

Ångest och oro

Lars von Knorring, Institutionen för neurovetenskap,
Psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Katarina Hedin, FoU Kronoberg, Landstinget Kronoberg, Växjö
Anne-Liis von Knorring, Institutionen för neurovetenskap,
Barn och ungdomspsykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Inledning

Begreppet ångest betecknar en grupp ospecifika, obehagliga symtom som liknar upplevelsorna av och reaktionerna på skräck och fruktan. Ångest som enskilt symtom är mycket vanligt.

Till gruppen ångestsyndrom hör separationsångest, paniksyndrom, agorafobi, specifik fobi, social fobi, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom, akut stressyndrom, generaliserat ångestsyndrom, ångestsyndrom orsakat av somatisk sjukdom samt substansbetingat ångestsyndrom.

Bakgrund

Ångestsyndrom är ett folkhälsoproblem. Livstidsrisken att insjukna i ett ångestsyndrom är ca 30% (1). Cirka 16% av befolkningen har vid en given tidpunkt ett ångestsyndrom. Ungefär hälften har lindriga tillstånd medan hälften har medelsvåra eller svåra tillstånd. Ångest kan finnas normalt och kännetecknas då av att den är lindrig och kortvarig samt att den uppfattas som förståelig med tanke på den situation personen befinner sig i. Mer uttalad ångest brukar vara en del i ett ångestsyndrom. Det som framför allt gör att ett tillstånd kan avgränsas som sjukligt är graden av lidande och graden av funktionsförlust.

Ångestsyndromen leder till stort lidande för patienter och anhöriga samt till nedsatt funktion både i yrkeslivet och privatlivet. Man har uppskattat att 10–15% av patienter

ter som söker i primärvården har ångestsymtom av olika genes. Hela 70–75% av alla patienter med ångest och depression handläggs inom första linjens vård (t ex primärvård, företagshälsövård). Här skiljer sig dock barn och ungdomar från vuxna och äldre. Färre barn och ungdomar söker primärvård som första insats. De vänder sig i stället till skolhälsovården, ungdomsmottagningar, ungdomshälsan, barn- och ungdomsmedicin, socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatri (BUP).

Ångestsyndromen kommer tidigt i livet. Hälften insjuknar före 11 års ålder. Många lidande kommer aldrig till behandling. I amerikanska studier har man funnit att 5–75% av de som har olika ångestsyndrom aldrig får diagnos och behandling.

Vid paniksyndrom, där panikattackerna är tydliga och plågsamma får till slut 95% behandling. Då har det dock gått 60 år efter sjukdomsdebuten. Tio år efter debuten av ett paniksyndrom är det fortfarande endast hälften som fått behandling för tillståndet.

Vid separationsångest, där hälften debuterar före 7 års ålder, är det ca 75% som aldrig får någon behandling.

I olika epidemiologiska studier finner man att ångestsyndrom hos vuxna är vanligare hos kvinnor än hos män, med en kvot av 2:1. Varför frekvensen är högre hos kvinnor är oklart men både biologiska faktorer, som t ex hormonell status, och psykosociala faktorer, t ex dubbelarbete, torde ha betydelse. Hos barn och ungdomar före puberteten är dock ångestsyndrom lika vanliga, eller vanligare, hos pojkar.

Ängestsyndromen karakteriseras av betydande "samsjuklighet" mellan olika ängestsyndrom, med depressiva syndrom, med personlighetsstörningar, med missbruk och med vissa somatiska sjukdomar, t ex tyreotoxikos.

Hos barn och ungdomar med ADHD (attention deficit/hyperactivity disorder) är sekundära ängesttillstånd vanligt, särskilt hos flickor i tonåren. Flickor med ADHD har oftare än pojkar avsaknad av motorisk hyperaktivitet, och deras funktionsnedsättning blir därför oftare inte igenkänd i tidig ålder.

Separationsångest

Separationsångest karakteriseras av en för utvecklingsnivån avvikande och överdriven ängslan för att lämna den som barnet fäst sig vid. Ibland kan det medföra svårigheter att lämna hemmet. Debuten sker ofta i tidiga skolår men besvären kan finnas kvar hela livet.

Generaliserad ångest

Generaliserat ängestsyndrom (GAD) karakteriseras av överdriven rädsla och oro samt svårigheter att kontrollera oron. En mer eller mindre ständig oro finns som patienten inte förmår koppla av. Beteendeförändringar, affektlabilitet, sömnsvårigheter, tremor, spänningshuvudvärk och klumpkänsla i halsen är vanliga symtom liksom andningssvårigheter och palpitationer.

Ångest som uppträder i attacker

Panikångest

Då ångesten kommer i attacker, antingen i speciella situationer eller oväntat och spontant kan det vara en panikattack som enligt DSM-IV definieras enligt Faktaruta 1.

Den diffusa ogripbara karaktären av symtomen, utan förklaring i omgivningen, gör att ångesten upplevs som speciellt svår. Ofta är det bara de kroppsliga symtomen som uppfattas och för patienten till läkare. En noggrann anamnes krävs för att identifiera ett panikångestsyndrom. Oro för ytterligare panikattacker kan leda till att förväntansångest skapas. Panikångest ses sällan hos

Definition av panikattack enligt DSM-IV

En begränsad episod där minst 4 av följande symtom utvecklas hastigt och når sin kulmen inom 10 minuter:

- Palpitationer, bultande hjärta eller hastig puls
- Svettningar
- Darrning eller skakning
- Känsla av att tappa andan
- Kvävningkänsla
- Smärta eller obehag i bröstet
- Illamående eller obehag i magen
- Svindel, ostadighetskänslor eller matthet
- Derealisations- eller depersonalisationskänslor
- Rädsla att mista kontrollen eller bli tokig
- Dödsskräck
- Parestesier
- Frossa eller värmevallningar

barn före puberteten, men är vanligt under ungdomsåren.

Paniksyndrom med agorafobi

Agorafobi betyder ordagrant torgskräck och innefattar i strikt mening ångest för öppna platser och i vidare mening oro att ta sig utanför hemmet. Agorafobin föregås ofta av panikattacker. För att hantera ångesten undviker patienten folksamlingar, allmänna kommunikationsmedel och platser som ligger långt från hemmet. Man söker vägar och platser som uppfattas som trygga. En del patienter undviker helt att vistas utanför hemmet utan sällskap. Ett kroniskt tillstånd kan utvecklas med bestående agorafobi och ökad risk för andra ängesttillstånd, alkoholberoende, drogmissbruk och sekundär depression.

