

Ångeststörningar hos barn och ungdomar – hjälp finns att få

EVA SERLACHIUS, med dr, institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet; barn- och ungdomspsykiater, Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting

eva.serlachius@ki.se

ULRIKA THULIN, PhD, institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet; leg psykolog, leg psykoterapeut, Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting

GERHARD ANDERSSON, profes-

sor, leg psykolog, leg psykoterapeut, Linköpings universitet, Linköping

SARAH VIGERLAND, doktorand, institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet; leg psykolog, Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting

TORD IVARSSON, docent, Göteborgs universitet och Drottning Silvias barnsjukhus, Göteborg; forskare R-BUP Øst og Sør, Oslo, Norge

Epidemiologiska studier tyder på att cirka 5–10 procent av alla barn och ungdomar har någon form av ångeststörning, vilket innebär att det är en av de vanligaste psykiska störningarna hos barn och ungdomar [1]. Obehandlade ångeststörningar har ett relativt kroniskt förlopp och i studier på vuxna har man funnit att ångeststörningar ofta debuterat i barn- eller ungdomsåren [2]. Man har vidare funnit att symptom kan ha förekommit långt innan diagnos fastställs. Tidig upptäckt och behandling är därför nödvändig för att minska lidande, höja funktionsnivån och minska vårdkostnaderna. Kognitiv beteendeterapi (KBT) har i ett stort antal studier visat sig vara en effektiv behandling för ångeststörningar hos både vuxna, barn och ungdomar. Trots detta får majoriteten av barn och ungdomar med ångeststörningar inte evidensbaserad behandling och bristen på personal med adekvat KBT-utbildning är uppenbar i många delar av landet [3].

Kännetecknen för ångeststörningar hos barn och ungdomar

Rädsla och ångest är allmänmänskliga fenomen och utgör i normalfallet en reaktion på ett upplevt hot. Vid ångeststörningar gäller att reaktionen på det upplevda hotet ska vara överdriven eller orealistisk. Med ångeststörning avses att flera symptom förekommer samtidigt, på ett specifikt sätt och med viss varaktighet. Ångesten är så pass svår att den leder till lidande och/eller stora inskränkningar i individens dagliga liv eller till andra funktionsnedsättningar.

Till ångeststörningar hos barn och ungdomar hör, förutom de som förekommer hos vuxna, även separationsångest [1]. Symtomen är som regel lika dem hos vuxna, framför allt hos äldre barn och tonåringar, men de kan också ta sig andra uttryck såsom gråt och utbrott. Många barn och ungdomar skäms för sina svårigheter och berättar inte för omgivningen om sina problem, vilket leder till att de lider i det tysta utan att få hjälp.

Samsjuklighet i form av nedstämdhet, ilska, självskadebeteende eller missbruk är vanligt förekommande och är ofta

»En grundlig barnpsykiatrisk anamnes är en förutsättning för diagnostiken av ångeststörningar hos barn och ungdomar.«

det som leder till vårdkontakt, men vid kartläggning framkommer en primär ångeststörning. Att ha en ångeststörning kan leda till en rad negativa konsekvenser där skolvägran är en av de svåraste. Framför allt separationsångest, överdriven ängslighet och social fobi kan leda till att barnet får svårt att ta sig till eller vara i skolan. Det är inte ovanligt att familjen påverkas av och anpassar sig till barnets ångeststörning. Föräldrar och andra i det ångestfyllda barnets omgivning försöker ofta underlätta genom att hjälpa barnet att undvika det som är ångestskapande. På så sätt kan hela nätverket kring barnet bli indraget i ångestsymtomatologin. Detta görs i all välmening men bidrar på lång sikt till att ångesten och rådslan vidmakthålls och kan innebära både en praktisk och emotionell belastning för hela familjen.

De flesta psykiatriska diagnoser åtföljs av ångest, men då är ångesten del av ett annat syndrom. Vid exempelvis depression är ångest en följd av nedstämdhet och negativa tankar om en själv och framtiden. Vid ADHD kan ångest uppstå på grund av att man blir överbelastad kognitivt, och vid autism på grund av att man inte förstår samspelet i vardagen.

