



○○○ REGIONALT VÅRDPROGRAM  
Ångestsyndrom  
2011



●●● REGIONALT VÅRDPROGRAM  
**Ångestsyndrom**

**2011**

Huvudförfattare  
Christian Rück

ISBN 91-85211-76-1  
RV 2011:01

## **Det medicinska programarbetet inom SLL**

Det medicinska programarbetet i Stockholm syftar till att patienter, vårdgivare och beställare skall mötas för att forma en god och jämlik vård för länets 2 miljoner invånare. Kunskapen om den goda vården skall vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar och bilda grund för bättre beslut i vården.

Arbetet bedrivs inom Medicinskt Kunskapscentrum i samverkan med såväl sakkunnigorganisation som leverantörer och beställare. Patientorganisationerna medverkar också i arbetet.

Programarbetet bildar en gemensam arena för vårdens parter.

De regionala vårdprogrammen ska vara till stöd för hälso- och sjukvårdspersonal i det praktiska vardagsarbetet och ett kunskapsunderlag för att utveckla och följa upp vårdens innehåll och kvalitet.

## Förord

Ångest innebär obehagliga och skrämmande symtom som liknar dem som uppkommer vid ett verkligt hot mot individens liv och säkerhet. Ångestreaktioner är mycket vanliga, dels som en del av symtombilden vid de flesta psykiatriska sjukdomstillstånd och många kroppsliga sjukdomar (t ex astma och hjärtsjukdomar), dels som enstaka fenomen. När ångestsymtomen är återkommande och orsakar funktionsnedsättning och lidande så talar man om ångestsyndrom eller ångestsjukdomar. Ångestproblem är en vanlig orsak till sjuk-skrivning.

Det regionala vårdprogrammet Ångestsyndrom är en revidering av vårdprogrammet Ångest-sjukdomar som publicerades år 2003. Vårdprogrammet är ett nytt vårdprogram snarare än en uppdatering.

Socialstyrelsen har parallellt med vårt programarbete utarbetat Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom som stöd för styrning och ledning. Det regionala vård-programmets slutsatser och rekommendationer vad gäller utredning och behandling av ångestsyndrom hos vuxna stämmer väl överens med Socialstyrelsens dokument.

Ångestsjukdomar kan, om de diagnosticeras, oftast behandlas effektivt. Vårdprogrammet innehåller riktlinjer och rekommendationer som bygger på evidens och beprövad erfarenhet. Psykiatrisk samsjuklighet vid ångestsyndrom är snarare regel än undantag. Det är därför värdefullt att det regionala vårdprogrammet också är tillämpligt vid samsjuklighet. Vårdprogrammet har vidare kompletterats med två angelägna kapitel, dels ett kapitel om stöd i diagnostiken vid kulturella olikheter, dels ett kapitel om handläggning vid arbets-oförmåga och sjukskrivning.

Målet är att vårdprogrammet ska kunna användas för de flesta patienter med ångestsjukdomar och innehåller rekommendationer som riktar sig till både primärvård och psykiatri.

Vår förhoppning är att användningen av detta vårdprogram bidrar till att patienter med ångestsjukdom får tillgång till rätt kompetens och rätt åtgärd.

Stockholm i oktober 2010

*Mona Boström*  
Landstingsdirektör

*Catarina Andersson-Forsman*  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	5
<b>Introduktion</b> .....	7
<b>Sammanfattande riktlinjer</b> .....	9
Utredning av ångestsyndrom.....	9
Behandling av ångestsyndrom.....	11
<b>Paniksyndrom</b> .....	12
Bakgrundsfakta.....	12
Utredning och diagnostik.....	16
Behandling.....	16
<b>Social fobi</b> .....	22
Bakgrundsfakta.....	22
Utredning och diagnostik.....	26
Behandling.....	28
<b>Specifika fobier</b> .....	32
Bakgrundsfakta.....	32
Utredning och diagnostik.....	35
Behandling.....	35
<b>Generaliserat ångestsyndrom – GAD</b> .....	38
Bakgrundsfakta.....	38
Utredning.....	41
Behandling.....	42
<b>Posttraumatiskt stressyndrom – PTSD</b> .....	46
Bakgrundsfakta.....	46
Utredning.....	52
Behandling.....	52
<b>Tvångssyndrom</b> .....	56
Bakgrundsfakta.....	56
Utredning.....	60
Behandling.....	61
<b>Dysmorfofobi (Body Dysmorphic Disorder, BDD)</b> .....	64
Utredning och diagnostik.....	64
Behandling.....	64
<b>Vårdprogrammets användning vid samsjuklighet</b> .....	66
<b>Prevention</b> .....	67
<b>Arbetsförmåga och sjukskrivning</b> .....	68
<b>Ångestsjukdomar och kulturell variation</b> .....	71
<b>Kvalitetsindikatorer</b> .....	75
<b>Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser</b> .....	76
<b>Referenser</b> .....	77



## Inledning

### Syfte

Det regionala vårdprogrammet Ångestsyndrom är en revidering av vårdprogrammet Ångestsjukdomar som publicerades år 2003. Vårdprogrammet har uppdaterats och innehåller riktlinjer och rekommendationer som bygger på evidens. Syftet med vårdprogrammet är att bidra till god, jämlik, patientsäker och effektiv vård i SLL.

Vårdprogrammet Ångestsyndrom är tillämpligt för vuxna patienter. Ångestsyndrom hos barn- och ungdomar ägnas en separat publikation Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling, skrift nr 5 från Barn- och ungdomspsykiatri, SLL, 2010.

### Målgrupper

Det regionala vårdprogrammet Ångestsyndrom riktar sig främst till personal inom psykiatrisk vård, primärvård och beroendevård men är avsett för alla i landstinget som arbetar med patienter med ångestsyndrom. Vårdprogrammet kan även läsas av andra intresserade som patient- och anhörigföreningar. Innehållet är också tänkt att kunna användas av politiker och beställare av hälso- och sjukvård liksom verksamhetschefer och Psykiatricentrums ledningsgrupp.

### Kopplingar till andra projekt och verksamheter

- Samarbete och samordning med andra vårdprogram t ex Depression och bipolär sjukdom sker genom specialistrådet i psykiatri.
- Samarbete med psykiatrins FoUU har skett genom att ordföranden för vårdprogrammet Ångestsyndrom också är basresursledare på Centrum för psykiatriforskning.
- Samordning har skett med Nationella riktlinjer för depression och ångest, Socialstyrelsen.

### Arbetsgrupp

Arbetet har skett under ledning av *Christian Rück*, överläkare, med dr, Psykiatri Sydväst och slutförts av *Sergej Andréewitch* under Christian Rück's föräldraledighet.

### Övriga i programgruppen:

*Sergej Andréewitch*, överläkare, Psykiatri Sydväst

*Gunilla Berglund*, psykolog, docent, Karolinska universitetssjukhuset

*Anna Maria Carlsson*, psykolog, med dr, Psykiatri Nordväst

*Caroline Kraus*, psykolog, Primavuxen

*Aina Lindgren*, psykolog och psykoterapeut

*Roland Morgell*, distriktsläkare, Jordbro vårdcentral

*Ewa Mörtberg*, med. dr., psykolog, psykoterapeut/specialist i klinisk psykologi, Norra Stockholms Psykiatri

**Särskilt sakkunniga, förankring:**

Specialitetsrådet i allmänmedicin, ordf *Thomas Wohlin*

*Gerhard Andersson*, psykolog och psykoterapeut, professor Linköpings universitet/Karolinska institutet (psykoterapi)

*Sofie Bäärnhielm*, överläkare, med dr, Transkulturellt centrum, (transkultur)

*Lars Göran Öst*, psykolog och psykoterapeut, professor Stockholms Universitet (psykoterapi)

Centrum för Psykiatriforsknings ledningsgrupp

Psykoterapiinstitutet

Ericastiftelsen

Koordinatorgruppen för implementering av vårdprogrammet Ångestsjukdomar

Patient- och anhörigföreningar (Ananke, Ångestsyndromsällskapet)

Det regionala vårdprogrammet Ångestsyndrom har tagits fram under ledning av ordföranden i specialitetsrådet i psykiatri *Håkan Götmark*. Redaktör för vårdprogrammet har varit *Eva Huslid*, Medicinskt Kunskapscentrum i SLL.

Det regionala vårdprogrammet har varit på remiss till samtliga verksamhetschefer i allmänpsykiatri och beroendevård och till specialitetsråden i allmänmedicin, geriatrik och akut omhändertagande. Patient- och anhörigföreningarna Ananke, Ångestsyndromsällskapet, RSMH och Schizofreniförbundet har beretts möjlighet att lämna synpunkter.

Stockholms medicinska råd godkände det regionala vårdprogrammet Ångestsyndrom i februari 2010.



## Introduktion

Den första upplagan av Stockholms läns regionala vårdprogram Ångestsjukdomar utkom 2003 som ett av de första psykiatriska vårdprogrammen. Denna skrift är ett nytt vårdprogram snarare än en uppdatering. Flera helt nya kapitel har tillkommit, bl a om kulturell variation och sjukskrivning. Omvårdnaden har inte belysts, men kommer att integreras i nästa revidering. Ångest som symtom vid andra tillstånd som exempelvis depression, emotionellt instabil personlighetsstörning eller schizofreni tas inte upp i vårdprogrammet.

I huvudsak har SBU:s rapport om behandling av ångestsyndrom [1] använts som källa. Likaså har de brittiska riktlinjerna från NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) [2] använts. Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom- stöd till styrning och ledning” [3], publicerades under år 2010. Slutsatser och rekommendationer i Socialstyrelsens dokument för utredning och behandling av ångestsyndrom hos vuxna stämmer väl överens med de som presenteras i detta vårdprogram.

Målet är att vårdprogrammet ska kunna användas för de flesta patienter med ångestsjukdomar. Innehållet förutsätter professionella kunskaper. Varken diagnostik, omvårdnad eller behandling kan ske oberoende av utövarens kompetens. Ett sådant exempel är KBT, som allt oftare är rekommenderad behandling, där vårdprogrammet inte i detalj beskriver hur behandlingen ska gå till eller vem som är kompetent att utföra den. Det åligger landstinget att se till att rätt kompetens finns för rätt åtgärd. Enligt Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010” ska den som utför psykologisk behandling ha minst grundläggande utbildning i psykoterapi för den teori och metod arbetet avser. Om behandlaren saknar psykoterapeutlegitimation är adekvat handledning en förutsättning för arbetet. Vid komplexa tillstånd är antingen en legitimerad psykoterapeut eller legitimerad psykolog med KBT-inriktning att rekommendera.

### Evidens

Rekommendationer om vilka behandlingar som bör användas vid vissa tillstånd förutsätter en vetenskaplig kunskapsbas, dvs. behandlingsriktlinjer bör vara evidensbaserade. Diskussionen om hur begreppet evidens ska definieras är ständigt pågående och kanske särskilt livlig inom psykiatrin. Detta vårdprogram har tagits fram i enlighet med de principer för kunskapsvärdering som är etablerade inom sjukvårdens olika områden, i Sverige och utomlands. Grundvalen i detta evidensbegrepp är den jämförande studien. De behandlingar som har ett dokumenterat stöd i kontrollerade, jämförande studier är de som rekommenderas. Detta innebär inte att behandlingar med svagt vetenskapligt stöd inte kan vara effektiva, endast att de inte kan utgöra förstahandsbehandling och inte bör erbjudas inom rutinsjukvård. Dessa behandlingar bör i första hand bedrivas som forskningsprojekt för att sedan antingen inordnas bland de evidensbaserade behandlingarna eller utmönstras på grund av avsaknad av effekt. Diskussionen om hur tillämpliga resultaten från kontrollerade studier är (med en selekterad studiepopulation) för arbetet med icke selekterade patienter i den vardagliga sjukvården kommenteras i kapitlet ”Vårdprogrammets användning vid samsjuklighet”. Diagnoskriterier för de diagnostiska systemen redovisas, det mest använda i forsknings-sammanhang, DSM-IV [4], och Världshälsoorganisationens ICD-10 [5].

**Sammanfattning av vårdprogrammet:**

- **Ångestsjukdomar är vanliga**
- **Ångestsjukdomar kan, om de diagnosticeras, oftast behandlas effektivt**

## Sammanfattande riktlinjer

### Definitioner

Ångest innebär obehagliga och skrämmande kroppsliga och mentala symtom som liknar dem som uppkommer vid ett verkligt hot mot individens liv och säkerhet.

Ångestreaktioner är mycket vanliga, dels som enstaka fenomen, dels som en del av symtombilden vid de flesta psykiatriska sjukdomstillstånd och som sekundärsymtom vid många kroppsliga sjukdomar (t ex astma och hjärtsjukdomar).

När ångestmanifestationen bedöms vara primär, är återkommande och orsakar funktionsnedsättning och lidande så talar vi om ångestsyndrom eller ångestsjukdomar.

Ångestsyndromen indelas i huvudsak enligt följande:

**Paniksyndrom med agorafobi:** rädsla för fysisk kollaps, som leder till undvikande av platser där individen känner sig trängd.

**Social fobi:** rädsla för andras granskning och att göra bort sig.

**Specifik fobi:** rädsla för särskilda situationer, platser, företeelser eller djur.

**Generaliserat ångestsyndrom (GAD):** en närmast ständig, okontrollerbar oro kring framtida, förväntade katastrofer.

**Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD):** plågsamma återupplevelanden av ett trauma.

**Tvångssyndrom (OCD):** påträngande irrationella tankar och tvångshandlingar.

## Utredning av ångestsyndrom

### Anamnes och bedömning

En noggrann anamnes är en förutsättning för diagnostik av ångestsjukdomar. Medicinsk och psykiatrisk sjukhistoria, ärftlighet, eventuell livsleda, suicidalitet, alkohol- och drogbruk, livshändelser och nuvarande livssituation tillhör det som behöver efterfrågas.

För upptäckt av alkohol- och drogberoende och missbruk rekommenderas AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test [6]) och DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) som är två självskattningsformulär som är lätta att använda. AUDIT föreslås utgöra en del i utredningen av alla patienter, följt av lämplig åtgärd för dem som identifieras med riskbruk. För bedömning av depression och bipolär sjukdom hänvisas till det Regionala vårdprogrammet för Depression och bipolär sjukdom. Sammanfattningsvis rekommenderas där Patient Health Questionnaire (PHQ-9) som screening för depression och Mood Disorder Questionnaire (MDQ) som screening för bipolär sjukdom. Formulären finns på [www.viss.nu](http://www.viss.nu) och [www.produktionssamordning.se](http://www.produktionssamordning.se).

## Utredning

En bedömning av omfattningen av den somatiska utredningen bör göras i varje enskilt fall. En ickepsykiatrisk orsak till ångestsymtom som t ex hormonell rubbning ska uteslutas men någon obligatorisk minimiutredning föreslås inte. Vid samtidig depression finns det starkare skäl för provtagning för att utesluta t ex anemi eller hypothyreos.

## Diagnostik

Information från anamnes, status, strukturerad intervju samt symtom- och funktionsskattningar ligger till grund för diagnos. Diagnosen ska delges patienten och om möjligt med närstående närvarande. Vi rekommenderar användandet av en strukturerad diagnostisk intervju såsom The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) [7] som stöd för bedömningen. För primärvården finns anpassade intervjuinstrument, bl a Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Prime-MD) [8].

## Skattningar

När diagnos ställts bör en diagnosspecifik symtomskattning göras för bedömning av svårighetsgrad och för att vid uppföljning kunna mäta behandlingseffekt.

Rekommenderade syndromspecifika mått:

Diagnos	Mått	Användning	Referens
Paniksyndrom	PDSS-SR (Panic Disorder Severity Scale Self Rated)	Självskattning	[9, 10]
OCD	Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale)	Symtomchecklista och svårighetsgradsskattning. Intervju eller självskattning.	[11]
Social fobi	Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)	Intervju eller självskattning.	[12]
GAD	GAD-7	Självskattning	[13]
PTSD	PTSD Symtom Checklist (PCL-S)	Självskattning	[14]
	Impact of Event Scale-Revised (IES-R)	Självskattning	[15]

Utöver dessa sjukdomsspecifika mått rekommenderas också att funktionen bedöms med hjälp av t ex GAF (Global Assessment of Functioning) och självskattade SDS (Sheehan Disability Scale) [16]. SDS är en självskattningsskala som beskriver i vilken grad symtomen handikappar funktionen i arbete, socialt liv och familjeliv. Ett annat enkelt sätt att mäta behandlingseffekt är Clinical Global Impression-Improvement (CGI-I) [17]

Hälsoekonomiska mått och skattningar av livskvalitet bör ingå i systematiska uppföljningssystem på enhets-/kliniknivå.

## Behandling av ångestsyndrom

### **Vilken behandling är att föredra, psykologisk eller farmakologisk?**

I varje enskilt fall måste en bedömning göras. Vid flera av ångestsyndromen utgör KBT förstahandsbehandling.

### **Psykologisk behandling**

Kognitiva och beteendeterapeutiska tekniker (KBT) är förstahandsval vid alla ångestsjukdomar. För flera av tillstånden finns svenska behandlingsmanualer som är evidensbaserade. Psykodynamisk terapi är för närvarande inte förstahandsval vid ångestsjukdomar.

### **Farmakologisk behandling**

Vid samtliga ångestsyndrom utom specifika fobier är läkemedel av SSRI-typ förstahandsval. Dosen bör höjas till dess optimal effekt uppnås.

Behandlingsrekommendationerna i vårdprogrammet överensstämmer väl med rekommendationerna i Kloka Listan. Vårdprogrammet ger vägledning vid mer komplex behandling medan Kloka Listan i huvudsak anger första linjens behandling.

### **Behandling till remission**

Om första åtgärd inte leder till att patienten blir återställd ska ytterligare åtgärder vidtas. Dessa åtgärder beskrivs i vårdprogrammets olika kapitel.

### **Sjukskrivning**

Ångestproblem är en vanlig orsak till sjukskrivning. Att bedöma patientens funktions- och arbetsförmåga i samband med sjukskrivning vid ångestsjukdom samt att prognosticera arbetsåtergång är en viktig men ofta svår uppgift. Stöd för bedömning finns i det Försäkringsmedicinska beslutsstödet som nås via Socialstyrelsens hemsida [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).

## Paniksyndrom

*”Jag glömmmer aldrig första gången jag fick en panikattack: Hjärtat bultade, armarna domnade, allting snurrade och jag fick ingen luft. Något fruktansvärt höll på att hända med min kropp. Skräckslagen tog jag en taxi till akuten. Jag trodde jag skulle dö. Efter undersökning och ett besked om ”att det inte var nåt” fick jag gå hem, övertygad om att jag hade ett fel på hjärtat som inte syntes på EKG. Sedan gick det snabbt utför, jag fick allt oftare panikattacker, hemma, ute och på jobbet. Tanken på att jag kunde få en attack instängd i tunnelbanan eller en affär gjorde att jag isolerade mig alltmer och snart kunde jag inte ens ta mig till jobbet. Mina enda kontakter med omvärlden under den här tiden var läkaren som sjukskrev mig och min mamma som brukade handla åt mig.*

Johan 28 år

## Bakgrundsfakta

### Vad kännetecknar paniksyndrom?

**Panikattacker** är avgränsade perioder av intensiv rädsla eller obehag och kan förekomma som delsymtom vid all psykiatrisk sjuklighet eller som ett enstaka fenomen utan vidare konsekvenser. Mest utmärkande symtom under en attack är hjärklappning, andnöd och yrsel. Attacken börjar plötsligt och når en topp inom några minuter för att sedan successivt avklinga. Enligt gällande diagnoskriterier ska fyra av 13 typiska symtom bekräftas för att en panikattack ska bedömas föreligga. En konsekvens av attacken är en upplevelse av hot och en impuls att snabbt ta sig från den plats man befinner sig, samt förväntansångest, d.v.s. rädsla för att få en ny attack.

**Paniksyndrom** kännetecknas av återkommande panikattacker, en bestående rädsla för att få ytterligare attacker, en oro för innebörden och konsekvensen av attacken samt en väsentlig beteendeförändring på grund av attackerna. Typiskt är, som i fallbeskrivningen ovan, en rädsla för hjärt-lungsjukdom, ibland även hjärnskada om symtombilden präglas av yrsel. Besvären börjar vanligen i 20-årsåldern.

**Agorafobi** innebär att man undviker platser och situationer där man är rädd att få en panikattack och utvecklas hos de flesta individer med paniksyndrom. Typiska situationer som utlöser agorafobi är resor med kollektivtrafik, att befinna sig på broar, öppna platser, i tunnlar eller på platser med folkträngsel.



## Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV (förkortad version)

### **Panikattack** (kodas med den störning där panikattacken uppträder)

Minst fyra av följande symtom:

1. Palpitationer, bultande hjärta eller hastig puls
2. Svettning
3. Darrning eller skakning
4. Känsla av att tappa andan
5. Kvävningsskänsla
6. Smärta eller obehag i bröstet
7. Illamående eller obehag i magen
8. Svindel, ostadighetskänslor eller matthet
9. Derealiserings- eller depersonaliseringskänslor
10. Rädsla att mista kontrollen eller bli tokig
11. Dödsskräck
12. Parestesier (domningar eller stickningar)
13. Frossa eller värmevallningar

### **Paniksyndrom (300.01)**

Både 1 och 2:

1. Återkommande oväntade panikattacker
2. Minst ett av följande har åtföljt minst en av attackerna under minst en månads tid:
  - a. Ihållande ängslan för att få ytterligare attacker
  - b. Oro för betydelsen eller följderna av attacken (t ex mista kontrollen, få en hjärtattack, bli tokig)
  - c. En betydande beteendeförändring med anledning av attackerna

### **Paniksyndrom med agorafobi (300.21), som i tillägg till ovan innebär:**

1. Rädsla för att befinna sig i situationer som kan vara svåra att lämna vid en panikattack
2. Situationerna undviks eller uthärdas med betydande obehag

## Diagnostiska kriterier enligt ICD-10

### Paniksyndrom (episodisk paroxysmal ångest) F41.0

A. Individen upplever återkommande panikattacker som inte konsistent är associerade till en specifik situation eller till ett specifikt objekt utan ofta uppträder spontant (dvs episoden är oförutsägbar). Panikattackerna är inte associerade med stark utmattning eller med att man utsatts för fara eller livshotande situationer.