Hos barn är vissa former av skolvägran en variant av agorafobi. Oftast rör det sig om separationsångest som utgör grunden till skolvägran. En ganska stor del av dessa barn kan senare i livet utveckla panikångest.

Situationsbunden ångest (fobi)

Fobi är en bestående och irrationell rädsla för en särskild företeelse, aktivitet eller situation som resulterar i en stark önskan att undvika den fruktade företeelsen, aktiviteten eller situationen.

Social fobi

Social fobi karakteriseras av en rädsla för situationer där man kan få andras uppmärksamhet, t ex på restauranger, vid arbeten i grupp och i situationer där man ska tala inför andra, t ex att redogöra för uppgifter inför klassen. Individer med social fobi undviker dessa situationer och de sociala konsekvenserna kan bli påtagliga. Som screening kan man ställa följande 3 frågor:

1. Drabbas du ofta av kraftig osäkerhet, t ex i grupsituationer?
2. Reagerar du med rodnad eller skakighet eller blir du blockerad då du är tillsammans med andra?
3. Undviker du många vardagliga situationer pga detta?

Om patienten svarar nej på samtliga frågor utesluter det i praktiken förekomsten av social fobi. Social fobi är vanligtvis generell och debuterar ibland före puberteten, men oftast i tonåren.

Specifika fobier

Vid specifika fobier undviker patienten vissa situationer, t ex att flyga, åka hiss eller vistelse på höga höjder. Vanligast är djur-, höjd- och blodfobier.

Tvångssyndrom

Patienter med tvångssyndrom besväras av påträngande tankar och känslor som är svåra att få bort. För att minska dessa utförs tvångshandlingar. Det kan vara att tvätta sig ofta pga smittskräck, att ordna och samla eller behov av kontroll. Som en screening för förekomsten av tvångssyndrom kan man ställa följande 3 frågor:

1. Tvättar du dig onödigt mycket fastän du egentligen redan är ren?
2. Kontrollerar du upprepade gånger att du t ex låst dörren eller stängt av spisen?
3. Har du tankar med obehagligt eller skrämmande innehåll som är svåra att slå bort?

Livstidsrisk att utveckla ångest om man lever till 75 års ålder (1)

Separationsångest	5%
Generaliserad ångest	8%
Panikångest	6%
Agorafobi	1–2%
Social fobi	13%
Specifik fobi	13%
Tvångssyndrom	2%
Posttraumatiskt stressyndrom	9% ^a
Någon ångeststörning	32%

^aVarierar i olika populationer

Om patienten svarar nej på alla frågorna utesluter det i praktiken ett tvångssyndrom. Tvångshandlingar kräver lång tid, > 1 timme/dag, och kan bli ett hinder i vardagen och patienterna upplever ofta handlingarna som överdrivna. Oftast debuterar detta tidigt i tonåren. Tvångssyndrom förekommer även hos barn före puberteten och då förekommer inte så sällan annan psykisk sjuklighet som autismspektrumstörning och/eller Tourettes syndrom.

Ångest utlöst av identifierbara psykosociala stressorer

Långvarig kronisk belastning

Ångest pga långvarig kronisk belastning är vanlig bland patienter som söker i primärvården. Belastning kan vara att ha en låst arbets- eller boendesituation eller att brottas med motsättningar inom familjen. Ångesten detta genererar blir en del av tillvaron. En uppgivenhet inför situationen gör att möjligheterna att genomföra en förändring inte tas tillvara ens när tillfälle bjuds. Risk finns att den initiala ångesten går över i ett asteniskt syndrom.

Om belastningen är övergående och tillståndet ger vika inom 6 månader kallas detta en maladaptiv stressreaktion, som är en lindrigare dysfunktionell reaktion.

Posttraumatiskt stressyndrom

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) förutsätter att man varit utsatt för ett svårt psykiskt trauma där individen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en hän-

delse som innebar död, allvarlig skada, hot om allvarlig skada eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet och där detta återupplevs genom minnesbilder och mar-
 drömmar. Hos barn i förskoleåldern präglas ofta återupplevandet av att deras lek är repetitiv. Ofta undviker patienten att tänka på och prata om traumat han/hon upplevt, vilket kan leda till en känsla av främlingskap och isolering. Ihållande symtom på överspändhet kan ses, t ex irritabilitet, koncentrationssvårigheter, lättskrämthet och sömnsvårigheter.

Livstidsrisken för posttraumatiskt stressyndrom varierar kraftigt mellan olika samhällen. Detta är viktigt att minnas då man möter invandrare från kulturer med en hög frekvens av posttraumatiskt stressyndrom och barn som växer upp i familjer där misshandel förekommer. Sjukdomen är ofta kronisk och har en hög frekvens av samsjuklighet/komorbiditet.

Läkemedel och missbruk som orsak till ångest

Ångest och missbruk

Patienter som missbrukar alkohol försöker ofta dölja detta och söker ofta sjukvård för diffusa symtom. Ångest kan vara ett framträdande symtom, både under långvarigt missbruk och i samband med abstinens. Som ångestlindring använder missbrukaren ofta bensodiazepiner, som kan bli en del i, eller en komplikation till missbruket. Alkoholmissbruk är dock inte det enda missbruk som kan resultera i ångest. Det är vanligt med ångestproblem vid t ex amfetamin-, cannabis-, kokain- eller koffeinmissbruk. Ångestproblem är vanliga speciellt vid hög konsumtion av kokain (se även kapitlet Narkotikaberoende, s 1116).

Läkemedelsbetingad ångest

Då ångest beror på ett läkemedel finner man ett samband mellan att ett nytt preparat satts in (eller att dosen ökats) och debut av ångest. I Fass finner man att ca 100 läkemedel från en rad olika läkemedelsgrupper har ångest som biverkning. Hit hör även flera läkemedel som används för behandling av ångestsyndrom, t ex antidepressiva, samt även kortikosteroider, tyreoidhormoner

m fl. Antihypertensiva medel som vissa beta-receptorblockerare, alfa-1-receptorblockerare och angiotensin II-antagonister kan ge ospecifik ångest/nervositet som biverkning.

Ångest hos äldre

Den kliniska bilden hos äldre präglas ofta av diffus ångest, oro samt spänning med depressiva inslag i form av dysfori, hopplöshetskänslor, hypokondriska idéer, somatisering samt ibland också fobier och tvångssyndrom. Karaktären på ångesten kan variera från en allmän oro till panikattacker. Hos äldre är det vanligt med en kombination av ångest och depression och behandlingen bör fokuseras på båda tillstånden. Utredningen blir ofta komplex då många äldre har komplicerande somatiska sjukdomar och en rad läkemedel som kan orsaka ångest.

