



**GENERALISEERUNUD
ÄREVUSHÄIRE JA
PAANIKAHÄIRE
(AGORAFOOBIAGA VÕI ILMA)
KÄSITLUS PEREARSTIABIS**

Eesti ravijuhend

RJ-F/2.2-2020

Ravijuhendi tööühma liikmed

Ülle Võhma (kaasjuht)	Osakonna juhataja, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatrikliinik
Vanda Kristjan (kaasjuht)	Perearst, Mähe Perearst OÜ
Anu Aluoja	Kliiniline psühholoog, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatrikliinik; kliinilise psühholoogia dotsent, Tartu Ülikool
Sirje Sammul	Pereõde; õppejõud-lektor terviseõenduse alal, Tartu Tervishoiu Kõrgkool
Anu Susi	Lastepsühhiaater, psühhiaater, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatrikliinik
Liis Kristiin Vaher	Vaimse tervise õde, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla
Innar Tõru	Psühhiaater, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatrikliinik; psühhiaatria dotsent, Tartu Ülikool
Diana Bõkova	Patsientide esindaja
Pille Ööpik	Perearst, Ädala Perearstikeskus OÜ
Alice Kivistik	Peaspetsialist, Eesti Haigekassa

Ravijuhendi sekretariaadi liikmed

Kadri Suija (juht)	perearst, OÜ Ülikooli Perearstikeskus; peremeditsiini dotsent, Tartu Ülikool
Elena Kremm	arst-resident peremeditsiini erialal
Jevgeni Kremm	arst-resident peremeditsiini erialal

Ravijuhendi metoodiline tugi:

Kaja-Triin Laisaar	Ravijuhendite metoodikakonsultant, Tartu Ülikool
Kairit Linnaste	Ravijuhendite metoodikanõunik, Tartu Ülikool

Ravijuhendi koostajate huvide deklaratsioonide koondandmed, tõenduse kokkuvõtte tabelid, soovitude kokkuvõtte tabelid ja koosolekute protokollid on kättesaadavad veebiaadressil www.ravijuhend.ee.

Ravijuhend on kinnitatud Ravijuhendite Nõukoja poolt 2020. a.

Soovituslik viitamine: Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafoobiaga või ilma) käsitus perearstiabis. Ravijuhend. RJ-F/2.2-2020. Eesti Haigekassa. 2021.

Otsingusõnad: generaliseerunud ärevus, ärevushäire, paanikahäire, perearstiabi, ravijuhend, kvaliteet

© Eesti Haigekassa 2021
Lastekodu 48, Tallinn 10113

www.ravijuhend.ee
info@haigekassa.ee

ISBN 978-9916-608-12-8
ISBN 978-9916-608-13-5 (pdf)

Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafoobiaga või ilma) käsitus perearstiabis

Eesti ravijuhend







RJ-F/2.2-2020

Ravijuhend on valminud vastavalt Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatule (www.ravijuhend.ee)


Teadusliku tõenduse kvaliteet (Balshem 2011)¹

Kõrge	Võib olla väga kindel, et sekkumise tegelik mõju on väga lähedane uuringutes antud hinnangutele.
Mõõdukas	Võib olla mõõdukalt kindel, et sekkumise tegelik mõju on lähedane uuringutes antud hinnangutele, kuid see võib ka oluliselt erineda.
Madal	Ei saa olla kindel sekkumise mõjule antud hinnangutes, tegelik mõju võib hinnangutest oluliselt erinev olla.
Väga madal	Ei saa üldse kindel olla sekkumise mõjule antud hinnangutes, tegelik mõju on tõenäoliselt hinnangutest oluliselt erinev.

Soovituse tugevus ja suund (Guyatt 2008)²

Tugev soovitus teha 	Soovituse tugevus peegeldab seda, kui kindel Soovituse tugevus peegeldab seda, kui kindel võib olla, et sekkumisest saadav kasu ületab võimaliku kahju.
Soovitus pigem teha 	Soovituse tugevuse määravad järgmised tegurid: <ul style="list-style-type: none">- soovitud ja soovimatu mõju vahelise erinevuse suurus;- teadusliku tõenduse kvaliteet;- patsientide eelistuste varieeruvuse määr;- ressursikulu.
Soovitus pigem mitte teha 	Tugev soovitus antakse, kui on kindel, et enamus hästi informeeritud patsiente otsustaks kõne- aluse sekkumise kasuks.
Tugev soovitus mitte teha 	Nõrga soovitus puhul on ette näha, et patsiendi suhtumine sekkumise valikusse sõltub isiklikest väärtustest ja eelistustest ning arst peab olema kindel, et neid on arvestatud. Tugev soovitus on väljendatud sõnadega „tehke, kasutage“, nõrk soovitus väljenditega „võib teha, kaaluge tegemist“.

Hea tava suunised

	Ravijuhend sisaldab suuniseid, mis põhinevad ravijuhendi töörühma liikmete kliinilisel kogemusel ja mis võivad olla praktikas abiks parima ravitulemuse saamisel.
---	---

¹ Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol 2011;64:401–6.

² Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008;336:924–6.