B. En panikattack karakteriseras av allt följande:

1. det finns diskret episod av intensiv rädsla eller obehagskänsla;
2. den startar abrupt;
3. den når sitt maximum på några få minuter och varar åtminstone några minuter;
4. minst fyra av symtomen listade här nedan måste finnas, ett av dem måste vara från (a) till (d):

#### Autonoma (arousal) symtom

- a. palpitationer eller hjärklappning, ökad hjärtfrekvens;
- b. svettningar;
- c. darrar eller skälver;
- d. torr mun (ej beroende på medicinering eller uttorkning);

#### Symtom som involverar bröst eller mage

- e. andningssvårigheter;
- f. kvävningsskänslor;
- g. smärtor eller obehagskänslor i bröstet;
- h. illamående eller magbesvär (såsom uppkördhet);

#### Symtom som involverar det psykiska tillståndet

- i. yrsel, ostadighetskänslor, svimningskänslor;
- j. upplever att föremål är överkliga (derealisation); eller att man själv är långt borta eller "inte riktigt med" (depersonalisation);
- k. rädsla för att förlora kontrollen, "bli tokig" eller svimma;
- l. rädsla för att dö

#### Generella symtom

- (m) heta blodvallningar eller kalla kårar;
- (n) domningar eller klåda.

C. Vanligaste exklusionskriterier är att panikattackerna beror på fysisk sjukdom, organiskt psykiskt syndrom eller andra psykiska syndrom såsom schizoreni eller förstämningssyndrom.

### **Hur vanligt är paniksyndrom?**

Ca 3 % av befolkningen utvecklar någon gång under livet ett paniksyndrom. En enstaka panikattack inträffar hos närmare 1/3 av befolkningen, utan att det leder till ytterligare konsekvenser. En betydande andel patienter inom primärvården har olika ångestsyndrom, däribland paniksyndrom, men i många fall blir de inte diagnosticerade. Somatisk samsjuklighet ökar risken för underdiagnostik.

### **Hur går det utan behandling?**

Obehandlat följer paniksyndrom ofta ett kroniskt förlopp med låg grad av spontan remission och därmed förknippad risk för permanent funktionsnedsättning.

### **Vad beror paniksyndrom på?**

Någon entydig förklaring till varför en individ utvecklar paniksyndrom finns inte. Kvinnor löper dubbelt så stor risk som män att insjukna. Familje- och tvillingstudier visar att genetiska faktorer bidrar till risken att insjukna. Separationsångest, överdriven ängslighet och blyghet under barndomen är vanligt förekommande hos individer som senare i livet utvecklar paniksyndrom eller andra ångeststörningar [18]. Neurokemiska förklaringsmodeller postulerar en obalans i hjärnans larmsystem. Livsstressorer, såväl akuta som under tidig utveckling medför en ökad risk. Känslighet och rädsla för ångestsymtom kan utvecklas och förstärkas under uppväxten av föräldrars fokusering på barnets kroppsliga symtom, av traumatiska upplevelser samt av bevittnande av sjukdom och död hos närstående. Kognitiv teori framhåller feltolkning, s.k. katastrofiering, av kroppsliga symtom och mentala bilder.

I en integrativ sociobiologisk sårbarhetsmodell anses omgivningsfaktorer kunna utlösa panikattacker hos en predisponerad individ.

### **Samsjuklighet**

Förekomsten av alkoholmissbruk är likartad eller något högre än hos befolkningen i övrigt. Att risken att utveckla alkoholberoende inte är högre kan bero på att de akuta effekterna av alkohol visserligen kan dämpa ångesten men bakrusets intensitet tycks verka begränsande på alkoholkonsumtionen.

Livstidsrisken att drabbas av egentlig depression är hög, ca 50–60 %. Huruvida suicidtankar och fullbordat suicid direkt kan knytas till paniksyndrom är omdiskuterat. Samtidig depression tycks vara avgörande för om suicidrisken är förhöjd jämfört med genomsnittet för befolkningen[19].

### **Varför och var söker patienten?**

Den påtagligt kroppsliga karaktären av en panikattack gör att den första kontakten med sjukvården ofta sker inom somatisk akutsjukvård i tron att man har hjärtinfarkt, lungsjukdom eller stroke. Individen betonar de symtom som oroar mest. För många är det hjärtklappningen, för andra kan det vara yrseln. Den yrsel som oftast ingår i panikattacken leder ibland till onödiga utredningar vid neurolog- och öron-näsa-halskliniker. Patienten kan uppleva att kommunikationen med sjukvården underlättas genom att kroppsliga symtom sätts i förgrunden. Så kan det exempelvis vara lättare att beskriva hjärtklappning än att för-

klara ångest och rädsla. Upp till 25 % av de patienter som söker läkare för oklara bröstsmärtor och hjärklappning har paniksyndrom. Det har också visats att en betydande andel av individer som genomgår kontraströntgen av hjärtats kranskärl, på grund av misstänkt hjärtsjukdom, i själva verket lider av paniksyndrom [20]. Å andra sidan kan yngre, särskilt kvinnor, med kroppssjukdom feldiagnostiseras som att de lider av paniksyndrom [21]. Exempelen belyser vikten av en korrekt diagnostik.

## Utredning och diagnostik

Med ökande allmän kunskap om ångestillstånd blir det allt vanligare att man söker sig direkt till psykiatri eller till husläkare med önskemål om behandling. Det är viktigt att så snart som möjligt ställa en korrekt diagnos för att förhindra att patienten hamnar i en rundgång i sjukvården.

### Screening

En enkel fråga till individer med oklara symtom kan väsentligt bidra till att fler kan få adekvat hjälp.

- Har du upplevt avgränsade perioder, från sekunder till minuter, av överväldigande panik eller rädsla och som åtföljdes av hjärklappning, andnöd eller yrsel?

Om patienten svarar ”ja” går man vidare med att fastställa diagnos.

Ett lättanvänt självskattningsinstrument kan ge vägledning om andelen ångest respektive depressionssymtom i sjukdomsbilden (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS [22]).

### Diagnostik

Diagnosen ställs i första hand på den ofta typiska symtombilden. Bedömning och utredning enligt de riktlinjer som anges på sid 9–11.

Somatisk anamnes och status, inklusive blodtryck och pulsmätning, genomförs inledningsvis. Vid oklara symtom eller sen symtomdebut ökar indikationen för komplettering av utredningen med lab-status, EKG och PEF-mätning. Utöver detta bör den somatiska utredningen inte drivas vidare om inte avvikande symtom klart motiverar detta eftersom det riskerar att öka patientens oro och främja en utveckling av s.k. sekundär hypokondri.

### Vilka andra tillstånd kan likna paniksyndrom?

Psykiatriska tillstånd som kan förväxlas med paniksyndrom är exempelvis social fobi, där ångesten, även om den är stark och snabbt insättande, är bunden till situationer där individen är utsatt för granskning. Stark ångest av attackkaraktär kan ingå i en akut stresssituation, posttraumatiskt stressyndrom, specifika fobier, hypokondri, depressiva syndrom, psykotiska syndrom, alkoholabstinensreaktioner och som en toxisk effekt av nikotin och koffein.

Somatiska tillstånd som kan likna paniksyndrom är främst hjärtsjukdomar (infarkt, rytmrubbningar), endokrinologiska sjukdomstillstånd (hypoglykemiattacker, feokromocytom, hyperthyroidism) och neurologiska sjukdomar (vestibulär yrsel).

## Behandling

Valet av behandling beror på störningens intensitet och patientens inställning. Information om tillståndets art och grunderna för ett kognitivt och beteendeterapeutiskt förhållningssätt bör erbjudas alla patienter, även de som väljer medicinering, för att maximera behandlingseffekt samt för att minska risken för återinsjuknande vid avslutande av läkemedelsbehandlingen. KBT ses mer och mer som ett förstahandsalternativ vid behandling. Vid svårare paniksyndrom, vid samtidig depression eller beroendesjukdom bör läkemedelsbehandling övervägas. Om tillgång till KBT är begränsad bör patienten informeras om möjligheten att få KBT via internet eller söka behandling privat (för adresser se slutet av kapitlet).

### Information till patienten

Rädslan för kroppslig sjukdom och panikattackernas irrationella karaktär är i sig ångestskapande. Det finns därför mycket att vinna på att ge patienten grundlig information om tillståndet och dess behandling. Muntlig information bör kompletteras med skriftlig. Informationsmaterial tillhandahålls bl a av Ångestsyndromsällskapet, [www.angest.se](http://www.angest.se).

### Psykologisk behandling

Kognitiva och beteendeterapeutiska metoder (KBT) är de mest beforskade av de psykologiska behandlingsmetoderna. KBT fokuserar på benägenheten att vid paniksyndrom tolka kroppsliga signaler och mentala bilder som katastrofala samt på undvikandet av de situationer som aktiverar panikattackerna.

KBT-behandling innefattar:

1. psykopedagogik
2. identifikation av katastroftankar som bidrar till negativa känslor och undvikanden av situationer
3. kognitiv omstrukturering för att bryta den onda cirkel som har utvecklats
4. framkallande av, och exponering för ångestväckande symtom, som yrsel och hjärtklappning, s k interoceptiv exponering.
5. exponering för de ångestväckande situationerna

Behandlingen ges individuellt, i grupp eller förmedlad via internet. Evidensen för både individuell- och gruppbehandling är god men ännu begränsad för internetförmedlad KBT. Studieresultat indikerar dock att KBT förmedlad via internet är likvärdig med KBT i grupp. Inom SLL kan internetbaserad behandling för paniksyndrom erbjudas inom rutinvård, med eller utan remiss, via "Mina vårdkontakter" i Vårdguiden, eller via [www.internetpsykiatri.se](http://www.internetpsykiatri.se)

Tidsbegränsad, panikfokuserad psykodynamisk psykoterapi visar i en studie bättre effekt än den aktiva kontrollen bestående av tillämpad avslappning [23]. Behandlingen är individuell och ges i sammanlagt 24 sessioner. Den begränsade evidensen gör att psykodynamisk behandling inte kan betraktas som ett förstahandsalternativ vid val av behandling. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing treatment) har inte visat sig effektiv vid paniksyndrom [24].

Tekniker och metoder som saknar dokumentation är bl a hypnos, interpersonell psykoterapi, problemfokuserad terapi, stresshantering, kroppskänedom och psykoanalys.

### Läkemedelsbehandling

Vid behandling med selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI-preparat) erhålls signifikant förbättring hos 50–70 % av patienter med paniksyndrom. Sertralin och paroxetin är de läkemedel som är bäst dokumenterade [1]. *Kloka Listan år 2011 rekommenderar sertralin i första hand.* Även venlafaxin, som i högre dosering är en kombinerad serotonin och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI), är godkänd för behandling av paniksyndrom. Högre frekvens av biverkningar och utsättningsymtom än vid SSRI-behandling gör att venlafaxin inte är ett förstahandsval. Bland tricykliska (TCA), är klomipramin väl dokumenterat och kan vara ett alternativ när första linjens behandling är otillräcklig, förutsatt att biverknings- och potentiella interaktions- och toxicitetsproblem beaktas. *Kloka Listan år 2011 rekommenderar klomipramin i andra hand.*

Bensodiazepiner har starkt vetenskapligt stöd vid behandling av paniksyndrom. Det gäller alprazolam och i viss mån klonazepam. På grund av risken för beroendutveckling är bensodiazepiner inte ett förstahandsval. Däremot kan bensodiazepiner komma ifråga då SSRI av något skäl är olämpligt eller i inledningsskedet av SSRI-behandling, för att snabbt ge lindring samt för att dämpa den ångestförstärkning som är vanlig hos paniksyndrompatienter vid påbörjande av SSRI-behandling. För irreversibla monoaminoxidashämmare (MAOI) finns evidens för behandling av paniksyndrom, men biverkningsrisk och dietrestriktioner gör att endast särskilt svårbehandlade patienter kan komma i fråga. Betablockere bör inte användas vid behandling av paniksyndrom, annat än som eventuellt tillägg till övrig behandling.

Reboxetin, en noradrenalin-återupptagshämmare, har visat effekt i ett mindre antal studier. Mirtazapin och duloxetin är läkemedel som teoretiskt kan tänkas ha effekt vid paniksyndrom, men den vetenskapliga dokumentationen saknas eller är otillräcklig [25, 26]. Buspiron har i flera studier visats sakna effekt vid behandling av paniksyndrom.

### Farmakologisk behandling i sammanfattning:

1. Inledning: SSRI (+ ev. bensodiazepin under max 4 v)
2. Kontinuerlig: SSRI
3. Behandlingstid 12 mån, vid full remission långsam utsättning



**Tabell 1.** Läkemedel som har dokumenterad effekt vid behandling av paniksyndrom. Läkemedel markerade med asterisk (\*) är i Sverige registrerade på denna indikation.

Substans	Originalpreparat	Startdos (mg/d)	Behandlingsdos (mg/d)
sertralin*	Zoloft	25	50 – 200
citalopram*	Cipramil	10	20 – 60
escitalopram*	Cipralex	5	10 – 20
klomipramin*	Anafranil	10	25 – 150
paroxetin*	Seroxat	10	20 – 40
venlafaxin*	Efexor	37,5	75 – 225
alprazolam*	Xanor	0,5 – 1,0	1,5 – 6,0

### Kombinationsbehandling

Bevisläget vad gäller kombinationsbehandling vid olika ångestsyndrom är inte helt klart men aktuella metaanalyser anger att kombinationen av SSRI och KBT vid paniksyndrom är bättre än behandlingarna var för sig. Det finns dock inte tillräckligt stöd för att initiera farmakologisk och psykologisk behandling samtidigt [27, 28].

### Rekommenderad behandling

Effekter av KBT och farmakologisk behandling är väsentligen likvärdiga och visar att 60–85 % av patienterna uppnår en kliniskt signifikant förbättring. Farmaka har en snabbare och mer panikblockerande effekt medan KBT bättre behandlar agorafobisymtom samt skyddar bättre mot återfall efter avslutad behandling.

KBT bör utgöra förstahandsalternativ för många patienter eftersom effekten är likvärdig med läkemedel, mer bestående och förenad med mindre risk för biverkningar.

### Fysisk träning

I flera studier anges fysisk aktivitet ha gynnsamma effekter vid ångest/ångestsyndrom men oklara diagnostiska avgränsningar gör att slutsatser vad gäller specifika effekter vid paniksyndrom blir osäkra. I den senaste upplagan av FYSS (Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling) finns paniksyndrom inte med bland indikationerna.

Aerobisk träning (jogging) har i en studie visat sig bättre än tablettplacebo men underlägsen klomipramin vid paniksyndrom [29]. Ångestkänslighet (anxiety sensitivity), som är en del i sjukdomsprocessen vid paniksyndrom, reduceras påtagligt jämfört med väntelista under ett två veckors träningsprogram [30]. Med aktuellt evidensläge kan fysisk träning ses som ett möjligt tillägg till övrig behandling, sannolikt bäst som del i en psykopedagogisk behandling där patienten ges en förklaring till varför exponering för fysiska symtom kan bidra till förbättring (genom att successivt minska rädslan för fysiska symtom som hjärtklappning, andnöd, yrsel m.m.).

## Behandlingsutvärdering

Traditionellt har minskningen av antalet panikattacker använts som ett mått på behandlingseffekt. Det är ett otillräckligt mått eftersom det framförallt är förväntansångest och undvikandebeteende som nedsätter patientens funktion.

Uppföljning och utvärdering bör ske med stöd av skattningsskalor såsom beskrivet på sid 10 under rubriken ”Skattningar”.

## Var ska behandlingen ske?

De flesta fall av paniksyndrom kan behandlas i primärvården. Fall som inte kompliceras av missbruk, personlighetsstörning eller svår depression kan med fördel handläggas på denna nivå.

### Förslag till handläggning och behandling i primärvård:

- Fastställ diagnos och bedöm ev. samsjuklighet som depression eller beroendesjukdom.
- Använd screening- och skattningsskalor som stöd i bedömningen (för specifika instrument se sid 10)
- Begränsad somatisk utredning
- Informera patienten ([www.angest.se](http://www.angest.se), [www.viss.nu](http://www.viss.nu))
- Rekommendera självhjälpplitteratur (se litt.anvisning)

### Alternativ 1, KBT:

- Erbjuds vid vissa vårdcentraler och vid de flesta psykiatriska mottagningar, individuellt eller i grupp.
- Informera om möjligheten till internetbaserad KBT ([www.internetpsykiatri.se](http://www.internetpsykiatri.se)), behandling vid Stockholms universitet (tfn: 08-16 20 00 / [www.psychology.su.se](http://www.psychology.su.se)) eller hos privat vårdgivare ([www.kbt.nu](http://www.kbt.nu), [www.sfkbt.se](http://www.sfkbt.se))

### Alternativ 2, SSRI:

- SSRI, inled med låg dos (se tabell 1).
- Lägg i utvalda fall till bensodiazepin vid behov men stå fast vid att panikattackerna är ofarliga!
- Erbjud god tillgänglighet och monitorera biverkningar under insättningsfas. Avvakta effekt av lägsta effektiva dos 2–4 veckor
- Höj vid otillräcklig effekt
- Målet med behandlingen är full remission
- Fortsätt behandling minst 12 månader efter att patienten svarat på behandlingen och överväg utsättning endast vid fullgod behandlingseffekt
- Sätt ut långsamt under flera månader
- Instruera patienten att inte avsluta eller ändra sin behandling utan att tala med sin läkare

Vid otillfredsställande behandlingssvar, konsultera eller remittera till psykiatrisk mottagning.

## Omvårdnadsaspekter

De flesta patienter med paniksyndrom bör få sitt behandlingsbehov tillgodosett inom öppenvården. En omvårdnadsbedömning blir aktuell först i samband med inläggning eller om patienten är så pass handikappad av sitt paniksyndrom att han/hon inte klarar av sin dagliga livsföring. Vid svåra fall av paniksyndrom med agorafobi kan det vara nödvändigt att insatser sker i hemmet. Åtgärder som riskerar att befästa sjukdomen, som beviljande av färdtjänst, boendestödare utan adekvat handledning eller sjuk-/aktivitetsersättning utan rehabiliteringsplan, bör undvikas till förmån för aktiverande behandlingsinsatser.

## Sjukskrivning

Sjukskrivning ska i regel undvikas eftersom det befäster det agorafoba undvikandet (dvs att rädslan att gå ut, använda kommunala kommunikationsmedel etc, ökar). Om sjukskrivning bedöms vara nödvändig så ska denna vara kort, 2–4 veckor. Deltidssjukskrivning bör alltid övervägas. Vid bedömning av funktions- och arbetsförmåga är det viktigt att tänka på samsjuklighet som missbruk, andra ångestsyndrom och depression. Om arbetsförmågan bedöms vara nedsatt längre tid än rekommendationen bör insatser som stödjer återgång i arbete, som kontakt med arbetsplatsen och arbetsträning tidigt, övervägas. Vid sjukskrivning längre än 3 månader bör den specialiserade psykiatrin involveras för att säkerställa diagnos och adekvat behandling.

## Litteratur och länkar

*Fri från oro, ångest och fobier-råd och tekniker från kognitiv beteendeterapi,*  
Farm Larsson, M, ISBN: 9172320109

*Ingen panik: fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi,*  
Carlbring, P, ISBN: 912711466X

*Lilla panikboken: fri från panikattacker med kognitiv beteendeterapi*  
Silove, D, ISBN: 9185675024

[www.viss.nu](http://www.viss.nu)

[www.angest.se](http://www.angest.se)

[www.adaa.org](http://www.adaa.org)

[www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

## Social fobi

*”Jag känner mig rädd och nervös i situationer där det finns risk att uppmärksamheten riktas mot mig. Vardagliga situationer som att vara med i en grupp, yttra mig på ett möte, tala i telefon eller göra något när andra ser på är väldigt påfrestande. Jag kan oro mig veckor i förväg! Är rädd för att jag skall göra bort mig genom att säga eller göra något dumt. Det känns alltid som om jag gör mig till åtlöje eftersom jag blir illröd i ansiktet, darrar på röstent, blir stel som en pinne och kan inte få fram ett vettigt ord utan att staka mig. Vet ofta inte vad jag har sagt i efterhand. Tänker att andra måste tycka att jag är en konstig människa. Numera undviker jag sådana situationer eftersom jag inte orkar vara spänd och orolig jämt. Det här började i tonåren och det har påverkat hela mitt liv. Jag har inte kunnat studera på universitet och jag stannar inte länge på ett jobb. Eftersom rädslan hindrar mig att träffa andra på ett naturligt sätt har jag blivit en väldigt ensam person.”*

Lina 31 år

## Bakgrundsfakta

### Vad kännetecknar social fobi?

Lina beskriver ovan hur det är att lida av **social fobi** (eller **socialt ängestsyndrom**) [4] som kännetecknas av en rädsla för situationer där man kan dra till sig andras uppmärksamhet, något som är förenat med starka ängestreaktioner. Rädslan, som yttrar sig i prestationssituationer eller vid social interaktion, handlar om att man ska bete sig på ett pinsamt sätt eller visa symtom på ångest (t ex att svettas, rodna eller tappa ord), vilket i personens föreställningsvärld skulle leda till förlorad status och självaktning. Efterhand utvecklas ett beteende som är typiskt för personer med fobisk rädsla – man undviker och flyr de kritiska situationerna – vilket på ett allvarligt sätt beskär möjligheterna att fungera i arbetsliv och på fritid. Den sociala fobin kan vara specifik eller generaliserad. Den förstnämnda begränsar sig till rädsla för enstaka sociala situationer medan den senare, som i Linas fall, innebär en bred påverkan på social funktion och rädsla i flertalet sociala situationer. Studier visar att grupperna skiljer sig åt i flera avseenden. Generaliserad social fobi debuterar tidigare och de som drabbas har en lägre utbildningsnivå, är oftare arbetslösa eller ensamstående och lider i högre grad av andra psykiatriska problem [31]. Social fobi debuterar vanligen under tonårsperioden (13 till 20 år), men många patienter rapporterar tidigare debut.

Såväl i DSM-IV som i ICD-10 beskrivs rädslan för kritisk granskning av andra som leder till undvikande av sociala situationer. I ICD-10 betonas att svårare social fobi är förknippad med dålig självkänsla och rädsla för kritik. Dessutom anges det att patienter ibland presenterar symtom som t ex rodnad som primära, snarare än sekundära symtom på ångest.