Ångest på basen av en demens är också en differentialdiagnos att ta hänsyn till.

Ångest hos barn

Ångesttillstånd växer ofta successivt fram hos barn som upplevs som sårbara eller ovanligt känsliga för olika typer av stress. Ibland är det mer fråga om personlighetsdrag än om avgränsade sjukdomsepisoder. Barn med sådan överdriven känslighet och sårbarhet visar förhållandevis liten sjuklighet i ångestsyndrom i unga vuxna år.

Ångest kan dock, även hos barn, ha sådan intensitet, duration eller prägel av panik att den vuxne, och andra barn, kan ha svårt att leva sig in i det lidande som föreligger. Detta kan vara orsaken till att föräldrar relativt sällan söker pga att barnet har ångest.

Omhändertagande och diagnostik

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom (2) rekommenderas inte screening för att upptäcka fler patienter med obehandlade ångestsyndrom. Detta trots att man vet att det finns många individer som har långvariga, svåra, obehandlade tillstånd. Nuvarande screeningmetoder har dock för lågt positivt prediktivt värde och det är inte visat att screening leder till förbättrad behandling, förbättrade behandlingsresultat eller långtidsresultat.

Tabell 1. Evidensbaserad^a psykoteraeutisk behandling av olika ångestsyndrom enligt en systematisk litteraturoversikt gjord av SBU (3)

Ångestsyndrom	Kognitiv beteendeterapi (KBT)	Avslappning	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	Psykodynamisk psykoterauti ^b
Paniksyndrom	1	3		
Specifik fobi	1			
Social fobi	1			
Tvångssyndrom	1			
Posttraumatiskt stressyndrom	2		2	
Generaliserad ångest	2			

a. Evidensstyrka 1 – starkt vetenskapligt underlag.

Evidensstyrka 2 – måttligt starkt vetenskapligt underlag.

Evidensstyrka 3 – begränsat vetenskapligt underlag.

b. Det finns ingen dokumentation för effekt trots att psykodynamisk psykoterauti varit en mycket använd behandlingsform.

Däremot bedöms det som ytterst angeläget att genomföra en första bedömning med hög tillgänglighet och att tillhandahålla god kontinuitet under hela sjukdomsförloppet.

Inom primärvården rekommenderas diagnostik genom patientcentrerad konsultation, som kan kompletteras med strukturerad informationsinsamling.

Behandling av ångest och oro

Utvecklingen under senare år har gått mot farmakologisk behandling med selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) och psykoteraeutisk behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT).

Ångestsymtom och lindriga tecken på ångestsyndrom

Vid symtom på ångest utan att patienten uppfyller kriterierna för något enskilt ångestsyndrom kan det ofta vara adekvat med s k aktiv expektans (2), dvs snar förnyad kontakt och uppmärksamhet på hur symtomatologin utvecklas.

Vid lindriga ångestsyndrom kan det vara rimligt att diskutera egenvård i form av ökad fysisk aktivitet. Självhjälplitteratur eller textbaserad behandling med eller utan behandlarstöd kan också vara av värde. Textbaserade behandlingsinsatser för depression omfattar självhjälplitteratur och Internetbaserad behandling, exempelvis Internetbaserad KBT. Behandlingen sker via texter. Innehållet i behandlingspro-

grammen utgår ofta från KBT och varar i genomsnitt i 6–10 veckor. Behandlingen kan ges i primärvården eller vid specialiserade enheter. Graden av interaktivitet med en behandlare varierar, men ofta ingår telefonstöd eller kontakt via e-post. Undantaget är de datoriserade programmen som har en viss inbyggd interaktivitet.

Psykoteraeutisk behandling av ångestsyndrom

Ett begränsat antal randomiserade, kontrollerade studier med psykoteraeutisk behandling av ångest har gjorts i primärvårdsmiljö men i de få studier som gjorts har ofta likartade resultat erhållits som vid farmakologisk behandling.

I en systematisk litteraturoversikt fann man att det finns evidens för effekt av KBT vid paniksyndrom, specifika fobier, social fobi, PTSD och GAD (3). Tillgången på kognitiva psykoteraeuter är dock idag begränsad. Det har nu gått några år sedan SBU-rapporten publicerades. Under arbetet med Nationella riktlinjer (2) har dock kontinuerliga uppdateringar gjorts och slutsatserna i SBU-rapporten står sig i allt väsentligt.

KBT är en form av psykologisk behandling som fokuserar på patientens tankar, känslor och beteende från ett inlärningsperspektiv. Inom KBT betonas betydelsen av självhjälp och utvecklande av förmågan att lära sig handskas med sina problem. Datorbaserad KBT innebär att patienten går igenom en be-

handling som är baserad på KBT och som har anpassats till ett datorformat. Ofta finns också en terapeut tillgänglig för att svara på frågor via e-post eller telefonsamtal eller ibland vid korta personliga möten. I en rapport från SBU alert gör man bedömningen att det finns begränsat vetenskapligt stöd för att datorbaserad KBT har gynnsam effekt vid paniksyndrom och vid social fobi (4). Det vetenskapliga underlaget för att värdera effekten vid behandling av tvångssyndrom respektive blandade ångest/depressionstillstånd är däremot otillräckligt.

I de under 2007 publicerade danska rekommendationerna för behandling av ångest slår man fast att det finns dokumentation för effekt av KBT vid alla ångesttillstånd (5). Dokumentationen av KBT gäller dock primärt professionella terapeuter med utbildning i kognitiv beteendeterapi.

Viss evidens finns också för effekt av avslappning vid paniksyndrom. Det finns också visst stöd för sk ögonrörelseterapi (EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing) vid PTSD (3).

Andra studier antyder att psykoterapi inte alltid är gynnsamt. Krisintervention efter större katastrofer kan, enligt en meta-analys, ge sämre långtidsutfall än ingen intervention alls (6).

Stödjande samtal i vidare bemärkelse kan enligt en Cochraneöversikt vara av värde (7). I de aktuella studierna har den psykologiska behandlingen givits av paraprofessionella behandlare med varierande yrkesbakgrund, en del betalda, en del frivilligarbetare.

Läkemedelsbehandling av ångestsyndrom

Det finns idag endast ett fåtal mindre studier från primärvårdsmiljö som kartlagt effekten av läkemedelsbehandling vid ångestsyndrom. Det saknas också studier som har klargjort om kvinnor och män svarar olika på läkemedelsbehandling.

