



Vårdprogram
vid
ångestsyndrom, tvångssyndrom och
selektiv mutism
hos
barn och ungdomar

Version 3

Dokumenttyp: Vårdprogram	Dokumentnamn: Vårdprogram vid ångestsyndrom, tvångssyndrom och selektiv mutism hos barn och ungdomar. Version 3
Utfärdande PE: Närsjukvården i Östergötland	Giltigt från och med: 2011-03-01
Utfärdande enheter: Barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland	Giltigt till och med: 2014-03-01
Huvudförfattare: Malin Gren Landell, leg psykolog, leg psykoterapeut, Fil dr	Godkänt av: Martin Strömstedt, närsjukvårdsdirektör NSÖ Henrich Wilander, närsjukvårdsdirektör NSC Gerd Sandgren Lundström, närsjukvårdsdirektör NSV
Huvudredaktör: Marianne Helgesson, verksamhetsutvecklare	Ansvarig för revidering: Carina Ranius, enhetschef
	Diarienummer: NSV 68/2011

Revisionshistorik

Utgåva nr:	Giltig fr.o.m.:	Godkänt av
1	2000-03	Björn Lundin cheföverläkare Per-Olof Sjöblom cheföverläkare Gudrun Thorslund cheföverläkare
2	2004-12	Gunilla Jarkman Björn, cheföverläkare Rita Berggren, verksamhetschef Eva Wasteson, verksamhetschef

Vårdprogrammets process

Medförfattare

Tvångssyndrom

Maria Varenhorst, leg psykolog och Malin Gren Landell

Behandling av tvångssyndrom

Tord Ivarsson, docent och specialist i barn- och ungdomspsykiatri, texten omarbetad av huvudförfattaren Malin Gren Landell

Farmakologi

Per Gustafsson, docent och specialist i barn- och ungdomspsykiatri, leg psykoterapeut och Malin Gren Landell

Referensgrupp

Susanne Björklund, leg psykolog, leg psykoterapeut, Motala BUP AB

Eva Dahlgren, socionom, leg psykoterapeut, BUP Mjölby AB

Göran Leffler, socionom, leg psykoterapeut, BUP-kliniken, NSÖ

Litteratursökning

Följande sökningar har gjorts i PubMed och PsychInfo:

children AND adolescents AND anxiety disorders

OR simple phobia OR phobic disorders OR panic disorder OR social phobia OR social anxiety disorder OR overanxious disorder OR separation anxiety disorder OR

(s)elective mutism OR obsessive compulsive disorder

AND risk factors

AND assessment

AND treatment

AND prevention

AND guidelines/overview/review

AND cognitive behavioural therapy OR family therapy OR psychoanalysis OR psychodynamic psychotherapy

Kontaktpersoner

Malin.Gren.Landell@liu.se

Marianne.Helgesson@liu.se

Sammanfattning

Inom Östergötlands läns landsting pågår sedan 1990-talets senare del ett arbete med att utveckla läns gemensamma vårdprogram rörande centrala och diagnostiserbara tillstånd som behandlas inom barn- och ungdomspsykiatrin. Vårdprogrammen ska baseras på aktuell evidens och beprövad erfarenhet.

Föreliggande vårdprogram omfattar ångestsyndrom och selektiv mutism hos barn och ungdomar. De senaste årtiondena har kunskapen om ångestsyndrom hos barn och ungdomar vuxit explosionsartat. Nya kunskaper som är i sin linda pekar mot att forskningsområdet kommer att expandera ytterligare inom den närmaste framtiden.

Rädsla, oro och ångest utgör å ena sidan icke-patologiska tillstånd och är del i en normal utveckling. Samtidigt är ångestsyndrom en av de vanligaste psykiatriska diagnoserna både hos barn och vuxna och utgör risk för att utveckla annan psykisk ohälsa. Obehandlade ångeststörningar har ofta en påtagligt negativ inverkan på barnets anpassning och fungerande inom framförallt familjen men också på sociala områden och skolgång. Det är inte ovanligt att tillstånden leder till sekundära problem och med en sådan utveckling är det vanligt att besvären sträcker sig över lång tid. Många vuxna med ångestsyndrom rapporterar att besvären började i barndomen. Aktuell kunskap om rädsla, oro och ångestsyndrom hos barn och ungdomar är därför mycket angelägen för att kunna förebygga och hantera psykisk ohälsa i befolkningen på ett framgångsrikt sätt.

Etiologin vid ångestsyndrom bör ses som multifaktoriell men det saknas fortfarande kunskap om hur olika variabler samverkar. De säkraste rönerna vad det gäller etiologi är ärftlighet och temperament präglad av beteendemässig hämning/extrem blyghet. Det behövs mer forskning på t.ex. samverkan mellan arv och miljö och temperament och miljö. Både experimentella studier och longitudinella studier är önskvärda.

När det gäller behandling av pediatrika ångestsyndrom är rekommendationen i de nationella riktlinjer som Socialstyrelsen kom ut med 2010, att i första hand behandla med kognitiv beteendeterapi. I framtiden kan man tänka sig att behandling kan ske med dessa metoder i olika format och kontext. Det är tillfredsställande att den behandling av ångestsyndrom hos barn, som har evidens, visar bland de större effektstorlekarna när det gäller behandling av barnpsykiatriska tillstånd. I klinisk praxis används behandlingsmetoder som inte är systematiskt prövade men som med framtida forskning kan generera evidens. Det behövs sålunda studier av olika psykoterapeutiska behandlingsmetoder och format som är grundade i fynd på hur man kan förstå utveckling av ångestsyndrom. Det behövs också mer forskning på vilka faktorer som är relaterade till vidmakthållande av positivt utfall och vilka faktorer som försvårar att få barn, ungdomar och familjer att komma in i och stanna i behandling men också vad som kan ha negativ inverkan på behandlingsutfall. När det gäller prevention av ångestsyndrom så har det under det senaste året publicerats studier som visar lovande resultat. Fortfarande rör det sig dock om få studier och brister i studiernas design. Det är sålunda angeläget att få fram ett bättre underlag för vad som utgör effektiva preventiva interventioner. Föreliggande dokument beskriver även selektiv mutism vilket är ett mer ovanligt tillstånd än övriga som tas upp och det är ett område som också behöver beforskas och uppmärksammas mer.

Innehållsförteckning

VÅRDPROGRAMMETS PROCESS	2
<i>MEDFÖRFATTARE</i>	2
<i>REFERENSGRUPP</i>	2
<i>LITTERATURSÖKNING</i>	2
<i>KONTAKTPERSONER</i>	2
SAMMANFATTNING	3
FÖRKORTNINGAR	7
INLEDNING	8
<i>BARN MED PSYKISKA PROBLEM I ETT SAMMANHANG</i>	8
<i>SVÅRIGHETER VID DIAGNOSTISERING AV PSYKISK OHÄLSA HOS BARN</i>	8
ALLMÄN BESKRIVNING	9
<i>RÄDSLÅ, ÅNGEST OCH ÅNGESTSTÖRNING</i>	9
<i>DEBUT OCH PREVALENS</i>	9
<i>KOMORBIDITET</i>	10
<i>FYSIOLOGISKA KORRELAT</i>	10
<i>PROGNOS</i>	11
<i>RISKFÄKTORER</i>	11
<i>Hereditet</i>	11
<i>Föräldravariabler</i>	12
<i>Temperament</i>	12
<i>Påfrestande livshändelser</i>	12
<i>Fördjupningslitteratur</i>	13
<i>KONSEKVENSER OCH PÅVERKAN FÖR PATIENT OCH ANHÖRIGA</i>	13
DIAGNOSTIK	13
<i>BESKRIVNING AV RESPEKTIVE ÅNGESTSYNDROM</i>	14
<i>Separationsångest</i>	14
<i>Social fobi</i>	15
<i>Specifik fobi</i>	15
<i>Paniksyndrom med och utan agorafobi</i>	15
<i>Generaliserat ångestsyndrom/överdriven ångslighet hos barn</i>	16
<i>Differentiering mellan olika ångestsyndrom</i>	16
<i>DIAGNOSKRITERIER ENLIGT DSM-IV</i>	17
<i>Separationsångest</i>	17
<i>Panikattack</i>	17
<i>Agorafobi</i>	18
<i>Paniksyndrom utan agorafobi</i>	18
<i>Paniksyndrom med agorafobi</i>	19
<i>Agorafobi utan anamnes på paniksyndrom</i>	19
<i>Social fobi</i>	19
<i>Specifik fobi</i>	20
<i>Generaliserat ångestsyndrom/överdriven ångslighet hos barn</i>	21
<i>DIAGNOSKRITERIER ENLIGT ICD-10</i>	21
<i>Emotionella störningar med debut särskilt under barndomen</i>	21
<i>Fobiska syndrom</i>	22
<i>Andra ångestsyndrom</i>	23
<i>FÖRDJUPNINGSLITTERATUR</i>	24
UTREDNING	24
<i>ALLMÄNNA REKOMMENDATIONER</i>	24

DIAGNOSTISK BEDÖMNING	25
Screening	25
Fördjupad bedömning.....	25
Vid klinisk indikation	27
Vid inläggning.....	27
Differentialdiagnostik	27
METOD	28
Självskattningsformulär för ångest.....	28
Bedömning av funktionsnedsättning	28
Allmän symtomskattning.....	29
Instrument för specifika tillstånd	29
Strukturerade och semistrukturerade intervjumetoder	30
Övrigt utforskande material.....	30
Instrument som kan vara relevanta att använda men inte rutinmässigt	30
Fördjupningslitteratur	31
PREVENTION	31
Fördjupningslitteratur	32
BEHANDLING	32
GENERELLA RIKTLINJER	32
Information och rådgivning	33
Konsultation och samarbete	33
Psykologisk behandling	34
Alternativa sammanhang/former för behandling	35
Farmakologisk behandling	36
Kombinationsbehandling	37
Brukares preferens beträffande behandling.....	37
Slutenvård.....	37
KOM IHÅG!	38
RIKTLINJER FÖR RESPEKTIVE DIAGNOS	38
Separationsångest.....	38
Specifik fobi.....	38
Social fobi	38
Paniksyndrom	39
FÖRSVÅRANDE FAKTORER FÖR BEHANDLINGSFRAMGÅNG	39
UTVÄRDERING AV BEHANDLING	40
FÖRDJUPNINGSLITTERATUR	40
SELEKTIV MUTISM	40
PREVALENS OCH KOMORBIDITET	40
Etiologi	41
Debut och prognos.....	41
DIAGNOSTISK BEDÖMNING	41
DIAGNOSKRITERIER ENLIGT DSM-IV	42
Selektiv mutism	42
DIAGNOSKRITERIER ENLIGT ICD-10	42
Störningar av social funktion med debut särskilt under barndom och ungdomstid.....	42
BEHANDLING	42
TVÅNGSSYNDROM	43
ALLMÄN BESKRIVNING	43
Etiologi	44
Prevalens	44
Debutålder	44
Komorbiditet	44
Prognos.....	45
TILLSTÅNDETS INNEBÖRD OCH KONSEKVENSER	45
DIAGNOSKRITERIER ENLIGT DSM-IV	46
Tvångssyndrom.....	46

<i>DIAGNOSKRITERIER ENLIGT ICD-10</i>	47
<i>Tvångssyndrom</i>	47
<i>FÖRDJUPNINGSLITTERATUR</i>	47
<i>UTREDNINGSFÖRFARANDE</i>	48
<i>Screening</i>	48
<i>Fördjupad bedömning</i>	48
<i>Formulär för fördjupad bedömning av OCD</i>	49
<i>Påverkan och familj</i>	49
<i>Observation/hembesök</i>	49
<i>Fördjupningslitteratur</i>	50
<i>BEHANDLING</i>	50
<i>Psykologisk behandling</i>	50
<i>Medicinsk behandling</i>	51
<i>Faktorer som påverkar utfall av behandling</i>	52
<i>Utvärdering av behandling</i>	53
<i>Fördjupningslitteratur</i>	53
INFORMATION TILL PATIENT OCH ANHÖRIGA	53
<i>PATIENT- OCH ANHÖRIGFÖRENINGAR</i>	53
<i>Tvångssyndrom</i>	53
<i>LITTERATURTIPS FÖR PATIENTER, ANHÖRIGA, SKOLA OCH OMGIVNING</i>	53
<i>DVD</i>	54
KONSEKVENSER AV VÅRDPROGRAMMET	54
FORSKNING- OCH UTVECKLINGSPROJEKT	54
<i>PÅGÅENDE</i>	54
<i>ÖNSKVÄRDA PROJEKT</i>	54
LITTERATURFÖRTECKNING	55

Förkortningar

AACAP	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
AD/HD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ADIS-IV-C/P	Anxiety Disorders Interview Schedule, Children and Parents Version
BI	Behavioral Inhibition
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
CATS	Children Automatic Thoughts Scale
CBCL	Child Behavior Check List
CBCL-TRF	Lärarversion av CBCL
C-GAS	Children's Global Assessment Scale
CNS	Centrala nervsystemet
COIS	Children OCD Impact Scale, Påverkan av OCD
CY-BOCS	Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
DAWBA	Development and Well-being Assessment
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth Edition
EAS	Emotionality, Activity and Sociability
E/RP	Exponering med responsprevention
FAS	Familjanpassningsskala/Family Adaption Scale
FSS-III	Fobischema-III
FSSC-R	Fear Survey Schedule for Children-Revised
GAD	Generalized Anxiety Disorder/generaliserat ångestsyndrom
KBT	Kognitiv beteendeterapi
K-SADS	The Kiddie Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia
MASC	Multidimensional Anxiety Scale for Children
OCD	Obsessive Compulsive Disorder
PANDAS	Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infection
PARS	Pediatric Anxiety Rating Scale
RCT	Randomized controlled trial
SCARED	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders
SCL-90	Symptom Check List
SCL-25/BSI	Symptom Check List-25/Brief Symptoms List
SCAS	Spence Children Anxiety Scale
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SET-C	Social Effectiveness Therapy for Children
SPAI-C	Social Phobia Anxiety Index-Child Version
SPSQ-C	The Social Phobia Screening Questionnaire for Children
SRAS	The School Refusal Assessment Scale
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibition
UNS	Utan närmare specifikation
VAS	Visual Analogue Scale
YSR	Youth Self-Report

Inledning

Barn med psykiska problem i ett sammanhang

Barn är i hög grad beroende av den sociala miljö de lever i. För mindre barn utgör familjen den helt dominerande miljön. Med barntillsyn och skola tillkommer lärare och annan personal som betydelsefulla vuxna, och när barnet närmar sig tonåren börjar kamratgruppen att få ökad betydelse. För att kunna förstå och bedöma psykiska problem hos barn behövs fördjupade kunskaper och färdigheter ifråga om psykopatologin hos det växande barnet och hur dess kroppsliga, känslomässiga, intellektuella och sociala utveckling påverkas av konstitution, sjukdomstillstånd, föräldrarnas hälsa och sociala anpassning samt faktorer som hänför sig till nätverket/samhällssituationen. Det är av vikt att uppmärksamma inte bara belastande riskfaktorer utan även skyddande och hälsofrämjande faktorer.

Vad ovan sagts innebär att diagnostik av psykiska problem hos barn måste bedrivas på åtminstone följande tre nivåer: (1) barnet som individ, (2) det familjesystem som barnet lever i samt (3) barnets och familjens samspel med den sociala närmiljön/nätverket. Likaså måste man vid behandling beakta behovet av insatser på de olika nivåerna.

Svårigheter vid diagnostisering av psykisk ohälsa hos barn

Vid epidemiologiska studier av barns psykiska hälsa har man genomgående funnit att tydligt avgränsade syndrombilder som de beskrivs i diagnostiska system är ovanliga. Det föreligger alltså en diskrepans mellan hur barn på olika sätt uttrycker att de mår dåligt och hur vi gör sammanfattande beskrivningar i form av en diagnos. Till skillnad mot medicinska diagnoser säger flertalet psykiatriska diagnoser inget om bakomliggande orsaker till det diagnostiserade tillståndet utan ger en sammanfattande beskrivning av en rad olika symtom vilka kan ha olika orsaker inom och utom barnet. Tillstånd kan förvärras eller förbättras och det är viktigt att komma ihåg att diagnoser bara är beskrivningar gjorda vid en viss tidpunkt. Barn som befinner sig i ständig utveckling har en helt annan kapacitet att förändras än vad vuxna har. Sett ur ett utvecklingsperspektiv är också en del symtom vanliga i vissa åldrar men sällsynta i andra. Det är i det här sammanhanget viktigt att komma ihåg att rädslor och ångest är vanligt förekommande bland befolkningen i allmänhet och att rädslor ser olika ut i olika åldrar [1].

En svårighet vid diagnostisering är att barn har ett begränsat antal sätt att visa att de mår dåligt vilka ofta återkommer. Det gäller både beteende (t.ex. rastlöshet), känsloläge (t.ex. nedstämdhet och irritabilitet), förmåga att tänka (t.ex. koncentrations- och inlärningssvårigheter) och relationer till andra (att dra sig undan eller att bråka). Flera olika diagnoser inkluderar samma enskilda symtom bland kriterierna och det kan vara svårt att hitta en kombination av kriterier som svarar mot just den samling av symtom som det enskilda barnet har. Det är också vanligt att barn har så många symtom att de uppfyller kriterierna för både två och tre olika diagnoser. Rädsla och ångest hos barn kan visa sig i form av irritation, klängighet, aggressionsutbrott, gråt eller att barnet blir stelt av skräck. Aggressionsutbrott kan tolkas som trots medan syftet kan vara att undvika det som väcker rädsla eller ångest. Hos barn, till skillnad mot hos vuxna, syns ofta somatiska symtom som huvudvärk och magont liksom svårigheter att somna, att ha mardrömmar eller att ha svårt att koncentrera sig [2].

Allmän beskrivning

Rädsla, ångest och ångeststörning

Rädslor ingår i normal utveckling hos barn och följer den kognitiva utvecklingen, vilket betyder att rädslorna går från konkreta till mer abstrakta företeelser. Hos spädbarn är rädsla för ljud vanligt och i småbarnsåldern rör rädslan ofta mörker, fantasivarelser samt att skiljas från vårdgivare. Skolbarns rädslor kan handla om naturkatastrofer och skador. I takt med att barnet utvecklar ett mer abstrakt tänkande ändras rädslorna hos äldre barn till att röra prestation och kompetens samt sjukdom, skada och död [3].

Rädsla, oro och ångest betraktas som allmänmänskliga fenomen. Rädsla utgör en normal reaktion på ett hot eller en fara. Ångest kallas den starka känsla av obehag man upplever när man förväntar sig en fara eller ett hot. Hotet kan vara inre eller yttre och kan ha en reell grund eller sakna sådan. Vid en ångestreaktion sker en aktivering av det autonoma nervsystemet som märks i form av t.ex. ökad hjärtfrekvens, svettning, yrsel och illamående. Det finns även en beteendemässig komponent som tar sig uttryck i att försöka undvika eller ta sig bort från det som utlöser ångest [4].

Diagnosen ångestsyndrom eller ångeststörning innebär att individen upplever ångestsymtom som är intensiva, irrationella och hindrande i vardagen. För att kriterierna för diagnos ska uppfyllas ska symtomen hindra eller begränsa utvecklingsmässigt adekvat och adaptivt beteende. Ångest kan även förekomma som symtom vid andra psykiska störningar och somatiska sjukdomar [5].

De diagnoser för ångestsyndrom som tas upp i the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV) [6] kan ställas på barn, ungdomar och vuxna med undantag för diagnosen separationsångest som endast kan ställas på individer upp till 18 år. För en del diagnoser har kriterierna anpassats, t.ex. krävs inte insikt i att rädslan är överdriven och varaktigheten av besvären i minst sex månader.

Debut och prevalens

Debutålder varierar mellan olika ångestsyndrom. Separationsångest och specifik fobi debuterar oftast tidigare än övriga ångestsyndrom. Social fobi debuterar från tidiga tonår och paniksyndrom sällan före puberteten, ofta mellan 15-19 års ålder [7, 8]. Ångestsyndrom hos förskolebarn yngre än 5-6 år är föga undersökt [9].

Uppgifterna på förekomst varierar mellan olika studier men ångestsyndrom tillhör de vanligaste psykiska besvären såväl hos vuxna som hos barn och ungdomar [10, 11]. Uppskattning av 3-månaders prevalens ger vid handen att 2-5 % av barn och ungdomar i åldrarna 8-21 år lider av något ångestsyndrom medan prevalensen för 6-12 månader ligger mellan 10-20 % [12, 13]. Hos barn och ungdomar är separationsångest, generaliserat ångestsyndrom, social fobi och specifik fobi mest vanligt förekommande medan tvångssyndrom och paniksyndrom är mindre vanligt. Separationsångest och specifik fobi förekommer mer i yngre åldrar medan social fobi, paniksyndrom och tvångssyndrom är vanligare i högre åldrar [14, 15]. Flickor rapporterar fler och mer intensiva rädslor och mer ångest än pojkar och prevalensen av ångestsyndrom är generellt högre hos tonårsflickor och kvinnor jämfört med män [16, 17].

Komorbiditet

I samband med ångeststörning är det vanligt med andra samtidiga besvär, framförallt att ha mer än en ångestdiagnos. Uppskattningsvis 40-60 % av barn med en typ av ångestsyndrom uppfyller samtidigt kriterierna för en annan ångestdiagnos [8]. Flera studier har visat att depression ofta förekommer samtidigt med ångestsyndrom hos äldre barn och tonåringar [10, 18, 19]. Med undantag för paniksyndrom föregår ångeststörning oftast depression [12, 19]. Trotssyndrom, uppförandestörning och ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) nämns också som komorbida tillstånd men är mindre vanligt förekommande än depression och ångeststörningar [8, 10].

Fysiologiska korrelat

På senare tid har fysiologiska korrelat och neurobiologiska förklaringsmodeller vid ångest hos barn och ungdomar undersökts alltmer. Kroppsliga besvär såsom huvudvärk, magont och annan smärta [20, 21] liksom kroniska somatiska sjukdomar såsom astma och allergier [22] är relativt vanligt förekommande samtidigt med ångestsyndrom. Kroppsliga symtom ingår som kriterium vid olika ångestsyndrom och det är inte klarlagt i vilken utsträckning det finns ett samband utöver överlappning i diagnostiska kriterier. Kroppsliga symtom och smärta kan orsaka eller förstärka ångest [20]. Vice versa så kan ångestbesvär indirekt bidra till kroppsliga besvär genom negativa konsekvenser såsom missbruk, sömnproblem och begränsad fysisk aktivitet [22].