Social fobi förekommer också hos barn. Diagnosen kan ställas så tidigt som vid 8 års ålder. Ostrukturerade situationer, som att leka, cykla med en kompis, tävla eller liknande är då mycket stressande. De emotionella (ångest) reaktionerna hos barn kan ofta ta sig uttryck i gråt och vredesutbrott, mag- och huvudvärk samt generell ångest och nedstämdhet. Skolvägran är vanligt. För diagnos krävs att ångestreaktionerna aktiveras i kamratrelationer och inte bara i relation till vuxna [32].

## Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV Social fobi 300.23

- A. En uttalad och bestående rädsla för en eller flera olika situationer eller presentationssituationer som innebär exponering för okända människor eller risk för kritisk granskning av andra. Detta grundar sig i en rädsla för att bete sig på ett förödmjukande eller pinsamt sätt eller visa symtom på ångest.
- B. Exponering för den fruktade situationen framkallar så gott som alltid ångest, vilken kan ta sig uttryck i en situationellt betingad eller situationellt predisponerad panikattack.
- C. Insikt om att rädslan är överdriven eller orimlig.
- D. Den fruktade situationen eller prestationssituationen undviks helt, alternativt uthärdas under intensiv ångest eller plåga.
- E. Antingen stör undvikandet, de ångestladdade förväntningarna eller plågan i samband med de fruktade sociala situationerna eller prestationssituationerna i betydande grad ett normalt fungerande i vardagen i yrkeslivet (eller studier), i sociala aktiviteter eller relationer, eller så lider personen påtagligt av att ha fobi.
- F. Hos personer under 18 år skall varaktigheten vara minst sex månader.
- G. Ångesten eller undvikandet beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada och förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning (t ex paniksyndrom med eller utan agorafobi, separationsångest, dysmorfofobi, en genomgripande störning i utvecklingen eller schizoid personlighetsstörning).

Specificera om:

**Generaliserad:** Rädslan innefattar de flesta sociala situationer (t ex att inleda och upprätthålla konversation, delta i små grupper, ha en träff med någon, tala med auktoritetspersoner, gå på fest). Överväg också fobisk personlighetsstörning.

## Diagnostiska kriterier enligt ICD-10 Social fobi F40.1

A. Något av följande måste finnas:

1. Tydlig rädsla för att befinna sig i fokus för uppmärksamhet eller rädsla för att vara på väg in i en situation som kan bli generande eller förödmjukande.
2. Tydligt undvikande av att befinna sig i fokus för uppmärksamhet eller av situationer där det finns en rädsla för att bete sig på ett sätt som är generande eller förödmjukande.

Dessa rädslor visar sig i sociala situationer såsom att äta eller tala offentligt, möta bekanta personer offentligt eller gå in i eller delta i mindre gruppsituationer (såsom fester, möten, klassrum).

B. Minst två symtom på ångest i den rädsleframkallande situationen måste ha manifesterat sig under en tid sedan syndromet debuterade, detta tillsammans med minst ett av följande symtom:

1. rodnar eller darrar;
2. rädsla för att kräkas;
3. täta trängningar eller rädsla för att behöva kasta vatten eller ha avföring.

C. Uttalad känslomässig stress orsakad av symtomen eller av undvikandebeteendet och individen igenkänner detta som överdrivet eller oförklarligt.

D. Symtomen är begränsade till eller domineras av den obehagliga situationen eller av tankar på densamma.

E. De vanligaste exklusionskriterierna är att symtomen listade i A och B är orsakade av vanföreställningar, hallucinationer eller andra sjukdomar som organiska psykiska syndrom, schizofreni och relaterade syndrom, förstämningssyndrom eller tvångssyndrom. Symtomen får inte heller vara sekundära till kulturella föreställningar.

### Hur vanligt är social fobi?

1-års-prevalensen uppskattas till ca 7 % och livstidsprevalensen till ca 12 % [33]. I en svensk studie rapporteras punktprevalensen vara 16 % [31]. Social fobi är något vanligare hos kvinnor än män (1,5:1). Det är oklart hur vanligt det är med social fobi hos barn. Hos tonåringar rapporteras prevalensen vara ca 8 % [34]. Dessa siffror inkluderar specifik social fobi och prevalensen av svårare generaliserad social fobi är lägre.

### Hur går det utan behandling?

Social fobi följer ofta ett kroniskt förlopp med en betydande funktionsnedsättning, sänkt livskvalitet och svårigheter att klara utbildning, arbete, och umgängesliv. Effekterna är särskilt allvarliga för personer med generaliserad social fobi med undvikande personlighets-



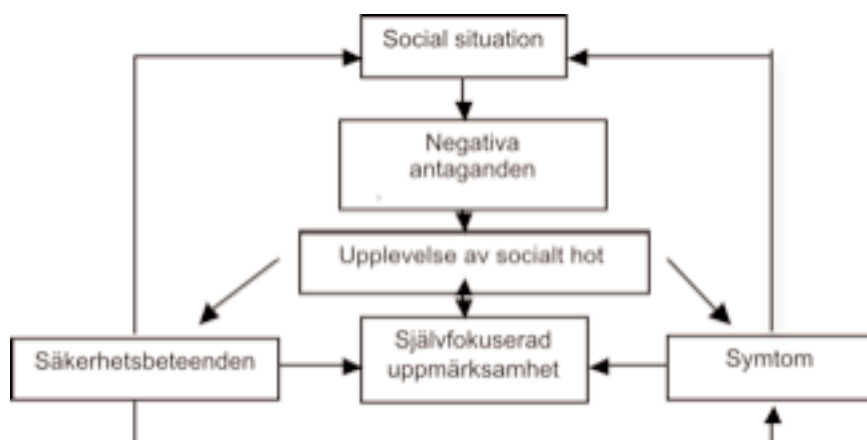
störning. En tidig debut av social fobi är förknippad med ett mer handikappande förlopp. Det kan bero på att det obehandlade tillståndet ytterligare förvärras av någon form av samsjuklighet.[35];[33]

### **Vad beror social fobi på?**

Flera faktorer kan samverka till att öka sårbarheten för att utveckla social fobi. **Genetiska faktorer och miljöfaktorer** antas bidra till att social fobi förekommer och utvecklas i ökad omfattning inom samma familj. Bevis för genetiska faktorer kommer från tvillingstudier av social fobi och social rädsla där ärftlighetsindex skattas till ca 30 %. Tendensen att tolka sociala situationer som potentiellt hotande kan bli ett inlärt reaktionsmönster hos barn till föräldrar som lider av social fobi. Föräldrarnas sociala ångest kan kommuniceras till barnet genom att betydelsen av vad andra tycker betonas, att endast perfekta prestationer beröms eller att barnet skyddas/undanhålls från social interaktion [36].

**Blyghet** ökar risken för social fobi och kan sannolikt förstås ur både ett genetiskt och ett miljömässigt perspektiv. Blyghet och social fobi är dock inte samma sak, även om likheter förekommer. De fysiska ångestreaktionerna och rädslan för negativ bedömning är likartad. Emellertid utvecklar blyga personer vanligen inte ett undvikande beteendemönster och blygheten upplevs inte heller som handikappande i det dagliga livet. En ytterligare skillnad är att blyghet ofta utvecklas betydligt tidigare än den sociala fobin. Det kan också finnas en **neurobiologisk sårbarhet** som gör att stress och ångestreaktioner lättare aktiveras. Beteendehämmning, dvs. en medfödd benägenhet att reagera kraftigt på nya människor och situationer, föregår ofta social fobi. Tendensen till blyghet/hämning bör beaktas hos barn eftersom den är förknippad med en ökad sårbarhet för framtida ångestsyndrom.

I ett **inlärningspsykologiskt** synsätt tänker man sig att social fobi uppstår till följd av att negativa erfarenheter i sociala situationer förknippades med ångest och otrygghet som ett resultat av associativ (respondent) inläring. I ett evolutionärt perspektiv betonas människans nedärvda beredskap till rädsla för ex. arga ansikten, vilket skulle vara särskilt uttalat vid social fobi som en del i ett socialt underkastelsesystem. I ett kognitivt psykologiskt synsätt beskrivs grunden i social fobi vara en stark önskan att göra intryck på andra och en stor osäkerhet om sin förmåga till detta. I en social situation sammanlänkas överdrivet negativa och självkritiska tankar, undvikandebeteenden, självfokuserad uppmärksamhet och fysiska ångestreaktioner till en ond cirkel som kan vara svår att bryta. Enligt detta synsätt är det personens sätt att tolka egna och andras reaktioner, tendensen till självfokuserad uppmärksamhet samt undvikande- och säkerhetsbeteenden som upprätthåller den onda cirkeln (Figur 1).



**Figur 1.** En kognitiv modell för förståelse av social fobi (Clark & Wells, 1995)

Det finns empiriska belägg för att personer med social fobi jämfört med kontrollpersoner tolkar sociala signaler på ett negativt sätt, undervärderar sin egen sociala prestation och är mer uppmärksamma på egna kroppsliga signaler samt använder styrkan i dessa för att värdera graden av socialt hot utifrån. De övervärderar också i vilken mån de egna symtomen är observerbara för andra [37].

### **Samsjuklighet**

Hos 50 till 80 % av patienterna förekommer minst ytterligare en diagnos, vanligen ett annat ångestsyndrom, depression eller missbruk. Social fobi föregår oftast utveckling av annan störning. Samsjuklighet är vanligast hos personer som lider av generaliserad social fobi. De är ofta mer handikappade av sina svårigheter och har en sämre behandlingsprognos. Det finns en omfattande överlappning mellan generaliserad social fobi och fobisk (undvikande) personlighetsstörning [38].

### **Varför och var söker patienten?**

Personer med social fobi söker vanligen hjälp 10–20 år efter debuten, då ofta i primärvården. Ett vanligt mönster är att patienten söker för andra, sekundära problem som t ex depression, allmän oro och ångest vilket kan innebära att den sociala fobin inte upptäcks. Ofta uppfattar patienten problemet som en del av personligheten t ex som ett uttryck för blyghet och är inte medveten om att det rör sig om ett behandlingsbart tillstånd. För att identifiera social fobi är det avgörande att ställa adekvata frågor, eftersom många patienter inte spontant berättar om sin uttalade sociala rädsla.

## **Utredning och diagnostik**

För många kan det vara mycket påfrestande att komma till den första intervjun och det kan upplevas så pressande att de lämnar återbud till besöket eller helt enkelt uteblir. Det är viktigt att normalisera symtomen för patienten som ofta upplever dessa som uttryck för att han/hon är konstig och annorlunda som person.

## Screening

Följande screeningfrågor (Social Phobia Inventory, /SPIN/ [32]) kan fånga upp social fobi:

- Att göra bort sig eller verka dum, hör det till dina värsta rädslor?
- Undviker du aktiviteter eller andra sammanhang om du riskerar att hamna i centrum för uppmärksamheten?
- Är din rädsla att göra bort dig så stor att du undviker att prata med andra eller delta i sociala aktiviteter?

Om patienten svarar ”ja” på någon av frågorna går man vidare med att fastställa diagnos.

## Diagnostik

Bedömning och utredning enligt de riktlinjer som anges på sid 9–10.

## Skattning av svårighetsgrad och av förbättring

Behandlingen bör regelbundet utvärderas med stöd av skattningsskalor enligt beskrivning på sid 10.

Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) mäter graden av ångest och undvikanden i sociala interaktions- och prestationssituationer. Riktmärken för bedömning är: 40–60 poäng = lindrig social fobi, >60–80 poäng = måttlig social fobi och >80 poäng = svår social fobi.

## Vilka andra tillstånd kan likna social fobi?

Ångesttillstånden har överlappande kännetecken som t ex rädsla och undvikande, medan personer med social fobi och depression delar tendensen att isoleras sig socialt. Personer med paniksyndrom (med eller utan agorafobi) undviker ofta sociala situationer. Undvikandet beror dock inte på rädslan att bli kritiskt granskad, utan på rädsla för att få en panikattack (som är kopplad till rädsla för att dö eller tappa kontrollen) och att inte få hjälp av andra i situationen. Ångestattacker vid social fobi är kopplade till sociala situationer, vilket inte är fallet vid paniksyndrom där ångestattacker kan uppstå mer oväntat. Typen av symtom differentierar de båda tillstånden. Vid social fobi förekommer i högre grad symtom som kan observeras av andra, t ex att rodna, darra, muntorrhet, rodnad och svettning medan personer med paniksyndrom upplever yrsel, andnöd, dimsyn och hjärtklappning.

Personer med generaliserat ångestsyndrom (GAD) rapporterar ofta en hög grad av social ångest i likhet med personer med social fobi. De har också en hög grad av oro och grubblande inför sociala situationer men den uttalade oron rör även de flesta andra områden i livet. Typen av symtom skiljer sig också, personer med GAD har oftare huvudvärk, muskelvärk, rädsla för att dö och sömnstörningar.

När det gäller att skilja mellan social fobi och depression är det viktigt att ta reda på om det sociala undvikandet beror på låg energinivå, lustlöshet (dvs depression) eller rädsla för att bli negativt bedömd. Personer med social fobi säger ofta att de skulle känna sig trygga i sociala situationer om de kunde komma ifrån rädslan för negativ bedömning. Deprimerade personer uttrycker däremot att de inte orkar eller inte har lust att delta i sociala sammanhang [39].

## Behandling

### Information till patienten

Följande information kan ges till patienten:

- Det finns verksamma behandlingar (KBT eller läkemedel)
- Skrivet informationsmaterial och litteraturhänvisningar
- Hänvisning till att söka vidare information hos patientförening som kan nås via webbplats för social fobi, [www.sps.nu](http://www.sps.nu)

### Psykologisk behandling

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för kognitiva och beteendearterade terapier (KBT) vid behandling av social fobi. Däremot är det vetenskapliga stödet för andra psykoterapiformer otillräckligt [1]. Behandling med KBT (vanligen under 12–16 veckor) leder till reducerad social ångest och ett minskat undvikandebeteende, minskad rädsla för negativ värdering av andra och en minskad tendens till negativ självvärdering. Effekterna har visat sig kvarstå vid uppföljningar upp till ett år efter behandling.

De KBT-program som har prövats har väsentligen inkluderat *exponering, kognitiv omstrukturering, social färdighetsträning och avspänningstekniker*. De har administrerats enskilt eller i kombination. Det finns ett gott vetenskapligt stöd för att exponering, enbart eller i kombination med kognitiv omstrukturering, är effektiv strategi vid behandling. Endast kombinationen av exponering och kognitiv omstrukturering har dock visat sig vara bättre än placebobehandling [1]. Avspänningstekniker kan vara ett komplement till annan behandling. Personer med social fobi brister vanligen inte i sociala färdigheter varför social färdighetsträning inte är en standardintervention vid behandling.

Vanligen har behandling vid social fobi administrerats som gruppbehandling t ex Heimbergs 12-veckors ”Cognitive Behavioral Group Therapy” (CBGT) som är en empiriskt validerad behandling [40]. Senare kunskapsutveckling och studier av en specifik *individuell behandling* av social fobi ”Individual Cognitive Therapy” (ICT) visar också goda effekter [41]. ICT representerar en senare utveckling av KBT, där vidmakthållande processer, som självfokuserad uppmärksamhet, säkerhetsbeteenden och negativa antaganden uppmärksammas särskilt [37]. Datorbaserade behandlingsmetoder innebär att patienten, vanligen med någon form av personligt stöd av en terapeut, går igenom en KBT-manual som har anpassats till datorformat. Metoderna, som är under utveckling, har visat lovande resultat (”måttlig effekt”) men kunskapsunderlaget är ännu begränsat [42].

*Självhjälpsmaterial* i form av litteratur (se Lästips) kan vara värdefulla inslag i behandling. Det saknas kunskap om ett sådant material skulle kunna vara tillräckligt som enda intervention, t ex vid en lindrig social fobi.

### Läkemedelsbehandling

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för effekt och tolerabilitet för de flesta SSRI samt för venlafaxin (SNRI). Studier visar signifikanta effekter med minskad social ångest och generellt ökad funktionsnivå. Mer än hälften av patienterna bedöms vara mycket eller radikalt

förbättrade efter 12 veckor. Någon skillnad mellan preparaten har inte visats. *Kloka Listan* år 2011 rekommenderar sertralin i första hand vid ångestsyndrom.

Det finns inga kontrollerade studier av tricykliska antidepressiva, som klomipramin, vid social fobi och de kan därför inte rekommenderas. Det finns heller inget stöd för buspiron. Det finns ett måttligt vetenskapligt stöd för effekten av monoaminoxidashämmare (MAO-hämmare) som moklobemid och fenelzin. Irreversibla MAO-hämmare som fenelzin kräver licens och dietföreskrifter måste följas för att undvika bieffekter.

Bland bensodiazepinerna finns viss evidens för behandling med klonazepam. Behandling kan komma i fråga för i övrigt terapirefraktära patienter och där risken för beroendeutveckling bedöms som låg.

Behandling med betablockerare saknar vetenskapligt stöd. Effekten av atenolol och propranolol skiljer sig i studier inte från placebo. Betablockerare kan i vissa fall ordinerats till personer som lider av specifik oro, t ex inför en presentationssituation.

Effekten av SSRI har studerats upp till 36 veckor efter insättning och visar att en snar utsättning ger hög återfallsfrekvens. Rekommenderad behandlingstid är minst ett år.

**Tabell 2.** Läkemedel som har dokumenterad effekt vid behandling av social fobi. Läkemedel markerade med asterisk (\*) är i Sverige registrerade på denna indikation.

Substans	Originalpreparat	Startdos (mg/d)	Behandlingsdos (mg/d)
sertralin*	Zoloft	25–50	50–200
escitalopram*	Cipralex	5–10	10–20
fluvoxamin*	Fevarin	25–50	100–250
moklobemid*	Aurorix	300	600
paroxetin*	Seroxat	10–20	20–60
venlafaxin*	Efexor	37,5–75	150–225

### Kombinationsbehandling

Att kombinera psykoterapi och läkemedel ter sig i många fall rimligt. Evidensläget är dock ännu oklart huruvida kombinationsbehandling ger bättre effekt än behandlingarna var för sig [3].

## Rekommenderad behandling

Val av behandling görs i samråd med patienten enligt de individuella förutsättningar som finns.

- Psykologisk behandling med KBT är vanligen förstahandsval.
- Datorbaserad KBT ([www.internetpsykiatri.se](http://www.internetpsykiatri.se)) kan prövas som ett alternativ till annan KBT.
- Läkemedel (SSRI och SNRI) är vanligen andrahandsval.
- Behandling med moklobemid kan övervägas i undantagsfall.
- Behandling med benzodiazepiner kan i undantagsfall övervägas men bör inte utgöra enda åtgärd och behandlingen bör endast pågå under begränsad tid.
- Kombinationsbehandling med KBT och läkemedel kan övervägas i komplicerade fall.

## Behandlingsutvärdering

Behandlingen utvärderas fortlöpande genom klinisk bedömning och med hjälp av skattningsskalor som beskrivits i detta kapitel samt i inledningen.

## Var ska behandlingen ske?

### Primärvård

Många patienter med social fobi söker först vård i primärvården. Adekvat diagnostik är avgörande, se ”Utredning och diagnostik”. Det är önskvärt att personal med grundläggande utbildning i KBT knyts till primärvården. Patienten kan rekommenderas att söka datorbaserad behandling via Vårdguiden eller [www.internetpsykiatri.se](http://www.internetpsykiatri.se), privat via [www.sfKBT.se](http://www.sfKBT.se) och [www.kbt.nu](http://www.kbt.nu).

Det kan även finnas möjlighet att hänvisa till utbildningsterapier vid utbildningar för KBT liksom på psykologmottagningen vid Stockholms universitet (tfn: 08-16 20 00/  
[www.psychology.su.se](http://www.psychology.su.se))

Vid otillräcklig effekt av behandling (KBT och/eller läkemedel), konsultera eller remittera till psykiatrisk mottagning.

### Psykiatri

Psykiatrin svarar för patienter med svårare social fobi och t ex hög grad av samsjuklighet och låg funktionsnivå. Det kan även gälla patienter som avböjt läkemedelsbehandling och som önskar bedömning för KBT, i de fall detta endast kan erbjudas vid psykiatrisk mottagning.

## Sjukskrivning

Sjukskrivning ska i regel undvikas. Arbetsförmågan kan vara tillfälligt nedsatt, varför en kortare sjukskrivning om ca 2–4 veckor kan vara motiverad. Deltidssjukskrivning bör alltid övervägas. Vid bedömning av funktions- och arbetsförmågan är det viktigt att beakta samsjuklighet som missbruk och analys av stressfaktorer med särskilt fokus på arbetsplatsens krav. Om arbetsförmågan bedöms vara nedsatt längre tid än rekommendationen bör insat-

ser som stödjer återgång i arbete som kontakt med arbetsplatsen och arbetsträning tidigt övervägas. Vid sjukskrivning längre än 3 månader bör den specialiserade psykiatrin involveras för att säkerställa diagnos och adekvat behandling.

### **Litteraturtips**

*Social Fobi - Att känna sig granskad och bortgjord,*  
Kåver, A (1999), Cura Bokförlag och Utbildning AB Stockholm.

*Social fobi - Effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi.*  
Furmark, T, Holmström, A, Sparthan, E., Carlbring, P, och Andersson, G (2006), Liber AB.

*Mer än blyg - Om social ängslighet hos barn och ungdomar.*  
Svirsky, L och Thulin, U (2006), Cura Bokförlag och Utbildning AB Stockholm.

*Fri från blyghet och social fobi med kognitiv beteendeterapi.*  
Butler, G (2007). Köping: WS Bookwell, Finland.



