

Ångestsjukdomar

Fastställda april 2020 av Läke-medelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltiga till april 2022.

Huvudbudskap

- ▶ Psykopedagogiska insatser till vuxna och psykopedagogisk basbehandling till barn och ungdomar bör först erbjudas
- ▶ Psykoterapi enligt KBT är förstahandsval vid lätta och medelsvåra ångestsjukdomar och ska erbjudas, enbart eller i kombination med läkemedelsterapi, så tidigt som möjligt efter diagnos
- ▶ Förstahandsmedel vid läkemedelsterapi är sertralin
- ▶ Bensodiazepiner rekommenderas inte vid ångestsjukdomar på grund av risken för beroendeutveckling och bör endast användas i undantagsfall vid akut eller svår ångest och då endast som korttidsbehandling
- ▶ Suicidrisk bör bedömas
- ▶ Somatisk sjuklighet och dödlighet är förhöjd vid ångestsjukdomar och bör efterforskas i anamnes och status
- ▶ Ohälsosamma levnadsvanor avseende fysisk aktivitet, alkohol, rökning och kost bör uppmärksammas och åtgärder erbjudas

Bakgrund

Ångestsjukdomar är vanliga och drabbar var tredje kvinna och var femte man. Det är en hög samsjuklighet med depressions- och beroendesjukdomar. Även den somatiska sjukligheten och dödligheten är förhöjd. Debuten sker ofta i unga år och besvär tenderar att bli kroniska utan behandling.

Ångestsjukdomar skiljer sig därmed från stressinducerad oro och ångest som i de flesta fall är av övergående natur. Indikation för behandling av ångestsjukdomar föreligger vid ett kliniskt signifikant lidande och/eller en funktionsnedsättning som påverkar socialt umgänge, arbete, studier eller andra viktiga funktionsområden.

Diagnostik

Ångestsjukdomar diagnostiseras genom det kliniska samtalet och kan kompletteras med en kriteriebaserad strukturerad intervju, t.ex. [MINI](#), eller för specialister psykiatri SCID-I eller [MINI-KID](#). Samsjuklighet med t.ex. trauma och riskbruk av alkohol/droger är vanligt. Inhämta anamnes och gör somatisk undersökning samt relevant utredning för att utesluta bakomliggande somatiska sjukdomstillstånd, t.ex. hjärtsvikt, diabetes, tyreoidesjukdomar och anemi. Specifika skattningsskalor för symtomnivå/svårighetsgrad samt utvärdering av behandlingseffekt finns för de olika ångestsjukdomarna.

Ångestsjukdomar som tas upp i dessa riktlinjer är paniksyndrom (F41.0), generaliserat ångestsyndrom (F41.1), social fobi (F40.1) och specifik fobi (F40.2). Vi har även valt att inkludera tvångssyndrom (F42.0 eller 42.1) även om de enligt DSM-5 inte längre räknas till ångestsjukdomarna.

Behandling

Psykopedagogiska insatser bör ges till alla patienter med muntlig och skriftlig information. Förslag på litteratur och rekommendationer om egenvård, se [1177](#). Närstående, som ofta utgör ett viktigt stöd till personer med ångestsjukdomar, bör också erbjudas information och kunskap. Behandlingsplanering görs i dialog med patienten och vid behov med närstående.

Icke-farmakologisk behandling

Psykoterapi enligt vedertagen metod, t.ex. kognitiv beteendeterapi (KBT), har effekt på alla ångestsjukdomar i alla åldrar och bör erbjudas även till äldre. Psykoterapi kan ges såväl individuellt som i grupp. Det finns behandlingsmanualer som är specifika för varje ångestsjukdom. Avspänningsmetoder/tekniker i kombination med läkemedel och/eller psykoterapi kan förstärka behandlingseffekten. Ohälsosamma levnadsvanor avseende fysisk aktivitet, alkohol, rökning och kost bör uppmärksammas och åtgärder erbjudas enligt [Kunskapsstöd - Sjukdomsförebyggande metoder](#).