Då både ångestsyndrom, smärttillstånd och somatiska symtom är mycket vanligt förekommande hos barn och ungdomar, är det angeläget att studera samband mellan dem för att hitta effektiva behandlingsupplägg [23]. Barn som har både en kroppslig sjukdom och ångestsyndrom rapporterar mer känslomässiga besvär och större funktionsnedsättning än barn med enbart det ena tillståndet och det gör det angeläget att kunna erbjuda effektiv behandling. Det finns dock få studier på behandling av samtidiga tillstånd av ångest och smärttillstånd hos barn och ungdomar.

Hos vuxna med ångeststörningar är det vanligt med samtidiga sömnsvårigheter men det vetenskapliga stödet för samband mellan ångestsyndrom och sömnproblem hos barn och ungdomar är fortfarande litet [24, 25].

Kortisol som biologisk stressmarkör vid ångestproblematik hos barn och ungdomar är inte lika väl undersökt som hos vuxna och olika studier visar olika resultat. Bland annat

har man studerat kortisolutsöndring hos barn med tvångssyndrom [26], barn med långvarig ångestproblematik [27] samt barn och ungdomar i en icke-klinisk grupp i anslutning till uppgiften att tala inför publik [28]. Forskningsresultaten och de teoretiska modellerna är än så länge alltför spretiga för att man ska kunna dra några säkra slutsatser.

Prognos

Ångestsyndrom kan vara övergående [14] men det är inte ovanligt att besvären består [29-31] och att andra besvär och negativa konsekvenser som t.ex. depression, kamratsvårigheter, drogmissbruk eller skolproblem utvecklas senare i tonåren eller i vuxen ålder [32]. Framför allt finns en ökad risk för att utveckla annat ångestsyndrom [10, 31-34]. Det är vanligt med utveckling av depression i samband med ångestsyndrom [8, 10, 31, 33, 35] och det finns en ökad risk för självmordsförsök hos äldre ungdomar [36]. Ångestsyndrom innebär en ökad risk för externaliserande störningar och alkohol- och drogberoende [31, 34, 37-39].

Prognosen hänger till stor del samman med förekomst av komorbiditet och hur besvären påverkar barnet socialt och skolmässigt [11]. Förekomsten av samtidig depression innebär en sämre prognos än om depression inte föreligger [14]. Separationsångest har ofta god prognos till skillnad mot övriga ångestsyndrom [34].

Risikfaktorer

Forskning beträffande hur ångestbesvär uppstår och utvecklas utgår i stor utsträckning från teorin för utvecklingspsykopatologi, ”developmental psychopathology”. Inom den här teorin förklarar man utveckling och vidmakthållande av psykopatologi multifaktoriellt, där olika risk- och skyddsfaktorer samverkar i dynamisk interaktion och över tid [40]. Generellt krävs det flera faktorer för utvecklande och vidmakthållande av psykopatologi. Det krävs dessutom en interaktion mellan faktorer och inte enbart att en faktor läggs till en annan. Man har identifierat en rad risk- resp. skyddsfaktorer som kan bidra till utveckling av ångestsyndrom hos barn och ungdomar men det saknas ännu empiriskt stöd för hur olika faktorer samverkar.

Hereditet

Ångeststörningar har en genetiskt och miljömässigt ärftlig komponent [41]. Det är signifikant vanligare hos barn till förälder/-rar med en eller fler ångestsyndrom att uppvisa ångeststörning än hos barn vars föräldrar inte har sådan problematik [42]. Även ”bottom-up” studier, som grundar sig på rapporter från föräldrar till barn med ångestsyndrom, visar att hälften av alla föräldrar till barn med klinisk ångest själva uppfyller kriterierna för ångestsyndrom. Vidare föreligger en ökad risk för utveckling av ångestsyndrom om båda föräldrarna har ångestsyndrom eller om en förälder utöver ångestdiagnos uppvisar komorbid problematik [41]. Det saknas entydiga fynd vad det gäller specificiteten i ärftlighet, d.v.s. om sårbarheten gäller en specifik ångestproblematik eller generell.

Föräldravariabler

Föräldrars förhållningssätt gentemot oro, rädsla och ångest hos barnet har visat sig ha viss betydelse för utveckling och vidmakthållande av problematiken. Ett antal översiktsartiklar redovisar studier som har gjorts både på kliniska och icke-kliniska grupper. Olika studier visar olika resultat av hur stor betydelsen är och vilken typ av förhållningssätt som avses. Mestadels har självskattningsformulär använts och dessvärre få observationsstudier eller studier med experimentell design [41, 43-45]. Nedan redovisas endast fynd som rör ångestsyndrom eller ångest och inte beteenden av rädsla eller oro.

Sammanfattningsvis verkar ett kontrollerande eller överbeskyddande förhållningssätt hos föräldrar utgöra en viktig faktor för utveckling och vidmakthållande av ångestsyndrom hos barnet [41, 43, 44]. Barnets ålder, kön och familjens socioekonomiska status tycks bidra till betydelsen av föräldrakontroll för förekomsten av ångestsyndrom eller ångest hos barnet [46]. Föräldrar till barn med ångestproblematik tolkar i större utsträckning in hot och väljer oftare undvikande som lösning i olika sociala situationer än vad föräldrar till barn med utagerande problematik eller icke-psykiatrisk problematik gör [47]. Barn med tendens till blyghet, som får signaler från föräldrarna om att över-skatta hot och underskatta den egna förmågan att handskas med situationen, kan utveckla undvikande beteende och en känsla av inkompetens [8]. Överdrivet beskyddande kan begränsa barnet i att utveckla tro på egna förmågan, att ha realistiska uppfattningar om världen och att hitta konstruktiva lösningar på utmaningar. Man kan säga att föräldrarna tenderar att förstärka barnets osäkra, undvikande och ängsliga beteende. Samtidigt visar studier att ett ängsligt temperament hos barnet utlöser ett beskyddande förhållningssätt hos föräldern. Utveckling av handikappande ångestbesvär sker därför troligen i en ömsesidig interaktion mellan temperament hos barnet och föräldravariabler.

Temperament

Den tydligaste riskfaktorn för utveckling av ångestsyndrom är ett temperamentsdrag som kallas "behavioural inhibition" (BI), vilket kan översättas till beteendemässig hämning [41]. Det karakteriseras av extrem blyghet och rädsla i nya och okända situationer vilket finns hos uppskattningsvis 15 % av alla små barn. Temperamentsdraget har kunnat studeras redan från 4 månaders ålder genom att man har påvisat en lägre tröskel för fysiologisk "arousal", d.v.s. en stark kroppslig reaktion på nya och okända miljöer och personer. Man har kunnat visa ett samband mellan det här reaktionsmönstret hos spädbarn och utveckling av BI senare under småbarnsåren. Ett stabilt mönster av BI predicerar ångestsyndrom och framförallt social fobi [48] samt vid senare ålder depression [8, 41].

Påfrestande livshändelser

Påfrestande livshändelser såsom skilsmässa, dödsfall i familjen eller svåra föräldrakonflikter kan bidra till utveckling av ångestsyndrom hos barn och ungdomar [49-51]. Det här förhållandet är inte specifikt för ångestsyndrom och stressande livshändelser är i sig inte tillräckligt för att förklara utveckling av ångestsyndrom. Sambandet mellan utveckling av ångestbesvär och att ha upplevt traumatiska eller påfrestande livshändelser beror bland annat på hur händelsen inverkar på barnet och på barnets temperament [8]. Det finns ett visst stöd för att också långvarigt ogynnsamma uppväxtförhållanden har ett samband med utveckling av ångestproblematik [8].

Mobbning

En form av påfrestande livserfarenhet som har samband med olika former av psykisk ohälsa, bland annat ångestbesvär, är att ha varit utsatt för mobbning [41, 52-54]. Flera studier har visat ett samband mellan mobbning och social ångest [55-57].

Fördjupningslitteratur

Vasey, M.W., and Dadds, M.R., *The developmental psychopathology of anxiety*. 2001, New York: Oxford University Press.

Öhman A., *Rädsla, ångest, fobi*. 1994, Lund: Scandinavian University Press.

Konsekvenser och påverkan för patient och anhöriga

Många gånger är barnets ångestbesvär okända för omgivningen. Detta hänger samman med att symtomen är subjektiva upplevelser vars yttre manifestationer inte är så lätta för andra att upptäcka. Det är även vanligt att barnet skäms för ångestbesvären och inte vill att omgivningen ska känn till detta. Omgivningen kan märka av problematiken genom de konsekvenser den medför snarare än genom att symtomen syns, t.ex. att barnet stannar hemma från skolan på grund av rädsla för att redovisa inför klassen.

Barn som är försiktiga och ängsliga utlöser lätt beskyddande beteende från omgivningen. Detta kan leda till att barnet blir ovant vid att klara sig själv vilket i sin tur förstärker rädsla och undvikandebeteenden. Ångestbesvär kan inverka negativt på socialt fungerande och självkänsla [32]. Detta är förstås kritiskt för barn och ungdomar och kan ha negativa konsekvenser för framtiden.

Ångestbesvär inverkar ofta negativt på familjen [58]. Det är vanligt att familjen går med i det undvikande som barnet utvecklar och anpassar sig till ångestproblematiken på ett sådant sätt att den vidmakthålls [11, 59]. Familjemedlemmar kan reagera med många olika typer av känslor, t.ex. skuld, rädsla, ilska, uppgivenhet och hjälplöshet samt växla mellan olika förhållningssätt. Det är vanligt att föräldrar uppger att de har "prövat allt". Situationen kan kompliceras av att barnets svårigheter aktualiserar ångestproblematik hos föräldrarna. Inte sällan reagerar föräldrarna på barnets ångestbeteenden med att fråga ut barnet om varför det känner och beter sig som det gör. Detta kan skapa en känsla av hopplöshet och misslyckande hos barnet som inte har någon rationell förklaring att ge.

Diagnostik

Den diagnostiska och statistiska manualen för psykiska störningar (DSM) har genomgått flera revideringar. Man har haft särskilda ångestdiagnoser för barn sedan 1968 då DSM-II användes. Från föregående revidering till den nu aktuella fjärde revideringen finns endast diagnosen separationssvårigheter kvar som specifik ångestdiagnos för barn under 18 år. För vissa av diagnoserna har somliga kriterier anpassats till barn och ung-

domar. En femte revidering av manualen är under arbete och preliminärt den kommer preliminärt att publiceras på engelska år 2013.

För att diagnostiseras som ångestsyndrom måste ångestupplevelserna vara primära och inte ingå i något annat psykiatriskt syndrom. Psykiatriska störningar som kan vara samtidigt med eller differentialdiagnostiseras kan vara andra affektiva störningar, ADHD, anpassningsstörning, substansrelaterade störningar, borderline- eller annan personlighetsstörning, ätstörning, somatoforma syndrom, tics, trichotillomani, reaktiv kontaktstörning, genomgripande störning i utvecklingen, schizofreni eller sömnstörning. Det är vanligt att depression och ångest uppträder samtidigt vilket kan förhindra upptäckten av ångeststörningen och vice versa. Ångestsymtom finns också med vid flera olika sjukdomsbilder såväl psykiska som somatiska.

Beskrivning av respektive ångestsyndrom

Separationsångest

Karaktäristiskt för separationsångest är utvecklingsmässigt inadekvat och orimlig oro vid separationer från förälder (oftast modern) eller annan närstående, viktig person för barnet. Barnet känner oro för att föräldern eller barnet själv ska råka ut för en olycka eller att något annat ska inträffa som gör att de aldrig ses igen. Barnet lämnar ogärna föräldern vilket t.ex. kan innebära att barnet inte är med kompisar på fritiden, inte vill gå till skolan eller sova borta. Barnets oro kan innebära att barnet försöker att ha ständig kontroll över föräldern t ex genom att ringa till mamma eller pappa orimligt ofta. Barn med separationsångest uppger ofta somatiska symtom.

Separationsångest debuterar vanligen vid 7-9 års ålder. Det är inte ovanligt att det sker i samband med skolstart eller byte av skola och en längre tids skoluppehåll kan göra att besvären återkommer eller förvärras.

Vid separationsångest är det mycket vanligt med en annan samtidig ångeststörning liksom depression. Differentialdiagnoser är överdriven ängslighet, specifik fobi, depression, paniksyndrom, substansbetingad ångest och somatiska sjukdomar som kan orsaka ångest.

Specifika frågor vid misstanke om separationsångest

(Kan formuleras som frågor till föräldern om barnet)

- Känner du dig riktigt orolig när du är ifrån din mamma eller pappa?
- Om du inte är med dina föräldrar, oroar du dig då mycket över att något ska hända dem som att de ska bli sjuka eller skadade och dö?
- Oroar du dig mycket för att något dåligt skulle kunna hända *dig* så att du inte skulle kunna träffa dina föräldrar igen?
- Känner du dig ofta sjuk (ont i magen, huvudvärk, illamående) när du måste gå hemifrån till skolan eller någon annanstans?
- Undviker du att sova själv i din säng eller ditt rum utan förälder eller syskon? Att övernatta hos kompis?

Social fobi

Kärnrädslan vid social fobi eller social ångeststörning, som är en annan benämning på samma tillstånd, handlar om rädsla och negativ förväntan om att bli granskad och negativt bedömd i sociala interaktioner. Sociala sammanhang och situationer, där personen riskerar att uppmärksammas och i vissa fall granskas av andra, utlöser därför stark ångest. I grunden finns en rädsla för att göra något förödmjukande eller pinsamt, att ”göra bort sig”. Barnet ska ha en åldersadekvat förmåga att socialt relatera till bekanta jämnåriga och inte bara till kända vuxna. Tecken på social fobi kan vara skolsvårigheter eller skolvägran, klagomål över huvudvärk eller magont, blyghet och brist på kamratkontakter. Barnet kan klaga över illamående och rädsla för att kräkas om det ska gå på kalas eller liknande [60]. Den vanligaste fruktade situationen är att tala inför människor [61]. De situationer som ger oro och ångest inträffar vanligen i skolmiljön. Social fobi debuterar ofta i tidig till sen tonårstid men sällan före 10 års ålder [62]. Det är vanligt med samtidig depression [18, 38].

Specifika frågor vid misstanke om social fobi

- Är du mycket rädd för att andra ska tycka att du gör bort dig eller verkar dum?
- Undviker du aktiviteter eller situationer där du riskerar att få andras uppmärksamhet på dig (delta i gymnastiken, äta i skolmatsalen)?
- Är din rädsla att få andras uppmärksamhet och att göra bort dig så stor att du undviker att t ex prata med andra, räcka upp handen i skolan eller delta i sociala aktiviteter?

Specifik fobi

Specifik fobi utmärks av ihållande, orimlig och icke-åldersadekvat rädsla för ett speciellt objekt eller en speciell situation. För att diagnostiseras som specifik fobi får rädslan inte röra panikattacker, sociala situationer eller separation från viktiga personer. Specifika fobier kan skiljas ut från rädslor som är utvecklingsmässigt normala genom att den fobiska reaktionen är överdriven och orimlig, sker utan vilja, leder till undvikande, består över tid samt stör barnets fungerande. Specifik fobi är jämte överdriven ängslighet och separationsångest en av de tre vanligaste ångeststörningarna hos barn och ungdomar [7]. Specifika fobier utvecklas vanligtvis tidigt i livet jämfört med övriga ångeststörningar. Debutålder varierar mellan olika fobier [3].

Paniksyndrom med och utan agorafobi

Paniksyndrom är vanligare hos äldre ungdomar än hos yngre och barn. Syndromet debuterar sällan före puberteten även om panikattacker kan förekomma tidigare [63]. Det centrala draget i paniksyndrom är oväntade och återkommande ångestattacker. Därtill ska det under minst en månad ha funnits ängslan för att få en ny attack och oro för betydelsen av att få en attack liksom förändrat beteende för att undvika att få en ny attack. En panikattack kommer utan synbar yttre anledning, stegras snabbt och avtar sedan successivt. Under attacken upplevs kroppsliga symptom såsom hjärtklappning, illamående, känsla av att tappa andan, svettning, darrning, smärta i bröstet, kvävning-känsla och rädsla för att bli galen, dö eller förlora kontrollen. Hos barn varar attackerna inte längre än 10-15 minuter och de kommer inte alltid som en blixtnöj från en klar himmel. Agorafobi innebär en överdriven och orimlig rädsla för platser som personen antingen inte skulle kunna eller åtminstone ha svårt för att ta sig bort ifrån i händelse av en panikattack. Depression och separationsångest är vanliga samtidiga diagnoser.

Differentialdiagnos till paniksyndrom är närmast social fobi, specifik fobi, substansbetingad ångest, posttraumatiskt stressyndrom, tvångssyndrom, depression och somatiska sjukdomar som kan ge ångestsymtom.

Generaliserat ångestsyndrom/överdriven ängslighet hos barn

De karakteristiska dragen vid generaliserat ångestsyndrom är en ständig ängslan och oförmåga att slappna av från denna under någon längre stund. Den långvariga spänningen leder till muskelsmärta och trötthet. Somatiska klagomål, irritabilitet, och koncentrationssvårigheter är mycket vanligt förekommande. Barnet har mycket svårt att kontrollera oron som rör ett eller flera teman. Oftast rör det framtida händelser som t.ex. familjens ekonomi, händelser i skolan eller socialt, skollov, prestationer i idrott eller i skolan. Barnet kan uppfattas av andra barn som "lill-polis" genom att det hela tiden försöker ha kontroll över saker och ting så att inte något dåligt ska hända. Barnets oro kan t.ex. märkas i att det bär med sig mycket saker i sin väska av rädsla för att ha glömt eller missat något. Det är vanligt att barnet inte deltar i aktiviteter p.g.a. oro för att något ska gå fel eller att det ska misslyckas med något. Barn med generaliserad ångest söker ofta återförsäkringar hos vuxna på ett mycket omfattande sätt [7]. Många uppvisar ett perfektionistiskt tänkande, överdriven självkritik och känsla av att vara ansvarig för olyckor och elände. Det kan vara svårt att skilja GAD från social fobi, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom och depression.

Specifika frågor vid misstanke om social fobi

- Oroar du dig jämt över olika saker som skolan, familjen, framtiden eller att inte göra saker perfekt? Oroar du dig nästan varje dag?
- Är det svårt för dig att sluta oro dig?
- Är du kroppsligt spänd nästan varje dag?

Differentiering mellan olika ångestsyndrom

Social fobi	Generaliserat ångestsyndrom
Oron gäller prestation; hur man blir bedömd av andra i socialt avseende	Oron gäller fler områden än bara prestation eller interpersonell kontakt och gäller kvalitén i en relation snare än rädsla att göra bort sig
Ångesten minskar när man flyr eller undviker situationen	Ständigt på vakt och spänd
Barnet kan ha få vänner	Att få eller behålla vänner är inte ett speciellt problem
Fokus på vad andra tänker om en	Fokus är ofta självpåtagna, orealistiska krav

Social fobi	Paniksyndrom
Panikattacker kan förekomma i anslutning till sociala situationer	Panikattacker förekommer spontant
Situationer som undviks har alltid med människor att göra	Situationer undviks vare sig det finns människor eller ej.
Kärnrädslan är att bli negativt bedömd, göra bort sig, bli avvisad	Kärnrädslan är att ha något kroppsligt fel/sjukdom

Generaliserat ångestsyndrom	Paniksyndrom
Symtom på spänning, ängslan och stress	Symtom på ”fight-flight” respons; att fly eller undvika en situation som kan utlösa ångest
De fysiska symtomen är inte fokus för oron eller rädslan	De fysiska symtomen i sig orsakar rädsla och undvikanden
Ångesten och oron fortsätter trots undvikande eller flykt från situationen	Paniken kan försvinna om situationen undviks eller man flyr från den

Diagnoskriterier enligt DSM-IV

Uppställningen nedan följer den svenska fickhandboken för DSM-IV. I förekommande fall anges DSM-IV resp. ICD-10 kod inom klammer i anslutning till benämningen.

Separationsångest

[309.21; F93.0]

- A. För utvecklingsnivån avvikande och överdriven ängslan inför att lämna hemmet eller dem som barnet är fäst vid, vilket beläggs med minst tre av följande symtom:
- (1) återkommande orimlig vanda när barnet skall eller har lämnat hemmet eller dem som det är fäst vid
 - (2) ihållande och orimlig rädsla för att förlora närstående personer eller för att dessa skall komma till skada
 - (3) ihållande och orimlig oro för att en olycklig händelse ska inträffa som skiljer barnet från dem som det är fäst vid (t.ex. att gå vilse eller att bli kidnappad)
 - (4) ihållande motvilja mot eller vägran att gå till skolan eller någon annanstans på grund av separationsrädsla
 - (5) ihållande och orimlig rädsla för eller motvilja mot att vara ensam eller ensam hemma utan sina närmaste eller utan välbekanta vuxna personer utanför hemmet
 - (6) ihållande motvilja mot eller vägran att gå och lägga sig utan att någon närstående person i närheten eller att sova borta från hemmet
 - (7) återkommande mardrömmar med separationsteman
 - (8) återkommande klagomål över fysiska symtom (t.ex. huvudvärk, magont, illamående eller kräkningar) när barnet skall eller har lämnat dem som det är fäst vid.
- B. Störningen varar i minst fyra veckor.
- C. Störningen debuterar före 18 års ålder.
- D. Störningen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i studier (arbete), socialt eller i andra viktiga avseenden.
- E. Störningen förekommer inte enbart vid någon genomgripande störning i utvecklingen, schizofreni eller andra psykotiska syndrom och, hos ungdomar eller vuxna, förklaras den inte bättre med paniksyndrom med agorafobi.

Panikattack

Obs: En panikattack är inte någon kodad störning. Diagnostisera istället den störning där panikattacken uppträder (t.ex. Paniksyndrom med agorafobi).

