

Om och om igen ... tvångscirkeln kan brytas

»Om och om igen« – en negativ spiral av upprepade tvångstankar och tvångshandlingar – karakteriserar tvångssyndrom, som räknas bland de tio mest handikappande diagnoserna (somatiska diagnoser inkluderade).

CHRISTIAN RÜCK, med dr, överläkare christian.ruck@ki.se

ERIK M ANDERSSON, doktorand, leg psykolog; båda institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm

SERGEJ ANDRÉEWITCH, överläkare; samtliga Psykiatri Sydväst, Stockholm

SUSANNE BEJEROT, docent, institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet;

överläkare, Norra Stockholms Psykiatri

TORD IVARSSON, docent, överläkare, R-BUP, Oslo, Norge; Drottning Silvias barnsjukhus, Göteborg

SANDRA BATES, fil dr, leg psykolog, leg psykoterapeut, Uppsala

NILS LINDEFORS, professor, institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm; verksamhetschef, Psykiatri Sydväst, Stockholm

Tvångssyndrom (obsessive-compulsive disorder, OCD) karakteriseras av tvångstankar och tvångshandlingar. Tvångstankar är återkommande, ångestväckande tankar, impulser eller fantasier. De upplevs som inkräktande och meningslösa och orsakar kraftig ångest, äckel eller obehag.

För att skingra det intensiva obehag och tvivel som tvångstankarna utlöser utförs lugnande tvångshandlingar, eller sk ritualer. Tvångshandlingar innefattar även ångestreducerande mentala ritualer (tex att kontrollera att inga ord man säger innehåller sju bokstäver), som lätt sammanblandas med tvångstankar.

Vanliga symtom är

- rädsla för smitta och smuts (»Tänk om jag fick HIV av att ta i handtaget?«)
- tvätttvång (handtvätt, dusch, rengöring av saker, tex mat)
- rädsla att skada någon annan (»Tänk om jag sticker kniven i barnet fast jag inte vill?« »Tänk om det börjar brinna för att jag inte kollade spisen?«)
- kontroller (av tex spis, lampor, av att saker är rätt så att ingen kommit till skada)
- samla och spara (tvångstankar om att tappa bort saker, tvång kring att kasta något man egentligen behöver)
- symmetri, ordnande och räknande (tankar om att saker måste kännas »helt rätt«, läsa eller skriva om och om igen, upprepa saker)
- sexuella tvångstankar (»Tänk om jag är pedofil?«)

För att diagnos ska kunna ställas ska tvångstankarna och tvångshandlingarna uppta minst en timme per dag, vara väldigt påfrestande eller medföra sämre funktion i vardagslivet. Förmågan att själv inse det orimliga i tvånget varierar.

»Tvångshandlingar innefattar även ångestreducerande mentala ritualer (tex att kontrollera att inga ord man säger innehåller sju bokstäver)...«

Tvångssyndrom är lika vanligt bland män och kvinnor, debuterar oftast i barndom eller tidig adolescens och har ofta ett kroniskt förlopp [1]. Enligt rangordning med indexet »Years lived with disability« är tvångsproblem bland de tio mest handikappande diagnoserna, somatiska diagnoser inräknade [2].

För att ställa diagnos rekommenderas en strukturerad diagnostisk intervju, tex MINI (Mini internationell neuropsykiatrisk intervju) [3]. Den vanligaste skattningsskalan för tvångssyndrom är »Yale–Brown obsessive-compulsive scale« (Y-BOCS) [4], som innehåller både en symtomchecklista och en symtomskattning.

Skillnaderna mellan symtomen hos barn och ungdomar och hos vuxna handlar om de åldersspecifika uttrycken av symtomen och hur barnets/tonåringens beroende av familjen påverkar hur tvånget gestaltar sig. De yngre barnen har tex upprepnings- eller beröringstvång utan kognitivt innehåll, mer för att det ska »kännas rätt«, medan tonåringarnas tvångssymtom mer liknar dem hos vuxna. Barnets beroende visar sig genom att barnet ofta har lugnande försäkringsritualer med föräldrarna. Det är vanligt med samsjuklighet (hos ca tre fjärdedelar av patienterna) [5], vilket kräver att man noggrant värderar vilken störning som först ska behandlas.