Sisukord

Lühendid	6
Mõisted	7
Sissejuhatus	11
Ravijuhendi ajakohastamise vajadus	11
Ravijuhendi käsitusala	12
Ravijuhendi koostamine	15
Tõendusmaterjali otsimine ja hindamine	16
Ravijuhendi soovitude loetelu	17
Ravijuhendi soovitused koos tõenduse ja arutelu lühikokkuvõttega	23
Ärevushäire diagnoosimine	23
Ülemäärase ärevuse sümptomite äratundmine lastel ja noorukitel	28
Mittefarmakoloogiline ravi	31
Farmakoteraapia	40
Patsiendi ravivastus ja ravisoostumus ning kõrvaltoimete hindamine	48
Kasutatud kirjandus	54
Lisa 1. Algoritm – Ärevushäire kahtlusega patsiendi käsitus	60
Lisa 2. Abistavad küsimused ärevushäire äratundmisel lastel ja noorukitel	61
Lisa 2.2 Generaliseerunud ärevushäire diagnoosi kriteeriumid abistavad küsimused kliinilise intervjuu läbiviimiseks	62
Lisa 3.1. Eestis registreeritud ravimid generaliseerunud ärevushäire ja/või paanikahäire raviks	64
Lisa 3.2. Patsiendiinfo generaliseerunud ärevushäire ja/või paanikahäire raviks kasutatavate ravimite kohta	68
Lisa 4. SCARED küsimustikud	70

Lühendid

AGREE	Ravijuhendite hindamise tööriist, ingl <i>Appraisal of Guidelines Research and Evaluation Instrument</i>
AUDIT	Alkoholi liigtarvitamise sõelumise küsimustik, <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
BZD	Bensodiasepiin, ingl <i>benzodiazepine</i>
CI	Usaldusvahemik, ingl <i>confidence interval</i>
EEK-2	Emotsionaalse enesetunde küsimustiku teine versioon
EKG	Elektrokardiograafia
EKSS	Eesti keele seletav sõnaraamat
FT4	Vaba türoksiin, ingl <i>free thyroxine</i>
G	Hedgesi g väärtused 0,2; 0,5; 0,8 (näitavad vastavalt väikest, keskmist ja suurt mõju)
GABA	Gamma-aminovõihape, ingl <i>gamma-aminobutyric acid</i>
GAD-2, GAD-7	Generaliseerunud ärevushäire kahe ja seitsme küsimusega küsimustik, ingl <i>Generalized Anxiety Disorder 2-item, 7-item (scale)</i>
KKT	Kognitiiv-käitumisteraapia
MAO	Monoamiini oksüdaasi inhibiitor
NPV	Negatiivne ennustusväärtus, ingl <i>Negative Predictive Value</i>
OR	Šanside suhe, ingl <i>odds ratio</i>
PHQ	Patsiendi tervise küsimustik, ingl <i>patient health questionnaire</i>
PPV	Positiivne ennustusväärtus, ingl <i>positive predictive value</i>
RR	Suhteline risk, ingl <i>relative risk / risk ratio</i>
RHK-10	Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versioon
SCARED	Laste ärevushäire skaala, ingl <i>Screen for Child Anxiety Related Disorders</i>
SDS	Sheehani häirituseskaala, ingl <i>Sheehan Disability Scale</i>
SF-36	Tervisest sõltuvat elukvaliteeti hindav 36-osaline küsimustik, ingl <i>36-Item Short Form (health survey)</i>
SMD	Standarditud keskmiste erinevus, ingl <i>standardized mean difference</i>
SNTI	Serotoniini ja noradrenaliini tagasihaarde inhibiitor
SSTI	Selektiivne serotoniini tagasihaarde inhibiitor
TCA	Tritsükliline antidepressant, ingl <i>tricyclic antidepressant</i>
TSH	Kilpnääret stimuleeriv hormoon, ingl <i>thyroid stimulating hormone</i>
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon, ingl <i>World Health Organization</i>

Mõisted

Agiteeritud (ingl <i>agitated</i>)	Erutunud, rahutu (Meditšiinisõnastik, 2004)
Agorafoobia (ingl <i>agoraphobia</i>)	Avatud ruumi ja kodunt väljumisega seotud hirm, nt kartus viibida rahvamassis või olukorras, kust on raske kiiresti ja takistusteta ohutusse kohta pääseda, hirm liikuda üksinda, minna poodi jne (RHK-10, 1999)
Anksiolüütikum (ingl <i>anxiolytic</i>)	Ärevust ja hirmu vähendav ravim (Meditšiinisõnastik, 2004)
Bensodiasepiin (ingl <i>benzodiazepine</i>)	Hirmu ja ärevust vähendav, rahustav ja võõtlhaseid lõõgastav ravim. Bensodiasepiinid mõjutavad kesknärvisüsteemis selektiivselt gamma-aminovõihappe (GABA-A) retseptoreid. Siinses ravijuhendis: alprasolaam, diasepaam, lorasepaam, bromasepaam, oksasepaam (Meditšiinisõnastik, 2004)
Eneseabi (ingl <i>self-care</i>)	Enese probleemide või muredega tegelemine, enese abistamine (EKSS, 2009)
Enesekohane küsimustik (ingl <i>self-reporting questionnaire</i>)	Tegevuse subjekti kohta käiv subjektiivne hindamismeetod, kus vastajal palutakse ennast või oma vaevusi määratleda ette antud nimekirja või skaala alusel. Eestis on enesekohastest küsimustikest kasutusel näiteks emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK-2). Enesekohane küsimustik sobib häiresõelumiseks ja dünaamika jälgimiseks. (EKSS, 2009)
Episoodiline ravi (ingl <i>treatment as needed; ld pro re nata ehk p. r. n.</i>)	Ravimite tarvitamine juhuslikult, olenevalt situatsioonist (EKSS, 2009)
Generaliseerunud ärevushäire (ingl <i>generalized anxiety disorder</i>)	Pidev krooniline ärevus, muretsemine ja pingetunne, mis kestab vähemalt kuus kuud, kuid sellega ei kaasne paanikahooge, foobiad või sündmõtteid. Ärevus ja muretsemine keskendub tavaliselt mitmele stressi tekitavale asjaolule elus (näiteks rahaline olukord, suhted, edasijõudmine koolis/tööl jms). Häirele on omane, et inimesel on palju muresid, ta veedab enamiku ajast muretsedes ja ei suuda muretsemist kontrolli alla saada. Muretsemise tugevus on suurem kui tõenäosus, et kardetavad sündmused päriselt juhtuvad. (RHK-10, 1999; kohendatud sõnastus)

