

Ångestsjukdomar

Fastställt maj 2024 av Läke-medelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. maj 2026.

Huvudbudskap

- Psykopedagogiska insatser till vuxna och psykopedagogisk basbehandling till barn och ungdomar ska erbjudas som ett första steg
- Kognitiv beteendeterapi (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 sertralinn
- Bensodiazepiner rekommenderas inte vid ångestsjukdomar på grund av risken för beroendeutveckling och bör endast användas i undantagsfall vid akut 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 specialistsykiatri 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 som samsjuklighet såsom depression, beroendesjukdom, personlighets-

syndrom och demens. Symptom på ångest kan ta sig olika uttryck för kvinnor och män och skilja sig åt beroende på kulturell bakgrund. Överväg [kulturformuleringsintervju](#).

Sjukdomar som tas upp i dessa riktlinjer är paniksyndrom (F41.0), generaliserat ångestsyndrom (GAD) (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 behandlingsinsatser och patientens önskemål avgör om icke-farmakologisk eller farmakologisk behandling ska väljas.

Icke-farmakologisk behandling

Förstahandsvalet vid behandling är kognitiv beteendeterapi (KBT). [Fysisk aktivitet](#) är gynnsamt vid de flesta ångesttillstånd, och vägledning och stöd kan erbjudas.

Behandlingen startar med muntlig och skriftlig information om tillståndet, genomgång av effektiva behandlingsalternativ och psykopedagogiska interventioner. Om detta inte bedöms tillräckligt, erbjuds behandling i form av vägledad KBT med diagnosspecifika manualer/böcker eller KBT via nätet. Om effekt av vägledad KBT uteblir eller inte bedöms lämpligt, erbjuds behandling med ökat behandlarstöd. Behandlingen kan då ske i grupp, digitalt, digifysiskt eller fysiskt. Individuellt vid behov. Även vid långvariga ångesttillstånd med samsjuklighet bör KBT erbjudas och då är kontinuitet särskilt viktigt. Icke-farmakologisk behandling kan vid behov kombineras med läkemedel.

Ohälsosamma levnadsvanor avseende fysisk aktivitet, alkohol, rökning och kost ska uppmärksammas och åtgärder bör erbjudas enligt [gällande riktlinjer](#).

Om patienten har sömnproblem bör detta behandlas, se [RMR Insomni](#).

Farmakologisk behandling

SSRI

Förstahandsval vid läkemedelsterapi är sertralinn. Andrahandsval i SSRI-gruppen är escitalopram för vuxna och fluoxetin för barn och ungdomar. För dosering och andra alternativ, se tabell. Vid otillräcklig effekt bör läkemedlet prövas i fulldos och koncentrationsbestämning övervägas.

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.

Bensodiazepiner (BDZ)

Rekommenderas inte vid ångestsjukdomar på grund av risken för beroendeutveckling. Om BDZ i undantagsfall används vid akut svår ångest bör behandlingen vara kort, maximalt 4 veckor. För långtidsbehandlade patienter eller om normaldos enligt FASS överskrids 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 bupropion prövas liksom uppehåll med enstaka tablett.

Graviditet och amning

Sertralinn är förstahandsval vid graviditet och amning. Vid nyupptäckt graviditet under pågående behandling med SSRI bör behandlingen fullföljas om tillståndet motiverar det. Se [Janus-info](#). [RMR](#) som specificerar vårdnivå finns.

Paniksyndrom

Debuten sker vanligen mellan ton- och 40-årsåldern. Paniksyndrom innebär återkommande attacker av intensiv rädsla med obehagliga kroppsliga symptom 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 symptom, t.ex. hjärtsvikt, astma, diabetes, anemi, hyperthyreos eller lungemboli. Använd [Clarks modell för paniksyndrom](#) för att öka medvetenheten och därmed minska problemen.

När patienterna har haft upprepade panikattacker, så att diagnosen kan fastställas, är behandlingen i första hand KBT. Vid läkemedelsbehandling är SSRI (sertralinn) förstahandsalternativ och klomipramin andrahandsalternativ. Denna patientgrupp är ofta känslig för läkemedelsbiverkningar varför det är viktigt att börja med en mycket låg startdos (sertralinn 25 mg och klomipramin 10 mg). Dosen får sedan försiktigt trappas upp med en veckas mellanrum. Venlafaxin kan

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
Posttraumatiskt stressyndrom	Sertralin 25–200 mg	Fluoxetin 20–60 mg	Venlafaxin depot 75–150 mg	Se nedan	Se nedan

överbägas. 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. Viss risk för beroendeutveckling. Vid GAD kan SGA provas 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 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, än vad de gör på fritiden.

Behandling är i första hand KBT som grupp-terapi via nätet. Om läkemedel behövs är SSRI (sertralin) förstahandsalternativ. Venlafaxin depottablett kan provas. För tillfällig symtomkontroll vid t.ex. rampfeber med uttalad hjärklappning, svettning och darrningar kan propranolol 10–40 mg överbägas.

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

Förekommer som både tvångstankar och tvångshandlingar, t.ex. kontrolleringstvång eller tvångtvång vilket kan resultera i handeksem.

Behandling är KBT med exponering och responsprevention alternativt läkemedelsbehandling med SSRI (sertralin). Klomipramin rekommenderas som andrahandsmedel hos vuxna. 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](#) samt [RMR OCD barn och ungdomar](#).

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 (se diagnostik). 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. För ytterligare råd om nedtrappning och utsättning kan FAS UT användas. FAS UT är inte längre tillgänglig digitalt för VGR, men boken kan köpas i tryckt format. 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 bör 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, våld och annan social utsatthet. Överbäga separationsångest som kännetecknas av överdriven oro vid eller vid hot om separation från anknytningspersoner. Överbäga 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 provas 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. Vid PTSD och samtidig kraftig komorbid ångest och/eller depression kan sertralin användas (25–200 mg). Sertralin har dokumentation från 6 års ålder vid medelsvårt tvångssyndrom. Vid svårt tvångssyndrom där sertralin har otillräcklig effekt kan aripiprazol provas. 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 suicidtänkar.

Äldre

Även äldre ska erbjudas KBT vid ångest. Vid läkemedelsbehandling, beakta risk för polyfarmaci och biverkningar. Psykosociala insatser för att t.ex. bryta ensamhet kan ha god effekt hos äldre. Tänk på att ångest kan vara delsymtom vid depression, somatisk sjukdom 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 svår ångest rekommenderas oxazepam som korttidsterapi. 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 antikoagulantia. Beakta att SSRI-behandling initialt eller vid kombinationsbehandling med tiaziddiuretika kan ge hyponatremi. Pregabalindosen till äldre vid GAD kan ofta vara låg (25 mg x2).

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

Kontakt:

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

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på
www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel.
OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.