En avgränsad episod av intensiv rädsla eller obehag, där minst fyra av följande symtom utvecklas hastigt och når sin kulmen inom tio minuter:

- (1) Palpitationer, bultande hjärta eller hastig puls
- (2) Svetting
- (3) Darrning eller skakning

- (4) Känsla av att tappa andan
- (5) Kvävningsskänsla
- (6) Smärta eller obehag i bröstet
- (7) Illamående eller obehag i magen
- (8) Svindel, ostadighetskänslor eller matthet
- (9) Derealiserings- eller depersonaliseringskänslor
- (10) Rädsla att mista kontrollen eller bli tokig
- (11) Dödsskräck
- (12) Parestesier (domningar eller stickningar)
- (13) Frossa eller värmevallningar

Agorafobi

Obs: Agorafobi är inte någon kodad störning. Diagnostisera istället den störning där agorafobin uppträder (t.ex. 300.21 Paniksyndrom med agorafobi eller 300.22 Agorafobi utan anamnes på paniksyndrom).

- A. Rädsla för att befinna sig på platser eller i situationer som det kan vara svårt eller genant att avvika från, där hjälp inte är tillgänglig, i händelse av en oväntad eller situationellt predisponerad panikattack eller panikrelaterade symtom. Agorafobi uppträder vanligtvis i situationer som är typiska för störningen, som att vara utanför hemmet på egen hand, befinna sig bland många människor eller stå i kö, stå på en bro, vara på resa i buss, tåg eller bil.
Obs: Överväg diagnosen specifik fobi om undvikandet är begränsat till en eller ett fåtal specifika situationer, eller social fobi om undvikandet enbart gäller sociala situationer.
- B. Situationerna undviks (t.ex. genom inskränkt resande) eller uthärdas med betydande obehag eller rädsla för att en panikattack eller panikrelaterade symtom skall uppträda, alternativt uthärdas bara om någon annan person följer med.
- C. Rädslan eller det fobiska undvikandet förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning som social fobi (t.ex. rädsla för att känna sig besvärad), specifik fobi (t.ex. undvikandet begränsat till enstaka situationer som hissar), tvångssyndrom (t.ex. undvikande av smuts hos någon med tvångsföreställningar om att bli förorenad), posttraumatiskt stressyndrom (undvikande av stimuli som förknippas med något allvarligt trauma), eller separationsångest (t.ex. undvikande att lämna hemmet eller anhöriga).

Paniksyndrom utan agorafobi

[300.01; F41.0]

- A. Både (1) och (2):
 - (1) återkommande oväntade panikattacker
 - (2) minst ett av följande har åtföljt minst en av attackerna under minst en månads tid:
 - (a) ihållande ängslan för att få ytterligare attacker
 - (b) oro för betydelsen eller följderna av attacken (t.ex. mista kontrollen, få en hjärtattack, bli tokig)
 - (c) en betydande beteendeförändring med anledning av attackerna.
- B. Ej agorafobi.
- C. Panikattackerna beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypertyroidism).
- D. Panikattackerna förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning som social fobi (t.ex. inträffar i sociala situationer som upplevs som obehagliga), specifik fobi (t.ex. inträffar i en specifik fobisk situation), tvångssyndrom (t.ex. inträffar vid exponering för smuts hos någon med tvångsföreställningar om att bli förorenad), posttraumatiskt stressyndrom (t.ex. inträffar som respons på stimuli förknippade med något allvarligt trauma) eller separationsångest (t.ex. inträffar som respons på att vara borta från hemmet eller anhöriga).

Paniksyndrom med agorafobi

[300.21; F40.01]

A. Både (1) och (2):

- (1) återkommande oväntade panikattacker
- (2) minst ett av följande har åtföljt minst en av attackerna under minst en månads tid:
 - (a) ihållande ångslan för att få ytterligare attacker
 - (b) oro för betydelsen eller följderna av attacken (t.ex. mista kontrollen, få en hjärtattack, bli tokig)
 - (c) en betydande beteendeförändring med anledning av attackerna.

B. Agorafobi.

C. Panikattackerna beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypertyroidism).

D. Panikattackerna förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning som social fobi (t.ex. inträffar i sociala situationer som upplevs som obehagliga), specifik fobi (t.ex. inträffar i en specifik fobisk situation), tvångssyndrom (t.ex. inträffar vid exponering för smuts hos någon med tvångsföreställningar om att bli förorenad), posttraumatiskt stressyndrom (t.ex. inträffar som respons på stimuli förknippade med något allvarligt trauma) eller separationsångest (t.ex. inträffar som respons på att vara borta från hemmet eller anhöriga).

Agorafobi utan anamnes på paniksyndrom

[300.22; F40.00]

A. Agorafobi förknippad med rädsla för att utveckla panikrelaterade symtom, t.ex. yrsel eller diarré.

B. Kriterierna för paniksyndrom har aldrig varit uppfyllda.

C. Störningen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada.

D. Om somatisk sjukdom/skada med betydelse i sammanhanget finns med i bilden, är rädslan som beskrivs under A betydligt värre än vad som normalt förknippas med tillståndet.

Social fobi

[300.23; F40.1]

A. En uttalad och bestående rädsla för en eller flera olika sociala situationer eller prestationssituationer som innebär exponering för okända människor eller risk för kritisk granskning av andra. Detta grundar sig i en rädsla för att bete sig på ett förödmjukande eller pinsamt sätt eller visa symtom på ångest. **Obs:** Hos barn måste det finnas belägg för att barnet har en åldersadekvat förmåga att relatera socialt till bekanta personer, och rädslan måste visa sig också i kontakter med jämnåriga, inte enbart vid kontakt med vuxna.

B. Exponering för den fruktade sociala situationen framkallar så gott som alltid ångest, vilket kan ta sig uttryck i en situationellt betingad eller situationellt predisponerad panikattack. **Obs:** Hos barn kan ångesten ta sig uttryck i gråt, vredesutbrott eller i att barnet blir stelt av skräck eller undviker samvaro med främmande människor.

C. Insikt om att rädslan är överdriven eller orimlig. **Obs:** Detta behöver inte gälla hos barn.

D. Den fruktade sociala situationen eller prestationssituationen undviks helt, alternativt uthärdas under intensiv ångest eller plåga.

E. Antingen stör undvikandet, de ångestladdade förväntningarna eller plågan i samband med de fruktade sociala situationerna eller prestationssituationerna i betydande grad ett normalt fungerande i

vardagen, i yrkeslivet (eller i studier), i sociala aktiviteter eller relationer, eller så lider personen påtagligt av att ha fobin.

- F. Hos personer under arton år skall varaktigheten vara minst sex månader.
- G. Ångesten eller undvikandet beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada och förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning (t.ex. paniksyndrom med eller utan agorafobi, separationsångest, dysmorfobi, en genomgripande störning i utvecklingen eller schizoid personlighetsstörning).
- H. Om det samtidigt föreligger någon somatisk sjukdom/skada eller någon annan psykisk störning eller sjukdom så har inte rädslan enligt kriterium A något samband med denna: t.ex. rädslan gäller inte talsvårigheter vid stamning, skakningar vid Parkinsons sjukdom eller uppvisande av onormalt ätbe-
teende vid anorexia nervosa eller bulimia nervosa.

Specificera om:

Generaliserad: rädslan innefattar de flesta sociala situationer (t.ex. att inleda eller upprätthålla konversation, delta i smågrupper, ha en träff med någon, tala med auktoritetspersoner, gå på fest).

Obs: Överväg också tillägg av diagnosen fobisk personlighetsstörning.

Specifik fobi

[300.29; F40.2]

- A. En uttalad och bestående rädsla som är överdriven eller orimlig och som framkallas av att personen ställs inför, eller förväntar sig ställas inför, en specifik företeelse eller situation (t.ex. flygresor, höjder, djur, få en spruta, åsynen av blod).
- B. Exponering för det fobiska stimuli utlöser så gott som alltid en omedelbar ångestreaktion som kan ta formen av en situationellt betingad eller situationellt predisponerad panikattack. **Obs:** Hos barn kan oron uttryckas som gråt, vredesutbrott, klängighet eller genom att barnet blir stelt av skräck.
- C. Insikt om att rädslan är överdriven eller orimlig. **Obs:** Detta behöver inte gälla hos barn.
- D. Det fobiska stimuli undviks helt alternativt uthärdas under intensiv ångest eller plåga.
- E. Antingen stör undvikandet, de ångestladdade förväntningarna eller plågan i samband med exponering för stimuli i betydande grad ett normalt fungerande i vardagen, i yrkeslivet (eller i studier), i sociala aktiviteter eller relationer, eller så lider personen påtagligt av att ha fobin.
- F. Hos personer under arton år skall varaktigheten vara minst sex månader.
- G. Ångesten, panikattackerna eller det fobiska undvikandet som förknippas med det specifika stimuli förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning som tvångssyndrom (t.ex. rädsla för smuts hos någon med vanföreställningar om att bli förorenad), posttraumatisk stressyndrom (t.ex. undviker stimuli förknippade med något allvarligt trauma), separationsångest (t.ex. undviker att gå till skolan), social fobi (t.ex. undviker sociala situationer på grund av rädsla för att känna sig besvärad), paniksyndrom med agorafobi eller agorafobi utan anamnes på paniksyndrom.

Specificera typen av fobiska stimulus:

levande varelser: rädslan utlöses av djur eller insekter. Denna undergrupp debuterar vanligtvis under barndomen.

naturföreteelser: rädslan utlöses av natur- eller väderfenomen, t.ex. stormar, höjder eller vatten. Denna undergrupp debuterar vanligtvis under barndomen.

blod-sprutor-skador: rädslan utlöses av åsynen av blod eller skador eller i samband med injektioner eller andra invasiva medicinska åtgärder. Denna undergrupp har stark familjär anhopning och utmärks vanligen av vasovagala reaktioner.

specifika situationer: rädslan utlöses av någon specifik situation, t.ex. allmänna transportmedel, tunnlar, broar, hissar, flygresor, bilresor eller trånga utrymmen. Denna undergrupp uppvisar en bimodal fördelning vad gäller debutålder, med en första kulmen under barndomen och sedan en i 25-årsåldern. Undergruppen uppvisar likheter med paniksyndrom med agorafobi i fråga om könsfördelning, familjär anhopning och debutålder.

annan form: rädslan utlöses av andra stimuli. Undergruppen innefattar rädsla för eller undvikande av situationer som kan leda till kvävning, kräkning eller ådragande av sjukdom, rädsla för öppna ytor (rädsla för att falla omkull utan direktkontakt med väggar eller annat stöd) eller barns rädsla för höga ljud eller utklädda personer.

Generaliserat ångestsyndrom/överdriven ängslighet hos barn

[300.02; F41.1]

- A. Överdriven rädsla och oro (förväntansångest) inför ett antal olika händelser eller aktiviteter (t.ex. skol- eller arbetsprestationer) fler taget dagar under minst sex månader.
- B. Svårigheter att kontrollera oron.
- C. Rädslan och oron förknippas med tre eller fler av följande sex symtom (av vilka några funnits med i bilden flertalet dagar de senaste sex månaderna). **Obs:** Hos barn behöver bara ett av symtomen förekomma:
 - (1) rastlös, uppskruvad eller på helspänn
 - (2) lätt att bli uttröttad
 - (3) svårt att koncentrera sig eller ”tom i huvudet”
 - (4) irritabel
 - (5) muskelspänning
 - (6) sömnstörning (svårt att somna, täta uppvaknanden eller orolig och otillfredsställande sömn).
- D. Fokus för rädslan och oron är inte enbart begränsat till symtom på någon axel I-störning, t.ex. rädslan och oron gäller inte panikattacker (som vid paniksyndrom), social genans (som vid social fobi), förorening (som vid tvångssyndrom), att vara ensam borta från hemmet (som vid separationsångest), viktökning (som vid anorexia nervosa), olika fysiska besvär (som vid somatiseringssyndrom), eller allvarlig sjukdom (som vid hypokondri). Rädslan och oron föreligger inte heller uteslutande i samband med posttraumatiskt stressyndrom.
- E. Rädslan, oron eller de fysiska symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- F. Störningen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypertyroidism) samt visar sig inte enbart i samband med ett förstämningssyndrom eller en psykos. Den diagnostiseras inte heller vid genomgripande störning i utvecklingen.

Diagnoskriterier enligt ICD-10

Nedan följer kriterier hämtade ur Socialstyrelsens systematiska förteckning. ICD-10 kod anges.

Emotionella störningar med debut särskilt under barndomen

Perturbationes praecipue in infantia incipientes [F93]

Dessa är huvudsakligen abnormt förstärkta normala utvecklingsdrag snarare än fenomen som är kvalitativt abnorma i sig själva. Förekomst i förbindelse med normal utveckling är det avgörande draget i differentialdiagnostik mellan emotionella störningar i barndomen (F93.-) och fobiska syndrom (F40-F48).

Utesluter:

När tillståndet är förenat med beteendestörning (F92.-)

Separationsångest i barndomen [F93.0]

Abnorm separationsångest diagnostiseras när fruktan för att åtskiljas utgör kärnan i ångesten och när ångesten uppstått under de första levnadsåren. Den kan skiljas från normal separationsångest genom dess svårighetsgrad, som statistiskt sett är ovanlig, genom att den är långvarig och genom att den medför nedsatt social funktionsnivå.

Utesluter:

Fobiska ångesttillstånd i barndomen (F93.1)
Förstämningssyndrom [affektiva syndrom] (F30-F39)
Neurotiska störningar (F40-F48)
Social ångest i barndomen (F93.2)

Fobisk ångest i barndomen [F93.1]

Ångestfenomen i barndomen som är typiska för olika utvecklingsfaser och som kan ses hos de flesta barn men som här uppträder med osedvanlig svårighetsgrad. Andra ångesttillstånd som uppstår i barndomen och som inte är en del av den normala psykosociala utvecklingen, exempelvis agorafobi, bör kodas under den relevanta kategorin i avsnittet F40-F48.

Utesluter:

Generaliserat ångestsyndrom (F41.1)

Social ångest i barndomen [F93.2]

Karakteriseras av överdriven skygghet inför obekanta människor och av ångest i nya, främmande eller socialt hotfulla situationer. Denna kategori är aktuell endast då ångsligheten uppstår i tidiga barndomsår och karakteriseras av både osedvanlig svårighetsgrad och nedsatt social funktionsnivå.

Andra specificerade emotionella störningar i barndomen [F93.8]

Identitetsstörning
Överdriven ångslighet

Utesluter:

Könsidentitetsstörning i barndomen (F64.2)

Fobiska syndrom

Perturbationes fobicae [F40]

En grupp störningar där ångest uppträder enbart eller företrädesvis i vissa väldefinierade situationer som inte innebär en reell fara. Som en följd av ångesten undviker patienten dessa situationer eller uthärdar dem med fasa. Patientens egen oro kan fokuseras på individuella symtom såsom hjärtklappning eller svimningskänslor och är ofta kopplad till en sekundär rädsla för att dö, mista kontrollen eller bli sinnessjuk. Blotta tanken på den fobiska situationen kan framkalla förväntningsångest. Fobisk ångest och depression uppträder ofta samtidigt. Om två diagnoser, fobisk ångest och depressiv episod, skall ställas, eller bara den ena avgörs av tidsförloppet och av terapeutiska överväganden vid undersökningstillfället.

Utesluter:

När förenade med beteendestörning under F91.- (F92.8)

Agorafobi [F40.0]

En relativt väldefinierad grupp av fobier som innefattar rädsla för att lämna hemmet, gå i affärer, folksamlingar och offentliga platser eller att resa ensam med tåg, buss eller flyg. Panikångest uppträder ofta i förbindelse med agorafobi. Depressiva symtom, obsessiva symtom och sociala fobier är också vanligt förekommande delfenomen. Undvikande av den fobiska situationen är ofta ett framträdande drag och några agorafobiska patienter upplever endast ringa ångest då de klarar av att undvika de fobiska situationerna.

Agorafobi utan anamnes på panikattacker
Paniksyndrom med agorafobi

Social fobi [F40.1]

Rädsla för att bli kritiskt granskad av andra människor, vilket leder till undvikande av sociala situationer. Mer genomgripande sociala fobier är vanligtvis associerade med låg självuppfattning och rädsla för kritik. Patienter söker ofta hjälp p.g.a. rodnad, tremor, illamående eller urinträngningar. Patienten är ibland övertygad om att dessa sekundära manifestationer av ångest är primära problem. Symtomen kan utvecklas till panikattacker.

Antropofobi
Social neuros

Specifika (avgränsade) fobier [F40.2]

Fobier begränsade till helt specifika situationer såsom ångest för speciella djur, höjder, åskväder, mörker, flygning, stängda rum, besök på offentliga toaletter, intag av viss föda, tandläkare, åsyn av

blod eller kroppsskada. Även om den utlösande situationen är avgränsad eller speciell kan kontakt med situationen utlösa panikångest på samma sätt som vid agorafobi och social fobi.

- Akrofobi
- Djurfobi
- Enkel fobi
- Klaustrofobi

Utesluter:

- Dysmorfofobi (F45.2)
- Nosofobi (F45.2)

Andra specificerade fobier [F40.8]

Fobi, ospecificerad [F40.9]

- Fobi UNS
- Fobiska tillstånd UNS

Andra ångestsyndrom

Aliae perturbationes anxietatis [F41]

Tillstånd där ångest är huvudsymtom och där ångesten inte är begränsad till särskilda situationer.

Depressiva och obsessiva symtom samt ibland även vissa drag av fobisk ångest kan vara närvarande, förutsatt att de uppträder sekundärt eller mindre uttalat.

Paniksyndrom [episodisk paroxysmal ångest] [F41.0]

Ett obligat fenomen är återkommande attacker av svår panikångest, som är oförutsägbara då de inte är begränsade till särskilda situationer eller omständigheter. Liksom vid andra ångestsyndrom är de dominerande symtomen plötsligt insättande hjärtklappning, bröstsmärtor, kvävningsskänslor, yrsel och överklighetskänslor (depersonalisation eller derealisation). Sekundärt uppträder ofta rädsla för att dö, förlora kontrollen eller att bli sinnessjuk. Panikångest bör inte användas som huvuddiagnos om patienten är deprimerad vid tidpunkten då ångestfallen startar. Under sådana omständigheter kan panikattackerna vara sekundära till depression.

- Panikattack
- Paniktillstånd

Utesluter:

- Paniksyndrom med agorafobi (F40.0)

Generaliserat ångestsyndrom [F41.1]

Ångesten är generaliserad och ihållande men inte begränsad till eller ens mest markerad i vissa situationer eller omständigheter (dvs. är "fritt flytande"). De mest framträdande symtomen varierar men omfattar ihållande nervositet, skakningar, muskulär spänning, svettningar, svimningskänsla, hjärtklappning, yrsel och oro i magen. Rädsla för att själv eller att en anhörig snart skall bli sjuk eller råka ut för olycka anges ofta.

- Ångestneuros
- Ångestreaktion
- Ångesttillstånd

Utesluter:

- Neurasteni (F48.0)

Blandat ångest- och depressionstillstånd [F41.2]

Denna kategori bör användas när symtom på både ångest och depression är närvarande men inget är klart dominerande. Var för sig är symtomen inte heller tillräckligt uttalade för att motivera diagnosen ångestsyndrom eller depressiv episod. När både ångestsymtom och depressiva symtom finns närvarande och är tillräckligt uttalade för att ge stöd åt båda diagnoserna, kodas de var för sig och denna kategori används ej.

Tillstånd med ångest och depression, lindriga eller kortvariga

Andra blandade ångesttillstånd [F41.3]

Ångestsymtom i kombination med drag från andra tillstånd beskrivna under F42-48. Inga av symtomen är allvarliga nog för att motivera en diagnos om de betraktas var för sig.

Andra specificerade ångesttillstånd [F41.8]
Ångesthysteri

Ångesttillstånd, ospecificerat [F41.9]
Ångest UNS.

Fördjupningslitteratur

Ollendick, T.H.; and March, J.S. eds., *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. 2004, New York: Oxford University Press.

Herlofsson J., Ekselius L., Lundh, L.-G., Lundin, A. och Mårtensson, B., *Psykiatri*. 2009, Stockholm: Studentlitteratur.

Öst, L.-G., red., *KBT inom barn- och ungdomspsykiatri*. 2010, Stockholm: Natur och Kultur.

Utredning

Allmänna rekommendationer

Det kan finnas verkliga faror och hot som kan ge upphov till rädsla och ångest och som barnet ska skyddas från. Innan man beslutar sig för en mer fördjupad utredning av ångeststörning, bör man därför ta reda på om barnets rädsla och oro är befogad och i så fall i första hand undanröja reell fara/hot.

Ofta är det vid internaliserande störningar en låg överensstämmelse mellan barnets och föräldrarnas rapportering av symtom. Information ska därför inhämtas från **flera olika källor såsom barnet, föräldrarna och skolan** samt via **olika metoder** [15]. Det saknas konsensus för hur man hanterar diskrepans mellan uppgifter från olika källor. Vissa talar för ett förhållningssätt som kallas "or rule" där man konstaterar att svårigheter eller diagnos föreligger enbart på uppgifter från en källa, medan andra förespråkar "and rule", dvs. att man fastslår att kriterierna för en diagnos föreligger endast om information från både barn och föräldrar ger stöd för detta [15]. Rekommendationen är att man väger samman information från olika källor och gör en sammanfattande bedömning, s.k. "best estimate diagnosis".

Samtidigt med ångestproblematik förekommer ofta annan psykisk ohälsa och vårdsökande är i det typiska fallet relaterat till samsjuklighet, vilket betyder att barn och ungdomar som söker för psykiatrisk problematik sannolikt uppfyller kriterier för flera diagnoser eller uppvisar subklinisk problematik av olika art. Det är därför viktigt att bedöma **komorbiditet**.

Vid utredning och behandling av ångestproblematik är det viktigt att undersöka **vidmakthållande faktorer, framför allt undvikande** hos barnet och omgivningen. För

förståelsen av den aktuella problematiken liksom för planering av behandling bör man även utreda **resurser på individ-, familje- och övrig nätverksnivå**.

Utredningen kan vara mer eller mindre omfattande beroende på barnets svårigheter. I vissa fall kan det i utredningen krävas läkare. I dokumentationen ska även inkluderas observation av ev objektiva tecken på ångest i mötet med barnet. **Kontakt med skola, barnomsorg och vårdgrannar** ska ske, i samråd med patient och föräldrar, i den utsträckning det bedöms vara av betydelse för barnets svårigheter.

Diagnostisering av psykiska störningar hos barn och ungdomar är som tidigare nämnts en svår uppgift, och det är inte säkert att utredningen leder fram till en ren ångestdiagnos. Efter avslutad bedömning ska sedvanligt fortlöpande bedömning under behandlingen ske.