GRADE (<i>ingl grading of recommendations assessment, development and evaluation</i>)	Rahvusvahelise ravijuhendite koostajate töörühma (GRADE Working Group) ravijuhendite koostamiseks välja töötatud metoodika, mis on mh kasutusel Eesti Haigekassa rahastusel koostatavates ravijuhendites (Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamat, 2011)
Kliiniline intervjuu (<i>ingl clinical interview</i>)	Patsiendi hindamismeetod – küsitlus olulise teabe kogumiseks isiku probleemide, situatsiooni ja vajaduste kohta ning käitumise hindamiseks. Kliiniline intervjuu võib olla struktureerimata või struktureeritud. Struktureerimata kliiniline intervjuu on tavapärane patsiendi küsitlemine. Struktureeritud kliinilises diagnostilises intervjuus (<i>ingl structured clinical diagnostic interview</i>) esitatakse küsimusi ette antud kindlas järjestuses, mis annab võimaluse saada diagnoosiks vajalikku teavet. (Meditsiinisõnastik, 2004; EKSS, 2009; kohendatud sõnastus)
Kombineeritud ravi (<i>ingl combined treatment</i>)	Mitme meetodi ühendamine ravis (EKSS, 2009), siinses ravijuhendis farmakoteraapia ja psühhoteraapia kombineerimine ravimisel
Komorbiidsus (<i>ingl comorbidity</i>)	Hulgihäirelisus, kahe või mitme (iseseisva) haiguse samaaegne esinemine (Meditsiinisõnastik, 2004)
Kuritarvitamine (<i>ingl harmful use, abuse</i>)	Ravimite või uimastite tarvitamine tervisele kahjulikul viisil, sünonüüm väärtarvitamine (Meditsiinisõnastik, 2004)
Kõrvaltoime (<i>ingl side effect</i>)	Ravimi peamisest või oodatavast erinev toime. (Meditsiinisõnastik, 2004)
Monoteraapia (<i>ingl monotherapy</i>)	Ravi ühe ravimiga (Meditsiinisõnastik, 2004)
Paanikahoog (<i>ingl panic attack</i>)	Paanikahäirele iseloomulik haigushoog, mis algab kiiresti (äkki) ja millega kaasnevad tugevasti väljendunud kehalised ja kognitiivsed sümptomid: südamepekslemine, higistamine, värin kehas, lämbumistunne, kägistamistunne, valu rinnus, iiveldus, kõhuvalu, peapööritus, minestustunne, paresteesiad, külmavärinad, derealisatsioon või depersonalisatsioon, enesevalitsuse kaotamine või hirm hulluksmineku ees, surmahirm. Paanikahoog kestab mõnest minutist mõne tunnini. (RHK-10, 1999; kohendatud sõnastus)

Paanikahäire	Ootamatult väljendunud kehaliste ja psüühiliste sümptomitega tugevate ärevushoogude korduv vallandumine. Kehalistest sümptomitest on sagedasemad südamepekslemine, higistamine, nõrkus, jõuetus, minestustunne, peapööritus, vererõhu tõus, külma- ja kuumahood, punastamine; surin, torkimis- või tuimustunne kätes; aga ka iiveldus, valu rindkeres, lämbumistunne. Psüühilistest sümptomitest on tavalisemad ebareaalsustunne; surmahirm; hirm kaotada kontroll iseenda üle või hulluks minna. (RHK-10, 1999; kohendatud sõnastus)
PICO (ingl <i>patient-intervention-comparison-outcome</i>)	GRADE-metoodika järgi koostatud ravijuhendites kasutatav kliinilise küsimuse formaat. Kliinilises küsimuses peab olema öeldud, millist patsienti see puudutab, milline on selles kontekstis huvipakkuv sekkumine, millise sekkumisega seda võrreldakse, millise tulemi alusel hinnatakse ja kas tulemuslikum on huvipakkuv või võrdlussekkumine. (Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamat, 2011)
Polüfarmakoterapia (ingl <i>polypharmacy</i>)	Mitme ravimi samaaegne kasutamine (nt antidepressant ja bensodiasepiin või kaks antidepressanti) (Meditisiinisõnastik, 2004)
Psühhoterapia (ingl <i>psychotherapy</i>)	Psühholoogiliste meetodite abil tehtav psüühikahäirete ravi (Meditisiinisõnastik, 2004)
Ravikuur (ingl <i>course of treatment</i>)	Ravimite tarvitamine süstemaatilisel regulaarse manustamise skeemi järgi kindla ajaperioodi jooksul (EKSS, 2009)
Raviplaan (ingl <i>treatment plan</i>)	Dokument, kus on kirjas patsiendiga koos seatud eesmärgid, raviskeem, riskitegurid, olulised kontaktid, visiidid ja muu vajalik teave (Eesti Haigekassa, 2020)
Ravivastus ehk raviefekt (ingl <i>treatment response, effect of treatment</i>)	Raviga saavutatud patsiendi seisundi või haiguse ulatust või raskust väljendava näitaja muutus. Kokkuleppeliselt loetakse positiivseks ravivastuseks seda, kui patsiendi seisund on tema enda hinnangul paranenud vähemalt poole võrra võrreldes ravi algusega. (Meditisiinisõnastik, 2004)
Ravisoostumus (ingl <i>compliance</i>)	Patsiendi nõusolek ettekirjutatud raviga ja tahe ettekirjutusi täita (Meditisiinisõnastik, 2004)

