

## Jyrki Korkeila

Psykiatrian professori  
Turun Yliopisto  
Ylilääkäri, Harjavalan sairaala



Uusi mielenterveyden häiriöiden luokitusjärjestelmä DSM-5 määrittää pakko-oireisen ja siihen läheisesti liittyvät häiriöt omaksi kokonaisuudekseen, kun ne ovat aiemmin kuuluneet ahdistuneisuushäiriöihin. Vaikka pakko-oireiseen häiriöön liittyy keskeisesti ahdistusta, sitä ei enää pidetä häiriön luonnetta määrittävänä piirteenä. Häiriön oireisto vaihtelee yksilöstä toiseen, mutta se on useimmille pitkäaikainen, toimintakykyä huonontava sairaus. Ensilinjan lääkehoitona käytetään serotoniniin takaisinoton estäjiä. Psykoterapioista altistamiseen perustuva terapia, kognitiivinen terapia ja hyväksymis- ja omistautumisterapia ovat tehoavia menetelmiä.

# Pakko-oireinen häiriö

**P**akko-oireinen häiriö luokiteltiin aiemmin ahdistuneisuushäiriöksi, mutta uudessa DSM-5 järjestelmässä, häiriön muodostaa oman häiriöluokkansa. Pakko-oireinen häiriö on tavallinen ja siihen liittyy vaihtelevan voimakasta ahdistuneisuutta, joka ei ole kuitenkaan tilaa määrittävä piirre. Tähän häiriöiden ryhmään kuuluvat myös mm. ruumiinkuvahäiriö, keräilyhäiriö (hamstraaminen, hoarding), pakonomainen hius-ten nyppiminen, ihon pakonomainen nyppiminen sekä lisäksi somaattisesta sairaudesta johtuva häiriön muoto ja pakonomainen mustasukkaisuus. Nämä tilat ovat tutkimusten mukaan sukua toisilleen ja saattavat esiintyä samanaikaisesti. Lääkehoitona pakko-oireisessa häiriössä suositellaan tavantomaisimmin SSRI-lääkkeitä ja kognitiivista terapiaa, johon on yhdistetty behavioraalisia keinoja.

## Kliininen kuva ja diagnoosi

Vaikka pakko-oireisen häiriön oireisto vaihtelee yksilöittäin, on olemassa tiettyjä tyypillisiä ilmenemismuotoja (taulukko 1). Diagnoosi tehdään psykiatrisen haastattelun perusteella, joko strukturoidulla diagnostisella haastattelumenetelmällä tai esitietoja ja oireistoa diagnoosin kriteereihin vertaamalla (taulukko 2). Pakko-oireiden aktivoituminen herättää useimmiten huomattavaa ahdistuneisuutta, joka voi pahimmillaan johtaa toistuviin paniikkikohtauksiin. Jotkut saattava tuntea voimakasta inhon tai kuvotuksen tunnetta oireiston lisääntyessä tiettyissä tilanteissa. Oireiden toistuminen

voi tuottaa epäonnistumisen tunnetta ja huonontaa itsetuntoa (1).

Pakko-oireisen häiriön diagnoosin täsmennyksinä DSM-5-luokituksessa käytetään sairaudentuntoa, joka voi olla hyvä tai kohtalainen, heikko ja puuttuva tai harhaluuloinen. Jos sairaudentunto on heikko, henkilö uskoo pakko-oireisiin liittyvien uskomusta olevan todennäköisesti totta, mutta sairaudentunnon puuttuessa henkilö on täysin vakuuttunut uskomusten todenperäisyydestä ja uskomukset on vaikeimmillaan harhaluuloisia. Pakko-oreisella voi ilmetä joko aikaisempaa tai ajankohtaista tic-oireistoa.

Pakkotoimintojen diagnosointi on pakkoajatukseen verrattuna yleensä helpompaa. Jonkinasteinen oireiden ilmaantuminen kouluikässä ennen murrosikää on tavallista. Tavallisimmaksi vaikeitten oireitten ilmaantumiseksi on arvioitu hieman alle 20 vuoden ikää, mutta miehillä oireisto ilmenee keskimäärin joitakin vuosia myöhemmin kuin naisilla. Osa lapsuudessa oirehtivista toipuu aikuisuuteen mennessä, mutta lapsuuden ja aikuisuuden häiriön kliininen kuva on etenkin pakkotoimien osalta samanlainen (1).