Diagnostisk bedömning

Nedan följer en modifierad sammanställning av riktlinjerna från the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) [64]. Sammanställningen utgör även mall för vilka uppgifter som bör journalföras. För den psykiatriska diagnosen ska såväl uppfyllda som icke-uppfyllda kriterier journalföras så att det tydligt framgår vilken information som har inhämtats.

Utredningen bör på en grundnivå innehålla:

- utförlig anamnes
- bedömning av psykisk status, inklusive suicidalitet
- bedömning av familjevariabler
- bedömning av resurser på individ-, familje- och övrig nätverksnivå.

Screening

Rekommendationen är att en generell barnpsykiatrisk bedömning rutinmässigt innehåller screening av ångestsymtom, då ångestsyndrom är mycket vanligt förekommande [64]. Frågorna ska baseras på DSM-IV och vara åldersadekvat formulerade. Information ska inhämtas från barnet, föräldrar och eventuellt annan viktig person för barnet [64].

Instrument som kan användas för screening av ångestbesvär och andra psykiska symtom är SDQ, CBCL eller DAWBA (se sid. 29).

Fördjupad bedömning

Om fynden från screening indikerar ångestproblematik ska fördjupad bedömning göras för att t.ex. bedöma svårighetsgrad av symtom och grad av funktionsnedsättning. Förekomst av potenta psykosociala stressorer eller trauman ska inventeras och i förekommande fall görs bedömning av hur dessa bidrar till utveckling eller vidmakthållande av ångestsymtomen.

Bedömning av svårighetsgrad vid symtom hos yngre barn kan underlättas genom användande av rädslostermometer eller ansiktsbilder med olika känslouttryck [65]. Rädsloster-

mometer eller VAS-skalor (Visual Analogue Scale) är också användbara med äldre barn [65, 66].

Bedömningen bör på en mininivå ske med **barnet/ungdomen respektive med förälder** och med hjälp av **formulär och intervju**.

Anamnestiska uppgifter

1. Symtom- och funktionsskattning
 - Kärnsymtom enligt DSM-IV barnet/ungdomen uppvisar och vad som utgör kärnrädslan (se avsnitt för diagnostiska kriterier)
 - Debut och utveckling av symtomen
 - Omständigheter under vilka symtomen uppträder och vidmakthålls
 - Undvikandebeteenden och funktionsnedsättning
 - Symtomens inverkan på barnet och familjens vardagssituation
 - Strukturerad bedömning av självmordsrisk
2. Utvecklingshistoria, med särskild hänsyn till
 - Temperament
 - Anpassningsbarhet och reaktion på främlingar och separation
 - Barndomsrädslor
3. Tidigare vårdkontakter
4. Medicinsk historia, notera särskilt
 - Besöksfrekvens vid vårdcentral/akutintag för aktuella besvär
 - Mediciner patienten kan ha tagit som kan orsaka ångestsymtom
 - Medicinska åkommor
5. Skolhistoria (inhämta även information från skolpersonal)
 - Inlärningsförmåga och fungerande i socialt och idrottsligt avseende
 - Skillnad mellan kapacitet och faktisk prestation
 - Närvaromönster
6. Social historia
 - Stressorer i miljön såsom barnmisshandel eller försummelse, psykisk eller fysisk sjukdom hos familjemedlem eller förlust av familjemedlem
 - Historia av separation eller förlust
7. Familjens psykiatriska historia med särskild hänsyn till
 - Ångeststörningar
 - Affektiva störningar
 - ADHD
 - Substansberoendestörning
 - Tics eller Tourettes syndrom
 - Psykotiska syndrom
 - Suicidalt beteende.

Vid klinisk indikation

1. Kroppslig undersökning av barnet/ungdomen
 - Kroppslig undersökning inom de senaste tolv månaderna
 - Konsultation och samarbete med familjeläkare, pediatriker eller annan vårdinstans
 - Medicinsk och neurologisk undersökning om sådana indikationer finns
2. Utredning av inlärningsförmåga, neuropsykologiska svårigheter, personlighet och känslomässig utveckling.

Vid inläggning

Avdelningsobservationer av

1. Symtom
2. Psykisk status
3. Funktionsnivå och resurser

Differentialdiagnostik

- Överväg fysiska tillstånd som kan likna ångestsyndrom
 - Episoder av hypoglykemi
 - Hyperthyreos
 - Hjärtarytmier
 - Koffeinism
 - Faeokromocytom
 - Krampsjukdom
 - Migrän
 - CNS-sjukdom
 - Medicinska reaktioner/biverkningar
- Psykiatriska störningar som kan vara samtidiga med eller feldiagnostiserade som ångestsyndrom
 - Affektiva störningar
 - ADHD
 - Anpassningsstörning
 - Substansrelaterade störningar inklusive alkohol, nikotin, marijuana, kokain, hallucinogener och lösningsmedel
 - Borderline- eller annan personlighetsstörning
 - Ätstörning
 - Somatoforma störningar
 - Tics
 - Trichotillomani
 - Reaktiv störning
 - Genomgripande störning i utvecklingen
 - Schizofreni
 - Sömnstörning/nattskräck.

Metod

Självskattningsformulär för ångest

Skattningsskalor är aldrig diagnostiska och bör inte utgöra enda underlaget utan användas som komplement vid diagnostisering för uppskattning av förekomst och svårighetsgrad av symtom [67]. Diskriminativ validitet, d.v.s. instrumentets förmåga att skilja mellan olika kliniska grupper särskilt ångestsyndrom och depression, kan ifrågasättas generellt vad det gäller självskattningsformulär för ångest [68]. Utöver krav på goda psykometriska egenskaper är det önskvärt, att instrumentet har både en barn- och en föräldraversion (eventuellt även lärarversion), att instrumentet mäter symtomens svårighetsgrad samt att det har god känslighet för effekt av behandling [68].

**Spence Children Anxiety Scale (SCAS) [69]*

Formuläret mäter med 44 frågor: separationsångest, social fobi, tvångssyndrom, panikångest, generaliserad ångest och rädsla för fysisk skada. Finns i självrapport och föräldraversion. Formuläret finns översatt och klinisk utvärdering planeras. Normeringsdata finns att hämta på: <http://www2.psy.uq.edu.au/~sues/tcores.htm>

**Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)[70]*

Formuläret har 39 frågor som skiljer ut fyra faktorer av ångest; fysiska symptom, separationsångest, social ångest och undvikande av skada. I internationella översiktsartiklar rekommenderas MASC i första hand vid utredning av ångestsyndrom [71]. Översatt till svenska och har normerats [72], men är inte tillgängligt för kliniskt bruk, endast forskning. Den svenska versionen kan dock köpas från företaget Multi-Health Systems Inc (www.MHS.com) vilket innehar copyright.

**Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) [73]*

Formuläret täcker med 85 påståenden fem faktorer för ångeststörningar hos barn och ungdomar i åldern 9-18 år. Faktorerna är panik/somatik, generaliserad ångest, separationsångest, social fobi och skolfobi. Det har goda psykometriska egenskaper och rekommenderas som utrednings- och utvärderingsinstrument. Formuläret finns översatt men normering saknas.

Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R)[74]

Formuläret mäter rädslor hos barn i åldern 8-16 år och svenska normer finns (Svensson L, *Rädslor hos svenska barn*. Examensuppsats. Uppsala Universitet, 1997). Rädslorna skiljs ut i fem faktorer fördelade på 80 frågor: rädsla för fara och död, misslyckande och kritik, det okända, djur samt agorafobiska situationer. Formuläret ger inte någon diagnosprofil. Vissa av frågorna passar dåligt för aktuella svenska förhållanden t.ex. fråga 71 resp. 72.

Bedömning av funktionsnedsättning

Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS) [75]

Klinisk skala med 50 item som bedömer frekvens, svårighetsgrad och funktionsnedsättning och som rekommenderas i kombination med SCARED eller MASC för barn i åldern 5-15 år.

Children's Global Assessment Scale (C-GAS)[76]

Skala för skattning av barnets psykosociala funktionsnivå under en månads tid på ett kontinuum av hälsa/sjukdom med 100 skalsteg. Finns att hämta från anna.lundh@sll.se

Allmän symtomskattning

Child Behaviour Check List (CBCL)[77]

CBCL kan användas för bedömning av internaliserande och externaliserande störningar. Av totalt 118 påståenden i CBCL har man skilt ut tretton som rör ångest. Formuläret kan användas för barn och ungdomar i åldrarna 4-18 år. Det finns en lärarversion (CBCL-TRF) vilken saknar svensk standardisering. Det finns även en självskattningsskala med 119 frågor för ungdomar mellan 11 och 18 år (YSR). Tvångsskalan i CBCL har goda psykometriska egenskaper för screening av tvångssyndrom (OCD). Svenska normer finns både för klinisk och icke-klinisk grupp. CBCL finns även i en datoriserad version.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)[78]

SDQ är liksom CBCL ett instrument för symtomskattning och inte ett diagnosspecifikt instrument. Formuläret finns i en version för självrapportering hos ungdomar 11-16 år och i en version som föräldrar eller lärare besvarar avseende barn i åldern 4-16 år [79]. Instrumentet finns översatt och normerat och har goda psykometriska egenskaper som lämpar sig för screening. <http://www.sdqinfo.com/d30.html>

Development And Well-Being Assessment (DAWBA) [80]

Internetbaserat instrument som ger både screening och fördjupning av symptom inom 15 olika områden. Formuläret finns i föräldraversion, självrapportering från 11 års ålder och lärarversion (kortare version).

Instrument för specifika tillstånd

School Refusal Assessment Scale (SRAS) [81]

Skolvägran är relativt vanligt förekommande vid ångestsyndrom och formuläret SRAS kan därför vara användbart vid bedömning av ångestbesvär. Formuläret består av 16 påståenden som delas in i fyra potentiellt vidmakthållande faktorer; undvikande av sådant som utlöser negativa känslor, flykt från för barnet aversiva situationer som innebär socialt samspel eller granskning, uppmärksamhet och andra presumtiva sekundära förstärkningar av skolvägran. Formuläret har goda psykometriska egenskaper men är inte normerat på svensk population. Det finns i en föräldraversion och en barnversion.

The Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ-C)[82]

Vid screening av social fobi rekommenderas the Social Phobia Anxiety Index-Child Version (SPAI-C) [83] eller SPSQ-C.

Depression

Då depression är en vanlig samtidig diagnos, är det viktigt att undersöka depressiva symptom. Screening kan göras med DAWBA och/eller med diagnosspecifika instrument som rekommenderas vid depression hos barn och ungdomar.

Strukturerade och semistrukturerade intervjumetoder

Intervjumetoden är tidskrävande (2-3 tim) och kan därför vara svår att använda rutinmässigt. Träning krävs för att använda de olika intervjumetoderna som varierar både i hur strukturerade de är och vilken klinisk erfarenhet som krävs av intervjuaren.

Anxiety Disorders Interview Schedule, Children and Parents Version (ADIS-IV-C/P) [84]

ADIS-IV-C/P är den intervjumetod som rekommenderas vid bedömning av ångestsyndrom. Den täcker av samtliga ångeststörningar samt flera andra diagnoser med uppdatering till DSM-IV och består av en barn- och en föräldravel. Formuläret är översatt till svenska men får endast användas efter utbildning. Professor Lars-Göran Öst vid Stockholms universitet håller i sådana utbildningar.

The Kiddie Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia (K-SADS) [85]

K-SADS är en semistrukturerad diagnostisk intervju för åldern 6-16 år. Den finns översatt till svenska och kan användas för diagnostik av depression, ångesttillstånd, beteendestörning m.m. För att kunna använda instrumentet krävs god klinisk erfarenhet och kompetens samt god kännedom i diagnostisering utifrån DSM.

<http://www.sahlgrenska.se/su/bup/tester>

Övrigt utforskande material

Projektiva test

Projektiva test bygger på psykoanalytisk/psykodynamisk teori. Genom att tolka barnets material skaffar sig terapeuten en bild av barnets inre konflikter och hur barnet hanterar den ångest som de olösta konflikterna skapar. Projektiva test används inte primärt för att fastställa ångestdiagnos. Metoderna har generellt låg reliabilitet.

Instrument som kan vara relevanta att använda men inte rutinmässigt

Emotionality, Activity and Sociability (EAS) [86]

Formuläret avser att mäta temperament, emotionalitet (ängslan, nedstämdhet och aggressivitet), aktivitetsnivå och sociabilitet hos barn från 28 mån till 9 år. Det finns i olika versioner för tonåring, förälder och lärare. Formuläret finns översatt till svenska.

Children Automatic Thoughts Scale (CATS) [87]

Formuläret mäter automatiska negativa tankar hos barn från 7-17 år. Formuläret är översatt till svenska men inte normerat. Det är inte främst avsett för diagnostisering utan syftar mer till att användas som underlag i behandling.

Kontaktperson: Malin.Gren.Landell@liu.se

Psykisk ohälsa hos föräldrar

Då det finns stöd för att psykopatologi hos en eller båda föräldrarna kan ha betydelse för hur framgångsrik behandlingen blir [88] kan det vara aktuellt att använda formulär för psykisk ohälsa hos vuxna, till föräldrarna.

Symptom Check List-25 (SCL-25)/Brief Symptoms List [89]

SCL-25/BSI är en förkortad version av formuläret SCL-90. Det mäter med 25 frågor olika psykiska symtom hos vuxna.

Fördjupningslitteratur

Langley, A.K., Bergman, L., and Piacentini, J.C., *Assessment of childhood anxiety*. International Review of Psychiatry, 2002. **14**: p. 102-113.

Schniering C., Hudson J., and Rapee, R.M., *Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents*. Clinical Psychology Review, 2000. **20**, p. 453-478.

Prevention

Effekten av standardiserade interventioner i kontrollerade studier med syfte att förebygga ångest och depression hos barn i åldern 2-19 år beskrivs i en svensk systematisk översikt [90]. SBU:s konklusion är att man på grund av metodologiska brister inte kan bedöma om selektiva preventionsprogram varaktigt kan minska symtomen på ångest hos barn och inte heller om indikerade program kan minska graden av ångestsymtom hos barn. I rapporten ingår såväl en översiktsartikel, vilken redovisar 27 studier på skolbaserade program [91], som en norsk RCT av indikerad prevention vid social rädsla för att förebygga social fobi [92]. Det preventionsprogram som prövades bestod framför allt av information till allmänhet, lärare, elevhälsovård, socialarbetare, allmänläkare och föräldrar samt tre lektioner för barnen baserade på kognitiv beteendeteori. Information om social fobi och projektet publicerades också i dagspressen. Båda grupperna förbättrades men interventionsgruppen hade signifikant större förbättring än kontrollgruppen.

Utöver de studier som ingår i SBU:s rapport finns randomiserade kontrollerade studier på indikerad prevention, dvs. barn med känd risk för att utveckla ångestsyndrom såsom barn med hämmat temperament [93] och/eller föräldrar med ångeststörning [94, 95] samt barn med ängslighet [96]. I en studie av selekterad prevention riktades interventionen till ängsliga elever från skolor i områden med låg socioekonomisk status [97]. Intervention i hemmet har riktats till barn och mödrar [98], enbart föräldrar [93, 95] eller både föräldrar och barn [94, 96, 97].

En del studier har undersökt generell prevention av ångestsyndrom och depression hos barn och ungdomar [99]. I SBU-rapporten konkluderar man att beträffande universell prevention kan skolprogrammet FRIENDS minska symtomen på ångest hos barn i åldern 10 till 13 år.

Fysisk träning som prevention av ångest och depression har prövats för barn i åldern 11-19 år [100] och visat en liten positiv effekt, men det vetenskapliga underlaget är än så länge för begränsat för att man ska kunna dra några säkra slutsatser.

Även om man än så länge har begränsat vetenskapligt stöd för preventiva åtgärder för att minska risken för utveckling av ångeststörningar, kan det generellt sägas att den kunskap som finns rörande riskfaktorer för ångestsyndrom bör tas i beaktande i förebyggande syfte. Hämmat temperament, en överbeskyddande föräldrastil samt ångestproblematik hos förälder kan vara indikation för preventivt arbete. Socialstyrelsen tillhandahåller kunskapssammanfattningar som riktar sig till personal inom förskola och skola. Syftet är att upptäcka och bemöta tidiga tecken på psykisk ohälsa. Den samman-

fattning som rör oro och ångest heter ”Blyga och ängsliga barn” och innehåller beskrivningar av olika ångesttillstånd och konkreta råd för upptäckt och bemötande. Skriften kan beställas eller laddas ner från (www.socialstyrelsen.se/publikationer).

Fördjupningslitteratur

Spence S., *Prevention strategies*. The developmental psychopathology of anxiety. 2001: p.325-354, New York: Oxford University Press.

Behandling

Generella riktlinjer

Många barn och ungdomar med ångestbesvär uppmärksammas inte och bara uppskattningsvis hälften av de barn som har behov av stöd och behandling får detta [15]. I de fall det är aktuellt med behandlingsinsatser kan motivationsarbete behöva göras för att underlätta för barnet och föräldrarna att ta emot insatser. Utifrån de behov som framkommer i bedömningsfasen planeras insatser på den lägsta omhändertagandnivå som bedöms vara effektiv för att uppnå överenskommen målsättning.

Systematiska översikter redovisar resultat från randomiserade och kontrollerade studier på effekten av psykosociala och farmakologiska behandlingar vid diagnostiserade ångestsyndrom hos barn och ungdomar [101-104]. Det är framförallt kognitivt beteendeterapi (KBT) som har undersökts systematiskt. I jämförelse mot väntelista eller en aktiv jämförelsegrupp har 50-80 % av barnen bedömts som diagnosfria efter behandling med KBT och 60-90 % av de behandlade deltagarna har nått kliniskt signifikant förbättring [101, 103, 105]. En metaanalys på psykoterapi vid ångestsyndrom (exklusive tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom) visade stor effektstorlek för behandling med KBT [106]. Långtidsuppföljning visade att effekten kvarstod upp till sex år efter avslutad behandling [106, 107].

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom [108] rekommenderas **i första hand behandling med KBT till barn med generaliserat ångestsyndrom, separationsångest och socialfobi med måttlig funktionsnedsättning**. Kombinationsbehandling av KBT och antidepressiva läkemedel (SSRI) rekommenderas också men med en lägre prioritet. Behandling med KBT och medicin beskrivs närmare under Psykologisk behandling (sid. 34) resp. Farmakologisk behandling (sid. 36).

Det sammanhang barnet lever i har stor betydelse vid behandling. Det är därför viktigt att föräldrar och ofta även syskon är delaktiga i behandlingen. Detta gäller även när barnet får individuell behandling. I en systematisk översikt [109] och en metaanalys [106] konkluderas att det inte finns stöd för skillnad i behandlingseffekt beroende på föräldrardeltagande eller inte. Studierna varierar beträffande i vilken omfattning föräldrarna har deltagit i behandlingen och vad som har ingått i föräldrakomponenten. Två studier har visat positiv effekt av KBT med familjekomponent för barn där enbart modern har en ångestproblematik [110] eller där den ena föräldern eller båda har egen

ångestproblematik men inte när föräldrarna inte är ängsliga [111]. I en senare randomiserad studie jämfördes barnfokuserad KBT-behandling med minimalt föräldradeltagande mot KBT där kommunikationsträning för föräldrarna ingick [112]. I den studien var effekten större för den föräldrafokuserade behandlingen men inte om man såg till barnets rapport. I de flesta studier har föräldrarna endast ingått i några sessioner, syskon har inte inkluderats och behandlingen har getts i grupp vilket kan förklara att familjekomponent inte har visat sig bidra med en större effekt jämfört med att inte ha med föräldrarna. En kontrollerad studie svarade på ovanstående brister och prövade enskild familje-KBT, där hela familjen inkluderades, för barn med ångestsyndrom i åldern 8-18 år. Resultaten visade remission av diagnos hos 43 % av barnen i behandlingsgruppen och hos inget barn i gruppen på väntelista. Andelen barn som inte längre uppfyllde diagnos steg till 59 % vid 3 månaders uppföljning och 71 % vid 1 års uppföljning. Föräldrar rapporterade minskat dysfunktionellt tänkande och barnen minskning av övertygelse om dysfunktionella tankar [113]. Barnen rapporterade minskning av symtom på rädsla och undvikande. Föräldrarna rapporterade också minskat användande av överbeskydd, kontroll och avvisande. Man har även prövat att bara ge behandling till föräldrar och inte inkludera barnet, men eftersom resultaten grundar sig på en okontrollerad pilotstudie och kan inga säkra slutsatser dras [114].

Teoretiskt och kliniskt är det ändå viktigt att **inkludera föräldrar** utifrån den kunskap vi har om deras roll i utveckling av ångestsyndrom hos barn och ungdomar samt utifrån det **helhetstänkande** som bör prägla psykiatrin och inte minst barn- och ungdomspsykiatrin. Det är också viktigt att tillvarata de **resurser** hos individen, familjen och livsmiljön som har framkommit både under utredningsfasen och i den fortsatta kontakten. Det kan handla om att synliggöra resurser och/eller att kunna använda sig av de resurser som finns, vilket kan ha både preventiv och behandlande verkan. För individuell behandling krävs att föräldrarna har **sanktionerat** behandlingen och vid behov hjälper barnet att komma iväg till behandlingstillfällena och/eller hålla ut tills behandlingen är avslutad.

Information och rådgivning

Barnet, föräldrar och andra viktiga personer ska informeras om symtom, klinisk utveckling, behandlingsmöjligheter och prognos. Information och rådgivning till föräldrar och skolpersonal kan bidra till att de bättre kan stödja och hjälpa barnet. Ofta behöver föräldrarna stöd i att förändra sitt bemötande av barnet och i att vara konsekventa i ett förhållningssätt som kan hjälpa barnet till mer adaptiva beteenden. Vidare kan barnet vara hjälpt av att få bekräftat att ångest är en normal och vanlig företeelse. Se ”Blyga och ängsliga barn” (www.socialstyrelsen.se/publikationer) för råd.

Konsultation och samarbete

Konsultation till skolpersonal och eventuellt vårdgrannar bör erbjudas tidigt om dessa berörs av problematiken. Samarbete med personal från skola eller barnomsorg, i samförstånd med barnet och föräldrarna, är många gånger värdefullt. Samarbetet kan handla om att komma tillrätta med ångestskapande faktorer, utnyttja omgivningens förmåga till ökat stöd eller att synliggöra och tillvarata resurser.

