

# Ångestsjukdomar

Fastställd mars 2022 av Läke-medelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. mars 2024.

## Huvudbudskap

- ▶ Psykopedagogiska insatser till vuxna och psykopedagogisk basbehandling till barn och ungdomar ska erbjudas som ett första steg
- ▶ 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 ska bedömas
- ▶ Somatisk sjuklighet är förhöjd vid ångestsjukdomar och ska efterforskas i anamnes och status
- ▶ Ohälsosamma levnadsvanor avseende fysisk aktivitet, alkohol, rökning och kost ska uppmärksammas och åtgärder bör erbjudas

## Bakgrund

Ångestsjukdomar är vanliga och drabbar var tredje kvinna och var femte man. Det är en hög samsjuklighet med depression-, beroendesjukdom och trauma. Även den somatiska sjukligheten och dödligheten är förhöjd. Debuten sker ofta i unga år och besvären 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](#). I specialpsykiatri bör MINI/SCID-I eller [MINI-KID](#) användas. Specifika skattningsskalor för symtomnivå/svårighetsgrad samt utvärdering av behandlingseffekt bör användas (t.ex. [GAD7](#), [PDSS](#), [LSAS](#) och [Y-BOCS](#)) och för barn/ungdomar [SCAS](#). Inhämta anamnes och gör somatisk undersökning samt relevant utredning för att utesluta bakomliggande somatiska sjukdomstillstånd, t.ex. hjärtsvikt, diabetes, tyreoidesjukdom, astma, KOL, lungemboli och anemi. Beakta även psykiatriska differentialdiagnoser och samsjuklighet såsom depression, beroendesjukdom,

personlighetssyndrom och demens. Sjukdomar som tas upp i dessa riktlinjer är paniksyndrom (F41.0), generaliserat ångestsyndrom (F41.1), social fobi (F40.1), specifik fobi (F40.2), tvångssyndrom (F42.0 eller 42.1) samt posttraumatiskt stressyndrom (F43.1).

## Behandling

Patient och närstående ska få muntlig och skriftlig information om tillståndet. Behandlingsplanering görs i dialog med patienten och närstående. Tillståndets svårighetsgrad, tidigare behandlingssatser och patientens önskemål avgör om icke-farmakologisk eller farmakologisk behandling ska väljas.

### Icke-farmakologisk behandling

Informera om egenvård och psykoterapi behandling enligt "[Psykologisk behandling vid ångest- och tvångssyndrom - stegvis behandling \(vuxna\)](#)", respektive [1177](#). Kognitiv beteendeterapi är förstahandsval vid lätta och medelsvåra ångestsjukdomar. Även andra psykoterapier enligt vedertagen metod kan användas. [Internetbehandling](#) kan erbjudas till de patienter som har förutsättningar för detta. Psykoterapi kan ges enbart eller i kombination med läkemedel. Vid långvariga ångeststillstånd med samsjuklighet är kontinuitet särskilt viktig och psykoterapi enligt vedertagen metod bör erbjudas. Avspänningsmetoder/tekniker kan förstärka behandlingseffekten. Ohälsosamma levnadsvanor avseende fysisk aktivitet, alkohol, rökning och kost ska uppmärksammas och åtgärder bör erbjudas enligt [Kunskapsstöd - Sjukdomsförbyggande metoder](#) eller [Fyss kapitel Ångest](#). Om patienten har sömnproblem bör detta behandlas, se RMR [Insomni](#).

### Farmakologisk behandling

**SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare)**  
Sertralin är förstahandsläkemedel. Andrahandsval i SSRI-gruppen är escitalopram för vuxna och fluoxetin för barn och ungdomar.

**SNRI (serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare)**

Venlafaxin depottablett och duloxetin är andrahandsalternativ vid generaliserat ångestsyndrom (GAD). Venlafaxin depottablett kan även övervägas vid paniksyndrom och social fobi.

**TCA (tricykliskt antidepressiva)**

Klomipramin i låg dos är rekommenderat andrahandsläkemedel vid paniksyndrom och i hög dos vid tvångssyndrom.

**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 som tilläggsbehandling vid GAD men också om maximal dos av antidepressiva ej gett önskad effekt vid svårt tvångssyndrom. Metabola biverkningar ska 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, bupropion eller vortioxetin. 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 nypupptäckt graviditet under pågående behandling med SSRI bör 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, diabetes, anemi, hyperthyreos eller lungemboli. Ge en pedagogisk förklaring till de kroppsliga symtomen och lär patienten en andningsövning, se [1177](#).

