

SBU:s sammanfattning och slutsatser



SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering
The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care

SBU utvärderar sjukvårdens metoder

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) är en statlig myndighet som utvärderar sjukvårdens metoder. SBU analyserar nytta och kostnader för olika medicinska metoder och jämför vetenskapens ståndpunkt med svensk vårdpraxis. Målet är ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör vilken sjukvård som ska bedrivas. Välkommen att besöka SBU:s hemsida, www.sbu.se

SBU ger ut tre serier av rapporter. I den första serien presenteras utvärderingar som utförts av SBU:s projektgrupper. Dessa utvärderingar åtföljs alltid av en sammanfattning och slutsatser fastställda av SBU:s styrelse och råd. Denna rapportserie ges ut med gula omslag. I den andra serien, med vita omslag, presenteras aktuella kunskaper inom något område av sjukvården där behov av utvärdering kan föreligga. Den tredje serien, Alert-rapporterna, avser tidiga bedömningar av nya metoder inom hälso- och sjukvården.

Rapporten "Behandling av ångestsyndrom" består av två volymer (nr 171/1+2) och kan beställas från:

SBU, Box 5650, 114 86 Stockholm
Besöksadress: Tyrgatan 7
Telefon: 08-412 32 00 • Fax: 08-411 32 60
Internet: www.sbu.se • E-post: info@sbu.se

Grafisk produktion av abc på mac
Tryckt av Elanders Infologistics Väst AB, Mölnlycke 2005
Rapportnr: 171/1 • ISBN 91-87890-98-4 • ISSN 1400-1403

Behandling av ångestsyndrom

En systematisk litteraturöversikt

Volym 1

Projektgrupp

Lars von Knorring (ordförande)	Ingrid Håkanson (projektassistent)
Viveka Alton Lundberg	Agneta Pettersson (projektledare under perioden 2004–2005)
Vanna Beckman (deltog 1995–2002)	Per-Anders Rydelius
Susanne Bejerot	Sten Thelander (projektledare under perioden 1995–2004)
Roland Berg (deltog 1995–2002)	Helene Törnqvist (deltog 1999–2005)
Cecilia Björkelund	Kristian Wahlbeck (deltog 2002–2005)
Per Carlsson (deltog 1995–1999)	Hans Ågren
Elias Eriksson (deltog 1995–2001)	
Tom Fahlén	
Mats Fredrikson	

Externa granskare

Fredrik Almqvist	Per Høglend
Alv A. Dahl	Raben Rosenberg

SBU:s sammanfattning och slutsatser

Slutsatser

- ❑ För samtliga ångestsyndrom finns behandlingsmetoder med dokumenterad effekt (Evidensstyrka 1). Med undantag för specifika fobier är effekterna av såväl farmakologisk som psykoterapeutisk behandling måttliga. Symtomen lindras men det är sällan som full symtomfrihet uppnås. Med få undantag återkommer symtomen när behandlingen avslutats.
- ❑ Samhällskostnaderna, främst i form av nedsatt produktivitet, ökad sjuklighet och dödlighet och ökad konsumtion av somatisk vård är höga. Kostnadseffektiviteten för olika behandlingsalternativ är inte klarlagd.
- ❑ Det vetenskapliga underlaget för att jämföra såväl effekter som kostnadseffektivitet mellan olika behandlingsmetoder är otillräckligt.
- ❑ Studier av psykodynamiskt inriktade behandlingar saknas nästan helt.
- ❑ Några bensodiazepiner har dokumenterad effekt vid vissa ångestsyndrom. Samtidigt är det väl belagt att preparaten ger betydande problem i form av biverkningar, beroende eller att symtomen förvärras igen efter en tids behandling.
- ❑ Det finns inga studier som entydigt belyser varför ångestsyndrom är förknippat med överdödlighet. Långtidsstudier som undersöker huruvida man kan minska överdödligheten med hjälp av någon behandling saknas.

Paniksyndrom, med eller utan agorafobi (skräck att vistas på vissa platser)

- ❑ De antidepressiva läkemedlen sertralin, paroxetin, imipramin och klomipramin minskar antalet panikattacker (Evidensstyrka 1), liksom sannolikt även citalopram och moklobemid (Evidensstyrka 3). Agorafobi påverkas i ringa utsträckning av antidepressiva läkemedel (Evidensstyrka 2).
- ❑ Exponering för de situationer som framkallar panik, lindrar symtomen på agorafobi vid paniksyndrom (Evidensstyrka 2).
- ❑ Kognitiv beteendeterapi (KBT), som inkluderar exponering, lindrar symtomen vid paniksyndrom utan agorafobi eller med lindrig till måttlig agorafobi (Evidensstyrka 1). Effekten på paniksyndrom med svår agorafobi är inte säkerställd. Exponering givet som enda terapi lindrar symtomen på agorafobi (Evidensstyrka 2).
- ❑ Effekten av psykoterapi är mer bestående än effekten av psyko-farmaka (Evidensstyrka 2).
- ❑ Antidepressiva läkemedel kombinerade med kognitiv beteendeterapi eller exponering har visat förstärkt effekt jämfört med behandlingarna givna var för sig (Evidensstyrka 2).