Psykologisk behandling

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Målet för behandling med KBT handlar generellt om att minska funktionsnedsättning, utveckla sätt att hantera normala nivåer av ångest, minska lidande och motverka återfall. Målen för behandlingen i det enskilda fallet utgår från det enskilda barnet och dess föräldrar. Behandling med KBT för ångestsyndrom hos barn har även visat sig ha sekundära effekter på andra besvär såsom minskade symtom på depression och utagerande [113].

De evidensbaserade psykosociala behandlingarna är manualiserade, t.ex. ursprungsmanualen "Coping Cat"[114] och vidareutvecklingen "Friends" [115]. Den sistnämnda behandlingen har implementerats nationellt i Norge. I Sverige används framför allt "Cool Kids" som har prövats för barn i åldern 7-16 år [116]. En svensk klinisk utvärdering har gjorts [117]. Arbetsmaterialet finns även i en version för gymnasieungdomar, "Chilled", men det saknas systematisk utvärdering av denna. Behandling med "Cool Kids" omfattar 10 tvåtimmars sessioner för både barn och föräldrar och sträcker sig över 15 veckor. Vid manualiserad behandling ska man se till att de problem som den enskilda familjen upplever fokuseras [117,118,].

Åldersanpassad behandling

KBT har prövats i randomiserade kontrollerade studier med barn från 6-8 års ålder. Senare studier har även prövat KBT med aktivt föräldradeltagande för yngre barn i åldern 4-7 år med ångestsyndrom och resultaten är preliminärt positiva [119]. En pilotstudie redovisar resultat av KBT-behandling med en uttalat åldersanpassad manual [120]. Frågan om vikten av att anpassa behandlingsmodeller utifrån utvecklingsnivå har diskuterats av flera författare [121-123].

Behandlingsformat

Stödet för behandling med KBT verkar vara oberoende av om behandlingen ges individuellt eller i grupp [104, 106, 124-127]. I en studie såg man dock större effekt av individuell behandling än i grupp för barn med social fobi jämfört med barn med andra ångestsyndrom [128]. Ur ett kliniskt perspektiv finns det argument både för gruppbehandling och för individuell behandling. Behandling i grupp erbjuder träningstillfälle för social interaktion, igenkänning som kan bidra till att man känner sig mindre annorlunda, möjlighet att lära känna andra som kan minska känsla av ensamhet, få del av andra ungdomars lösningar vilket kan vara lättare att ta till sig än diskussioner med enbart en vuxen behandlare. Att se andra jobba med sina besvär kan öka motivationen och bidra till hopp [128]. Samtidigt kan den individuella behandlingen gå närmare in på den enskildes besvär och gruppbehandling kan utgöra en risk för negativ kompispåverkan och eventuellt underlätta undvikande.

Psykodynamisk korttidsterapi

Psykodynamiskt orienterad psykoterapi kan ske i form av lekterapi för barn eller samtalsterapi (individuellt eller i grupp) för ungdomar. I terapin ges möjlighet att inom ramen för relationen till terapeuten arbeta igenom olösta inre konflikter, återta projektioner och på så sätt komma till rätta med ångesten. Innan terapin påbörjas görs bedömning av barnets och föräldrarnas möjlighet att tillgodogöra sig behandlingen samt av de yttre förutsättningarna för kontakten. Parallellt med barnets/ungdomens behandling finns en behandlingskontakt med föräldrarna, bortsett från en del fall med äldre ungdomar. Man eftersträvar alltid att föräldrarna är införstådda med behandlingen även om de

inte själva deltar.

En icke-randomiserad studie finns publicerad på tidsbegränsad psykodynamisk terapi [129]. I studien ingick trettio barn i åldern 6-11 år med ångeststörning eller depression. Hälften av deltagarna fick tidsbegränsad psykodynamisk psykoterapi och en lika stor grupp fick rutinbehandling. Behandlingen pågick under sexton veckor med elva sessioner för föräldrar och barn. Båda grupperna förbättrades över tid mätt med C-GAS och CBCL. Fler barn i behandlingsgruppen än ur kontrollgruppen uppvisade vid eftermätningen inte längre funktionsnedsättning. En randomiserad, kontrollerad studie av tidsbegränsad psykodynamisk psykoterapi finns publicerad på tyska [130]. Behandlingen bestod av 25 sessioner och riktades till barn med ångeststörning. Totalt ingick 26 barn och effekt mättes primärt med grad av funktionsnedsättning. Resultaten visade att signifikant fler blev kliniskt förbättrade i behandlingsgruppen jämfört med väntelista.

Familjeterapi

Familjeterapeutisk behandling är som regel problemorienterad, salutogent inriktad och tidsbegränsad. Syftet är att hjälpa familjen att komma tillrätta med dysfunktionella samspelelementer så att problemet kan lösas, hinder för utveckling undanröjas och resurser frigöras för barnets fortsatta utveckling och välbefinnande. Det finns inga specifika metoder utarbetade för behandling av ångest.

Familjeterapi, tolkat enligt strikt systemisk teori, finns inte empiriskt prövat specifikt för ångeststörningar hos barn och ungdomar. Under rubriken familjeterapi tas allt oftare upp vetenskapligt stöd för familjebaserad behandling vid ångestproblematik och då avses KBT-inriktad föräldraträning och exponeringsbaserad psykoterapi [131]. Forskning och klinisk erfarenhet visar att föräldra- och familjevariabler har betydelse för utveckling och vidmakthållande av ångestproblematik. Det bedöms således vara av vikt att inkludera föräldrarna/familjen i behandlingen med barn med ångeststörning och klinisk erfarenhet visar att familjearbete ofta integreras i psykosocial behandling oavsett psykoterapeutisk inriktning [64].

Alternativa sammanhang/former för behandling

Då ångestsyndrom är en av de vanligaste sökorsakerna inom barn- och ungdomspsykiatri och vårdresurserna är begränsade, är det angeläget att utforska om behandling kan tillhandahållas på andra sätt än på traditionell väg. Alternativa former för att tillhandahålla behandling har på senare tid undersökts men det saknas i nuläget ett tillräckligt starkt underlag av jämförande studier beträffande effekt av andra former av behandling än traditionell "face-to-face" eller behandling i andra miljöer än klinik för att uttala sig om graden av evidens.

Skolbaserad KBT

Skolmiljön kan vara ett bra forum för behandling eftersom behandlingen då kan tillhandahållas där barnet finns och för att möjligheter till generalisering av färdigheter erbjuds. Men det kan också upplevas stigmatiserande att gå i behandling i den miljö där jämnåriga utan problem vistas. En randomiserad kontrollerad studie redovisar resultat av jämförelse mellan KBT i grupp, KBT i grupp med föräldraträning och en obehandlad kontrollgrupp för barn i åldern 7-11 år. Deltagarna rekryterades via skolan och interventionen genomfördes i skolan men innehållet i behandlingen hade inte specifikt fokus på skolrelaterade besvär [132]. Statistisk signifikant förbättring noterades i behandlings-

grupperna jämfört med kontrollgruppen. Effekten var större för den grupp som även fått föräldraträning. I den här studien användes manualen "Friends" [116]. En systematisk översikt redovisar liten till måttlig effekt i 27 randomiserade kontrollerade studier av preventiv och tidig intervention för minskning av ångest symtom hos barn i åldrarna 5-11 år och 12-19 år [91]. Interventionerna leddes i de flesta studierna av professionell personal med kompetens beträffande psykisk hälsa men även av lärare (i 24 % av studierna). Större reducering av symtom rapporterades för interventioner som leddes av lärare än övriga gruppleddare. En studie redovisar skolbaserad behandling där enbart ungdomar med social fobi ingick. Var god se avsnittet för specifika tillstånd, sid. 38).

Textbaserad KBT med terapeutstöd

En randomiserad kontrollerad studie undersökte effekten av textbaserad behandling (bok) till föräldrar och barn i kombination med kontakt som initierades antingen av terapeut via e-post/telefon eller av föräldrarna [133]. I studien ingick 100 barn i åldern 6-12 år med ångestsyndrom. Resultaten visade signifikant förbättring för de aktiva behandlingsbetingelserna jämfört med väntelista samt en signifikant större förbättring för gruppen med terapeutinitierad telefonkontakt jämfört med övriga aktiva betingelser. I gruppen som stod på väntelista uppvisade ingen av deltagarna förändring i diagnostiskt status. Uppföljning gjordes tolv månader efter avslutad behandling och visade att de positiva effekterna för grupperna kvarstod samt att andelen diagnosfria barn hade ökat ytterligare. Behandling via ett datorprogram har prövats i en mindre studie och visat goda resultat [134]. Det går dock inte att dra några säkra slutsatser om datoriserad behandling utifrån denna studie.

Internetbaserad behandling

Två kontrollerade randomiserade studier har publicerats gällande internetbaserad behandling för barn och ungdomar [135-136]. I en studie gavs KBT-behandling till barn i åldern 7-14 år med ångestsyndrom via internet i kombination med klinikbaserad KBT och jämfördes mot enbart klinikbaserad KBT eller väntelista. Båda behandlingsbetingelserna visade signifikant större symtomminskning och fler diagnosfria i behandlingsgrupperna jämfört med väntelista. Förbättringarna kvarstod vid 12 månaders uppföljning. Patienterna skattade hög grad av acceptans och nöjdhet med behandlingens innehåll, bortfallet var litet och följsamheten till behandlingen var hög. I en annan randomiserad kontrollerad studie jämfördes internetbaserad KBT mot väntelista för 73 barn i åldern 7-12 år och deras föräldrar. Den aktiva behandlingen gav statistiskt signifikant större förbättringar, om än små skillnader, jämfört mot väntelista. Vid 6 månaders uppföljning var skillnaderna större och då uppvisade 75 % av behandlingsgruppen remission av primär diagnos.

Farmakologisk behandling

För flertalet av de nyare läkemedlen som används vid behandling av ångest hos vuxna är studier och dokumentation mer bristfälliga när det gäller behandling av barn och ungdomar. Stödet för psykologisk behandling är starkare varför farmaka bör ges tillsammans med psykoterapi. Sannolikt kan de riktlinjer som finns för vuxna tillämpas, men ökad försiktighet och säkerhetskontroll är att rekommendera. Dels genom att följa laboratorieprover för funktioner som kan påverkas av läkemedlet för att snabbt kunna upptäcka eventuella oönskade effekter, dels genom medvetet användande av koncentrationsbestämningar av läkemedlet i fråga. Den bästa dokumentationen finns för tvångs- syndrom (OCD) med flera välgjorda studier (tre randomiserade, kontrollerade studier

från olika forskargrupper har visat bättre resultat än placebo). Baserat på dem är fluoxetin och sertralin registrerade i USA för behandling av OCD hos barn och ungdomar. I Sverige har sertralin den indikationen.

För andra ångesttillstånd är evidensen svagare. SBU-rapporten redovisar fyra RCT av SSRI för behandling av barn och ungdomar (5-17 år) med måttlig till svår funktionsnedsättning. Den s.k. RUPP-studien [137-139] samt två studier av blandade ångesttillstånd och en studie av selektiv mutism visade att aktiv behandling var bättre än placebo, dessutom finns tre negativa studier av blandade ångesttillstånd. Då de välgjorda studier som finns ej har funnit någon skillnad i effekt vid olika ångesttillstånd, separationsångest, social fobi och generaliserat ångestsyndrom beskrivs den farmakologiska behandlingen samlat här. I en 6-månaders uppföljning konstateras att många initialt svarar positivt på farmakologisk behandling i tillägg till psykoterapi (fluvoxamin eller fluoxetin). De som inte har effekt av den ena medicinen kan ha det av den andra. Det saknas långtidsstudier och det vetenskapliga stödet gäller endast korttidsbehandling.

Eftersom depression är en vanlig samsjuklighet till ångest är det här viktigt att notera att behandling med SSRI preparat till barn och ungdomar på senaste tiden har kommit att ifrågasättas vad gäller lätt - måttlig depression. Det huvudsakliga skälet till detta är att övertygande positiva effekter inte kunnat påvisas för flertalet preparat samtidigt som man noterat en ökad förekomst av emotionell labilitet, självskador och suicidtankar eller suicidförsök. För ytterligare information, var god se vårdprogrammet för depression!
<http://www.lio.se/Verksamheter/Narsjukvarden-i-centrala-Ostergotland/BUP-kliniken-i-Linkoping/Vardprogram-Barn--och-ungdomspsykiatri/>

Kombinationsbehandling

Två RCT har publicerats på effekt av kombinerad psykologisk behandling (KBT) och farmakologisk behandling med SSRI jämfört mot varje behandling för sig och mot placebo [140-141]. Båda studierna rapporterade större effekt för kombinerad behandling jämfört med enbart KBT eller enbart farmakologisk behandling, men en av studierna visade även större effekt av varje enskild behandling jämfört med placebo [140].

Brukares preferens beträffande behandling

En viktig aspekt att ta hänsyn till, utöver evidens för olika behandlingsmetoder, är vad brukaren föredrar. I en studie undersöktes hur föräldrar till barn med ångestsyndrom uppfattade KBT och farmakologisk behandling [142]. Föräldrarna föredrog KBT framför behandling med läkemedel. I en annan studie uppgav föräldrar till barn med social rädsla en mer positiv attityd till psykologisk behandling och en mer neutral inställning till farmakologisk behandling [143]. I en metaanalys av psykoterapi vid ångestsyndrom hos barn rapporterades att majoriteten (84.7 %) av deltagarna i de 24 redovisade studierna på KBT fullföljde behandlingen, vilket kan ses som ett mått på tillfredsställelse med behandlingen [106]. En studie rapporterade att ungdomar hellre vill träffa en behandlare "face-to-face" än att få behandling via internet [144].

Slutenvård

Ångeststörning är i sig inte en indikation för inläggning och kan vara kontraindicerad t.ex. på grund av den separation det innebär för barnet. Däremot kan heldygnsvård bli aktuell när det psykiatriska sjukdomstillståndets grad är så allvarlig att anhörigstöd

måste kompletteras med professionellt omhändertagande dygnet runt. Detta kan t.ex. gälla vid suicidrisk eller betydande funktionsnedsättning. Särskilda riktlinjer för heldygnsvård finns inte utan riktlinjerna utgår från dem som gäller för öppenvård [145].

Kom ihåg!

Under behandlingen bör fortlöpande bedömning göras såväl av eventuella tecken på depression som av suicidrisk.

Riktlinjer för respektive diagnos

Här anges mer specifikt behandlingsinsatser för de diagnoser där sådana rekommendationer finns. Dessa rekommendationer utgör komplement till de generella riktlinjerna.

Separationsångest

Var god se stöd för ångestsyndrom generellt, där barn med separationsångest är inkluderade. En pilotstudie på 3 familjer med barn i åldern 4-8 år rapporterade positiva resultat av KBT-inriktat behandlingsarbete med föräldrar-barn interaktion [146].

Barnet, föräldrar, skolpersonal och eventuella andra berörda personer bör vara med i behandlingsarbetet. Man bör så snart som möjligt planera för separation (återgång till skolan, kunna lämna modern). Föräldrarna kan behöva mycket stöd och återförsäkran från behandlaren för att stå fast vid gränssättning gentemot barnet trots att barnet uppvisar stort obehag inför separation. Generellt är hemundervisning kontraindicerat.

Specifik fobi

Det finns publicerade RCT på behandling av specifik fobi hos barn mellan 3-13 år, i grupp och individuellt samt med eller utan föräldradeltagande. I de ingående studierna som redovisas av Öst [147] varierade behandlingarnas längd mellan 1-10 sessioner (sammanlagd behandlingstid 1.5 tim-13.3 tim). Olika format har prövats och bäst effekt rapporteras för en-sessions behandling. Den metaanalys som presenteras av Öst visar en mycket stor effektstorlek både när behandling jämförs mot kontrollerad väntelistgrupp och en kliniskt bra respons hos 70 % av de behandlade barnen vid eftermätning.

Social fobi

Flera kontrollerade studier har visat goda och långvariga effekter av KBT-inriktad behandling både i grupp och individuellt när det gäller social fobi hos ungdomar [147, 148]. I en studie har man sett tendens till bättre effekt då behandlingen även inkluderar föräldrarna. Man har prövat skolbaserad gruppbehandling för ungdomar med social fobi dels i en RCT med väntelista [149] och i en RCT med aktiv kontroll [150]. Resultaten antyder att KBT som genomförs i skolan kan vara effektiv. En randomiserad kontrollerad studie undersökte effekten av korttidsbehandling (3 sessioner à 3 timmar över 3 veckor) med KBT i grupp [151]. Studien visade god effekt för behandlingsgruppen men inte för kontrollgruppen vad det gäller minskning av social ångest och relaterade symptom. Medicinsk behandling har prövats i flera RCT av olika ångestsyndrom hos barn och ungdomar 7-17 år [107]. I en studie jämfördes SSRI med psykologisk behandling

och medicinsk placebo. Resultaten visade större effekt av SET-C (Social Effectiveness Therapy for Children) än farmakologisk behandling, men läkemedelsbehandling var mer effektivt än placebo för att minska socialfobiska besvär [152].

Paniksyndrom

En liten RCT har publicerats på psykologisk behandling av paniksyndrom hos ungdomar. I studien deltog 26 ungdomar i åldern 14-17 år som slumpades till elva sessioner KBT eller aktiv kontroll av lika stor omfattning [153]. Resultaten visade signifikant minskning av symtom och svårighetsgrad av symtom på panikångest, ångest och depression i KBT-gruppen jämfört med kontrollgruppen. Resultaten kvarstod vid 3 och 6 månaders uppföljning. Det är dock en liten studie och den enda som har publicerats på KBT för paniksyndrom varför inga säkra slutsatser om metodens evidens kan dras i nuläget.

Farmakologisk behandling

Idag finns inga kontrollerade studier beträffande behandling av panikångest hos ungdomar. Sannolikt kan de riktlinjer som finns för vuxna tillämpas. Främsta målet är att motverka uppkomsten av panikattacker, men även antecipatorisk ångest kan motivera läkemedelsbehandling. Hos vuxna har man visat att flera antidepressiva medel har panikblockerande effekt. Störst erfarenhet finns med klomipramin (Anafranil[®], Klomipramin NM Pharma[®]), men ett begränsat antal kontrollerade studier talar för att också selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI-preparat) har god effekt vid paniksyndrom. Bensodiazepinerna alprozolam (Xanor[®]) och clonazepam (Iktorivil[®]) har dokumenterad effekt vid paniksyndrom. Om de används som enda behandling fodras ofta doser som medför problem med sederig. Bensodiazepiner rekommenderas därför under korta behandlingsperioder som komplettering till annan behandling (t.ex. i väntan på effekt av antidepressiva). Riskerna med beroendutveckling måste tas på stort allvar. Gemensamt för de antidepressiva medlen är att antipanikeffekten sätter in först efter en tids behandling och gradvis, samt att paradoxal ångestförstärkning kan förekomma initialt. Information, god tillgänglighet till behandlande läkare och låga doser är centrala element i början av behandlingen. Den lägsta effektiva dosen bibehålls tills panikbenägenheten förblivit under kontroll så länge att patienten hunnit avbetingas från sin antecipatoriska ångest och frigöra sig från eventuell agorafobi. Det tar sällan kortare tid än 6 månader att uppnå dessa mål. Därefter kan utsättningsförsök genom successiv dosminskning övervägas.

Försvårande faktorer för behandlingsframgång

Det finns relativt få studier på faktorer som påverkar behandlingsutfall vid ångestsyndrom hos barn. När det gäller följsamhet med behandling så har man generellt inte funnit några skillnader avseende sociodemografiska faktorer mellan de som fullföljer behandling och bortfall [154].

Avseende effekt av behandling har man i några studier undersökt sambandet mellan familje- och föräldravariabler. I kliniska grupper har man funnit sämre behandlingsutfall när en eller båda föräldrarna har en egen ångestproblematik [111] och om barnet rapporterar familjedysfunktion [155, 156]. En studie på icke-klinisk grupp visade dock inte stöd för att psykopatologi hos föräldrarna försämrade utfall av behandling med KBT [157]. De behandlingsstudier som har tagit hänsyn till komorbiditet vid ångest-

störning har visat att KBT är lika effektivt för ångeststörning hos barn med eller utan annan diagnos [158, 159].

Utvärdering av behandling

Vid utvärdering av behandling bör man använda instrument som är känsliga för att fånga upp behandlingseffekt. Utöver mätning av ångestsymtom samt svårighetsgrad och funktionsnedsättning av dessa, bör depressionsformulär användas. I forskningssammanhang används med fördel ADIS-IV-C/P. För beskrivning av instrumenten, se sid. 29.

Fördjupningslitteratur

Ollendick, T.H., and March, J.S., eds., *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. 2004, New York: Oxford University Press.

Kendall, P.C., and Flannery-Schroeder, E.C., *Methodological issues in treatment research for anxiety disorders in youth*. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1998. **26**: p. 27-38.

Selektiv mutism

Utmärkande för selektiv mutism är att barnet inte talar alls eller endast yttrar enstaka ord i vissa sociala situationer trots att det talar i andra situationer. För att diagnosen selektiv mutism ska ställas krävs att besvären orsakar funktionsnedsättning eller försvarar social kommunikation. Störningen får inte gälla kunskapsbrister i språket, men det finns studier som visar att det är vanligt med samtidig språklig funktionsnedsättning och tvåspråkighet kan vara en riskfaktor [160]. Då selektiv mutism är ett relativt ovanligt tillstånd är det svårt att få underlag för studier av den storlek som krävs för att kunna säkerställa statistiskt signifikanta resultat.

Prevalens och komorbiditet

Selektiv mutism beräknas förekomma hos 0.2-0.7 % av barn och ungdomar [161, 162]. Olika uppgifter finns vad det gäller könsfördelning, men tillståndet verkar vara lite vanligare hos flickor [161]. Det är vanligt med samtidig utvecklingsförsening, brister i (visuellt) arbetsminne [163] samt enures och enkopres eller avvikelser i motorisk utveckling [164]. Depression och ångeststörningar framför allt separationsångest är vanliga komorbida tillstånd, och det är inte ovanligt att skolvägran utvecklas. Utagerande beteende rapporteras som relativt vanligt, men det kan vara uttryck för stark rädsla och ett sätt att undvika situationer eller uppgifter som barnet är rädd för [165]. Barn med selektiv mutism uppvisar ofta tidigt ett blygt och tillbakadraget temperament [166].