Raviresistentsus (ingl <i>treatment resistance</i>)	Ravivastuse puudumine vähemasti kahe erineva antidepressandiga tehtud adekvaatse pikkusega ravikuurile või farmakoteraapia ja psühhoteraapia kombinatsioonile. Patsiendil püsivad pidevad raskekujulised ärevussümptomid või nende sümptomite kontrollimiseks on vaja lisaks kasutada pikaajaliselt bensodiasepiine. (EKSS, 2009)
Relaps (ingl <i>relapse</i>)	Häire taasteke, haigussümptomite taastumine pärast näilist paranemist (Meditsiinisõnastik, 2004)
Sõelumine ehk skriining (ingl <i>screening</i>)	Elanikkonna teatud sihtrühma, näiteks kindlas vanuserühmas inimeste uurimine, et avastada mingi haiguse põdejaid või mingi haiguse suure riskiga inimesi (Meditsiinisõnastik, 2004)
Sõltuvus (ingl <i>addiction, dependence</i>)	Ravimi või narkootikumi pideval kasutamisel arenev somaatiliste, käitumuslike ja kognitiivsete avalduste kompleks, mille korral aine või ainete tarvitamine saavutab patsiendi käitumises prioriteedi käitumisavalduste suhtes, mis on kunagi olnud suurema väärtusega. Sõltuvussündroomi olulisim iseloomujoon on tung ainet tarvitada. (RHK-10, 1999)
Väärarvitamine (ingl <i>misuse</i>)	Aine tarvitamine, mis on vastuolus õiguslike ja/või meditsiiniliste soovitustega. (Meditsiinisõnastik, 2004)

Sissejuhatus

Ravijuhendi ajakohastamise vajadus

Ravijuhendi „Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitlus perearstiabis“ ajakohastamine algatati, kuna algse juhendi ilmumisest 2014. aastal oli möödunud üle viie aasta. Ravijuhendite uuendamise kord on kirjas „Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatus“ (2020). Ravijuhendi töörühm vaatas esimesel koosolekul läbi algse juhendi koostamisel esitatud küsimused ja leidis, et mõningate generaliseerunud ärevushäire farmakoloogilist ravi puudutavate kliiniliste küsimuste kohta võib aja jooksul olla lisandunud tõendusmaterjali, mis võib algselt antud soovitusi muuta. Samuti sooviti üle vaadata algses juhendis antud tervishoiukorraldust puudutavad soovitused.

2018. aastal ilmunud Eesti Haigekassa auditi (1) põhjal selgus, et ärevushäirete diagnoosimine, ravi ja jälgimine Eestis varieerub. Üks tähelepanekuid oli puudulik ravidokumentatsiooni täitmine, mistõttu oli raske hinnata ja aru saada eri tegevuste põhjendatusest ja arsti mõttekäigust ärevushäirega patsiendi käsitluses. Audit näitas, et esmasel visiidil määrati enamikule patsientidest ravi: kolmandikule soovitati psühhoterapiat, kolmandikule määrati antidepressantravi ja kolmandik sai raviks bensodiasepiini. Soovitusi eneseabivõtete kohta enamasti aga ei jagatud. Auditeerijad soovitasid välja töötada tõenduspõhise materjali eneseabivõtete kohta, mille saab patsiendile (kaasa) anda. Veel märgiti auditis, et patsientide psühhoterapiale suunamiseks tuleb tagada piisavad võimalused. Juurde on vaja vaimse tervise õdesid, kes aitaksid patsiente jälgida ja toetaksid neid. Patsiendile parima ravi tagamiseks on oluline, et raviprotsessis saaks perearst vajadusel hõlpsasti psühhiaatriga konsulteerida.

Ravijuhendi ajakohastamise eesmärk oli tagada ärevushäirega patsientide nüüdisaegne tõenduspõhine käsitlus perearstiabis Eestis. Juhendi ajakohastamisel keskenduti töörühma (taas)avatud küsimustele ja auditist selgunud ärevushäirega patsiendi käsitluse kitsaskohtadele.

Ravijuhendi käsitusala

Käesoleva ravijuhendi peamine kasutajate sihtrühm on ärevushäire raviga tegelevad perearstid ja pereõed.

Ravijuhendis käsitletakse täiskasvanute (18-aastaste ja vanemate) generaliseerunud ärevushäire (F41.1) ja paanikahäire (agorafobia või ilma) (F41.0) (edaspidi ärevushäire) diagnoosimist ja ravi ning lastel ja noorukitel ülemäärasele ärevusele viitavate sümptomite äratundmist perearstiabis.

Ravijuhend ei hõlma järgmisi teemasid: obsessiiv-kompulsiivne häire, lihtfoobiad, sotsiaalfobia, posttraumaatiline stressihäire. Ravijuhendis ei käsitleta ka ärevushäirete diagnostikat ja ravi lastel ning ärevushäire ravi rasedatel ja imetavatel emadel, kaasuva dementsusega patsientidel ning kaasuva sõltuvushäirega patsientidel.