Specifik fobi

- ❑ Exponering, modellinläring och deltagande modellinläring, där patienterna lär sig hantera det som utlöser fruktan, har en god och bestående effekt vid specifik fobi (Evidensstyrka 1).
- ❑ Det saknas stöd för att läkemedelsbehandling är till nytta för patienter med specifik fobi.

Social fobi

- ❑ Läkemedlen fluvoxamin, sertralin, paroxetin, venlafaxin och escitalopram lindrar symtomen vid social fobi (Evidensstyrka 1).

- ❑ Kognitiv beteendeterapi, speciellt i grupp, lindrar symtomen vid social fobi (Evidensstyrka 1).

- ❑ Kombinationer av antidepressiva läkemedel och psykologiska terapier har inte gett bättre resultat än behandling med vardera terapin för sig (Evidensstyrka 2).

Tvångssyndrom

- ❑ Läkemedlen klomipramin, sertralin, paroxetin, fluoxetin och fluvoxamin lindrar symtomen på såväl tvångshandlingar som tvångstankar (Evidensstyrka 1) liksom citalopram (Evidensstyrka 2). Effekten kvarstår så länge som behandlingen pågår men de flesta återfaller när behandlingen avbryts (Evidensstyrka 2).
- ❑ Beteendeterapi (exponering plus responsprevention) förbättrar symtomen hos cirka hälften av patienterna med tvångshandlingar (Evidensstyrka 1). Effekten kvarstår vid uppföljningstider upp till två år (Evidensstyrka 2).

Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD

- ❑ Läkemedlen fluoxetin, sertralin och paroxetin lindrar symtomen vid posttraumatiskt stressyndrom (Evidensstyrka 1). För sertralin har effekten kvarstått vid uppföljning efter upp till ett års behandling (Evidensstyrka 1).
- ❑ Olika former av upprepad exponering för sådant som påminner om den traumatiska händelsen lindrar symtomen vid PTSD (Evidensstyrka 1) liksom kognitiv beteendeterapi (Evidensstyrka 2).
- ❑ EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), som omfattar en kombination av ögonrörelser och beteendeterapi, har effekt vid PTSD (Evidensstyrka 2) men ögonrörelserna saknar specifik terapeutisk betydelse (Evidensstyrka 1).

Generaliserat ångestsyndrom

- ❑ Behandling med läkemedlen paroxetin och venlafaxin lindrar symtomen vid generaliserat ångestsyndrom (Evidensstyrka 1) liksom sertralin och escitalopram (Evidensstyrka 2).
- ❑ Kognitiv beteendeterapi har effekt vid generaliserat ångestsyndrom (Evidensstyrka 2).

Behandling av barn och unga

- ❑ Vid separationsångest, överdriven ängslan, generaliserad ångest och social fobi lindrar kognitiv beteendeterapi symtomen (Evidensstyrka 1). Effekten kvarstår vid uppföljningar upp till två år (Evidensstyrka 2). Fluoxetin, paroxetin, sertralin och fluvoxamin har visat symtomlindrande effekt men inget av preparaten är godkänt på dessa indikationer för unga patienter.
- ❑ För patienter med specifik fobi är exponering för det fruktade föremålet eller situationen av nytta (Evidensstyrka 1).
- ❑ Vid tvångssyndrom lindrar behandling med läkemedlen klomipramin, sertralin och fluoxetin symtomen (Evidensstyrka 1) liksom paroxetin och fluvoxamin (Evidensstyrka 2). Av dessa är sertralin, fluvoxamin och klomipramin godkända för behandling av unga patienter.
- ❑ Vid tvångssyndrom har beteendeterapi, med eller utan kognitiva inslag, likvärdig effekt på symtomen som antidepressiva läkemedel (Evidensstyrka 1). Kombinationsbehandling ger en viss ytterligare effekt (Evidensstyrka 1).
- ❑ Vid posttraumatiskt stressyndrom lindrar kognitiv beteendeterapi symtomen (Evidensstyrka 2).

Inledning

Psykisk ohälsa står för 12 procent av den samlade sjukdomsburden i världen, enligt WHO:s uppskattningar. Den typ av ångesttillstånd som benämns paniksyndrom är den elfte vanligaste orsaken till ohälsa i åldrarna 15–44 år.

De samhällsekonomiska kostnaderna för ångestsjukdomar är höga. En beräkning utförd 1996 visade att de indirekta kostnaderna, framför allt för sjukskrivningar och förtidspensioner, uppgick till drygt 17 miljarder kronor per år i Sverige. De direkta sjukvårdskostnaderna uppgick till 1,5 miljarder kronor, varav 0,3 miljarder för läkemedel.

Ångest definieras som olustkänslor eller kroppsliga spänningssymtom inför en förväntad fara eller olycka där det upplevda hotet kan komma utifrån eller inifrån. Ängslan och ångest som enskilda symtom är vanliga och förekommer vid flera psykiska störningar, t ex depression och psykoser.