De olika ångeststörningarna

Separationsångest. Separationsångest karaktäriseras av en för utvecklingsnivån avvikande och överdriven ängslan för att skiljas från föräldrar eller andra närstående, något som speglar hur beroende barn är av föräldrarna för sin överlevnad. Tillståndet debuterar vanligen i förskoleåldern; det är ovanligare med debut i tonåren [1]. Barn med separationsångest uppvisar ofta somatiska symptom, särskilt när de känner hot om att föräldrarna reser bort etc. Barn med dessa besvär brukar inte kunna sova borta från hemmet även om de skulle vilja.

Ångesten kan leda till att barnet vägrar lämna föräldrarna och därmed också vägrar gå till skolan. Tre fjärdedelar av barn med separationsångest uppvisar även skolvägran [4]. När separationsångest debuterar akut är det inte ovanligt att det sker i samband med skolstart eller byte av skola. En längre tids skoluppehåll kan göra att besvär av separationsångest återkommer eller förvärras.

Social fobi. Social fobi, också benämnd social ångeststörning, kännetecknas av en uttalad rädsla för att dra till sig and-

SAMMANFATTAT

Uppskattningsvis har cirka 5–10 procent av alla barn och ungdomar någon form av ångeststörning, vilket innebär att det är en av de vanligaste psykiska störningarna hos barn och ungdomar. Ångeststörningar debuterar ofta i barn- eller ungdomsåren och har ett relativt kroniskt förlopp om de förblir obehandlade.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) och antidepressiva läkemedel har i studier visat sig vara effektiv behandling, och KBT rekommenderas i första hand. Även om vi i dag har evidensbaserad behandling för barn och ungdomar med ångeststörningar finns stora kunskapsluckor, och behovet av behandlingsstudier är stort.

ras uppmärksamhet och då visa reaktioner som blir generande eller förödmjukande. Detta leder ofta till undvikande som begränsar möjligheten att fungera i skola/arbete och i samband med andra sociala aktiviteter. Vanliga följder av social fobi som kommer i tonåren och senare är depression och alkoholmissbruk. Social fobi kan debutera under barndomen men har en ökad förekomst under tonåren [1].

Specifik fobi. Specifik fobi innebär irrationell rädsla för en enda typ av situation eller företeelse som till exempel flygresa, blod eller instängda platser. Rädslorna handlar ofta om olika »naturligt« förekommande faror som höjder, mörker och djur. Specifik fobi är en av de vanligaste ångeststörningarna hos barn och ungdomar och debuterar oftast under barndomen [1].

Tvångssyndrom. Tvångssyndrom kännetecknas av tvångstankar (påträngande och ångestskapande tankar) och tvångshandlingar. Vissa karaktäristiska tvångssymtom är lättare att uppmärksamma än andra (till exempel bacillskräck och tvätttvång).

Många tvångssymtom är skambelagda. Barnen döljer dem därför för omgivningen, vilket gör dem svåra att uppfatta (till exempel sexuella tvångstankar eller tvångstankar om att skada). Symtomen kan visa sig som nedstämdhet, vredesutbrott eller annan ängslighet, men kan också innebära att barnet kommer för sent till skolan på grund av ritualer, eller att de ofta begär lugnande försäkringar (om att inget dåligt ska hända).

Tillståndet kan debutera redan före puberteten och blir sedan allt vanligare med stigande ålder. Den genomsnittliga debutåldern är cirka 11 år [5], och den genomsnittliga prevalensen är 0,5 procent under uppväxten [6].

GAD. Generaliserat ångestsyndrom (GAD)/överdriven ängslighet framträder i flera situationer som exempelvis i socialt umgänge med jämnåriga, ängslan över prestationer och ängslan över ens egen och andras hälsa. Hos barn dominerar GAD av en malande oro och ängslan med kroppsliga obehag som muskelspänning, svettningar, orolig mage och störd nattsömn. Vuxna patienter med GAD har ofta varit ängsliga sedan tidiga barnår.

Paniksyndrom. Paniksyndrom med eller utan agorafobi innefattar bland annat återkommande panikattacker som utvecklas plötsligt och oväntat och ofta upplevs som oerhört skrämmande. Agorafobi betecknar att patienten undviker platser och situationer i rädsla för att få nya panikattacker. Paniksyndrom debuterar mot slutet av tonårsperioden eller senare, och är ovanligt hos yngre barn [1].

PTSD. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) kan uppkomma efter extremt svåra livshotande eller starkt integritetskränkande upplevelser (katastrofer, olyckor, tortyr med mera) och utmärks av plötsliga, intensiva minnesbilder av traumat, olika undvikande beteenden, sömnrubbingar, mardrömmar, känslomässig avtrubning och kronisk anspänning.

