

Riktlinje



Ångest- och tvångssyndrom

2024

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri

Arbetsgrupp:

Beata Bäckström, leg läkare, specialist i barn och ungdomspsykiatri, leg psykoterapeut

Maria Carlsson leg psykolog, leg psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi

Lena Wallin, leg läkare, specialist i barn och ungdomspsykiatri

Vetenskaplig rådgivare: Tord Ivarsson, docent och specialist i barn och ungdomspsykiatri

För SFBUP:

Maria Unenge Hallerbäck

Anne-Katrin Kantzer

Tack till BUP Region Skåne och BUP Västra Götalandsregionen

Innehåll

Syfte	3
Genomförandeplan	3
Klinisk bild	4
Utredning.....	6
Screening	6
Steg I	7
Utredning av ångestsyndrom.....	7
Utredning av tvångssyndrom.....	9
Gemensam utredning för både ångestsyndrom och tvångssyndrom	13
Steg II	14
Steg III	16
Behandling.....	17
Psykopedagogisk och psykoterapeutisk behandling.....	19
Steg I	19
Steg II	22
Steg III	27
Farmakologisk behandling	27
Steg I.....	27
Steg II.....	28
Steg III.....	31
Utvärdering.....	32
Utvärdering av behandlingseffekt	32
Återfallsprevention.....	33
Klinisk bild och handläggning av OCD-relaterade syndrom	34
Kvalitetsindikatorer	35
Diagnos- och KVÅ-koder.....	36
Referenser	38
Mer information/länkar/litteraturltips	38

SYFTE

Kliniska riktlinjer för ångestsyndrom och tvångssyndrom

Ångestsyndrom utgör den vanligaste och ofta tidigaste debuterande orsaken till psykiatrisk ohälsa. Drygt 15–20 procent av alla barn beräknas ha uppfyllt kriterierna för ett ångestsyndrom eller tvångssyndrom enligt DSM-kriterier under sina första 18 år.

Ångestsyndrom och tvångssyndrom leder ibland till allvarlig nedsättning av psykosocial funktion samt utgör en risk för utveckling av sekundär psykisk ohälsa. Det är av stor betydelse att barn med ångestsyndrom och tvångssyndrom upptäcks tidigt och erbjuds adekvata behandlingsinsatser. Riktlinjerna anger den vård patienten ska få, inte hur den ska organiseras.

Riktlinjerna syftar särskilt till

1. att alla som söker vård för psykiska besvär ska screenas för ångest- och tvångssyndrom för att motverka underdiagnostik
2. att psykopedagogisk behandling (PB) ska erbjudas alla med ångest och tvångssyndrom
3. att KBT (kognitiv beteendeterapi) ska erbjudas om inte behandlingsmålen nås med PB
4. att begränsa användning av läkemedel för ångestlindring och i synnerhet behovsmedicinering
5. att tvångssyndrom i första hand behandlas med PB och KBT och därmed begränsa dagens överanvändning av läkemedel
6. att förebygga utveckling av sekundär psykisk ohälsa till ångest och tvångssyndrom genom att aktiv behandling erbjuds till dess behandlingsmålen uppnås (remission).

Riktlinjerna föreslår stegvisa åtgärder och är indelade i steg I–III.

Utredningssteg

- **Steg I** är en basnivå och ska utföras för samtliga patienter.
- **Steg II** är bredare och utförs vid misstänkt psykiatrisk eller somatisk samsjuklighet.
- **Steg III** är mer omfattande och utförs om symtombilden är komplex med uttalad psykiatrisk samsjuklighet och svår funktionsnedsättning.

Behandlingssteg

- **Steg I** är en basnivå och ska erbjudas samtliga patienter och innefattar psykopedagogisk behandling.
- **Steg II** ska erbjudas när psykopedagogisk behandling inte gett tillräcklig effekt. Behandling på steg II har hög evidensgrad och innefattar psykoterapi och/eller läkemedel.
- **Steg III** kan erbjudas om behandling på steg I och steg II inte når behandlingsmålen. Behandling på steg III innefattar psykoterapi och läkemedel som kan ha lägre evidensgrad.

Riktlinjerna grundar sig på vetenskaplig evidens och konsensus sammanfattad i Läkemedelsverkets rekommendationer och Socialstyrelsens nationella riktlinjer för ångest och depression. Synpunkter har inhämtats från SFBUP:s medlemmar samt medarbetare inom barn- och ungdomspsykiatri i Sverige.w

Genomförandeplan

En implementering av nationella riktlinjer borgar för god och jämlik vård för barn och ungdomar med ångestsyndrom och tvångssyndrom.

En systematiskt utarbetad metodik för implementering med samstämmighet nationellt ökar möjligheterna för utveckling av vårdkvalitet.

Aktuell patientgrupp utgör en stor andel av BUP:s patienter, varför en implementering av riktlinjerna gagnar många. Ansvar för implementering av riktlinjerna på kliniknivå vilar på respektive verksamhet.

Riktlinjerna kommer att vara tillgängliga på SFBUP:s hemsida www.sfbup.se

KLINISK BILD

ÅNGESTSYNDROM är ett vanligt tillstånd hos barn och ungdomar och viktiga att känna igen. Ångestsyndrom utgör den vanligaste och ofta tidigaste debuterande orsaken till psykiatrisk ohälsa. Drygt 15–20 procent av alla barn beräknas ha uppfyllt kriterierna för ett ångestsyndrom under sina första 18 år.

Att känna rädsla, ängslan eller oro är naturligt och en del av alla människors liv och utveckling. Ängslan och rädsla är normalt adaptiva känslor som hjälper oss att undvika farliga saker och situationer. Genom evolutionen har förmågan att känna rädsla och oro fyllt en viktig funktion för vår överlevnad. Om dessa normala reaktioner hos ett barn för en given ålder och utvecklingsnivå blir kraftigare, mer långdragna samt leder till att barnets förväntade beteende och funktion tydligt påverkas negativt ska man dock reagera.

Ångestreaktioner kan väckas av ett reellt hot och man känner sig rädd, eller genom att individen mentalt föreställer sig en fara, oroar sig. Oro utgår ifrån våra kognitioner, tankar, associationer eller minnen. En ångestreaktion är kroppsligt mätbar i form av neuroendokrinologisk stressrespons och ökad aktivitet i det autonoma nervsystemet och kan yttra sig som muskelspänning, illamående, svettning och hjärtklappning.

Utveckling av ångestsyndrom beror på en komplex interaktion mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Genetiska, neurobiologiska och kognitiva faktorer samverkar med miljöfaktorer under uppväxten där tidigt omhändertagande, anknytning, livshändelser och familjesituation har stor betydelse.

När rädsla och oro leder till ett starkt subjektivt lidande eller en påverkad funktion som hämmar barnets förväntade normalutveckling över tid kan det föreligga ett ångestsyndrom. Ångestsyndrom hos barn och ungdomar kan presentera sig på olika sätt i symtom och beteenden. Kroppsliga symtom, skolvägran, irritabilitet, nedstämdhet, självskadebeteende och missbruk är några exempel på symtom där ett ångestsyndrom kan vara bakomliggande orsak.

Specifika ångestsyndrom kan skiljas åt genom den situation som triggar ångestreaktionen och med de kognitioner och beteenden som följer. Ofta föreligger flera ångestsyndrom samtidigt. Ångestsyndrom innefattar nedanstående diagnoser i ICD-10/DSM-5.

SEPARATIONSÅNGEST hos barn och ungdomar kännetecknas av överdriven oro vid separationer eller hot om separation från sina anknytningspersoner. Barnen vill ha med sig och vara i närheten av föräldrarna mer än förväntat för sin ålder. Föräldrar kan uppleva sig begränsade i att vara hemifrån. Barn

med uttalad separationsångest kan vara otröstliga vid inskolning på förskola, skolvägra, inte våga sova ensamma med lampan släckt och te sig klängiga. När barnen är ifrån sina föräldrar kan de vara ledsna, vilja stå i tät kontakt genom telefonsamtal, sociala medier och sms. Årsprevalens hos barn är cirka 4 procent och hos tonåringar 1,6 procent.

SELEKTIV MUTISM kännetecknas av att barnet inte talar i vissa sociala sammanhang. Det är vanligt att barnet inte talar i skolan men talar obehindrat i trygga miljöer som hemmet. Tystnaden beror inte på bristande kunskaper i att förstå eller använda språket. Selektiv mutism förekommer hos 0,03–1 procent och är vanligare hos mindre barn än bland tonåringar och vuxna.

SPECIFIK FOBI kan utvecklas för många olika objekt och situationer. En del fobier debuterar under barnåren, andra under tonåren eller i vuxen ålder. Djur- och blod/ injektions/skadefobi och fobier för naturforeteelser debuterar vanligtvis under barnåren, medan andra fobier för specifika situationer vanligtvis debuterar under tonåren eller i vuxen ålder. Bland specifika fobier behöver kräkfobi (emetofobi) särskilt uppmärksammas då den ofta orsakar svårare funktionsnedsättning och ibland allvarliga kroppsliga symtom. Prevalensen är hos barn 5 procent och hos tonåringar 16 procent.

SOCIAL ÅNGEST kännetecknas av överdriven oro för vad andra tänker och tycker om vad man gör, presterar eller hur man ser ut. Barn och unga med social ångest oroar sig för att göra eller säga något fel så att det blir pinsamt eller andra skrattar åt dem. De kan också oroa sig för att se avvikande ut och därför bli kritiskt bedömda av andra. Social ångest kan leda till ett undvikande beteende av sociala situationer, exempelvis skola, tala eller hålla redovisningar inför klassen, aktiviteter och kompisar. Kliniskt kan ett barn med social ångest te sig blygt, ge dålig ögonkontakt, vara tystlåtet och tillbakadraget under besök på mottagningen. När situationen upplevs tryggare kan barnet bli allt mer öppen i kontakten. Årsprevalens varierar mellan 2 och 7 procent.

PANIKSYNDROM innebär återkommande oväntade panikattacker. Det är en kraftig ångestreaktion som leder till olika kroppsliga symtom. Vanliga kroppsliga symtom vid en panikattack är häftig hjärtklappning, känsla av att tappa andan, illamående och svaghetskänsla. En del som får panikattacker har katastroftankar om att de kommer att dö. Vid paniksyndrom

finns en ihållande rädsla eller oro för att drabbas av fler attacker i särskilda situationer. Det kan leda till att barnet utvecklar ett undvikandebeteende som ökar risken för agorafobi. Paniksyndrom debuterar vanligen under tonåren och är ovanligare hos yngre barn. Årsprevalens hos tonåringar är 2–3 procent och hos barn 0,4 procent.

AGORAFOBI betyder en uttalad rädsla eller ångest inför att vara i vissa situationer exempelvis att åka buss, vistas på öppna platser, vara i folksamlingar, gå i affärer eller på biograf, stå i kö, eller vara utanför hemmet. Andra vanliga situationer som barn kan vara rädda för är tunnlar, grottor, att åka hiss, flyga eller låsa toalettdörren. Barnet undviker eller fruktar situationerna på grund av tankar på att det skulle vara svårt att ta sig därifrån eller att det inte skulle gå att få hjälp vid genanta situationer eller panikattacker. Årsprevalensen hos tonåringar är 0,4 till 3,6 procent.

GENERALISERAT ÅNGESTSYNDROM karaktäriseras av överdriven oro inför flera olika aktiviteter och händelser som skulle kunna inträffa i framtiden, oro för hur saker har utspelat sig eller om de har gjort rätt eller fel. Det kan handla om oro att misslyckas med skolprestationer, oro för andras eller egen hälsa, att man gjort bort sig, skäms eller att det ska inträffa någon katastrof. Barn kan till exempel oro sig för åskoväder, flygolyckor, jordbävningar, att det ska bli krig eller terroråd. Tonåringar kan oro sig överdrivet för hur de uppfattas av andra, hur de ska klara utbildning, framtida ekonomi och vuxenvärlden. Oron kan leda till beslutssvårigheter, rastlöshet, irritabilitet, muskelspänning, sömnsvårigheter, uttrötthet och koncentrationssvårigheter. Obehandlat finns risk för utveckling av sekundära depressionstillstånd. Årsprevalens är mellan 0,4 och 3,6 procent.

TVÅNGSSYNDROM (engelska obsessive compulsive disorder, OCD) kännetecknas av tvångstankar och tvångshandlingar. Tvångstankar är återkommande, påträngande tankar, bilder eller impulser som upplevs främmande och som orsakar ångest, känsla av äckel eller obehag. Tvångshandlingar är upprepade handlingar eller mentala ritualer som görs för att lugna och neutralisera oron, obehaget och tvivlet som tvångstankarna orsakar. Förmågan att själv inse det orimliga i tvånget varierar. Ofta dras hela familjen in i tvångssymtomen.

För att inte riskera att fastna i tvångshandlingar är det vanligt att barnet utvecklar undvikanden av stimuli som kan trigga tvångstankar. Undvikanden medför ofta stor funktionspåverkan och lidande och bidrar till att symtomen förstärks och vidmakthålls.

Tvångssyndrom förekommer hos 1–2 procent av

befolkningen och debuterar ofta i barndom eller tidiga ungdomsår. Tvångssyndromet utvecklas i samspel mellan arv, temperament, miljö och livshändelser. För en biologiskt sårbar person kan stressorer och livshändelser trigga symtomutvecklingen. De flesta med tvångssyndrom har betydande samsjuklighet, vilket innebär en ytterligare påfrestning. Samsjuklighet kan bidra till och vidmakthålla tvångssymtom liksom försämra behandlingssvar och kan ibland behöva åtgärdas först. Enligt WHO:s rangordning med index "Years lived with disability" är tvångssyndrom bland de tio mest handikappande tillstånden.

ÅNGESTSYNDROM och tvångssyndrom begränsar ofta barnets möjligheter att delta i fritidsaktiviteter och sociala sammanhang samt att prestera på sin rätta nivå i skolan. Rädsla och oro är i sig plågsamt och utgör ett lidande som barnet kan ha svårt att uthärda.

Rädsla och oro hindrar andra positiva affekter och minskar barnets möjlighet att känna glädje, intresse och nyfikenhet. Barn med ångestsyndrom och tvångssyndrom riskerar att utveckla en negativ självbild och ha en sämre livskvalitet. Obehandlade ångest- och tvångssyndrom kan leda till nedstämdhet, självska-debeteende, suicidalitet och missbruk. Långtidsförloppet är utan behandling ofta kroniskt med uttalad påverkan på psykosocial funktion med nedsatt livskvalitet, lägre utbildnings- och socioekonomisk nivå.

RÄDSLOR OCH ORO ger av stresspåslaget ofta insomningssvårigheter, sämre sömnkvalitet och dålig matlust. Dålig sömn och aptit förvärrar ofta grundtillståndet och gör barnet mer känsligt. Rädsla och oro kan ge kroppsliga besvär som huvudvärk, illamående eller ont i magen. De kroppsliga symtomen som ångesten ger upphov till leder inte sällan till vårdkontakter och medicinska utredningar som ofta inte är nödvändiga. På längre sikt ökar risken för utveckling av utmattningstillstånd där även hjärnans kognitiva förmågor som minne och koncentration kan drabbas. Ökad nivå av stressämnen i kroppen kan senare i livet leda till somatisk ohälsa med förhöjd risk att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar.

Det finns idag bra och evidensbaserad behandling för barn och unga med ångestsyndrom och tvångssyndrom. Med tidig upptäckt och adekvat behandling är prognosen vid tvångssyndrom och ångestsyndrom god.

UTREDNING

Screening

REKOMMENDATION

1. Alla som söker vård för psykiska besvär ska screenas för ångest- och tvångssyndromens kärnsymtom. Dessa är obefogade rädslor och oro samt tvångstankar och tvångshandlingar eller undvikanden.

Barn, ungdomar och närstående upplever inte sällan rädslor, undvikande beteenden och oro som normalt och tar inte själva upp detta som ett problem utan behöver hjälp genom direkta frågor att få symtom och undvikanden beskrivna. Barns uttryck av ångest- och tvångssymtom varierar med ålder liksom deras för- måga att själva delta i en utredning. En barnpsykiatrisk bedömning bör screena brett och då ska screeningfrågor för de olika ångestsyndromen och tvångssyndrom alltid ställas. Se faktaruta.