Med ångestsyndrom avses att flera symtom på ångest förekommer samtidigt på ett specifikt sätt och med en viss varaktighet. Ångesten ska vara av en sådan svårighetsgrad att den leder till stora inskränkningar i patientens dagliga liv eller andra funktionsnedsättningar. Indelningen i syndrom baseras på observationer att vissa tillstånd karakteriseras av en grupp av symtom och inte på någon kunskap om bakomliggande mekanismer. Det finns inte heller några kända biologiska markörer som kan användas för att ställa diagnosen.

Uppdraget

Uppdraget var att granska olika metoder att behandla de etablerade ångestsyndromen. Symtomlindrande behandling av ospecifika symtom vid oro, ängslan och ångest ingick inte i uppdraget.

Utvärderingen innefattade behandling av barn, ungdomar och vuxna med:

- Paniksyndrom
- Tvångssyndrom
- Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)
- Generaliserat ångestsyndrom (GAD)
- Fobier.

Eftersom ångestsyndrom ofta har ett långdraget förlopp lades ett speciellt fokus på att finna studier som värderar behandlingseffekterna på lång sikt.

Rapporten grundas på en systematisk genomgång av litteraturen. Granskningen inleddes med en bred databassökning för att identifiera alla publikationer om behandling av ångestsyndrom. I en stegvis process valdes de studier ut som uppfyllde kraven i SBU:s kvalitetsgraderingsmall för psykiatriprojekt.

Värderingen av läkemedelseffekter baserades på studier där läkemedlet jämförts med placebo eller med annan aktiv behandling. När det gäller psykoterapier har även studier där kontrollgruppen stått på väntelista för behandling accepterats för granskning.

Sammanställningen av studier och deras respektive bevisvärden utgör grunden för slutsatserna om behandlingseffekter. Det sammanlagda vetenskapliga underlaget värderas som en evidensstyrka (se Faktaruta 1).

Faktaruta 1

Krav för evidensgradering av SBU:s slutsatser.

Evidensstyrka 1 – starkt vetenskapligt underlag

Slutsatsen stöds av minst två studier med högt bevisvärde eller en god systematisk översikt.

Evidensstyrka 2 – måttligt starkt vetenskapligt underlag

Slutsatsen stöds av en studie med högt bevisvärde och minst två studier med medelhögt bevisvärde.

Evidensstyrka 3 – begränsat vetenskapligt underlag

Slutsatsen stöds av minst två studier med medelhögt bevisvärde.

Otillräckligt vetenskapligt underlag

Inga slutsatser kan dras när det saknas studier som uppfyller kraven på bevisvärde.

Motsägande vetenskapligt underlag

Inga slutsatser kan dras när det finns studier som har samma bevisvärde men vilkas resultat är motstridiga.

Graderingen förutsätter att studierna pekar i samma riktning. Vid mindre avvikelser kan evidensgraden sänkas. En mycket stor och välgjord randomiserad, kontrollerad studie utförd på ett stort antal centra kan ersätta två mindre studier.

Det är viktigt att vara medveten om den allmänt kända risken för publikationsbias, dvs att studier med positivt resultat, är överrepresenterade i litteraturen. Problemet har uppmärksamats av registreringsmyndigheter, bl a Läkemedelsverket, som i en rapport har påvisat att studier på antidepressiva läkemedel har publicerats selektivt.

I genomgången av litteraturen har gruppen funnit stora, randomiserade studier som endast presenterats summariskt i översiktsartiklar eller som sammanfattningar för kongresser, men som inte har publicerats i vetenskapliga tidskrifter. Om detta är ett tecken på publikationsbias kan det innebära att effekterna för såväl vissa läkemedel som för psykoterapier har överskattats.

Symtom/definitioner

Ångesttillstånd kan medföra panikattacker, fobier och tvångstankar/tvångshandlingar.

Panikattacker definieras som avgränsade, hastigt påkommande attacker av intensiv rädsla, fruktan eller skräck. Paniken förenas ofta med känslor av en förestående undergång och rent fysiska symtom som extraslag av hjärtat och kvävningsskänslor.

Tvångstankar är återkommande, påträngande tankar. En tvångshandling är ett upprepat beteende som förefaller målinriktat och som utförs som svar på en tvångstanke eller i enlighet med en regel som personen känner sig tvingad att följa.

Fobier slutligen, definieras som en bestående irrationell rädsla för ett specifikt stimulus (en utlösande företeelse, aktivitet eller situation). Fobin resulterar i att personen antingen försöker undvika det stimulus som utlöser fruktan eller uthärdar den under lidande.

Diagnostik

Det finns två stora diagnossystem för psykiatriska sjukdomar; ICD (International Classification of Diseases) framtaget av WHO, samt DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) utvecklat av amerikanska psykiatriska föreningen. Båda diagnossystemen har reviderats vid flera tillfällen. Sedan drygt tio år tillbaka används versionerna DSM-IV och ICD-10.

Ångestsyndromen har fått olika innebörd i de olika versionerna av ICD eller DSM. Oftast definieras de likartat i ICD-10 och DSM-IV men i vissa fall kan begränsade skillnader bli väsentliga när det gäller avgränsning, spontanförlopp och svar på behandling. I viss utsträckning uppstår problem även då studier som använder olika versioner av samma diagnossystem ska jämföras. Ett exempel är kriterierna för generaliserat ångestsyndrom där endast DSM-IV kräver att tillståndet ska ha varat minst sex månader samt att störningen ska orsaka signifikant lidande. Det finns alltså risk för att ett urval av patienter som har gjorts med DSM-III-kriterier inte överensstämmer med ett urval som bygger på DSM-IV.