Farmakologisk behandling

SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare)
Sertralin är förstahandsläkemedel. Hos barn och ungdomar kan fluoxetin användas i andra hand.

SNRI

(serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare)
Venlafaxin depottablett är andrahandsalternativ vid generaliserat ångestsyndrom (GAD) och tredjehandsalternativ vid paniksyndrom och social fobi.

TCA (tricykliskt antidepressiva)

Klomipramin är rekommenderat andrahandsval.

Pregabalin

Tredjehandsalternativ vid GAD, men saknar indikation för övriga ångestsjukdomar. Beakta risken för beroendeutveckling.

SGA (andra generationens antipsykotika)

Quetiapin, olanzapin, risperidon och aripiprazol kan användas vid GAD. SGA kan också användas som tillägg om maximal dos av antidepressiva ej gett önskad effekt vid svårt tvångssyndrom. Metabola biverkningar bör beaktas.

BDZ (bensodiazepiner)

Rekommenderas inte vid ångestsjukdomar på grund av risken för beroendeutveckling. Om BDZ i undantagsfall används vid akut eller svår ångest bör behandlingen vara kort, maximalt 4 veckor. För långtidsbehandlade patienter bör man erbjuda planerad utsättning/nedtrappning om man i det enskilda fallet bedömer det som lämpligt enligt [RMR Bensodiazepiner och bensodiazepinanaloger – In- och utsättning](#).

Sexuella biverkningar

Vid SSRI-behandling kan sexuella biverkningar uppstå. Både kvinnor och män rapporterar påverkan på sexuell funktion i samma omfattning orsakad av minskad sexuell lust (libido), främst associerat till orgasmsvårigheter för kvinnor och fördröjd ejakulation för män. Preparat med mindre eller ingen serotonerg profil kan då väljas, t.ex. mirtazapin eller bupropion. Vid god SSRI-effekt kan kombination med bupropion eller buspiron provas liksom uppehåll med enstaka tablett.

Graviditet och amning

Sertralin är förstahandsval vid graviditet och amning. Vid nyupptäckt graviditet under pågående behandling med SSRI kan behandlingen fullföljas om tillståndet motiverar det. Se [Janusinfo. RMR](#) som specificerar vårdnivå finns.

Paniksyndrom

Debuten sker vanligen mellan tonåren och 40-årsåldern. Paniksyndrom innebär återkommande attacker av intensiv rädsla med obehagliga kroppsliga symtom som hjärtklappning, andnöd, yrsel och illamående. Detta gör att patienten ofta söker akut somatisk vård. Somatisk undersökning är viktig vid den första kontakten för att värdera och utesluta somatiska orsaker till patientens symtom, t.ex. hjärtsvikt, astma, hyperthyreos eller lungemboli. Lika viktigt är en pedagogisk förklaring till de kroppsliga symtomen.

När patienterna har haft upprepade panikattacker, så att diagnosen kan fastställas, är behandlingen i första hand KBT och/eller SSRI (sertralin) alternativt klomipramin i andra hand. Denna patientgrupp är ofta känslig för läkemedelsbiverkningar varför det är viktigt att börja med en mycket låg startdos (sertralin 25 mg och klomipramin 10 mg). Dosen får sedan försiktigt trappas upp med en veckas mellanrum. Målet för läkemedelsbehandlingen är primärt att lindra intensiteten och minska frekvensen av panikattacker. Sekundär målsättning är att även förväntansångesten ska släppa eller bli hanterbar. För att så småningom lyckas med successiv utsättning av medicineringsen måste förväntansångesten varit borta/hanterbar i minst 6

DOSERINGSTABELL	Paniksyndrom	Generaliserat ångestsyndrom	Social fobi	Tvångssyndrom
Sertralin (förstahandsval)	25-200 mg	50-200 mg	25-200 mg	50-200 mg
klomipramin (andrahandsval till vuxna)	10-150 mg		10-150 mg	50-200 mg
Fluoxetin (andrahandsval till barn och ungdomar)		10-40 mg	10-20 mg	20-80 mg
Venlafaxin depot	37,5-150 mg	75-150 mg (2:a hand)	37,5-150 mg	75-300 mg
Pregabalin Orion		50-600 mg (3:e hand)		

månader. Nedtrappning av läkemedelsdosen ska ske enligt samma principer som insättningen dvs. långsamt och med små dosjusteringar.

