. Kirjassa: Orsillo SM, Roemer L, toim. Acceptance and mindfulness approaches to anxiety. Conceptualization and treatment. New York: Springer 2005, s. 271–99.
- Hollander E, Allen A, Steiner M, Wheadon DE, Oakes R, Burnham DB. Acute and long-term treatment and prevention of relapse of obsessive-compulsive disorder with paroxetine. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1113–21.
- Ipser JC, Carey P, Dhansay Y, Fakier N, Seedat S, Stein DJ. Pharmacotherapy augmentation strategies in treatment-resistant anxiety disorders. *The Cochrane Library* 2009, Issue 3.
- Karno M, Goldin JM, Sorenson SB, ym. The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1094–9.
- Lindsay M, Crino R, Andrews G. Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1997;171:135–9.
- Mantovani A, Simpson HB, Fallon FA, Rossi, Lisanby SH. Randomized sham-controlled trial of repetitive transcranial magnetic stimulation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2010;13:217–27.
- March JS, Frances A, Carpenter D, Kahn D. Treatment of obsessive compulsive disorder: the Expert Consensus Panel for Obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1997;58 (Suppl 1):1–72.
- Matsunaga H, Nagata T, Hayashida K, Ohya K, Kirike N, Stein DJ. A long-term trial of the effectiveness and safety of atypical antipsychotic agents in augmenting SSRI-refractory obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2009;70:863–8.
- Montgomery SA, McIntyre A, Osterheider M, ym. A double-blind, placebo-controlled study of fluoxetine in patients with DSM-III-R obsessive-compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 1993;3:143–52.
- Ninan PT, Koran LM, Kiev A, ym. High-dose sertraline strategy for nonresponders to acute treatment for obsessive-compulsive disorder: a multicenter double-blind trial. *J Clin Psychiatry* 2006;67:15–22.
- Rasmussen SA, Eisen JL. Phenomenology of obsessive compulsive disorder. In: Stein DJ, Hollander E, toim. Kirjassa: *Textbook of Anxiety Disorders*. Washington DC: APA Press, 2002, s. 173–89.
- Rodríguez-Martin JL, Barbanjo JM, Perez, V, Sacristan, M. Transcranial magnetic stimulation for the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Cochrane Library* 2009;1.
- Salkovskis PM. Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. Kirjassa: Rapee R, toim. *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: Guilford 1996, s. 103–33.
- Soomro GM, Altman DG, Rajagopal S, Oakley Browne M. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD). *The Cochrane Library* 2009;3.
- Stein DJ. Obsessive compulsive disorder. *Lancet*. 2002;360:397–405.
- Steketee G, Chambless DL, Tran GQ. Effects of axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Compr Psychiatry* 2001;42:76–86.
- Ushijima S, Kamijima K, Asai M, ym. Clinical evaluation of sertraline hydrochloride, a selective serotonin reuptake inhibitor in the treatment of obsessive compulsive disorder: a double blind placebo controlled trial. *Jap J Neuropsychopharmacol* 1997;19:603–23.

Summary

Treatment of obsessive-compulsive disorder in an adult

Obsessive-compulsive disorder is a common, chronic and functionally incapacitating psychiatric disorder characterized by obsessive thoughts and compulsive acts. First-line drug therapy utilizes serotonin reuptake inhibitors at dosages that are usually higher and yield slower responses than those used in the treatment of major depression. Second generation antipsychotics or haloperidol may also be beneficial. Merely behavioral and/or cognitive psychotherapy may be applied in mild and moderate cases, whereas a combination of different forms of therapy is the most effective treatment in severe forms.