Beteenden och symtom som ska väcka misstankar om ett bakomliggande ångestsyndrom:

- Undvikandebeteenden: barnet vill till exempel inte gå till skolan, delta i aktiviteter, övernatta hemifrån eller har svårt att prata med okända människor.
- Uttalat blyga barn som har svårt att hävda sig själva socialt, har få kompisar.
- Låg självkänsla, ledsenhet och uppgivenhet.
- Somatiska symtom – huvudvärk, ont i magen eller annan värkproblematik.
- Koncentrationssvårigheter och rastlöshet.
- Sömnsvårigheter – svårt att somna, flera uppvaknanden, svårt sova i eget rum, frekventa mardrömmar.
- Dålig aptit och påverkad längd/viktcurve.
- Beteendeproblematik – klängighet, gnällighet, trotsbeteende, irritabilitet och utbrott.
- Självskadebeteende.
- Alkohol- och substansbruk.

REKOMMENDATION

2. Bedömningssituationen bör anpassas utifrån barnets ålder och förutsättningar med särskilt fokus på att förmedla tydlighet, trygghet och skapa förtroende.

Det är angeläget att anpassa och optimera bedömningssituationen som i sig kan vara ångestskapande och ett hinder för ett ångsligt barn. Trygga barnet genom att informera tydligt om hur bedömningen kommer att gå till, vad som kommer att hända och hur lång tid det tar. Skapa en förtroendefull kontakt och ge barnet tid att bekanta sig med rummet och mottagningen. Boka fler tider för att slutföra bedömningen om barnet behöver vänja sig vid dig och mottagningen för att kunna delta. Information ska inhämtas från både barnet och gärna båda föräldrarna. Det är viktigt att vara medveten om att barns och föräldrars beskrivning av psykiatriska symtom kan skilja sig åt och det ibland är lämpligt att intervjua barn och föräldrar var för sig.

Anamnes kring ärftlighet och familjeklimat kan vara fördelaktigt att göra enskilt med föräldrarna. Viktig information till utredningen kan ibland inhämtas i bedömningssituationen genom klinisk observation av barnet och föräldrarna på mottagningsrummet och i väntrummet.

Checklista med screeningfrågor

- ✓ **Generaliserat ångestsyndrom:** Oroar du dig ofta överdrivet mycket för vanliga saker i vardagen? Är du rädd att inte lyckas eller för att något hemskt kan hända?
- ✓ **Social ångest:** Är du rädd att göra bort dig när du ska prata inför klassen, handla något, äta när andra ser på?
- ✓ **Separationsångest:** Blir du orolig när du måste vara ifrån dina föräldrar eller vara ensam?
- ✓ **Agorafobi:** Har du någon gång varit mycket rädd för att vara på en plats med mycket folk eller vara ute bland folk alldeles ensam?
- ✓ **Paniksyndrom:** Händer det att du plötsligt och utan anledning blir väldigt rädd, får hjärtklappning, svårt att andas och blir skakig?
- ✓ **Specifik fobi:** Är du väldigt rädd för något särskilt djur eller annat föremål?
- ✓ **Tvångssyndrom:** Tvättar du dig mycket fast du egentligen är ren, eller har det varit så tidigare? Gör du om saker gång på gång, kontrollerar eller har vanor du inte kan stoppa, eller har det varit så tidigare?

Steg I

Utredning av ångestsyndrom

REKOMMENDATION

1. De situationer som triggar ångest, barnets kognitioner och konsekvenser av ångesten utreds för att bedöma barnets grad av lidande och funktionsnedsättning.

Det är viktigt att särskilja normal ängslighet och oro hos barn från ett kliniskt behandlingskrävande tillstånd. För att kunna ta ställning till om det föreligger ett ångestsyndrom och i vilken svårighetsgrad behöver klinikern detaljerad information om barnets beteende, undvikanden, kognitioner och symtom. Kartlägg vilka situationer som triggar barnets ångest och vilka tankar/ kognitioner och undvikanden det leder till.

Det är vanligt att flera ångestsyndrom föreligger samtidigt och att de överlappar varandra. Det är därför viktigt att varje ångestdiagnos kartläggs separat enligt kriterier i DSM-5.

Be om beskrivningar av specifika rädslor, upplevelser och reaktioner i olika situationer barnet förväntas befinna sig i och hur det hanterar dessa.

Fråga specifikt både barnet och närstående om det finns situationer barnet undviker. Sover barnet över hos kompisar? Deltar barnet i aktiviteter? Fråga om fritidsaktiviteter, antal kamrater och om hur kamratkon-takterna ser ut samt hur koncentrationsförmågan och närvaron i skolan påverkas av ångestsymtom. Genom att skapa en uppfattning av barnets aktuella livssituation och vardag kan grad av lidande och funktionsnedsättning bedömas.

REKOMMENDATION

2. Kartlägg debut, förlopp och samsjuklighet.

Ångestsymtom kan debutera tidigt och ändras i uttryck över tid. För diagnostiken är det viktigt att få en beskrivning av barnets tidiga utveckling. Var barnet oroligt i tidig ålder, svårt att trösta, få att somna eller hade det stora svårigheter att lämnas vid inskolning till förskolan? Har det förekommit uttalad mörker-rädsla, nattskräck eller återkommande mardrömmar som väckt barnet?

Barns ångest- och tvångssymtom blir inte sällan missförstådda som trots eller gnällighet. Skapa en

livslinje där ångestsymtom och barnets reaktioner och beteenden kartläggs över tid, hur de förändrats och när de varit som värst. Till exempel kan separations-ångest hos yngre barn i högre ålder övergå i en bild av generaliserad ångest och senare i tonåren i social fobi.

Paniksyndrom och olika specifika fobier kan föreligga i kombination med ett annat ångestsyndrom och behöver kartläggas separat. Var uppmärksam på eventuell samsjuklighet då oro och rädsla bland annat kan skapas av miljöfaktorer, tvångssyndrom, adhd, inlärningssvårigheter eller svårigheter med socialt samspel.

Det är inte ovanligt att barn med ångestsyndrom har negativa tankar om sig själva och sin förmåga och kan känna en hopplöshet över sin situation. Obehandlad ångest leder inte sällan till en sekundär depressivitet.

Efterfråga barnets tankar om sig själv och sin framtid för att kunna bedöma grad av lidande och om barnet har livsleda eller suicidtankar.

REKOMMENDATION

3. Utredningen av ångestsyndrom bör genomföras med skattningsformulär som ett diagnostiskt stöd och som underlag för senare utvärdering av behandlingseffekt.

För yngre barn vilar diagnostiken mer på föräldrars observationer och beskrivningar medan äldre barn och ungdomar själva kan bidra genom självskattningsformulär och intervjuer. Frågor kring ångestsyndromen kan ställas utifrån förslag i K-SADS (Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) screeningintervju. Skattningsformulär som SCARED-R eller SCAS för barn och föräldrar bör användas både i diagnostik och för senare utvärdering av behandling. C-GAS (Children Global Assessment Scale) en sammanvägd funktion hemma, i skola, på fritid och i relationer skattas av klinikern, både aktuell funktion och eventuellt tidigare bästa nivå.

Bedömningsinstrument vid ångestsyndrom

SCARED-R (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders – Revised) är ett självskattningsinstrument med separata formulär för barn och föräldrar. Det kan användas som screening och stöd för diagnostik samt för att utvärdera och följa behandlingseffekt. Det innehåller 69 frågor och tar cirka 15–20 minuter att fylla i. Kan användas av barn från cirka åtta års ålder.

SCAS (Spence Children's Anxiety Scale) är ett självskattningsinstrument med separata formulär för barn och föräldrar. Det kan användas som screening och stöd för diagnostik samt för att utvärdera och följa behandlingseffekt. Det innehåller 44 frågor och tar cirka 10 minuter att fylla i. Kan användas av barn från cirka åtta års ålder.

ÅNGESTSYNDROM/Faktaruta 1

■ Samsjuklighet

Samsjuklighet vid ångestsyndrom är vanligt och förekommer i upp till 60-70 procent av fallen.

Psykiatriska tillstånd som kan förekomma samtidigt med ångestsyndrom är

- adhd
- depression
- tvångssyndrom
- autism
- bipolärt syndrom
- psykotiskt syndrom
- ätstörning
- trotssyndrom eller uppförandestörning
- missbruk
- PTSD.

■ Andra tillstånd med liknande symptom

Differentialdiagnoser vid ångestsyndrom, innebärande andra psykiatriska tillstånd som kan ge symptom liknande de som ses vid ångeststörningar innefattar

- adhd - där rastlöshet och ouppmärksamhet som bottenar i ångesttillstånd behöver särskiljas
- missbruk där det kan vara svårt att skilja på ångesttillstånd utlöst av substanser eller abstinens av dessa från primärt ångestsyndrom
- autismspektrumtillstånd med obehag för sociala situationer på grund av brister i social förståelse
- inlärningssvårigheter med oro kring skolprestationer
- mani med rastlöshet, lätt distraherbarhet, irritabilitet och sömnstörning.

■ Somatiska tillstånd

Somatiska tillstånd som kan ge ångestliknande symptom innefattar

- hyperthyroidism
- migrän
- astma
- krampsjukdomar
- encefaliter
- hypoglykemi
- feokromocytom
- hjärtrytmrubbningar.

■ Biverkningar från läkemedel

Läkemedel med biverkningar som kan likna ångestsymtom innefattar bland andra

- astmaläkemedel
- kortisonpreparat
- SSRI-läkemedel
- antipsykotika
- bruk av illegala droger och abstinenssymtom
- höga halter koffein som i kaffe och energidrycker.

■ Checklista vid utredning av ångestsyndrom steg I

Bedömning görs i syfte att fastställa och klarlägga följande:

- ✓ Vilket eller vilka olika ångestsyndrom som föreligger
- ✓ Barnets beteende, undvikanden, kognitioner och symtom
- ✓ Utlösande situationer - triggers
- ✓ Symtomens frekvens, intensitet
- ✓ Barnets grad av lidande
- ✓ Barnets grad av funktionsnedsättning
- ✓ Psykosociala stressfaktorer - vidmakthållande faktorer
- ✓ Skyddsfaktorer på individ-, familj- och nätverksnivå
- ✓ Ärftlighet för psykiatriska tillstånd

Tillvägagångssätt:

- ✓ Grundläggande anamnes med barn och föräldrar
- ✓ Klinisk observation
- ✓ Föräldra- och självskattnings- formulär _ SCARED-R, SCAS
- ✓ Ångestdagbok
- ✓ Funktionskattning med CGAS

Resulterar i:

- ✓ Sammanfattande bedömning: symtombild, svårighetsgrad och funktionsnedsättning
- ✓ Bedömning av psykosociala risk- faktorer och skyddsfaktorer
- ✓ Ställningstagande till behandlingsinsatser
- ✓ Ställningstagande till fortsatt utredning
- ✓ Diagnos enligt ICD-10
- ✓ En vårdplan

Utredning av tvångssyndrom

REKOMMENDATION

1. Vid tvångssyndrom föreslås en utredning med särskilt fokus på kartläggning av tvångstankar och tvångshandlingar.

Kartlägg aktuella tvångstankar och -handlingar. Debut och förlopp? Hur lång tid ägnas åt tankar respektive handlingar? Finns det tvångsfria stunder? Klarar barnet av att stå emot vissa tvångstankar och låta bli att utföra ritualer? Föräldrar bör medverka men viss del av kartläggningen bör ske enskilt med barnet, då det kan ge mer information, exempelvis avseende eventuella aggressiva eller sexuella tvångstankar.

REKOMMENDATION

2. Vid tvångssyndrom kartläggs på vilket sätt barnet hindras av tvångstankar och tvångsbeteende för att bedöma grad av undvikanden och funktionsnedsättning.

Kartlägg hur tvången hindrar barnet. Kanske får kompisar inte längre komma hem av rädsla för smuts eller smitta. Ritualer kan bli så omfattande eller långdragna att barnet kommer sent eller inte alls till skolan eller sent i säng. Undvikande av vissa miljöer eller situationer för att slippa stimuli som trigger tvångstankar och handlingar är vanligt. Exempelvis undviker barnet att vara på sitt rum om hen inte tvättat sig eller undviker träningen för att inte komma i kontakt med smuts/smitta. Kraftiga och oförståeliga utbrott hos barn kan ha sin grund i ett tvångssyndrom.

REKOMMENDATION

3. Vid tvångssyndrom bör man kartlägga hur barnets närmaste omgivning som familj, skola och kamrater påverkas eller medverkar i tvångsritualer.

Det är vanligt att familj och närstående dras in i tvången. För att lugna tvångstankar måste föräldern upprepat svara på återförsäkringsfrågor eller upprepat tvätta eller städa eller utföra kontrollritualer. Tvångstankarna kan vara så starka och ångesten så hög att det för föräldern är svårt att stå emot och inte gå med i tvången för att lindra barnets oro, förtvivelan och ibland ilska om tvångshandlingarna inte kan utföras. Kartlägg vilka anpassningar som görs och vad

som händer när omgivningen inte går med i tvånget. Bedöm var tvånget är svårast och om det finns ställen fria från tvång.

REKOMMENDATION

4. Vid utredning av tvångssyndrom bör skattningsformulär och strukturerad intervju för tvångstankar och tvångsbeteenden användas.

Lämpliga formulär för självskattning vid screening av tvångssymtom är OCI-CV och BOCS. Inför behandling görs symtomkartläggning av aktuella tvångstankar och handlingar med CY-BOCS intervju. Resultatet av CY-BOCS ger utgångsvärden inför behandlingen och för senare uppföljning och utvärdering. Spara CY-BOCS intervjun till kartläggning inför behandlingen! Det är onödigt att trötta ut barnet med upprepade CY-BOCS i diagnostisk fas. FAS-SR självskattningsinstrument kan vara av värde för att bedöma grad av familjeanpassning.

REKOMMENDATION

5. Vid utredning av tvångssyndrom ska samsjuklighet kartläggas och ett resone-mang kring differentialdiagnostik föras.

I differentialdiagnostiskt syfte behöver funktionen av tvångshandlingarna förstås.

Till skillnad från repetitiva beteenden vid autism drivs tvångshandlingar av en tvångstanke, utförs i syfte att neutralisera ångest, är oönskade och upplevs inte som lustfyllda. Tics är vanligen mindre komplexa än tvång, föregås ofta av en sensorisk ”förkänsla” och görs inte i ångestlindrande syfte.

Vid dysmorfofobi är tankar och ritualer kopplade till en överdriven oro/fixering vid utseendet.

Vid trichotillomani och dermatillomani förekommer enbart handlingar, inga påträngande tankar.

Samlarsyndrom handlar om oförmåga eller stora svårigheter att slänga/skiljas från föremål eller överdrivet samlade av saker. Om personens omfattande samlade och svårigheter att slänga drivs av typiska tvångstankar bedöms det snarare handla om tvångssyndrom.

Vid GAD förekommer förväntansoro kring vardagsnära situationer jämfört med en vid tvångssyndrom ofta orimlig, irrationell oro ofta med kopplade tvångshandlingar. Vid social fobi är den överdrivna rädslan begränsad till sociala situationer och undvikanden och återförsäkringsfrågor är kopplade till

denna sociala rädsla. Vid ätstörning är tankar och tvångsmässigt beteende begränsat till oro kring mat och vikt.

Vissa bisarra, ologiska, orimliga tvångstankar kan te sig av psykotisk karaktär, särskilt om begränsad insikt i det orimliga i tankarna. Exempelvis kan tvångstankar som handlar om rädsla att smittas av låg intelligens, att förgiftas, att förvandlas till en annan person misstolkas som vanföreställningar med risk för felaktig behandling.

REKOMMENDATION

6. Vid akut (inom tre dygn) debuterande tvångssyndrom i kombination med neurologiska symtom ska PANS/PANDAS övervägas som differentialdiagnos och pediatrik specialivård konsulteras.

PANS (Pediatric Acute Onset Neuropsychiatric Syndrome) är en variant med akut insjuknande med allvarlig sjukdomsgrad, till skillnad från ”vanligt” tvångssyndrom som vanligen kommer smygande och i början ofta hålls dold. Förutom snabbt debuterande tvångssyndrom, ses andra neuropsykiatriska och neurologiska symtom, med lika snabb symtomdebut och med motsvarande svårighetsgrad som tvångssymtomen.

Associerade symtom kan vara ätstörning, tics, separationsångest, panikattacker, irritabilitet och kraftiga humörsvägningar, regressivt beteende, hyperaktivitet, koncentrations- och impulskontrollsvårigheter, skrivsvårigheter, urinträngningar och enures. Orsaken är i de flesta fall oklar men tros bero på infektion, eller inflammation som triggar en autoimmun reaktion där neuronala antikroppar angriper hjärnvävnad, främst i basala ganglierna.