Generaliserat ångestsyndrom (GAD)

Debuten sker ofta i unga år och förloppet är vanligtvis långvarigt. Det är vanligt att patienten säger att symtomen har funnits så länge hen minns. De har ofta varit ängsliga som barn och har en tendens att oroa sig för allt.

Läkemedelsbehandling med SSRI (sertralin) i första hand, SNRI (venlafaxin depottabletter) i andra hand och Pregabalin Orion i tredje hand rekommenderas. KBT kan ha effekt, enbart eller i kombination med läkemedel. Vid GAD kan SGA prövas som tilläggsbehandling. Den farmakologiska behandlingen tenderar att bli långvarig eller bestående. Doseringen av SSRI ligger ofta i det högre intervallet och väl så högt som vid depressionsbehandling.

Social fobi

Graden av funktionsnedsättning avgör om behandling krävs. Även här sker debuterna ofta under ungdomsåren. Patienterna utvecklar ett undvikande beteende för situationer som skapar ångest, t.ex. att man på något sätt kommer i centrum för uppmärksamheten. Ibland klarar dessa personer av mer utsatta situationer i arbetet, när de har en yrkesroll, än vad de gör på fritiden.

Behandling är i första hand KBT som med fördel kan ges som grupperterapi. Om läkemedel behövs är SSRI (sertralin) förstahandsalternativ och klomipramin andrahandsalternativ.

För tillfällig symtomkontroll vid t.ex. rampfeber med uttalad hjärtklappning, svettning och diarréer kan propranolol 10-40 mg övervägas.

Specifik fobi

Irrationell ångest för djur, höjder, hissar och flyg är vanligast. I många fall lyckas dessa individer hjälpligt bemästra sin specifika fobi genom att undvika de situationer som utlöser ångest och söker då inte vård för sina besvär. För andra med mer uttalade besvär kommer det undvikande beteendet att begränsa tillvaron. Detta leder till en försämrad livskvalitet och motiverar patienten att söka vård. Psykoterapi som innefattar exponering för det som utlöser ångesten har bäst effekt. Läkemedel ska ej användas.

Tvångssyndrom

Livstidsprevalensen ligger på 2%. Debuten sker ofta före 20-årsåldern. Förekommer som både tvångstankar och tvångshandlingar, t.ex. kontrolleringstvång eller tvättvång. Överdrivet tvättande kan resultera i handeksem.

Behandling är KBT med exponering och responsprevention alternativt läkemedelsbehandling med SSRI (sertralin). Klomipramin rekommenderas i tredje hand. Behandlingseffekten av läkemedel kommer senare och doseringen är högre än vid övriga ångestsyndrom.

En låg dos SGA kan läggas till om effekten är otillräcklig efter individuellt uppnådd maximal dos av antidepressiva. I undantagsfall kan man även ge SGA till barn och ungdomar. Se även [RMR OCD – Tvångssyndrom och relaterade syndrom](#).

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Behandling är i första hand traumafokuserad psykoterapi. Vid farmakologisk behandling är sertralin rekommenderat. För handläggning av barn och ungdomar se [RMR Vård av barn och ungdomar med PTSD](#) respektive [vuxna](#).

Uppföljning

Effekten av vald behandling följs upp, gärna med hjälp av skattningsskala avseende funktionsnivå och symtomens svårighetsgrad. Vid otillräcklig effekt, överväg kompletterande behandling och/eller intensivare behandlingsinsats. Läkemedelsterapi bör fortgå oförändrad i 6-12 månader efter symtomfrihet. Läkemedlet bör sättas ut gradvis under flera veckor för att undvika utsättningsreaktioner, se [Fas Ut](#). Vid recidiv i samband med utsättning ska behandling i full dos återinsättas och långtidsbehandling övervägas. Suicidriskbedömning ska göras.