När patienterna har haft upprepade panikattacker, så att diagnosen kan fastställas, är behandlingen i första hand KBT som syftar till att förändra de tankar och känslor som är en central

Dostabell för indikation och preparat	Förstahandsval för vuxna	Alternativt SSRI för vuxna	Andrahandsval för vuxna	Förstahandsval för barn och ungdomar	Andrahandsval för barn och ungdomar
Paniksyndrom	Sertralin 25-200 mg	Escitalopram 5-20 mg	Klomipramin 10-150 mg	Sertralin 25-200 mg	Escitalopram 5-20 mg
Generaliserat ångestsyndrom (GAD)	Sertralin 50-200 mg	Escitalopram 10-20 mg	Venlafaxin depot 75-150 mg <i>alternativt</i> Duloxetin 30-120 mg	Sertralin 25-200 mg	Fluoxetin 10-40 mg
Social fobi	Sertralin 25-200 mg	Escitalopram 5-20 mg	Venlafaxin depot 75-150 mg	Sertralin 25-200 mg	Fluoxetin 10-20 mg
Tvångssyndrom	Sertralin 50-200 mg	Escitalopram 10-20 mg	Klomipramin 50-200 mg	Sertralin 25-200 mg	Fluoxetin 20-80 mg

del i problematiken. Vid läkemedelsbehandling är SSRI (sertralin) förstahandsalternativ och klomipramin andrahandsalternativ. 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. Venlafaxin kan övervägas. 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 medicineringen måste förväntansångesten varit borta/hanterbar i minst 6 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. KBT kan ha effekt, enbart eller i kombination med läkemedel.

Läkemedelsbehandling med SSRI (sertralin) i första hand, SNRI (venlafaxin depottabletter och duloxetin) i andra hand och Pregabalin Orion (50–600 mg) i tredje hand rekommenderas. Vid GAD kan SGA prövas som tilläggsbehandling. Långvarig farmakologisk behandling är ofta indicerat. 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 debuten 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, än vad de gör på fritiden.

Behandling är i första hand KBT som med fördel kan ges som gruppterapi. Om läkemedel behövs är SSRI (sertralin) förstahandsalternativ. Venlafaxin depottablett kan prövas. För tillfällig symptomkontroll vid t.ex. rampfeber med uttalad hjärtklappning, svettning och darrningar 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. Behandling är KBT med exponering. Läkemedel bör 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 som andrahandsmedel. 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 se [RMR Vård av barn och ungdomar med PTSD](#) respektive [vuxna](#).

## Uppföljning

Effekten av vald behandling följs upp, gärna med stöd av skattningsskala. Vid otillräcklig effekt, överväg kompletterande behandling och/eller intensivare behandlingsinsats. Läkemedelsterapi bör fortgå oförändrad i 6–12 månader efter symptomfrihet. 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 fånga upp bakomliggande orsaker, t.ex. ADHD, depression, trauma, autismspektrumstörning, inlärningsproblem, bristande omvårdnad och våldsutsatthet.

Överväg separationsångest som kännetecknas av överdriven oro vid eller vid hot om separation från anknytningspersoner. Överväg också selektiv mutism som 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.

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 följs längd- och viktutveckling för att uppmärksamma viktuppgång eller -nedgång respektive tillväxthämning. Se [RMR Barn och unga med tecken på psykisk ohälsa - omhändertagande inom vårdval vårdcentral och vårdval rehab](#).

Paroxetin och venlafaxin bör ej användas till barn och ungdomar pga. risk för att utlösa självskadebeteende eller suicidtankar.

## 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 korttidsbehandling. En lägre start- och underhållsdos av SSRI rekommenderas vid behandling av äldre. Föreligger hjärtsjukdom eller polyfarmaci vid insättningen bör risken för arytmi på grund av QTc-förlängning beaktas. SSRI ger ökad blödningsrisk, särskilt i kombination med trombocythämmande läkemedel och anti-koagulantia. Beakta att SSRI-behandling initialt eller vid kombinationsbehandling med tiaziddiuretika kan ge hyponatremi. Pregabalin dosen till äldre vid generaliserat ångestsyndrom kan ofta vara låg (25 mg x 2).

## Vårdnivå

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

## Länkar

[Terapigruppens hemsida](#)

## Kontakt:

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

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på [www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel](http://www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel). Kan även beställas från Adress & Distributionscentrum; [adress.distributionscentrum@vgregion.se](mailto:adress.distributionscentrum@vgregion.se)