

# Ångestsjukdomar

Fastställd april 2026 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. april 2028.

## Huvudbudskap

- Psykopedagogiska insatser till vuxna och psykopedagogisk basbehandling till barn och ungdomar ska erbjudas som ett första steg
- Kognitiv beteendeterapi är förstahandsval vid lätta och medelsvåra ångestsjukdomar och ska erbjudas, enbart eller i kombination med läkemedelsterapi, så tidigt som möjligt efter diagnos
- Förstahandsmedel vid läkemedelsterapi är sertralin
- Bensodiazepiner rekommenderas inte vid ångestsjukdomar på grund av risk för beroendeutveckling och bör endast användas i undantagsfall vid akut svår ångest och då endast som korttidsbehandling
- Suicidrisk ska bedömas
- Somatisk sjuklighet är förhöjd vid ångestsjukdomar och ska efterforskas i anamnes och status
- Fysisk inaktivitet, alkohol, rökning och ohälsosam kost ska uppmärksammas och åtgärder bör erbjudas

## Bakgrund

Ångestsjukdomar är vanliga och drabbar var tredje kvinna och var femte man. Det är hög samsjuklighet med depression, beroendesjukdom och i samband med trauma. Även somatisk sjuklighet och dödlighet är förhöjd. Debut sker ofta i unga år och besvären tenderar att bli kroniska utan behandling. Ångestsjukdomar skiljer sig därmed från stress-inducerad oro och ångest som i de flesta fall är övergående. Indikation för behandling föreligger vid kliniskt signifikant lidande och/eller funktionsnedsättning som påverkar socialt umgänge, arbete, studier eller andra viktiga funktionsområden.

## Diagnostik

Ångestsjukdomar diagnostiseras genom det kliniska samtalet och kan kompletteras med en kriteriebaserad strukturerad intervju, t.ex. [MINI](#). I specialisterpsykiatri bör MINI eller [MINI-KID](#) användas. Specifika skattningsskalor för symtomnivå/svårighetsgrad samt utvärdering av behandlingseffekt bör användas (t.ex. [GAD7](#), [PDSS](#), [LSAS](#) och [Y-BOCS](#)) och för barn/ungdomar [SCAS](#). Inhämta anamnes och gör somatisk undersökning samt relevant utredning för att utesluta bakomliggande somatiska sjukdomstillstånd, t.ex. hjärtsvikt, diabetes, tyreoidesjukdom, astma, KOL, lungemboli och anemi. Beakta även psykiatriska differentialdiagnoser och samsjuklighet såsom depression, beroendesjukdom, personlighetsyndrom och demens. Vissa läkemedel kan ge ångest som biverkan. Symtom på ångest kan uttryckas olika för kvinnor och män och skilja sig åt beroende på

kulturell bakgrund. Överväg [kulturformuleringsintervju](#).

Denna riktlinje tar upp paniksyndrom (F41.0), generaliserat ångestsyndrom (GAD) (F41.1), social fobi (F40.1), specifik fobi (F40.2), tvångssyndrom (F42.0 eller 42.1) samt posttraumatiskt stressyndrom (F43.1). Blandade ångest- och depressionstillstånd (F41.2) bör endast användas när patienten har symtom men inte uppfyller vare sig depressions- eller ångestdiagnos. Inom psykiatri används F41.2 som en biddiagnos.

## Behandling

Patient och närstående ska få muntlig och skriftlig information om tillståndet (t.ex. [Ångest - 1177](#)), genomgång av effektiva behandlingsalternativ och psykopedagogiska interventioner. Behandlingsplanering görs i dialog med patient och närstående. Tillståndets svårighetsgrad, tidigare behandlingsinsatser och patientens önskemål avgör val av behandling. Se även [Psykologisk behandling - ångest- och tvångssyndrom](#). Vid lindriga till måttliga fall kan det vara motiverat att erbjuda kort psykopedagogisk insats med uppföljning.

Förstahandsval vid behandling är kognitiv beteendeterapi (KBT). Erbjud internetbaserad KBT eller vägled KBT med diagnosspecifika manualer/böcker. Om vägled KBT inte bedöms lämplig eller effekt uteblir, erbjuds behandling med ökat behandlarstöd. Behandling kan ske i grupp, digitalt, digifysiskt eller fysiskt. Individuellt vid behov. Även vid långvariga ångeststillstånd med samsjuklighet bör KBT erbjudas och då är kontinuitet särskilt viktigt. Icke-farmakologisk behandling kan vid behov kombineras med läkemedel. [Fysisk aktivitet](#) är gynnsam vid de flesta ångeststillstånd; vägledning och stöd kan erbjudas.