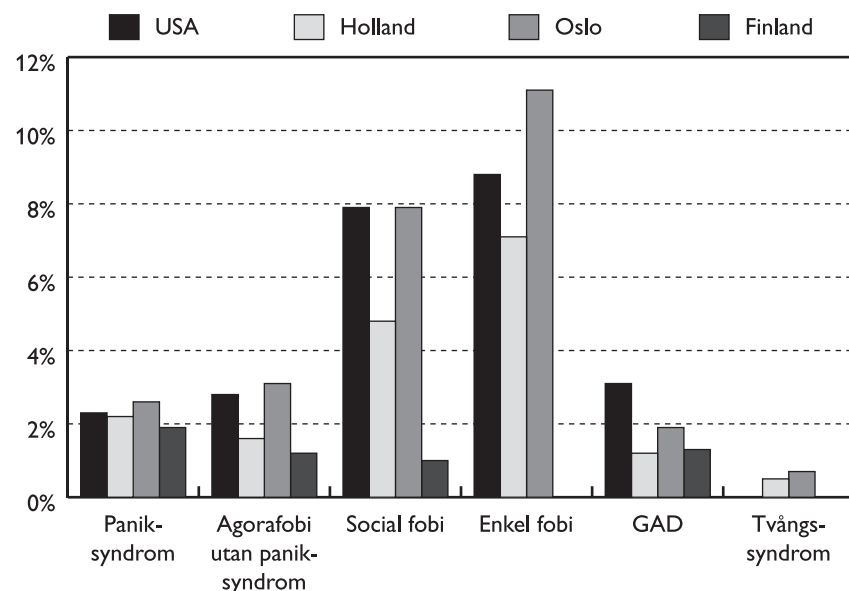
Vid värderingen av behandlingseffekter har därför hänsyn tagits till vilket diagnossystem som har använts och i vilken version.

Tillståndets svårighetsgrad och effekter av behandling följs ofta med hjälp av skattningsskalor. Det finns ett stort antal skalor utvecklade för respektive syndrom.

Ångestsyndrom är vanliga

Ångestsyndrom är vanligt förekommande. Punktprevalensen, dvs andelen individer som under en 12-månaders period har lidit av något ångestsyndrom, varierar mellan 12 och 17 procent i olika epidemiologiska studier. Man har uppskattat att var fjärde individ någon gång i livet kommer att drabbas av ett ångestsyndrom.

Det finns flera epidemiologiska studier från olika länder och kulturer och dessa visar i huvudsak likartad förekomst av de olika syndromen (se Figur 1). Sannolikt är uppgifterna tillämpliga på svenska förhållanden. Ett undantag kan vara social fobi, där förekomsten antas vara mer beroende av sociala och kulturella förhållanden.

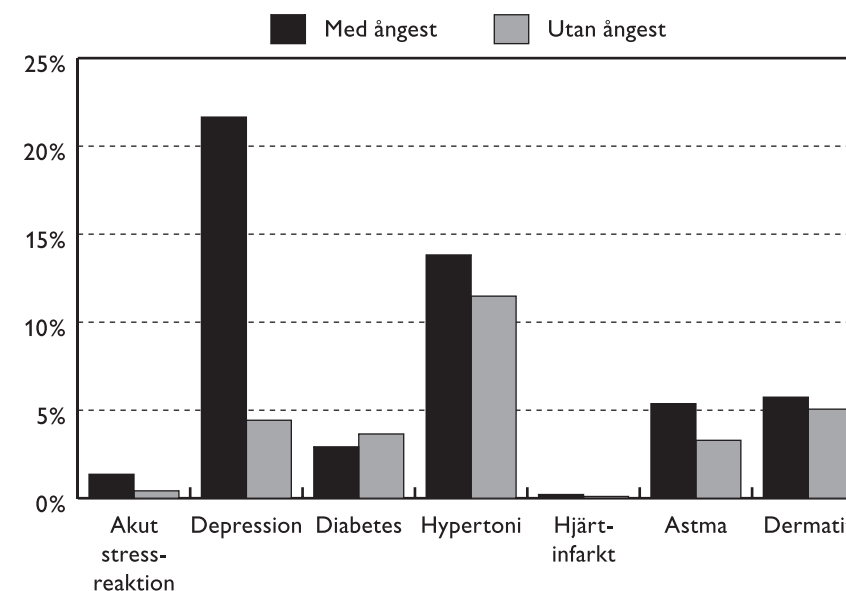


Figur 1 Förekomsten av ångestsyndrom (procent) hos vuxna (20–60 år) under ett år i USA (National Comorbidity Survey), Holland (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study), Oslo (Kringlen m fl) och Finland (Health 2000 Study).