Sambandet mellan duration och typ av traumaexponering och risken för att barn och ungdomar utvecklar PTSD är oklart. Av de 275 ungdomar som överlevde diskoteksbranden i

Göteborg uppfyllde till exempel 25 procent DSM-IV-kriterierna för PTSD 18 månader efter branden [1]. I medeltal beräknas att cirka 36 procent av de barn som utsatts för traumatisering kommer att utveckla PTSD [1].

Samsjuklighet bör uppmärksammas

Det är viktigt att uppmärksamma att barn och ungdomar med ångeststörning samtidigt kan ha andra psykiatriska tillstånd, exempelvis depression, ADHD, autismspektrumtillstånd, trotssyndrom och missbruk [1]. Liksom hos vuxna finns det en betydande samsjuklighet med andra ångeststörningar, som också kan »byta av varandra« [7]. Av barn och ungdomar med ångestproblematik har ungefär 60 procent mer än en ångeststörning [8], vilket innebär att överlappningar är regel snarare än undantag. Denna samsjuklighet innebär även en diagnostisk utmaning då ett problem kan »skymma sikten« för ett annat, mindre synligt problem.

Systematisk bedömning till hjälp för behandlaren

En grundlig barnpsykiatrisk anamnes är en förutsättning för diagnostiken av ångeststörningar hos barn och ungdomar. Systematisk bedömning med stöd av strukturerade diagnostiska intervjuer och skattningsskalor för symtom och funktionsnivåer kan hjälpa behandlaren att beskriva diagnoser, symtom och funktionsnivå på ett mera standardiserat och likvärdigt sätt och ökar chansen att samsjuklighet inte missas. Bedömning av barnets funktionsförmåga är viktig för val av insats och utvärdering av resultat. Bedömning bör därför göras av om barnet exempelvis kan leka, klara skolan och fungera i sociala sammanhang.

Vid ångestproblematik kan det vara låg överensstämmelse mellan barnets och föräldrarnas rapportering av symtom. Barnet rapporterar ofta fler symtom än vad föräldrarna gör [9]. Vid utredning av eventuell ångeststörning hos barn rekommenderas därför att information hämtas från flera olika källor: barnet, föräldrarna och skolan [10].

Anamnesen bör omfatta medicinsk och psykiatrisk sjukhistoria, utveckling, ärftlighet, alkohol- och drogbruk, nuvarande livssituation, sociala relationer och färdigheter, eventuell livsleda, risk- och skyddsfaktorer. Generella skydds- och riskfaktorer är desamma som för övrig barn- och ungdomspsykiatrisk problematik. Hit hör exempelvis begåvning, föräldraförmåga och nätverk.

Behandling av ångeststörningen

Behandling av barnets ångeststörning inleds först efter en noggrann diagnostik och kartläggning som visat att ångeststörningen är den primära diagnosen. Om annan primär diagnos framkommer, såsom depression eller ADHD, bör den behandlas först.

Inför och vid behandling av ångeststörningen bör barnet och föräldrarna informeras om störningen, hur den kan uppkomma och vad det är som gör att den inte går över av sig själv. För att normalisera ångeststörningen och inge hopp om en möjlig förbättring bör de även få information om att många andra människor lider av ångeststörningar, och att det finns effektiv behandling för problemen.

Psykologisk behandling. Evidensbaserade psykologiska behandlingsmetoder för ångestsyndrom hos barn och ungdomar är för närvarande olika former av KBT [11, 12]. KBT bygger på en inlärningspsykologisk och kognitiv grund, och ett gemensamt mål för de olika interventionerna vid ångestproblematik är att ge barnet möjlighet att lära sig att det hon eller han är rädd för inte är farligt, eller inte kommer att hända.

»Vid ångestproblematik kan det vara låg överensstämmelse mellan barnets och föräldrarnas rapportering av symtom.«

Vid ångestsyndrom vidmakthålls rädslan, oron och ångesten genom att barnet flyr, undviker eller tar till beteenden som syftar till att avvärja en tänkt katastrof, vilket snarare förvärrar situationen, och/eller ritualer som vid tvångssyndrom. I behandlingen skapas förutsättningar för barnet att närma sig det hon eller han är rädd för och stanna kvar i det eventuella obehag som det ger upphov till för att få erfara att rädslan och ångesten klingar av och att det fruktade inte händer. På så sätt sker både en emotionell och en kognitiv nyinläring.