## Esiintyvyys ja komorbiditeetti

Häiriötä on arveltu esiintyvän 1–2 prosentilla, ja naisilla jonkin verran miehiä yleisemmin aikuisiällä, kun lapsuudessa häiriö on pojilla tavallisempi kuin tytöillä (1,2). Pakko-oreisesta häiriöstä kärsivistä 15–36 prosentilla on huono ymmärrys oireidensa suhteen, ja lisäksi 5 % kaikista pakko-orei-

sista ei missään vaiheessa tunnista oireitaan patologiseksi (3).

Noin kolmella neljästä potilaasta on jossain vaiheessa jokin muu ahdistuneisuushäiriö ja kahdella kolmesta depressio (1,4,5). Pakko-oireista häiriötä voi esiintyä psykoosisairauksissa, kuten skitsofreniassa ja kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä. Skitsofrenian yhteydessä ilmenevää oireistoa on kutsuttu myös obsessiivis-kompulsiiviseksi skitsofreniaksi, jolloin potilaalla on psykoottiseen ajatussisältöön liittyviä pakkotoimintoja. Katatoniaoireyhtymässä voi ilmetä pakonomaista toimintaa, mutta pakko-oire ei silloin liity psykoottiseen ideaan.

### Etiologia

Pakko-oireisen häiriön periytyvyysdeksi on arvioitu keskimäärin 50 % (6). Joissain suvuissa tila saattaa välittyä mendeliaanista mallia noudattaen. Häiriö lienee lähtöisin sekä geenien keskinäisestä että geenien ja ympäristön vuorovaikutuksista. Lapsuuden yhteinen ympäristö, kuten perheilma- piiri tai sosiaalinen asema, ei vaikuta häiriön kehittymiseen, mutta täsmällisiä yksilöllisiä ympäristövaikutuksia ei tunneta. Selkeintä näyttöä on tällä hetkellä perinataalisten tekijöitten osuudesta. Häiriön alkua edeltävän vuoden aikana on usein kuormittavia elämäntapahtumia (6). Lisäksi lapsuudessa tai nuoruudessa alkava häiriö saattaa joskus olla seurausta streptokokki-infektiosta (5). Aivojen vaurioituminen vamman tai esimerkiksi

hiilimonoksidimyrkytyksen vuoksi saattaa johtaa pakko-oireisen häiriön kehittymiseen.

Pakko-oireisen häiriön aivomekanismien tutkimusta hankaloittaa häiriön oirekuvan vaihtelu. Näyttää siltä, että erilaiset mekanismit liittyvät eri oireulottuvuuksiin eikä häiriön taustalla niinkään ole yhtä määriteltävää rakenteellista tai toiminnallista poikkeavuutta. Viime aikoina tehdyissä tutkimuksissa on saatu näyttöä dorsaalisten ja ventraalisten frontostriataalisten piirien epätarkoituksenmuokaisesta toiminnasta (6).

### Hoito

Pakko-oireisen häiriön vaikuttava psykoterapia on joko altistamisterapiaa tai kognitiivista terapiaa (7,8). Altistamisessa potilas altistetaan toistuvasti joko todellisessa olosuhteessa tai mielikuvituksen avulla ahdistusta aiheuttavalle tilanteelle. Häntä rohkaistaan välttämään kompulsiivista toimintaa tässä yhteydessä. Esimerkkinä voi olla likaisen rätin kädessä pitäminen, kun kompulsioon liittyy bakteerikammo. Altistamisen avulla potilas oppii, ettei tilanne ole vaarallinen ja että ahdistustaso laskee itsestään. Kognitiivisessa terapiassa keskitytään psykoedukatioon ja mieleen tunkeutuvien ajatusten, niitä laukaisevien ärsykkeiden ja epätarkoituksenmukaisten uskomusten välisiin yhteyksiin. Kognitiiviseen terapiaan voidaan menestyksellisesti yhdistää myös behavioraalisia tekniikoita. Hyväksymis- ja omistautumis-

terapialla (HOT) on alustavasti saatu hyviä tuloksia vain kahdeksan istuntoa käsittäneen hoidon aikana. HOT-ryhmässä jopa kaksi kolmesta sai kliinisesti merkitsevän vasteen verrattuna rentouttamistekniikkaan, jossa vastaavan hyödyn sai joka kuudes (9). Periaatteessa psykoterapeuttisten keinojen teho saattaa liittyä tavanomaisesti yksilöä suojaavien uhkasignaalien epätarkoituksenmukaisen prosessoinnin parempaan hallintaan (10). Pakko-oireiseen häiriöön liittyy myös yliherkkyyttä inhottaville ärsykkeillä ja inhon tunteen patologista prosessointia (11), joka terapiassa mahdollisesti normalistuu.