Kvinnor löper högre risk än män att insjukna i ett ångestsyndrom. Studier från USA och Nederländerna anger att mellan 13 och 20 procent av männen och mellan 25 och 30 procent av kvinnorna riskerar att drabbas någon gång i livet. För vissa ångestsyndrom har man kunnat visa att symtom och förlopp skiljer sig mellan män och kvinnor. Detta måste man ta hänsyn till då effekten av behandling ska utvärderas.

Samsjuklighet och överdödlighet

Personer som lider av något ångestsyndrom har ofta andra sjukdomar samtidigt. En stor epidemiologisk studie visade t ex att individerna i genomsnitt hade mer än två psykiska störningar samtidigt men att några hade upp till sju olika psykiatriska diagnoser. Individer med fobier har



Figur 2 Jämförelse av frekvensen av några psykiska och kroppsliga sjukdomar hos 1 900 individer med ångest och 1 900 individer utan ångest (Marciniak och medarbetare, *Depress Anxiety* 2004;19:112-20).

visat samsjuklighet med annan psykisk sjukdom i mer än 80 procent av fallen och med generaliserad ångest i 90 procent. Samtidigt drogmissbruk är också vanligt. En amerikansk studie anger att mer än 35 procent av dem som har generaliserat ångestsyndrom eller fobi missbrukar alkohol eller andra droger.

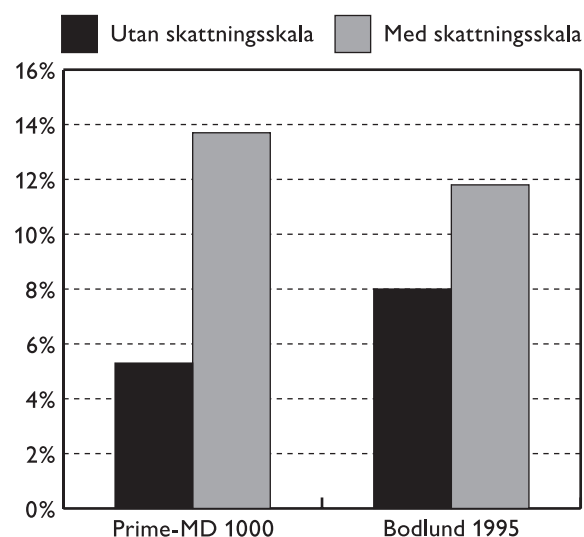
Kroppsliga sjukdomar som t ex hjärtbesvär, diarré, förstoppning, förhöjda blodfetter och astma är vanligare hos patienter med ångestsyndrom än hos normalbefolkningen (se Figur 2).

Vid många av ångestsyndromen finns en betydande överdödlighet. Det gäller t ex paniksyndrom som, enligt en metaanalys, är förknippad med dubbelt så hög dödlighet för de drabbade som för normalbefolkningen, och betydligt högre än vid depression.

Var finns patienterna?

Kunskaperna om handläggning och behandlingseffekter grundar sig på studier som utförts inom specialistvården där patienterna i allmänhet har svårare problem. Cirka 70 procent av de vuxna patienterna återfinns där emot inom primärvården. Deras symtom är ofta lindrigare och uppfattas inte som ”typiska” för ångestsyndrom. Många patienter uppsöker inte heller primärvården för ångest utan för kroppsliga symtom som bröstsmärtor, hjärtklappning eller magbesvär. I en del fall kommer patienten hinna utredas för andra tillstånd innan diagnosen ångestsyndrom ställs och behandling sätts in.

Åtskilliga studier, från internationella såväl som svenska förhållanden, bekräftar att en mindre del av patienterna med ångestsyndrom får sin diagnos i ett tidigt skede. En stor amerikansk studie, Prime-MD 1000, anger t ex att 61 procent av patienterna inte diagnostiserats trots att de hade en läkarkontakt sedan lång tid tillbaka.



Figur 3 Andelen patienter med ångestsyndrom som upptäcks i primärvården med och utan diagnoshjälpmedel. Källor: Prime-MD 1000 och Bodlund 1995.

Diagnostiken kan förbättras genom användning av hjälpmedel, som t ex strukturerade intervjuunderlag eller skattningsskalor (se Figur 3).

Det finns ett fåtal studier som belyser hur vårdens organisation påverkar behandlingsresultatet. En amerikansk studie fann att ett tillägg av utbildning av patienterna, telefonuppföljning och tillgång till psykiatrisk konsult förbättrade behandlingseffekten jämfört med en kontrollgrupp som enbart fick standardbehandling. Detta antyder att behandlingen kan göras mer effektiv genom ett samarbete mellan primärvården och psykiatrisk specialistvård.