De rekommendationer som finns för farmakologisk behandling av ångestsyndrom idag baseras således till stora delar på studier som gjorts inom psykiatrisk öppen- och slutenvård, där patientklientelet, sjukdomspanoramat och behandlingssituationen oftast är en annan än i primärvården (3).

I SBU:s systematiska litteraturöversikt fann man starkt stöd för effekt av olika

Bensodiazepiner vid ångest

Kortvarig behandling t ex

- vid tillfällig försämring
- när behandling med SSRI initieras
- vid akuta kriser

Långtidsbehandling

Långtidsbehandling är inte lämplig

Risker

Beroende och toleransutveckling

SSRI-preparat vid samtliga ångestsyndrom, förutom specifik fobi (3). Bland de godkända preparaten finns dock en del olikheter vad gäller godkända indikationer (se Terapirekommendationerna, s 1024). För ungdomar gäller t ex att vid behandling av ångestsyndrom med SSRI så är Number Needed to Treat (NNT) 4 medan Number Needed to Harm (NNH) är 143 (8). Vid specifik fobi har farmakologisk behandling testats i begränsad omfattning. Totalt finns 12 studier, 8 med lågt bevisvärde och 4 med medelhögt bevisvärde. Patientmaterialen har omfattat 8–99 patienter/studie. Ett skäl att farmakologisk behandling inte på allvar testats vid specifik fobi kan vara att beteendeterapi har så god effekt med begränsad behandlingsinsats.

Naturläkemedlens effekt på ångestsyndrom är inte kartlagd.

I SBU:s litteraturöversikt fann man stöd för effekt av olika bensodiazepiner vid paniksyndrom, social fobi och generaliserat ångestsyndrom (3). Bensodiazepiner är dock inte indicerade för långtidsbehandling. De kan vara av värde vid försämring, t ex vid GAD eller när behandlingen med SSRI initieras, då man ofta initialt ser en ångestinduktion, se Faktaruta 3. Vid akuta kriser kan behandling med bensodiazepiner till natten vara en förutsättning för att patienten dagtid ska orka ta itu med problemen. Risken med bensodiazepinbehandlingen är beroende- och toleransutveckling. Vid intermitterande behandling tar det längre tid innan beroende och tolerans utvecklas. De olika bensodiazepinpreparaten skiljer sig framför allt beträffande halveringstid och effektduration. Vid ekvipotent dosering är effekten likvärdig för de olika preparaten.

Tabell 2. Evidensbaserad farmakologisk behandling av olika ångestsyndrom enligt en systematisk litteraturoversikt gjord av SBU (3)

Ångestsyndrom	SSRI	Övriga antidepressiva	Buspiron	Hydroxizin	Bensodiazepiner
Paniksyndrom	1	1			1
Specifika fobier					
Social fobi	1	1			3
Tvångssyndrom	1	1			
Posttraumatiskt stressyndrom	1				
Generaliserad ångest	1	1	3	2	1

Det finns också ett visst, om än svagare, vetenskapligt stöd för effekt av buspiron och hydroxizin vid generaliserat ångestsyndrom. En fördel är att dessa läkemedel inte är beroendeframkallande, men den kliniska effekten är ofta otillräcklig.

Det finns också dokumentation för att pregabalin har effekt. I de kontrollerade studier som gjorts och som varat i 4–8 veckor, har dock endast ca 50% av patienterna fått en 50% förbättring. I behandlingsrekommendationer från Läkemedelsverket gör man bedömningen att pregabalin är ett andrahandsmedel, dels pga biverkningsbilden, dels pga att det är relativt nyintroducerat och att det således finns bristande klinisk erfarenhet (9). Det saknas också data på incidens och svårighetsgrad av utsättningssymtom vid längre tids behandling.

Läkemedelsverket har under de senaste åren fått indikationer på att läkemedlet kan missbrukas. I de kontrollerade kliniska studierna som totalt omfattade 5 500 patienter rapporterade 4% av patienterna som stod på Lyrica (pregabalin) "eufori" som en biverkning jämfört med 1% av dem som stod på placebo. I vissa patientpopulationer kunde rapporteringsfrekvensen vara så hög som 12%. De första signalerna till Läkemedelsverket om ett möjligt missbruksproblem med Lyrica kom från kriminalvården. Preparatet var "efterfrågat" och patienterna var ofta påstridiga och krävde höga doser. I Läkemedelsverkets biverkningsregister, SWEDIS, är den första rapporten om missbruk från mars 2008 och fram till mars 2010 hade 13 rapporter identifierats vid sökning med sökorden "beroende", "narkomani", "toleransökning", "tillvänjning" och "abstinensbesvär" (10).

Vid behandling av ångest hos äldre är SSRI förstahandsalternativ och behandlingen bör inledas försiktigt. En låg startdos bör övervägas och rekommenderad maxdos är lägre hos äldre. För t ex citalopram kan detta innebära en startdos om 10 mg/dag och en maxdos om 40 mg/dag¹. Nedsatt lever- och njurfunktion bör leda till extra försiktighet. Bensodiazepiner ger hos äldre mer uttalade biverkningar, framför allt muskelsvaghet, ataxi och koncentrationssvårigheter. Även kognitiva störningar förekommer.

Separationsångest

KBT är effektiv vid behandling av separationsångest och effekten kvarstår vid uppföljningar upp till 2 år. Flera olika SSRI-preparat har också dokumenterad effekt vid separationsångest men indikationen är inte godkänd. Behandling av barn och ungdomar med SSRI innebär också speciella problem, se vidare i avsnittet Behandling av ungdomar med SSRI, s 1026.

Maladaptiv stressreaktion

En lindrig ångest som led i en maladaptiv stressreaktion behandlas troligen bäst med stödjande terapi. Strategier för att lösa och hantera situationen är väsentliga. Detta kräver ofta täta kontakter med sjukvården, men kanske inte alltid med en läkare. Sjuksköterska eller kurator på vårdcentralen eller i omgivningen kan vara väl så lämpligt. Om ångestsymtomen blir svåra eller är mer långdragna än man förväntat sig bör en ny bedömning göras.

1. Sänkt maxdos för citalopram rekommenderas (www.lakemedelsverket.se)

Generaliserat ångestsyndrom

I behandlingsrekommendationerna från Läkemedelsverket rekommenderas SSRI eller SNRI (serotonin-noradrenalinåterupptagshämmare) samt KBT (9). Bensediazepiner rekommenderas inte pga den beroendeframkallande effekten. Buspiron rekommenderas inte pga bristfällig dokumentation. GAD är ofta ett långvarigt, ibland kroniskt tillstånd, varför man får räkna med att läkemedelsbehandlingen kan bli långvarig (2,9,11,12).