Ravijuhendi ajakohastamisel avati tööühma otsusel kuus kliinilist küsimust.

Kaks mono- ja kombineeritud ravi puudutavat küsimust avati seepärast, et alates algse juhendi koostamisest (2014) on rahvusvahelised ravisoovitused muutunud, eelkõige just ärevushäire kombineeritud ravi osas.

1. Kas ärevushäirega patsientide ravimisel kasutada esmaseks mittefarmakoloogilist ravi vs. farmakoloogilist ravi vs. mõlemaid kombineerituna? (Algses juhendis oli see kliiniline küsimus nr 3.)
2. Kas ärevushäirega patsientidel kasutada farmakoloogilist ravi koos mittefarmakoloogilise raviga vs. mittefarmakoloogilist ravi vs. farmakoloogilist ravi? (Algses juhendis oli see kliiniline küsimus nr 6.)

Samuti soovis tööühm välja selgitada, milline on ravivastuse ja -soostumuse hindamise optimaalne intervall ning teada, kas ravimite kõrvaltoimete hindamiseks peab ära kasutama iga võimaluse (kontakti patsiendiga) või mitte.

3. Kas ärevushäirega patsientide ravisoostumust ja/või ravivastust hinnata igakuiselt vs. kahe kuu tagant vs. muu intervalliga? (Algses juhendis oli see kliiniline küsimus nr 13.)
4. Kas ärevushäirega patsiendi igal pöördumisel hinnata ravi kõrvaltoimeid vs mitte hinnata? (Algses juhendis oli see kliiniline küsimus nr 15.)

Farmakoloogilise ravi puhul sooviti välja selgitada, kas ja kuivõrd on muu-

tunud seisukohad anksiolüütikumi määramise kohta kuurina ja/või episoodiliselt. Teadusliku tõendusmaterjali läbivaatamisel otsiti ühtlasi ka infot ravi optimaalse ja/või vajaliku minimaalse kestuse kohta.

- 5 Kas ärevushäirega patsiendi farmakoloogiline ravikuur anksiolüütikumiga peaks kestma kolm kuud või kauem? (Algses juhendis oli see kliiniline küsimus nr 18.)
- 6 Kas ärevushäirega patsiendi farmakoloogiline episoodiline ravi anksiolüütikumiga määrata kolmeks kuud või kauem? (Algses juhendis oli see kliiniline küsimus nr 19.)

Lisaks sooviti saada vastus järgnevale tervishoiukorralduslikele küsimustele:

1. Millised ärevushäirega patsiendid kuuluvad ravile ja jälgimisele perearsti juures?
2. Millal tuleb ärevushäirega patsient suunata psühhiaatri konsultatsioonile ja e-konsultatsioonile (nt ravivastuse puudumine kolme kuu jooksul, ravimite sõltuvuse tekkimisel ravi lõpetamiseks ja/või muutmiseks)?
3. Kas on mõni ärevushäirega patsientide alarühm, keda peaks ravima ja jälgima psühhiaater?
4. Kas kõigile patsientidele on võrdselt kättesaadavad efektiivsed mittefarmakoloogilise ravi meetodid Eestis?

Kui juhendi ajakohastamisel läbi töötatud teaduslik jm tõendusmaterjal ei andnud põhjust muuta algse ravijuhendi soovitusi, siis ajakohastati vaid soovitusete sõnastust. Niisiis ajakohastati sõnastust ka neil algetel soovitusel, mille aluseks olnud küsimust ei olnud tööriühm pidanud vajalikuks juhendi ajakohastamisel avada. Nimelt on praeguseks Eestis ravijuhendite koostamisel ja soovitusete sõnastamisel jõutud nii kaugele, et iga soovitus peab olema iseseisvalt (ehk mitte üksnes soovitusete loetelus ja/või ravijuhendit tervikuna lugedes) mõistetav ehk sisaldama infot selle kohta, millist patsienti (ja vajadusel millises olukorras, nt käsitluse etapis) ja mille tegemist/mittetegemist see puudutab. Samuti lisatakse Eestis praegu kõigile soovitusetele info, millise astme (väga madal kuni kõrge) teaduslikule tõendusmaterjalile see tugineb ja kas tegemist on tugeva või tingimusliku (nõrga) soovitusetega. Eraldi tuuakse välja praktilised soovitusetud.

Kui ajakohastatud ravijuhendis muudeti uue teadusliku tõendusmaterjali põhjal või muudel kaalutlustel soovitusel sisu, siis tehti soovitusel juurde märke **[AJA-KOHASTATUD 2020]**. Kui koostati täiesti uus soovitus, siis lisati soovitusel märke **[UUS 2020]**.

Ravijuhendi koostajate huvide deklaratsioonide kokkuvõtte, käsitusala, täistekst, tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelid, soovitusel koostamise tabelid, rakendus-kava, ravijuhendi ja tööühma koosolekute protokollid on kättesaadavad veebi-aadressil www.ravijuhend.ee.

Pärast ravijuhendi kinnitamist ajakohastatakse seda uue olulise informatsiooni lisandumisel või viie aasta pärast.