Fysisk inaktivitet, alkohol, rökning och ohälsosam kost ska uppmärksammas och åtgärder bör erbjudas enligt [gällande riktlinjer](#).

Om patienten har sömnproblem bör detta behandlas, se [RMR Insomni](#).

### SSRI

Förstahandsval vid läkemedelsterapi är sertralin. Andrahandsval i SSRI-gruppen är escitalopram för vuxna och fluoxetin för barn och ungdomar. För dosering och andra alternativ, se tabell. Vid otillräcklig effekt bör läkemedlet prövas i fulldos och koncentrationsbestämning övervägas.

### SGA (andra generationens antipsykotika)

Quetiapin, olanzapin, risperidon och aripiprazol kan användas som tilläggsbehandling vid GAD, men också om maximal dos av antidepressiva ej gett önskad effekt vid svårt tvångssyndrom. Metabola biverkningar ska beaktas.

### Bensodiazepiner (BDZ)

Rekommenderas inte vid ångestsjukdomar på grund av risken för beroende. Om BDZ i undantagsfall används vid akut svår ångest hos vuxna bör behandling vara kort, maximalt 4 veckor. För långtidsbehandlade patienter eller om normaldos enligt Fass överskrids bör man efter individuell bedömning erbjuda planerad utsättning/nedtrappning enligt [RMR Bensodiazepiner](#).

### Sexuella biverkningar

Kan uppstå vid SSRI-behandling, påverkar kvinnor och män i samma omfattning. Ofta ses minskad sexuell lust (libido) främst associerad till orgasm-svårigheter för kvinnor och fördröjd ejakulation för män. Preparat med mindre eller ingen serotonerg profil kan då väljas, t.ex. mirtazapin, bupropion eller vortioxetin. Vid god SSRI-effekt kan kombination med bupropion eller buspiron prövas liksom uppehåll med enstaka tablett.

### Graviditet och amning

Sertralin är förstahandsval vid graviditet och amning. Vid nyupptäckt graviditet under pågående behandling med SSRI bör behandlingen fullföljas om tillståndet motiverar det. Se [Janus-med. RMR](#) som specificerar värdnivå finns.

## Paniksyndrom

Debut sker vanligen mellan 13–40 år. Paniksyndrom innebär återkommande attacker av intensiv rädsla med obehagliga kroppsliga symtom som hjärtklappning, andnöd, yrsel och illamående. Patienten söker ofta akut somatisk vård. Somatisk undersökning är viktig vid första kontakten för att värdera och utesluta somatiska orsaker till symtom, t.ex. hjärtsvikt, astma, diabetes, anemi, hyperthyreos eller lungemboli. Använd [Clarks modell för paniksyndrom](#) för att öka medvetenhet och därmed minska problemen.

Vid upprepade panikattacker, så att diagnosen kunnat fastställas, är behandling i första hand KBT. Vid läkemedelsbehandling är SSRI (sertralin) förstahandsalternativ och klomipramin andrahandsalternativ. Patientgruppen är ofta känslig för biverkningar varför det är viktigt att börja med en mycket låg startdos (sertralin 25 mg, klomipramin 10 mg). Dosen trappas sedan försiktigt upp veckovis. Venlafaxin kan övervägas. Målet för läkemedelsbehandling är primärt att lindra intensitet och minska frekvens av panikattacker. Sekundärt mål är att även förväntansångest ska släppa eller bli hanterbar. För att så småningom lyckas med successiv utsättning av medicineringen måste förväntansångesten varit borta/hanterbar i minst 6 månader. Även nedtrappning av läkemedelsdos ska ske långsamt och med små dosjusteringar.