Samsjuklighet med autismspektrumtillstånd

En undergrupp om cirka 15–20 procent av patienter med tvångssyndrom kännetecknas av klart avvikande personlighet, samlartvång, symmetritvång, svårigheter i socialt samspel, rigiditet och sämre psykologiskt och farmakologiskt behandlingsvar.

Denna grupp uppfyller ofta diagnoskriterier för autismspektrumtillstånd (dvs autism och Aspergers syndrom) eller har uttalade autistiska drag [6]. Mellan 25 och 40 procent av dem med autismspektrumtillstånd uppfyller diagnoskriterier även för OCD [7-9]. Här fyller ritualerna en delvis annan funktion än vid »ren OCD«; de ger ökad förutsägbarhet och kontroll.

Personer med autismspektrumtillstånd saknar ofta insikt

SAMMANFATTAT

Tvångssyndrom karakteriseras av tvångstankar och tvångshandlingar; tvångstankarna skapar obehag som neutraliseras med tvångshandlingarna.

Tvångssyndrom debuterar ofta i yngre tonåren, och orsaken till sjukdomen är ofullständigt känd.

Kognitiv beteendeterapi har relativt god effekt.

Läkemedelsbehandling med SSRI, ibland med neuroleptika i tillägg, rekommenderas.

Subspecialiserade mottagningar har börjat växa fram, vilket kan öka tillgängligheten till kvalificerad vård.

om det orimliga i sina tvångsföreställningar. De övervärdiga idéerna kan misstolkas som psykotiska och föranleda anti-psykosbehandling. Emellertid bör serotoninupptagshämmande läkemedel alltid vara förstahandsval. Neuroleptika bör hos dessa patienter vanligen undvikas, eftersom de ofta medför en rad oönskade biverkningar utan att ge påvisbar effekt på tvånget över tid [10].

Patientgruppen innebär en utmaning, eftersom »vanliga« kognitiva och beteendeterapeutiska metoder fungerar sämre [11, 12].

Etiologin huvudsakligen okänd

Tvångssyndromets etiologi är huvudsakligen okänd, och orsaken kan i det individuella fallet oftast inte fastställas. Genetiska faktorer anses spela en viktig roll, men enskilda gener som står för någon betydande riskökning har inte kunnat identifieras [13]. Resultat från hjärnabbildningsstudier stödjer antagandet om avvikelser i de hjärnbanor som förbinder orbitofrontala hjärnbarken med djupare liggande striatala strukturer [14]. En mycket ovanlig förklaring är infektionsutlöst tvång hos barn, sk PANDAS (paediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection) [15].

Tvångssyndrom förefaller vara ungefär lika vanliga i alla kulturer. Repetitiva och stereotypa beteenden med skadliga följder observeras också hos många djurarter. Undvikande av stimuli som kan utlösa tvång kan i stunden ge lindring genom att personen slipper utföra tvångshandlingar men på sikt bidrar det till att vidmakthålla sjukdomen.

Kognitiv beteendeterapi kan minska symtomen

Psykologisk behandling. Både randomiserade kliniska prövningar och kontrollerad forskning i kliniska sammanhang (sk effektivitetsforskning) visar att kognitiv beteendeterapi (KBT) ger förbättringar med symtomreduktion mellan 40 och 75 procent med goda långtidseffekter [16-18].