Etiologi

Etiologin vid selektiv mutism betraktas multifaktoriellt [161]. Det finns visst stöd för att etiologin för en del barn med selektiv mutism skulle bero på auditivt betingade svårigheter [160]. Tvåspråkighet och migration utgör också riskfaktorer, där tvåspråkighet skulle kunna leda till stress och osäkerhet vilket skulle kunna resultera i tysthet i vissa fall [167]. Det är osäkert om selektiv mutism har en bakomliggande neurobiologisk förklaring som ger komorbiditet eller om selektiv mutism skulle kunna förstås som en ångestreaktion på underliggande svårigheter, t.ex. att en språkstörning eller utvecklingsförsening leder till motstånd mot att prata. Selektiv mutism betraktas alltmer som en extrem variant av social fobi och därmed att etiologin skulle vara lik den vid social fobi. Vissa studier har visat att ett tidigt psykologiskt eller fysiskt trauma är förknippat med selektiv mutism, men det finns också andra studier som inte har kunnat visa på det sambandet. Det är vanligt att familjemedlemmar uppvisar extrem blyghet och social isolering.

Debut och prognos

Selektiv mutism debuterar ofta i förskoleåldern, före fem års ålder [168]. I kliniska grupper rapporteras besvären vara kroniska för flertalet [165]. Det finns också rapporter om fullständig remission som kan ske gradvis eller plötsligt, men även vid remission kvarstår problem med tillbakadragenhet, brister i kommunikation eller psykosocial funktionsnedsättning. Det är vanligt att utveckla fobiska störningar efter att de mutistiska symtomen har försvunnit eller minskat [167]. Psykiska problem hos föräldrarna, svagbegåvning och mutistiskt beteende i familjen predicerar ett sämre utfall, liksom migration [167].

Diagnostisk bedömning

Tillstånd av selektiv mutism missas ofta i primärvård vilket innebär att barnet inte får adekvat diagnos och inte heller remitteras till specialistinstans. Trots att grundproblematiken är att barnet inte pratar i vissa situationer, bör man pröva att intervjua barnet för att på så sätt få en direkt observation av det mutistiska beteendet [164].

Det finns instrument som är psykometriskt utprovade för att bedöma selektiv mutism, men inga är översatta eller utvärderade på svenska barn. Bedömningsinstrument för social ångest kan användas som en del i screening.

En viktig del i bedömningen är att göra en somatisk undersökning eller att gå igenom journalanteckningar från eventuell kontakt med somatisk vård. Att inhämta anamnestiska uppgifter från lärare är en annan viktig del i utredningen.

Följande moment bör ingå i en utredning av misstänkt selektiv mutism [160, 164]:

- Hörselundersökning
- Logopedremiss med avseende på om det föreligger neurologiska svårigheter som försvårar tal, t.ex. svaghet i tunga eller läppar, muskulär asymmetri, nedsatt förmåga att svälja eller suga
- Utredning av kognitiva förmågor
- Formell språk- och talundersökning (receptivt och expressivt tal, fonologi)
- Noggrann utvecklingshistoria.

Diagnoskriterier enligt DSM-IV

Uppställningen nedan följer den svenska fickhandboken för DSM-IV. I förekommande fall anges DSM-IV resp. ICD-10 kod inom klammer i anslutning till benämningen.

Selektiv mutism

[313.23; F94.0]

- A. Oförmåga att tala i vissa sociala situationer (där det förväntas att man skall tala, t.ex. i skolan) trots att barnet talar i andra situationer.
- B. Störningen försämrar prestationsförmågan i studier eller arbete eller försvårar social kommunikation.
- C. Störningen varar i minst en månad (dock inte enbart den första månaden i skolan).
- D. Oförmågan att tala beror inte på någon brist på kunskap eller förtrogenhet med det talade språk som barnet förväntas använda i sammanhanget.
- E. Störningen förklaras inte bättre med någon kommunikationsstörning (t.ex. stamning) och förekommer inte enbart vid någon genomgripande störning i utvecklingen, schizofreni eller andra psykotiska syndrom.

Diagnoskriterier enligt ICD-10

Störningar av social funktion med debut särskilt under barndom och ungdomstid

Perturbationes functionis socialis praecipue in infantia et adolescentia incipientes [F94]

Detta är en något heterogen grupp av störningar som kännetecknas av avvikelser i den sociala funktionsnivån. De visar sig i barndomen och adolescensen men till skillnad från de mer genomgripande utvecklingsstörningarna karakteriseras de inte av någon personlighetsbunden sviktande eller bristande social funktionsförmåga som genomsyrar alla funktionsområden. Snarast synes allvarliga brister i barnets miljö eller svåra umbäranden spela en avgörande etiologisk roll.

Elektiv mutism [F94.0]

Karakteriseras av en uttalad, emotionellt bestämd selektivitet i talet. I vissa situationer demonstrerar barnet normal språklig kompetens, i andra, relativt väldefinierade situationer är barnet stumt. Störningen ledsagas vanligen av särskilda personlighetsdrag, med social ångest, tillbakadragenhet, känslighet eller motstånd i sociala relationer.

Selektiv mutism.

Utesluter:

Genomgripande utvecklingsstörning (F84.-)

Schizofreni (F20.-)

Specifika störningar i tal- och språkutvecklingen (F80.-)

Övergående mutism som ett led i separationsångest under tidig barndom (F93.0)

Behandling

I nuläget saknas systematiska undersökningar av behandling av selektiv mutism. Generellt kan man säga att selektiv mutism fortfarande rapporteras vara svårt att behandla framgångsrikt. Dock är behandling mer effektivt än att inte ge behandling [161]. En översiktsartikel identifierade 23 studier varav tio använde KBT, en studie undersökte beteendemässig språkträning (riktad till barn med utvecklingsförsening), en studie använde familjeterapi, fem hade en psykodynamisk inriktning och sex studier hade ett

multimodalt angreppssätt, vilket betyder att en kombination av olika teoretiskt inriktade metoder används [161].

Behandling med psykofarmaka har prövats och i fallstudier antytt lovande resultat, men detta har inte belagts i gruppstudier.

Det finns tillgång till nätbaserad KBT-behandling, vilken enligt upphovsmannen framför allt rekommenderas för yngre skolbarn utan inlärnings- eller språksvårigheter. Manualen, som är på engelska, finns att hämta på Internet: <http://www.homestead.com>

Selektiv mutism utgör en heterogen grupp och därför är det extra viktigt att göra en individualiserad bedömning och plan för behandling. Behandlingen bör innehålla en skolbaserad multidisciplinär insats som kombineras med individual- och/eller familjeterapi.

Det är inte ovanligt att barn med selektiv mutism väcker frustration hos vård-, dagis- och skolpersonal och dessa barn blir lätt missförstådda. Det är mycket angeläget att utredning och interventioner kommer till stånd inte minst i syfte att häva de missgynnssamma psykosociala konsekvenser som kan följa med problematiken. Det tar ofta mycket lång tid att häva eller minska besvären och det är viktigt att klargöra för involverade personer att man inte förvänta sig snabba förändringar utan måste beväpna sig med tålamod.

Tvångssyndrom

Allmän beskrivning

Den engelska benämningen för tvångssyndrom, Obsessive Compulsive Disorder (OCD), används ofta även i Sverige och båda termerna kommer att användas i den här texten. Enligt diagnosen tvångssyndrom omfattar tvångstankar eller tvångshandlingar. Tvångstankar är oönskade ångestskapande tankar och idéer, tvivel, impulser eller malande oro som gång på gång dyker upp i barnets/ungdomens medvetande. Tvångshandlingar är handlingar som utförs onödigt ofta eller länge utan någon annan funktion än att minska ångesten, vilket förstärker beteendet. Tvångshandlingarna kan vara synliga eller tankemässiga och inte synliga för andra. För att diagnosen tvångssyndrom ska ställas måste symtomen inverka hindrande på barnets vardag. Hos barn krävs inte insikt i att tvångstankarna eller tvångshandlingarna är orimliga eller överdrivna. I olika åldrar kan barn uppvisa olika kontrollformer såsom överdriven renlighet och ordentlighet, rituellt beteende, exakta regler etc. vilket hör till den normala utvecklingen [169]. Beteendet vid OCD skiljer sig från de vanor och ritualer som normalt ryms inom barns utveckling [170].

Tvångstankar är oönskade ångestskapande tankar och idéer, tvivel, impulser eller malande oro som gång på gång dyker upp i barnets/ungdomens medvetande.

Tvångshandlingar är handlingar (kan vara i formen av tankar) som utförs onödigt ofta eller länge utan någon annan funktion än att minska ångesten.

Etiologi

Etiologin vid tvångssyndrom är inte klarlagd men det finns psykologiska och biologiska hypoteser som försöker förklara uppkomst och vidmakthållande av besvären [170]. Man har sett en ökad förekomst av tvångssyndrom hos familjemedlemmar till barn med tvångssyndrom [170]. Av detta följer dock inte att själva störningen är ärftlig utan det är snarare en känslighet som förs vidare [170]. Tvångssyndrom förklaras bäst med en stress-/sårbarhetsmodell som innebär att ärftliga faktorer i kombination med miljöfaktorer som stress (psykologisk påfrestning eller kroppsliga infektioner) bidrar till att en person utvecklar störningen. Vissa fynd tyder på att en mindre andel barn med OCD kan ha utvecklat besvären efter infektioner. Sjukdomsbilden hos barn benämns Pediatric Auto-immune Neuropsychiatric Disorder Associate with Streptococcal Infection (PANDAS) [171].

Prevalens

Förekomsten av tvångssyndrom hos barn och ungdomar ligger mellan en halv och ett par procent [169]. Proportionen flickor/pojkar är cirka 1:2. Det finns dock en tendens till utjämning av denna könsskillnad under ungdomsåren. Tvättritualer är det vanligaste symtomet [169]. Även ritualer som innebär att kontrollera och att upprepa är vanliga. Hos 90 % av personerna med tvångssyndrom förändras symtomen över tid, nya tvångstankar och handlingar tillkommer och andra försvinner. Det verkar inte finnas några större kulturella skillnader över världen vad det gäller symtomatologi vid tvångssyndrom [169].

Debutålder

Debut sker vanligtvis efter 7 års ålder [172]. Medelålder vid debut varierar mellan 9,0 år och 10,7 år.

Komorbidity

Tre fjärdedelar av barn med tvångssyndrom har ytterligare en diagnos, framför allt depression som förekommer hos mellan 20-50 % av barn och ungdomar med OCD [169] och förekomst av suicidtankar är också förhöjd i gruppen. Ångestsyndrom och tics eller Tourettes syndrom är vanlig samsjuklighet. Det finns idag teorier om ett tvångssyndromspektrum av störningar. Man har t.ex. funnit ökad förekomst av tvångssyndrom i familjer med trichotillomani och man har sett ett samband mellan autismspektrumstörning och svårt tvångsmässigt beteende.

Diagnoser som relativt ofta förekommer tillsammans med tvångssyndrom

- Depression - depressiva vanföreställningar kan likna tvångstankar
- Ångestsyndrom, framför allt generaliserat ångestsyndrom och social fobi, kan likna OCD
- Tics eller Tourettes syndrom
- Anorexi - det finns studier som tyder på att de är besläktade tillstånd
- Asperger syndrom - tvångsmässigt beteende, ritualer ingår i syndromet
- Selektiv mutism
- Koncentrationsstörning.

Det föreligger ingen ökad risk för schizofreni hos personer med tvångssyndrom jämfört med andra, men debut av schizofreni kan ibland börja med en bild som liknar tvång [169].

Prognos

Förloppet för OCD kan se ut på olika sätt; episodiskt, varierande eller kroniskt. Hos vuxna får endast ca 10-20 % får en fullständig tillbakagång av besvären [173]. En dansk uppföljningsstudie visade att 27 % av barn med OCD var diagnosfria i vuxen ålder, 26 % hade kvarstående symtom som vuxna men uppfyllde inte längre kriterierna för OCD och var inte funktionsnedsatta. Ytterligare 21 % hade i perioder svåra tvångssymtom men fungerade där emellan och 26 % uppvisade kroniskt tvångssyndrom [174]. Vuxna med tvångssyndrom som barn visade sig i större utsträckning än barn utan tvångssyndrom leva ensamma, uppvisa sociala problem, isolering och arbetslöshet [174]. Tillgången till långtidsuppföljningar på OCD hos barn och ungdomar är annars begränsad. Ålder vid symtomdebut samt sociala bakgrundsfaktorer verkar inte påverka prognosen men däremot störningens svårighetsgrad [170]. Barn med samlande har ofta sämre insikt, mer magiskt tänkande, högre ångestgrad, aggression och somatiska klagomål samt externaliserande och internaliserande symtom och det är vanligare med paniksyndrom [175]. Man ska komma ihåg att vad som ovan sagts rör barn och ungdomar i kliniska populationer och lättare fall passar troligen inte in i den här beskrivningen av förlopp.

Tillståndets innebörd och konsekvenser

Hos barn med tvångssyndrom är funktionsnedsättningen ofta betydande. En person med tvångssyndrom saknar kontroll över sitt handlande eller tänkande därför att ångesten styr beteendet. Närmare 90 % av barn och ungdomar med tvångssyndrom rapporterar att tvånget påverkar fungerandet hemma, socialt eller i skolan [176, 177]. Vardagliga konsekvenser kan vara att komma för sent till skolan eller lektioner, att inte våga följa med på kafé eller att låta kompisar komma hem av rädsla för att få smitta på sig eller att kompiserna ska rubba ordningen i barnets rum. Allvarligare vardagliga konsekvenser är t.ex. att barnet på grund av tvångstankarna kan få svårt att koncentrera sig både på skoluppgifter och i socialt samspel, kommer i säng sent på grund av tvångshandlingar [177] eller få svårt att behålla kontakter och skapa nya [176].

Egna försök att bemästra symtomen hjälper ofta inte eftersom individen förlitar sig mera på sin känsla än på sitt förnuft och sin erfarenhet. Barnet kan känna på sig att någonting är fel, dölja sina symtom, dra sig undan och inte vilja söka hjälp till en början. När tvånget blir allt mer tydligt och handikappande kan barnet bli förtvivlat över att föräldrarna vare sig kan hjälpa eller förstå varför barnet inte kan låta bli att utföra sina handlingar.

Symtomen påverkar ofta familjens normala rutiner så att hela familjen blir indragen. Det kan vara svårt som förälder att veta hur man ska förhålla sig gentemot barnets tvångssymtom. Tveksamheten gäller om de ska begränsa eller vara hjälpsamt tillåtande och nästan assistera i ritualerna. Familjen kan då komma in i en ond cirkel och tvångssymtomen kan komma att styra och begränsa hela familjen i mycket hög utsträckning. I en majoritet av familjer med ett barn med OCD anpassar sig familjen till tvångssymtomen men i varierande grad. De vanligaste anpassningarna är att svara på barnets behov av försäkringar, att hjälpa barnet att undvika det som väcker oro och att delta i barnets tvångshandlingar/ritualer. Det är också vanligt att familjen anpassar sig t.ex. genom att

inte göra saker utanför hemmet som man annars skulle ha gjort eftersom det tar mycket lång tid innan familjen kan komma iväg på grund av de handlingar barnet måste utföra. Samtidigt finns det stöd för att det finns oro och stress i familjer där man har en hög grad av anpassning jämfört med familjer med låg grad av anpassning [178].

Diagnoskriterier enligt DSM-IV

Uppställningen nedan följer den svenska fickhandboken för DSM-IV. I förekommande fall anges DSM-IV resp. ICD-10 kod inom klammer i anslutning till benämningen.

Tvångssyndrom

[300.3; F42.8]

A. Tvångstankar eller tvångshandlingar enligt följande:

Tvångstankar som definieras av (1), (2), (3) och (4):

- (1) återkommande och ihållande tankar, impulser eller fantasier som under någon period upplevts som påträngande och meningslösa och som ger uttalad ångest eller lidande
- (2) tankarna, impulserna eller fantasierna kan inte bara förstås som enbart en överdriven oro inför verkliga problem
- (3) försök att ignorera eller undertrycka tankarna, impulserna eller fantasierna, eller motverka med andra tankar eller handlingar
- (4) insikt om att de tvångsmässiga tankarna, impulserna eller fantasierna härrör från det egna själslivet (och inte kommer utifrån som vid tankepå sättning)

Tvångshandlingar som definieras av (1) och (2):

- (1) upprepade konkreta handlingar (t.ex. tvätta händerna, ställa i ordning, kontrollera) eller mentala handlingar (t.ex. bedja, räkna, upprepa något ord i det tysta), som personen känner sig tvingad att utföra till följd av någon tvångstanke, eller i enlighet med regler som strikt måste följas
- (2) dessa konkreta eller mentala handlingar utförs i syfte att förhindra eller reducera lidande eller förhindra att någon fruktad händelse eller situation inträffar; emellertid har dessa konkreta eller mentala handlingar inte något egentligt samband med det som det syftar till att neutralisera eller förhindra eller är i sammanhanget betydligt överdrivna.

- B. Någon gång under sjukdomsförloppet har personen haft insikt om att tvångstankarna eller tvångshandlingarna är överdrivna eller orimliga. **OBS:** Detta gäller inte barn.
- C. Tvångstankarna eller tvångshandlingarna orsakar ett påtagligt lidande, är tidskrävande (tar mer än en timme om dagen) eller stör i betydande grad dagliga rutiner, yrkesliv (eller studier) eller vanliga sociala aktiviteter eller relationer.
- D. Om någon annan axel I-störning finns med i bilden är innehållet i tvångstankarna eller tvångshandlingarna inte enbart begränsat till denna (t.ex. fixering vid mat vid ätstörningar, hårplockning vid trichotillomani, fixering vid utseendet vid dysmorfofobi, upptagenhet av droger vid drogberoende, övertygelse av att lida av allvarlig sjukdom vid hypokondri, upptagenhet av sexuella impulser eller fantasier vid sexuell avvikelser eller ältandet av skuld känslor vid egentlig depression).
- E. Störningen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada.

Specificera om:

bristande insikt: personen inser mestadels inte under den pågående sjukdomsperioden att tvångstankarna eller tvångshandlingarna är överdrivna eller orimliga.

Diagnoskriterier enligt ICD-10

Tvångssyndrom

Perturbatio obsessiva – compulsiva [F42]

Tillståndet karakteriseras av återkommande tvångstankar eller tvångshandlingar. Tvångstankarna är idéer, föreställningar eller impulser som dyker upp i patientens medvetande gång på gång på ett stereotypt sätt. Tankarna är nästan alltid plågsamma och ofta försöker patienten stå emot dem, dock utan framgång. Tankarna upplevs som hans eller hennes egna, även om de är ofrivilliga och ofta motbjudande. Tvångshandlingar eller ritualer är stereotypt beteende som upprepas gång på gång. Handlingarna är varken behagliga eller ändamålsenliga. Deras funktion är att förhindra någon av patienten befördad men objektivt sett osannolik händelse som skulle kunna vara till risk eller skada för patienten. Vanligtvis upplevs tvångshandlingar som meningslösa eller ineffektiva och patienten gör försök att stå emot att utföra dem. Ängest finns nästan alltid närvarande och förvärras om patienten står emot tvångshandlingarna.

Innefattar:

- Anankastisk neuros
- Obsessiv-kompulsiv neuros
- Obsessiv-kompulsiv störning

Utesluter:

- Obsessiv-kompulsiv personlighetsstörning (F60.5)

Tvångssyndrom präglad av tvångstankar [F42.0]

Ett tillstånd främst präglad av tvångstankar eller grubblerier som kan ta formen av idéer, tankebilder eller impulser till handling. Tillståndet är praktiskt taget alltid plågsamt för patienten. Ibland kan tankarna vara ändlösa, villrådiga överväganden över olika alternativ, vilket leder till oförmåga att fatta triviala beslut som är nödvändiga för det dagliga livet. Tvångsmässigt grubbel och depression är nära förbundna och diagnosen tvångssyndrom är mest adekvat när tvångstankar uppstår eller kvarstår utan att patienten samtidigt har en depressiv episod.

Tvångssyndrom präglad av tvångshandlingar [tvångsritualer] [F42.1]

Ett tillstånd främst präglad av tvångshandlingar (tvångsritualer). Oftast rör handlingarna hygien (främst handtvättning), upprepade kontroller för att försäkra sig om att inga farliga situationer utvecklas eller en överdrivet pedantisk ordentlighet. Bakom beteendet ligger en fruktan, vanligtvis för fara som kan skada eller som är orsakad av patienten. Den rituella handlingen är ett ineffektivt eller symboliskt försök att värja sig mot faran.

Tvångstankar med tvångshandlingar [F42.2]

Andra specificerade tvångssyndrom [F42.8]

Tvångssyndrom, ospecificerat [F42.9]

Fördjupningslitteratur

Bejerot, S., *Tvångssyndrom/OCD. Nycklarna på bordet*. 2002, Stockholm: Cura förlag.

Thomsen, P.H., *När tankar blir till tvång, barn och ungdom med tvångssyndrom*. 1997, Stockholm: Natur och Kultur.

Wadström, O., *Tvångssyndrom*. 1993, Linköping: Psykologinsats.

Utredningsförfarande

Screening

Formulär som kan användas för screening är the Child Behavior Checklist (CBCL). Formuläret har två frågor som rör tvångstankar och tvångshandlingar. Formuläret CBCL, som besvaras av föräldrarna, kan på ett säkert sätt användas för screening av OCD-symtom [179]. Leytons frågeformulär konstruerades ursprungligen för vuxna men har omarbetats så att det kan användas även för barn och ungdomar. Frågeformuläret består av 20 frågor och ger svar på om personen har tvångssymtom och hur allvarliga. Se PH Thomsens bok [170].

Fem frågor som hjälp för att identifiera tvångssyndrom [170]

- Tvättar du dig ofta?
- Kontrollerar du ofta saker?
- Finns det någon tanke som besvärar dig som du skulle vilja bli av med men inte kan få bort?
- Tar det lång tid för dig att klara av vardagliga aktiviteter?
- Är det mycket viktigt för dig med ordning och symmetri?

Många som lider av tvångssyndrom skäms för sina problem och berättar inte självmant om svårigheterna. Följaktligen upptäcks besvären många gånger inte och barnet och familjen får inte tillgång till hjälp. Det är därför viktigt att **ställa raka frågor** om tvångstankar och handlingar samt att **visa accepterande och förståelse** för att man kan ha sådana tankar och beteenden utan att för den skull vara ”knäpp”. Man måste därför våga fråga om förekomst av tvångshandlingar, t.ex. tvättande, kontrollerande, räknande, upprepande och förekomst av tvångstankar. Är personen rädd att något hemskt ska hända? Är tankarna påträngande, skrämmande och oönskade?