Det är viktigt att interventionen (exponeringen) sker på ett gradvis och kontrollerat sätt, att den görs upprepade gånger och utan att barnet känner sig tvingat. Vid stark och generaliserad oro kan olika strategier för att begränsa oron vara nödvändiga, som till exempel att tillämpa schemalagd tid för oro och hantera frågor som barnet ställer till föräldrarna för att få lugnande svar. Vid tvångssyndrom behöver man särskilt beakta ritualernas neutraliserande funktion, varför man både behöver arbeta med exponering och med responsprevention, det vill säga att barnet avstår från sina ritualer samtidigt som ångesten väcks och klingar av.

Vid framträdande somatiska symtom som mag- och huvudvärk kan tillämpad avslappning, kontrollerad andning och medveten närvaro tillämpas. Dessa interventioner kan med fördel användas även vid oro inför exponering och andra utmaningar. Behandlingsmetoderna är i huvudsak desamma som för vuxna med samma störning, men är anpassade till barnets utvecklingsnivå. Till exempel används förenklade förklaringsmodeller med illustrerande bilder och övningar.

Evidensen för behandling med andra psykoteraformer vid ångeststörningar hos barn och ungdomar är betydligt mindre omfattande än för KBT [12].

Föräldramedverkan. Det är viktigt att barnets föräldrar informeras tydligt om behandlingens innehåll och på vilket sätt de kan hjälpa sitt barn. Det är inte ovanligt att föräldrar i all välmening hjälper sitt barn att undvika och fly det som upplevs som obehagligt, vilket bidrar till att ångeststörningen vidmakthålls. Föräldrarna behöver informeras om hur de kan bemöta sitt barn vid ångestreaktioner och hur de kan agera för att inte vidmakthålla barnets problem.

Ju yngre barnet är, desto viktigare är föräldramedverkan både för informationsinhämtning och för administrering av hemuppgifter och behandlingsinterventioner. Även för äldre barn kan föräldrarna behöva medverka. Till exempel kan de behöva underlätta utförandet av hemuppgifter mellan terapi-sessionerna. Däremot finns det i dagsläget ingen forskning som visar på bättre effekt om föräldrarna aktivt är med under hela sessionerna.

Motivationsarbete. Barn och ungdomar ser inte alltid behovet av att arbeta med sina problem utan det är ofta föräldrar eller andra i barnets omgivning som tar initiativ till att söka hjälp. Barn och ungdomar har ibland svårt att motivera sig till att göra saker som på kort sikt är svåra och utmanande och vill hellre att omgivningen ska hjälpa dem eller anpassa sig efter deras problem. Det kan därför vara nödvändigt att inleda med motivationsarbete för att få dem att se vad de kan vinna på att få hjälp. Ett annat sätt är att arbeta med olika former av belöningsystem som får fungera som ställföreträdande motivation till dess nya beteenden blir självförstärkande.

»KBT rekommenderas som förstahandsalternativ vid behandling av ångeststörningar hos barn och ungdomar [3].«

»Läkemedelsbehandling vid ångeststörningar hos barn och ungdomar bör initieras av specialist i barn- och ungdomspsykiatri.«

Läkemedelsbehandling. SBU har i en litteraturoversikt visat att behandling med klomipramin, sertralin, fluoxetin, paroxetin och fluvoxamin lindrar symtomen vid tvångssyndrom hos barn och ungdomar. Stödet för fluvoxamin och paroxetin var något svagare [13]. Senare studier stärker ytterligare stödet för sertralin [14, 15]. Enbart sertralin och fluvoxamin är godkända på indikationen tvångssyndrom för barn och ungdomar i åldrarna 6–18 år respektive 8–18 år. Allmänt gäller att man startar med låg dos och att man är beredd att pröva maxdos vid otillräcklig symptomlindring. Preparaten kan ge biverkningar, men dessa bedöms i de flesta fall inte överstiga nyttan med behandlingen. Det är inte klarlagt om kombinationsbehandling med läkemedel och KBT är mer effektivt än behandlingarna var för sig, även om en studie [15] visat att så är fallet.

