

Lars von Knorring, professor, institutionen för neurovetenskap, psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala
lars.von_knorring@uaspssy.uu.se

Sten Thelander, leg psykiater, sakkunnig, SBU, Stockholm sten.t@chello.se

Agneta Pettersson, civilingenjör, SBU, Stockholm pettersson@sbu.se; samtliga för SBUs projektgrupp

Behandling av ångestsyndrom

En systematisk litteraturöversikt. SBUs sammanfattning och slutsatser

I psykiatriskt språkbruk används begreppet ångest för att beteckna en grupp ospecifika, obehagliga symtom som liknar upplevelsorna av, och reaktionerna på, skräck och fruktan. I den svenska översättningen av de diagnostiska kriterierna i DSM-IV (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, revision IV) definieras ångest som olustkänslor eller kroppsliga spänningssymtom inför en förväntad fara eller olycka där det upplevda hotet kan komma utifrån eller inifrån. Ängslan och ångest som enskilda symtom är vanliga och förekommer vid flera psykiska störningar, t ex depression och psykoser.

Ångesttillstånd kan medföra panikattacker, fobier och tvångstankar/tvångshandlingar.

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

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

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

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

Diagnostiska kriterier för ångestsyndrom

De två stora diagnossystemen för psykiatriska sjukdomar är ICD (International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) framtaget av WHO samt DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) utvecklat av

Sammanfattat

SBU har utvärderat det vetenskapliga underlaget rörande behandling av paniksyndrom, specifik fobi, social fobi, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom och generaliserat ångestsyndrom hos vuxna, barn och ungdom (för metodik se Fakta 1).

För samtliga ångestsyndrom finns behandlingsmetoder med dokumenterad effekt. För specifika fobier ses oftast ett gott och bestående resultat av behandling. För övriga ångestsyndrom är effekterna av såväl läkemedel som psykoterapi måttliga. Symtomen lindras men försvinner sällan helt, och med få undantag återkommer symtomen när behandlingen avslutats.

Det är oklart hur länge en läkemedelsbehandling skall pågå, när det är motiverat att byta behandling och i vilken utsträckning som effekten förstärks av att kombinera antidepressiva läkemedel med psykoterapi.

Samhällskostnaderna – främst i form av nedsatt produktivitet, ökad sjuklighet och dödlighet samt ökad konsumtion av somatisk vård – är höga. Kostnadseffektiviteten för olika behandlingsalternativ är inte klarlagd.

Några bensodiazepiner har dokumenterad effekt för behandling av paniksyndrom, social fobi och generaliserat ångestsyndrom. Samtidigt är det väl belagt att preparaten ger betydande problem i form av biverkningar, beroende eller att symtomen förvärras igen efter en tids behandling.

Det finns inga studier som entydigt belyser varför ångestsyndrom är förknippat med överdödlighet. Långtidsstudier som undersöker huruvida man kan minska överdödligheten med hjälp av någon behandling saknas.

Artikeln är en förkortad, något bearbetad version av SBUs sammanfattning och slutsatser om ångest. Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

II Fakta 1

Sammanställning av rapporten

Rapporten har sammanställts av en projektgrupp bestående av professor Lars von Knorring (ordförande), med dr Susanne Bejerot, professor Cecilia Björkelund, med dr Tom Fahlén, professor Mats Fredrikson, professor Per-Anders Rydellius, hälsoekonom Helene Törnqvist, professor Kristian Wahlbeck, professor Hans Ågren samt Sten Thelander (projektledare) och Agneta Pettersson (projektledare).

Metodik

Rapporten grundas på en systematisk genomgång av litteraturen. Granskningen inleddes med en bred databassökning för att identifiera alla publikationer om behandling av ångestsyndrom. Under projektets gång gjordes flera sökningar, framförallt i Medline och PsycInfo, så att granskningen omfattar litteraturen fram till januari 2005. Databassökningarna kompletterades med granskning av referenslistor.