Barn och ungdomar

Psykopedagogisk basbehandling bör först erbjudas i primärvården (PV). Samverkan med skolhälsovård kan ske. För barn är det viktigt att en bred medicinsk, psykologisk, social och pedagogisk bedömning görs för att utesluta bakomliggande orsaker, t.ex. ADHD, depression, trauma, autismspektrumstörning, sociala problem/barn som far illa och/eller inlärningsproblem.

KBT är effektivt för barn och ungdomar. Vid svårigheter att genomföra behandlingen är det viktigt att man har en aktiv uppföljning med råd och stöd både till barnet och till närstående. Psykoterapi bör prövas under 3-6 månader innan behandling med läkemedel övervägs. Förstahandsmedel vid läkemedelsterapi är SSRI (sertralin). Kombinationsbehandling med psykoterapi och SSRI bör användas vid separationsångest, generaliserat ångestsyndrom, social fobi och tvångssyndrom. Sertralin har dokumentation från 6 års ålder vid medelsvårt tvångssyndrom. Vid läkemedelsbehandling följ längd- och viktutveckling för att uppmärksamma viktuppgång eller -nedgång respektive tillväxthämning.

Paroxetin och venlafaxin bör ej användas till barn och ungdomar pga. risk för att utlösa självskaumbeteende eller suicidtankar. Selektiv mutism kännetecknas av att barnet inte talar i vissa sociala

sammanhang. Det är vanligt att barnet inte talar i skolan, men däremot i en trygg miljö som t.ex. hemmet. Diagnostisering och behandling sker på BUP. Separationsångest hos barn och ungdomar kännetecknas av överdriven oro vid eller vid hot om separation från sina anknytningspersoner.

Äldre

Ångestsjukdomarna ska behandlas på samma sätt som för yngre men beakta särskilt risken för polyfarmaci och ökad biverkningsrisk. Psykosociala insatser för att t.ex. bryta ensamhet kan ha god effekt hos äldre. Lägg särskild vikt vid differentialdiagnostik av ångestsjukdomar gentemot atypisk depression och demens. BDZ rekommenderas inte på grund av risken för beroendeutveckling, ökad risk för fallskador och kognitiv påverkan. Om BDZ används i undantagsfall vid akut eller svår ångest rekommenderas oxazepam som korttidssterapi. En lägre start- och underhållsdos av SSRI rekommenderas vid behandling av äldre. Föreligger hjärtsjukdom vid insättningen bör risken för försämring av hjärtsjukdomen på grund av biverkningar värderas. SSRI ger ökad blödningsrisk, särskilt i kombination med trombocythämmande läkemedel och antikoagulantia. Beakta om initial SSRI-behandling eller kombinationsbehandling med SSRI och tiaziddiuretika ger hyponatremi. Pregabalin dosen till äldre vid generaliserat ångestsyndrom kan ofta vara låg (25 mg x 2).

Vårdsnivå

Följ [Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri \(vuxna\)](#). [Barn och ungdomar](#) bör remitteras till BUP vid behov av läkemedelsbehandling mot ångest och vid konsultationsbehov.

FÖR TERAPIGRUPP PSYKIATRI

Harald Aiff, ordförande

REFERENSER

Socialstyrelsens nationella riktlinjer år 2017 och information från LV nr 6 2016 samt terapigruppens hemsida: www.vgregion.se/lakemedel/psykiatri www.fasut.nu för inlogg ta kontakt med förvaltningens läkemedelsansvarige

Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Psykiatri
Georg Dolk, georg.dolk@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer (RMR) hittas på www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel. Kan även beställas från Adress & Distributionscentrum; adress.distributionscentrum@vgregion.se