Ensilinjan lääkehoidoissa suositetaan SSRI-lääkkeiden käyttöä tavanomaista suuremmilla annoksilla. On huomattava, että vastetta tulee odottaa toisinaan kolmekin kuukautta. Puutteellinen vaste ensilinjan hoidolle on kuitenkin varsin tavallista (40–60 %), ja joka neljäs ei näytä hyötyvän SSRI-lääkkeistä lainkaan. Lisälääkkeinä voidaan käyttää klonatsepaamia (0,5–5 mg vuorokaudessa), buspironia (15–60 mg), risperidonia (0,5–6 mg), ketiapiinia (200–600 mg), aripipratsofia (10–30 mg) tai olantsapiinia (2,5–15 mg). Edellä mainituista psykoosilääkkeistä risperidonista on toistaiseksi eniten tutkimuksia, joissa on saatu positiivista näyttöä (6). Klomipramiini on eräissä tutkimuksissa ollut SSRI-lääkkeitä tehokkaampi, mutta sillä on huomattavia haittavaikutuksia, joten sitä tulisi kokeilla vasta ensilinjan ja tehostamisen jälkeen. Hyvin vaikeissa tapauksissa on toisaalta käytetty myös klomipramiinia suonensisäisesti annosteltuna. Lisäksi venlafaksiinia (75–225 mg), pindolia (2,5 mg x 3), tryptofaania (3–9 g/vrk), inositolia (18 g/vrk), memantiinia ja D-sykloseriiniä on tutkittu ja saatu näyttöä näiden vaikuttavuudesta (12).

Psykoterapian ja lääkehoidon yh-

### Taulukko 1. Esimerkkejä taajaan, pakonomaisesti ja haittaavalla tavalla toistuvista oireista.

#### Pakkotoimintoja

Käsien pakonomainen peseminen, ylimitoitettu ja vimmainen siivoaminen, ovien sulkeutumisen tai hellan pois päältä olemisen varmisteleminen

#### Pakkoajatuksia teemoittain

Bakteereihin liittyvät, väkivaltamielikuvat, pelko itsensä tai toisen vahingoittamisesta, tavaroiden kadottamisen pelko, järjestys ja symmetria, uskonnolliset tai moraaliset teemat, mieleen tunkeutuvat seksuaaliset ajatukset, taikauskaisuus

## Taulukko 2. Diagnostiset kriteerit (DSM-5)

### A. Pakkotoimia ja/tai -ajatuksia

#### Pakkoajatusten määritelmä

- Toistuvat ja pysyvät ajatukset, yllikkeet tai mielikuvat, jotka koetaan ainakin jossain vaiheessa häiritseviksi, mieleen tunkeutuviksi tai ei-toivotuiksi, ja jotka useimmissa aiheuttavat huomattavaa ahdistusta ja kuormitusta

- Häiriöstä kärsivä yrittää olla välittämättä tai yrittää torjua näitä ajatuksia, yllikkeitä tai mielikuvia tai yrittää neutraloida niitä toisilla ajatuksilla tai toiminnalla

#### Pakkotoimien määritelmä

- Toistuva käyttäytyminen (kuten käsien peseminen, tavaroiden järjestelemine tai tarkistukset) tai mielessä toteutettu toiminta (kuten laskeminen, rukoilu tai sanojen toistaminen mielessä). Häiriöstä kärsivä kokee toimintatavan välttämättömäksi pakkomielleen tai jäykästi noudatettavien sääntöjen vuoksi

- Käyttäytymisellä tai mielessä toteutetulla toiminnalla pyritään ehkäisemään tai vähentämään ahdistusta tai ehkäisemään pelottavaa tapahtumaa tai tilannetta. Nämä toiminnot eivät ole realistisissa suhteissa siihen, mitä niillä pyritään ehkäisemään tai neutraloimaan, tai ne ovat ilmeisesti liiallisia.

- Lapsi tai nuori ei välttämättä osaa nimetä toimien tavoitteita

**B. Pakkoajatukset tai -toiminnot vievät huomattavasti aikaa (vähintään 1 tunti päivässä tai enemmän) tai aiheuttavat huomattavaa kuormittumista tai toimintakyvyn laskua sosiaalisessa, ammatillisessa tai muissa toimintakyvyn keskeisissä ulottuvuuksissa.**

**C. Oireet eivät johdu jonkin aineen (esim. päihde tai lääke) fysiologisista vaikutuksista tai muusta somaattisesta sairaudesta**

**D. Häiriötä eivät selitä paremmin muun mielenterveyden häiriön oireet**

Lisämääre 1. Hyvä ymmärrys: Henkilö tunnistaa häiriöön liittyvien uskomusten olevan varmuudella tai todennäköisesti paikkansa pitämättömiä tai että ne saattavat olla totta tai olla olematta totta.  
Huono ymmärrys: Henkilö kokee näiden uskomusten olevan todennäköisimmin totta.  
Puuttuva ymmärrys/harhaluuloisuus: Henkilö on täysin vakuuttunut uskomuksien paikkansa pitävyydestä.