Ravijuhendi koostamine

Käesolev ravijuhend on 2014. aastal valminud juhendi „Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitlus perearstiabis“ 2020. aastal ajakohastatud versioon. Ravijuhendi ajakohastamiseks moodustati töörühm eri kutsealade esindajatest, kellest enamus oli olnud ka algse juhendi koostamise juures. Töörühma kuulusid psühhiaatrid, psühholoogid, perearstid, pereõed, haigekassa esindaja ja patsientide esindaja (koosseis on esitatud ravijuhendi alguses). Sekretariaadi juhiks kutsuti spetsialist, kes oli samuti algse juhendi koostamise juures olnud. Lisaks kuulusid sekretariaati kaks premeditsiini arst-residenti.

Ajakohastatava ravijuhendi käsitlusala kinnitas Ravijuhendite Nõukoda 3. märtsil 2020. aastal. Käsitlusala sisaldas kuut PICO-formaadis kliinilist küsimust ja nelja tervishoiukorralduslikku küsimust. Kliinilised ja tervishoiukorralduslikud küsimused pärinevad algsest juhendist ning nende sõnastust ei muudetud.

Ravijuhendi ajakohastamisel lähtuti „Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatu“ (2020) põhimõtetest. Kliiniliste küsimuste arutamiseks ja soovitude sõnastamiseks, tervishoiukorralduslikele küsimustele vastamiseks ja juhendi muude materjalide (patsiendijuhend, patsiendi infovoldik, rakenduskava jm) arutamiseks pidas töörühm kokku neli koosolekut, neist kaks toimusid e-vormis (videokoosolekuna). Lisaks toimusid arutelud töörühma liikmetega koosolekutevahelisel ajal elektroonselt. Iga koosoleku alguses vaadati läbi töörühma ja sekretariaadi liikmete võimalike huvide konfliktide deklaratsioonid ja veenduti otsustajate kalutamatuses. Koosolek oli otsustusvõimeline, kui kohal oli vähemalt 3/4 töörühma liikmetest. Koosolekute otsused olid üksmeelsed.

Soovitude koostamisel arvestati lisaks teadusliku tõendusmaterjali tugevusele ka sekkumise kasu tervisele (sealhulgas potentsiaalse kasu ja kahju vahekorda), patsientide eelistusi ja väärtushinnanguid. Samuti võeti arvesse soovitusega kaasneva võivat patsientide ebavõrdsesse olukorda jätmist ning võimalusi ja ressursse soovitatava tegevuse rakendamiseks Eesti kontekstis.

Ravijuhendi käsitlusala, täisversioon, tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelid, soovitude koostamise tabelid, rakenduskava, koostajate huvide deklaratsioonide kokkuvõtte ja koosolekute protokollid on kättesaadavad veebiaadressil www.ravijuhend.ee.

Tõendusmaterjali otsimine ja hindamine







Ravijuhendi ajakohastamisel tugineti NICE-i (ingl *National Institute for Health and Care Excellence*) (2019. aastal ajakohastatud) ja Soome (2019. aastal välja antud) ärevushäire juhenditele (2, 3). Juhendite kvaliteeti hinnati tööriistaga AGREE II (4). Valdavalt kasutati juhendi koostamisel NICE-i ravijuhendit, sest NICE kasutab ravijuhendite koostamisel (analoogselt Eestile) GRADE-metoodikat ning sealne tõendusmaterjal ja koostajate arutluskäigud on üksikasjalikud ja läbipaistvad.








Kuna NICE-i algne ärevushäire juhend koostati 2011. aastal, oli mõningaile küsimustele vastamiseks vaja teha tõendusmaterjali lisaotsing (kasutades NICE-i otsingustrateegiat ning luues uusi otsingustrateegiaid) PubMedis ajaperioodil 01.01.2010–05.06.2020 avaldatud teemakohaste teadusuuringute leidmiseks. Soome ärevushäire juhendis kasutatud allikad vaadati üle pärast lisaotsingut ja kasutati neid allikaid, mis lisaotsinguga välja ei olnud tulnud, ent sekretariaadi hinnangul siiski oluliseks osutusid. Ärevushäire diagnostikat ja ravi käsitlevatest uuringutest jäeti kõrvale need, millesse olid kaasatud alla 18-aastased uuritavad. Täiendava tõendusmaterjalina otsiti eelkõige metaanalüüse ja süstemaatilisi ülevaateid, kuid ka juhuslikustatud kontrolluuringuid. Ühe kliinilise küsimuse tarbeks töötati läbi ka ravimite tooteomaduste kokkuvõtted Eesti Ravimiregistris.








Iga kliinilise küsimuse kohta koostas sekretariaat tõendusmaterjali kokkuvõtte tabeli ja valmistas ette soovituselise koostamise tabeli, kasutades veebipõhist tööriista GRADEpro (5). Koos ravijuhendi tööruhuga arutati soovituselise koostamisel lisaks teaduslikule tõendusmaterjalile (sh huvipakkuva meetodi/tegevuse kasu-kahju tasakaalule) läbi patsientide eelistused ja väärtushinnangud, meetodi/tegevuse vastuvõetavus, teostatavus ja ressursivajadus. Soovituselise koostamise tabelile tuginedes sõnastas töörühm üksmeelselt soovituselise. Iga soovituselise põhjendus on kokkuvõtlikult kirjas juhendi tekstis vastava soovituselise järel.








Ravijuhendite soovituselise aluseks oleva tõendusmaterjali kokkuvõtted ja soovituselise koostamise tabelid on kättesaadavad veebiaadressil www.ravijuhend.ee.