Vid Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal Infections (PANDAS) har plötsligt debuterande tvångssymtom, tics och hyperaktivitet kopplats till streptocockinfektion.

Tillståndet har vissa likheter med Sydenhams korea.

Vid misstanke om PANS/PANDAS behöver utredning och eventuell behandling ske i samarbete med barnläkare och ibland med neurolog och immunolog.

Evidensen för denna form av etiologi är motsägelsefull, liksom för diagnostiken och behandlingen. Det finns inga objektiva test.

Behandling inriktad på infektiösa och/eller immunologiska faktorer med exempelvis antibiotika eller immunmodulerande behandling har hittills otillräckligt vetenskapligt stöd.

Därför bör sådan behandling normalt inte ske med undantag för kvalificerad somatisk specialivård

■ Checklista utredning tvångssyndrom steg I

Symtomkartläggning av tvångstankar och tvångsbeteenden:

- ✓ Föräldrar bör medverka, men viss del av informationsinhämtningen bör ske enskilt med barnet, då det kan ge mer information.
- ✓ Kartlägg hur tvången påverkar funktionsnivån och bidrar till undvikandebeteenden.
- ✓ Kartlägg hur familjen involveras, om anpassningar görs av familjemedlemmar, i skolan, i fritidsaktiviteter eller av kompisar.
- ✓ Självskattningsformulär OCI-CV, BOCS CY-BOCS intervju. Spara denna till kartläggning inför behandling!
- ✓ FAS-SR självskattningsinstrument kan vara av värde för bedömning av grad av familjeanpassning.

■ Tvångstankar

Exempel på tvångstankar:

- Smuts/smitta: oro för smuts/ smitta/äcket, oro att bli smittad eller smitta andra
- Aggressiva: rädd att skada sig själv eller andra/att göra något olämpligt/generande
- Sexuella: återkommande, oönskade tankar med sexuellt innehåll/graviditet
- Sparande/samlade: rädd att kasta bort saker eller impuls att samla på skräp
- Magiska/vidskepliga: det vi tänker eller gör kan påverka verkligheten och vi får tur eller otur
- Kroppsliga: överdriven oro för sjukdom
- Religiösa: oro över att tänka eller göra fel mot något religiöst fenomen och rädsla att straffas (även icke religiösa personer kan fastna i religiösa tvångstankar), överdriven oro om rätt/fel och moral
- Symmetri/ordning: oro om saker flyttas, inte är i perfekt ordning eller symmetriskt, det måste kännas helt rätt

■ Tvångshandlingar

Exempel på tvångshandlingar:

- Tvätt/rengöring: överdriven ritualiserad handtvätt, duschning och åtgärder för att undvika kontakt med smuts eller smitta
- Kontroller: kontroller av lås, spis, att man gjort rätt, att inte någon kommit till skada
- Upprepningar: måste upprepa handlingar som att gå in och ut över tröskeln, öppna och stänga dörren, beröra om igen för att det ska kännas rätt
- Räkande: måste räkna till en viss/vissa siffror, göra/tänka saker rätt antal gånger
- Arrangering/iordningsställande: arrangera/ordna saker på ett visst sätt, strävan efter symmetri
- Sparande/samlade: svårt att kasta bort saker, plockar upp och samlar på värdelösa saker
- Magiska: hoppa över streck, beröra föremål/sig själv för att få tur eller otur
- Behov av försäkringar och involverar andra: ber om lugnande försäkringar, svårt att lita på sig själv och sina egna sinnesintryck, involverar närstående i ritualer
- Mentala ritualer: läser en ramsa eller bön för att på magiskt sätt förhindra en önskad händelse.

inom ramen för forskning och utveckling.

I övrigt rekommenderas sedvanlig behandling för respektive tillstånd exempelvis KBT/ERP (kognitiv beteendeterapi med exponering med respons- prevention) och eventuellt SSRI vid tvångssyndrom och HRT (Habit Reversal Training) vid tics.

Bedömningsinstrument vid tvångssyndrom

CY-BOCS (Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) är en halvstrukturerad kliniker-administrerad intervju som innehåller en symtomchecklista och en klinkerskattning.

Symtomchecklistan är uppdelad i tvångstankar och tvångshandlingar. Klinikerskattningen består av 15 frågor, varav 10 är poänggrundande. >16 poäng talar för kliniskt betydande OCD.

OCI-CV (Obsessive Compulsive Inventory – Child Version) är ett självskattningsformulär som mäter symtom på tvångssyndrom. OCI-CV ger poäng på sex delskalor för olika symtomgrupper samt totalsumman av dessa.

BOCS (Brief Obsessive Compulsive Scale) är en symtomchecklista för självskattning av tvångs- tankar och tvångshandlingar inom elva olika symtomgrupper. Via totalsumman av sex frågor värderas grad av symtom, funktionspåverkan och undvikande.

FAS-SR (Family Accomodation Scale – Self Report) är ett skattningsformulär för att bedöma hur familjemedlemmar är involverade i patientens tvång och undvikanden.

ÅNGESTSYNDROM/Faktaruta 2

■ Samsjuklighet

Samsjuklighet är vanligt och förekommer i 60-80 procent av fallen. De vanligaste samtidiga tillstånden är:

- tics/Tourettes
- adhd
- OCD-relaterade tillstånd
- autism
- ångestsyndrom
- depressiva syndrom
- bipolära syndrom.

■ Differentialdiagoser

- Tics/Tourettes med tics som är ofrivilliga och inte görs i syfte att neutralisera tvångstankar och ofta föregås av förkänningar.
- Ångestsyndrom med ångest och oro för sociala situationer vid socialfobi, oro för vardagsnära situationer vid GAD eller undvikanden och oro kopplade till rädsla för panikattacker.
- De till tvångssyndrom relaterade syndromen där tankar och ritualer vid dysmorfofobi begränsas till utseendet, vid trichotillomani där tvångsmässigt hårryckande inte föregås av påträngande tankar eller vid samlarsyndrom som orsakas av överdrevet samlande eller oförmåga att slänga saker.
- Depression där depressiva tankar inte upplevs påträngande och inte leder till tvångshandlingar.
- Ätstörningar där tankar och beteenden är fokuserade på mat och vikt.
- PTSD med exempelvis tvångsmässigt, upprepat tvättande eller undvikanden kopplade till tidigare trauma.
- Autism med repetitiva beteenden som inte föregås av tvångstankar, inte leder till minskad ångest och inte är önskad.
- Psykotiskt syndrom med andra psykotiska symtom och oftast helt utan insikt samtidigt som andra symtom på tvångssyndrom saknas.

Gemensam utredning för både ångestsyndrom och tvångssyndrom

REKOMMENDATION

1. Kartlägg skyddsfaktorer, förekomst av vidmakthållande faktorer som psykosociala stressfaktorer, tidigare livshändelser, skola och familjesituation.

Ångest- och tvångssyndrom kan förstärkas och vidmakthållas genom faktorer i barnets miljö och omgivning. En otrygg hemsituation kan bidra till och vidmakthålla tillståndet. En otrygg skolmiljö, mobbning och kamratkonflikter påverkar också tillstånden negativt. I kartläggningen av livshändelser är det viktigt att fråga om barnet har upplevt situationer eller specifika händelser av traumatiserande slag tidigare eller i nutid som misshandel eller övergrepp. Faktorer som kan vara skyddande för barnet ska kartläggas både på individ, familje- och omgivningsnivå.

Exempel på skyddande faktorer kan vara personlighet, begåvningsnivå, fritidsaktiviteter, en trygg hem- och skolmiljö.

Ångest- och tvångstillstånd kan leda till låg närvaro, trötthet, koncentrationssvårigheter och att barn kommer efter i skolan. Risk för så kallad skolvägran föreligger. Barn med ångest har ofta svårt att hävda sig, är tysta, vågar inte räkna upp handen eller hålla redovisningar i skolan vilket kan leda till sämre betyg. Dagtrötthet på grund av sömnsvårigheter kan ytterligare påverka skolprestationerna negativt.

REKOMMENDATION

2. Kartlägg psykiatrisk ärftlighet och föräldrafunktion.

Ärftlighet för ångest och tvångstillstånd är en stor riskfaktor för att barnet ska utveckla ett ångestsyndrom. Ångestsymtom hos föräldrarna kan vara subkliniska och behöver inte betyda att de har ett diagnostiserat ångestsyndrom. Efterhör allmän oro, ängslighet och undvikanden även hos föräldrar. Ärftlighet för psykisk ohälsa inklusive substansbruk kartläggs hos samtliga första- och andragsgradsläktingar.

Då barn kan utveckla rädslor och beteenden genom modellinlärning är kartläggning av föräldrastil viktigt.

Det är av värde att bilda sig en uppfattning av föräldrarnas omsorgsförmåga, anknytningsstil och om det finns tecken på överbeskydd och anpassningar i familjen som kan bidra till vidmakthållande/förstärkning av ångestsymtom eller undvikanden.

REKOMMENDATION

3. Kartlägg hur levnadsvanor, sömn, måltider och fysisk aktivitet påverkas.

Ångest, tvångstankar och oro leder hos de flesta barn till försämrad sömn. Det är svårt att somna med grubblande orostankar eller rädsla för att något ska inträffa under natten. Barn kan kvällstid oroas för eldsvåda, inbrott, spöken och monster eller ha svårare att slappna av och komma till ro av det generella stresspåslaget som oro och ångest medför. Det är vanligt med återkommande mardrömmar och barn med ångestsyndrom kan ha svårt att sova ensamma i egen säng även upp i åldrarna. Fråga specifikt om det är oro som leder till sömnsvårigheterna.

Rädsla och oro nedsätter aptiten och kan påverka barnets vikt och längdutveckling negativt och ska alltid undersökas. Rädsla och oro kan hindra barnet att vara aktivt på sin fritid eller att delta på idrotten i skolan, vilket behöver kartläggas.

REKOMMENDATION

4. Kartlägg bruk av koffein, alkohol, nikotin, illegala substanser och läkemedel.

Ångestsyndrom ökar risken för bruk av alkohol, nikotin och illegala substanser som cannabis. Substanser som upplevs ha lugnande effekt på ångestsymtomen används ofta som självmedicinering. Risk för beroendutveckling är hög.

Hög ångest kan ses som del i en abstinens efter avslutat missbruk av bland annat cannabis.

I utredningen är det därför viktigt att kartlägga aktuellt eller tidigare substansbruk. Vissa ämnen och läkemedel kan ge ångestsymtom som biverkan. Koffein i kaffe eller energidrycker, SSRI-medicinering och astmaläkemedel är några exempel. Kartlägg därför vilka läkemedel barnet behandlas med.

REKOMMENDATION

5. Efter varje genomförd bedömning sammanfattas och återges denna till patient och föräldrar med ett ställningstagande till behandlingsinsatser eller behov av ytterligare utredning.

Symtom och beteenden ska bedömas i sitt sammanhang och familjen ses i sin sociala och kulturella kontext.

Livshändelser, föräldrafunktion och barnets psykosociala miljö ska alltid vägas in.

En funktionskattning enligt CGAS rekommenderas. Bedömningen ska sammanfattas i sin helhet med den kliniska observationen, anamnes, psykiatrisk och somatiskt status. Bedömningen återges på ett pedagogiskt sätt till barnet och föräldrar – gärna både muntligt och skriftligt.

Klinikern skattar symtomens svårighetsgrad utifrån funktionsnedsättning och vilken grad av lidande tillståndet innebär för barnet utifrån tre nivåer – lindriga, medelsvåra eller svåra. I bedömningen som journalförs ingår alltid ett diagnostiskt resonemang, beskrivning av de viktigaste skydds- och riskfaktorerna samt ställningstagande till behandling eller om det finns behov av fortsatt utredning.

Efter utredning på steg I kan behandling med psykopedagogisk behandling eller beslut om fortsatt utredning bli aktuellt.

Efter kompletterande utredning på steg II kan ställningstagande till psykoterapi eller medicinering bli aktuell. Remiss till barnläkare kan behövas om somatisk basutredning visar avvikelser.

Efter fördjupad utredning på steg III kan ställningstagande till samverkan med andra vårdgivare som barnhabilitering och kommun behövas tas.

Steg II

REKOMMENDATION

1. Vid svåra tvångssyndrom och ångest-syndrom bör semistrukturerad klinisk intervju användas och eventuell samsjuklighet utredas.

Fördjupad bedömning av ångest- och tvångssyndrom hos barn och ungdomar kan göras utifrån en semistrukturerad diagnostisk intervju med barnet och dess föräldrar och/eller närstående. Här rekommenderas att man för varje ångesttillstånd ställer riktade diagnostiska frågor från K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) supplement för ångeststörningar eller använder MINI-KID (MINI Internationell Neuropsykiatrisk Intervju För barn och ungdomar).

Det kan vara av stort värde för utredning och bedömning att få barnets symtom och funktion beskrivna av flera personer som kommer i kontakt med barnet. Båda föräldrarna kan behöva intervjuas. Efter inhämtande av tillstånd kan förskolepersonal, lärare och andra närstående kontaktas.

Att låta barn och föräldrar dagligen själva monitorera ångestsymtom och konsekvenser av dessa genom

att föra en dagbok underlättar kartläggningen av trigger och tillståndets svårighetsgrad.

Mer än hälften av alla barn och ungdomar med ångest- eller tvångssyndrom har samtidigt en annan psykiatrisk problematik. Vanlig samsjuklighet som ska screenas för är depression, tvångssyndrom, adhd, trotssyndrom, substansbruk, anorexia nervosa, autisism och PTSD. Gå igenom centrala symtom för varje diagnos. Det är viktigt att i bedömningen kartlägga när samsjukligheten debuterade och hur den yttrar sig för att särskilja sekundära svårigheter. Ångest- och tvångssyndrom kan förstärka annan samtidig psykisk ohälsa samt öka risken för utveckling av sådan på samma sätt som samsjuklighet kan förstärka ångest och tvång.

Koncentrationssvårigheter och rastlöshet sekundärt till ångest- och tvångssyndrom kan vara svårt att skilja från en primär adhd-problematik, särskilt när båda tillstånden föreligger samtidigt. Ärftlighet kan vara vägledande samt i vilken ordning symtomen debuterade.

REKOMMENDATION

2. Framkommer det under utredningen misstanke om selektiv mutism behöver utredningen kompletteras.

Selektiv mutism kan vara associerat till annan samtidig problematik och behöver därmed en mer utvidgad kartläggning. Barn med selektiv mutism ses som en heterogen grupp där individuell, multimodal bedömning är nödvändig. Vid bedömning vid misstänkt selektiv mutism rekommenderas därför att även följande aspekter beaktas:

- Hörselnedsättning
- Sensomotoriska svårigheter
- Kognitiv förmåga
- Språksvårigheter

Föräldraformuläret Selektiv Mutism Questionnaire (SMQ) och lärarformuläret School Speech Questionnaire (SSQ) vid selektiv mutism kan användas.

REKOMMENDATION

3. Somatisk sjukdom som bakomliggande möjlig orsak till ångestsymtom bör utredas med kroppsundersökning och blodprov.

Om patienten inte svarat på PB och KBT eller läkemedelsbehandling bör somatisk orsak uteslutas. Detta

gäller särskilt om det inte finns tydlig ärftlighet för ångestsyndrom och förloppet är atypiskt.

Somatiska tillstånd som kan ge ångestsymtom är bland annat migrän, lågt blodsocker, astma, struma, encefaliter, mer ovanliga hormonella tillstånd och hjärtrytmrubbningar. Fråga om ärftlighet för kroppsliga sjukdomar och gör en basal kroppsundersökning och ta rutinprover.

Labscreening: Hb, Retikulocyter, RetHb (retikulocyternas järninnehåll är ett bättre mått än S-järn, som ej ska tas), EVF, MCHC, MCV, B-12. Folat, S-homo- cystein (visar funktionell brist på B12 eller folat) S-Ca, S-albumin, B-glukos, Na, K, ALAT, ALP, bilirubin, TSH, T3 och T4, anti-transglutaminas, CRP och urinsticka.

REKOMMENDATION

4. Bedömning av förutsättning och motivation inför terapeutisk behandling bör utföras.

Inför PB- och KBT-behandling behöver man undersöka möjligheterna att genomföra behandlingen. Många barn och föräldrar är positiva till föreslagna behandlingar.

Det kan också finnas motstånd och hinder hos barnet och föräldrar som försvårar möjligheterna att tillgodogöra sig en psykoterapeutisk behandling för ångest- och tvångssyndrom. Det kan uppfattas skrämmande för barnet att utsättas för just de saker det upplever obehag inför.