Dostabell för indikation och preparat	Förstahandsval för vuxna	Alternativt SSRI för vuxna	Andrahandsval för vuxna	Förstahandsval för barn och ungdomar	Andrahandsval för barn och ungdomar
Paniksyndrom	Sertralin 25–200 mg	Escitalopram 5–20 mg	Klomipramin 10–150 mg	Sertralin 25–200 mg	Fluoxetin 20–60 mg
Generaliserat ångestsyndrom (GAD)	Sertralin 50–200 mg	Escitalopram 10–20 mg	Venlafaxin depot 75–150 mg <i>alternativt</i> Duloxetin 30–120 mg	Sertralin 25–200 mg	Fluoxetin 20–60 mg
Social fobi	Sertralin 25–200 mg	Escitalopram 5–20 mg	Venlafaxin depot 75–150 mg	Sertralin 25–200 mg	Fluoxetin 20–60 mg
Tvångssyndrom	Sertralin 50–200 mg	Escitalopram 10–20 mg	Klomipramin 50–200 mg	Sertralin 25–200 mg	Fluoxetin 20–60 mg
Posttraumatiskt stressyndrom	Sertralin 25–200 mg	Fluoxetin 20–60 mg	Venlafaxin depot 75–150 mg	Se "Barn och ungdomar"	Se "Barn och ungdomar"

## Generaliserat ångestsyndrom (GAD)

Debut sker ofta i unga år och förloppet är vanligtvis långvarigt. Patienten uppger ofta att symtomen funnits så länge hen minns. De har ofta varit ångsliga som barn och har en tendens att oroa sig för allt. KBT kan ha effekt, enbart eller i kombination med läkemedel.

Läkemedelsbehandling med SSRI (sertralin) i första hand, SNRI (venlafaxin depottabletter och duloxetin) i andra hand och Pregabalin Orion (50–600 mg) i tredje hand rekommenderas. Risk för beroendeutveckling. Vid GAD kan SGA prövas som tilläggsbehandling. Långvarig farmakologisk behandling är ofta indicerad. Dos av SSRI ligger ofta i det högre intervallet och väl så högt som vid depressionsbehandling.

## Social fobi

Debut sker ofta under ungdomsåren. Patienterna utvecklar ett undvikande beteende för situationer som skapar ångest, t.ex. att man kommer i centrum för uppmärksamheten. Ibland klarar patienterna av mer utsatta situationer i arbetet, så vad de gör på fritiden.

Behandling är i första hand KBT, t.ex. internetbaserad grupperapi. Om läkemedel behövs är SSRI (sertralin) förstahandsalternativ. Venlafaxin depottablett kan prövas. För tillfällig symptomkontroll vid t.ex. rampfeber med uttalad hjärtklappning, svettning och darrningar kan propranolol 10–40 mg övervägas.

## Specifik fobi

Irrationell ångest för djur, höjder, hissar och flyg är vanligast. Patienter med uttalade besvär har en försämrad livskvalitet vilket motiverar till att söka vård. Behandling är KBT med exponering. Läkemedel bör ej användas. Kräkfobi är en form av specifik fobi som ofta är svår att behandla och kan kräva mer omfattande behandlingsinsatser.

## Tvångssyndrom

Förekommer som både tvångstankar och tvångshandlingar, t.ex. kontrolleringstvång eller tvångstvång vilket kan resultera i handeksem.

Behandling är KBT med exponering och responsprevention alternativt läkemedelsbehandling med SSRI (sertralin). Generellt mer svårbehandlat än andra ångestsyndrom, både med KBT och läkemedel. Klomipramin rekommenderas som andrahandsmedel hos vuxna. Behandlingseffekt av läkemedel kommer senare och dosering är högre än vid övriga ångestsyndrom.

En låg dos SGA kan läggas till om effekten är otillräcklig efter individuellt uppnådd maximal dos antidepressiva. I undantagsfall kan man även ge SGA till barn och ungdomar. Se även [RMR OCD vuxna](#) samt [RMR OCD barn och ungdomar](#).

## Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Behandling är i första hand traumafokuserad psykoterapi. Vid farmakologisk behandling är sertralin rekommenderat. För handläggning, se [RMR PTSD barn och ungdomar](#) samt [RMR PTSD vuxna](#).

## Uppföljning

Effekt av vald behandling följs upp, gärna med stöd av skattningsskala (se diagnostik). Vid otillräcklig effekt, överväg kompletterande behandling och/eller intensivare behandlingsinsats. Läkemedelsterapi bör fortgå oförändrad i 6–12 månader efter symtomfrihet. Vid recidiv bör långtidsbehandling övervägas. [Suicidriskbedömning](#) ska göras. Läkemedel bör sättas ut gradvis under flera veckor för att undvika utsättningsreaktioner.