För värderingen av läkemedelseffekter inkluderades enbart studier där läkemedlet jämfördes med placebo eller med annan aktiv behandling. När det gäller psykoterapier har även studier där kontrollgruppen stått på väntelista för behandling vid senare tillfälle accepterats för granskning.

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

Sammanställningen av studier och deras respektive bevisvärden utgör grunden för slutsatserna om behandlingseffekter. Det sammanlagda vetenskapliga underlaget värderas som en evidensstyrka enligt följande skala:

Evidensstyrka 1 – starkt vetenskapligt underlag. Slutsatsen stöds av minst två studier med högt bevisvärde eller god systematisk översikt.

Evidensstyrka 2 – måttligt starkt vetenskapligt underlag. Slutsatsen stöds av en studie med högt bevisvärde och minst två studier med medelhögt bevisvärde.

Evidensstyrka 3 – begränsat vetenskapligt underlag. Slutsatsen stöds av minst två studier med medelhögt bevisvärde.

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

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

Graderingen förutsätter att studierna pekar i samma riktning. Vid mindre avvikelser kan evidensgraden sänkas.

En mycket stor och välgjord randomiserad, kontrollerad studie utförd på ett stort antal centra kan ersätta två mindre studier.

amerikanska psykiatriska föreningen. Båda systemen har reviderats vid flera tillfällen.

Fram till den nionde versionen av ICD klassificerades ångestsyndromen under beteckningen neuros med diagnoser som ångestneuros, hysteri, fobi och tvångsneuros. Syndromen beskrevs inte systematiskt, och det fanns inga strikta diagnostiska avgränsningar mellan dem. Det är därför svårt att jämföra behandlingsstudier från olika länder där diagnostiken baseras på ICD-9 eller tidigare. År 1992 introducerades ICD-10 tillsammans med kliniska beskrivningar och vägledning för diagnostik. De tillhörande forskningskriterierna läm-

par sig väl för att avgränsa patientgrupper som skall ingå i behandlingsstudier.

Med DSM-III, som utkom 1980, definierades för första gången strikta diagnostiska kriterier och avgränsningar mellan olika tillstånd. I DSM-III klassificerades paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom och atypiskt ångestsyndrom. DSM-III fick stort genomslag, och det är därför meningsfullt att jämföra behandlingsstudier från olika länder och olika kulturer där patienterna inkluderats enligt DSM-kriterier. DSM-systemet har reviderats vid ytterligare två tillfällen (DSM-III-R och DSM-IV).

De flesta behandlingsstudier som publicerats har använt DSM-III eller DSM-III-R. Uppdelningen av ångestsyndromen enligt DSM-III-R, DSM-IV och ICD-10 framgår av Tabell I.

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

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

Epidemiologi

Ångestsyndrom är vanligt förekommande. I National Comorbidity Survey från USA sågs en livstidsrisk för något ångestsyndrom på 24,9 procent. Punktprevalensen, dvs andelen individer som under en tolv månadersperiod har lidit av något ångesttillstånd, varierar mellan 12 och 17 procent i olika epidemiologiska studier.

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

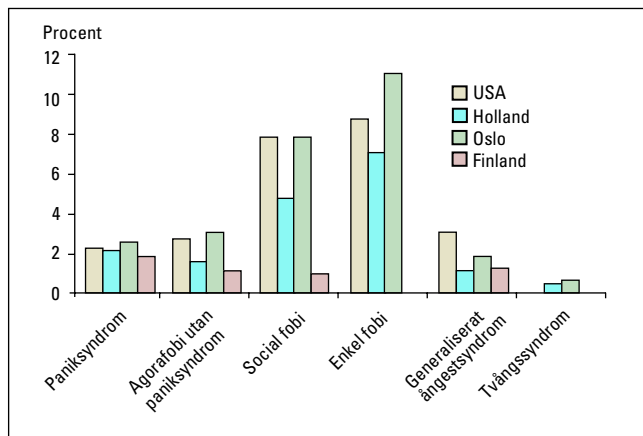
Kvinnor löper högre risk än män att insjukna i ett ångestsyndrom. Studier från USA och Nederländerna anger att mellan 13 och 20 procent av männen och mellan 25 och 30 procent av kvinnorna drabbas av ångestsyndrom någon gång i livet. Symtom och förlopp skiljer sig i vissa fall mellan män och kvinnor, vilket är en väsentlig aspekt att beakta vid utvärdering av behandlingsstudier.