Undvikande beteende kan vara manifest och ge sekundärvinst, till exempel att slippa vara i skolan eller få mycket dator-/speltid. En del barn och föräldrar kan ha svårigheter att delta i gruppbehandlingar.

Psykoterapeutisk behandling kan erbjudas, individuellt, familjevis eller i grupp. Förklara först kortfattat vad psykoterapi innebär och hur det går till samt bilda dig en uppfattning av barnets och föräldrarnas behandlingsmotivation och förutsättningar att tillgodogöras en terapeutisk behandling. Skräddarsy därefter en individuell behandlingsplan.

■ Checklista utredning ångest- och tvångssyndrom steg II

Bedömningen görs i syfte att

- ✓ kartlägga eventuell psykiatrisk samsjuklighet och differential- diagnostik
- ✓ utesluta eventuell somatisk bakomliggande orsak
- ✓ kartlägga förutsättningar inför psykoterapeutisk behandling
- ✓ bedöma behov av farmakologisk behandling.

Tillvägagångssätt är

- ✓ fördjupad anamnes
- ✓ K-SADS supplement ångeststörning, MINI-KID
- ✓ ångestdagbok (vid ångesttillstånd)
- ✓ intervju med förskola/skola
- ✓ kroppslig undersökning
- ✓ bedöm om indicerat att utföra blodprovstagning; Hb, EVF, MCHC, MCV, B-12. Folat, s-Ca, B-glukos, elektrolyter, lever- prover, glu-AK, TSH, T4, u-toxscreening.

Resulterar i

- ✓ ställningstagande till remiss till barnläkare/barnneurolog
- ✓ bedömning av behandlingsmotivation inför psykoterapeutisk behandling
- ✓ bedömning av behov av farmakologisk behandling
- ✓ vårdplan med ställningstagande till behandlingsinsatser
- ✓ diagnos enligt ICD-10/DSM-5
- ✓ ställningstagande till fortsatt utredning.

Steg III

REKOMMENDATION

1. Den fördjupade utredningen bör genomföras med en semistrukturerad klinisk intervju som diagnostiskt stöd och kartläggning av psykiatrisk samsjuklighet.

Ångestsyndrom och tvångssyndrom föreligger ofta samtidigt med annan allvarlig psykiatrisk problematik som affektiv instabilitet, bipolärt syndrom, autism, PTSD, psykos med hörselhallucinationer eller andra perceptionsstörningar.

Vid mer komplex samsjuklighet är det av stort värde som stöd för differentialdiagnostiken att använda en semistrukturerad diagnostisk intervju som KSADS eller MINI-KID i sin helhet och intervjua både barnet och föräldrarna om det är möjligt. Denna diagnostiska process är ofta svår och kan kräva observation av barnet över tid och diagnostisk erfarenhet.

REKOMMENDATION

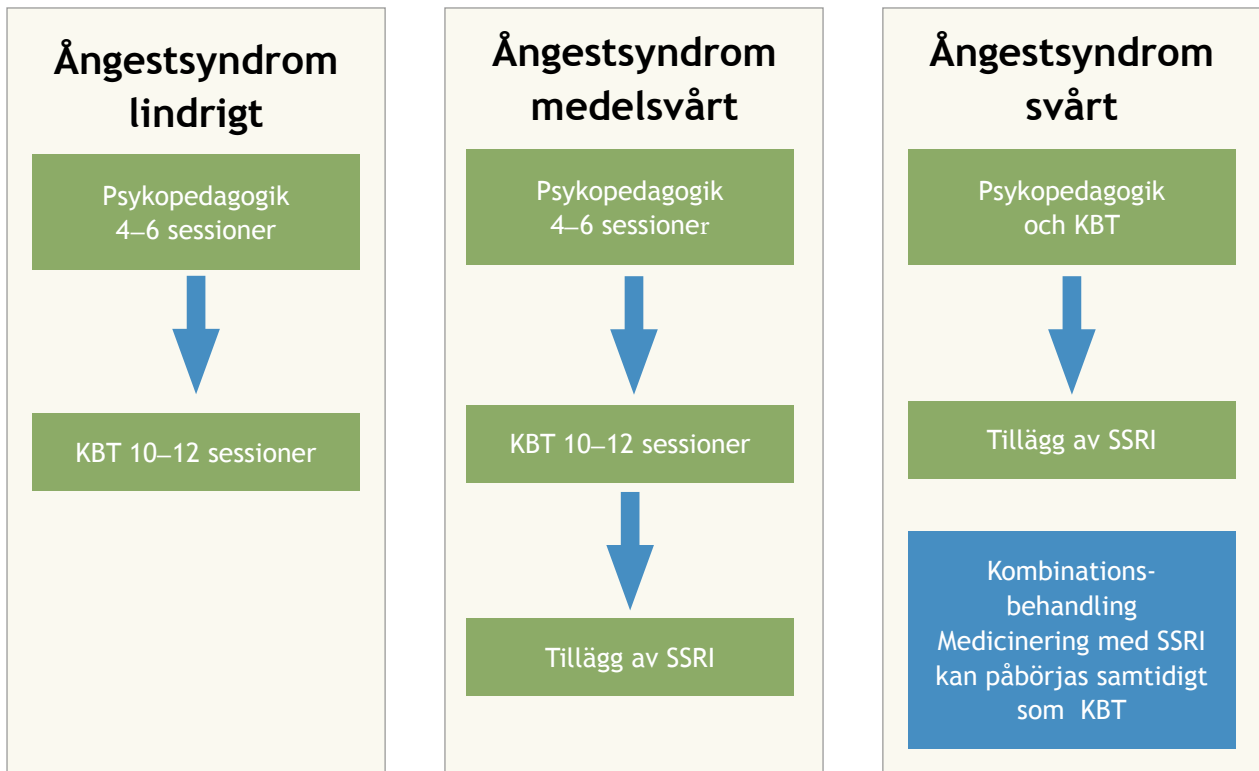
2. Överväg neurokognitiv utredning.

Ångestsyndrom och tvångssyndrom i kombination med utvecklingsrelaterade svårigheter som begåvningshandikapp, genetiska syndrom, samspelssvårigheter eller språksvårigheter kan motivera fördjupad neurokognitiv utredning. Barn och ungdomar med funktionsnedsättning kan få ångestsymtom om de utsätts för överkrav från omgivning eller skola. En neurokognitiv testning och en strukturerad bedömning av barnets funktion och adaptiva förmåga föreslås därmed på denna nivå. Här kan WISC/WAIS och eller bedömning av adaptiv förmåga med ABAS (Adaptive Behavior Assessment System) eller Vineland Adaptive Behavior Scales föreslås.

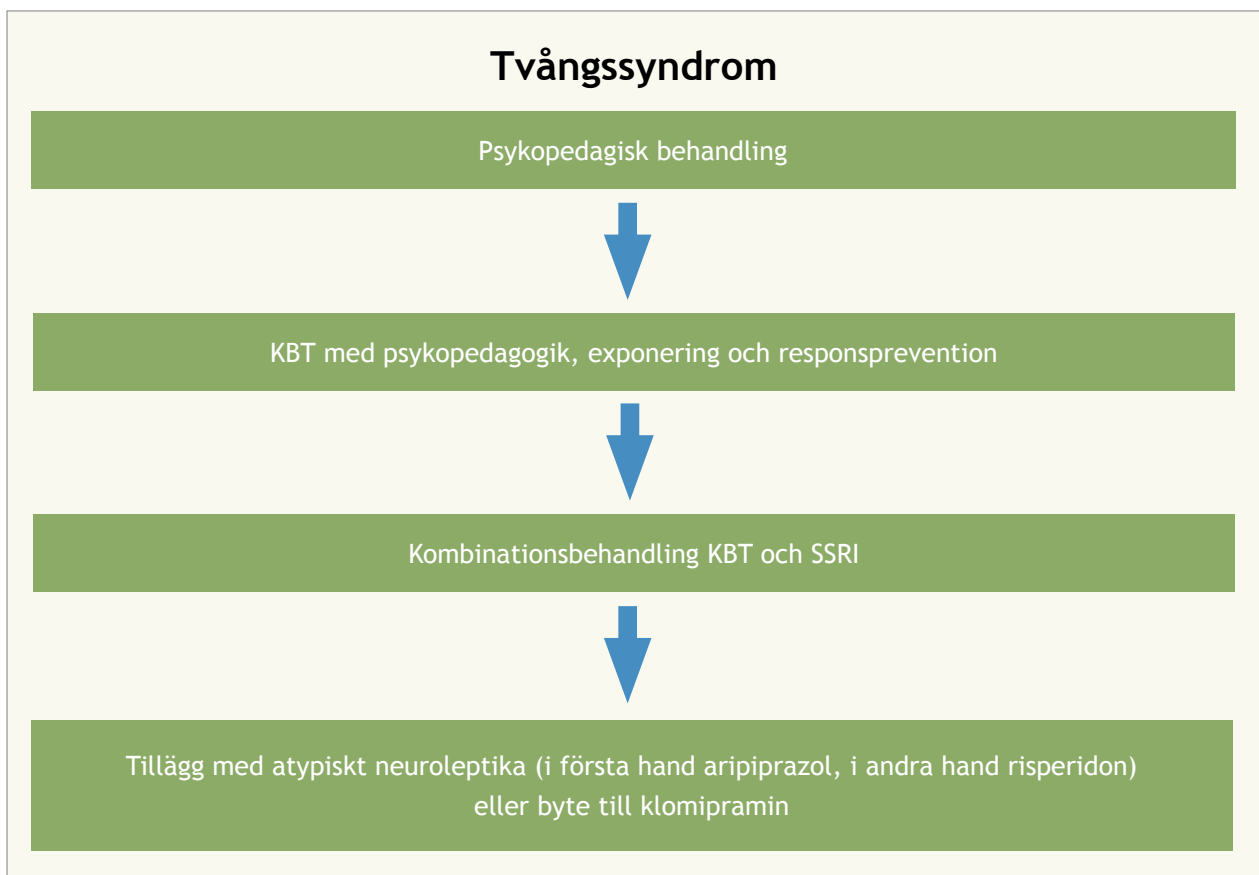
Initiering vid behov av samverkan med barnläkare, barnhabilitering, socialförvaltning eller LSS i syfte att etablera nödvändiga kompletterande behandlings och stödinsatser.



BEHANDLING



Figur 1. Behandlingsalgoritm vid ångestsyndrom hos barn utifrån svårighetsgrad.



Figur 2. Behandlingsalgoritm vid tvångssyndrom hos barn och ungdomar.

REKOMMENDATION

1. Behandlingsmål ska vara att nå psykosocial funktion på en nivå förväntad för barnets ålder och kognitiva förutsättningar, god livskvalitet samt färdigheter att själv hantera tvångstankar/handlingar och ångestsymtom.

Det finns idag bra och väl utprovade behandlingsmetoder för barn med ångest och tvångssyndrom och med adekvata behandlingsinsatser kan de flesta barn uppnå behandlingsmålen (remission). Behandling vid ångestsyndrom, tvångssyndrom och relaterade syndrom syftar till att minska symtom, höja funktionsnivån till den förväntade för åldern och att förhindra sekundära svårigheter av sjukdomstillståndet/sjukdomstillstånden. Att helt bli fri från ångestsymtom är inte ett behandlingsmål då ångestreaktioner, oro och rädsla är en del av normalutvecklingen och en ofrånkomlig del av livet. Ett centralt behandlingsmål vid ångestsyndrom och tvångssyndrom är att barnet och föräldrar erhåller strategier och färdigheter i att förstå och hantera symtom på egen hand.

REKOMMENDATION

2. Behandlingsinsatserna bör planeras utifrån tillståndets svårighetsgrad, barnets ålder och de psykosociala faktorer som bedöms vara av betydelse.

Det är alltid i första hand viktigt att försäkra sig om att barnets vardag är trygg, att familjeklimat, vardagsrutiner, skolmiljö eller fritid inte förstärker eller vidmakthåller tillståndet. I sådana fall börjar behandlingsinsatserna med att minska akuta psykosociala stressfaktorer. Familjesamtal med behandlingsmål att minska konflikter och öka familjens kommunikations- och problemlösningsförmåga i de familjer där detta brister och är en vidmakthållande faktor för ångestsyndrom är av värde för att skapa en lugnare och tryggare hemsituation.

Behandlingsinsatserna styrs av tillståndets svårighetsgrad och erbjuds stegvis. Behandlingen anpassas alltid efter barnets ålder, mognad och förmåga att delta. Hos yngre barn blir föräldrarnas delaktighet i behandlingen större.

De barn som når behandlingsmålen med psykopedagogisk behandling ska inte erbjudas ytterligare insatser. Kvarstår svårigheter går man vidare och erbjuder KBT och i vissa fall medicinering. Bedöms ångestsyndromet som svårt ska farmakologisk behandling övervägas vid behandlingsstart.

REKOMMENDATION

3. En vårdplan som upprättas i gemensam överenskommelse med barn och föräldrar bör utgöra grunden för all behandling. Behov av samverkan med förskola/skola ska övervägas.

Vårdplanen ska vara en överenskommelse med patienten och föräldrarna om behandlingen. Inventera problemområden tillsammans med familjen och ge information om de olika behandlingsalternativen. Klargör vilken effekt som kan förväntas, eventuella biverkningar, liksom grad av vetenskapligt stöd för respektive metod.

Behandlingen bör individualiseras utifrån patientens och familjens behov och intensiteten i och utformningen av behandlingen kan variera under barnets uppväxt. Motivationen hos barn och föräldrar har stor betydelse för behandlingsframgång, varför målen för behandlingen måste kännas meningsfulla för dem som deltar.

Samverkan med andra aktörer, som förskola, skola är ofta nödvändigt vid ångestsyndrom och tvångssyndrom där skolvägran föreligger eller när skolprestationer på annat sätt påverkas av barnets symtom. Barnets pedagoger behöver information om tillståndet och råd kring hur barnet ska stödjas från skolans sida under behandlingen för att så snart som möjligt kunna återgå till full skolgång.

REKOMMENDATION

4. En hierarki för behandling av eventuell samsjuklighet bör upprättas.

Vid ångest och tvångssyndrom är det vanligt med samsjuklighet och att flera tillstånd kan kräva behandlingsinsatser. Utifrån den kliniska bilden och tidsförloppet får man då göra en bedömning av i vilken ordning tillstånden ska behandlas.

Hierarkin upprättas utifrån principen att det tillstånd som bedöms bidra mest till lidande och funktionsnedsättning eller utgör störst risk behandlas först. Vid akuta och livshotande tillstånd handläggs alltid dessa omgående, till exempel om det föreligger en hög suicidrisk, svår depression, om barnet/ungdomen har en ätstörning med undervikt/svält, ett pågående trauma, psykosymtom eller mani.

Om ett tillstånd tydligt är sekundärt till ett ångestsyndrom kan grundtillståndet med fördel behandlas först. Det kan vara fallet med lindrig depressivitet, självskadebeteende, sömnstörning eller missbruk sekundärt till ångestsyndrom.

Föreligger det ett samtidigt svårare ångestreglerande självskadebeteende behöver man ibland erbjuda specifika behandlingsinsatser samtidigt som ångestsyndromet behandlas. Pågående skadligt substansbruk kräver särskild handläggning.

Ångestsyndrom med samtidig adhd där adhd:n medför bristande uthållighet kan försvåra delaktighet i PB och KBT. Adhd-problematiken behöver då ofta behandlas först.

När det till ångest- eller tvångssyndrom finns en annan samtidig neuropsykiatrisk diagnos, autism eller kognitiva svårigheter värderas på vilket sätt ångestsymtomen påverkar eller påverkas av det andra tillståndet.

Föreligger det överkrav och miljön inte är anpassad till barnets funktionsnedsättning kan det vara orsak till oro och ångest hos barnet. Barnets miljö bör då i första hand tillrättaläggas.

Psykopedagogisk och psykoterapeutisk behandling

Steg I

REKOMMENDATION

1. Strukturerad psykopedagogisk behandling ska erbjudas alla med ångest och tvångssyndrom och är första steget i behandlingen.

Psykopedagogisk behandling (PB) är alltid första steget vid behandling av sjukdomstillstånd eller symtom inom ångestsyndrom, tvångssyndrom och relaterade syndrom hos barn och ungdomar. PB syftar till att ge barn och föräldrar kunskap om grundtillståndet, strategier att hantera symtom och information om behandlingsalternativ. PB ska innehålla diagnosspecifik och generell information samt förståelse för tillståndets inverkan på skola, familje- och kamratrelationer. Kombinera alltid muntlig information med skriftligt underlag om diagnosen.