## Specifika fobier

*”Det var en egentligen en sådan löjlig sak, och ändå påverkade den hela mitt liv. Det började när jag var 13 år, jag var på fest och gick ut på balkongen för att smygröka. Jag blev svag i knäna och trodde jag skulle svimma, övertygad om att balkonggolvet skulle ge vika under mig och att jag skulle slå ihjäl mig. Efter det började jag undvika alla höjder så långt jag kunde men rädslan blev bara värre och värre. Innan jag fick behandling var det värre än någonsin. Jag hade ett bra jobb, man och två små barn. Allt såg bra ut på ytan, men få visste att jag undvek att besöka vänner som bodde i flervåningshus, att jag inte kunde åka rulltrappa, att vi bosatt oss i innerstan för att jag skulle slippa åka över broar. När så min arbetsplats flyttade och jag var tvungen att ta ännu krångligare omvägar så blev situationen helt ohållbar. Jag sökte hjälp vid Stockholms universitets psykologmottagning men trodde egentligen inte att det skulle gå vägen. Jag fick behandling, bara sex gånger tog det, och nu är jag helt fri från rädslan.”*

Eva 39 år

## Bakgrundsfakta

### Vad kännetecknar specifika fobier?

Specifika fobier är vanligt förekommande men sällan något man söker psykiatrisk hjälp för. Då specifika fobier utreds och behandlas inom sjukvården är de oftast flerfaldiga och komplexa, alternativt samexisterande med andra ängestsyndrom. Som fallbeskrivningen visar kan specifik fobi vara ett handikappande problem även om man försöker forma sitt liv så att fobin inte ska märkas av andra eller inskränka vardagslivet.

Specifika fobier delas in i fem undergrupper utifrån rädslans fokus [4]:

1. Djur (ex. spindlar, ormar, hundar)
2. Naturlig miljö (ex. höjder, vatten, oväder)
3. Platsbundenhet (ex. flygplan, instängda utrymmen)
4. Blodinjektioner–skador (ex. blodprov, operationer)
5. Övriga (ex. kräkning, sätta i halsen, sjukdom)

Då en person kommer i kontakt med det fobiska objektet eller situationen utlöses stark ångest som kan manifesteras i en panikattack, katastroftankar och en impuls att fly eller på annat sätt undvika den obehagliga situationen. Ofta finns starka känslor av obehag, äckel och skräck kring det fobiska objektet. Vid blodfobi finns en benägenhet att svimma, vilket påverkar val av behandling. Att svimma är ovanligt vid andra typer av fobier.

Fobier hos barn och ungdomar kan vara svårare att diagnosticera. En fobi hos barn föreligger då rädslan är överdriven, inte möjlig att resonera om, leder till undvikande, består över tid och inte är åldersspecifik [43].

I utredning och behandling av specifik fobi används DSM-diagnostiken såväl i Sverige som internationellt.

## Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV Specifik fobi (300.29)

- A. Uttalad och bestående rädsla som är överdriven eller orimlig för en specifik företeelse eller situation.
- B. Exponering för det fobiska stimuli utlöser så gott som alltid en omedelbar ångestreaktion som kan ta sig uttryck i en panikattack.
- C. Insikt om att rädslan är överdriven och orimlig hos vuxna.
- D. Det fobiska stimuli undviks helt eller uthärdas under intensiv ångest eller plåga.
- E. Fobin stör i betydande grad ett normalt fungerande i vardag, yrkesliv, sociala aktiviteter eller relationer, eller så lider personen påtagligt av att ha fobin.
- F. Hos barn skall varaktigheten vara minst sex månader.
- G. Symtomen förklaras inte bättre av annat ångestsyndrom.

## Diagnostiska kriterier enligt ICD-10 Specifika (avgränsade) fobier (F40.2)

- A. Något av följande måste finnas:
  - 1. uttalad rädsla för specifika objekt eller situationer som inte inkluderas i agorafobi eller social fobi;
  - 2. uttalat undvikande av specifika objekt eller situationer som inte inkluderas i agorafobi eller social fobi.

Bland de vanligaste objekten och situationerna märks djur, fåglar, insekter, höjder, åska, flygning, små stängda utrymmen, åsynen av blod eller skada, injektioner, tandläkare och sjukhus.

- B. Symtom på ångest i den obehagliga situationen. Måste ha funnits manifesterade under en tid sedan debuten av syndromet.
- C. Uttalad känslomässig stress orsakad av symtomen eller av undvikandebeteendet och individen inser att detta är överdrivet eller oförklarligt.
- D. Symtomen är begränsade till den rädsleframkallande situationen eller tankar på densamma.

Specifika fobier kan indelas enligt följande:

- djurtyp (såsom insekter och djur)
- naturkatastrofstyp (såsom storm, vatten)
- blod, injektioner och skadetyp
- situationstyp (såsom hissar, tunnlar)
- andra typer

**F40.8 Andra specificerade fobier**

**F40.9 Fobi, ospecificerad**

### **Hur vanligt är specifik fobi?**

Specifik fobi är det vanligaste ångestsyndromet och drabbar något mer än 10 % av befolkningen någon gång under livet [1]. Det är ungefär dubbelt så vanligt bland kvinnor som bland män. Merparten av personer med specifik fobi besväras av flera rädslor. Det finns ett samband mellan antal fobier, samsjuklighet och grad av funktionsnedsättning [44].

Svenska skolbarn har samma slags rädslor som barn i övriga västvärlden, men i Sverige är kön inte en riskfaktor. Svenska flickor förefaller alltså mindre rädda/ängsliga än flickor i övriga västvärlden [45].

### **Hur går det utan behandling?**

Specifika fobier, särskilt hos barn och ungdomar, är en riskfaktor för senare utveckling av psykiatriska problem framför allt depression och ångestsyndrom. Det är därför av stor vikt att förebygga en negativ utveckling genom tidig upptäckt och intervention vid specifika fobier. Utan adekvat behandling tenderar tillståndet att bli långdraget.

### **Vad beror specifik fobi på?**

Det är inte klarlagt varför vissa människor drabbas av fobier, men risken att utveckla specifik fobi ökar om fobier förekommer i släkten. Fobier har traditionellt setts som en inlärd rädsla där individen varit utsatt för starka negativa upplevelser i samband med det fobiska objektet/situationen. Denna förklaring är dock otillräcklig då många personer inte kan identifiera någon utlösande händelse. Ett antal förklaringsmodeller kompletterar förståelsen av uppkomsten av fobier [43]:

1. I experimentella studier har man kunnat visa att fobier kan läras in genom klassisk betingning.
2. Man har påvisat att vissa individer har en genetisk beredskap för att utveckla fobier, och att människor i allmänhet kan reagera på förändringar i omgivningen som ännu inte nått medvetandets nivå.
3. Kognitiva modeller ger för handen att vissa individer överskattar fara och undervärderar den egna förmågan att hantera denna. En benägenhet att överuppmärksamma och övervärdera betydelsen av den fobiska situationen ses också som betydelsefull för att utveckla rädsla.

Rädsla och undvikande av potentiellt hotfulla stimuli har evolutionshistoriskt ett starkt överlevnadsvärde. Det kan vara en förklaring till varför de vanligaste fobierna; djur (orm, spindel, hund) och naturföreteelser/miljöer (höjd, instängdhet, vatten, åska), inte har en direkt koppling till vardagens reella hot, ex. trafikolyckor. Mot bakgrund av att människan under större delen av sin utveckling levit i naturen och nära djuren ter sig dessa rädslor rationella.

Den fobiska reaktionen är dock inte ändamålsenlig. Normal rädsla utvecklas till en fobi då individens reaktioner inte står i proportion till den verkliga faran och ett undvikande beteende inträder. De flesta människor utvecklar inte fobier trots negativa erfarenheter av potentiellt fobiska stimuli. Detta kan eventuellt förklaras genom kognitiva faktorer och inlärningsmodeller. En förklaring kan vara att individen lärt sig strategier för att bemöta ett

upplevt hot t ex genom en förälder som förstått barnets rädsla och hjälpt det att i en trygg miljö bekanta sig med det som barnet upplever problematiskt eller genom att observera hur andra människor hanterar ”faran”.

Fobiska reaktioner hos barn och ungdomar har ett samband med olika föräldraaspekter och ett antal riskfaktorer har identifierats: stressande livshändelser, överbeskyddande och kritiska föräldrar samt föräldrars egna katastroftolkningar och undvikanden [45].

### **Varför och var söker patienten?**

Det är vanligt att den som lider av fobier inte söker vård. Om patienten söker är diagnosen i allmänhet lätt och kan ställas av allmänläkare, psykiater eller av psykolog.

Trots tillståndets vanlighet behandlas få patienter inom den offentliga sjukvården. En del söker sig till privata beteendeterapeuter eller till utbildningsinstitutioner (Stockholms universitets psykologmottagning eller andra som anordnar psykoterapiutbildning med KBT-inriktning). Majoriteten individer med specifika fobier förblir dock obehandlade.

## **Utredning och diagnostik**

Bedömning och utredning enligt de riktlinjer som anges på sid 9–10.

Specifik fobi kan ibland förväxlas med andra ångestsyndrom t ex paniksyndrom/agorafobi, social fobi eller tvångssyndrom. Specifik fobi skiljer sig från de andra ångesttillstånden genom att rädslan är avgränsad till en eller några få olika situationer, medan rädslan och undvikandet ter sig mer generaliserat t ex vid agorafobi. Specifika fobier förekommer också som delproblem i mer komplex problematik som PTSD (sid 54), GAD (sid 42), hypokondri och vid personlighetsproblematik.

Vidare utredning, s.k. beteendeanalys, görs i samband med behandling av KBT-terapeut. För de vanligaste specifika fobierna finns självskattningsskalor [46] som kan ge viktig information för den som behandlar.

## **Behandling**

### **Information till patienten**

Patienten har rätt till information om att specifik fobi är vanligt och medför betydande lidande, men att behandlingen är snabb och effektiv om den utförs på rätt sätt.

Det är viktigt att patienten förstår att fobin är en ångeststörning och inte personlighetsrelaterad eller har ”symbolisk betydelse”, detta för att förhindra att patienten söker och får felaktig behandling.

Patienten ska hänvisas till terapeut med minst grundläggande psykoterapiutbildning (steg 1) i kognitiv beteendeterapi (KBT).

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är i nuläget den enda behandlingen med säkerställd effekt. Effekten är snabb och god, flertalet blir helt av med sin fobi efter en kort behandlingsinsats. Resultaten håller i sig minst ett år efter behandling.

### **Psykologisk behandling**

Två KBT-metoder har visat sig effektiva vid behandling av specifik fobi: exponering och deltagande modellering.

**Exponering** innebär att patienten tillsammans med terapeuten gradvis närmar sig det fobiska objektet/situationen och stannar kvar i situationen då ångesten ökar. Syftet är att uppnå en tillvänjning av ångestreaktionerna så att nyinlärning kan ske och möjliggöra ny upplevelse i förhållande till det fobiska objektet. Exponeringen bör alltid ske inom ramen för en trygg och empatisk terapirelation och i en takt som patienten själv styr.

Modellinlärning ingår ofta i en exponeringsbehandling men har också ensamt visat på god effekt vid djurfobier. **Deltagande modellering** innebär att terapeuten demonstrerar ett adekvat beteende i förhållande till det fobiska objektet och därefter uppmuntrar och instruerar patienten att gradvis göra samma sak.

Blodfobi, där det finns risk för att patienten svimmar, behandlas med **Tillämpad spänning**.

Behandlingstiden varierar mellan 1 och 5 terapisesioner beroende på fobins komplexitet, förberedelser inför exponeringen, sessionslängd och patientens handlingsberedskap. Vid avgränsade fobier, t ex djurfobier kan det räcka med ensessionsbehandling. Sessionerna är då i regel längre, upp emot 180 min. Inom den offentliga vården är det viktigt att uppmärksamma att KBT kräver varierande sessionslängd eftersom detta påverkar terapeutens besöksstatistik och i förlängningen patienternas möjlighet till effektivaste behandling.

Vid behandling av specifik fobi hos barn rekommenderas ofta att barnets förälder involveras i exponeringsbehandlingen. Beroende på barnets kapacitet och föräldrarnas förmåga att vara en resurs i behandlingen kan föräldrarnas engagemang i behandlingen variera [43]. I en svensk studie fanns dock inte belägg för att föräldramedverkan förbättrade resultatet eller upplevdes mer positivt av barnen. Istället rapporterade barn som erhållit ensessionsbehandling hög acceptans för metoden och positiva sidoeffekter som ökat självförtroende. Inget av barnen i studien rapporterade att de upplevde tidspress, trots att behandlingstiden var reglerad [45].

### **Läkemedelsbehandling**

Stöd för läkemedelsbehandling saknas [1].

## Rekommenderad behandling

Kognitiv beteendeterapi med fokus på exponering för rädslan är den enda rekommenderade behandlingen vid specifik fobi.

## Behandlingsutvärdering

Prognosen är god efter genomförd behandling. Utvärdering enligt riktlinjer på sid 11.

## Var ska behandlingen ske?

När en patient med specifik fobi söker hjälp inom primärvården kan denne hänvisas till privatpraktiserande beteendeterapeut ([www.kbt.nu](http://www.kbt.nu) och [www.sfkbt.se](http://www.sfkbt.se)) eller till Stockholms universitets psykologmottagning (08-16 20 00 / [www.psychology.su.se](http://www.psychology.su.se)).

För tandvårdsfobiker finns inom Folktandvården specialiserade tandvårdsteam där behandlingen kan ske i samverkan mellan KBT-terapeut, tandläkare och patient.

Vid mer komplexa fobier med annan samtidig psykiatrisk problematik bör patienten remitteras till psykiatrisk mottagning för utredning och behandling.

Vid varje psykiatrisk mottagning bör det finnas kompetens att behandla patienter med specifik fobi. I de fall det saknas bör avtal träffas med privata vårdgivare för att tillgodose detta behov.

Inom somatisk vård upptäcks ofta patienter med specifik fobi, t ex sprutfobi, tandvårdsfobi, ”gynfobi”. Här gäller samma hänvisnings/remissgång som för primärvården.

## Litteraturtips

*Fri från oro, ångest och fobier-råd och tekniker från kognitiv beteendeterapi,*

Farm Larsson, M. ISBN: 9172320109

*Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin.*

Öst, L-G. 2007, Natur och kultur, Stockholm. ISBN: 9789127109476

## Generaliserat ångestsyndrom – GAD

*”Mamma, du oroar dig för mycket!”, brukar mina tonåringar säga. De har nog rätt. Jag sover dåligt och har ont i hela kroppen. Jag känner mig spänd som en fjäder. Nu har min yngste son börjat spela fotboll och de dagar då han tränar, så vet jag inte vad jag skall ta mig till innan han kommer hem. Jag blir ifrån mig av alla tankar på vad som kan hända honom.*

*I mitt arbete är det så mycket som kan bli fel om jag inte tänker mig för, jag har svårt att koncentrera mig. På kvällen är jag helt slut för att jag har spänt mig så mycket. Jag har gått ner i arbetstid, eftersom jag inte orkar en hel vecka. På helgerna när jag borde vila, oroar jag mig för bilresorna till landet. Det är så mycket som kan hända. Jag oroar mig flera dagar i förväg.*

*Jag har nog alltid oroat mig, ända sedan jag var barn och det blir inte bättre med åren. Hur ska det här sluta?!*

Carmen 43 år

## Bakgrundsfakta

### Vad kännetecknar generaliserat ångestsyndrom?

Generaliserat ångestsyndrom (General Anxiety Disorder, GAD) kännetecknas av

- Ständig, överdriven oro och ängslan för vardagliga saker
- Stora svårigheter att kontrollera oron
- Mentala och fysiska symtom
- Lidande eller nedsatt funktion

ICD-10 betonar somatiska symtom medan dessa är nedtonade i DSM-IV.



## Diagnostiska kriterier enligt DSM - IV Generaliserat ångestsyndrom 300.02

- A. Överdriven rädsla och oro (förväntansångest) inför ett antal olika händelser eller aktiviteter (t ex skol- eller arbetsprestationer) flertalet dagar under minst sex månader.
- B. Svårigheter att kontrollera oron.
- C. Rädslan och oron förknippas med/har samband med tre eller fler av följande sex symtom (av vilka några funnits med i bilden flertalet dagar de senaste sex månaderna): Obs: Hos barn behöver bara ett av symtomen förekomma.
  - 1. rastlös, uppskruvad eller på helspänn
  - 2. lätt att bli uttröttad
  - 3. svårt att koncentrera sig eller ”tom” i huvudet
  - 4. irriterbar
  - 5. muskelspänning
  - 6. sömnstörning (svårt att somna, täta uppvaknanden eller orolig och otillfredsställande sömn)
- D. Fokus för rädslan och oron är inte enbart begränsat till symtom på någon axel I-störning, t ex rädslan och oron gäller inte panikattacker (som vid paniksyndrom), social genans (som vid social fobi), förorening (som vid tvångssyndrom), att vara ensam borta från hemmet eller anhöriga (som vid separationsångest), viktökning (som vid anorexia nervosa), olika fysiska besvär (som vid somatiseringssyndrom), eller allvarlig sjukdom (som vid hypokondri). Rädslan och oron föreligger inte heller uteslutande i samband med posttraumatiskt stressyndrom.
- E. Rädslan, oron eller de fysiska symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden
- F. Störningen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t ex hyperthyroidism) samt visar sig inte enbart i samband med ett förstämningssyndrom eller en psykos. Den diagnosticeras inte heller vid genomgripande störning i utvecklingen.

## Diagnostiska kriterier enligt ICD-10 Generaliserat ångestsyndrom F41.1

- A. Ångest som inte är begränsad till vissa situationer och som ger symtom de flesta dagar under flera veckor, vanligen flera månader.
- B. Symtomen inkluderar vanligen element av
- Oro (rädsla för framtida sjukdom, nervositet, koncentrationssvårigheter mm).
  - Motorisk påverkan (rastlösa rörelser, spänningshuvudvärk, skakningar, oförmåga att slappna av).
  - Autonom överaktivitet (yrsel, svettning, takykardi eller takypne, magbesvär, muntorrhet mm).
- C. Tillfällig nedstämdhet och andra psykiska symtom kan förekomma, men tillståndet får inte uppfylla kriterier för depression, paniksyndrom eller tvångssyndrom.

### Hur vanligt är GAD?

Livstidsprevalensen beräknas till ca 5 % av den vuxna befolkningen och är ungefär dubbelt så hög hos kvinnor som hos män [47]. Punktprevalensen i befolkningsstudier ligger på 1,5–3 % men har bland primärvårdspatienter visats vara upp till 8,5 %.

### Hur går det utan behandling?

Det är vanligt att den överdrivna ängsligheten visar sig under tidig barndom eller tonår. Spontan förbättring är sällsynt och utan behandling får syndromet ofta ett livslångt förlopp. Även när förbättring ägt rum återfaller ca en tredjedel inom tre år [48].

### Vad beror GAD på?

En teori innebär att depression och GAD har gemensam etiologi [49]. Den specifika inlärningssituationen som är vanlig vid andra ångestsyndrom saknas, medan den genetiska och psykologiska generella sårbarheten är gemensam. Patienter med GAD kan oftast inte erinra sig en specifik tidpunkt för debuten, men beskriver att den oftast skett i samband med stressiga perioder i livet.

En hypotes är att barn som varit utsatta för trauman, oväntade tidiga förluster eller otrygg anknytning har lärt sig att betrakta världen som en farlig plats, som man inte har kontroll över. Oron är då ett sätt att hantera en osäker tillvaro och fungerar som ett undvikande från skrämmande mentala bilder och dess påföljande känslor.

Benägenheten till oro förstärks genom att katastrofhändelser uteblir och personen då drar den felaktiga slutsatsen att det var pga. oroandet som katastrofen inte inträffade. Den svåra oron medför en störning av autonoma responser och reaktioner samt en intensiv kognitiv

aktivitet. Detta resulterar i en upplevelse av (och ibland faktiska) brister av färdigheter som är en grogrund för att utveckla och vidmakthålla GAD [50].

Ett inslag i GAD är så kallade metaoro, som innebär oro för oron, utifrån en föreställning att oron i sig är skadlig. Detta sker samtidigt som personen upplever att katastroferna tack vare oroandet inte inträffar. Följaktligen uppstår en s.k. kognitiv dissonans. Andra menar att den viktigaste komponenten för förvärvande och vidmakthållande av GAD är svårigheter att hantera och stå ut med osäkerhet [50].

### **Samsjuklighet**

Cirka 2/3 av patienterna med GAD som huvuddiagnos har minst en ytterligare diagnos. Social fobi och dystymi är de vanligaste.

Upp till 2/3 av alla patienter som behandlas för alkoholrelaterade störningar har också GAD eller annan kliniskt signifikant ångest [1]. Eftersom alkohol ofta kan ha en kortvarig ångestdämpande effekt, är det inte ovanligt att personer med tendens till ångest använder detta med tillfälligt god effekt. Alkoholens negativa påverkan på hjärnans funktioner med ökad ångest som följd kommer först senare. En ond cirkel kan uppstå då den drabbade kan frestas att dämpa den ångest som alkoholen skapat genom ytterligare intag, som sedan medför ytterligare ökad ångest.

Det finns en relation mellan ångestbenägenhet – dystymi – depression – missbruk och specifik fobi, social fobi, agorafobi, paniksyndrom och dystymi/depression [1].

### **Varför och var söker patienten?**

Majoriteten av patienterna söker i primärvården, ofta för sömnstörning och på grund av smärta eller värk.

## **Utredning**

Bedömning och utredning enligt de riktlinjer som anges på sid 9–10.

### **Screening**

Vid misstanke om GAD kan tre enkla frågor vara vägledande:

- Oroar du dig onödigt mycket?
- Har du svårt att kontrollera oron?
- Känner du av din oro i kroppen och/eller mentalt?

Om frågorna besvaras jakande, går man vidare med att fastställa diagnos.

### **Diagnostik**

Samsjuklighet är vanlig, varför somatisk och psykiatrisk samsjuklighet liksom beroendeproblematik måste efterforskas. Vid många psykiatriska sjukdomstillstånd kan ångest ut-

göra ett betydande inslag i sjukdomsbilden men diagnosen GAD bör inte användas om inte ångesten uppträder med den oro inför framtida förväntade katastrofer som är typisk för GAD och som beskrivs i diagnoskriterierna.

### **Somatisk bedömning**

Flera somatiska tillstånd, som t.ex. hyperthyreos och hjärtkärlsjukdom, kan ge upphov till symptom som påminner om GAD.

### **Funktionsnivå och livskvalitet**

Funktionsnivå och livskvalitet bedöms med stöd av de instrument som anges på sid 10.

## **Behandling**

Efter att patienten fått information om GAD och vilka behandlingsalternativ som står till buds bör en behandlingsplan upprättas i samråd med patienten där målsättningen med behandlingen, förutom symtomminskning, bör vara att återfå god livskvalitet och funktion, utan begränsningar i det dagliga livet.