Samsjuklighet och överdödlighet

Ångestsyndrom är förknippat med en hög grad av samsjuklighet. En stor epidemiologisk studie visade en genomsnittsfrekvens i befolkningen av två psykiska störningar med en spridning mellan noll och sju. Studien fann också ett starkt samband mellan antalet samtidiga psykiska störningar och svårighetsgrad. Mer än 80 procent av individerna med fobier har annan samtidig psykisk sjukdom, och vid generaliserat ångestsyndrom är motsvarande siffra 90 procent. Samtidigt drogmissbruk är också vanligt. En amerikansk studie anger att mer än 35 procent av dem som har generaliserat ångestsyndrom eller fobi missbrukar alkohol eller andra droger.

Även kroppsliga sjukdomar som hjärtbesvär, diarré, förstoppning, förhöjda blodfetter och astma är vanligare hos patienter med ångestsyndrom än hos normalbefolkningen.

Vid många av ångestsyndromen finns en betydande över-

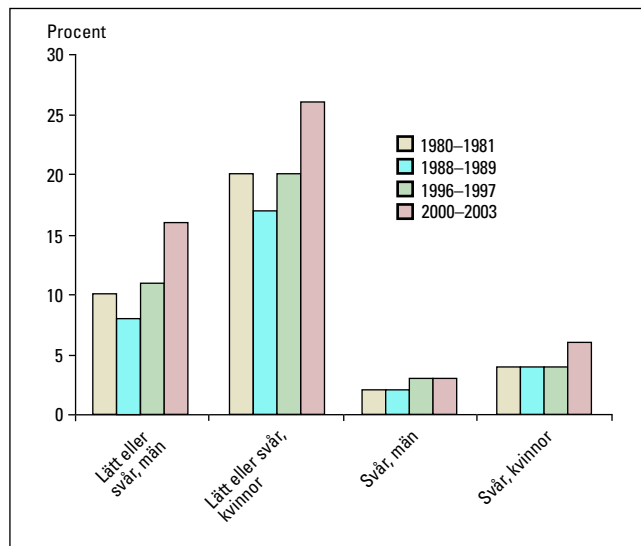


Figur 1. Förekomsten av ångestsyndrom (procent) hos vuxna (20–60 år) under ett år i USA, (National Comorbidity Survey), Holland (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) Oslo (Kringlen m fl) och Finland (Health 2000 Study).

dödlighet. Det gäller t ex paniksyndrom som, enligt en meta-analys, är förknippat med dubbelt så hög dödlighet för de drabbade som för normalbefolkningen, och betydligt högre än vid depression.

Ångestsjukdomarnas konsekvenser för samhället

Psykisk ohälsa generellt är ett växande problem, något som bl a kan avläsas av Statistiska centralbyråns årliga undersökning om levnadsförhållanden (Figur 2). En femårsuppföljning av individer som uppgett sig ha ångest, oro eller ångslan



Figur 2. Andel av befolkningen i Sverige med ångslan, oro eller ångest (åldersstandardiserat). Källa: Socialstyrelsen, folkhälso-rapport 2005.

visade en förhöjd relativ risk för självmordsförsök och sjukhusvård med psykiatrisk diagnos.

Såväl hälsoekonomiska studier som officiell statistik över hälsorelaterade kostnader bekräftar att ångestsyndrom är re-surskrävande för samhället. Tillgänglig svensk statistik grundas på ångeststillstånd i vidare bemärkelse, vilket medför att andelen av individerna med »oro, ångslan och ångest« som li-

Tabell I. Uppdelning av ångestsyndromen enligt DSM-III-R, DSM-IV och ICD-10.