Hänvisa gärna till webblänkar och patient- och anhörigföreningar.

REKOMMENDATION

2. Psykopedagogisk behandling bör ske i en familjekontext med delaktighet från föräldrar eller anhöriga.

Graden av delaktighet från föräldrar eller anhöriga anpassas utifrån barnets utvecklingsnivå, ålder och tillståndets svårighetsgrad. Ge föräldrarna eller anhöriga stöd att informera lärare om tillståndets inverkan på barnet.

Identifiera och åtgärda om det finns stressorer eller faktorer som vidmakthåller sjukdomstillståndet.

Barnets hemsituation kan ibland vara svår på grund av familjekonflikter, våldsutsatthet eller sexuella övergrepp i hemmet, missbruk eller psykisk sjukdom hos förälder som leder till en bristande omsorgsförmåga.

Det kan förekomma stressorer utanför hemmet exempelvis våldsutsatthet utom familjen, sexuella övergrepp eller mobbning i vardagslivet eller online/internet, hedersrelaterad brottslighet eller andra former av kränkningar eller andra belastningar.

Involvera socialtjänsten om det finns en misstanke om risk för att barnet far illa. Om föräldrar har egna problem bör de uppmuntras att söka egen hjälp. Finns det konflikter som bidrar till barnets sjukdomstillstånd bör barn och föräldrar få hjälp tillsammans med konflikthantering och problemlösning.

Psykopedagogisk behandling vid ångestsyndrom och OCD

Psykopedagogisk behandling i form av samtal med fokus på ångest och tvångssyndrom är en familjebaserad behandling riktad till både barnet eller ungdomen och dennas föräldrar. Behandlingen innebär att man målmedvetet arbetar med att öka förståelsen för hur ångesten uppstår och förstärks, och hur den påverkar barnets vardag. Arbetet sker strukturerat och problemlösande där föräldrarna utgör ett viktigt stöd för att barnet ska våga utmana sig i små steg utan att ta till säkerhetsbeteenden. Föräldrarna får också stöd i sitt förhållningssätt.

Psykopedagogisk behandling, PB, bör erbjudas under 4–6 veckors tid med ett strukturerat upplägg och innehåll. Innehållet är modulbaserat och antalet sessioner för att gå igenom innehållet anpassas efter varje familjs och patients behov. För många barn och ungdomar med ångestsyndrom och lindriga tvångssymtom kan det vara tillräckligt med psykopedagogisk behandling i familjekontext. Syftet är att ge råd och kunskap och därmed mobilisera barnets och familjens egen förmåga att lösa problemet. Varje punkt nedan ingår i ett utbildningspaket för PB enligt punkterna 1-2-3, se faktaruta om sessionerna på sidan 21.

REKOMMENDATION

3. Vid ångest- och tvångssyndrom bör den psykopedagogiska behandlingen utvärderas efter 4-6 sessioner.

Efter ett basalt omhändertagande med PB enligt fyra moduler (se fig 3) ska behandlingen utvärderas. Utvärderingen bör vara systematisk och bland annat innehålla själv- och föräldraskattningar.

I utvärderingen sammanfattas följande:

- Samtliga symtom för sjukdomstillståndet/tillstånden
- **För ångestsymtom** via själv- och föräldraskattning SCAS eller SCARED-R
- **För tvångssymtom** BOCS-Brief Obsessive Compulsive Scale
- Funktionsförmåga i vardagen via C-GAS
- Problemområden/stressorer, delmål i vårdplanen, grad av förbättring och måluppfyllelse.
- Behandlingsföljsamhet under samtal och hemuppgifter.



Figur 3. Upplägg och innehåll för psykopedagogisk behandling.

■ Checklista för psykopedagogisk behandling

Session 1. Undervisning

Information ges både generellt om det specifika syndromet (se faktaruta för ångest- respektive tvångssyndrom) samt kring patientens symtom. Beskriv de verksamma behandlingsmetoder som finns och som kan bli aktuella utifrån tillstånd och svårighetsgrad. KBT, kognitiv beteendeterapi, och/ eller SSRI-medicinering har god evidens.

Bemöt varje punkt nedan med information:

- ✓ Normalitet och patologi
- ✓ Föreställningar om oro/ångest (farligt, bli tokig etc...)
- ✓ Ångestkurvan - ångestreaktionens förlopp (fig.4 och 5)
- ✓ Tvångscirkeln- tvångsreaktionens förlopp (fig. 6 och 7)
- ✓ Basal inläringsteori - hur rädslor skapas, vidmakthålls och kan behandlas.
- ✓ Att undvikande av stimuli leder till förstärkt ångest, eftersom undvikande för det skrämmande

ger ökad osäkerhet över situationen, vilket leder till ökad ångest och risk för mer undvikanden.

- ✓ Att säkerhetsbeteenden eller ritualer för att neutralisera ångesten leder till förstärkt ångest. Vid till exempel oro för prata, pratar man tystare, eller vid oro för att man glömt stänga av spisen kontrollerar flera gånger ger det ett tillfälligt lugn.
- ✓ Att oro för en sak kan spridas genom associativ inläring - att exempelvis undvika att prata i klassen av oro för att göra bort sig, sprids till oro att prata på rasten eller att undvika att ta på smittade saker kan spridas till att inte ta på andra saker.
- ✓ Hur ångest kan behandlas genom exponering.
- ✓ Hur tvång kan behandlas genom exponering och att inte utföra tvångshandlingen sk responsprevention.
- ✓ Information specifikt för det primära syndromet (se faktaruta om kort information om ångestsyndrom och tvångssyndrom).

Session 2. Hantera akuta stressorer och etablera goda levnadsvanor

Hantera stressorer som på kort sikt eller akut kan öka symptomintensiteten.

- ✓ Psykosociala faktorer som kan behöva adresseras är mobbing/utfrysning, social isolering, föräldrafrånvaro, hög stressnivå i familjen, våld eller allvarliga familjekonflikter, missbruk i familjen (alkohol, droger, läkemedel), svåra problem i den utvidgade familjen
- ✓ Remittera vid behov förälder eller närstående till egen hjälp.
- ✓ Har det vid kartläggningen framkommit andra stressorer gör man en handlingsplan för att minska dessa. Kan handla om aktuella och/eller tidigare trauman, våldsutsatthet, sexuella

övergrepp eller andra former av kränkningar och belastningar.

- ✓ Etablera goda levnadsvanor avseende sömn, mat och fysisk aktivitet.
- ✓ Etablera goda vardagsrutiner kring skolgång, fritidsaktiviteter och kamratkontakter.
- ✓ Hantera vidmakthållande faktorer för ångest och tvång.
- ✓ Etablera samarbete med skolan vid behov för anpassningar och erbjud skolan information för att kunna stödja barnet utifrån diagnosen
- ✓ Öka familjens förmåga att problemlösa och kommunicera med fokus på problem i vardagen och sociala relationer.

Session 3. Strategier för egen symtomhantering och exponering

Information och råd om hur patienten och familjen själva kan hantera och leva med symtom (hjälp till självhjälp)

- ✓ Råd om att möta symtom och bemästra undvikanden av ångestassocierade situationer och Identifiera säkerhetsbeteenden och ge råd om alternativ hantering
- ✓ Råd om alternativa förhållningssätt till föräldrar

om de anpassat sig till ångest- eller tvångssyndromet så att dessa vidmakthålls.

- ✓ Vid ångest lära föräldrar och barn exponeringsteknik i lagom steg.
- ✓ Vid tvång lära föräldrar och barn exponeringsteknik med responsprevention genom att i lagom steg inte neutralisera ångesten med tvångstankar eller tvångshandlingar
- ✓ Motverka återfall. Identifiera situationer som ökar risken för återfall för att snabbt kunna använda fungerande strategier.

Steg II

REKOMMENDATION

1. Vid ångestsyndrom bör psykoterapeutisk behandling med KBT erbjudas när psykopedagogisk behandling inte leder till att behandlingsmålen nås.

Kognitiv beteendeterapi, KBT, är en psykoterapeutisk behandling som har vetenskapligt stöd för behandling av ångestsyndrom. KBT-behandlingen kan ske individuellt, i grupp eller familjebaserat. KBT för ångest kan förmedlas via internet, (video och/eller chat) så kallad Internetförmedlad KBT (IKBT).

Olika terapeutiska interventioner kan vara aktuella under behandlingen beroende på symtombild. Terapeuten anpassar de interventioner som ska ingå i behandlingen efter de specifika ångestsyndromen enligt nedan.

SEPARATIONSÅNGEST. Fokus i behandlingen är att identifiera faktorer som bidrar till vidmakthållande av ångestsymtomen, att minska säkerhets- och undvikande beteenden, öka barnets/ungdomens aktiviteter på egen hand, realitetstesta katastroftankar och öka barnets/ungdomens upplevelse av till sin egen förmåga. Föräldrar ges stöd i att hantera och förebygga barnets reaktioner vid separationen och sina egna undvikande- och säkerhetsbeteenden.

SELEKTIV MUTISM. För yngre barn, 3–6 år, sker behandlingen i första hand genom handledning och stöd till föräldrar och förskolepersonal. Detta gäller också barn som är äldre än 7 år. Om dessa behandlingsinsatser inte räcker finns det behov av en strukturerad behandling som bygger på familjeinriktade insatser med beteendearikta interventioner. En del i behandlingen är defokuserad kommunikation med ett defokuserat bemötande. Barnet får också träna stegvis i en exponeringsbaserad behandling på att prata med kamrater, skolpersonal eller andra betydelsefulla personer i barnets närhet. I behandlingsarbetet bör förskole-/skolpersonal alltid involveras.

SPECIFIK FOBI. Behandlingen bygger på gradvis exponering för objektet eller situationen som utlöser ångesten. Exponeringen genomförs ofta vid ett enda tillfälle under cirka tre timmar. Forskning visar att exponering vid ett tillfälle ger lika god effekt som exponering vid flera tillfällen. Exponeringen kan ske endast med barnet eller ungdomen, eller tillsammans med föräldrar. Det kan också bli aktuellt med kognitiv omstrukturering för att ersätta felaktiga tankar eller föreställningar.

SOCIAL ÅNGEST. Fokus i behandlingen är på gradvis exponering för sociala situationer utan att barnet/ungdomen använder sig av säkerhets- eller undvikande beteenden. Behandlingen innefattar exponering in vivo, kognitiv omstrukturering, social färdighetsträning och problemlösning. Vid kognitiv omstrukturering är det viktigt att ta hänsyn till barnets kognitiva förmåga och kan vara lämpligt att arbeta med när barnen är över 10 år. Det är viktigt att skolan är delaktig i behandlingen.

PANIKSYNDROM. Behandlingen fokuserar främst på psykoedukation till barnet om de kroppsliga reaktioner som uppkommer på grund av oro och inte är tecken på sjukdom eller en fara för livet. Exponeringen i behandlingen inriktas på de kroppsliga reaktioner som barnet fruktar ska hända. En annan del av behandlingen är kognitiv omstrukturering som kopplas till fysiska symtom, avslappningstekniker och exponering för inre sensationer

AGORAFOBI. Fokus ligger på en gradvis exponering för de situationer och plaster som barnet/ungdomen undviker. I behandlingen ingår psykoedukation och den kan innehålla beteendeeexperiment och kognitiv omstrukturering. Det är vanligt att agorafobi och paniksyndrom förekommer samtidigt. När de förekommer samtidigt, använd behandlingskomponenterna som beskrivs under paniksyndrom. Det innebär en behandling av paniksyndromet och undvikanden som ingår i agorafobin.

GENERALISERAD ÅNGEST - GAD. Behandlingen vid GAD är ofta mer omfattande än vid övriga ångestsyndrom. Den består av psykoedukation, exponering, spänningshantering, hantering av orostankar med realitetstestning och acceptans.

Barn och ungdomar med GAD har förhöjda stressnivåer och fysiska symtom som kan minska med avslappningsövningar. Eftersom GAD är besläktat med depression kan det vara hjälpsamt med beteendearikta deaktivering. Målet med behandlingen är att barnets/ungdomens upplevelse av kontroll över oron ska öka med uppmärksamhetsfokus på nuet.

■ Checklista sömnhygien

Rutiner kring sängdags

- ✓ Regelbundna tider för sängdags och uppstigning (inga stora avsteg till exempel under helger).
- ✓ Tid för sängdags och uppstigning anpassas till ålder och individuella behov.
- ✓ Lugn och ro minst en timme före sängdags.
- ✓ Tydliga signaler för när det är dags att sova; till exempel nattkläder, tandborstning och sagostund.
- ✓ Koppla bort tv, dator, mobiltelefon och surfplattor i god tid.
- ✓ Uppmuntra att barnet vänjer sig vid att somna själv. Det kan vara mycket svårt för vissa barn/ungdomar med exempelvis tvångssyndrom att hastigt börja somna själv. Arbetet med detta bör ske gradvis och med en anpassning utifrån tillståndet.

Sovmiljö för god sömn

- ✓ Välkänt, lugnt, tyst och inte för varmt sovrum.
- ✓ Sovmiljön får inte vara associerad med negativa upplevelser (till exempel bestraffning).
- ✓ Mörkt (eventuell nattlampa) och skärmfritt sovrum.
- ✓ Bekväm säng anpassad till barnets ålder.

Faktorer som kan störa sömnen

- ✓ Träning eller annan kraftig fysisk aktivitet sent på kvällen.
- ✓ För mycket stillasittande inomhus under dagarna.
- ✓ För lång eller för sen middagssömn.
- ✓ Koffein (till exempel kaffe, cola och energidrycker).
- ✓ Rökning, alkohol och droger.
- ✓ Stora måltider och mycket dryck före sängdags (men även att gå till sängs hungrig).
- ✓ Spel, tv, sociala medier, sms osv. i sängen.

REKOMMENDATION

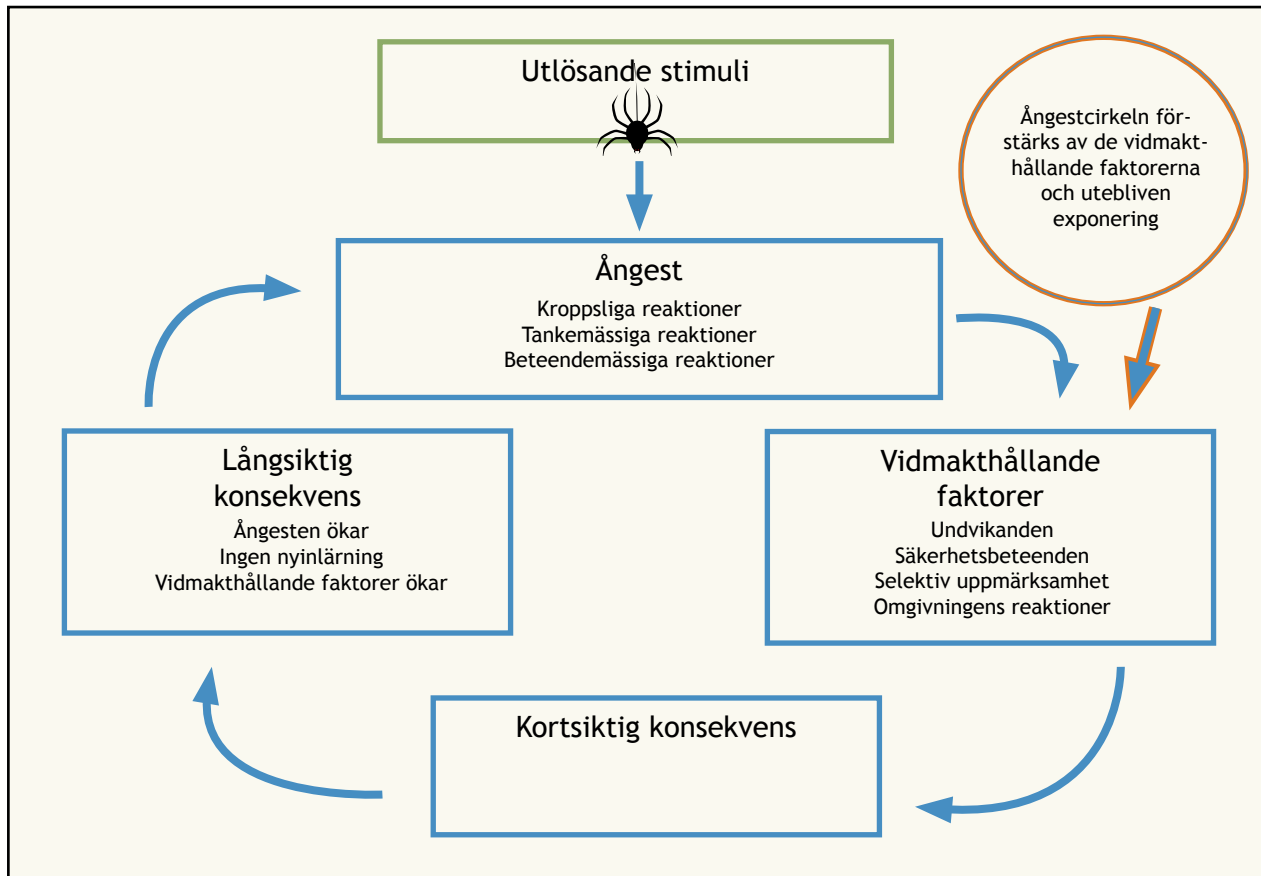
2. Vid tvångssyndrom ska KBT med exponering och responsprevention erbjudas när psykopedagogisk behandling varit otillräcklig.