### **Information till patienten**

Information om GAD baserat på KBT-principer (såsom i Farm Larssons bok, se litteraturtips) ska alltid erbjudas. Informationen kan användas som enda intervention eller tillsammans med läkemedelsbehandling alternativt psykologisk behandling. Patienten bör också få information om stöd- och patientföreningar ([www.angest.se](http://www.angest.se)).

### **Psykologisk behandling**

Evidens finns för olika former av KBT [1], medan stödet för annan psykologisk behandling, ex.vis psykodynamisk, är svag eller saknas.

Behandlingen innefattar vanligen flera komponenter:

- kognitiv teknik
- avslappning
- ångesthantering
- självinstruktionsträning
- gradvis exponering, in vivo eller imaginär
- EMG med biofeedback
- systematisk desensibilisering
- funktionell analys av beteendekedjor

Det finns ingen enskild komponent som har mer evidens för effekt än någon annan [1, 54]. Avslappning ingår i de flesta interventionsstudier, antingen som separat manualiserad behandling av progressiv muskelavslappning, tillämpad avslappning eller som en av flera komponenter i KBT-behandling [55].

KBT är mer effektiv än ingen behandling (väntelista) eller uppmärksamhetskontroll [55]. I övrigt saknas välgjorda studier där olika psykoterapiformer jämförs med varandra. För de 50 % som förbättras kliniskt signifikant av KBT efter behandling håller resultaten i sig vid 6-mån uppföljningen. Eftersom GAD betraktas som ett kroniskt tillstånd har kliniskt signifikant förbättring definierats som 20 % minskning i symtomens svårighetsgrad [55]. Individuell terapi har bättre behandlingseffekt än grupperapi [54]. Inga studier har ännu publicerats om internetförmedlad behandling vid GAD.

### Läkemedelsbehandling

Flera klasser av läkemedel har effekt på symtom och funktionsförmåga vid GAD. Behandlingstiderna kan bli långa. När tillståndet stabiliserats kan dosen långsamt reduceras, men snabbt höjas igen om besvären återkommer.

SSRI bör provas i första hand. De flesta studiers längd är 4–24 veckor men en studie har visat återfallsförebyggande effekt i upp till 18 månader[53]. *Kloka Listan år 2011 rekommenderar sertralin i första hand vid ångestsyndrom.* Vid otillräcklig effekt efter 4–6 veckors behandling utan besvärande biverkningar bör dosen höjas.

För äldre finns starkast stöd för behandling med citalopram och paroxetin. Utsättningssymtom är ofta milda, men kan vara kraftiga om medicinen sätts ut plötsligt. De vanligaste är yrsel, domningskänsla, stickningar, illamående, kräkning, huvudvärk, svettning, ångest och sömnproblem [51].

SNRI, serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare (venlafaxin, duloxetin), har en likartad biverkningsprofil som SSRI. SNRI rekommenderas inte som förstahandsalternativ men kan provas när SSRI inte ger önskad effekt.

Den ännu begränsade erfarenheten av pregabalin, och det faktum att det inte har visat effekt vid depression, gör att det bör ses som ett behandlingsalternativ endast i undantagsfall. Beroendepotential med pregabalin kunde ses redan 2005 enligt Läkemedelsverket. (Information från Läkemedelsverket nr 2, 2010).

Hydroxizin kan användas som tillägg till annan behandling eller som monoterapi i de fall SSRI eller SNRI inte kan användas. Trötthet är en vanlig biverkan men avklingar ofta vid fortsatt behandling. Preparatet saknar beroendepotential.

Buspiron rekommenderas inte på grund av svag dokumentation.

Benzodiazepiner har snabbt insättande symtomlindrande effekt och behöver inte tas regelbundet. Effekten vid GAD är ofta mycket god men beroendepotentialen begränsar användbarheten [51]. Eventuell behandling bör ske under kontrollerade former tillsammans med annan behandling.

**Tabell 3.** Läkemedel som har dokumenterad effekt vid behandling av GAD. Läkemedel markerade med asterisk (\*) är i Sverige registrerade på denna indikation..

Substans	Originalpreparat	Startdos (mg/d)	Behandlingsdos (mg/d)
sertralin	Zoloft	25–50	50–200
duloxetin*	Cymbalta	30	30–120
escitalopram*	Cipralext	5–10	10–20
hydroxizin	Atarax	25	25–100
paroxetin*	Seroxat	10–20	20–60
pregabalin*	Lyrica	150	300–600
venlafaxin*	Efexor	37,5–75	150–225
buspiron*	Buspar	15	20–60

### Terapisvikt

Om ovanstående läkemedelsbehandling provats med otillräcklig effekt, eller om oacceptabla biverkningar uppstått, kan följande övervägas:

- Tar patienten medicinen enligt ordination?
- Överkonsumtion av alkohol, droger, kaffe?
- Andra läkemedel (betastimulerare, hälsokostpreparat)?
- Förekommer depression, sömnstörning, psykos?
- Somatisk sjukdom?

Vid otillfredsställande behandlingssvar konsultera eller remittera till psykiatrisk mottagning.

### Kombinationsbehandling

Att kombinera psykoterapi och läkemedel ter sig i många fall rimligt. Evidensläget är dock ännu oklart huruvida kombinationsbehandling ger bättre effekt än behandlingarna var för sig [26].

### Rekommenderad behandling

På kort sikt finns ingen signifikant skillnad mellan psykologisk (KBT) och farmakologisk behandling; i bägge fallen uppnår ungefär hälften av patienterna kliniskt signifikant förbättring. Det finns få långtidsuppföljningar. Behandlingsbeslut ska fattas efter en individuell bedömning i samråd med patienten.

### Behandlingsutvärdering

Behandlingen utvärderas regelbundet med stöd av skattningsskalor enligt beskrivning på sid 10.

### Var ska behandlingen ske?

Behandling kan i de flesta fall ske i primärvården.

### **Sjukskrivning**

Sjukskrivning ska i regel undvikas. Arbetsförmågan kan vara tillfälligt nedsatt, varför en kortare sjukskrivning om ca 2–4 veckor kan vara motiverad. Deltidssjukskrivning bör alltid övervägas. Vid bedömning av funktions- och arbetsförmåga är det viktigt att tänka på samsjuklighet som missbruk, ångesttillstånd, social fobi. Om arbetsförmågan bedöms vara nedsatt längre tid än rekommendationen bör insatser som stödjer återgång i arbete som kontakt med arbetsplatsen och arbetsträning tidigt övervägas. Vid sjukskrivning längre än 3 månader bör psykiatrisk mottagning konsulteras för att säkerställa diagnos och adekvat behandling.

### **Litteraturtips**

*Generaliserat ångestsyndrom. Att oroa sig mest för jämnheten och ha svårt att sluta, i boken Fri från oro, ångest och fobier-råd och tekniker från kognitiv beteendeterapi, Farm Larsson, M, ISBN: 9172320109.*



## Posttraumatiskt stressyndrom – PTSD

*”Jag blev misshandlad för två år sen och mitt liv blir aldrig som förr. Det var tidig kväll och jag var på väg hem. Plötsligt dök två killar upp. Det syntes att de var påtända. Allting gick så fort, den ena hade en yxa i handen som han högg med mot mitt ben så att jag föll och slog huvudet i gatan. De slog och sparkade mot mitt huvud och sedan tog de min plånbok. Mobilen lämnade de som tur var kvar, så jag kunde ringa efter ambulans. Och det var tur, annars vet jag inte hur det hade gått.*

*Jag har blivit så förändrad. Tidigare umgicks jag mycket med vänner och jag var med i en bowlingklubb men nu är jag mest hemma och håller mig för mig själv. Inget är roligt längre. Jag känner mig rädd och orkeslös mest hela tiden. Jag vågar knappt gå ut när det är mörkt och hoppar till vid minsta ljud. Jag har svårt att sova och värst är det när jag påminns om överfallet. Jag kan sitta och fundera mycket i min ensamhet, tänka på varför det har hänt, och bli förbannad också, även om jag vet att jag inte kan göra det ogjort.”*

Gustav 57 år

## Bakgrundsfakta

### Vad kännetecknar PTSD?

Diagnosen posttraumatiskt stressyndrom (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) beskriver ett tillstånd som uppstår som fördröjd eller långvarig reaktion på en traumatisk händelse eller situation av exceptionellt hotande eller katastrofalt slag. Händelsen eller situationen kan ha längre eller kortare varaktighet och är av det slaget att det förväntas medföra kraftig påverkan på de flesta människor. Det kan röra sig om händelser eller serier av händelser som innebär död, allvarlig skada eller hot mot egen eller andras fysiska integritet och som väcker reaktioner av intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck. Vanliga exempel är tortyr och krigshändelser, fysisk misshandel, sexuella övergrepp, olyckor, naturkatastrofer, akuta sjukdomstillstånd, traumatiska operationer och förlösningar.

Tillståndet karakteriseras av tre typer av symtom:

Återupplevande med

- episoder av återupplevande av traumat i form av påträngande minnen (flashbacks),
- drömmar eller mardrömmar,

Undvikande i form av

- känslomässig stumhet och avflackning,
- tillbakadragande från andra människor,
- undvikande av situationer som påminner om traumat,

Överspändhet med

- ökad vaksamhet, förhöjt alarmberedskap och sömnsvårigheter,
- ångest, depression och självmordstankar.

Överensstämmelsen är tillräckligt stor mellan diagnossystemen för att DSM-systemets kriterier skall kunna användas även när den formella diagnosen sätts enligt ICD-10.

Tre former av PTSD kan urskiljas, nämligen

- akut med 1–3 månaders varaktighet,
- kroniskt om symtomen har varat 3 månader eller längre, samt
- med försenad debut om symtomen debuterar minst 6 månader efter traumat.

Ett tillstånd med i stort sett samma symtomatologi som PTSD, men med kortare varaktighet än en månad benämns akut stressyndrom. Utöver skillnaden i varaktighet, skiljer de sig också i att diagnosen akut stressyndrom kräver förekomsten av ett antal dissociativa symtom som t ex känsla av bedövning, likgiltighet, minskad uppmärksamhet på omgivningen eller oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen. Begreppet komplex PTSD används för att beskriva tillstånd hos patienter med omfattande traumatisering tidigt under uppväxten, men det utgör inte en särskild diagnostisk kategori.

Betydelsen av dissociation som symtom vid traumarelaterade störningar har diskuterats i litteraturen [55]. Trots vissa oklarheter både vad gäller definition och betydelse vid PTSD förefaller det vara angeläget att identifiera sådana symtom, då förekomsten samvarierar med ökad risk för suicidhandlingar och försämrar prognosen vid behandling.

### **Diagnostiska kriterier enligt DSM-systemet Posttraumatiskt stressyndrom 309.81**

- A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse där följande ingått i bilden:
1. personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller en serie händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta) eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet.
  2. personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck. Obs: hos barn kan detta ta sig uttryck i desorganiserat eller agiterat beteende.
- B. Den traumatiska händelsen återupplevs om och om igen på ett eller fler av följande sätt:
1. återkommande, påträngande eller plågsamma minnesbilder, tankar eller perceptioner relaterade till händelsen. Obs: hos små barn kan teman eller aspekter av traumat ta sig uttryck i återkommande lekar.
  2. återkommande mardrömmar om händelsen. Obs: hos barn kan mardrömmar förekomma utan att innehållet klart uttrycker händelsen.
  3. handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt (en känsla av att återuppleva händelsen, illusioner, hallucinationer och dissociativa flashbackupplevelser, även sådana som inträffar vid uppvaknandet eller under drogpåverkan). Obs: hos små barn kan traumaspecifika återupprepade handlingar förekomma.

4. intensivt psykiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.
5. fysiologiska reaktioner på inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.

C. Ständigt undvikande av stimuli som associeras med traumat och allmänt nedsatt själslig vitalitet (som inte funnits före traumat) enligt tre eller fler av följande kriterier:

1. aktivt undvikande av tankar, känslor och samtal som förknippas med traumat
2. aktivt undvikande av aktiviteter, platser eller personer som framkallar minnen av traumat
3. oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen
4. klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter
5. känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor
6. begränsade affekter (t ex oförmåga att känna kärlek)
7. känsla av att sakna framtid (t ex inga särskilda förväntningar på yrkeskarriär, äktenskap, barn eller på att få leva och åldras som andra

D. Ihållande symtom på överspändhet (som inte funnits före traumat), vilket indikeras av två eller fler av följande kriterier:

1. svårt att somna eller orolig sömn
2. irritabilitet eller vredesutbrott
3. koncentrationssvårigheter
4. överdriven vaksamhet
5. lättskrämdhet

E. Störningen (enligt kriterium B, C och D) har varat i mer än en månad.

F. Störningen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

**Specificera om:**

akut: symtomen har varat mindre än tre månader

kroniskt: symtomen har varat tre månader eller längre

**Specificera om:**

med försenad debut: symtomen debuterade minst sex månader efter traumat

## Diagnostiska kriterier enligt ICD 10 Posttraumatiskt stressyndrom (F43.1)

- A. Patienten måste ha exponerats för en belastande händelse eller situation (endera kort- eller långvarig) av exceptionellt hotande eller katastrofal natur, som mest troligt skulle orsaka allvarlig stress hos de flesta människor.
- B. Det måste finnas ett ihållande minne eller återupplevande av den belastande händelsen såsom ”återtrippar”, levande minnen, återkommande drömmar eller en upplevelse av stress vid omständigheter eller händelser som påminner om den belastande händelsen.
- C. Patienten måste uppvisa ett verkligt eller önskat undvikande av omständigheter som påminner om eller associerar till den belastande händelsen. Detta beteende ska inte ha funnits före expositionen för belastningen.
- D. Något av följande måste finnas:
1. oförmåga att minnas, partiellt eller totalt, några viktiga aspekter av tidsperioden då den belastande händelsen inträffade.
  2. ihållande symtom på ökad psykologisk sensitivitet och arousal (som inte fanns före expositionen) som visar sig enligt två av följande:
    - a. svårigheter att falla i sömn eller fortsatt sova;
    - b. irritabilitet eller ilskeutbrott;
    - c. koncentrationssvårigheter;
    - d. hypervigilans;
    - e. förstärkt s.k. ”startle respons”.
- E. Kriterierna B, C och D måste alla vara uppfyllda inom 6 månader från den belastande händelsen eller mot slutet av perioden med belastning.. (Vid några tillfällen kan man inkludera även tillstånd med fördröjd debut, mer än 6 månader, men då ska detta klart specificeras).

## Hur vanligt är PTSD?

Exponeringen för våldshandlingar, krigshändelser och naturkatastrofer varierar mellan olika länder och populationer, följaktligen varierar också förekomsten av PTSD. Uppskattningar av förekomsten av PTSD härrör i allmänhet från epidemiologiska studier genomförda i USA och Australien och avser vuxna [56],[57]. Studierna tyder på att

- de flesta människor upplever minst en traumatisk händelse under sin livstid
- avsiktliga handlingar av mellanmänsklig natur, t ex sexuella övergrepp eller krigsupplevelser leder i större utsträckning till PTSD än olyckshändelser eller naturkatastrofer
- män upplever fler traumatiska händelser än kvinnor, men sannolikheten är större att kvinnor utvecklar PTSD än att män gör det.

Livstidsförekomsten har i en stor amerikansk studie angetts vara 8 % (kvinnor 10 %, män 5 %) [57]. Risken att utveckla PTSD efter en traumatisk händelse har befunnits vara 8 % för män och 20 % för kvinnor [57], men risken anses så hög som upp till 23 % för unga i storstäder [58].

Det finns få svenska studier av förekomsten av PTSD. Vissa resultat talar dock för att PTSD kan vara ett underdiagnosticerat tillstånd i allmänpsykiatrisk öppenvård.

## Hur går det utan behandling?

På basen av retrospektiva studier uppskattas att i ca 60 % av fallen minskar eller försvinner symtomen under första året efter den traumatiska händelsen, men minskningen kan fortsätta i flera år efteråt. Ca 40 % av individerna uppges ha symtom på PTSD i flera år efter händelsen men andelen med kvarvarande symtom kan variera beroende på typen av population.

## Vad beror PTSD på?

Grundorsaken till PTSD är definitionsmässigt alltid en traumatisk händelse. En personlighetsrelaterad sårbarhet kan öka risken för utvecklandet av PTSD, men en individ utan sådan sårbarhet kan också utveckla PTSD, under förutsättning att den traumatiska händelsen är särskilt allvarlig.

En faktor av betydelse för att utveckla PTSD är hur traumatiska händelser formar minnesbilder. Trauma är överväldigande och överstiger ofta människors resurser till informationsbearbetning. De minnen som resulterar från ett trauma skiljer sig därför från vanliga minnen. Detta kan få till följd att aspekter av det traumatiska minnet väcks lätt och upplevs som något som inträffar i nuet och inte i det förflutna.

Traumarelaterad strukturell dissociation har föreslagits bidra till symtomatologin särskilt vid massiv traumatisering[55]. Hypotesen är att upplevelsen av trauma medför en dissociativ uppdelning av personligheten, så att förmågan att fungera i vardagen och förmågan att uppleva och minnas splittras från varandra.

Klassisk betingning anses också utgöra en bidragande mekanism. Stimuli som upplevs i

samband ett trauma associeras med stark rädsla. Senare kan stimuli som liknar de ursprungliga väcka rädsla och individen börjar undvika dessa.

Graden av hot som individen upplever under den traumatiska händelsen beror på hur händelsen tolkas. Om individen tolkar händelsen som livshotande är risken större att utveckla PTSD.

En ökande mängd litteratur talar också för betydelsen av skuld och skam både i utvecklingen av och det fortsatta förloppet av PTSD [59].

Individer som upplevt trauma riskerar att använda copingstrategier som på kort sikt hjälper genom att minnena och de obehagliga känslorna undviks, men på lång sikt förlänger eller förvärrar problemet. Undertryckande av de traumatiska minnena, socialt tillbakadragande och utvecklande av missbruk är exempel på sådana strategier.

Sociala faktorer som bristen på psykosocialt stöd eller förekomsten av rättsliga processer med krav på ersättning pga traumat kan också fördröja individens tillfrisknande [60]. Det finns ökande forskningsstöd för förekomsten av specifika psykobiologiska avvikelser vid PTSD [61]. Såväl neurofysiologiska som neuroanatomiska avvikelser har påvisats.

### **Samsjuklighet**

Samtidig förekomst av PTSD och andra psykiatriska tillstånd är mycket vanligt, särskilt gäller detta vid kronisk PTSD. Enligt SBU:s genomgång [1] visar t ex en israelisk studie att 50 % av patienterna med PTSD samtidigt också har en depressionssjukdom. Enligt amerikanska och australiensiska studier [56], [57] har 85–88 % av männen och 78–80 % av kvinnorna med PTSD samtidigt ytterligare en psykiatrisk diagnos. Depression, generaliserat ångestsyndrom och alkoholmissbruk/beroende utgör de vanligaste samtidiga diagnoserna, men även social fobi, paniksyndrom och drogmissbruk/beroende är vanliga. Studier av de tidsmässiga sambanden mellan de olika tillstånden har visat att PTSD i majoriteten av fallen föregick debuten av de samtidiga affektiva och missbrukssyndromen och så var också fallet vid ungefär hälften av ångesttillstånden [57]. I många fall finner man också att komorbida tillstånd som är sekundära till PTSD förbättras vid behandling av grundsjukdomen. Man menar därför att de komorbida tillstånden i flertalet fall är sekundära till PTSD.

### **Varför och var söker patienter med PTSD?**

Individer med akut stressyndrom eller PTSD söker inte så ofta hjälp på grund av de traumatiska upplevelserna. Patienten kan i stället söka primärvården p g a sömnsvårigheter, huvudvärk eller besvär från mag-tarmkanalen eller psykiatrisk vård p g a relationsproblem, svårhanterbar aggressivitet, olika typer av depressions- och ångestsymtom eller missbruk. En känsla av misstro och att inte kunna lita på någon utgör ofta en av de känslomässiga konsekvenserna av den traumatiska upplevelsen och kan i sig bli ett hinder när man söker hjälp. Riktade screeningfrågor kan därför underlätta.

## Utredning

För att kunna ställa frågor kring traumatiska upplevelser är det viktigt att skapa en situation som ger patienten möjlighet att tala om dessa upplevelser. Det är avgörande att det finns rimligt med tid och att bemötandet är respektfullt och inte dömande.

### Screening

Nedanstående frågor kan användas för screening:

- Har Du varit med om någon viktig händelse som fortfarande stör dig/påverkar ditt liv?

Därefter kan man fortsätta med mer specifika frågor, där patienten tillfrågas om han/hon varit utsatt för eller bevittnat övergrepp, rån, olyckor eller andra händelser som hotat den egna eller andras fysiska integritet.

- Har det hänt att du känt dig påverkad eller upprörd i situationer som påmint dig om händelsen?”

Om patienten har bejakat dessa frågor kan ett diagnostiskt screeninginstrument som Screen Questionnaire Post Traumatic Stress Disorder (SQ-PTSD) användas [62].

### Diagnostik

Bedömning och utredning enligt de riktlinjer som anges på sid 9–10.

Differentialdiagnostiken kompliceras av den höga graden av samsjuklighet. Det är av betydelse för behandlingen att skilja mellan det sociala tillbakadragande som är ett sätt att hantera PTSD och den psykomotoriska hämning som kan förekomma vid en depression. Olika typer av ängestsymtom vid PTSD kan vara reaktioner på återupplevande av traumat. Dissociativa reaktioner och kroppsliga återupplevanden av traumat kan förväxlas med psykotiska hallucinationer.

## Behandling

Individer som drabbats av traumatiska händelser bör vid behov erbjudas psykologisk ”första hjälpen” i form av information, tröst, känslomässigt och praktiskt stöd. Behovet kan oftast tillgodoses genom det stöd som finns tillgängligt i individens familj och nätverk, men i vissa fall kan insatser krävas från primärvård, kommunernas krishanteringsgrupper eller motsvarande. Det kan vara viktigt att observera att det saknas vetenskapligt stöd för att särskilda strukturerade interventioner av typen debriefing förebygger uppkomsten av vare sig akut stressyndrom eller PTSD [63].