Paniksyndrom

SSRI är den bäst tolererade farmakologiska behandlingen vid paniksyndrom. Låg startdos och långsam dosökning minskar risken för initialt, övergående, ångestförstärkning. Dosen kan sedan under 2–3 veckor höjas successivt så att bästa behandlingsresultat nås. För t ex citalopram kan det innebära en initial dosering om 10 mg/dygn. Optimal dosering är 20–30 mg/dygn¹. Vid otillräckligt behandlingssvar kan dosen höjas till maximalt 60 mg/dygn. Måldosen varierar dock från patient till patient och ibland kan det dröja upp till 8 veckor innan man upplever effekt av behandlingen.

Utöver SSRI-preparat (se Terapirekommendationerna, s 1024) har även bensodiazepinen alprazolam godkänd indikation. Man får dock räkna med långa behandlingstider varför toleransutveckling och beroende kan bli problem. Bensodiazepiner kan därför inte rekommenderas för långtidsbehandling av paniksyndrom. Klomipramin, ett klassiskt tricykliskt antidepressivum (TCA), är ett alternativ vid behandling av paniksyndrom och effekt kan ofta nås vid betydligt lägre doser än de som används i depressionsbehandling. Man får dock mer biverkningar, t ex antikolinerga, än vid behandling med SSRI. Det finns visst stöd för att kognitiv psykoterapi ökar följsamheten till farmakologisk behandling (12).

TCA och SSRI anses normalt jämbördigt effektiva på gruppnivå. SSRI tolereras dock betydligt bättre och blir därmed naturligt ett förstahandsalternativ (13). Om patienten inte svarar på behandling med SSRI

kan dock i första hand klomipramin vara ett fullgott andrahandsalternativ.

Vid paniksyndrom blir behandlingsperioderna ofta långa. Patienten bör ha varit fri från symtom i 1 år innan dosen försöksvis långsamt sänks och preparatet eventuellt sätts ut helt.

Social fobi

I de fall den sociala fobin är begränsad till några få situationer, t ex att tala inför publik, kan tillfällig läkemedelsbehandling med betablockerare, t ex 20–40 mg propranolol ca 1 timme före den fruktade situationen, prövas. Oftast är dock inte den sociala fobin så begränsad utan kräver annan handläggning. SSRI-preparaten escitalopram, paroxetin och sertralin har en god dokumentation vid social fobi.

Social fobi är ett kroniskt tillstånd, varför man kan behöva behandla under lång tid.

Även monoaminoxidashämmaren moklobemid är godkänd vid social fobi. Moklobemid ger vanligen mindre sexuella biverkningar än vad SSRI ger.

Specifik fobi

Vid specifik fobi brukar beteendeterapi med systematisk exponering för de fruktade situationerna ge goda resultat och farmakologisk behandling brukar sällan vara indicerad. Tillfällig medicinering med ångstdämpande preparat brukar inte hjälpa även om undantag finns. Man ska dock vara medveten om att ytterst få studier finns där läkemedel testats vid specifik fobi.

Tvångssyndrom

Primär behandling vid tvångssyndrom är ett SSRI-preparat. Citalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin, och sertralin har alla god effekt. För ungdomar gäller t ex att vid behandling med SSRI vid tvångssyndrom är NNT 6 medan NNH är 200 (8). Hos barn och ungdomar är det dock endast sertralin som har godkänd indikation. Vid behandling höjs dosen successivt tills full effekt uppnås, vilket kan ta flera veckor, och effekten kvarstår vid långtidsbehandling. Eventuellt kan man, efter 1 års behandling med full effekt, försöka minska dosen.

Ett behandlingsalternativ är klomipramin, 75–250 mg/dag. Effekten är minst jämförbar med effekten av SSRI-preparaten.

1. Sänkt maxdos för citalopram rekommenderas (www.lakemedelsverket.se)

Terapirekommendationer – Vid behandling av ångestsyndrom ^a		
Sjukdom	Effektiv (Evidensstyrka 1 eller godkänd indikation)	Troligen effektiv (Evidensstyrka 2–3)
Generaliserat ångestsyndrom	<ul style="list-style-type: none"> • SSRI: escitalopram, paroxetin • SNRI: venlafaxin, duloxetin • Pregabalin • KBT 	<ul style="list-style-type: none"> • Buspiron
Paniksyndrom	<ul style="list-style-type: none"> • SSRI: citalopram, escitalopram, paroxetin, sertralin • SNRI: venlafaxin • Klomipramin • KBT 	<ul style="list-style-type: none"> • Tillämpad avslappning • Fysisk aktivitet
Posttraumatiskt stressyndrom	<ul style="list-style-type: none"> • SSRI: paroxetin, sertralin • KBT • EMDR 	
Separationsångest	<ul style="list-style-type: none"> • KBT 	<ul style="list-style-type: none"> • Flera av SSRI-preparaten har dokumenterad effekt men indikationen är inte godkänd. Behandling av barn och ungdomar med SSRI innebär speciella problem.
Social fobi	<ul style="list-style-type: none"> • SSRI: escitalopram, paroxetin, sertralin • SNRI: venlafaxin • Moklobemid • KBT 	
Specifik fobi	<ul style="list-style-type: none"> • KBT 	
Tvångssyndrom	<ul style="list-style-type: none"> • SSRI: citalopram, escitalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin, sertralin (fr o m 6 års ålder) • Klomipramin • KBT 	

a. Rekommendationerna är baserade på de läkemedel som har godkänd indikation vid olika ångestsyndrom samt de psykoterapier som det finns evidens för enligt SBU (3) eller enligt de uppdateringar som gjorts inför Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (2).

Tyvär är biverkningarna ofta påtagliga, varför användningen i praktiken blir begränsad (9,14).

Posttraumatiskt stressyndrom

Vid långdragna posttraumatiska stressyndrom är SSRI av värde. Såväl sertralin som paroxetin är godkända för behandling av PTSD. Behandlingen reducerar förekomsten av "flashbacks" och undvikande, och behandlingsresultatet tycks vara oberoende av genesen till traumat (9,15).

Den rekommenderade dosen för paroxetin är 20 mg/dag och för sertralin 25 mg/dag, vilken efter 1 vecka kan höjas till 50 mg/dag. Vid otillräcklig effekt kan dosen av sertralin ökas med 50 mg/vecka till maxdosen 200 mg/dag. Om behandlingssvaret med paroxetin är otillräckligt kan vissa patienter

ha nytta av gradvis dosökning i steg om 10 mg till maximalt 50 mg/dag. Bensodiazepiner ska användas med försiktighet vid kort-tidsterapi och inte alls som långtidsterapi.