Kognitiv beteendeterapi, KBT, är en psykoterapeutisk behandling som har vetenskapligt stöd för behandling av tvångssyndrom. KBT för tvångssyndrom kan förmedlas via internet (video, chatt, app) så kallad internetförmedlad KBT (IKBT).

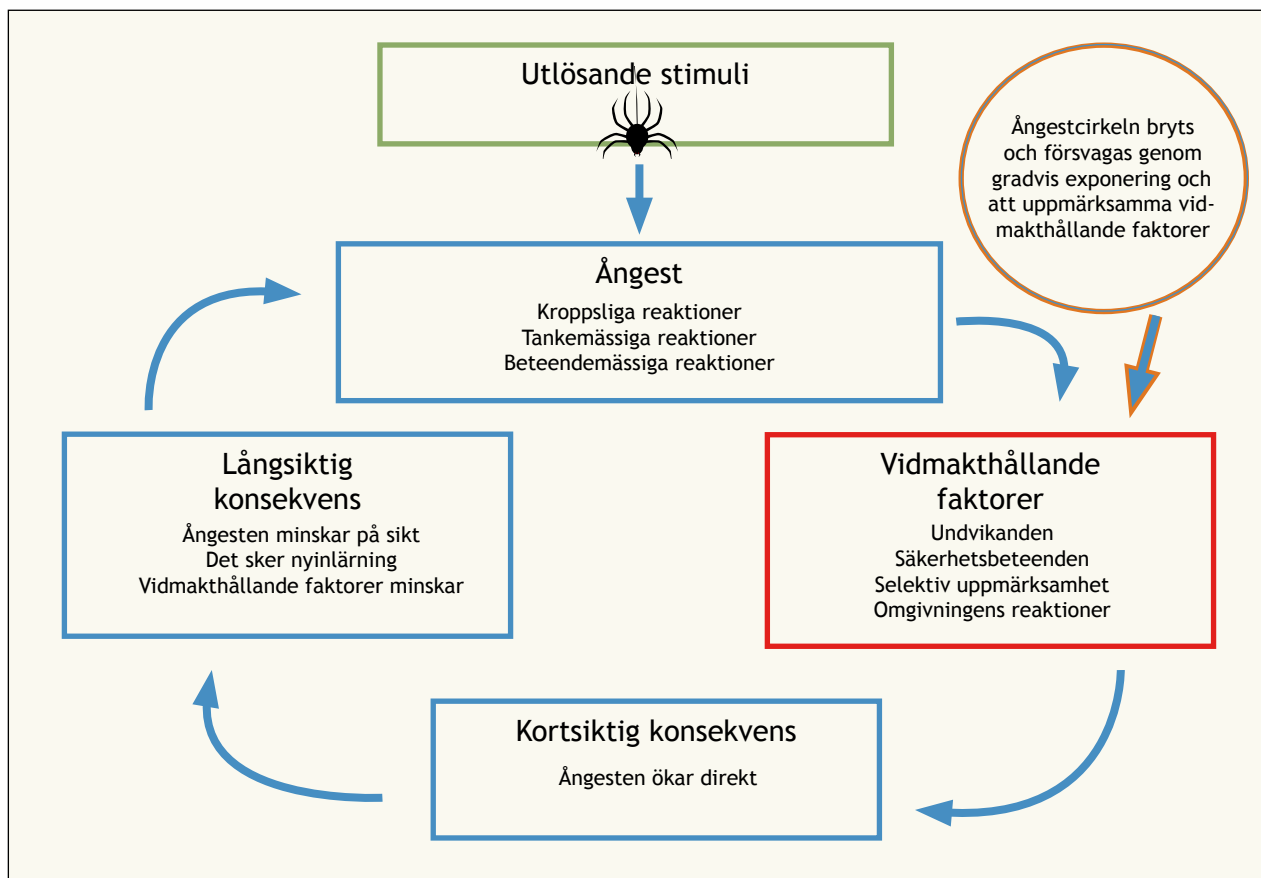
Graden av delaktighet från föräldrar eller andra anhöriga anpassas utifrån barnets ålder och sjukdomstillstånd. Föräldrar behöver stötta barnet med hemuppgifter och uppmärksammas på att inte själva dras med i barnets säkerhets- och undvikandebeteendet.

Vid tvångssyndrom är behandlingen uppbyggd av flera komponenter där exponering med responsprevention är central.

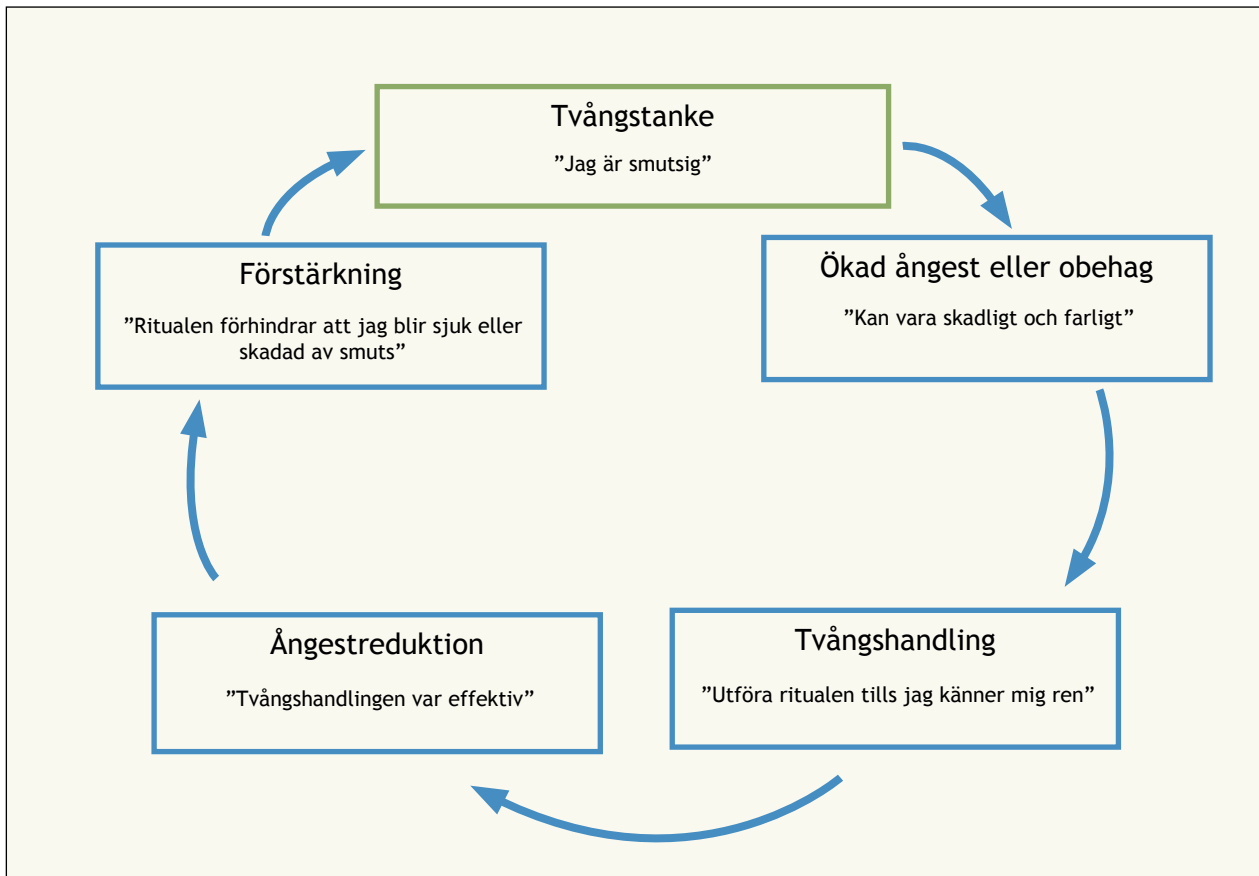
Exponering med responsprevention (ERP) sker i många fall i hemmet eller i den miljö där tvångsproblematiken uppstår.



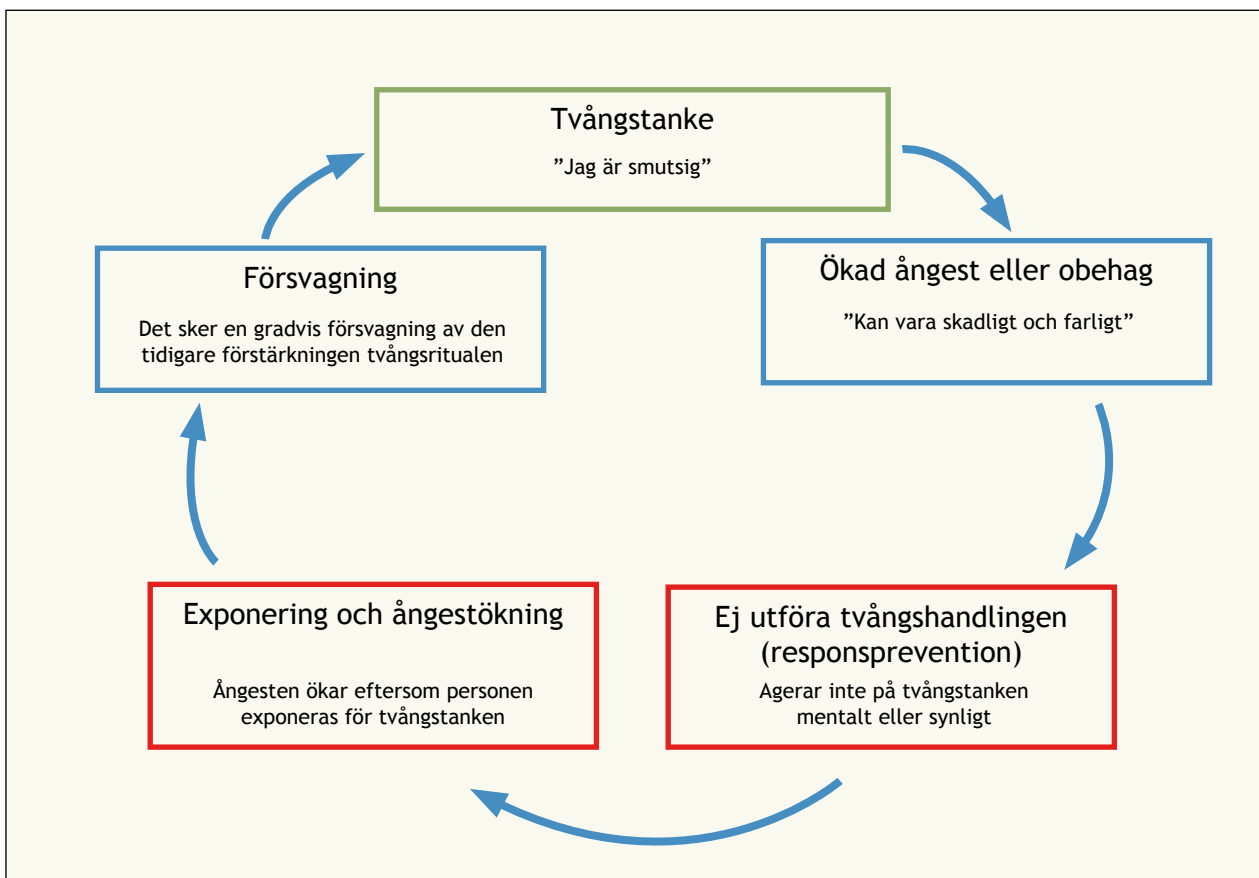
Figur 4.



Figur 5.



Figur 6.



Figur 7.

■ Behandlingskomponenter och terapeutiska interventioner vid KBT-behandling som används vid ångestsyndrom och tvångssyndrom

Psykoedukation och behandlingsupplägg

Grundläggande PB om tillståndet ges strukturerat enligt ovan. Beskrivningen ska göras på ett enkelt och förståeligt sätt som presenterar metod och tillvägagångssätt.

- Beskriv hur den valda metoden kommer att hjälpa patienten att förändra sina tankar, känslor och beteenden.
- Målet är att patienten ska uppleva att metoden är skraddarsydd för patienten.

Exponering

Problemet vid ångest är att undvikande-, flykt- och säkerhetsbeteenden ger en tillfällig lindring av ångesten som därmed vidmakthålls. Genom att identifiera och bryta dessa beteenden minskar vidmakthållandet av ångesten. Vid olika former av ångest är den viktigaste komponenten exponering. Det innebär att barnet/ungdomen vid upprepade övningar utsätter sig för det som hen är rädd för och stannar kvar i situationen. Barnet/ungdomen får genom detta nya erfarenheter som kan generaliseras till andra situationer.

Exponering med responsprevention

Vid tvångssyndrom används exponering med responsprevention, ERP, vilket innebär att barnet stegvis och på rätt nivå i hierarkin utsätter sig för det som är ångestväckande utan att neutralisera ångesten genom att utföra ritualer eller andra kompenserande tvångsbeteenden eller tvångstankar.

Identifiera och hantera tankar - kognitiv omstrukturering

Vid olika former av ångest är det vanligt att ha negativa tankar som förhindrar en naturlig exponering i vardagslivet. En enkel regel är att behandlingen med yngre barn kräver mer beteendeterapeutiska interventioner och mindre kognitiva interventioner. Genom kognitiv omstrukturering skapas alternativa tankar som utvecklas till hjälpsamma tankar som tar nya vägar i hjärnans tankebanor.

Beteendeexperiment

Beteendeexperiment innebär experiment med beteenden i olika situationer och sammanhang. Vid beteendeexperiment manipulerar man beteenden i olika syften. Det kan användas under kartläggningsfasen och under behandlingen. Barnet/ungdomen kan genom experimentet få nya erfarenheter.

Modellinläring

Vid modellinläring lär man sig ett beteende av en modell, exempelvis en förälder, lärare kompisar, behandlaren m.fl. Det sker exempelvis vid fobi-behandling när behandlaren blir en modell för barnet hur det ska hantera det fobiska objektet. Föräldrar kan här också lära sig modellbeteende genom behandlaren.

Hemuppgifter

Hemuppgifter är en central del i all KBT-behandling. Barnet/ungdomen får med sig uppgifter att göra mellan sessionerna som följs upp vid nästa terapisesession. Det är vanligt att föräldrarna är delaktiga i hemuppgifterna, speciellt för yngre barn. Hemuppgifter kan exempelvis bestå av registreringar och exponering i vardagslivet.

Avslappning, stresshantering

Att träna på avslappning, andningsövningar och medveten närvaro kan vara ett komplement till KBT-behandlingen. Vid OCD är det mindre lämpligt då det snarare kan bidra till att förstärka och vidmakthålla symtom. Stresshantering kan hjälpa barnet eller ungdomen att komma ner i varv psykologisk och hantera kroppsliga reaktioner i vissa situationer.

Återfallsprevention

Inför avslutning av behandlingen upprättas ett muntligt och skriftligt vidmakthållandeprogram för att behandlingsresultatet ska vidmakthållas. I programmet anges vad barnet/ungdomen och föräldrarna behöver fortsätta träna på.

Boostersessioner

Efter en avslutad behandling bör man i vissa fall följa upp behandlingen efter några månader. En fördel kan vara att barnet/ungdomen ges möjligheten att berätta om sin aktuella situation. Behandlaren kan stötta barnet/ungdomen vid eventuella bakslag och repetera tidigare information och strategier.

Steg III

REKOMMENDATION

1. Vid svårbehandlade ångestsyndrom och tvångssyndrom som inte svarar på sedvanlig behandling kan terapeutiska och psykosociala behandlingsinsatser intensifieras.