Ravijuhendi soovitude loetelu




Ärevushäire diagnoosimine		
1		Ärevushäire kahtlusega patsiendil kasutage ärevushäire diagnoosimiseks kliinilist intervjuud. <i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i>
2		Ärevushäire kahtlusega patsiendil ärge kasutage ärevushäire diagnoosimiseks enesekohaseid küsimustikke. <i>Tugev negatiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i>
3		Ärevushäire kahtlusega patsiendil välistage kehalised haigused, tehes konkreetse haiguse puhul näidustatud laboratoorsed analüüsid ja uuringud. <i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
Ülemäärase ärevuse sümptomite äratundmine lastel ja noorukitel		
4		Ärevushäire kahtlusega lapsel välistage haigused, mille üheks sümptomiks on ärevus. <i>Tugev positiivne soovitus, kõrge tõendatuse aste</i>
5		Ülemäärase ärevuse sümptomitega lapsel ja noorukil võib ärevushäire äratundmiseks kasutada abistavaid küsimustikke (nt SCARED). <i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i>
6		Ärevushäire kahtlusega noorukit tuleb alati hinnata psühhoaktiivsete ainete tarvitamise ja väärkohtlemise suhtes, millele võivad viidata ebaselge põhjusega kehalised sümptomid, näiteks pea-, kõhu-, südame-, lihas-, luustikuvaevused või tavapärasest käitumises ilmnunud muutused. <i>Praktiline soovitus</i>

Mittefarmakoloogiline ravi		
7		<p>Ärevushäirega patsiendile kirjeldage ärevushäire olemust, ägestavaid ja leevendavaid tegureid ning teavitage teda ravivõimalustest, prognoosist ja taasägenemise märkidest.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p>
8		<p>Ärevushäirega patsiendile soovitage esimese ravivalikuna eneseabivõtteid.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p>
9		<p>Ärevushäirega patsiendile koostage individuaalne raviplaani.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [UUS 2020]</p>
10		<p>Ärevushäirega patsiendile määrake lisaks psühhoterapia või farmakoterapia, kui teavitamine ja eneseabivõtted ei ole andnud soovitud tulemust.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p>
11		<p>Ärevushäirega patsiendile valige farmakoterapia või psühhoterapia lähtuvalt tema eelistustest, ravi sobivusest ja kättesaadavusest.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p>
12		<p>Ärevushäirega patsiendile, kellel on tugevalt väljendunud ärevushäire sümptomaatika ja/või sellest tulenevalt on häiritud sotsiaalne toimimine, lisage eneseabile koheselt psühhoterapia või farmakoloogiline ravi.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
13		<p>Ärevushäirega patsiendil võite farmakoterapiat ja psühhoterapiat kombineerida juhtudel, kui kumbki eraldi ei ole olnud tõhus, ärevushäire sümptomaatika on väljendunud, on olnud korduvad häire ägenemised või kaasuvad teised psühhikahäired.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>

14		<p>Ärevushäirega patsiendi ravis eelistage psühhoterapiatest kognitiiv-käitumisteraapiat.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
15		<p>Ärevushäirega patsiendi vastuvõtu võite vastastikusel kokkuleppel teha telekommunikatsiooni vahendeid kasutades.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [UUS 2020]</p>
<p>Farmakoterapia</p>		
16		<p>Ärevushäirega patsiendile määrake farmakoloogilise ravi vajadusel esmavalikuna antidepressant, eelistades seda anksiolüütikumile.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p>
17		<p>Ärevushäirega patsiendile määrake esmavalikuna ravim selektiivse serotoniini tagasihaarde inhibiitorite (SSTI) või serotoniini ja noradrenaliini tagasihaarde inhibiitorite (SNTI) ravimirühmast.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
18		<p>Ärevushäirega patsiendi farmakoterapias eelistage monoterapiat ravimite kombineerimisele.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p>
19		<p>Ärevushäirega patsiendil, kelle farmakoloogilise ravi vastus on puudulik, suurendage ravimi annust kuni maksimaalse talutava annuseni.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
20		<p>Ärevushäirega patsiendil, kellel ei ole 8–12 nädala jooksul ravimi maksimaalse lubatud ja talutava annuse kasutamisel saavutatud ravivastust, vahetage ravim mõne muu esmavaliku ravimi vastu (SSTI, SNTI rühmast).</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>

21		<p>Ärevushäirega patsiendil jätkake ravi antidepressandiga vähemalt kuus kuud pärast esmase ravivastuse saavutamist.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p>
22		<p>Ärevushäirega patsiendile, kellel monofarmakoteraapia vähemalt kahe erineva antidepressandiga maksimaalses lubatud ja talutavas annuses ning soovitatud kuuri pikkusega ei ole tulemust andnud, võite määrata polüfarmakoteraapia.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
23		<p>Ärevushäirega patsiendil kaaluge ravi alustamisel või tugeva ärevuse ja agiteerituse kupeerimiseks antidepressandile lühiajaliselt bensodiasepiini lisamist.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p>
24		<p>Ärevushäirega patsiendil kasutage bensodiasepiine minimaalses efektiivses annuses vastavalt individuaalsele raviplaanile ja jälgige ravi regulaarselt.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
25		<p>Ärevushäirega patsiendil, kes saab kombinatsioonravi bensodiasepiini ja antidepressandiga, lõpetage ravivastuse saamisel ravi bensodiasepiiniga (üldjuhul 4–8 nädala pärast), et vähendada sõltuvusriski.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
26		<p>Ärevushäirega patsiendile, kel esineb unehäire, võite unehäire raviks määrata lühiajaliselt (kuni neli nädalat) uinuti.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
27		<p>Ärevushäirega patsient, kellel vaatamata kahele ravimeetodile (farmakoteraapia ja psühhoterapia) püsivad ärevussümptomid või nende sümptomite kontrollimiseks on vaja lisaks kasutada pikaajaliselt bensodiasepiine, on raviresistentse häirega – suunake ta psühhiaatri konsultatsioonile (e-konsultatsioon või vastuvõtt).</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>