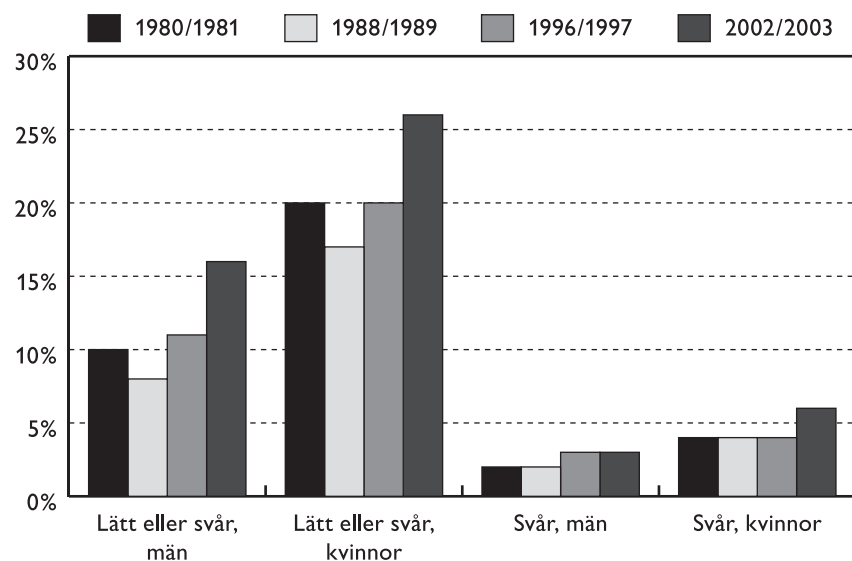
Ångestsjukdomarnas konsekvenser för samhället

Såväl hälsoekonomiska studier som officiell statistik över hälsorelaterade kostnader bekräftar att ångestsyndrom är resurskrävande för samhället. Tillgänglig svensk statistik grundas på ångesttillstånd i vidare bemärkelse vilket medför att andelen av individerna med ”oro, ångslan och ångest” som lider av ett ångestsyndrom inte är känd.

Sjukvårdskonsumtionen är hög och studier utförda på patienter med ångestsyndrom visar att nära 60 procent av kostnaderna beräknas hänföra sig till icke-psykiatrisk vård. En studie kom fram till att patienter med astma som led av samtidigt ångestsyndrom hade tre gånger högre vårdkonsumtion på sjukhus jämfört med patienter med astma utan ångest.

Många patienter med ångestsyndrom blir oförmögna till arbete under kortare eller längre perioder och data antyder att nära hälften av dem står helt utanför arbetslivet. Vissa individer, framför allt kvinnor, riskerar att inte komma in på arbetsmarknaden över huvud taget.

Psykisk ohälsa är ett växande problem, något som bl a kan avläsas av Statistiska Centralbyråns årliga undersökning om levnadsförhållanden (se Figur 4). En femårsuppföljning av individer som uppgett sig ha ångest, oro eller ångslan visade en förhöjd relativ risk för självmordsförsök och sjukhusvård med psykiatrisk diagnos. Riksförsäkringsverket redovisade 2003 en ökning av antalet som långtidssjukskrivs eller förtidspensioneras



Figur 4 Andel av befolkningen i Sverige med ängslan, oro eller ångest (åldersstandardiserat). Källa: Socialstyrelsen, Folkhälsorapport 2005.

pga depression och ångesttillstånd med 6 procentenheter mellan perioden 1995 och 2002.

Behandling av ångestsyndrom

Litteraturen omfattar i huvudsak behandling med läkemedel eller med psykoterapi.

Farmakologisk behandling

Huvuddelen av litteraturen om farmakologisk behandling avser anti-depressiva läkemedel och bensodiazepiner. Bensodiazepiner har en väldokumenterad effekt vid ospecifika ångesttillstånd. Samtidigt är det väl belagt att bensodiazepiner har stora nackdelar. Vid utsättning kan patienterna drabbas av symtom som störningar i lukt- och känselsinnet, förvirring och parestesier (domningar, yrsel, förändrat luktsinne etc). Det är vanligt att ångesten återkommer efter en tids behandling, ofta

starkare än före behandling. Dessutom finns en stor risk för att patienten blir beroende av läkemedlet.

Psykoterapi

De beteendeterapeutiska metoder som används vid ångestsyndrom är framför allt exponering och avslappning. Exponering innebär att patienter utsätter sig för den fruktade situationen antingen stegvis eller direkt ("flooding" eller "implosion therapy"). Patienten ska förmås att utvärda fobiska stimuli och rädsla så länge som möjligt utan att fly från situationen.

Kognitiv terapi inriktar sig på att påverka tankemönster. Det finns ett flertal metoder, varav några är utvecklade för att behandla ångesttillstånd.

Kognitiv beteendeterapi, KBT, kombinerar inslag från både beteendeterapi och kognitiv terapi, med hemuppgifter som en viktig del. Gränsdragningen mellan de olika terapierna är inte entydig och ofta är det svårt att avgöra vilken terapiform som använts i studier. Oftast avses dock en blandform, dvs KBT.

Terapier baserade på psykodynamiska teorier har studerats i mycket liten omfattning vid ångestsyndrom.

Effekt av olika behandlingsmetoder vid ångestsyndrom

De behandlingsmetoder för vilka det finns stöd för effekt redovisas i Tabellerna I–III.