När sedvanliga kunskapsbaserade behandlingsmodeller inte gett effekt bör man i första hand överväga intensivare behandling med till exempel tätare sessioner kanske flera dagar i veckan. Ett alternativ vid svåra tvångssyndrom och om tvången föreligger kvälls- och natttid kan vara att arbeta med exponering i heldygnsvård.

Man kan också behöva förstärka redan påbörjade behandlingsinsatser genom ytterligare rekommendationer om anpassning, bemötande och insatser i vardagsmiljön. Det kan till exempel röra sig om att öka strukturen för barnet i vardagen, ytterligare minska stressorer och erbjuda ett lågaffektivt bemötande.

FÖLJANDE METODER BÖR UNDVIKAS i klinisk praxis i avsaknad av evidens:

- Psykodynamisk terapi
- Mindfulnessbaserad stressreduktion
- Familjeterapi utan KBT-interventioner

Kommentar: Patient och förälder ska vara delaktiga i val av behandling inom ramen för visad nytta och resursåtgång.

Farmakologisk behandling

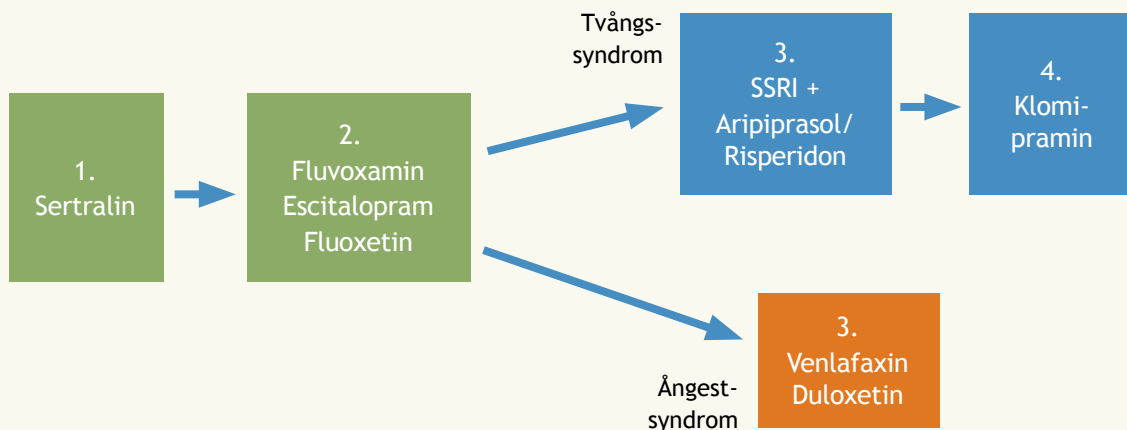
Steg I

REKOMMENDATION

1. Läkemedel bör inte vara förstahandsbehandling vid lindriga till medelsvåra ångestsyndrom och vid tvångssyndrom oavsett svårighetsgrad.

Vid lindriga till medelsvåra ångestsyndrom och tvångssyndrom oavsett svårighetsgrad innebär steg I alltid psykoedukativ behandling. Lindriga ångestsymtom bör hanteras med ångestreducerande strategier och läkemedel kan då ofta undvikas. Sömnsvårigheter på grund av oro behandlas i första hand med sömnhygieniska råd, se faktaruta. Vid behov av läkemedel för sömnsvårigheter kan Melatonin provas. Barn med ångest bör prioriteras högt för snabb behandling i syfte att få strategier att hantera ångest och därmed kunna undvika förskrivning av lugnande "vidbehovs"-läkemedel.

Läkemedelshierarki vid behandling av ångest- och tvångssyndrom



Figur 8.

Steg II

REKOMMENDATION

1. Sertralin bör erbjudas när psykoterapi med KBT ej når behandlingsmålen eller från behandlingsstart tillsammans med KBT vid svåra ångestsyndrom.

Vid lindriga till medelsvåra ångestsyndrom ska KBT erbjudas som behandling i första hand. Om symptomlindring inte uppnås med KBT efter 8–10 veckor kan SSRI-behandling övervägas. Vid medelsvåra till svåra ångestsyndrom med uttalad funktionsnedsättning och högt lidande hos barnet kan man för att få snabb lindring också inleda behandlingen med kombinationen KBT och läkemedel. KBT-behandling går av olika skäl inte alltid att genomföra eller finns inte tillgänglig på alla mottagningar. Läkemedelsbehandling får i dessa situationer övervägas ges i monoterapi.

De mest övertygande studierna i dagsläget är genomförda med Sertralin, Fluvoxamin och Escitalopram (Fig 8 sidan 27).

ÅNGESTSYNDROM. Det finns idag inte något läkemedel i Sverige som är godkänt av Läkemedelsverket för behandling av ångestsyndrom hos barn. SSRI (selektiva serotonin-återupptagshämmare) har dock i flera kontrollerade studier visat sig vara effektiv och säker behandling vid separationsångest, social fobi och generaliserat ångestsyndrom hos barn och unga.

Noradrenergiskt verkande antidepressiva SNRI, som venlafaxin eller duloxetin, har också visat effekt på GAD. Dock föreligger allvarigare biverkningar i form av förhöjt blodtryck, pulsstegring och ökad suicidrisk och SNRI rekommenderas därför först efter att två olika SSRI har prövats.

TVÅNGSSYNDROM. Vid tvångssyndrom finns god evidens för måttlig till stor effekt för läkemedelsbehandling med serotoninåterupptagshämmare, SSRI, som är förstahandsmedel. Sertralin från 6 år och fluvoxamin från 8 år är godkända läkemedel för tvångssyndrom. Evidensen för fluoxetin och klomipramin är också god. Klomipramin har fler och även potentiellt allvarliga biverkningar och är inget lämpligt förstahandsval hos barn och unga.

SPECIFIKA FOBIER, PANIKSYNDROM, SAMT SELEKTIV MUTISM. SSRI har i mindre och okontrollerade studier visat viss positiv effekt vid behandling av specifika fobier, paniksyndrom samt selektiv mutism. Det vetenskapliga underlaget är dock för svagt för att kunna rekommendera läkemedelsbehandling vid dessa tillstånd.

REKOMMENDATION

2. Inför insättning av SSRI bör patienten och föräldrarna noggrant informeras om medicinens effekter och biverkningar.

Att ha blivit väl informerad och ha god kunskap om sin medicin ökar möjligheterna till en effektiv behandling. Informera om att de flesta biverkningar är övergående. Att märkbar effekt dröjer 2–4 veckor eller längre vid långsam upptrappning.

De vanligaste biverkningarna är illamående, buksmärter, huvudvärk, ökad ångest, motorisk rastlöshet och sömnstörning. Andra biverkningar kan vara enures, tremor, tics, agitation, mani, sedering, sexuella biverkningar, svettningar, illamående, muntorrhet, trötthet, viktökning.

TÄNK PÅ

- att patienter med ångest- och tvångssyndrom kan vara mycket känsliga för biverkningar och uppmärksamma på somatiska reaktioner på medicinering och noggrann information kring biverkningar kan öka compliance
- att noga informera barn och föräldrar om risk för ångeststegring vid insättning och gör en åtgärdsplanering för detta
- att instruera barn och föräldrar att vara uppmärksamma på symtomförändringar gällande disinhibition/agitation och ökad suicidalitet.

REKOMMENDATION

3. Börja läkemedelsbehandling försiktigt med låga doser och var aktiv i upptrappning till måldos.

Vid ångest- och tvångstillstånd hos barn ses ofta en ökad biverkningskänslighet. Tät uppföljning vid dositering är viktigt dels för observans på biverkningar men också för att snabbt komma upp i måldos och få effekt. Mottagningen behöver vara lätt tillgänglig för barn och förälder för snabb kontakt vid eventuella biverkningar. Suboptimal dosering ska undvikas.

Vid ångestsyndrom kan första måldosen vara motsvarande sertralin 50–100 mg och upptrappningen förslagsvis inledas med 12,5 mg/d hos barn under 13 år annars 25 mg/d. Dosökning därefter med 1 (till 3) veckors intervall.

Vid tvångssyndrom brukar första måldosen läggas motsvarande sertralin 75–100 mg då det brukar krävas högre doser av läkemedlet för att få respons. Upptappning kan ske något snabbare än vid ångest-

syndrom och inleds med 12,5 mg/d hos barn under 13 år övriga med 25 mg/d. Höj dosen med 12,5–25 mg var 3:e–7:e dag utifrån behandlingseffekt och hur preparatet tolereras.

REKOMMENDATION

4. Läkemedelsbehandling ska utvärderas systematiskt och med bestämda tidsintervall.

De första fyra veckorna efter insättning av SSRI bör man för en säker och för patient och familj trygg insättning ha uppföljande kontakt per telefon eller besök varje vecka för att värdera biverkningar och besluta om dositering. Detta ska också upprepas en vecka efter varje dosökning. En regelbunden kontakt initialt ökar förutsättningarna för en säker och effektiv farmakologisk behandling. Psykiatrisjuksköterska på mottagningen kan tillsammans med förskrivande läkare ansvara för uppföljning och utvärdering av läkemedel. En biverkningslista kan med fördel användas för att checka av de vanligaste biverkningarna.

En utvärdering av effekt samt ställningstagande till optimering av läkemedelsbehandlingen görs vid ångestsyndromen med cirka fyra veckors intervall till dess behandlingsmålen uppnås.

Vid remission kan patienten följas varje till var tredje månad om problemfritt förlopp. Längd kontrolleras var sjätte månad och jämförs med åldersnormerad tillväxt enligt kurva.

Dokumentera och skatta alltid utgångsläge för symtom och funktion. Användning av validerade skattningsskalor från behandlingsstart och vid uppföljningar stärker den kliniska bedömningen och ökar möjligheten att följa behandlingsförloppet. Systematisk och regelbunden uppföljning är en förutsättning för mer objektiv utvärdering av behandlingsinsatserna och kan signalera om kursändring i behandlingen behöver göras.

REKOMMENDATION

5. I de fall sertralin inte ger tillräcklig effekt på max tolerabel dos rekommenderas byte till annat SSRI-preparat.

SSRI-läkemedel kan skilja sig åt i effekt mellan olika preparat. Om sertralin hos en patient inte ger tillräcklig effekt kan ett annat SSRI-preparat vara verksamt. Det är därför av värde att pröva åtminstone två olika SSRI-preparat innan annat läkemedel övervägs. Efter sertralin rekommenderas fluvoxamin, escitalopram el-

ler fluoxetin. Fluvoxamin interagerar med Melatonin och driver kraftigt upp koncentrationen av melatonin varför denna kombination ska undvikas. Fluvoxamin interagerar även med mirtazapin och kombinationen bör undvikas. Kostnaden för familjerna är något högre eftersom fluvoxamin inte är upptaget i läkemedelsförmånen. Inför val av ett andra SSRI får därför dessa aspekter beaktas. Halveringstid för de flesta SSRI preparat är ungefär ett dygn medan fluoxetins aktiva metabolit har halveringstid på 4–16 dagar. Vid byte av preparat ska halveringstiderna beaktas.

REKOMMENDATION

6. Läkemedelsbehandling ska trappas ut långsamt och stegvis under ett stabilt livsskede.

Det finns idag begränsad kunskap kring långtidseffekter av behandling med SSRI vid ångest- och tvångssyndrom hos unga. Under uttrappningsperioden rekommenderas fortsatt psykoterapeutisk kontakt och regelbundna boostersessioner för att stärka och upprätthålla egna strategier. Sertralin kan sänkas med 25 procent per vecka eller långsammare.

Fluoxetin har längre halveringstid och kan halveras under fyra veckor för att sedan sättas ut helt.

Tabell 1. Läkemedel för ångest- och tvångssyndrom med dosrekommendationer

Läkemedel	Startdos	Föreslagen dosökning utifrån effekt	Måldos	Kommentar
Sertralin	12,5-25 mg/d	Öka veckovis, snabbare ökning vid tvångssyndrom med 12,5 mg/d för barn från 6 år med 25 mg/d för ungdomar från 13 år.	Måldos vid ångestsyndrom 50-150 mg/d Måldos vid tvångssyndrom 75-200 mg/d	Godkänt för OCD från 6 år. Förstahandsbehandling vid ångestsyndrom och OCD Morgondos Halveringstid ca 24 h
Fluvoxamin	12,5-25 mg	Öka med 12,5-25 mg/d varannan vecka	50-200-300 mg 8-11 år maxdos 200 mg 11-18 maxdos 300 mg	Godkänt vid OCD från 8 år Förstahandsmedel vid ångestsyndrom och OCD Ges kvällstid i första hand Doser över 50 mg ska doseras morgon och kväll. OBS! Interagerar med och driver kraftigt upp nivåerna av klomipramin, Fluoxetin, mirtazapin och melatonin. Kombinationen bör undvikas. Finns inte i läkemedelsförmånen.
Fluoxetin	Barn 5-10 mg/d Ungdomar 10 mg/d	Efter sju dagar höjning med dubbla dosen. Därefter höjning i steg med 10-20 mg/d ca var fjärde vecka.	10-60 mg/d	Interagerar med och ökar nivåerna av Aripiprazol. Lång halveringstid, ca 4-16 dagar. Risk för QT-förlängning vid högre doser.
Escitalopram	5 mg i 2 dagar	10 mg i 7 dagar	15 mg/d maxdos 20 mg/d	Studerad på tonåringar med GAD 12-17 år
Venlafaxin	37,5 mg/d	Öka veckovis med 37,5 mg/d för barn och 75 mg/d för ungdomar	150-225 mg/d	Vid ångestsyndrom där två olika SSRI inte gett effekt. Kan ge hjärtbiverkningar och viktnedgång.

Steg III

REKOMMENDATION

1. Vid svårbehandlat ångestsyndrom föreslås att läkemedelsbehandlingen styrs av den sammantagna kliniska bilden och vägs mot eventuella risker i varje enskilt fall.

Det finns begränsad data för att vägleda behandling i de fall där SSRI eller SNRI inte fungerat effektivt vid ångestsyndrom. Den vetenskapliga grunden till rekommendationer på steg III är därför bristfällig och bygger dels på okontrollerade studier och dels på studier för vuxna.

Av vikt att ta hänsyn till är ålder, samsjuklighet, biverkningsprofil och interaktioner mellan läkemedlen i valet av farmakologisk behandling.

Mirtazapin, en alfa-2-agonist, har viss evidens för behandling av ångest hos vuxna och kan övervägas i kombination med SSRI eller SNRI. Behandling i lägre dosområde 7,5–15 mg kan prövas vid sömnsvårigheter som inte svarat på sömnhygien och annan behandling. Vid sömnstörning rekommenderas annars Melatonin.

Quetiapin depot 50–150 mg/d i kombination med SSRI kan övervägas vid mycket svår ångest av gränspsykotisk valör eller vid svår behandlingsrefraktär kräkfobi.

Aripiprazol i låg dos kan prövas i kombination med SSRI om samsjuklighet tvångssyndrom föreligger och där SSRI i monoterapi inte gett tillräcklig symtomlindring.

Atomoxetin eller *guanfacin* kan vid samtidig adhd ha viss effekt på samtidig ångestproblematik.

REKOMMENDATION

2. Vid otillräcklig effekt av KBT och SSRI vid tvångssyndrom kan man överväga tillägg med låg dos atypisk neuroleptika.

Vid tillägg av atypiska neuroleptika är aripiprazol förstahandsval. Börja lågt 0,5 till 1 mg, för att minska risken för insättningsbiverkningar. Måldos är vanligen 2,5–5 mg. Risperidon, som har en något ogynnsammare biverkningsprofil är andrahandsval. Börja lågt 0,25 mg med måldos 1–2 mg.

Evidensen för tillägg med neuroleptika till barn och unga är svag och risken för ogynnsamma biverkningar är betydande, särskilt aptit- och viktökning med metabol störning. Tilläggsbehandling kräver systematisk uppföljning, inklusive blodprovstagning. Om

otillräcklig effekt efter 2–3 månaders behandling i adekvat dos ska läkemedlet sättas ut.

REKOMMENDATION

3. Om fortsatt otillräcklig effekt av SSRI i kombination med neuroleptika vid tvångssyndrom kan man överväga byte till klomipramin.

Vid byte till klomipramin bör EKG göras före behandlingsstart. Inled med klomipramin 10–25 mg. Försiktig upptrappning på grund av risk för ångestförstärkning. Stanna på första måldos 75–100 mg som utvärderas efter 3–4 veckor. Om otillräcklig effekt och beroende på biverkningar kan klomipramin ökas upp till 200 mg.

Vid otillräcklig effekt efter 2–3 månaders behandling i adekvat dos bör läkemedlet sättas ut.