Lisa, en 31-årig mellanstadielärare, sökte hjälp för sina omfattande tvångsproblem. Hon fick kraftig ångest och äckelkänslor vid kontakt med sina kroppsvätskor och besvärades mycket av tankar om att hon kunde haft kontakt med urin, avföring och svett. Hon ägnade 2-3 timmar per dag åt långdragna duschritualer och 15-25 handtvättar. Komplicerade ritualer med »rena« och »smutsiga« kläder hindrade spridning av hennes »äckel«. När Lisa sökte hjälp undvek hon offentliga miljöer i största möjliga mån, vilket begränsade hennes rörelsefrihet. Hennes sambo var också tvungen att följa ett strikt regelsystem för renlighet, i badrummet och i resten av lägenheten.

De två huvudsakliga komponenterna vid KBT för tvångssyndrom är exponering och responsprevention. Exponering innebär att individen närmar sig de platser, personer, föremål, bilder och inre reaktioner som väcker ångest och obehag. Genom responsprevention lär sig individen gradvis att avstå från tvångshandlingar (ritualer) och undvikande [18].

Dessa till synes enkla principer kräver dock en behandlare som både behärskar KBT och har en förmåga att etablera en god arbetsrelation med den drabbade och dennes anhöriga. Behandlingen är krävande: 13-25 procent vägrar påbörja behandling och 15-25 procent avslutar i förtid [18]. Renodlade kognitiva metoder har inte förbättrat resultaten av KBT, däremot har de ibland ökat deltagandet i behandling.

Vanligtvis sker behandling i öppenvård, med en mer intensiv kontakt under en begränsad tid. Inledningsvis behöver behandlaren skaffa sig en noggrann bild av individens livssitua-



tion, tvångsproblem och mål. En KBT-behandling består normalt av ca 12-30 sessioner med exponering med responsprevention på egen hand mellan sessionerna. Avslutningsvis behövs en plan för att fortsätta med exponering med responsprevention och för att minimera återfall. Anhöriga kan spela en avgörande roll i behandlingen och bör därför få både information och råd från behandlaren [19, 20].

I Lisas fall inleddes behandlingen med en rangordnad lista över platser, föremål och kroppsdelar som väckte obehag. Lättast var utsidan av badrumsdörren, medan kontakt med sitt underliv och spolknappen på toaletten väckte stark ångest och äckel-

»Genetiska faktorer anses spela en viktig roll, men enskilda gener som står för någon betydande riskökning har inte kunnat identifieras...«

FAKTA 1. Läkemedelsbehandling vid tvångssyndrom

- SSRI ges i startdos; utvärdering görs efter tidigast 4–6 veckor. Vid uteblivet eller partiellt svar höjs successivt till högsta tolererade dos. Utvärdering görs efter tidigast 12 veckor.
- Vid otillfredsställande terapisvar byts till annat SSRI-preparat eller klomipramin.
- Vid fortsatt partiellt svar ges tillägg av neuroleptikum i lågdos, tex 0,5–2 mg risperidon. (Modifierat efter NICE och Heyman et al [29, 30])

känslor. Tillsammans med behandlaren kunde Lisa arbeta systematiskt igenom hierarkin genom att vidröra olika platser i badrummet och avstå från sina ritualer. Hon fick löpande skatta ångesten och kunde notera att obehaget förändrades i styrka och karaktär under längre exponeringar och vid upprepningar av övningarna. Tillsammans gjorde de upp ett schema för normal handtvätt och dusch, som definierades konkret som 30 sekunders handtvätt 5–10 gånger per dag och 5 minuters dusch 1 gång per dag. Övriga ritualer och undvikande avskaffades gradvis.

Lisa fick till uppgift att dagligen registrera sitt obehag medan hon genomförde övningar på egen hand. Efter 4 veckors intensiv behandling, kunde hon röra sig i offentliga miljöer och gradvis återgå till sitt arbete. Kontakten med behandlaren glesades ut men fortsatte under ytterligare 6 veckor för att befästa framstegen och hantera eventuella återfall.

Svårare fall kan kräva inläggning eller mer intensivt arbete i hemmet, med utvidgad kontakt med anhöriga, medan lindrigare tvångsproblem kan behandlas i grupp eller via självhjälpprogram [21].