Fördjupad bedömning

I utredningsfasen **bör alla i familjen vara med** eftersom såväl föräldrar som syskon både är påverkade av och påverkar symtomet. Att tala öppet om svårigheterna har ofta en stressreducerande inverkan på familjen. Det kan också vara bra att intervjua föräldrar och barn var för sig eftersom det ofta är skamfyllt för barnet eller ungdomen att berätta om sina tankar och beteenden. Information från föräldrarna är nödvändig då barnet många gånger inte berättar om eller förminskar omfattningen och svårighetsgraden av symtomen.

Områden som måste täckas av vid bedömning av OCD

- Undvikande: undviker barnet miljöer, saker och situationer på grund av tvånget?
- Tidsåtgång: tar tvångstankar och tvångshandlingar mer än en timma per dag?
- Noggrann anamneshistoria för diagnostik av differentialdiagnos och komorbiditet såsom tics, generaliserat ångestsyndrom, social fobi, anorexia nervosa och schizofrenispektrumstörning
- Depressions- och suicidbedömning!!
- Påverkan av tvånget på barnet och familjen, var god se nedan Påverkan och familj sid. 49).

Klinisk intervju

I bedömningen av eventuellt tvångssyndrom rekommenderas att klinisk intervju görs t.ex. med strukturerad metod som ADIS-C/P eller Kiddie-SADS (se Strukturerade och semistrukturerade intervjumetoder sid. 30) [180]. Frågor ska ställas kring sjukdomar och infektioner (se PANDAS under Etiologi sid. 44). Som hjälp för fastställande av diagnos kan komplettering göras med formulär och observation.

Formulär för fördjupad bedömning av OCD

Children´s Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS) [181]

Intervjuformulär som fylls i av behandlaren efter de uppgifter som barnet eller tonåringen samt föräldrar ger och i enlighet med behandlarens egen kliniska bedömning. Framför allt bör CY-BOCS användas i intervjuformat. CY-BOCS finns också i en kort version.

Läroformulär

Det finns ett läroformulär som innehåller åtta frågor där läraren ska skatta svårighetsgrad av tvång. Detta finns återgivet med tillstånd av upphovsmannen i PH Thomsens bok [170].

Påverkan och familj

Påverkan av OCD/Children OCD Impact Scale (COIS) [182]

Formuläret finns i en version för barnet och en för föräldrarna. Det avser att ge en bild av syndromets påverkan på olika livsområden. Formuläret, som består av 58 frågor, finns nu i reviderad version med 33 frågor. <http://www.sahlgrenska.se/su/bup/tester>

Familjanpassningsskala/Family Adaption Scale (FAS) [183]

FAS mäter familjens grad av anpassning till tvångsproblematiken. Instrumentet är anpassat och översatt av Kenneth Nilsson och Gabriella Ejeskog (Institutionen för neurovetenskap vid Uppsala universitet, 1998) och har bl.a. använts i en studie på behandling av OCD (Ekenberg, J., och Petersson, Y., Psykologexamensuppsats. 2009, Lunds universitet).

Om man behöver använda till föräldrar eller äldre ungdomar, finns formulär för OCD och depression hos vuxna att hämta på www.nok.se/omochom.

Observation/hembesök

Det kan vara till stor hjälp att komma hem till familjen och be barnet eller ungdomen visa hur han/hon brukar göra. Vederbörande kan då ibland komma på att det finns ytterligare tvångshandlingar som han/hon gör men inte har berättat om.

Inför eventuell behandling är det angeläget att utröna huruvida barnet försöker dölja/maskera tvångshandlingar. Det är även viktigt att bedöma barnets och föräldrarnas grad av motivation till behandling.

Fördjupningslitteratur

Lewin, A.B., and Piacentini, J., *Evidence-based assessment of child obsessive-compulsive disorder: Recommendations for clinical practice and treatment research*. Child and Youth Care Forum, 2010. **39**: p. 73-89.

Bejerot, S., *Tvångssyndrom/OCD. Nycklarna på bordet*. 2002, Stockholm: Cura förlag.

Thomsen, P.H., *När tankar blir till tvång, barn och ungdom med tvångssyndrom*. 1997, Stockholm: Natur och Kultur.

Behandling

En Cochrane-rapport [184] har granskat effekten av KBT med eller utan kombination av SSRI i fyra kontrollerade studier av hög eller god kvalitet. Sammantaget visar resultaten att en majoritet av patienterna uppnår klinisk remission eller har endast kvar lindrig OCD efter 3 månaders behandling med KBT. Därtill visar en kontrollerad studie med långtidsuppföljning kvarstående effekt hos 75 % av patienterna 18 månader efter avslutad behandling [185]. Behandling med enbart KBT visar bättre resultat än behandling med enbart SSRI och kombinerad behandling av KBT och SSRI ger bättre resultat än enbart SSRI [184]. Långtidsuppföljning visar kvarstående effekt upp till 7 år.

Behandling med KBT i grupp har även prövats med patienter i klinisk öppenvård och visats ha både hög följsamhet med behandlingen och ge statistiskt signifikanta förbättringar från för- till eftermätning och 6 månaders uppföljning [186]. En studie rapporterade effekt av familjebaserad KBT som gavs en gång per vecka jämfört med intensiv behandling (en session per vardag) med sammanlagt 14 sessioner. Effekten var lika stor för båda grupperna [187]. En ny studie har visat preliminärt stöd för effekt av KBT anpassad till små barn, 5-8 år gamla, med komponent av intensivt familjearbete [188].

Psykologisk behandling

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

KBT utgörs av en metod som kallas exponering med responsprevention (E/RP). Patienten tränar sig att konsekvent och upprepat utsätta sig för de situationer som utlöser tvångstankar och ångest/obehag (exponering) så att habituering kommer till stånd. Därefter får patienten inte utföra tvångshandlingar för att minska oro/obehag (responsprevention). E/RP behandlingen behöver anpassas till patientens mognadsnivå, t.ex. kan yngre barn behöva ”belöningsystem” för att klara av de påfrestande övningarna. Utöver de direkta exponeringsövningarna används även andra tekniker såsom kognitiv restrukturering, stressreduktion, familjestöd m.m. för att möjliggöra arbetet med E/RP. Träning mellan sessionerna är avgörande för positivt utfall.

Gruppbehandling med KBT för barn och ungdomar har prövats och visat sig vara lika effektivt som individuell behandling [189]. Det finns en svensk manual för gruppbehandling som har tagits fram och utvärderats av mottagningen BUP-Signal i Stockholm.

Det är **viktigt att barnets familj medverkar** i den beteendeterapeutiska behandlingen eftersom familjen ofta involveras i barnets tvångshandlingar och givetvis är en mycket

viktig resurs för barnet när det gäller att komma tillrätta med sina svårigheter. Det är inte bara viktigt att familjen ingår i behandlingen utan också att man explicit behandlar familjemedlemmarnas anpassning till tvånget eftersom man har sett ett samband mellan familjeanpassning och svårighetsgrad av symtom [189]. Behandlingen är ofta mycket krävande för både barnet och familjen, och det är därför viktigt att klargöra och arbeta med familjens och framför allt barnets grad av motivation till behandlingen. På senare tid har man prövat att aktivt påverka motivation till behandling bland annat genom s.k. motiverande samtal. I en studie såg man snabbare förbättring för den grupp ungdomar som fick KBT och motiverande samtal jämfört med dem som fick KBT och psykoedukation [191]. Det har producerats en DVD-film, ”Träng bort tvånget”, med syfte att sänka tröskeln till att påbörja behandling genom att barnet/ungdomen konkret får se hur behandling för OCD kan gå till. Ett annat syfte är att visa en ungdom och familj som själva har gått igenom behandlingen för att skapa igenkänning i problematiken, vilket kan ge hopp om att behandling kan hjälpa.

Psykodynamiskt orienterad terapi

Rekommendationerna i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer är att **inte** använda psykodynamisk korttidsterapi vid tvång [107].

Familjeterapi

Familjers sätt att hantera sjukdomen skiljer sig åt och antar i ogynnsamma fall antingen endera eller kombinationer av två förhållningssätt: det bekrigande respektive det överdrivet anpassliga. Sådana förhållningssätt höjer stressnivån hos patienten och kan öka OCD-symtomen. Svårigheterna hanteras vanligen inom ramen för den kognitiva beteendeterapi varför man kan säga att särskild ”familjeterapi” inte behövs för detta ändamål utom i vissa fall.

Medicinsk behandling

Läkemedelsbehandling med SSRI (sertralin och fluvoxamin) [193]

Läkemedel med specifik effekt mot OCD-symtom utgörs av de serotoninåterupptagningshämmande läkemedlen. Två av dessa, sertralin och fluvoxamin är registrerade vid OCD hos barn och ungdomar i åldrarna 6-18 respektive 8-18.

Man får vanligen använda doser som överstiger de som behövs vid depressionsbehandling med ca 1½-2 gånger, vilket i båda läkemedlens fall handlar om doser upp till ca 200 mg. Av farmakokinetiska skäl bör läkemedlen doseras två gånger per dygn vid lägre doseringar. Behandlingen behöver vanligen vara ca 1-2 år. Medlet bör sättas ut långsamt (över cirka 2-3 månader) eftersom utsättningsreaktioner är vanliga först när patienten haft subkliniska symtom eller varit helt frisk under cirka ett ½ år. Om sertralin sätts ut efter 3 månaders akut behandling får ca hälften av patienterna återfall.

Biverkningar som trötthet, yrsel, huvudvärk, försämrad aptit och sömnproblem rapporteras av många patienter även om få får så svåra biverkningar att medicineringen behöver avbrytas. Om samsjuklighet med depression med suicidalitet föreligger bör särskild försiktighet iaktas eftersom risk för aktivering av suicidalitet finns. Det är vanligt med ångeststegring där dosen närmar sig tvångslösande nivåer.

Enligt SBU:s systematiska litteraturoversikt [90] är effekten av sertralin respektive fluvoxamin på kort sikt relativt liten men på lång sikt (1 år) måttligt stor, vilket leder till att cirka hälften av patienterna går i remission. I första hand bör läkemedlen användas när KBT inte har gett tillräcklig effekt eller inte finns tillgänglig eller läkemedel explicit föredras av patient/förälder.

Läkemedelsbehandling med SSRI (citalopram och fluoxetin)

Liksom beskrivits ovan får man vanligen använda doser som överstiger de som behövs vid depressionsbehandling med ca 1½-2 gånger vilket vid dessa läkemedel handlar om doser upp till ca 80 mg. Behandlingen behöver vanligen vara ca 1-2 år. Medlen bör sättas ut långsamt (över cirka 2-3 månader) eftersom utsättningsreaktioner är vanliga först när patienten haft subkliniska symtom eller varit helt frisk under cirka ett halvår. När det gäller citalopram finns enbart öppna studier. Genom att flera oberoende kontrollerade studier nu finns tillgängliga av god kvalitet för fluoxetins del får man bedöma att evidensen är god, medan stödet för citalopram är svagt. Om samsjuklighet med depression med suicidalitet föreligger bör särskild försiktighet iaktas, eftersom risk för aktivering av suicidalitet finns. Det är vanligt med ångeststegring där dosen närmar sig tvångslösande nivåer.

Läkemedelsbehandling med klomipramin

Det finns stark evidens för måttlig korttidseffekt av klomipramin samt betydande risk för återfall om behandlingen avbryts. På grund av ett negativt risk-/nyttoförhållande ska klomipramin användas enbart om vare sig KBT eller SSRI ger tillräckligt god effekt.

Man får vanligen använda doser som överstiger de som behövs vid depressionsbehandling med ca 1½-2 gånger vilket i klomipramins fall handlar om doser upp till ca 200 mg. Behandlingen behöver vanligen vara ca 1-2 år. Medlet bör sättas ut långsamt (över cirka 2-3 månader) först när patienten haft subkliniska symtom eller varit helt frisk under cirka ett halvår.

Autoimmun- eller profylaktisk antibiotikabehandling

Vid PANDAS ses akuta försämringar följda av långsam förbättring, det ”sågtandade” sjukdomsförloppet. Att antibiotikabehandling kan användas i det akuta skedet då streptokocktitrar (AST och anti-DNA:s B) är höga är knappast kontroversiellt. Värdet av immunologisk behandling vid ”PANDAS-skov” respektive förebyggande behandling med antibiotika är ännu spekulativt och bör enbart komma ifråga som en del av forskningsbaserad utvärdering [194]. Dock tycks det som om det förekommer en viss minskning i antalet återfall i PANDAS-gruppen vid profylaktisk behandling med antibiotika [195].

Faktorer som påverkar utfall av behandling

Då tvångssyndrom ofta har ett kroniskt förlopp är det angeläget att identifiera vilka faktorer som påverkar behandlingsutfallet men det finns i dagsläget föga vetenskapligt stöd för vilka faktorer som kan predicera utfall av psykologisk behandling med KBT [196]. Familjens grad av anpassning verkar vara en viktig faktor för att predicera behandlingsframgång och minskning av familjeanpassning till tvångsbesvären efter

familjebehandling med KBT har visat sig ha samband med minskning av svårighetsgrad av tvångssymtom [190]

Det pågår en intressant storskalig och kontrollerad studie som bland annat syftar till att jämföra effekten av utökad KBT respektive medicinsk behandling för patienter som fått begränsad eller ingen effekt av standard KBT [197].

Utvärdering av behandling

För utvärdering av behandling rekommenderas CY-BOCS (sid. 49) [180].

Fördjupningslitteratur

March, J.S. and Mulle, K., *OCD in children and adolescents. A cognitive behavioural treatment manual*. 1998, New York: Guilford Press.

Bates, S. och Grönberg, A., *Om och om igen. Att behandla tvångsproblem med KBT*. 2010, Stockholm: Natur och Kultur.

Information till patient och anhöriga

Patient- och anhörigföreningar

Tvångssyndrom

Riksföreningen ANANKE, tel 08-628 30 30

<http://www.ananke.org/>

Litteraturtips för patienter, anhöriga, skola och omgivning

Socialstyrelsen, *Blyga och ängsliga barn*. 2010. www.socialstyrelsen.se/publikationer
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17954/2010-3-9.pdf>

Bejerot, S., *Tvångssyndrom/OCD. Nycklarna på bordet*. 2002, Stockholm: Cura förlag.

Hellström, K., Hanell, Å. och Liberman L., *Rädd, räddare, ångest: när barn och ungdomar mår dåligt*. 2003, Stockholm: Prisma.

Thomsen P.H., *När tankar blir till tvång, barn och ungdom med tvångssyndrom*. 1997, Stockholm: Natur och Kultur.

Wadström, O., *Tvångssyndrom*. 1993, Linköping: Psykologinsats.

DVD

”Träng bort tvånget” beställs från Mediacenter TVAB, Anders Forslöv
anders@mediacenter.tvb.se

http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/8/8971/LKT0810s758_758.pdf

Konsekvenser av vårdprogrammet

- Information till aktuella samarbetspartners om vårdprogrammets innehåll.
- Utbildning och handledning i de behandlingsmetoder som rekommenderas vid ångestsyndrom.

Forskning- och utvecklingsprojekt

Pågående

- Internetbehandling av ångestbesvär hos barn. Flera projekt är under uppstart vid och i samarbete mellan Institutionen för Beteendevetenskap och Lärande (IBL), Linköpings universitet, Stockholms läns landsting, Södermanlands läns landsting och samt Närsjukvården i Centrala Östergötland.
- Internetbaserad preventiv behandling av social rädsla och rädsla för att tala inför andra. Örebro universitet. Docent Maria Tillfors (maria.tillfors@oru.se)

Önskvärda projekt

- Kontrollerade studier på kliniskt tillämpad behandling av ångeststörningar hos barn och ungdomar såsom utvärdering av olika terapiformer, behandlingsmetoder/-former som t.ex. föräldragrupper, barn- och ungdomsgrupper, att använda sig av kamrater, psykopedagogiska program och självhjälp.
- Det finns ett flertal formulär som används internationellt men som inte finns normerade för kliniskt bruk i Sverige (var god se under Metod sid. 28).
 - Lekmaterial för barn i åldern 3-8 år som har visat sig kunna predicera ångestsymtom vid 6 års ålder. Barnet presenteras för 12 historier som barnet ska hitta på ett slut på och presentera detta med hjälp av en uppsättning dockor. Materialet syftar till att utforska förekomst av negativa förväntningar från barnet beträffande interaktion med andra, självbild etc. Historierna rör bl.a. separation från förälder, moraliska dilemman, bråk med kompis, inställt besök, monster i mörker. Materialet har inte använts på svensk barnpopulation.

Litteraturförteckning

1. Hellström, K., Å. Hanell, and L. Liberman, *Rädd, räddare, ångest. När barn och ungdomar mår dåligt*. 2003, Stockholm: Prisma.
2. Öst, L.-G., ed. *KBT inom barn- och ungdomspsykiatrin*. 2010, Natur och Kultur: Stockholm.
3. Reuterskiöld, L., *Fears, anxieties and cognitive-behavioral treatment of specific phobias in youth*. 2009, Stockholm University: Stockholm.
4. Öhman, A., *Rädsla, ångest, fobi*. 1994, Stockholm: Scandinavian Univ.Press.
5. Öhman, A. & Rück, C. *Ångestsyndrom*, i *Psykiatri*, Herlofson, J., Ekselius, L. Lundh, LG., Lundin, Mårtensson, B. (red). 2009, Studentlitteratur: Lund.
6. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. American Psychiatric Association. 1994, Washington DC: American Psychiatric Association.
7. Ollendick, T.H. & March, J.S. *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. A clinicians guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. 2004, New York: Oxford University Press.
8. Rapee, R.M., Schniering, C.A. & Hudson, J.L. Anxiety Disorders During Childhood and Adolescence: Origins and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2009.
9. Cartwright-Hatton, S., McNicol, K. & Doubleday, E. Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 2006. **26**. 817-33.
10. Costello, E.J., et al., Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 2003. **60**, 837-44.
11. Dadds, M. & Barrett, P. Practioner review: Psychological management of anxiety disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2001. **42**, 999-1011.
12. Costello, E.J., Egger, H & Angold, A. *Developmental epidemiology of anxiety disorders*, in *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents*, Ollendick, T.H. & March, J.S (eds). 2004, Oxford University Press.
13. Ford, T., Goodman, R. & Meltzer, H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2003. **42**, 1203-11.
14. Last, C.G., Hansen, C. & Franco, N. Anxious children in adulthood: a prospective study of adjustment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997. **36**, 645-652.
15. Lyneham, H.J. & Rapee, R.M. Evaluation and treatment of anxiety disorders in the general pediatric population: a clinician's guide. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2005. **14**, 845-61.
16. Lewinsohn, P.M., et al., Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 1998. **107**, 109-17.
17. Gren-Landell, M., et al., Social phobia in Swedish adolescents: prevalence and gender. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2009. **44**, 1-7.
18. Stein, M., et al., Social anxiety disorder and the risk of depression. A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 2001. **58**, 251-256.
19. Essau, C.A., Comorbidity of anxiety disorders in adolescents. *Depression and Anxiety*, 2003. **18**, 1-6.

20. Dufton, L.M., Dunn, M.J. & Compas, B.E. Anxiety and somatic complaints in children with recurrent abdominal pain and anxiety disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 2009. **34**, 176-86.
21. Campo, J.V., et al. Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. *Pediatrics*, 2004. **113**, 817-24.
22. Chavira, D.A., Garland, A.G., Daley, S., & Hough, R. The impact of medical comorbidity on mental health and functional health outcomes among children with anxiety disorders. *Journal of Developmental and Behavior Pediatrics*, 2008. **29**, 394-402.
23. Masia Warner, C., Reigada, L.C., Fisher, P.H., Saborsky, A.L., Benkov, K.J. CBT for anxiety and associated somatic complaints in pediatric medical settings: an open pilot study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2009. **16**, 169-77.
24. Alfano, C.A., Ginsburg, G.S., & Kingery, J.N. Sleep-related problems among children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007. **46**, 224-32.
25. Hudson, J.L., et al., The sleep patterns and problems of clinically anxious children. *Behavior Research and Therapy*, 2009. **47**, 339-44.
26. Gustafsson, P.E., Nelson, N., Gustafsson, P.A. Diurnal cortisol levels and cortisol response in youths with obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychobiology*, 2008. **57**, 14-21.
27. Kallen, V.L., . Associations between HPA axis functioning and level of anxiety in children and adolescents with an anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 2008. **25**, 131-41.
28. Sumter, S., Bokhorst, CL., Miers, AC., Van Pelt, J. & Westenberg, PM., Age and puberty differences in stress response during a public speaking task: Do adolescents grow more sensitive to social evaluation? *Psychoneuroendocrinology*, 2010.
29. Ferdinand, R.F., Dieleman, G., Ormel, J., & Verhulst, F.C. Homotypic versus heterotypic continuity of anxiety symptoms in young adolescents: evidence for distinctions between DSM-IV subtypes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2007. **35**, 325-33.
30. Hale, W.W., 3rd., Developmental trajectories of adolescent anxiety disorder symptoms: a 5-year prospective community study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2008. **47**, 556-64.
31. Bittner, A., et al., What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 2007. **48**, 1174-83.
32. Woodward, L.J. & Fergusson, D.M. Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2001. **40**, 1086-93.
33. Pine, D.S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1998. **55**, 56-64.
34. Last, C.G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A.E. A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996. **35**, 1502-10.
35. Roza, S.J., Hofstra, M.B., van der Ende, J., & Verhulst, F.C. Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: a 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 2003. **160**, 2116-21.