Utvärdering av behandlingseffekten

Då behandlingen inleds kan patienten uppleva initial försämring, bl a inkluderande ökad ångest, till följd av preparatets verkningsprofil. Det är därför viktigt att börja med en låg dos och samtidigt informera patienten om denna risk, se Faktaruta 5, s 1025. Detta problem är dock avsevärt mindre med moderna SSRI än vid behandling med TCA.

Det kan ur behandlingssynpunkt vara gynnsamt att efter ett par dagar till en vecka ha telefonkontakt med patienten för att göra en uppföljning. Detta blir en trygg-

Ökad risk för andra sjukdomar vid ångest- och paniksyndrom

Ångestsyndrom

Patienter med ångestsyndrom har en betydande överdödlighet och en ökad risk för att utveckla somatiska sjukdomar som

- cerebrovaskulära sjukdomar
- aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom
- hypertoni
- gastrointestinal sjukdom
- luftvägssjukdomar

Paniksyndrom

Patienter med paniksyndrom har

- 10 gånger ökad överdödlighet i infektionssjukdomar
- 7–8 gånger ökad dödlighet i självmord
- 2 gånger ökad dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar

het för patienten. Efter 2–4 veckors behandling kan det vara lämpligt med ett återbesök. Patienten brukar då kunna känna att ångestbesvären börjar minska och upplever sig ofta som säkrare.

Efter 3 månaders behandling kan full effekt av behandlingen ses. Om patienten inte upplever förbättring kan det vara aktuellt att justera medicineringen genom att ändra dosen eller byta preparat och/eller konsultera psykiater.

Det finns idag dålig kunskap om i vilken ordning olika preparat skall prövas och hur många som blir bättre efter byte av preparat. Vid behandling med SSRI har koncentrationsbestämning i plasma främst betydelse för att kontrollera följsamheten.

Läkemedelsbehandlingens längd

Det kan vara av värde att initialt använda den diagnostiska skalan Prime MD (Primary care evaluation of mental disorders) som är speciellt utvärderad för primärvården. Behandlingseffekten kan följas via läkarskattningar och självskattningar av ångestsyndromen. De skattningsskalor för ångestsyndrom som finns, t ex "Klinisk ångestskala" (Clinical Anxiety Scale, CAS) eller "Psykiatrisk egenbedömning" som bygger på ångest-item ur CPRS (The Comprehensive Psychopathological Rating Scale), är dock inte lika väl etablerade som t ex Montgomery-Åsbergs De-

Läkemedelsbehandling av ångest-syndrom

Inledande av behandling

- Börja med en låg dos
- Informera patienten om den förväntade effekten
- Informera patienten om biverkningar

Uppföljning

- Efter några dagar till en vecka bör telefonuppföljning ske
- Efter 2–4 veckor börjar ångestbesvären minska och ett återbesök är lämpligt
- Efter 3 månader ska full effekt av behandlingen ses. Om så inte är fallet, ändra dosen eller byt preparat och/eller konsultera psykiater.

Behandlingstidens längd

Oftast långa behandlingstider (år).

Avslutande av behandlingen

Sänk dosen gradvis för att undvika utsättningsymtom.

pressionsskattningsskala (MADRS) är vid depressionsbehandling.

Ångestsyndromen har ett kroniskt, ibland fluktuerande förlopp och förbättring, men inte bot, är därför ett realistiskt behandlingsmål. Behandlingstiderna blir ofta långa. Om tillståndet stabiliserats kan det vara indicerat att reducera dosen försiktigt, men om symtomen återkommer bör dosen snabbt höjas igen.

Uppföljningar efter 1 år har visat att SSRI tycks ge ökad effekt över tid. Det är inte givet att alla SSRI har likvärdiga effekter vid de olika ångestsyndromen. Det kan därför vara klokt att använda sig av ett läkemedel som har dokumenterad effekt och är godkänt vid aktuell indikation.

Vid avslutande av behandlingen kan det i vissa fall vara av värde att successivt sänka dosen. Det finns dock inga specifika riktlinjer för hur detta bäst kan ske.

Biverkningar

Under de första dagarna med SSRI-behandling är illamående och diarré vanliga biverkningar. Med en låg initial dos brukar illamåendet bli mindre uttalat. Symtomen klingar oftast av inom 2 veckor. Biverkningar i form av huvudvärk, svettningar, tre-

mor, sömnstörningar och sexuella störningar kvarstår ofta under behandlingen.

De sexuella biverkningarna inkluderar nedsatt libido och ejakulations-/orgasmsvårigheter. Vid långtidsbehandling är de sexuella biverkningarna ett problem. Eftersom de är dosberoende kan man ofta reducera problemen genom att välja lägsta möjliga dos vid långtidsbehandling.

Antikolinerga biverkningar som muntorrhet, miktionsbesvär och ackommodationsstörningar förekommer hos alla SSRI, men är mest uttalade för paroxetin. Biverkningsfrekvensen är beroende av vilka doser som används.

För mokolobemid är illamående, diarré, yrsel, huvudvärk och sömnstörningar de vanligaste rapporterade biverkningarna. Mokolobemid ger mindre sexuella biverkningar än SSRI-preparaten.

Vid behandling med venlafaxin är illamående, huvudvärk och sömnbesvär de vanligaste biverkningarna.

Vid behandling med både SSRI och SNRI förekommer hyponatremi som kan ge diffusa symtom som trötthet speciellt hos äldre, somatiskt sjuka och vid samtidig behandling med diuretika. Ökad blödningsbenägenhet har också rapporterats vilket bör beaktas vid samtidig behandling med andra läkemedel som ger ökad risk för blödningar, t ex NSAID. Både SSRI och SNRI är också kramptröskelsänkande vilket bör beaktas om patienten har anamnes på krampsjukdom. Osteoporos med ökad risk för frakturer har diskuterats som biverkning till SSRI-behandling hos äldre. Även depression ger dock i sig självt ökad risk för osteoporos och frakturer varför sambanden många gånger är svårbedömda.

Utsättning av antidepressiva läkemedel

Utsättningssymtom förknippas ofta med SSRI-preparaten, men man har även tidigare vetat att också tricykliska antidepressiva kan ge upphov till symtom vid alltför snabbt avbrytande av medicineringen. Utsättningssymtomen tycks dock vara mer påtagliga vid behandling med SSRI eller SNRI och beror på att medlen utövar en kraftfull effekt på serotonerga bansystem.