Vid generaliserat ångestsyndrom, separationsångest och social fobi finns det ett måttligt stöd för korttidseffekt av läkemedelsbehandling med SSRI (fluoxetin, sertralin och fluvoxamin) [13]. I en metodologiskt välgjord studie hade sertralin och KBT lika stor effekt vid behandling av separationsångest, social fobi och generaliserad ångest, medan kombinationsbehandling hade bättre effekt än behandlingarna var för sig [8, 16]. Inget läkemedel är dock godkänt av Läkemedelsverket på dessa indikationer för barn och ungdomar [17].

Rekommenderat förstahandsalternativ

KBT rekommenderas som förstahandsalternativ vid behandling av ångeststörningar hos barn och ungdomar [3]. Behandlingseffekten av KBT är sannolikt likvärdig med [8] eller större än [14] med läkemedel, och är inte förenad med risk för biverkningar. KBT ger dessutom barnet och föräldrarna nya kunskaper och erfarenheter, vilket enligt beprövad erfarenhet visat sig ha en återfallspreventiv effekt efter avslutad behandling. Läkemedelsbehandling vid ångeststörningar hos barn och ungdomar bör initieras av specialist i barn- och ungdomspsykiatri.

Remission som behandlingsmål

Systematisk och strukturerad utvärdering av pågående behandling bör göras regelbundet för att kunna ta ställning till eventuell förändring av behandlingen eller omprövning av diagnosen [3]. Målet för behandlingen ska vara att ångeststörningen gått i remission, det vill säga att patienten inte längre uppfyller de diagnostiska kriterierna för störningen. Läkemedelsbehandling bör pågå till dess att störningen varit i remission i 6 månader eller mer.

Vid tvångssyndrom leder kortvarig läkemedelsbehandling (3–6 månader) till återfall i cirka 50 procent av fallen [18, 19]. Detta gäller troligen också vid övriga ångeststörningar. Läkemedlen bör sättas ut långsamt på grund av risken för utsättningsreaktioner, och extra KBT-insatser är av värde i samband med utsättningen, i enlighet med beprövad erfarenhet.

Resultat att förvänta av behandling

Man har i 24 randomiserade kontrollerade studier funnit att 56–69 procent av barnen som genomgått KBT-behandling för sin ångeststörning blir av med sin diagnos efter avslutad behandling [20, 21]. Den genomsnittliga effektstorleken är

$d = 0,86$ (Cohens d = standardiserad medelvärdeskillnad, där $d = 0,80$ räknas som stor effekt) för dem som fått KBT jämfört med $d = 0,13$ för dem som inte fått behandling [21]. Behandlingseffekterna kvarstår över lång tid och i många fall förbättras barnen ytterligare från avslutad behandling till långtidsuppföljning, vilket återspeglas i en effektstorlek på $d = 1,36$ [21]. De KBT-behandlingar som utvärderats har antingen givits individuellt eller i grupp, och formen för behandlingen har inte visat sig ha någon betydelse för behandlingsresultat.

Resultat att förvänta utan behandling

Ett flertal studier tyder på ett relativt kroniskt förlopp utan behandling. Spontanremission varierar mellan ångeststörningarna: social fobi och tvångssyndrom har den lägsta [22] och separationsångest den högsta [23]. I longitudinella prospektiva uppföljningsstudier ser man att en ångeststörning ofta byter av en tidigare; vanligast är att separationsångeststörning växlar över till social fobi eller GAD [7]. En ångeststörning leder dessutom till ökad risk för utveckling av ångestsyndrom, depression och missbruk i tidig vuxenålder [1]. Vid tvångssyndrom ser man kvarstående symtom hos upp till 40 procent av patienterna vid uppföljning upp till vuxenåren, liksom försämrade social och yrkesmässig funktionsförmåga [24].

Fler behandlingsstudier behövs

Även om vi i dag har evidensbaserad behandling för barn och ungdomar med ångeststörningar finns stora kunskapsluckor och behov av fler behandlingstudier. Vi behöver veta mer om stabilitet och långtidseffekter av både KBT och läkemedelsbehandling. Förenas den goda symtomlindringen på kort sikt med att långtidsprognosen blir lika god? Hur påverkas den växande individen av farmakabehandling? Vi har även liten inblick i återfallsrisken då SSRI-behandling avslutas. På dessa

områden krävs longitudinella prospektiva studier där många patienter följs under lång tid, kanske via kvalitetsregister.