36. Boden, J.M., Fergusson, D.M. & Horwood, L.J. Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychological Medicine*, 2007. **37**, 431-40.
37. Zimmerman, P., et al. Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 2003. **30**, 1211-22.
38. Buckner, J.D., et al., Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 2008. **42**, 230-9.
39. Shanahan, L., Copeland, W., Costello, E.J., & Angold, A. Specificity of putative psychosocial risk factors for psychiatric disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008. **49**, 34-42.
40. Vasey, M.W. & Dadds, M.R. An introduction to developmental psychopathology of anxiety, in *The Developmental Psychopathology of Anxiety*, Vasey, M.W. & Dadds, M.R. (eds). 2001, Oxford University Press: Oxford.p 3-26.
41. Hirshfeld-Becker, D.R., Micco, J.A., Simoes, N.A., & Henin, A. High risk studies and developmental antecedents of anxiety disorders. *American Journal of Medical and Genetic Seminars*, 2008. **148C**, 99-117.
42. Beidel, D.C. & Turner, S.M, At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997. **36**, 918-24.
43. Wood, J., McLeod, BD., Sigman, M., Hwang, W-C., & Chu, BC., Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2003. **44**, 134-151.
44. McLeod, B., Wood, JJ., & Weisz, JR., Examining the association between parenting and childhood anxiety: A metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 2007. **27**, 155-172.
45. Rapee, R.M., Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 1997. **17**, 47-67.
46. van der Bruggen, C.O., Stams, G.J. & Bögels, S.M. Research review: the relation between child and parent anxiety and parental control: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008. **49**, 1257-69.
47. Hudson, J.L. & Rapee, R.M. *Parent-child interactions and anxiety disorders: an observational study*. Behaviour Research and Therapy, 2001. **39**: p. 1411-27.
48. Bohlin, G. & Hagekull, B. Socio-emotional development: from infancy to young adulthood. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2009. **50**, 592-601.
49. Tiet, Q.Q., Relationship between specific adverse life events and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2001. **29**, 153-64.
50. Goodyer, I.M., Developmental psychopathology: the impact of recent life events in anxious and depressed school-age children. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1994. **87**, 327-9.
51. Allen, J.L., Rapee, R.M. & Sandberg, S. Severe life events and chronic adversities as antecedents to anxiety in children: a matched control study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2008. **36**, 1047-56.
52. Bond, L., Carlin, J.B., Thomas, L., Rubin, K., & Patton, G. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *British Medical Journal*, 2001. **323**, 480-4.
53. Gladstone, G.L., G.B. Parker, and G.S. Malhi, Do bullied children become anxious and depressed adults? A cross-sectional investigation of the correlates of

- bullying and anxious depression. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 2006. **194**, 201-8.
54. Storch, E.A., Masia-Warner, C., Crisp, H., & Klein, R.G. Peer victimization and social anxiety in adolescence: A prospective study. *Aggressive Behavior*, 2005. **31**, 437-452.
 55. Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Pelkonen, M., & Marttunen, M. Associations between peer victimization, self-reported depression and social phobia among adolescents: the role of comorbidity. *Journal of Adolescence*, 2009. **32**, 77-93.
 56. Vernberg, E.M., Abwender, D.A., Ewell, K.K., & Berry, S.H. Social anxiety and peer relationships in early adolescence: a prospective analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1992. **21**, 189-196.
 57. La Greca, A.M. & Harrison, H.M. Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2005. **34**, 49-61.
 58. Ezpeleta, L., Keeler, G., Erkanli, A., Costello, E.J., & Angold, A. Epidemiology of psychiatric disability in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2001. **42**, 901-14.
 59. Fisak Jr, B., & Grills-Taquechel, AE., Parental modeling, reinforcement, and information transfer: risk factors in the development of child anxiety? *Clinical Child and Family Psychology*, 2007. **10**, 213-31.
 60. Kåver, A., *Social fobi. Att känna sig granskad och bortgjord*. 1999, Stockholm: Cura bokförlag.
 61. Gren-Landell, M., *Social anxiety disorder in Swedish adolescents: Prevalence, victimization & development in Faculty of Health Sciences*. 2010, Linköping University: Linköping.
 62. Rapee, R.M. & Spence, S.H. *The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model*. *Clinical Psychology Review*, 2004. **24**: p. 737-67.
 63. Birmaher, B. & Ollendick, T.H. Childhood onset panic disorder, in *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. A clinicians guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*, Ollendick, T.H. & March, J.S (eds). 2004, Oxford University Press: NY.
 64. Connolly, S.D. & Bernstein, G.A. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007. **46**, 267-83.
 65. Chapman, H.R. & Kirby-Turner, N. Visual/verbal analogue scales: examples of brief assessment methods to aid management of child and adult patients in clinical practice. *British Dental Journal*, 2002. **193**, 447-50.
 66. Bernstein, G.A. & Garfinkel, B. The visual analogue scale for anxiety revised: psychometric properties. *Journal of Anxiety Disorders*, 1992. **6**, 223-39.
 67. Öst, L.G., *Spēfika fobiskalor: en evaluerande översikt*. *Cognitive Behavior Therapy*, 1981. **10**, 177-203.
 68. Schniering, C.A., Hudson, J.L. & Rapee, R.M. Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 2000. **20**, 453-78.
 69. Spence, S.H., A measure of anxiety symptoms among children. *Behavior Research and Therapy*, 1998. **36**, 545-66.
 70. March, J.S., Parker, J.D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C.K. The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1997. **36**, 554-65.

71. Myers, K. & Winters, N.C. Ten-year review of rating scales. II: Scales for internalizing disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2002. **41**, 634-59.
72. Ivarsson, T., Normative data for the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) in Swedish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2006. **60**, 107-13.
73. Birmaher, B., et al., The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997. **36**, 545-53.
74. Ollendick, T., Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behavior Research and Therapy*, 1983. **21**, 685-92.
75. The Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS): development and psychometric properties. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2002. **41**, 1061-9.
76. Schaffer, D., Brasic, J., Ambrosini, P., Fischer, P., Bird, H., et al., A children's global assessment scale. *Archives of General Psychiatry*, 1983. **40**, 1228-31.
77. Achenbach, T. and Edelbrock, C. *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. 1983, Burlington CT: Queen City Printers.
78. Goodman, R., H. Meltzer, and V. Bailey, The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1998. **7**, 125-30.
79. Goodman, R., Meltzer, H. & Bailey, V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *International Review of Psychiatry*, 2003. **15**, 173-7.
80. Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Garward, R., & Meltzer, H. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2000. **41**, 645-55.
81. Kearney, C.A. & Silverman, W.K. A preliminary analysis of a functional model of assessment and treatment for school refusal behavior. *Behavior Modification*, 1990. **14**, 340-66.
82. Gren-Landell, M., et al. Evaluation of the psychometric properties of a modified version of the Social Phobia Screening Questionnaire for use in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2009. **3**, 36.
83. Beidel, D.C., Turner, S.M. & Morris, T.L. A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: the social phobia and anxiety inventory for children. *Psychological Assessment*, 1995. **7**, 73-9.
84. Silverman, W.K. & Albano, A.M. *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children DSM-IV: (Child and Parent Versions)*. 1996, San Antonio: Psychological Corporation/Graywind.
85. Ambrosini, P.J., Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000. **39**, 49-58.
86. Mathiesen, K.S. & Tambs, K. The EAS temperament questionnaire--factor structure, age trends, reliability, and stability in a Norwegian sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1999. **40**, 431-9.
87. Schniering, C.A. & Lyneham, H.J. The Children's Automatic Thoughts Scale in a clinical sample: psychometric properties and clinical utility. *Behavior Research and Therapy*, 2007. **45**, 1931-40.

88. Victor, A.M., Bernat, D.H., Bernstein, G.A., & Layne, A.E. Effects of parent and family characteristics on treatment outcome of anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 2007. **21**, 835-48.
89. Derogatis, L., *BSI Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring, and Procedures Manual* 4th ed. 1993, Minneapolis: National Computer Systems.
90. SBU, *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk översikt*. 2010: Stockholm.
91. Neil, A.L. & Christensen, H. Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 2009. **29**, 208-15.
92. Aune, T. & Stiles, T.C, Universal-based prevention of syndromal and subsyndromal social anxiety: A randomized controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2009. **77**, 867-79.
93. Rapee, R., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. , Early intervention for anxiety disorders inhibited preschool-aged children *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005. **73**, 488-97.
94. Ginsburg, G.S., The Child Anxiety Prevention Study: intervention model and primary outcomes. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 2009. **77**,580-7.
95. Kennedy, S., Rapee, RM., & Edwards, S., A selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder: Effects on current anxiety disorders and temperament. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2009. **48**, 602-609.
96. Dadds, M.R., Spence., S.H., Holland, D.E., Barrett, P.M., & Laurens, K.R. Prevention and early intervention for anxiety disorders: a controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 1997. **65**, 627-35.
97. Mifsud, C., & Rapee, RM., Early intervention for childhood anxiety in a school setting: Outcomes for an economically disadvantaged population. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005. **44**, 996-1004.
98. LaFreniere, P.J. & Capuano, F. Preventive intervention as means of clarifying direction of effects in socialization: anxious-withdrawn preschoolers case. *Development & Psychopathology*, 1997. **9**, 551-64.
99. Barrett, P.M., Farrell, L.J., Ollendick, T.H., & Dadds, M. Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the friends program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2006. **35**, 403-11.
100. Larun, L., et al., Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. *Cochrane Database Systematic Review*, 2006. **3**: p. CD004691.
101. Compton, S.N., et al., Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004. **43**, 930-59.
102. Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 2004. **43**: p. 421-36.
103. Soler, J.A. & Weatherall, R, Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Systematic Review*, 2005. **Oct 19**, **4**.

104. Statens Beredskap för medicinsk Utvärdering SBU). *Behandling av ångestsyndrom - en systematisk litteraturöversikt*. 2005.
105. Compton, S.N., et al., Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: internalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002. **70**, 1240-66.
106. In-Albon, T. & Schneider, S. Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2007. **76**, 15-24.
107. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom -2010. Stöd för styrning och ledning*. 2010.
108. Toren, P., et al., Case series: brief parent-child group therapy for childhood anxiety disorders using a manual-based cognitive-behavioral technique. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000. **39**, 1309-12.
109. Cobham, V.E., Dadds, M.R. & Spence, S.H. The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998. **66**, 893-905.
110. Wood, J.J., Piacentini, J.C., Southam-Gerow, M., Chu, B.C., & Sigman, M. Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2006. **45**, 314-21.
111. Bögels, S.M. & Siqueland, L. Family cognitive behavioral therapy for children and adolescents with clinical anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2006. **45**, 134-41.
112. Thienemann, M., Moore, P. & Tompkins, K. A parent-only group intervention for children with anxiety disorders: pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2006. **45**, 37-46.
113. Suveg, C., Hudson, J.L., Brewer, G., Flannery-Schroeder, E., Gosch, E., & Kendall, P.C. Cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth: secondary outcomes from a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Anxiety Disorders*, 2009. **23**, 341-9.
114. Kendall, P.C., Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994. **62**, 100-10.
115. Shortt, A.L., Barrett, P.M. & Fox, T.L. Evaluating the FRIENDS program: a cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 2001. **30**, 525-35.
116. Hudson, J.L., et al. Cognitive-behavioral treatment versus an active control for children and adolescents with anxiety disorders: a randomized trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2009. **48**, 533-44.
117. Enebrink, P., Lecerof, F., Silverberg, M., & Lindheim, P. *Cool kids. KBT-behandling för barn med ångest*, I.D. AB, Editor. 2009, Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting: Västra Frölunda.
118. Chiu, A.W., McLeod, B.D., Wood, J.J. Child-therapist alliance and clinical outcomes in cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2009. **50**, 751-8.
119. Hirshfeld-Becker, D.R., et al., Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. **78**, 498-510.
120. Monga, S., Young, A. & Owens, M. Evaluating a cognitive behavioral therapy group program for anxious five to seven year old children: a pilot study. *Depression and Anxiety*, 2009. **26**, 243-50.

121. Grave, J. & Blissett, J. Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 2004. **24**, 399-420.
122. Barrett, P.M., Treatment of childhood anxiety: developmental aspects. *Clinical Psychology Review*, 2000. **20**, 479-94.
123. Sauter, F.M., Heyne, D. & Westenberg, P.M. Cognitive behavior therapy for anxious adolescents: developmental influences on treatment design and delivery. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2009. **12**, 310-35.
124. de Groot, J., Cobham, V., Leong, J., & McDermott, B. Individual versus group family-focused cognitive-behaviour therapy for childhood anxiety: pilot randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2007. **41**, 990-7.
125. Liber, J.M., et al., No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008. **49**, 886-93.
126. Muris, P., Meesters, C. & van Melick, M. Treatment of childhood anxiety disorders: a preliminary comparison between cognitive-behavioral group therapy and a psychological placebo intervention. *Journal of Behavior and Therapy and Experimental Psychiatry*, 2002. **33**, 143-58.
127. Manassis, K., Mendlowitz, S., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., Monga, S., & Owens, M., Group and individual cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2002. **41**, 1423-30.
128. Scapillato, D. & Manassis, K. Cognitive-behavioral/interpersonal group treatment for anxious adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2002. **41**, 739-41.
129. Muratori, F., et al., Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2002. **71**, 28-38.
130. Kronmuller, K.T., et al., Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders. *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 2005. **54**, 559-77.
131. Diamond, G. & Josephson, A. Family-based treatment research: a 10-year update. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005. **44**, 872-87.
132. Bernstein, G., Layne, AE., Egan, EA., & Tennison, DM., School-based interventions for anxious children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005. **44**, 1118-27.
133. Lyneham, H.J. & Rapee, R. M. Evaluation of therapist-supported parent-implemented CBT for anxiety disorders in rural children. *Behavior Research and Therapy*, 2006. **44**, 1287-300.
134. Cunningham, M.J., et al., The Cool Teens CD-ROM for anxiety disorders in adolescents : a pilot case series. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2009. **18**, 125-9.
135. Spence, S.H., Holmes, J.M., March, S., & Lipp, O.V. The feasibility and outcome of clinic plus internet delivery of cognitive-behavior therapy for childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006. **74**, 614-21.
136. March, S., S.H. Spence, & Donovan, C.L. The Efficacy of an Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy Intervention for Child Anxiety Disorders. *Journal of Pediatrics and Psychology*, 2009. **34**, 474-487.

137. Walkup, J.T., et al., Searching for moderators and mediators of pharmacological treatment effects in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2003. **42**, 13-21.
138. Walkup, J., et al., Treatment of pediatric anxiety disorders: an open-label extension of the research units on pediatric psychopharmacology anxiety study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2002. **12**, 175-88.
139. Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. The Research Unit on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group. *New England Journal of Medicine*, 2001. **344**, 1279-85.
140. Walkup, J.T., et al., Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 2008. **359**, 2753-66.
141. Compton, S.N., et al., Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS): rationale, design, and methods. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. **4**, 1.
142. Brown, A., Deacon, B.J., Abramowitz, J.S., Dammann, J., & Whiteside, S.P., Parents' perceptions of pharmacological and cognitive-behavioral treatments for childhood anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 2007. **45**, 819-28.
143. Chavira, D., Stein, M.B., Bailey, K., & Stein, M.T., Parental opinions regarding treatment for social anxiety disorder in youth. *Developmental and behavioral pediatrics*, 2003. **24**, 315-22.
144. Stallard, P., Velleman, S. & Richards, H. Computer use and attitudes towards computerised therapy among young people and parents attending child and adolescent mental health services. *Child and Adolescent Mental Health*, 2010. **15**, 80-84.
145. Keeley, M.L. & Storch, E. A. Anxiety disorders in youth. *Journal of Pediatric Nursing*, 2009. **24**, 26-40.
146. Choate, M., Pincus, D & Barlow, D. Parent-child interaction therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2005. **12**, 126-35.
147. Öst, L.-G., Det empiriska stödet för KBT vid psykiska störningar hos barn och ungdomar, i *KBT inom barn- och ungdomspsykiatri*, L.-G. Öst, (red.) 2010, Natur och Kultur: Stockholm.
148. Spence, S.H., Donovan, C & Brechman-Toussaint, M. The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2000. **41**, 713-26.
149. Beidel, D.C., Ferrell, C., Alfano, C.A., & Yeganeh, R. The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 2001. **24**, 831-46.
150. Masia-Warner, C., et al. School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: results of a controlled study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2005. **33**, 707-22.
151. Gallagher, H.M., Rabian, B.A. & McCloskey, M.S. A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 2004. **18**, 459-79.
152. Beidel, D.C., et al., *SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia*. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007. **46**, 1622-32.

153. Pincus, D.B., May, J.E., Whitton, S.W., Mattis, S.G., & Barlow, D.H. Cognitive-behavioral treatment of panic disorder in adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2010. **39**, 638-49.
154. Pina, A.A., Silverman, W.K., Weems, C.F., Kurtines, W.M., & Goldman, M.L. A comparison of completers and noncompleters of exposure-based cognitive and behavioral treatment for phobic and anxiety disorders in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003. **71**, 701-5.
155. Southam-Gerow, M.A., Kendall, P.C & Weersing, V.R. Examining outcome variability: correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety clinic. *Journal of Clinical Child Psychology*, 2001. **30**, 422-36.
156. Crawford, A.M. & Manassis, K. Familial predictors of treatment outcome in childhood anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2001. **40**, 1182-9.
157. Victor, A.M., Bernat, D.H., Bernstein, G.A., & Layne, A.E. Effects of parent and family characteristics on treatment outcome of anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 2007. **21**, 835-48.
158. Kendall, P.C., Brady, E.U. & Verduin, T.L. Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2001. **40**, 787-94.
159. Rapee, R.M., The influence of comorbidity on treatment outcome for children and adolescents with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 2003. **41**, 105-12.
160. Viana, A.G., Beidel, D.C & Rabian, B. *Selective mutism: a review and integration of the last 15 years*. *Clinical Psychology Review*, 2009. **29**, 57-67.
161. Cohan, S.L., Chavira, D.A. & Stein, M.B. Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006. **47**, 1085-97.
162. Yeganeh, R., Beidel, D.C., Turner, S.M., Pina, A.A., & Silverman, K. Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: an investigation of childhood psychopathology. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 2003. **42**, 1069-75.
163. Manassis, K., et al. The sounds of silence: language, cognition, and anxiety in selective mutism. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007. **46**, 1187-95.
164. Dow, S.P., Sonies, B.C., Scheib, D., Moss, S.E., & Leonard, H.L. Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995. **34**, 836-46.
165. Yeganeh, R., Beidel, D.C. & Turner, S.M. Selective mutism: more than social anxiety? *Depression and Anxiety*, 2006. **23**, 117-23.
166. Chavira, D.A., et al. Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007. **46**, 1464-72.
167. Steinhausen, H.C., Wachter, M., Laimböck, K., Metzke, C.W. A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006. **47**, 751-6.
168. Steinhausen, H.C. & Juzi, C. Elective mutism: an analysis of 100 cases. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996. **35**, 606-14.
169. Thomsen, P.H., Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical guidelines. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1998. **7**, 1-11.

170. Thomsen, P.H., *När tankar blir till tvång. Barn och ungdomar med tvångssyndrom*. 1997, Stockholm: Natur och Kultur.
171. Bejerot, S., *Tvångssyndrom/OCD. Nycklarna på bordet*. 2002: Cura.
172. Hanna, G., Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997. **34**, 19-27.
173. Bates, S. & Grönberg, A, *Om och om igen. Att behandla tvångsproblem med KBT*. 2010, Stockholm: Natur och Kultur.
174. Stewart, S.E., et al., Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 2004. **110**, 4-13.
175. Storch, E.A., et al., Clinical features of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and hoarding symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 2007. **48**, 313-8.
176. Valderhaug, R. & Ivarsson, T. Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2005. **14**, 164-73.
177. Piacentini, J., Peris, T.S., Bergman, R.L., Chang, S., & Jaffer, M. Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2003. **13 Suppl 1**: p. S61-9.
178. Peris, T.S., et al., Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: parent, child, and family characteristics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2008. **47**, 1173-81.
179. Ivarsson, T., & Larsson, B., The obsessive-Compulsive Symptom (OCS) scale of the Child Behavior Checklist: A comparison between Swedish children with obsessive-compulsive disorder from a specialized unit, regular outpatients and a school sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 2008. **22**, 1172-79.
180. Lewin, A.B. & Piacentini, J. Evidence-Based Assessment of Child Obsessive Compulsive Disorder: Recommendations for Clinical Practice and Treatment Research. *Child Youth Care Forum*. **39**, 73-89.
181. Scahill L, Riddle MA, McSwiggin-Hardin M, Ort SI, et al. Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997;36:844–852.
182. Piacentini JC, Jaffer M. Measuring functional impairment in youngsters with OCD: Manual for the Child OCD Impact Scale (COIS) UCLA Department of Psychiatry; Los Angeles: 1999.
183. Calvocoressi, L., et al., Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 1999. **187**, 636-42.
184. O'Kearney, R., Anstey, K. & von Sanden, C. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Systematic Review*, 2006. **18**(4).
185. Barrett, P., Farrell, L., Dadds, M., & Boulter, N. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: long-term follow-up and predictors of outcome. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005. **44**, 1005-14.
186. Valderhaug, R., Larsson, B., Götestam, K.G., & Piacentini, J. An open clinical trial of cognitive-behaviour therapy in children and adolescents with obsessive-

- compulsive disorder administered in regular outpatient clinics. *Behaviour Research and Therapy*, 2007. **45**, 577-89.
187. Storch, E.A., et al., Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007. **46**, 469-78.
 188. Freeman, J.B., et al., Early childhood OCD: preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 2008. **47**, 593-602.
 189. Barrett, P., Healy-Farrell, L & March, J.S. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004. **43**, 46-62.
 190. Merlo, L.J., Lehmkuhl, H.D., Geffken, G.R., & Storch, E.A. Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2009. **77**, 355-60.
 191. Merlo, L.J., et al., Cognitive behavioral therapy plus motivational interviewing improves outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Cognitive Behavioral Therapy*. 2010. **39**, 24-7.
 192. Calvocoressi, L., et al., Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1995. **152**, 441-3.
 193. Ipser, J.C., Stein, D.J., Hawkrigde, S., & Hoppe, L. *Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents*. Cochrane Database Syst Rev, 2009(3): p. CD005170.
 194. Swedo, S.E., Garvey, M., Snider, L., Hamilton, C., & Leonard, H.L. The PANDAS subgroup: recognition and treatment. *CNS Spectrum*, 2001. **6**, 419-226.
 195. Snider, L.A., Sachdev, V., MaCkaronis, J.E., St Peter, M., & Swedo, S.E. Antibiotic prophylaxis with azithromycin or penicillin for childhood-onset neuropsychiatric disorders. *Biological Psychiatry*, 2005. **57**, 788-92.
 196. Ginsburg, G., Kingery, JN., Drake, KL., & Grados, MA., Predictors of treatment response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2008. **47**, 868-78.
 197. Ivarsson, T., et al., The rationale and some features of the Nordic Long-Term OCD Treatment Study (NordLOTS). *Child Youth Care Forum*, 2010. **39**, 91-99.