Paniksyndrom

Paniksyndrom innefattar fler symtom än de återkommande panikattackerna. Yrsel, svårigheter att andas och frossbrytningar är symtom som gör att många misstolkar tillståndet som en kroppslig sjukdom. Symtomen kommer plötsligt, når snabbt sitt maximum och varar bara några minuter. Panikattackerna kan ge upphov till rädsla för nya attacker (förväntansångest). Agorafobi, "torgskräck" är en annan vanlig konsekvens

av panikattackerna. Det innebär att man försöker undvika platser och situationer där det vore genant att få en panikattack eller där det är svårt att få hjälp. Den drabbade undviker t ex att vistas utomhus ensam, att stå i kö eller åka allmänna färdmedel.

Paniksyndrom är dubbelt så vanligt hos kvinnor som hos män.

Flera antidepressiva läkemedel har dokumenterad effekt på panikattackerna medan de har en begränsad effekt på agorafobi. Det finns inga tillförlitliga data på hur länge en farmakologisk behandling ska pågå men oberoende av behandlingstidens längd återinsjuknar en stor del av patienterna inom ett år.

Om inslaget av agorafobi är lindrigt eller måttligt har kognitiv beteendeterapi, KBT, med exponering dokumenterad effekt och det finns begränsat vetenskapligt stöd för att behandlingen ger en mer långvarig symtomfrihet. Däremot är det inte visat att KBT ger effekt vid svår agorafobi.

Specifik fobi

De specifika fobierna är de vanligaste ångestsyndromen och drabbar en av tio i befolkningen någon gång i livet. Fobin utmärks av en irrationell rädsla för särskilda företeelser som t ex tandläkarbesök, flygresor, höga höjder, åsyn av blod eller spindlar. Oftast innebär fobin ingen större inskränkning i det dagliga livet men i vissa fall kan rädslan utgöra ett stort hinder och handikapp.

Den enda behandling som har säkerställd effekt är beteendeterapi med exponering. Uppläggnings av behandlingen avgörs av vilken ångest som patienten förmår utstå. Effekten är mycket god och flertalet med specifik fobi blir helt eller nästan återställda vid uppföljningar upp till ett år efter avslutad terapi.

Social fobi

Social fobi karakteriseras av en stark rädsla för att dra till sig andras uppmärksamhet i vanliga sociala situationer genom att röda, börja darra eller verka avvikande. Rädslan medför en överdriven uppmärksamhet på

det egna beteendet, som kan bli stelt och tillgjort. Den drabbade undviker socialt samspel som kafferaster och muntliga presentationer och avstår från att söka anställningar som han/hon är formellt kvalificerad för. I svårare fall är social fobi starkt handikappande och förenat med en försämrad livskvalitet.

Gränsdragningen mellan vanlig blyghet och social fobi är svår att göra och varierar mellan olika kulturer. I de flesta befolkningsstudier har social fobi varit något vanligare hos kvinnor.

Några läkemedel liksom kognitiv beteendeterapi har en kliniskt relevant effekt. Behandlingseffekterna är ofta otillräckliga.

Tvångssyndrom (Obsessivt–kompulsivt syndrom)

Tvångssyndrom kännetecknas av tvångstankar och tvångshandlingar. Tvångstankarna har oftast destruktivt eller sexuellt innehåll och väcker stark ångest och motvilja eftersom de strider mot personens normala uppfattning. Tvångshandlingarna fokuserar ofta på kontroll (renlighet, låsta dörrar, avstängda plattor på spisen) men kan också utgöras av ritualiserade rörelsemönster eller ett extremt samlarbete. Symtomen uppfattas visserligen som onormala för den drabbade men att inte utföra tvångshandlingarna är förknippat med en stark ångest.

Begränsade inslag av tvångstankar och tvångshandlingar förekommer hos många utan att vara uttryck för sjukdom. Tvångssyndrom drabbar några procent av befolkningen. Tillståndet debuterar tidigare hos män som ofta också har en svårare form av sjukdomen. Tvångssyndrom kan vara handikappande genom att ritualerna upptar all tid och omöjliggör arbete.

Beteendeterapi med responsprevention är den bäst dokumenterade behandlingen, framför allt för tvångshandlingar. Terapin innebär att patienten förhindras att genomföra tvångshandlingarna. Flertalet patienter har kvarstående besvär men effekten av terapin verkar kvarstå upp till två år efter avslutad behandling.

Flera antidepressiva läkemedel har visat en kliniskt relevant effekt men patienterna blir oftast inte symtomfria. De flesta återfaller när behandlingen avbryts.

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

PTSD beskrevs ursprungligen som en reaktion på stridserfarenheter eller vistelse i fångläger. Efterhand har diagnosen kommit att omfatta alla slags allvarliga trauman. För diagnos krävs att tillståndet ska ha föregåtts av en händelse som uppfattats som livshotande. Centrala symtom är plötsliga, intensiva minnesbilder, sömnproblem, koncentrationssvårigheter, irritabilitet och muskelspänningar.

Risken att utveckla PTSD ökar om individen tidigare haft psykiska problem eller upprepade trauman. Kvinnor och individer med personlighetsstörning har högre risk att drabbas.

Enstaka studier talar för att kortvariga kognitiva terapier som ges redan när de första tecknen på posttraumatisk stress inträder, kan förhindra att ett kroniskt tillstånd utvecklas. Däremot saknas stöd för att så kallad psykologisk debriefing kan förebygga ett kroniskt stressyndrom.