Lisämääre 2. Henkilöllä on ollut tai on samanaikaisesti tic-häiriö

distelmällä voidaan saada enemmän etua kuin kummallakaan erikseen. Yhdistelmähoito on kuitenkin vain hieman tehokkaampaa verrattuna kumpaankin erikseen. Hyvin vaikeissa tapauksissa, jolloin rituaalien kesto on useita tunteja päivässä, on käytetty menestyksellisesti psykokirurgisia hoitoja, joissa joko aiheutetaan täsmällinen leesio tai stimuloidaan häiriöllä keskeiseksi oletettua aluetta. Leikkausmenetelmistä parhaimpiin tuloksiin on päästy gammaveitsellä toteutetulla anteriorisella kapsulotomialla, jolla on saatu hyvä vaste 50–100 prosentille hoidetuista. Aivojen syvästimulaatio (DBS), jossa asetetaan elektrodi

anteriorisen capsula internaan, on toistaiseksi saatu vastetta 70 prosentille potilaista. Mahdollisten komplikaatiotapauksien vuoksi kirurgiset hoidot varataan vain erittäin vaikeasteisiin ja kroonistuneisiin häiriön muotoihin (6).

### Lopuksi

WHO on listannut pakko-oireisen häiriön yhdeksi kymmenestä somaattisesta ja psykiatrisesta sairaudesta, jotka aiheuttavat todennäköisesti eniten toimintakyvyn luhonemista (13). Etenkin sosiaalinen toimintakyky näyttää olevan puutteellinen ja joillakin verrannollinen skitsofrenian

aiheuttamaan toimintakyvyn huononemiseen. Pakko-oireinen häiriö on elinikäinen riesa, jossa täyden remission saavuttaminen on harvinaista (vain runsaat 10 %) (12). Ennusteseen vaikuttavat ymmärrys omasta tilasta ja komorbiditeetti.

Moni pakko-oireisesta häiriöstä kärsivä etsii asiantuntevaa lääkäriä ympäri Suomea. Asianmukaisessa tunnistamisessa ja tietotaidoissa on puutteita. Koska häiriö on tavallinen ja invalidisoiva, tulisi siihen kiinnittää nykyistä enemmän huomiota kliinissä arjessa ja koulutuksissa.

### Kirjallisuutta

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
2. Voderholzer U, Schlegl S, Külz AK. [Epidemiology and health care situation of obsessive-compulsive disorders]. *Nervenarzt* 2011;82:273–4. [Epidemiologie und Versorgungssituation von Zwangsstörungen]
3. Foa EB, Kozak MJ. DSM-IV field trial obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:1.
4. Zaudig M. [Heterogeneity and comorbidity of obsessive-compulsive disorder]. *Nervenarzt*. 2011;82:290, 292, 290–8. ? [Heterogenität und Komorbidität der Zwangsstörung]
5. Fineberg NA, Saxena S, Zohar J, Craig KJ. Obsessive-compulsive disorder: boundary issues. *CNS Spectr* 2007;12:359–64.
6. Steketee G. The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive Disorders. New York: Oxford University Press 2012.
7. Olatunji BO, Davis ML, Powers MB, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *J Psychiatr Res* 2013;47:33–41.
8. Franklin ME, Foa EB. Treatment of obsessive compulsive disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2011;7:229–43.
9. Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC YM. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive compulsive disorder. *J Cons Clin Psychol* 2010;78:705–16.
10. Szechtman H, Woody EZ. Obsessive-compulsive disorder as a disturbance of security motivation: constraints on comorbidity. *Neurotox Res* 2006;10:103–12.
11. Davey GCL. Disgust: The disease-avoidance emotion and its dysfunctions. *Phil Trans R Soc* 2011;366:3453–65.
12. Hudak R, Gopalan P, Dougherty DD: Treatment-resistant Obsessive-Compulsive Disorder. Kirjassa: Treatment Resistant Major Psychiatric Disorders. Toim. Nemeroff CB. New York: Oxford University Press 2012, ss. 167–96.
13. Murray CJ, Lopez AD. The Global Burden of Disease. Cambridge, MA: Harvard University Press 1996.