Ångestsyndrom enligt DSM-III-R	Ångestsyndrom enligt DSM-IV	Ångestsyndrom enligt ICD-10
<u>Paniksyndrom</u> – med agorafobi – utan agorafobi	<u>Paniksyndrom</u> – med agorafobi – utan agorafobi	<u>Paniksyndrom</u>
<u>Agorafobi – utan paniksyndrom</u>	<u>Agorafobi – utan paniksyndrom</u>	
<u>Enkel fobi</u>	<u>Specifierad fobi</u> Specificera typ, t ex levande varelser, blod, sprutor, skador, specifika situationer eller annan form	<u>Fobier</u> – agorafobi – social fobi – specifika (avgränsade) fobier – ospecificerad fobi
<u>Social fobi</u> Specificera om generaliserad	<u>Social fobi</u> Specificera om generaliserad	
<u>Tvångssyndrom</u>	<u>Tvångssyndrom</u> Specificera om bristande insikt	<u>Tvångssyndrom</u> – tvångstankar – tvångshandlingar – tvångstankar med tvångshandlingar – andra specificerade tvångssyndrom ospecificerade tvångssyndrom
<u>Posttraumatiskt stressyndrom</u> Specificera om fördröjd debut	<u>Posttraumatiskt stressyndrom</u> Specificera akut/kroniskt Specificera med försenad debut	<u>Posttraumatiskt stressyndrom</u>
	<u>Akut stressyndrom</u>	<u>Akut stressyndrom</u>
		<u>Anpassningsstörning</u>
		<u>Andra specificerade reaktioner på svår stress</u>
<u>Generaliserat ångestsyndrom</u>	<u>Generaliserat ångestsyndrom</u> Ångestsyndrom orsakat av: – substansbetingat, t ex alkohol, amfetamin, koffein, cannabis, kokain m m – betingat av somatisk sjukdom, t ex endokrina störningar, sjukdomar i andningsorganen, kardiovaskulära sjukdomar, metabola sjukdomar och neurologiska sjukdomar	<u>Generaliserat ångestsyndrom</u>
<u>Ångestsyndrom UNS</u>	<u>Ångestsyndrom UNS</u>	<u>Blandade ångest- och depressionstillstånd</u> <u>Andra blandade ångeststillstånd</u> <u>Andra specificerade ångeststillstånd</u> <u>Ospecificerade ångeststillstånd</u>

II Fakta 2

Slutsatser om effektiv behandling vid olika ångestsyndrom

Paniksyndrom, med/utan agorafobi

- Sertralin, paroxetin, imipramin och klomipramin minskar antalet panikattacker (evidensstyrka 1), liksom sannolikt även citalopram och moklobemid (evidensstyrka 3). Agorafobi påverkas i ringa utsträckning av antidepressiva läkemedel (evidensstyrka 2).
- Exponering för de situationer som framkallar panik lindrar symtomen på agorafobi vid paniksyndrom (evidensstyrka 2).
- Kognitiv beteendeterapi (KBT), som inkluderar exponering, lindrar symtomen vid paniksyndrom utan agorafobi eller med lindrig till måttlig agorafobi (evidensstyrka 1). Effekten på paniksyndrom med svår agorafobi är inte säkerställd. Exponering givet som enda terapi lindrar symtomen på agorafobi (evidensstyrka 2).
- Effekten av psykoterapi är mer bestående än effekten av psykofarmaka (evidensstyrka 2).

Specifik fobi

- Exponering, modellinläring och delta-gande modellinläring, där patienterna lär sig hantera det som utlöser fruktan, har en god och bestående effekt vid specifik fobi (evidensstyrka 1).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om läkemedelsbehandling är till nytta för patienter med specifik fobi.