Vad gäller psykologisk behandling av akut stressyndrom finns vetenskapligt stöd för att traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (se nedan), och särskilt komponenten exponering [64] kan vara effektiv, men skall inte erbjudas inom de första två veckorna efter traumat [65]. Farmakologisk behandling vid akut stressyndrom kan vara nödvändig i vissa fall, t ex



vid betydande sömnsvårigheter eller om patienten har lidit av depressioner tidigare i livet och symtomen på akut stressyndrom är intensiva. Generellt rekommenderas dock inte farmakologisk behandling vid akut stressyndrom [65].

### **Information till patienten**

Patientens instinktiva reaktioner på traumarelaterad information av typen undvikande, blockering och flykt är förståeliga, men i längden vidmakthålls symtomen eftersom traumat lämnas obearbetat. Det är därför viktigt att informera om normala reaktioner på traumatiska händelser och vilka möjligheter till hjälp som finns.

### **Psykologisk behandling**

Bäst vetenskapligt stöd finns för traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TFKBT)[65], [1]. Även för EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) finns vetenskapligt stöd[66].

**Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi**, TFKBT, har vanligen erbjudits i individuell form och skiljer sig från andra typer av KBT genom tydligt fokus på traumat. Detta kan ske genom olika tekniker som gör det möjligt att exponera patienten för minnesbilder, känslor och fysiska sensationer kopplade till traumat. Genom att upprepa exponeringen sker en tillvänjning och obehaget minskar. Tekniker som kognitiv omstrukturering kopplas till exponeringen för att möjliggöra en omtolkning av de traumatiska händelserna. Inte sällan finns också inslag av stresshantering i TFKBT, men förefaller inte vara en nödvändig komponent.

**EMDR** (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) är en integrativ terapimetod. Patienten fokuserar på en obehaglig minnesbild, en därmed sammanlänkad negativ tanke, och kroppsliga sensationer som är kopplade till det traumatiska minnet. Patienten är samtidigt också engagerad i någon form av bilateral fysisk stimulering vanligen i form av ögonrörelser, men även olika typer av ljud har prövats. Proceduren upprepas i olika varianter till dess att obehaget, som är kopplat till det traumatiska minnet, minskar. Liknande procedurer används för att framkalla positiva tankar och mer ändamålsenliga coping-strategier.

Det har diskuterats vilken betydelse ögonrörelserna har för effektiviteten av metoden. Eftersom ögonrörelserna sker samtidigt med att patienten återkallar minnesbilder av traumat har man menat att det i själva verket är fråga om en form av exponering. Senare studier indikerar att den bilaterala stimuleringen inte är en nödvändig del i behandlingen. Trots att många av procedurerna som används i EMDR är gemensamma med TFKBT ses EMDR som en separat metod i de flesta kunskapsöversikterna och det krävs också en specifik utbildning för att arbeta med EMDR.

Ett problem vid psykologisk behandling av PTSD är att patienter inte sällan avbryter behandlingen. Detta kan sammanhånga med att exponeringen kan vara alltför krävande för vissa patienter.

## Läkemedelsbehandling

Farmakologisk behandling kan vara effektiv och leda till förhöjd livskvalitet [61]. SSRI-preparat är inte mer effektiva än tricykliska antidepressiva men en gynnsammare biverkningsprofil gör dem till förstahandsval. Bäst dokumenterade är fluoxetin, paroxetin och sertralin. Även venlafaxin, ett SNRI, räknas till förstahandsalternativen. Andrahandsval eller tilläggsmedicinering vid otillfredställande behandlingsvar eller vid särskild symtombild (t ex sömnstörning, psykotiska symtom) kan utgöras av mirtazapin, atypiska neuroleptika (risperidon, olanzapin, seroquel), fenelzin (MAO-hämmare) och stämningstabiliserare (lamotrigin, valproat). Buspiron tycks sakna effekt vid PTSD. Bensodiazepiner har begränsad effekt och är vid behandling av PTSD behäftade med betydande risk för beroendeutveckling och svåra utsättningsymtom. *Kloka Listan* år 2011 rekommenderar sertralin i första hand vid ångestsyndrom.

Vikten av långtidsbehandling (6–12 månader vid akut och mer än 12 månader vid kronisk PTSD) stöds av studier som visat hög återfallsrisk vid kortare behandlingar. Vid tillfredsställande behandlingsvar bibehålls medicineringen i minst 12 månader före gradvis nedtrappning. Studier av återfallsprevention visar på fördelar med långtidsbehandling (12–24 månader). En begränsning när det gäller resultatens tillämpbarhet är att det inte finns kontrollerade studier av farmakologisk behandling av barn eller äldre.

Det är viktigt att uppmärksamma att en stor andel av patienterna med PTSD (ca 40 %) inte svarar på farmakologisk behandling[61].

## Förstahandsval vid behandling med läkemedel

**Tabell 4.** Läkemedel som har dokumenterad effekt vid behandlingen av PTSD och finns med i internationella behandlingsrekommendationer för behandling av PTSD. Läkemedel markerade med (\*) är i Sverige registrerade på denna indikation.

Substans	Originalpreparat	Startdos (mg/d)	Maxdos (mg/d)
sertralin*	Zoloft	25	50–200
fluoxetin	Fontex	10	20–80
paroxetin*	Seroxat	10	20–50
venlafaxin	Efexor	37,5	225

## Kombinationsbehandling

Det finns få och bristfälliga studier där man direkt jämfört effektiviteten av psykologisk och farmakologisk behandling. Kombinationen av läkemedel och psykologisk behandling har inte visats vara mer effektivt än någon av dessa behandlingar var för sig. I väntan på konklusive studier är kombinationsbehandling ofta ett kliniskt motiverat behandlingsalternativ som kan motiveras av i första hand beprövad erfarenhet.

## Rekommenderad behandling

Som allmän rekommendation gäller att:

1. Patienter med PTSD bör erbjudas psykologisk behandling då tillgänglig forskning talar för att detta ger bäst effekt. Metoden bör vara TFKBT eller EMDR, dvs innehålla en systematisk exponering för traumat .
2. Vid läkemedelsbehandling utgör SSRI-preparat förstahandsval och bör övervägas vid samtidig depression eller om patienten är ovillig eller oförmögen att engagera sig i psykologisk behandling.

## Behandlingsutvärdering

Behandlingen bör regelbundet utvärderas med skattningsskalor enligt beskrivning på sid 10.

## Var ska behandlingen ske?

Behandling kan ske i primärvård eller psykiatri.

## Sjukskrivning

Sjukskrivning ska så långt som möjligt undvikas, då arbete vanligen har en positiv effekt på symtomen. Tidiga insatser och kontakt med arbetsplatsen är viktigt. Arbetsförmågan kan periodvis vara nedsatt på grund av depressiva symtom. Deltidssjukskrivning bör alltid övervägas. Vid bedömning av funktions- och arbetsförmågan är det viktigt att tänka på samsjuklighet som missbruk och depressivitet. Vid funktionsnedsättning och arbetsoförmåga mer än 1 månad bör den specialiserade psykiatrin involveras för att säkerställa diagnos och adekvat behandling.

## Litteratur

*Fri från oro, ångest och fobier-råd och tekniker från kognitiv beteendeterapi*,  
Farm Larsson, M, ISBN: 9172320109

## Tvångssyndrom

*”Redan som barn måste jag göra vissa saker på ett särskilt sätt. Jag var rädd för sånt som såg ut som utslag och ingen fick gå barfota i mitt rum. I mellanstadiet hade jag tics, först ljud där jag måste göra ett sorts skorrande ljud och sedan saker som jag var tvungen att göra med händerna. Sedan jag var 15 år har jag tvättat händerna mycket. Jag tvättar dom länge och ofta och på ett särskilt sätt, i en särskild ordning. Mina händer har blivit fulla av sår av allt tvättande. Det jag tycker är obehagligt, och som göra att jag måste tvätta mig, är alla spår av människor som man kan få på sig genom att ta i ett handtag, en hissknapp och sådant. Jag är inte rädd för någon särskild sjukdom eller att smutsa ner mig i allmänhet utan det är mer en obehaglig känsla som jag får genom att ta på saker som andra rört. Om jag vet att jag senare kan duscha och tvätta mig kan jag ta i ganska många saker. Jag håller mig mest hemma för att slippa tvätta mig så mycket. Det som skrämmer mig mest är att jag ska börja dra in mina barn i ritualerna. Jag kan ha ångest i timmar om barnen rusar in hemma utan att tvätta sig. Jag måste verkligen lägga band på mig för att inte tvinga barnen till överdrivet tvättande.”*

Olle 30 år

## Bakgrundsfakta

### Vad kännetecknar tvångssyndrom?

Tvångssyndrom (Obsessive Compulsive Disorder, OCD) är en sjukdom som karaktäriseras av tvångstankar eller tvångshandlingar, oftast båda. Tvångstankar är ångestväckande återkommande och ihållande tankar, impulser eller fantasier. De upplevs som inkräktande, meningslösa och orsakar kraftig ångest, äckel eller obehag. För att skingra det intensiva obehag och tvivel som tvångstankarna utlöser görs lugnande tvångshandlingar, eller ritualer som de också kallas.

Vanliga symtom är:

- Rädsla för smitta och smuts (tänk om jag fick HIV av att ta i handtaget?)
- Tvättvång (handtvätt, dusch, rengöring av saker som t.ex. mat)
- Rädsla att skada någon annan (Tänk om jag sticker kniven i mitt barn, fast jag inte vill? Tänk om det börjar brinna för att jag inte kollade spisen?)
- Kontroller 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?)

Vid tvångssyndrom har patienten ofta flera olika tvångstankar och tvångshandlingar som växlar under årens lopp. För diagnos krävs att tvångstankar- och handlingar upptar minst en timme per dag, upplevs som en betydande påfrestning eller medför att man fungerar sämre i vardagslivet. Förmågan att själv inse det orimliga i tvånget varierar mellan olika in-

divider. Tvångssymtom är i princip normalt förekommande tankar och beteenden men som hos den sjuke har en kraftigt förhöjd intensitet och frekvens. Vid tvångssyndrom tenderar tvångstankarna att ”fastna”, de går på rundgång och leder till stark oro eller obehag.

### **Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV Tvångssyndrom (300.3)**

A. Tvångstankar eller tvångshandlingar enligt följande

Tvångstankar som definieras av (1), (2), (3) och (4):

1. Återkommande och ihållande tankar, impulser eller fantasier som under någon period upplevts som påträngande och meningslösa och som ger uttalad ångest eller lidande.
2. Tankarna, impulserna eller fantasierna kan inte förstås som enbart en överdriven oro inför verkliga problem.
3. Försök att ignorera eller undertrycka tankarna, impulserna eller fantasierna, eller motverka dem med andra tankar eller handlingar.
4. Insikt om att de tvångsmässiga tankarna, impulserna eller fantasierna härrör från det egna själslivet (och inte kommer utifrån som vid tankepåsättning).

Tvångshandlingar som definieras av (1) och (2):

1. Upprepade konkreta handlingar (t.ex. tvätta händerna, ställa i ordning, kontrollera) eller mentala handlingar (t.ex. bedja, räkna, upprepa något ord i det tysta), som personer känner sig tvingad att utföra till följd av någon tvångstanke, eller i enlighet med regler som strikt måste följas.
2. Dessa konkreta eller mentala handlingar utförs i syfte att förhindra eller reducera lidande eller förhindra att någon fruktad händelse eller situation inträffar, emellertid har dessa konkreta eller mentala handlingar inte något egentligt samband med det som de syftar till att neutralisera eller förhindra eller är i sammanhanget betydligt överdrivna.

B. Någon gång under sjukdomsförloppet har personen haft insikt om att tvångstankarna eller tvångshandlingarna är överdrivna eller orimliga. Obs: Detta gäller inte barn.

C. Tvångstankarna eller tvångshandlingarna orsakar ett påtagligt lidande, är tidskrävande (tar mer än en timme om dagen) eller stör i betydande grad dagliga rutiner, yrkesliv (eller studier) eller vanliga sociala aktiviteter eller relationer.

D. Om någon annan axel-I-störning finns med i bilden är innehållet i tvångstankarna inte enbart begränsat till denna (t ex fixering vid mat vid ätstörningar, hårplockning vid trichotillomani, fixering vid utseendet vid dysmorfofobi, upptagenhet vid droger vid drogberoende, övertygelse om att lida av allvarlig sjukdom vid hypokondri, upptagenhet av sexuella impulser eller fantasier vid sexuell avvikelse eller åltande av skuld känslor vid egentlig depression.

- E. Störningen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada.

**Specificera om bristande sjukdomsinsikt:**

Personen inser mestadels inte under den pågående sjukdomsepisoden att tvångshandlingarna eller tvångshandlingarna är överdrivna eller orimliga

## Diagnostiska kriterier enligt ICD-10

### **Tvångssyndrom (F42)**

- A. Endera tvångstankar eller tvångshandlingar (eller bådadera) som funnits de flesta dagar under en period på minst 2 veckor.
- B. Tvångstankar (tankar, idéer, eller fantasier) och tvångshandlingar delar följande kännetecken, vilka alla måste finnas:
1. Det känns igen som kommande från patientens medvetande och är inte påverkade av andra personer eller andra intryck.
  2. De är återkommande och obehagliga och minst en tvångstanke eller tvångshandling måste finnas som igenkänns som överdriven eller orealistisk.
  3. Patienten försöker stå emot dem (men motståndet mot långvariga tvångstankar eller tvångshandlingar kan vara minimalt). Minst en tvångstanke eller tvångshandling som inte går att stå emot måste finnas.
  4. Upplevelsen av en tvångstanke eller att utföra en tvångshandling är inte i sig själv njutbar. (Detta ska skiljas från den tillfälliga lättnade av spänning eller ångest).
- C. Tvångstankarna eller tvångshandlingen orsakar lidande eller interfererar med patientens sociala eller individuella fungerande, vanligtvis genom åtgången av tid.
- D. De vanliga exklusionskriterierna är att tvångstankarna eller tvångshandlingarna är orsakade av andra psykiska syndrom såsom schizofreni och schizofreniliknande tillstånd eller förstämningssyndrom (affektiva syndrom)

Diagnoserna kan specificeras med en fjärde position.

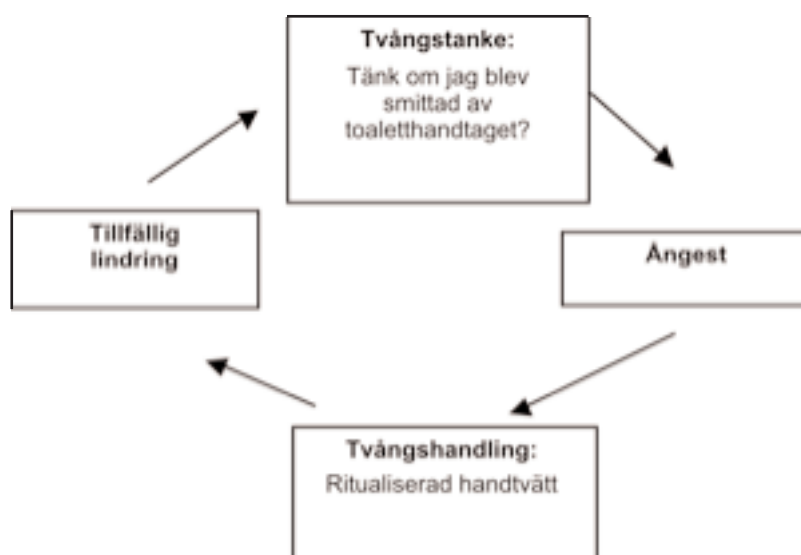
**F42.0 Tvångssyndrom, tvångstankar**

**F42.1 Tvångssyndrom, tvångshandlingar**

**F42.2 Tvångstankar med tvångshandlingar**

**F42.8 Andra specificerade tvångssyndrom**

**F42.9 Tvångssyndrom, ospecificerat**



**Figur 2.** Illustration av tvångstankar och tvångshandlingar, från (2).

### Hur vanligt är tvångssyndrom?

Ungefär 1 % av befolkningen har under senaste året lidit av tvångssyndrom [67]. Sjukdomen utvecklas vanligen under ungdoms- eller tidiga vuxenår och har ofta ett kroniskt förlopp [68]. Tillståndet är till skillnad från andra ångestsyndrom lika vanligt hos båda könen.

### Hur går det utan behandling?

En svensk 40-årsuppföljning av patienter som vårdats för tvångssyndrom där endast ett fåtal av patienterna hade fått vad vi idag skulle betrakta som adekvat behandling visade att 83% var förbättrade efter 40 år och 20 % bedömdes vara helt återställda [69]. En majoritet hade dock levt med sjukdomen under en betydande del av livet.

### Vad beror tvångssyndrom på?

Tvångssyndromets orsaker är i det individuella fallet oftast inte möjligt att fastställa. Genetiska faktorer anses spela en viktig roll för uppkomsten av sjukdomen. Resultat från hjärn-avbildningsstudier stödjer antagandet om avvikelser i de hjärnbanor som förbinder hjärnbarken med djupare liggande strukturer. En mindre vanlig orsak är infektionsutlöst tvång hos barn [70].

Andra ångestsjukdomar som fobier och paniksyndrom anses ligga nära den normala emotionen rädsla, som ur ett inlärningspsykologiskt perspektiv är lätt att betinga och utsläcka [71]. Vid tvångssyndrom är rädsla inte alltid lika centralt och tillståndet förknippas ibland snarare med emotionen avsmak [72].

Tvångssyndrom förefaller vara lika vanliga i alla kulturer. Repetitiva, 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 att utföra tvångshandlingar men på sikt bidrar det till att vidmakthålla sjukdomen.



## Samsjuklighet

Samsjuklighet är vanligt. Punktprevalensen för samtidig depression är 15 %, social fobi 18 %, specifik fobi 20 %, paniksyndrom 7 %, alkoholberoende 5 % och Tourettes syndrom 7 % [73]. Över hälften av patienter med tvångssyndrom kommer någon gång under livet att ha en samtidig depression. Missbruksrisken är inte förhöjd.

## Varför och var söker patienten?

Patienter med tvångssyndrom tvekar ofta att söka vård på grund av skamkänslor och ser sig ofta inte som lidande av ett behandlingsbart tillstånd. Det händer att de söker för annat än tvång, t ex såren på händerna som är följd av intensivt handtvättande. Flera tvångsteman rör tabuämnen som patienten inte yppar förrän de aktivt efterfrågas, t ex genom screeningfrågor.

## Utredning

För att identifiera ett tvångstillstånd krävs att klinikern ställer adekvata frågor, eftersom patienter med tvångssyndrom (till skillnad från dem som lider av t.ex. paniksyndrom) inte spontant berättar om symtomen. Anhöriga kan ofta vara en pådrivande faktor för att över huvud taget få patienten att söka hjälp. Patienter med tvångssyndrom tenderar att bagatellisera sina egna symtom, eller dölja dem, inte minst på grund av skamkänslor.

## Screening

Screeningfrågor för att fånga upp tvångssymtomen:

”Tvättar du dig mycket fast du egentligen är ren, eller har det varit så tidigare?”

”Kontrollerar du spisen upprepade gången eller att du har låst dörren, eller har det varit så tidigare?”

”Måste du göra eller tänka saker om och om igen för att uppnå känslan av att det är ‘precis rätt’?”

## Diagnostik

Bedömning och utredning enligt de riktlinjer som anges på sid 9–10.

Om patienten bekräftar någon av screeningfrågorna eller om en strukturerad intervju talar för tvångssyndrom går man vidare, t ex genom att:

- Fråga om andra tvångssymtom, som tvångstankar om sjukdom eller rädsla för att skada andra. Y-BOCS (se sid 10) innehåller såväl en del för kartläggning av symtom som en del för självskattning av symtom.
- Fråga om tidsåtgång och funktionsnedsättning
- Om patienten själv har lätt för att uttrycka sig i text, be henne/honom att skriva ned en A4-sida om hur tvånget påverkar en vanlig dag, från morgon till kväll.
- Finns det samsjuklighet?

## Behandling

### Information till patienten

Patienten bör informeras om följande:

- Många lider av detta tillstånd (du är inte ensam).
- Tvångssyndrom leder inte till att man förlorar förståndet, eller får en psykos.
- Tvångstankar är inte ett uttryck för äkta inneboende önskningar.
- Undvikanden och åtgärder ”för säkerhets skull” vidmakthåller sjukdomen. Genom att följa sina känslor och beteenden lurar patienten sig själv och underhåller sitt tvångssyndrom.
- Effektiv behandling med läkemedel och KBT finns.
- Stöd och information kan fås från Svenska OCD-förbundet Ananke, som företräder både patienter och anhöriga. Ananke har en tidning och en hemsida med de vanligaste frågorna och svaren. Ananke ordnar regelbundna medlemsmöten i bl a Stockholm, och har även verksamhet för unga och anhöriga. Adress: Svenska OCD-förbundet Ananke: Telefon: 08-628 30 30, e-post: mailbox@ananke.org, www.ocdforbundet.se
- Man behöver gradvis utsätta sig för det man känner ångest och obehag inför.

Val av behandling görs utifrån patientens behov och önskemål. Det är svårt att generellt säga om läkemedel eller psykologisk behandling ska ges i första hand. I de brittiska riktlinjerna från National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) [2] rekommenderas att KBT ska erbjudas i första hand och läkemedelsbehandling i andra hand. Vidare förordas en stegvis vård, ”stepped care”. Avsikten är att patienten ska erbjudas den vård som behövs, i minsta möjliga dos. I en sådan modell ges kortvarig psykologisk behandling och självhjälp i första hand. Den som inte svarar på en sådan insats erbjuds mer KBT och läkemedel. Eftersom vi inte vet så mycket om behandlingarnas inbördes effektivitet så bygger en stegvis modell i dagsläget inte på evidens.

### Psykologisk behandling

Flera studier visar att KBT med fokus på exponering och responsprevention är en effektiv behandlingsform vid tvångssyndrom [1]. Exponering innebär att patienten gradvis utsätter sig för något som är fruktat (t.ex. ta i något smutsigt som utlöser tvångstankar och en vilja att utföra en ”renande” ritualer) och responsprevention innebär att den vanliga responsen (vanligen ritualen, t.ex. att tvätta sig) inte utförs. Ännu saknas bevis för att tillägget av kognitiva tekniker till exponering och responsprevention tillför något effektmässigt [68].