Olika former av exponering samt två antidepressiva läkemedel har visat kliniskt relevant effekt.

Patienterna blir dock sällan helt återställda.

Generaliserat ångestsyndrom

Vid generaliserat ångestsyndrom dominerar en malande oro med kroppsliga obehag som t ex spänningar, svettningar, orolig mage och störd nattsömn. Oron är ofta utan fokus men kan också handla om en överdriven rädsla för att drabbas av olyckor och sjukdomar. En person med generaliserat ångestsyndrom kan aldrig slappna av.

Tillståndet är i huvudsak livslångt men med fluktuerande förlopp. Syndromet förekommer vanligen tillsammans med andra ångestsjukdomar eller med depression. Patienterna uppsöker vården pga kroppsliga sym-

tom. I den mån diagnosen ställs, är det oftast i primärvården eller den somatiska sjukvården.

Ett flertal läkemedel liksom kognitiv beteendeterapi har säkerställd effekt på generaliserat ångestsyndrom.

Behandling av ångestsyndrom hos barn och unga

Ångestsyndrom förefaller yttra sig på samma sätt hos barn och vuxna. Undantaget är separationsångest som endast förekommer hos barn under en begränsad period.

Några antidepressiva läkemedel har visat effekt vid korttidsbehandling av tvångssyndrom, generaliserat ångestsyndrom och social fobi men läkemedelsbehandling är endast godkänd för tvångssyndrom.

Av de psykoterapeutiska metoderna har beteendeterapi visat effekt vid tvångssyndrom och exponering vid specifika fobier. Kognitiv beteendeterapi är effektivt vid generaliserat ångestsyndrom och social fobi och har visat en måttlig effekt vid posttraumatiskt stressyndrom.

Några studier från Australien och USA tyder på att förebyggande ”psykopedagogiska” insatser för barn med förhöjd ångestnivå kan fördröja utvecklingen av ångestsyndrom med flera år men det är oklart om behandling av unga påverkar den psykiska hälsan upp i vuxen ålder.

Behov av forskning

Granskningen av befintlig litteratur avslöjar att det finns brister i kunskaperna om behandling av ångestsyndrom. Det är angeläget med ytterligare forskning inom följande områden:

- Det är oklart hur länge en läkemedelsbehandling ska pågå, när det är motiverat att byta behandling och i vilken utsträckning kombinationsbehandling med antidepressiva läkemedel och psykoterapi ökar behandlingseffekten.

- Det vetenskapliga underlaget för att bedöma vilka strategier för diagnos och omhändertagande som är effektiva för primärvårdens patienter är otillräckligt.
- Trots den omfattande samsjukligheten finns det få studier som värderar effekten av behandling av patienter med samtidig depression eller flera samtidiga ångestsyndrom.
- En stor del av vuxnas ångestsyndrom debuterar i barn- och ungdomsåren, men det är oklart om risken för ångestsyndrom i vuxen ålder kan minska genom primärprevention eller tidig behandling av barn och ungdom.
- Psykodynamisk terapi och familjeterapi är de oftast använda psykologiska behandlingarna för ångestsyndrom hos barn och vuxna. Deras effekt har inte visats i vetenskapligt adekvata studier.
- Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma vilket omhändertagande av individer med ångestsyndrom som är mest kostnadseffektivt.

Tabell I Antidepressiva läkemedel med stöd för effekt vid behandling av vuxna med ångestsyndrom (siffran i tabellen motsvarar evidensstyrkan).

Ångest-syndrom	Paroxetin	Sertralin	Fluoxetin	Fluvoxamin	Citalopram	Escitalo-pram	Venlafaxin	Imipramin	Klomi-pramin	Fenelzin	Moklobemid
Panik-syndrom	1	1			3			1	1		3
Specifika fobier											
Social fobi	1	1		1		1	1			2	2
Tvångs-syndrom	1	1	1	1	2				1		
PTSD	1	1	1								
GAD	1	2				2	1	2			

PTSD = posttraumatiskt stressyndrom
 GAD = generaliserat ångestsyndrom

Tabell II Övriga läkemedel som visat effekt vid behandling av ångestsyndrom hos vuxna.

Ångest-syndrom	Buspiron	Hydroxyzin	Alprazolam	Lorazepam	Klonazepam	Diazepam
Panik-syndrom			1		1	
Specifika fobier						
Social fobi					3	
Tvångs-syndrom						
PTSD						
GAD	3	2	1	1		1

PTSD = posttraumatiskt stressyndrom
GAD = generaliserat ångestsyndrom

Tabell III Psykoterapier som visat effekt vid behandling av ångestsyndrom hos vuxna.

Ångest-syndrom	Kognitiv bete-ende-terapi, KBT	Bete-ende-terapi med exponering	Avslappning	Kognitiv terapi, KT	Psyko-dynamisk terapi	EMDR
Panik-syndrom	1	2	3			
Specifika fobier	1	1				
Social fobi	1					
Tvångs-syndrom		1		3		
PTSD	2	1				2
GAD	2					

PTSD = posttraumatiskt stressyndrom
GAD = generaliserat ångestsyndrom
EMDR = eye movement desensitization and reprocessing