Social fobi

- Fluvoxamin, sertralin, paroxetin, venlafaxin och escitalopram lindrar symtomen vid social fobi (evidensstyrka 1).
- Kognitiv beteendeterapi, speciellt i grupp, lindrar symtomen vid social fobi (evidensstyrka 1).

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

Tvångssyndrom

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

Posttraumatiskt stressyndrom

- Fluoxetin, sertralin och paroxetin lindrar symtomen vid posttraumatiskt stressyndrom (evidensstyrka 1). För sertralin har effekten kvarstått vid uppföljning efter upp till ett års behandling (evidensstyrka 1).
- Olika former av upprepade exponering för den traumatiska händelsen lindrar symtomen vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (evidensstyrka 1) liksom kognitiv beteendeterapi (evidensstyrka 2).
- EMDR (eye movement desensitization and reprocessing), som omfattar en kombination av ögonrörelser och beteendeterapi, har effekt vid PTSD (evidensstyrka 2), men ögonrörelserna saknar specifik terapeutisk betydelse (evidensstyrka 1).

Generaliserat ångestsyndrom

- Paroxetin lindrar symtomen vid generali-

serat ångestsyndrom (evidensstyrka 1) liksom venlafaxin, sertralin och escitalopram (evidensstyrka 2).

- Kognitiv beteendeterapi har effekt vid generaliserat ångestsyndrom (evidensstyrka 2).

Behandling av barn och unga

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

der av ett ångestsyndrom inte är känd. En beräkning utförd 1996 visade att de indirekta kostnaderna för ångest, framför allt för sjukskrivningar och förtidspensioner, uppgick till drygt 17 miljarder kronor per år i Sverige. De direkta sjukvårdskostnaderna uppgick till 1,5 miljarder kronor, varav 0,3 miljarder för läkemedel.

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

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

Behandling i primärvården

Kunskaperna om handläggning och behandlingseffekter

grundar sig på studier som utförts inom specialistvården där patienterna i allmänhet har svårare problem. Cirka 70 procent av de vuxna patienterna återfinns däremot inom primärvården. Deras symtom är ofta lindrigare och uppfattas inte som »typiska« för ångestsyndrom.

Ett flertal studier uppmärksammar att en del av de patienter som söker hjälp inom primärvården (med somatiska och/eller psykiska problem) har symtom av både depression och ångest. De når inte upp till alla de kriterier som krävs, enligt DSM, för vare sig depression eller ångestsyndrom, men symtomen utgör en stor belastning för den enskilda patienten. Kunskapen om behandling av patienter med dessa problem är hittills otillräcklig.

Åtskilliga studier, från internationella såväl som svenska förhållanden, bekräftar att en mindre del av patienterna med ångestsyndrom får sin diagnos i ett tidigt skede. Flera undersökningar visar att cirka 80 procent av patienterna med ångest och depression presenterar sina symtom som rent kroppsliga. Generellt sett identifieras patienterna med de svåraste symtomen i högre utsträckning. En stor amerikansk studie, ➔

Tabell II. Antidepressiva läkemedel med stöd för effekt vid behandling av vuxna med ångestsyndrom (siffran i tabellen motsvarar evidensstyrkan). (PTSD = posttraumatiskt stressyndrom, GAD = generaliserat ångestsyndrom.)

Ångestsyndrom	Paroxetin	Sertralin	Fluoxetin	Fluvoxamin	Citalopram	Escitalopram	Venlafaxin	Imipramin	Klomipramin	Fenelzin	Moklobemid
Paniksyndrom	1	1			3			1	1		3
Specifika fobier											
Social fobi	1	1		1		1	1			2	2
Tvångssyndrom	1	1	1	1	2				1		
PTSD	1	1	1								
GAD	1	2				2	2	2			

Tabell III. Övriga läkemedel som visat effekt vid behandling av ångestsyndrom hos vuxna. (PTSD = posttraumatiskt stressyndrom, GAD = generaliserat ångestsyndrom.)