SSRI-preparat fungerar bra – men alternativ behövs

År 1967 prövade spanska psykiatrer det då nya tricykliska antidepressiva läkemedlet klomipramin på ineliggande, svårt sjuka tvångssyndromspatienter. Resultaten var goda och publicerades, men eftersom depression vid svårt tvångssyndrom snarare är regel än undantag avfärdades utfallet av de flesta som resultatet av en antidepressiv effekt, inte en effekt på tvångssjukdomen i sig. Inte förrän 1980 då en svensk jämförande studie visade på en tydlig fördel för ett antidepressivt läkemedel med serotonerg profil (klomipramin) jämfört med ett med noradrenerg profil (nortriptylin) och placebo insåg man att klomipramin har en specifik effekt mot tvång [22].

I och med introduktionen av serotoninåterupptagshämmarna (SSRI) har vi nu tillgång till läkemedel som är säkra och effektiva och som har en mer gynnsam biverkningsprofil än klomipramin. Alla tillgängliga SSRI-preparat har i kontrollerade studier visat sig effektiva och väl tolererade vid tvångssyndrom [23]; några har även indikationen tvångssyndrom hos barn (sertralin och fluvoxamin). Trots det kan man räkna med att ca 40 procent av patienterna inte uppnår tillfredsställande förbättring med första linjens läkemedelsbehandling. Behovet av alternativ till, och tillägg till, SSRI-medicinering är således alltså betydande.

I metaanalyser har man sett effektfördelar för klomipramin jämfört med SSRI, men jämförbarheten studierna emellan vad gäller patienturval har ifrågasatts. De direkt jämförande studierna mellan klomipramin och olika SSRI-preparat som genomförts visar på likvärdig effekt [24].

Andra antidepressiva som venlafaxin, mirtazapin och duloxetin kan teoretiskt tänkas ha effekt vid tvångssyndrom,

men i avsaknad av positiva studier kan dessa inte rekommenderas som förstahandsbehandling. Fallrapporter och öppna studier anger effekt för bensodiazepiner och MAO-hämmare, men beroendepotential respektive biverkningsrisker begränsar användbarheten.

Flera fallrapporter antyder att »megadosering«, dvs dosering långt över Fass-rekommendationen, av SSRI-preparat kan ge effekt hos utvalda patienter [25].

En kombination av olika SSRI-preparat har i några studier visat effekt men kan inte rekommenderas generellt på grund av biverkningsrisken (serotonergt syndrom). Tilläggsbehandling med bl a litium, buspiron, inositol och pindolol har studerats med blandade, mestadels negativa resultat [26].

Den tilläggsbehandling som har bäst vetenskapligt stöd är tillägg av ett neuroleptikum (tex risperidon) i låg dos till pågående SSRI-behandling [27]. Vid samtidig ticssjukdom ökar sannolikheten för terapeutiskt svar [28].

Snabb utsättning medför stor risk för symtomrecidiv, varför utsättning görs sakta i nedtrappande dosering. Långtidsstudier saknas, men konsensusriktlinjer rekommenderar minst ett års behandling vid erhållen effekt [29].

Fakta 1 sammanfattar principerna för läkemedelsbehandling vid tvångssyndrom.

Behandling av tvångssyndrom hos barn och ungdomar

I behandlingen av barn och ungdomar med tvångssyndrom är kognitiv beteendeterapi den effektivaste metoden och har god evidens [31], medan SSRI bör användas då KBT ger otillräcklig effekt.

I KBT behövs särskilda föräldrainerventioner för att reducera föräldrabetenden som underblåser tvångssymtomen, tex alltför stor anpassning till sjukdomen eller försäkringsritualer.

Flera projekt på gång

Tvångssyndrom är en mångfasetterad sjukdom där effektiv behandling finns. Tillgängligheten till diagnostik och behandling, framför allt KBT, är dock låg. Utifrån evidens borde KBT vara förstahandsbehandling. På senare år har flera högspecialiserade mottagningar för tvångssyndrom för både barn och vuxna vuxit fram.