Var aktiv i utvärdering av tilläggsbehandling med såväl atypiska neuroleptika som tricykliska läkemedel. Om otillräcklig effekt ska läkemedlet sättas ut.

REKOMMENDATION

4. Bensodiazepiner, pregabalin, gabapentin, antihistaminer (prometazin, hydroxicin), neuroleptika (quetiapin, alimemazin m fl) ska undvikas vid ångest- och tvångsbehandling. Balans mellan nytta och risk/biverkningar ska beaktas.

Läkemedel godkända för tillfällig symtomlindring av ångest kan inte ersätta evidensbaserad behandling för grundtillståndet. Tillfälligt symtomlindrande läkemedel, så kallad ”behovsmedicinering” mot ångestsymtom, kan vid högt lidande undantagsvis användas i början av en behandling trots risk för sedation och hjärtrytmrubbning, men ska aldrig ersätta KBT eller SSRI.

Neuroleptika ger risk för allvarliga biverkningar och ska undvikas.

Benzodiazepiner men även gabapentin och pregabalin ger risk för beroendutveckling och disinhibition.

I sällsynta undantagsfall av svår akut ångest och inslag av katatoni kan bensodiazepiner användas inom heldygnsvården.

UTVÄRDERING

Utvärdering av behandlingseffekt

REKOMMENDATION

1. Symtomförändring och psykosocial funktion bör utvärderas var åttonde vecka tills uppnådda behandlingsmål.

Behandlingsinsatserna behöver kontinuerligt utvärderas i syfte att bedöma hur effektiva de är, om de behöver ändras eller ska fortgå. Med regelbunden och systematisk uppföljning säkras att vårdinsatserna ges på rätt nivå. Med daglig skattning av symtom med till exempel appen ”Uppskatta din dag” kan ångestsymtom, sömn, funktion, biverkningar av läkemedel och behandlingseffekt utvärderas och detaljerat följas över tid.

REKOMMENDATION

2. Vid otillräcklig behandlingseffekt ska orsak till terapivikten analyseras och tidigare utredning och erbjudna behandlingsinsatser omprövas.

Om barnet inte förbättras som förväntat av behandlingen behöver man stanna upp och analysera möjliga orsaker. Därefter tar man ställning till om tidigare utredning eller erbjudna behandlingsinsatser behöver kompletteras eller omvärderas.

REKOMMENDATION

2. Vid otillräcklig behandlingseffekt ska orsak till terapivikten analyseras och tidigare utredning och erbjudna behandlingsinsatser omprövas.

Symtombildens svårighetsgrad och psykosociala faktorer påverkar behandlingsförloppet. Vid samsjuklighet och förekomst av psykosociala stressfaktorer kan det ta längre tid till symtomminskning och att barnet återfår sin förväntade funktionsnivå. Aktiva adekvata behandlingsinsatser som fortgår regelbundet med regelbunden och systematisk utvärdering är en förutsättning att nå behandlingsmålen.

Checklista - utvärdering

- ✓ Med 6-8 veckors intervall bör behandlingseffekten utvärderas mer systematiskt.
- ✓ Samtliga symtom för sjukdomstillståndet/tillstånden
- ✓ För ångestsymtom via själv- och föräldraskattning SCAS eller SCARED-R
- ✓ För tvångssyndrom skatta svårighetsgrad aktuella symtom. Eventuellt självskattning med OCI-CV eller BOCS
- ✓ Funktionsförmåga i vardagen via C-GAS
- ✓ Utvärdera aktuella problemområden och uppnådda behandlingsresultat
- ✓ Utvärdera behandlingsföljsamheten, motivation och resurser
- ✓ Revidera vårdplanen

Checklista vid dålig effekt

Är det rätt diagnos?

- ✓ Gå igenom differentialdiagnostiken igen. Finns det andra diagnoser eller faktorer som förbisetts? Till exempel missbruk, personlighetsstörning, depression, adhd.
- ✓ Kräver samsjukligheten annan behandling?

Är patienten ofullständigt behandlad?

- ✓ Gällande medicinering överväg: följsamhet, biverkningar, utsättningsfenomen, dos och behandlingstid
- ✓ Gällande psykoterapi överväg: följsamhet, metod, intensitet, motivation

Finns det andra faktorer i omgivningen som förbisetts?

- ✓ Kulturella faktorer
- ✓ Familjekonflikter
- ✓ Psykisk ohälsa eller missbruk hos förälder
- ✓ Övergrepp och omsorgssvikt
- ✓ Dålig allians med eller otillräckliga färdigheter hos aktuell behandlare

Återfallsprevention

REKOMMENDATION

1. En vidmakthållandeplan bör upprättas i syfte att bibehålla behandlingseffekt och minska risken för återinsjuknanden.

Nära hälften av alla barn som behandlats för ångest- och tvångssyndrom återinsjuknar. Det är därför av stor betydelse att man inför avslutning av behandlingen upprättar ett vidmakthållandeprogram som syftar till att behandlingsresultatet ska vidmakthållas.

I vidmakthållandeprogrammet kan boostersessioner erbjudas med regelbundna intervall och i samband med nya episoder. I boostersessionerna repeterar man strategier och färdigheter och tar ställning till om en ny behandling behöver initieras.

■ Faktorer som särskilt ökar risk för återinsjuknande

- Svårare grad av ångest och tvångssyndrom
- Om resultat av behandlingsinsatser varit lägre och tagit längre tid att uppnå
- Kvarstående subkliniska symtom
- Förekomst av flera ångestsyndrom samtidigt
- Förekomst av komplicerande samsjuklighet
- Förekomst av psykosociala stressfaktorer
- Substansbruk
- Svårigheter att delta i terapeutisk behandling



KLINISK BILD OCH HANDLÄGGNING AV OCD-RELATERADE SYNDROM

REKOMMENDATION

1. I samband med ångest- och tvångssyndrom rekommenderas att man även är uppmärksam på eventuell förekomst av de till tvångssyndrom relaterade tillstånden dysmorfofobi, samlarsyndrom, trichotillomani och dermatillomani.

TVÅNGSSYNDROM har i DSM-5 flyttats från ångest-syndrom till ett eget kapitel, "Tvångssyndrom och relaterade syndrom". De till tvång relaterade syndromen, OCD-R, är dysmorfofobi, samlarsyndrom, trichotillomani och dermatillomani.

OCD-R kännetecknas av repetitiva beteenden och svarar delvis på liknande psykologisk och farmakologisk behandling. De exakta orsakerna är inte kända men ärftlighet i samspel med miljö spelar in. Besvären blir ofta värre vid stress.

OCD-R förekommer hos cirka två procent och debuterar ofta i samband med puberteten. Obehandlade blir tillstånden ofta kroniska. I bedömning av OCD-R ingår strukturerad diagnostik, differentialdiagnostik och bedömning av samsjuklighet, psykosocial situation och behandlingsmotivation.

DYSMORFOFOBI (engelskans Body Dysmorphic Disorder, BDD) innebär en överdriven upptagenhet av en upplevd defekt i utseendet. Oron över utseendet medför tvångsmässiga ritualer. Exempelvis att spegla sig, jämföra sig med andra eller försöka dölja den "defekta" kroppsdel. Upprepade kirurgiska ingrepp förekommer. Undvikanden och social isolering är vanligt liksom samtidig depression med risk för suicidalitet.

Lämpliga instrument för kartläggning av utseendelaterade tankar, säkerhets- och undvikandebeteenden är Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder for Adolescents (BDD-Y-BOCS-A) samt självskattningsinstrumenten Appearance Anxiety Index (AAI) och Body Dysmorphic Disorder Dimensional Scale (BDD-DS).

Bäst vetenskapligt stöd har KBT som fokuserar på exponering med responsprevention (ERP). Syfte är att lära sig hantera de utseendelaterade tankarna på ett mer funktionellt och mindre begränsande sätt. Hos vuxna har medicinering med serotoninåterupptagshämmare visad effekt.

SAMLARSYNDROM (hoarding) innebär ihållande svårigheter att göra sig av med ägodelar oavsett om de är värdefulla eller inte. Insikten är ofta bristande. Patologiskt samlande är ovanligt hos barn då föräldrar kan begränsa samlandet. Structured Interview for Hoarding Disorder (SIHD) och Child Saving Inventory (CSI) föräldraversion rekommenderas vid kartläggning och för uppföljning.

Fokus i behandlingen är ERP. Barnet exponeras gradvis för att slänga saker. I behandlingen ingår problemlösning, färdighetsträning av organisering och att kunna fatta beslut. Målet i behandlingen är att barnet ska få funktionella strategier för att organisera, sortera och slänga saker.

Behandlingen är tidskrävande och eventuellt kan behandlingsinsatser i tidigt skede förbättra prognosen. Läkemedel har inte visat effekt vid hoarding, men kan vara av värde vid samsjuklighet som försvårar möjlighet till behandling.

TRICHOTILLOMANI innebär ett tvångsmässigt ryckande av hårstrån från huvudet och/eller kroppen i sådan omfattning att det leder till synlig hårförlust. Hårryckandet kan i stunden utlösas av svårhanterliga känslor som ångest, uttråkning, ilska eller att hårstrået känns eller ser annorlunda ut. Ryckandet sker ibland omedvetet, ibland mer medvetet. Ofta åtföljs hårryckandet av speciella ritualer. Det förekommer att personer med trichotillomani äter upp hårstrån som de ryckt loss, vilket kan medföra medicinska komplikationer.

DERMATILLOMANI eller skinpicking, innebär ett upprepat, överdrivet och/eller ångestframkallande rivande eller plockande på huden. Plockandet eller rivandet gäller ofta upplevda ojämnheter eller skavanker i huden. Sår eller märken kan uppstå som följd. Liksom vid trichotillomani kan beteendet vara en upplevd ovana, som svar på ett "inre sug" eller fungera ångestlindrande.

Många upplever stark skuld och skam på grund av ryckandet eller rivandet och det kan ta lång tid innan de söker hjälp. Ibland går det så långt att de börjar undvika sociala aktiviteter och vanligen går mycket tid och kraft åt att dölja hårförlusten eller hudskadorna.

Lämpliga instrument för skattning av symtom är NIMH Trichotillomania Symptom Severity Scale (NIMH-TSS) och Skin Picking Scale-Revised (SPS-R). Habit Reversal Training (HRT) och stimu-

luskontroll har visat möjlig effekt vid trichotillomani hos barn.

I beteendeanalysen kartläggs mönster i hårryckandet eller hudplockandet, som underlag för HRT. Med utgångspunkt i kartläggningen kan det bli aktuellt att arbeta med omgivningsfaktorer som skulle kunna bidra till ökade symtom, såsom exempelvis för hög

kravnivå i skolan, stress i familjen med mera. Ibland behövs ett mer omfattande arbete med känsloreglering och förändring av tankemönster. Vid svåra symtom kan medicinering bli aktuell.

Läkemedel som hos vuxna visat viss men otillräcklig evidens är acetylcystein och neuroleptika. Medicinering av samsjuklighet kan också vara aktuellt.

KVALITETSINDIKATORER

REKOMMENDATION

1. Följande parametrar bör kunna identifieras i journalen och stöder vård enligt riktlinjer.

Utredning

- Diagnos baserad på kriterier
- Diagnostiskt stöd av skattningsskalor och/eller semistrukturerad intervju
- Funktionsbedömning CGAS

Behandling

- Psykopedagogisk behandling – antal sessioner
- Psykoterapeutisk behandling med KBT
- Ställningstagande till farmakologisk behandling
- Vårdplan där barn och föräldrar medverkat

Utvärdering

- Objektiva utvärderingsmetoder används – skattningsskalor SCARED-R/CY-BOCS
- Funktionsbedömning C-GAS
- Biverkningar och effekt av läkemedel

DIAGNOS- OCH KVÅ-KODER

ÅNGESTSYNDROMSDIAGNOSER	DSM-5	ICD-10
Separationsångest i barndomen	309.21	F93.0
Selektiv mutism	313.23	F94.0
Specifik fobi	300.29	F40.2
Social fobi	300.23	F40.1
Paniksyndrom	300.01	F41.0
Agorafobi	300.22	F40.0
Generaliserat ångestsyndrom	300.2	F41.1
Andra specificerade ångestsyndrom	300.09	F41.8
Ospecificerat ångestsyndrom	300.00	F41.9

TVÅNGSSYNDROM OCH RELATERADE SYNDROM	DSM-5	ICD-10
Tvångssyndrom präglad av tvångstankar	300.3	F42.0
Tvångssyndrom präglad av tvångshandlingar	300.3	F42.1
Tvångstankar med tvångshandlingar	300.3	F42.2
Dysmorfofobi	300.7	F45.2A
Samlarsyndrom	300.3	F42.8
Trichotillomani	312.39	F63.3
Dermatillomani	698.4	L98.1
Andra specificerade tvångssyndrom och relaterade syndrom	300.3	F42.8
Ospecificerat tvångssyndrom och relaterade syndrom	300.03	F42.9

KLASSIFIKATION AV VÅRDÅTGÄRD (KVÅ) ENLIGT SOCIALSTYRELSEN	KOD
Klinisk bedömning av psykologiska funktioner	AU002
Klinisk undersökning av psykiskt tillstånd	AU009
Allmän skattning av behov/funktionsförmåga	AU010
Skattning av psykiska symtom	AU011
Standardiserad intervju för psykiatrisk syndromdiagnostik	AU006
Bedömning av levnadsomständigheter	AV115
Inhämtande av anamnes	AV018
Observation i utredningssyfte	AV030
Skattning av psykiska symtom	AU011
Neuropsykologisk utredning	AA060
Undersökning med psykologiska och psykometriska instrument	AA085
Vårdplan	AU120
Psykopedagogisk behandling	DU023
Systematisk psykologisk behandling, KBT	DU011
Ordnation av läkemedel	DT026
Monitorering av pågående läkemedelsbehandling	AV027
Systematisk undersökning av läkemedelsbiverkan	AV127

REFERENSER

Läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket nr 6 2016

www.lakemedelsverket.se/depression-angest

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning – Remissversion 2016 Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-12-6

DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth edition

Mer information/länkar

Skattningsskalor

Se SFBUP:s hemsida www.sfbup.se

Instruktion diagnostisk intervju för ångestsyndrom med MINI-KID

<https://media.medfarm.uu.se/minikid/index.php?show=page5>

Snorkel

www.snorkel.se

Vad är oro/ångest?

www.snorkel.se/vad-ar/vad-ar-oroangest/

Varför har man ångest?

www.snorkel.se/vad-ar/varfor-har-man-angest/

Vad göra när du känner oro och ångest?

www.snorkel.se/vad-ar/vad-ar-oroangest/

Vad göra när du har svårt för att sova?

www.snorkel.se/vad-gora/svart-att-sova/

Ångest

www.umo.se/Att-ma-daligt/Angest/

Panikångest

www.umo.se/Att-ma-daligt/Panikangest/

Tvångssyndrom

www.umo.se/Att-ma-daligt/Tvangssyndrom-OCD

Självhjälp på vägen Tvångssyndrom OCD

www.sjalvhhjalppavagen.se

Patient- och anhörigföreningar

OCD-förbundet

www.ocdforbundet.se

Svenska ångestsyndromssällskapet SÅS

<https://angest.se>

Riksförbundet Attention

<https://attention.se>

Autism- och Aspergerförbundet

www.autism.se

Litteraturtips

Svirsky, L. (2016). Rädslor, fobier och nedstämdhet hos barn och unga : Fakta, bemötande, behandling. Stockholm: Books on Demand.

Svirsky, L. (2016). KBT: Att tillämpa metoden med barn och ungdomar. Stockholm: Books on Demand.

Valderhaug, R., & Ivarson, T. (2014). Tvangstanke og tvangshandlinger hos barn og unge. Psykologiske og medisinske perspektiver på forsøelse og behandling. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Weidle, B. m.fl. (2014). OCD-Behandling for barn og unge. En praksismanual. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Öst, L-G. (2010). KBT inom barn- och ungdomspsykiatri. Stockholm: Natur och Kultur.

Svirsky, L., Thulin, U., & Öst, L-G. (2011). Mer än blyg: Om social ångslighet hos barn och ungdomar. Studentlitteratur.

Övriga litteraturtips

Franklin., & M E, Tolin. (2007). Treating Trichotillomania: Cognitive-Behavioral Therapy for Hair-pulling and Related Problems. New York: Springer.

Wilhelm, S., Phillips, K A., & Steketee (2013). Cognitive- Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder. A Treatment Manual. New York Guildford Press



Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri

www.sfbup.se
info@sfbup.se