Andra terapiformer som t ex psykodynamisk terapi saknar dokumenterad effekt vid behandling tvångssyndrom.

### Läkemedelsbehandling

Flera läkemedel är effektiva vid tvångssyndrom. Effekten är oftast inte fullständig och återfall är vanligt vid utsättning [1].

1. De selektiva serotoninupptagshämmarna (SSRI), utgör förstahandsval; sertralin, fluvoxamin, paroxetin, citalopram, escitalopram och fluoxetin. Samtliga SSRI har visat effekt i kontrollerade studier. *Kloka Listan år 2011 rekommenderar sertralin i första hand vid ångestsyndrom.* Högre doser är i allmänhet effektivare än lägre doser. Effekten kan dröja upp till 8 veckor [1].
2. Klomipramin, en icke-selektiv serotoninupptagshämmare (SRI), utgör andrahandsval p.g.a. högre frekvens av biverkningar samt toxicitetsproblem. *Kloka Listan år 2011 rekommenderar klomipramin som andrahandsval vid ångestsyndrom.* Snabbare effekt och effekt för patienter som inte svarat på peroral medicinering kan erhållas genom intravenös behandling under 2–3 veckor [74].
3. Vid SSRI eller klomipramin-behandling är det inte meningsfullt att rutinemässigt undersöka plasmakoncentration. Samband mellan läkemedelskoncentration i blodet och behandlingseffekt är inte visat.

**Tabell 5.** Läkemedel som har dokumenterad effekt vid behandling av tvångssyndrom. Läkemedel med asterisk (\*) är i Sverige registrerade på denna indikation.

Substans	Originalpreparat	Startdos (mg/d)	Behandlingsdos (mg/d)
sertralin*	Zoloft	25–50	50–200
citalopram*	Cipramil	10–20	20–60
fluoxetin*	Fontex	10–20	20–80
fluvoxamin*	Fevarin	25–50	100–250
klomipramin*	Anafranil	10–25	75–200
paroxetin*	Seroxat	10–20	20–60

ECT, litium och buspiron har visat sig ineffektiva mot tvångssyndrom [75].

#### Läkemedelsbehandling vid svårbehandlad OCD

- Tar patienten den medicinering som ordinerats?
- Upptrappning till maxdos.
- Byte från SSRI till annat SSRI eller till klomipramin.
- Tillägg av neuroleptika i lågdos. Detta motiveras inte av misstanke om inslag av psykosjukdom, vilket kan behöva klargöras för patienten. Vid samtidiga tics ökar chansen för effekt. Ett beprövat alternativ är risperidon 0.5–2 mg.
- Mer experimentell behandling beskrivs inte här då evidensläget är oklart och under förändring.

#### Kombinationsbehandling

Om kombinationsbehandling med läkemedel och KBT är mer effektivt än behandlingarna var för sig är oklart. I klinisk praxis är det mer regel än undantag att patienter får kombinerad behandling och att patienter som blir föremål för psykologisk behandling redan behandlas med läkemedel.

## Rekommenderad behandling

Alla patienter med tvångssyndrom bör, om inget särskilt talar emot, erbjudas KBT. Många kommer även att behöva läkemedelsbehandling och förstahandsvalet är då SSRI preparat.

## Behandlingsutvärdering

Behandlingen bör regelbundet utvärderas med stöd av skattningsskalor enligt beskrivning på sid 10.

## Var ska behandlingen ske?

Ett tvångssyndrom som inte kompliceras av annan psykiatrisk problematik kan handläggas av primärvården. Oftast bör dock patienten remitteras till psykiatrisk mottagning eller till privat vårdgivare med erfarenhet av att behandla tvångssyndrom.

### Primärvårdens roll är i första hand att:

- kunna misstänka och känna igen ett tvångssyndrom
- ställa screeningfrågor (se ovan),
- erbjuda läkemedelsbehandling i okomplicerade fall,
- konsultera eller remittera till psykiatrisk mottagning vid utebliven förbättring inom tre månader.

## Sjukskrivning

Sjukskrivning kan i många fall undvikas. Arbetsförmågan kan vara tillfälligt nedsatt, varför en kortare sjukskrivning om ca 2–6 veckor kan vara motiverad. Deltidssjukskrivning bör alltid övervägas. Vid bedömning av funktions- och arbetsförmågan är det viktigt att tänka på samsjuklighet enligt ovan. Om arbetsförmågan bedöms vara nedsatt längre tid än rekommendationen bör insatser som stödjer återgång i arbete, som kontakt med arbetsplatsen och arbetsträning tidigt övervägas. Vid sjukskrivning längre än 3 månader bör den specialiserade psykiatrin involveras för att säkerställa diagnos och adekvat behandling.

### Litteraturtips:

*Tvångssyndrom/OCD: Nycklar på bordet,*  
Bejerot, S, ISBN 9189091248

*Tvångssyndrom: Orsaker och behandling i beteendeterapeutiskt perspektiv*  
Wadström, O, ISBN 9163128349

*SBU rapport om Ångestsyndrom* (även i patientversion): [www.sbu.se](http://www.sbu.se)

## Dysmorfofobi (Body Dysmorphic Disorder, BDD)

Dysmorfofobi eller BDD är överrepresenterat hos individer med OCD men finns också som ett från OCD fristående syndrom. BDD räknas med nuvarande diagnossystem till gruppen somatoforma syndrom. Pga likheter med OCD så har BDD alltmer kommit att betraktas som ett syndrom besläktat med OCD och räknas in i gruppen tvångsspektrumsjukdomar (eng. Obsessive Compulsive Spectrum Disorders eller OCSD) [2].

### Vad kännetecknar BDD?

BDD karakteriseras av en upptagenhet av en inbillad (eller överdriven uppfattning om) defekt i utseendet. Vanligaste fokus för upptagenhet är näsa, ansiktshud och hår men i stort sett alla delar av kroppen kan vara grund för besvär.

### Hur vanligt är det?

Livstidsprevalensen beräknas till 1 %. Liksom OCD så är BDD lika vanligt hos män som hos kvinnor, något som skiljer sjukdomarna från ängestsyndromen där prevalensen är betydligt högre hos kvinnor. För att diagnosen ska ställas ska det finnas ett signifikant lidande och/eller funktionsnedsättning gällande sociala relationer eller arbetsförmåga.

### Varför och var söker patienten?

Till skillnad från vid OCD så har individer med BDD oftast en bristfällig insikt i det orimliga i sina tankar. I den mån de söker hjälp, söker de sig till hudläkare, hudterapeut, frisör, plastikkirurg, tandläkare eller urologisk kirurg. Övertygelsen om att ”defekten” är verklig antar inte sällan vanföreställningskaraktär vilket medför risk för feldiagnostik (psykos) och felbehandling (neuroleptika i monoterapi).

## Utredning och diagnostik

En viktig del i bedömningen är depressionsscreening då sekundär depression är vanlig och suicidrisken ofta är förhöjd. Den tillstötande depressionen kan vara det som möjliggör en adekvat behandling då man utan att gå in på patientens uppfattning om sitt utseende kan upprätta en allians kring att depressionen innebär ett lidande och behöver behandlas.

## Behandling av BDD

Behandlingen liknar den som ges vid OCD, dvs. serotoninspecifika farmaka och KBT med fokus på exponering med responsprevention (12). P.g.a. den ofta bristande insikten ställer sig många patienter avvisande till kontakt med psykiatrin varför tillståndet med nödvändighet är en angelägenhet även för andra medicinska specialiteter [2].

### **Förslag till handläggning av BDD:**

- Ställ screeningfrågor:
  - Är du mycket upptagen av någon del av kroppen som du tycker är oattraktiv?
  - Hur mycket tid ägnar du åt att tänka på det?
  - Hur påverkar den här upptagenheten ditt liv?
- Utredning och diagnos inklusive depressions- och suicidriskbedömning
- Inled SSRI-behandling, trappa upp till högsta tolererade dos (tidsintervall och doser som vid OCD-behandling).
- Ifrågasätt inte patientens specifika upplevelse om utseendedefekt, men hävda din uppfattning att det finns olika sätt att se på saken och att du inte bedömer att lösningen ligger i ytterligare hudvård, plastikkirurgi etc.
- Om möjligt begränsa skadliga behandlingar och ingrepp (exempelvis avråda från omotiverad Roaccutanbehandling, hudlaserbehandling, plastikkirurgi, bettslipning).
- Hänvisa patient och anhöriga till BDD-information: [www](http://www.bdd-sverige.net), böcker
- Om patienten tillåter, inkludera anhöriga i informationen
- Erbjud patienten att ta ny kontakt och var i detta så öppen och flexibel som möjligt.

Förvänta inte en insiktsfull och tacksam patient. Det kan vara en lång process mot begynnande insikt och behandlingsmotivation men, även de svåraste fallen kan behandlas.

### **Litteratur och länkar**

*The Broken Mirror*

Phillips, K, ISBN 0195167198

*The BDD Workbook: Overcome Body Dysmorphic Disorder*

Claiborn, J, ISBN 1572242930

[www.bdd-sverige.net](http://www.bdd-sverige.net)

[www.levamedbdd.dinstudio.se](http://www.levamedbdd.dinstudio.se)

## Vårdprogrammets användning vid samsjuklighet

Psykiatrisk samsjuklighet vid ängestsyndrom är snarare regel än undantag. Överlappning förekommer så att en person kan uppfylla kriterier för flera olika ängestsyndrom eller annan psykisk sjukdom, till exempel depression, personlighetsstörning, ätstörning och missbruk samt med utvecklingsrelaterad störning och autismspektrumtillstånd. I kapitlet för de olika ängestsyndromen beskrivs samsjuklighet mer ingående.

Förekomsten av samsjuklighet har dokumenterats i flera epidemiologiska studier [76] och resultaten i en amerikansk studie av 900 patienter i primärvården visade att en tredjedel av patienterna med ängestsyndrom hade ytterligare ett eller fler ängestsyndrom. Missbruk av alkohol är tre gånger vanligare för individer med ängestsyndrom [77]. För den som drabbas av samsjuklighet innebär det ofta en funktionsnedsättning som återverkar på vardagslivet och livskvaliteten. Ju fler sjukdomar som individen drabbas av desto mer ökar funktionsnedsättningen, lidandet och sjukvårdskonsumtionen [78]. Samsjuklighet med ängest och affektiv sjukdom ökar suicidrisken [79].

### Vårdprogrammet är tillämpligt också vid samsjuklighet

Patienter, vars huvudproblem är ängestsyndrom och som dessutom har en överlappande symtombild, behandlas lämpligen enligt detta vårdprogram. I den kliniska vardagen har tillämpbarheten av vårdprogrammet vid samsjuklighet diskuterats. En vanlig invändning har varit att vårdprogrammet baseras på studier på patienter med endast ängestsyndrom och att patienter med samsjuklighet exkluderats. När det gäller ängestsyndrom finns dock stark evidens för att de psykologiska behandlingar som rekommenderas i vårdprogrammet också fungerar för patienter med samsjuklighet.

Diskussionen har polariserats mellan två begrepp som beskriver hur studierna har bedrivits, nämligen ”efficacy” och ”effectiveness”. Begreppet ”efficacy” beskriver utfallet av psykoterapeutisk behandling i en forskningsstudie som har genomförts under kontrollerade betingelser. Till exempel brukar det innebära att terapeuterna är specialutbildade i en viss behandlingsmetod, patientgruppen är homogen och saknar samsjuklighet. Kritikerna har gjort gällande att psykoterapiforskningen avseende ängestsyndrom har bedrivits med ”efficacystudier” och att resultaten därför inte är tillämpbara i den kliniska vardagen där samsjuklighet är vanligt.

Som motvikt till denna kritik visar en närmare granskning av psykoterapiforskningen att det har gjorts åtminstone 50 ”effectivenessstudier” inom ängestområdet som visar att resultaten inte är sämre än i de mer kontrollerade ”efficacystudierna”. ”Effectivenessstudier” har bedrivits för att vara mer representativa för den kliniska rutinvården, med praktiserande behandlare som utför psykoterapi som en del i sitt vanliga arbete. I ”effectivenessstudier” har terapeuterna till exempel inte fått någon specialträning omedelbart före studien utan använt de tekniker som de använder i den kliniska vardagen. De patienter som ingår i studien har haft heterogena problem och remitterats via klinikens vanliga kanaler. Antalet sessioner har varit flexibelt.



## Handläggning vid samsjuklighet

Vår rekommendation är att identifiera patientens huvudsakliga problemområden och göra en bedömning av vilket av dessa som ska prioriteras i behandlingen. Det engelska hälsoinstitutet (NICE) anger följande riktlinjer [51].

### Uppmärksamma samsjuklighet:

1. Gör tillsammans med patienten en noggrann inventering av de viktigaste problemområdena.
2. Rangordna problem och prioritera samsjuklighet utifrån ett tidsperspektiv för att bestämma när olika problem ska hanteras.

När ångestsyndrom och depression förekommer samtidigt bör det regionala vårdprogrammet för Depression och bipolär sjukdom följas.

## Prevention

Trots att ångestsyndrom är vanligt förekommande saknas i stor utsträckning kunskap om förebyggande åtgärder. Ett fåtal preventionsprogram har utvärderats vetenskapligt och dessa riktar sig i allmänhet till barn och ungdomar.

### Barn och ungdomar

En välgjord australiensisk studie talar för att föräldrainerventioner har effekt på barns risk för att utveckla ångest [80]. SBU:s systematiska litteraturöversikt visar ett begränsat stöd för effekt av preventiva insatser hos såväl oselektade grupper som hos barn med förhöjd ångestnivå[1]. Flera forskargrupper har i ångestpreventivt syfte försökt använda korta pedagogiska och kognitiva program för att öka barns förmåga till problemlösning och stresshantering. Vissa studier har omfattat slumpvis utvalda skolor eller klasser, enstaka studier har valt ut barn som råkat ut för traumatiska livshändelser.

### Livsstil

En Cochrane-översikt har inte kunnat visa att fysisk aktivitet har förebyggande effekt på ångest [81]. Studierna i kunskapsöversikten jämförde interventionsgrupp fysisk aktivitet med kontrollgrupp utan intervention. Interventionen bestod av fysisk aktivitet tre gånger i veckan under 6 till 12 veckor. Någon statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna kunde inte påvisas.

### Screening

Screening för ångestsjukdom i primärvård av grupper utan känd risk för psykisk sjukdom rekommenderas inte. Det saknas screeninginstrument med tillräckligt hög förmåga att skilja ut sant positiva fall. Utan tillräckligt bra instrument skapar screening många falskt positiva fall som måste utredas.

### Slutsats

Evidensen för åtgärder för förebyggande av ångestsyndrom är i dagsläget osäker.

## Arbetsförmåga och sjukskrivning

I samband med sjukskrivning har vården förutom det rent medicinska uppdraget, som består av bedömning, utredning och behandling, även ett försäkringsmedicinskt uppdrag. Det innebär att patientens funktions- och arbetsförmåga ska bedömas och eventuellt utredas utifrån Socialförsäkringens krav och intentioner. Att göra detta kan medföra såväl etiska problem som lojalitetskonflikter, eftersom bedömningen i samband med ångestproblem i stor utsträckning baseras på patientens beskrivning och uppfattning. Patientens berättelse kan vara svår att objektivt värdera och läkaren har sällan kunskap om de krav som ställs på patientens arbetsplats.

Läkarens uppgifter vid bedömning av sjukskrivningsbehov är att:

- ställa diagnos
- värdera arbetsförmåga
- diskutera sjukskrivningens för- och nackdelar med patienten
- ta ställning till sjukskrivningens grad (hel- eller deltid)
- ta ställning till sjukskrivningens längd
- ta ställning till vad som ska ske under sjukskrivningstiden
- bedöma behandlings- och rehabiliteringsbehov
- som medicinskt sakkunnig utfärda ett intyg som försäkringsgivare kan använda som underlag för beslut om rätt till sjukersättning

(Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. SBU 2003)

### Försäkringsmedicinsk bedömning

Grunden i den försäkringsmedicinska bedömningen är att fastställa patientens arbetsförmåga. Besvären och hur olika risk- och friskfaktorer påverkar dessa kan vara svåra att objektivt värdera, varför flera personer med olika kompetens kan behövas för den samlade bedömningen. Bristande kännedom om patientens arbetsplats och de krav som ställs på denne i arbetet är andra faktorer som gör bedömningen problematisk.

Nedanstående frågor syftar till att hjälpa läkaren och övriga i vårdteamet att göra en helhetsbedömning kring arbetsförmågan inklusive de faktorer som påverkar patientens möjlighet att återgå i arbete. Bedömningen ska leda till ett ställningstagande om läkaren ska utfärda ett medicinskt underlag för bedömning om sjuklön/sjukpenning, vad som ska stå i detta och vilka åtgärder som behöver sättas in för att ge patienten adekvat rehabilitering. Ekonomiska, sociala och arbetsmarknadsmässiga förhållanden påverkar patientens problembild och frågor om sådana förhållanden kan behöva ställas, även om läkaren ska bortse från dessa vid bedömningen av arbetsförmågan utifrån intentionerna i Socialförsäkringen.

De patienter vars nedsättning av arbetsförmågan bedöms bero på eller påverkas av andra faktorer än sjukdom bör få information om detta och stöd att söka adekvat hjälp utanför

sjukvården. Det finns annars risk för medikalisering med kommande långvarig och medicinskt omotiverad sjukfrånvaro.

1. Vilken/vilka sjukdomar eller besvär förorsakar nedsättning av funktionsförmågan
  - a. Huvuddiagnos, bakomliggande orsak
  - b. Bidiagnoser, (komorbiditet och bakomliggande orsaker) som bidrar till funktionsnedsättningen
  - c. Stressorer (omgivningsfaktorer) som påverkar patientens tillstånd och/eller behandling
  - d. Hur påverkas patientens relation till behandlaren och dennes bedömning av bakomliggande sjukdom/ar?
2. Hur påverkas de kroppsliga och psykiska funktionerna?
3. Vilken typ av arbetsuppgifter kan patienten utföra/inte utföra (arbete som kräver koncentration, arbete i relation till andra, arbete som kräver beslutsförmåga)?
4. Hur påverkas patientens möjlighet att utföra sina vanliga arbetsuppgifter?
  - a. Krav utifrån aktuella arbetsuppgifter (vem ställer kraven; patienten själv, chefen, arbetskamraterna, annan)?
  - b. Vilka av sina arbetsuppgifter kan patienten utföra?
  - c. Krav på förändringar på arbetet, resan till eller från arbetet eller i hemmet för att patienten ska kunna klara av sina arbetsuppgifter
5. Vilka alternativa arbetsuppgifter på arbetsplatsen kan patienten utföra?
6. Om patienten anger sig vara helt arbetsoförmögen, dvs. oförmögen att arbeta två timmar, så bör orsaken till detta särskilt belysas
7. Vilka faktorer har betydelse för patientens nedsatta funktionsförmåga i hemmet, på fritiden och på arbetet och hur påverkas dessa av sjukfrånvaro?
8. Vilka är konsekvenserna av patientens besvär i hemmet, på fritiden och på arbetet och hur påverkas dessa vid sjukfrånvaro?
9. Vilka är risk- och friskfaktorerna för långvarig sjukfrånvaro?
10. Hur ser patientens tidigare sjukfrånvaro ut?
11. Är patientens arbetssituation olämplig ur besvärssynpunkt?
12. Hur viktigt är arbetet för patienten, vad gör denne själv för att kunna arbeta och vilket stöd finns i omgivningen (familj, vänner) i relation till arbetet?
13. Hur viktig är patienten för arbetsgivaren och vad är denne villig att göra för att underlätta patientens möjlighet att arbeta?
14. Finns det hindrande konflikter på arbetsplatsen?
15. Har patienten/patientens arbetsplats tillgång till företagshälsovård?

## Förhållningssätt

Nedan följer några tips om förhållningssätt vid utfärdande av medicinska underlag och planering av insatser som ska sättas in under sjukfrånvaron (handlingsplan).

- Värdera för- och nackdelar med sjukskrivning tillsammans med patienten.
- Undvik passiv sjukfrånvaro i väntan på åtgärder. Ta initiativ som stödjer patientens möjlighet att återfå arbetsförmåga.
- Bedöm vad som behöver göras för att patienten ska återfå arbetsförmåga och i vilken ordning dessa insatser bör sättas in. Genomför om möjligt flera åtgärder samtidigt, t ex
  - Ge råd till arbetsgivaren och Försäkringskassan om lämpliga åtgärder (på intyget eller via personlig kontakt)
  - Egen och egna vårdteamets utredning och behandling (medicinsk och psykosocial)
  - Ge råd till patienten om fysisk aktivitet och annat denne kan göra själv
  - Remiss till specialresurs eller rehabiliteringsenhet för utredning/behandling
  - Ta kontakt med Försäkringskassa och/eller arbetsgivare (initiera avstämningsmöte)
  - Skriv remiss till företagshälsovård om patienten har sådan
  - Arbetsträning/arbetsplatsbesök
- Använd deltidssjukskrivning så långt det är möjligt och pröva olika grader av deltid.
- Planera för successiv återgång i arbete redan från sjukfrånvarons början.
- Överväg tidigt arbetsträning/arbetsplatsbesök om detta är möjligt.
- Involvera vid behov fler yrkesgrupper i omhändertagandet av patienten.
- Patienten bör vara åter i arbete så snart som besvären så tillåter om inte arbetet i sig eller arbetsmiljön bedöms vara skadligt för patienten.
- Vid misstanke om att problemen är arbetsplatsorsakade eller att arbetet har skadlig inverkan vidta åtgärder som stödjer patienten i relationen med arbetsgivaren genom att koppla in företagshälsovård eller informera Försäkringskassan.
- Om återgång i nuvarande arbete bedöms skadligt på längre sikt, vidta åtgärder som syftar till att patienten kan byta arbete/arbetsplats genom kontakt med arbetsgivare, företagshälsovård, Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen.