Utsättningssymtomen kan likna de initiala biverkningarna, men kan också bestå

av mer diffusa symtom, t ex allmän sjukdomskänsla eller yrsel. Att snabb utsättning av antidepressiva läkemedel leder till utsättningssymtom innebär dock inte att dessa läkemedel är beroendeframkallande och klassiska tecken på beroende såsom dosökning, ruseffekter m m förekommer inte. Det är vanligt att alla läkemedel som påverkar fysiologiska funktioner via hämning eller förstärkning av signalöverföringen i CNS kan utlösa kompensatoriska mekanismer och ge fysiologisk obalans om effekten plötsligt upphör. Detta brukar kalla rebound-effekt.

Ett välkänt exempel är den överkänslighet för betaadrenerga substanser som uppträder vid plötslig utsättning av långvarig behandling med betablockerare.

Man bör även ha i åtanke att patienter med bristande behandlingsföljsamhet ofta glömmar sina mediciner och de kan då få upprepade perioder med utsättningssymtom under pågående läkemedelsbehandling. Detta förekommer inte minst bland ungdomar.

Kontakt med psykiater

De flesta patienter med ångestsyndrom behandlas idag inom primärvården. Remiss till psykiater kan bli aktuell vid suicidrisk. Det kan också vara aktuellt med psykiaterremiss om patienten utvecklar beroende, om ångestsyndromet är sekundärt till ett missbruk, om patienten vid normal dosering har oväntat svåra biverkningar eller vid bristande följsamhet.

Vid ångestsyndrom är det vanligt med andra sjukdomar, t ex depression och demens, där läkemedelsbehandling också kan vara aktuell, se vidare i kapitlen Demens, s 1079 och Förstämningssyndrom, s 1030.

Behandling av ungdomar med SSRI

Endast ett SSRI-preparat är f n godkänt för behandling av barn och ungdomar med tvångssyndrom (sertralinn från och med 6 års ålder). Under senare år har dock säkerheten vid behandling av barn och ungdomar med SSRI diskuterats. Extrapolering av effekt- och säkerhetsdata från vuxna kan endast göras i begränsad omfattning, utom möjligen då det gäller äldre tonåringar. Den kunskap som trots detta finns rörande ef-

fekt och säkerhet av antidepressiva läkemedel hos barn bygger huvudsakligen på ett begränsat antal korttidsstudier.

I Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer för depression hos barn och ungdomar framhålls att djurstudier, liksom fallrapporter, tyder på att behandling med SSRI-preparat kan hämma längdtillväxt, skelettoppbyggnad och sexuell utveckling (16). Före och under behandling bör tillväxt och pubertetsutveckling därför registreras.

Vidare har en ökad förekomst av självmordsbeteende och självdestruktivt beteende rapporterats. I de placebokontrollerade studierna har dock inga fullbordade självmord rapporterats. Hos barn före puberteten rapporteras i stället aggression, fientlighet och utagerande beteende som biverkningar. Behandling av barn och ungdomar med SSRI kräver därför specialkunskaper och skärpt övervakning.

I de fall läkemedelsbehandling efter noggrant övervägande blir aktuell, rekommenderas att den unge patienten och föräldrarna informeras om vilka effekter och biverkningar som noterats i de kliniska studierna. Föräldrarna har en viktig roll att fylla under behandlingen, bl a genom att hjälpa till med medicineringen och genom att vara observanta på eventuella biverkningar.

Behandling med SSRI under graviditet

Följderna av obehandlade ängesttillstånd hos en gravid kvinna måste ställas mot eventuella ogynnsamma läkemedelseffekter hos fostret. Behandlingen måste därför alltid diskuteras med kvinnan.

I Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer om farmakoterapi vid unipolär depression hos vuxna och äldre framhålls att behandling med antidepressiva läkemedel under graviditet inte ökar risken för missbildningar hos barnet (17). Under 2010 har EMAs europeiska arbetsgrupp för farmakovigilans (PhVWP) utrett risken pulmonell hypertension samt hjärt-kärlmissbildningar hos barnet när modern behandlats med SSRI. För pulmonell hypertension bedöms risken vara mycket låg, om något ökad, dvs cirka 5 fall på 1 000 födselar mot 1–2 fall på 1 000 födselar i en normalpopulation (månadsrapport från CHMP och

Patientföreningar

Föreningen för patienter med tvångssyndrom
 Föreningen Ananke
 Maria Prästgårdsgata 27
 118 52 Stockholm
 tfn 08-628 30 30
 www.ocdforbundet.se/

Svenska ängestsyndromsällskapet
 Stockby hantverksby 10
 181 75 Lidingö
 tfn 08-650 70 79
 www.angestsyndrom.com

PhVWP – Läkemedelsverket – 2010-04-01, www.lakemedelsverket.se).

Även när det gäller hjärt-kärlmissbildningar förefaller risken vara låg, om något ökad. Data tyder på att risken att få ett barn med hjärt-kärlmissbildning efter användning av fluoxetin under första trimestern är 2 på 100 graviditeter vilket ska jämföras med 1 på 100 graviditeter i en normalpopulation (månadsrapport från CHMP och PhVWP – Läkemedelsverket – 2010-03-05, www.lakemedelsverket.se).

För många av de nya medlemmen är dock dokumentationen begränsad. Bland SSRI-preparaten är avsaknad av teratogenicitet bäst dokumenterad för fluoxetin beroende på att fluoxetin har så lång halveringstid att det varit omöjligt att sätta ut preparatet vid oplanerad graviditet. Det är därför relativt många kvinnor som använt fluoxetin under graviditet. Fortfarande är dock kunskapen för begränsad för att säkra rekommendationer om preparatval vid graviditet ska kunna ges. Det finns numera inget skäl till att föredra tricykliska antidepressiva före SSRI hos gravida kvinnor.

Behandling under den senare delen av graviditeten kan medföra kortvarig (1–2 veckor) adaptionsstörning, t ex irritabilitet, skrikighet och sömnproblem hos det nyfödda barnet. Trots detta rekommenderas inte utsättning av läkemedlet inför förlossningen. Inga ogynnsamma långtidseffekter på barnet har påvisats, men dokumentationen är bristfällig. Se även kapitlet Sjukdomar och läkemedel under graviditet och amning, s 491.

Behandling med SSRI efter förlossning och under amning

I Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer framhålls att den positiva effekten av amning i allmänhet bedöms vara större än den ringa risken för barnet vid antidepressiv behandling av modern (17). Även i denna situation är det dock viktigt att riskbedömningen sker i samråd med kvinnan. Mot bakgrund av mer omfattande klinisk erfarenhet rekommenderas SSRI i första hand.