## Barn och ungdomar

Psykopedagogisk basbehandling bör först erbjudas i primärvården. Samverkan med skolhälsovård bör ske. För barn är det viktigt att en bred medicinsk, psykologisk, social och pedagogisk bedömning görs för att fånga upp bakomliggande orsaker, t.ex. ADHD, depression, trauma, autismspektrumstörning, inlärningsproblem, bristande omvårdnad, våld och annan social utsatthet. Olika ångesttillstånd debuterar i olika åldrar. Separationsångest (F93.0) debuterar ofta tidigt och kännetecknas av överdriven oro vid eller vid hot om separation från anknytningspersoner. Även selektiv mutism (F94.0), som kännetecknas av att barnet inte talar i vissa sociala sammanhang, har en tidig debut. Det är vanligt att barnet inte talar i skolan, men däremot i en trygg miljö som t.ex. hemmet.

KBT är effektivt för barn och ungdomar. Vid svårigheter att genomföra behandling är det viktigt med aktiv uppföljning med råd och stöd både till barnet och närstående. Psykoterapi bör prövas under 3–6 månader innan behandling med läkemedel övervägs. Förstahandsmedel vid läkemedelsbehandling är SSRI (sertralin). Kombinationsbehandling med psykoterapi och SSRI bör användas vid separationsångest, GAD, social fobi och tvångssyndrom. Vid PTSD och samtidig kraftig komorbid ångest och/eller depression kan sertralin användas (25–200 mg). Sertralin har dokumentation från 6 års ålder vid medelsvårt tvångssyndrom. Vid svårt tvångssyndrom där sertralin har otillräcklig effekt kan aripiprazol prövas. Vid läkemedelsbehandling följs längd- och viktutveckling för att uppmärksamma viktuppgång eller -nedgång respektive tillväxthämning. Se [RMR Barn och unga med tecken på psykisk ohälsa - vårdcentral och rehab](#).

Paroxetin och venlafaxin bör ej användas till barn och ungdomar p.g.a. risk för att utlösa självskadebeteende eller suicidtankar.

## Äldre

Även äldre ska erbjudas KBT vid ångest. Vid läkemedelsbehandling, genomför [läkemedelsgenomgång](#) och beakta risk för polyfarmaci och biverkningar. Psykosociala insatser för att t.ex. bryta ensamhet kan ha god effekt. Det är ovanligt att ångestsyndrom debuterar hos äldre, tänk på att ångest kan vara delsymtom vid depression, somatisk sjukdom och demens. BDZ rekommenderas inte på grund av risk för beroende, ökad risk för fallskador och kognitiv påverkan. Om BDZ används i undantagsfall vid akut svår ångest rekommenderas oxazepam som korttidsterapi. En halvrad start- och underhållsdos av SSRI rekommenderas vid behandling av äldre (se tabell). Pregabalin dos till äldre vid GAD kan ofta vara låg (25 mg x2).

## QT-förlängning/arytmirisk

SSRI kan ge QT-förlängning (och därmed risk för allvarlig arytm). Detta gäller framför allt escitalopram (> 10 mg) och citalopram (> 20 mg) - inte minst i kombination med vissa andra läkemedel och tillstånd t.ex. PPI, betablockare, antipsykotika och hypokalemi. Se [Janusmed interaktioner](#). Hydroxizin bör undvikas. Föreligger hjärtsjukdom eller polyfarmaci vid insättning bör hänsyn särskilt tas till risken för arytm.

## Blödningsrisk

SSRI kan ge ökad blödningsrisk, särskilt vid samtidig behandling med andra läkemedel som påverkar koagulationen, såsom ASA, COX-hämmare och DOAK, se [Janusmed interaktioner](#). Profylax med PPI kan övervägas individuellt utifrån övriga läkemedel och riskfaktorer för GI-blödning.

## Hyponatremi

SSRI-behandling kan ge hyponatremi, framför allt de första tre månaderna efter insättning och även senare, särskilt i kombination med vätskedrivande läkemedel. Se [Hyponatremi - 1177 för vårdpersonal](#).

## Antikolinerga biverkningar

Om inte särskilda skäl finns bör läkemedel med tydligt antikolinerga biverkningar undvikas till äldre, t.ex. hydroxizin, alimemazin, prometazin och propiomazin.

## Vårdnivå

Följ [Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri \(vuxna\)](#). [Barn och ungdomar](#) bör remitteras till BUP vid behov av läkemedelsbehandling mot ångest och vid konsultationsbehov.

## FÖR TERAPIGRUPP PSYKIATRI

Harald Aiff, ordförande

## Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Psykiatri  
Martin Hedeberg, martin.hedeberg@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på [www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel](http://www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel).  
OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.