Ångestsyndrom	Buspiron	Hydroxyzin	Alprazolam	Lorazepam	Klonazepam	Diazepam
Paniksyndrom			1		1	
Specifika fobier						
Social fobi					3	
Tvångssyndrom						
PTSD						
GAD	3	2	1	1		1

Tabell IV. Psykoterapier som visat effekt vid behandling av ångestsyndrom hos vuxna. (PTSD = posttraumatiskt stressyndrom, GAD = generaliserat ångestsyndrom, EMDR = eye movement desensitization and reprocessing.)

Ångestsyndrom	Kognitiv beteendeterapi, KBT	Beteendeterapi med exponering	Avslappning	Kognitiv terapi, KT	Psykodynamisk terapi	EMDR
Paniksyndrom	1	2	3			
Specifika fobier	1	1				
Social fobi	1					
Tvångssyndrom		1		3		
PTSD	2	1				2
GAD	2					

Prime MD 1000, anger att 61 procent av patienterna med ångestsyndrom inte diagnostiserats trots att de haft en läkar-kontakt sedan lång tid tillbaka. Användning av strukturerade intervjuformulär och skattningsskalor ökar möjligheterna att ställa ångestdiagnosen i ett tidigare skede.

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

Effektiv behandling vid olika ångestsyndrom

De behandlingar som har dokumenterat vetenskapligt stöd för effekt redovisas i Fakta 2 och i de sammanfattande tabellerna II–IV.

Behov av forskning

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

- Det vetenskapliga underlaget för att bedöma vilka strategier för diagnos och omhändertagande som är effektiva för primärvårdens patienter är otillräckligt.
- Trots den omfattande samsjukligheten finns det få studier som värderar effekten av behandling av patienter med samtidig depression eller flera samtidiga ångestsyndrom.
- En stor del av vuxnas ångestsyndrom debuterar i barn- och ungdomsåren, men det är oklart om risken för ångestsyndrom i vuxen ålder kan sänkas genom primärprevention eller tidig behandling av barn och ungdom.

- Psykodynamisk terapi och familjeterapi är de oftast använda psykologiska behandlingarna för ångestsyndrom hos barn och vuxna. Det finns för få vetenskapligt adekvata studier för att kunna bedöma deras effekt.
- Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma vilket omhändertagande av individer med ångestsyndrom som är mest kostnadseffektivt

*

Den fullständiga rapporten finns på <http://www.sbu.se>

SUMMARY

A report by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU) has reviewed, classified and evaluated the scientific literature on treatment of panic syndrome, specific phobias, social phobia, obsessive-compulsive syndrome (OCD), generalized anxiety syndrome (GAD) and post-traumatic stress disorder (PTSD). The review included treatment of children, adolescents and adults. The report concludes that there is effective treatment available for all anxiety syndromes. However in general, the effect is often moderate and symptoms reappear when the treatment period is discontinued. For adults, scientific evidence supports the use of paroxetine and sertraline for all syndromes except specific phobias. For the other SSRI's there is also evidence for the use of fluoxetine in OCD and PTSD, for fluvoxamine in social phobia and OCD and for escitalopram in social phobia. Other antidepressant drugs with a strong scientific support is venlafaxin in social phobia and GAD, imipramin in panic syndrome and clomipramine in panic syndrome and OCD. Among psychological treatments, there is scientific evidence for cognitive behavior therapy (CBT) for treatment of panic syndrome, specific phobias, social phobia, PTSD and GAD. Exposure, with or without other psychotherapeutic interventions, has scientific support for efficacy in panic disorder (both in terms of number of panic attacks and for agoraphobia), specific phobias, OCD and PTSD. Use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) has scientific support for treatment of PTSD.

Lars von Knorring, Sten Thelander, Agneta Pettersson

Correspondence: Agneta Pettersson, Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU), Box 5650, SE-114 86 Stockholm, Sweden
pettersson@sbu.se