Vi vet mycket lite om effekten av SSRI hos patienter som inte kan tillgodogöra sig KBT. De flesta läkemedelsstudier vid ångeststörningar har utgått från tidigare obehandlade patienter, och vi kan inte förvänta oss identisk SSRI-effekt hos de som inte förbättrats av KBT (non-responders) som hos tidigare obehandlade patienter. En sådan studie pågår i Norden kring patienter med tvångssyndrom [25]. Den illustrerar svårigheterna med att inkludera ett stort antal patienter, något som kräver samarbete i nätverk med flera forskargrupper och man uppbyggande av infrastruktur (till exempel med elektronisk datainhämtning) för att åstadkomma god kvalitet. Författarna känner inte till att det pågår sådana studier kring patienter med övriga ångeststörningar.

För att tillgodose det stora behandlingsbehovet av ångeststörningar är det betydelsefullt att öka tillgången och utbudet av evidensbaserad psykologisk behandling som kan komma alla till gagn oavsett vårdnivå. Ett sätt att nå ut till fler personer är Internetförmiddad behandling. För vuxna har Internetförmiddad behandling visat sig vara en effektiv metod [26], men för barn finns mycket få studier inom området. I Stockholm och Linköping pågår utveckling och studier av Internetförmiddad KBT för barn och ungdomar med ångeststörningar.

Slutgiltigen behöver vi bättre förstå hur miljö och genetik samspelar i utvecklingen av ångeststörningar, hur ångeststörningarnas patofysiologi ter sig, och inte minst hur den skiljer sig mellan dem som svarar på behandling och de patienter som får kronisk ångest. Vi vet att en större andel av barn och ungdomar med ångeststörningar har föräldrar med egen ångestproblematik, men hur det påverkar uppkomsten av och behandlingseffekterna för barnets ångeststörning behöver ytterligare studeras.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

»För att tillgodose det stora behandlingsbehovet ... är det betydelsefullt att öka tillgången och utbudet av evidensbaserad psykologisk behandling ... «

Kommentera denna artikel på Läkartidningen.se

REFERENSER

- Rutter M, Bishop DVM, Pine DS, et al (editors). Rutter's child and adolescent psychiatry, 5th ed. [citerad 9 apr 2012]. <http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781444300895>
- Barlow DH. Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic. Second ed. New York: The Guilford Press; 2001.
- Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
- Beesdo K, Pine DS, Lieb R, et al. Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(1):47-57.
- Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. N Engl J Med. 2008;359(26):2753-66.
- Öst LG. KBT inom barn- och ungdomspsykiatri. Stockholm: Natur & Kultur; 2010.
- Roth A, Fonagy P. What works for whom?: A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford Press; 1996.
- Summary and conclusions of the SBU report on: Treatment of anxiety disorders: A systematic review. Stockholm: SBU; 2005.
- Watson HJ, Rees CS. Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. J Child Psychol Psychiatry. 2008;49(5):489-98.
- The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. JAMA. 2004;292(16):1969-76.
- Ginsburg GS, Kendall PC, Sakolsky D, et al. Remission after acute treatment in children and adolescents with anxiety disorders: findings from the CAMS. J Consult Clin Psychol. 2011;79(6):806-13.
- Farmakoterapi vid ångest. Information från Läkemedelsverket 4:2006;p 12-22. http://www.lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/publikationer/information-fran-lakemedelsverket/Info_fr_LV_2006-4.pdf
- Asbahr FR, Castillo AR, Ito LM, et al. Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005;44(11):1128-36.
- Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC, et al. A double-blind desipramine substitution during long-term clomipramine treatment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry. 1991;48(10):922-7.
- Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P, et al. Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. Br J Clin Psychol. 2004 Nov;(Pt 4):421-36.
- In-Albon T, Schneider S. Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. Psychother Psychosom. 2007;76(1):15-24.
- Thomsen PH. Child and adolescent obsessive-compulsive disorder treated with citalopram: findings from an open trial of 23 cases. J Child Adolesc Psychopharmacol. 1997;7(3):157-66.
- Micali N, Heyman I, Perez M, et al. Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. Br J Psychiatry. 2010;197(2):128-34.
- Ivarsson T, Thomsen P, Dahl K, et al. The rationale and some features of the nordic long-term OCD treatment study (NordLOTS) in childhood and adolescence. Child and Youth Care Forum. 2010;39(2):91-9.
- Cuijpers P, Marks IM, van Straten A, et al. Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review. Cogn Behav Ther. 2009;38(2):66-82.