## Ångestsjukdomar och kulturell variation

*”Det började med att jag hade svårt att åka tunnelbana till arbetet. Jag fick hjärtklappning. Det blev trångt i bröstet och det var svårt att andas. Jag svimmade nästan. Det blev bättre när jag klev av tåget. Ibland ringde jag min make och bad honom skjutsa mig till jobbet. När jag är hemma och får svårt att andas går jag ut på balkongen för att få frisk luft. Det hjälper lite grann. Jag har sökt hjälp på vårdcentralen för astmabesvär. En turkisk tolk hjälpte mig att förklara på svenska. Jag fick prova olika astma mediciner. När jag inte blev bättre sände de mig på en utredning. Efter utredningen sa de att jag inte har astma utan ångest och att jag skulle gå till psykiatrin. Det var konstigt, jag vet inte vad de menar med ångest? Jag känner ingen som har ångest. Vad är det för sjukdom? De tycker att jag är psykisk sjuk. Jag är inte psykisk sjuk. Jag är inte galen. Jag har svårt att andas. Det kanske beror på blodtrycket? Jag vet inte. Jag har bett min dotter titta i sina böcker vad ångest är. Jag pratar inte med mina väninnor om detta. Det är inte roligt om de tänker att jag är psykisk sjuk. När de sagt att jag var psykiskt sjuk fick jag ännu mer besvär, men jag kämpade. Tills slut kunde jag inte åka till jobbet eller städa och laga mat åt mina barn. Barnen blev ledsna och sa att jag måste få medicin för min sjukdom. Då gick jag till en psykiater. Man måste ju pröva all hjälp. Första gången jag träffade psykiatern var jag väldigt rädd. Flera gånger fick jag så svårt att andas att jag måste gå ut ur rummet för att få luft.”*

Songül 46 år

Ångestsjukdomar förekommer över hela världen [82]. Kulturella faktorer påverkar hur ångest och ångestsjukdomar, uttrycks, förstås och kommuniceras. Även hjälpsökande och förväntningar på vården påverkas av kulturella faktorer. Begreppet kultur syftar här på människors meningsskapande i det vardagliga livet. Upplevelser, sinnesförmimmelser och emotioner organiseras till kognitioner utifrån tidigare erfarenheter och kulturellt färgade referensramar. Kulturella faktorer påverkar hur besvär upplevs och förstås, symtombildning, stressupplevande, vårdsökande och behandling och hur sjukdom hanteras [83].

Ångestbesvär kan beskrivas med olika ord och uttryck. Det är vanligt att emotionella besvär kläs i ett somatiskt språk. För en patient som inte har svenska som modersmål, eller tillgång till en bra tolk, kan det vara lättare att använda somatiska ord än emotionella. Kroppsliga beskrivningar och ord kan användas som metaforer för ett vidare sätt att tolka besvär än den exakta somatiska betydelsen [84]. Somatiska besvär kan vara ett socialt acceptabelt sätt att börja en kommunikation med sjukvården. Hur en patient förstår och förklarar sina besvär påverkar hur besvären förmedlas till omgivningen. I många kulturer tolkas emotionella störningar i sociala och moraliska termer. Detta kan leda till att ångestbesvär beskrivs som störda sociala relationer.

I kontakt med nyanlända flyktingar är det särskilt viktigt att fråga om tecken på PTSD och erfarenheter av trauma, tortyr eller andra övergrepp. Många traumatiserade flyktingpatienter berättar inte spontant om vad de varit med om. Som kliniker behöver man ge sig tid att skapa kontakt och återkomma till frågor om trauma när patienten är beredd att tala om det. Traumatiska händelser kan också leda till andra psykiatriska tillstånd som depression, fobier, personlighetsstörningar och paniktillstånd.

## Kultur och diagnostik

I det diagnostiska systemet DSM-IV belyses kulturella faktorerens betydelse för ångestsjukdomar. Inledningsvis påpekas att flera psykiatriska tillstånd påverkas av kulturella och etniska faktorer avseende uttryck och sjukdomsförlopp. Till kapitlen om olika sjukdomstillstånd finns avsnitt som diskuterar kulturell-, genus- och åldersvariation i symtombilder.

För bedömning av ångestsjukdomar lyfts i DSM-IV bland annat detta fram:

**Paniksyndrom:** i vissa kulturella sammanhang kan panikattacker kopplas till en intensiv rädsla för trolldom och magi.

**Social fobi:** sociokulturella restriktioner för kvinnors deltagande i det offentliga sociala livet får inte blandas ihop med social fobi.

**Tvångssyndrom:** kulturella och religiösa traditioner leder inte till tvångssyndrom men kan påverka fokus för tvångssymtom; det är viktigt att särskilja tvångssymtom från ritualer.

**PTSD:** särskilt viktigt är det att utforska eventuella erfarenheter av trauma och tortyr hos flyktingar.

**Akuta stressreaktioner:** reaktioner på förluster påverkas av kulturella faktorer; dissociativa symtom kan vara vanligare i kulturer där denna typ av symtom är socialt acceptabla.

## Kulturformuleringen – ett diagnostiskt stöd vid transkulturell diagnostik

Ängestbesvär kan presenteras på många olika sätt. Som stöd för psykiatrisk diagnostik i den mångkulturella vården finns i DSM-IV ett förslag till en sk kulturformulering (Appendix I). Detta är en individuell och personinriktad (idiografisk) bedömning av patientens kulturella referensram och sammanhang (kontext).

Kulturformuleringen är tänkt att användas som ett komplement till DSM systemets multi-axiala diagnostik men kan mycket väl användas även i arbete med det diagnostiska systemet ICD-10. Intervjun enligt kulturformuleringen kan bidra till en ökad förståelse av vad patientens kommunikation betyder. Den kan även vara till hjälp för en korrekt diagnostisk kategorisering, ge kunskap om hur patientens upplevelse och sammanhang samt bidra till en realistisk behandlingsplan[85].

### Kulturformuleringen i DSM-IV fokuserar på fyra områden:

- Individens kulturella identitet
- Kulturella förklaringar till individens sjukdom
- Kulturella faktorer relaterade till psykosocial miljö och funktionsnivå
- Kulturella faktorer i relationen mellan individen och klinikern

Avslutningsvis görs efter intervjun en sammanfattande bedömning av vad kulturella faktorer betyder för diagnostik och vård.



## **Kulturformuleringen – en manual på svenska**

Kulturformuleringsintervjun är inriktad på att ta del av patientens perspektiv på sjukdom och besvär. Som stöd för kliniker att praktiskt använda kulturformuleringen har olika riktlinjer och manualer utvecklats. På svenska finns en manual [86] som kan laddas ned från Transkulturellt Centrums hemsida ([www.slso.sll.se/tc](http://www.slso.sll.se/tc)). I denna har ett avsnitt om migration och ackulturation lagts till. Detta inkluderar ett intresse för hur patienten kommit in i det nya svenska sammanhanget och om han eller hon utsatts för våld, hot eller trauma. Manualen innehåller förslag till intervjufrågor. Frågorna är tänkta att användas på ett reflektivt sätt och anpassas till den enskilda intervjusituationen. Många frågor är öppna till sin karaktär. Intervjun enligt kulturformuleringen kan beskrivas som ett patientcentrerat arbetssätt och en "etnografiskt" inspirerad form av intervju. Etnografien handlar om att försöka förstå den andres perspektiv. Etnografiska intervjuer karaktäriseras av intresset att utforska hur människor själva tolkar sina erfarenheter.

Den information som kommer från en intervju med kulturformuleringen kan inte användas som enda källa till diagnostik. Intervjun är enbart ett komplement. Kulturformuleringen är inte inriktad på ett direkt symptomutforskande utan patientens perspektiv på sjukdom och sammanhang. Ibland kan intervjun ge information som påverkar den diagnostiska bedömningen och bidra till att kunna formulera en gemensamt delad behandlingsplan.

## **Tolk**

När patienten inte har svenska som modersmål är det viktigt att erbjuda en professionell tolk. Vid bedömning av ångestsjukdomar är tolkens översättning av central betydelse. Westermeyer och Janka [87] har beskrivit svårigheten med att, mellan språk, översätta ord som uttrycker känslor som exempelvis nedstämdhet, ilska, ångest, smärta, leda, svaghet och trötthet. Samtidigt som de lyfter fram att det kan vara svårt att hitta ord med precis samma betydelser i olika språk betonar de att det går att förmedla subjektiva upplevelser mellan språk. De pekar på att översättningar av känslouttryck ibland kan kräva långa förklaringar. Det räcker inte alltid med att översätta ord för ord. I denna typ av situationer behöver tolken använda längre förklaringar.

Tolkandet underlättas av att både tolken och patienten är införstådda med intervjuens syfte, arbetsform och hur tolkandet går till. Tolken kan instrueras att tala om när det är svårt att översätta eller när översättningar kräver längre förklaringar. Det kan vara värdefullt att få ta del av hur tolken väljer att översätta. Detta kan t ex ske genom att efter ett samtal prata med tolken om hur översättningen fungerade.

## **Bedömning och behandlingsförslag**

Den diagnostiska bedömningen av patientens besvär behöver förmedlas på ett begripligt sätt till patienten. Hur detta sker har betydelse för behandlingsallians och resultat. För patienter som inte är vana vid vårdens psykiatriska och psykologiska språk och termer kan det krävas en hel del förklaringar och dialog för att kunna förstå och integrera ett nytt budskap. Att möta psykiatriska termer och förståelsemodeller kan annars innebära förvirrande kontinuitetsbrott i patientens sjukdomsförståelse.



I situationen av att förklara termer, som exempelvis ångest, panik eller fobi kan olika former av psykoedukativa insatser vara viktiga. I processen av att ta emot och integrera ny kunskap behöver patienten kunna skapa en känsla av sammanhang mellan tidigare och ny förståelse. Att kliniker har kunskaper om patientens förståelse och synsätt underlättar det pedagogiska samtalet.

## **Kvalitetsindikatorer**

1. Andel nya patienter med ångestsyndrom som genomgått strukturerad psykiatrisk diagnostik.
2. Andel patienter med ångestsyndrom som erhåller psykologisk behandling med KBT.
3. Andel patienter med ångestsyndrom som följs med skattningsinstrument.

Under 2011 kommer dessa indikatorer att prövas och stegvis införas. Indikatorerna mäts genom utdata från journalsystemet. Ytterligare indikatorer kommer också att bli aktuella och prövas.

## **Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser**

### **Diagnostik och mätning**

Detta vårdprogram förordar genomgående ett diagnosspecifikt val av behandling med mätning av resultat. Diagnossättningen har under de senaste åren ökat i psykiatrin och denna utveckling behöver fortsätta. Mätningar av symtom och funktion behöver integreras i befintliga och kommande IT-system för att bli heltäckande inom vården.

### **Tillgänglighet till behandling**

I vårdprogrammet har rekommendationen av KBT vid samtliga tillstånd en central plats. Eftersom länets psykoterapeutiska resurser huvudsakligen har en annan inriktning behöver de ansträngningar som redan görs för att ytterligare förbättra tillgängligheten till KBT fort-

## Referenser

1. Statens beredning för medicinsk utvärdering, *Behandling av ångestsyndrom en systematisk litteraturoversikt*. 2005, Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). 308.
2. NICE, *Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. 2005, National Institute for Health and Clinical Excellence: London.
3. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010-Stöd för styrning och ledning, in *Nationella riktlinjer*. 2010, Socialstyrelsen.
4. American Psychiatric Association. and American Psychiatric Association. *Task Force on DSM-IV, Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV*. 4th ed. 1994, Washington, DC: American Psychiatric Association. xxvii, 886.
5. WHO, *ICD-10 Klassifikation av sjukdomar Kaap.V-Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar*. 1993.
6. Saunders, J.B., et al., *Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II*. *Addiction*, 1993. 88(6): p. 791-804.
7. Sheehan, D.V., et al., *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*. *J Clin Psychiatry*, 1998. 59 Suppl 20: p. 22-33;quiz 34-57.
8. Spitzer, R.L., et al., *Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study*. *JAMA*, 1994. 272(22): p. 1749-56.
9. Shear, M.K., et al., *Multicenter collaborative panic disorder severity scale*. *Am J Psychiatry*, 1997. 154(11): p. 1571-5.
10. Houck, P.R., et al., *Reliability of the self-report version of the panic disorder severity scale*. *Depress Anxiety*, 2002. 15(4): p. 183-5.
11. Goodman, W.K., et al., *The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability*. *Arch Gen Psychiatry*, 1989. 46(11): p. 1006-11.
12. Heimberg, R.G., et al., *Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale*. *Psychol Med*, 1999. 29(1): p. 199-212.
13. Spitzer, R.L., et al., *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7*. *Arch Intern Med*, 2006. 166(10): p. 1092-7.
14. Blanchard, E.B., et al., *Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL)*. *Behav Res Ther*, 1996. 34(8): p. 669-73.
15. Weiss, D.S. and C.R. Marmar, *The Impact of Event Scale-Revised*, in *Assessing psychological trauma and PTSD*, J.P. Wilson and T.M. Keane, Editors. 1997, Guilford Press: New York. p. 399-411.
16. Olfson, M., et al., *Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice*. *Am J Psychiatry*, 1997. 154(12): p. 1734-40.
17. Guy, W., *Clinical global impressions. ECDEU assessment manual for psychopharmacology (Revised)*, ed. W. Guy. 1976, Rockville (Md): National Institute of Mental Health.
18. Rosenbaum, J.F., et al., *A controlled study of behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and depression*. *Am J Psychiatry*, 2000. 157(12): p. 2002-10.

19. Vickers, K. and R.J. McNally, Panic disorder and suicide attempt in the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol*, 2004. 113(4): p. 582-91.
20. Katon, W., Panic disorder: relationship to high medical utilization, unexplained physical symptoms, and medical costs. *J Clin Psychiatry*, 1996. 57 Suppl 10: p. 11-8; discussion 19-22.
21. Lessmeier, T.J., et al., Unrecognized paroxysmal supraventricular tachycardia. Potential for misdiagnosis as panic disorder. *Arch Intern Med*, 1997. 157(5): p. 537-43.
22. Zigmond, A.S. and R.P. Snaith, The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1983. 67(6): p. 361-70.
23. Milrod, B., et al., A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry*, 2007. 164(2): p. 265-72.
24. Feske, U. and A.J. Goldstein, Eye movement desensitization and reprocessing treatment for panic disorder: a controlled outcome and partial dismantling study. *J Consult Clin Psychol*, 1997. 65(6): p. 1026-35.
25. Baldwin, D.S., et al., Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*, 2005. 19(6): p. 567-96.
26. Bandelow, B., et al., World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - first revision. *World J Biol Psychiatry*, 2008. 9(4): p. 248-312.
27. Bandelow, B., et al., Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry*, 2007. 8(3): p. 175-87.
28. Furukawa, T.A., N. Watanabe, and R. Churchill, Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007(1): p. CD004364.
29. Broocks, A., et al., Comparison of aerobic exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorder. *Am J Psychiatry*, 1998. 155(5): p. 603-9.
30. Smits, J.A., et al., Reducing anxiety sensitivity with exercise. *Depress Anxiety*, 2008. 25(8): p. 689-99.
31. Furmark, T., et al., Social phobia in the general population: prevalence and socio-demographic profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1999. 34(8): p. 416-24.
32. Beidel, D.C., et al., The Social Phobia and Anxiety Inventory: concurrent validity with a clinic sample. *Behav Res Ther*, 1989. 27(5): p. 573-6.
33. Ruscio, A.M., et al., Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*, 2008. 38(1): p. 15-28.
34. Wittchen, H.U., M.B. Stein, and R.C. Kessler, Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychol Med*, 1999. 29(2): p. 309-23.
35. Bruce, S.E., et al., Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am J Psychiatry*, 2005. 162(6): p. 1179-87.
36. Nordström, P., D. Schalling, and M. Åsberg, Temperamental vulnerability in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 1995. 92(2): p. 155-60.

37. Clark, D.M., A Cognitive Perspective on Social Phobia, in *International Handbook of Social Anxiety*, R.W. Crozier, Alden, L.E., Editor. 2001, John Wiley & Sons: New York. p. 406-430.
38. Wittchen, H.U. and L. Fehm, Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 2003(417): p. 4-18.
39. Turk, C.L., Fresco, D.M., Heimberg, R.G., *Social Phobia: Cognitive Behavioural Therapy*, in *Handbook of Comparative Treatments of Adult Disorders*. 1999, John Wiley & Sons: New York. p. 287-316.
40. Heimberg, R.G., Becker, R.E., *Cognitive-Behavioral Group Therapy for Social Phobia: Basic Mechanisms and Clinical Strategies*, in *Treatment manuals for practitioners*, D.H. Barlow, Editor. 2002, The Guilford Press: New York-London.
41. Clark, D.M., et al., Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 2006. 74(3): p. 568-78.
42. Statens beredning för medicinsk utvärdering, Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ängestsyndrom eller depression. SBU Alert-rapport ; 2007:3. 2007, Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). 19.
43. Ollendick, T.H., Specific phobias in children, in *Phobias – A handbook of theory, research and Treatments*, G. Davey, Editor. 1997, Wiley & Sons Ltd: Chichester.
44. Stinson, F.S., et al., The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med*, 2007. 37(7): p. 1047-59.
45. Svensson, L., *Specific Phobias in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Approach*. 2001, Stockholms Universitet: Stockholm.
46. Klorman, R., Hastings, J.E., Weerts, T.C., Melamed, B.G., Lang, P.J. , Psychometric description of some specific-fear questionnaires. *Behavior Therapy*, 1974. 5: p. 401- 409.
47. Kessler, R.C., et al., Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2005. 62(6): p. 593-602.
48. Keller, M.B., Raising the expectations of long-term treatment strategies in anxiety disorders. *Psychopharmacol Bull*, 2002. 36 Suppl 2: p. 166-74.
49. Barlow, D.H., *Panic disorder and agoraphobia*, in *Clinical Handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual*, D.H. Barlow, Editor. 2008, Guilford Press.
50. Breitholtz, E., *Generaliserat ängestsyndrom*, in *KBT Kognitiv beteendeterapi inom psykiatri*, L.-G. Ost, Editor. 2006, Natur och Kultur: Stockholm.
51. NICE, *Clinical Guidelines for the Management of Anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia and generalized anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care*. 2004.
52. Hunot, V., et al., Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007(1): p. CD001848.
53. Allgulander, C., I. Florea, and A.K. Huusom, Prevention of relapse in generalized anxiety disorder by escitalopram treatment. *Int J Neuropsychopharmacol*, 2006. 9(5): p. 495-505.

54. Montgomery, S., et al., Efficacy and safety of pregabalin in elderly people with generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry*, 2008. 193(5): p. 389-94.
55. van der Hart, O., E.R. Nijenhuis, and K. Steele, Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*, 2005. 18(5): p. 413-23.
56. Creamer, M., P. Burgess, and A.C. McFarlane, Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med*, 2001. 31(7): p. 1237-47.
57. Kessler, R.C., et al., Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1995. 52(12): p. 1048-60.
58. Breslau, N., et al., Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 1991. 48(3): p. 216-22.
59. Resick, P.A., Monson, C.M., Rizvi, S.L, Posttraumatic Stress Disorder, in *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, D.H. Barlow, Editor. 2008, The Guilford Press.
60. NICE, The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. 2006.
61. Stein DJ, I.J., Seedat S Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006(Issue 1. Art. No.: CD002795. ).
62. Frans, O., et al., Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand*, 2005. 111(4): p. 291-9.
63. Health, A.C.f.P.M., Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. 2007, ACPMH: Melbourne, Victoria.
64. Bryant, R.A., et al., Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 2008. 65(6): p. 659-67.
65. ACPMH, Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. 2007, Australian Centre for Posttraumatic Mental Health: Melbourne, Victoria.
66. Bisson, J.A., Psychological treatment of post-traumatic disorder (PTSD) (Review), in *The Cochrane Library*. 2008.
67. Wittchen, H.U. and F. Jacobi, Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2005. 15(4): p. 357-76.
68. Heyman, I., D. Mataix-Cols, and N.A. Fineberg, Obsessive-compulsive disorder. *Bmj*, 2006. 333(7565): p. 424-9.
69. Skoog, G. and I. Skoog, A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder *Arch Gen Psychiatry*, 1999. 56(2): p. 121-7.
70. Giedd, J.N., et al., Case study: acute basal ganglia enlargement and obsessive-compulsive symptoms in an adolescent boy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996. 35(7): p. 913-5.
71. Öhman, A. and C. Rück, Four principles of fear and their implications for phobias, in *Emotion and psychopathology : bridging affective and clinical science*, J. Rottenberg and S.L. Johnson, Editors. 2007, American Psychological Association: Washington, DC. p. 167-189.



72. Husted, D.S., N.A. Shapira, and W.K. Goodman, The neurocircuitry of obsessive-compulsive disorder and disgust. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2006. 30(3): p. 389-99.
73. Pinto, A., et al., The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake. *J Clin Psychiatry*, 2006. 67(5): p. 703-11.
74. Fallon, B.A., et al., Intravenous clomipramine for obsessive-compulsive disorder refractory to oral clomipramine: a placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 1998. 55(10): p. 918-24.
75. Fineberg, N.A. and T.M. Gale, Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*, 2005. 8(1): p. 107-29.
76. Kessler, R.C., et al., Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2005. 62(6): p. 617-27.
77. Kushner, M.G., K.J. Sher, and D.J. Erickson, Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders. *Am J Psychiatry*, 1999. 156(5): p. 723-32.
78. Marciniak, M., et al., Medical and productivity costs of anxiety disorders: case control study. *Depress Anxiety*, 2004. 19(2): p. 112-20.
79. Sareen, J., et al., Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry*, 2005. 62(11): p. 1249-57.
80. Rapee, R.M., et al., Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *J Consult Clin Psychol*, 2005. 73(3): p. 488-97.
81. Larun, L., et al., Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006. 3: p. CD004691.
82. Weissman, M.M., et al., The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1997. 54(4): p. 305-9.
83. Mezzich, J.E., et al., The place of culture in DSM-IV. *J Nerv Ment Dis*, 1999. 187(8): p. 457-64.
84. Kirmayer, L.J., Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry*, 2001. 62 Suppl 13: p. 22-8; discussion 29-30.
85. Bäärnhielm S, S.R., M, The Cultural Formulation – a Model to Combine Nosology and Patients' Life Context in Psychiatric Diagnostic practice. 2009, Transcultural Psychiatry Stockholm.
86. Bäärnhielm S, S.R.M., Patti, L, Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik. Manual för intervju enligt kulturformuleringen i DSM-IV. 2007, Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting.
87. Westermeyer J, J.A., Language, Culture and Psychopathology: Conceptual and Methodological Issues. *Transcultural Psychiatry*, 1997. 34(3): p. 291-311.