Det pågår också flera behandlingsstudier som förhoppningsvis kan bidra till förbättrade behandlingsmöjligheter. I Göteborg pågår flera forskningsprojekt kring tvångssyndrom hos barn och ungdomar; ett är det nordiska samarbetsprojektet »Nordic longterm OCD treatment study« (NordLOTS). I detta projekt ges alla patienterna KBT, och de som inte kan tillgodogöra sig terapin randomiseras till fortsatt KBT eller sertralin. I ett tredje steg undersöker man om aripiprazol kan förstärka sertralineffekten när KBT och sertralin ger otillräcklig effekt. I studien undersöks också genetiska faktorer betydelse vid tvångssyndrom och dess behandling.

Vid Karolinska institutet utvecklas Internetförmiddad KBT för tvångssyndrom <<http://www.internetpsykiatri.se>>. Nya neurokirurgiska tekniker såsom djup hjärnstimulering (deep brain stimulation) [32] skulle i framtiden kunna bli ett behandlingsalternativ om de visar sig vara effektiva, och de skulle därmed kunna ersätta irreversibel kirurgi, tex kapsulotomi [33].

Utöver den forskning och utveckling som bedrivs är svens-

»Tvångssyndrom är en mångfasetterad sjukdom där effektiv behandling finns.«

ka OCD-förbundet Ananke <<http://www.ocdforbundet.se>> – en livaktig patient- och anhörigförening med lokalavdelningar i stora delar av landet – en viktig pusselbit för bättre vård.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Sergej Andréewitch har fått arvode för föreläsningar/utbildning från Eli Lilly, Pfizer, Lundbeck och AstraZeneca; han är också medicinsk rådgivare för Länsförsäkringar.*

REFERENSER

- Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*. 2002;360(9330):397-405.
- Murray CJL, Lopez AD; Harvard School of Public Health, World Health Organization, World Bank. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, Mass: Published by the Harvard School of Public Health, World Health Organization, World Bank, Harvard University Press; 1996.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):1006-11.
- Ivarsson T, Melin K, Wallin L. Categorical and dimensional aspects of co-morbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17(1):20-31.
- Bejerot S. An autistic dimension: a proposed subtype of obsessive-compulsive disorder. *Autism*. 2007;11(2):101-10.
- Russell AJ, Mataix-Cols D, Anson M, Murphy DG. Obsessions and compulsions in Asperger syndrome and high-functioning autism. *Br J Psychiatry*. 2005;186:525-8.
- Matsunaga H, Nagata T, Hayashida K, Ohya K, Kirriike 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(6):863-8.
- Pauls DL. The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12(2):149-63.
- Giedd JN, Rapoport JL, Leonard HL, Richter D, Swedo SE. Case study: acute basal ganglia enlargement and obsessive-compulsive symptoms in an adolescent boy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(7):913-5.
- Abramowitz JS. The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry*. 2006;51(7):407-16.
- Thorén P, Åsberg M, Cronholm B, Jörnstedt L, Träskman L. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. I. A controlled clinical trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37(11):1281-5.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. p. 127.
- Zohar J, Judge R. Paroxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. OCD Paroxetine Study Investigators. *Br J Psychiatry*. 1996;169(4):468-74.
- Bejerot S, Bodlund O. Response to high doses of citalopram in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;98(5):423-4.
- Fineberg NA, Gale TM. Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2005;8(1):107-29.
- Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B, Coric V, Bracken MB, Leckman JF. A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*. 2006;11(7):622-32.
- NICE. Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005.
- Heyman I, Mataix-Cols D, Fineberg NA. Obsessive-compulsive disorder. *BMJ*. 2006;333(7565):424-9.
- Watson HJ, Rees CS. Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(5):489-98.
- Denys D, Mantione M, Figeet M, van den Munckhof P, Koerselman F, Westenberg H, et al. Deep brain stimulation of the nucleus accumbens for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(10):1061-8.