Paroxetin och sertralin utsöndras i modersmjölk i mindre grad än övriga medel inom denna grupp. Den kliniska relevansen av dessa skillnader är dock oklar. Se även kapitlet Sjukdomar och läkemedel under graviditet och amning, s 491.

Referenser

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593–602.
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen, 2010. www.socialstyrelsen.se
3. SBU. Behandling av ångestsyndrom. SBU rapport 171/1+2 2005. www.sbu.se
4. Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression. SBU rapport nr 2007-03. www.sbu.se/alert
5. Sundhetsstyrelsen Referenceprogram för angstlidelser hos voksne. Köpenhamn: Sundhetsstyrelsen, 2007. www.sst.dk
6. Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. CD 000560.
7. den Boer PCAM, Wiersma D, Russo S, van den Bosch RJ. Paraprofessionals for anxiety and depressive disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. CD004688.
8. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*. 2007;297:1683–96.
9. Läkemedelsverket. Farmakoterapi vid ångest – Behandlingsrekommendation Information från Läkemedelsverket. 2006:4. www.lakemedelsverket.se
10. Lyrica – ska vi oroa oss för missbruk. Information från Läkemedelsverket. 2010:3. s 6–7. www.lakemedelsverket.se
11. Kapczinski F, LimaMS, Souza JS, Cunha A, Schmitt R. Antidepressants for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. CD003592.
12. National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guidelines for the Management of Anxiety. Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. McIntosh A, Cohen A, Turnbull N, Esmonde L, Dennis P, et al (2004). Sheffield: University of Sheffield/London: National Collaborating Centre for Primary Care. (NICE-ANX).
13. Zohar J, Westenberg HG. Anxiety disorders: a review of tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2000;403:39–49.
14. National Institute for Clinical Excellence. Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. National Clinical Practice Guideline Number 31. British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists. 2006. ISBN 978-1-85433-430-5. (NICE- OCD).
15. National Institute for Clinical Excellence: Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 26. London: Royal College of Psychiatrists and the British Psychological Society. 2005. ISBN 978-1-904671-25-1. (NICE-PTSD).
16. Läkemedelsverket. Farmakoterapi vid depression hos barn och unga – Behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2005:5. www.lakemedelsverket.se
17. Läkemedelsverket. Farmakoterapi vid unipolär depression hos vuxna och äldre – Behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2004:5. www.lakemedelsverket.se

För vidare läsning

18. Ottosson J-O, Ottosson H, Ottosson M, Åsgård U. Akut psykiatri. 4:e uppl. Liber. 2010. ISBN: 9789147094158
19. Ottosson J-O. Psykiatri bok med eLab. 7:e uppl. Liber. 2010. ISBN: 9789147093175

Preparat¹

Antidepressiva medel

Icke-selektiva monoaminoåterupptagshämmare

Klomipramin

- Anafranil** Novartis, injektionsvätska 12,5 mg/ml, tabletter 10 mg, 25 mg
- Anafranil Retard** Novartis, depottabletter 75 mg
- Klomipramin Mylan** Mylan, tabletter 10 mg, 25 mg

Selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI)

Citalopram

- Cipramil** Lundbeck, tabletter 10 mg, 20 mg, 30 mg
- Citalopram** Flera fabrikat, tabletter 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg

Escitalopram

- Cipralext** Lundbeck, orala droppar 20 mg/ml, tabletter 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg

Fluoxetin

- Fluoxetin** Flera fabrikat, kapslar 20 mg, lösliga tabletter 10 mg, 20 mg
- Fontex** Lilly, dispergerbara tabletter 20 mg, oral lösning 4 mg/ml

Fluvoxamin

- Fevarin** Abbott Products, tabletter 50 mg, 100 mg

Paroxetin

- Arketis** Medartuum Medical, tabletter 20 mg
- Paroxetin** Flera fabrikat, tabletter 10 mg, 20 mg, 40 mg
- Paroxiflex** STADApharm, tabletter 20 mg
- Seroxat** GlaxoSmithKline, oral suspension 2 mg/ml, tabletter 20 mg

Sertralin

- Sertralin** Flera fabrikat, tabletter 50 mg, 100 mg
- Zoloft** Pfizer, koncentrat till oral lösning 20 mg/ml, tabletter 25 mg, 50 mg, 100 mg

MAO-A-hämmare, selektiva typ A-hämmare

Moklobemid

- Aurorix** Meda, tabletter 150 mg, 300 mg
- Moclobemid** Actavis, tabletter 150 mg, 300 mg

Serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI)

Venlafaxin

- Efexor Depot** Pfizer, depotkapslar 37,5 mg, 75 mg, 150 mg
- Venlafaxin** Flera fabrikat, depotkapslar 37,5 mg, 75 mg, 150 mg, depottabletter 75 mg, 150 mg, 225 mg, tabletter 75 mg

Duloxetin

- Cymbalta** Lilly, enterokapslar 30 mg, 60 mg

Lugnande medel

Bensodiazepinderivat

Alprazolam

- Alprazolam** Flera fabrikat, depottabletter 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, tabletter 0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg
- Xanor** Pfizer, tabletter 0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg, 2 mg
- Xanor Depot** Pfizer, depottabletter 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg

Diazepam

- Diazepam Desitin** Desitin, rektallösning 5 mg, 10 mg
- Stesolid** Actavis, rektallösning 5 mg, 10 mg, suppositorier 5 mg, 10 mg, tabletter 2 mg, 5 mg, 10 mg
- Stesolid Novum** Actavis, injektionsvätska 5 mg/ml
- Stesolid Rektal Prefill** Actavis, rektallösning 5 mg/ml

Lorazepam

- Temesta** Pfizer, tabletter 1 mg

Oxazepam

- Oxascand** Teva, tabletter 5 mg, 10 mg, 15 mg, 25 mg
- Sobril** Pfizer, tabletter 5 mg, 10 mg, 15 mg, 25 mg

Serotoninreceptor(5HT_{1A})-agonist

Buspiron

- Buspiron** Flera fabrikat, tabletter 5 mg, 10 mg

Antiepileptika

Pregabalin

- LYRICA** Pfizer, kapslar 25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg, 150 mg, 225 mg, 300 mg

Övriga läkemedel

Betablockerare

- Se kapitlet Hypertoni, s 353.

Hydroxizin

- Atarax** UCB Nordic, oral lösning 2 mg/ml, tabletter 10 mg, 25 mg

1. Aktuell information om parallellimporterade läkemedel och generika kan fås via apotek. För information om miljömärkning, se kapitlet Läkemedel i miljön, s 1182, samt www.janusinfo.org