28		<p>Kui ärevushäirega patsiendile ei ole psühhiaatri e-konsultatsiooni järel tehtud ravimuudatused toonud paranemist kolme kuu jooksul, suunake ta korduvale psühhiaatri konsultatsioonile (e-konsultatsioon või vastuvõtt).</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [UUS 2020]</p>
<p>Patsiendi ravivastus ja ravisoostumus ning kõrvaltoimete hindamine</p>		
29		<p>Ärevushäirega patsiendil hinnake ravivastust, ravisoostumust ja ravi/ravimite kõrvaltoimeid igal visiidil.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
30		<p>Ärevushäirega patsiendi ravivastuse hindamisel kasutage vaatlust ja kliinilist intervjuud.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
31		<p>Ärevushäirega patsiendi seisundi dünaamika hindamisel võiksite kasutada abistavaid küsimustikke (nt EEK-2). Ühe haigusperioodi vältel tuleks kasutada sama küsimustikku.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
32		<p>Ärevushäirega patsiendil hinnake ravi kõrvaltoimeid kahe nädalase intervalliga esmase ravivastuseni, edasi 4–12 nädala tagant.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
33		<p>Ärevushäirega eakal patsiendil võiksite hinnata seisundit ühenädalase intervalliga ravivastuse saamiseni.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>

34		<p>Ärevushäirega patsiendil, kelle puhul tekib ravimite väärarvitamise kahtlus, täpsustage olukorda patsiendi ja/või tema pereliikmete abiga (küsides selleks patsiendilt luba).</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
35		<p>Ärevushäirega patsiendil, kes väärarvitab ravimeid, muutke ravi ja selgitage talle ravimi väärarvitamise ohtusid.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
36		<p>Ärevushäirega patsiendil, kelle puhul tekib ravimite väljaostmise osas kahtlusi, kontrollige seda retseptikeskusest.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>

Ravijuhendi soovitused koos tõenduse ja arutelu lühikokkuvõttega.

Ärevushäire diagnoosimine

Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire diagnoosimine Eestis põhineb rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versiooni (RHK-10) kriteeriumitel. Häirete diagnostilised kriteeriumid on esitatud tabelis 1.

Tabel 1. Generaliseerunud ärevushäire, paanikahäire ja agorafobia diagnoosi kriteeriumid RHK-10 järgi

F41.1 Generaliseerunud ärevushäire diagnoosi kriteeriumid

Patsiendil peavad avalduma ärevuse primaarsed sümptomid enamikul päevadest vähemalt mõni nädal järjest mitme kuu jooksul. Sümptomid peaksid sisaldama järgnevaid elemente:

- a) ootusärevus (mured võimaliku ebaedu pärast tulevikus, nagu nõeltel oleku tunne, keskendumisraskused jne);
- b) lihaspinge (närviline nihelemine, pingepeavalu, värisemine, võimetus lõõgastuda);
- c) vegetatiivne hüperaktiivsus (peapööritus, higistamine, tahhükardia või tahhüpnöe, epigastriaalne düskomfort, nõrkus, suukuivus, jne).

F41.0 Paanikahäire diagnoosi kriteeriumid

Ühe kuu vältel esineb mitu tugevat paanikahoogu:


- a) hood tekivad situatsioonis, kus ei ole reaalset ohtu;
- b) hood ei tohi olla piiritletud mingi kindla või ettearvatava situatsiooniga (foobse situatsiooniga);
- c) hoogudevaheline periood peab olema suhteliselt vaba ärevuse sümptomitest, siiski on ootusärevus (hirm uue paanikahoo ees) üsna tavaline.

Agorafobia diagnoosi kriteeriumid:


- a) psüühilised ja vegetatiivsed sümptomid peavad olema ärevuse primaarsed avaldused, mitte sekundaarsed teistele sümptomitele, nagu luulu- või obsessiivsed mõtted;
- a) ärevus peab esinema (või valdavalt esinema) vähemalt kahes järgnevas situatsioonis: rahvahulgas, avalik koht, kodust väljumine või üksinda liikumine;
- a) foobse situatsiooni vältimine on või on olnud häire oluline sümptom.

F40.0 Agorafobia paanikahäireta ja F40.01 Agorafobia paanikahäirega

Ärevushäire diagnoosimine eeldab arstilt kliinilise intervjuu tegemise ja patsiendi uurimise oskust ning kogemust. Ärevushäire diagnoosimiseks ei piisa ainult lühiküsimustike ja enesekohaste küsimustike (nt EEK-2, GAD-7 jt) kasutamisest. Viimaste kasutamine võib olla arstile abiks häirete sõelumisel või kliinilise intervjuu tegemisel, aidates välja valida need patsiendid, kes vajavad süvendatud uurimist just ärevushäire suhtes. Ärevushäire diagnoosimisel võib teha ka struktureeritud diagnostilist intervjuud (MINI, CIDI, SCID), viimaste rakendamine on aga ajakulukas ja eeldab arsti spetsiaalset väljaõpet.

1		<p>Ärevushäire kahtlusega patsiendil kasutage ärevushäire diagnoosimiseks kliinilist intervjuud.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p>
---	---	---

Seda soovitus ravijuhendi ajakohastamisel ei avatud, seega siinkohal uut tõendusmaterjali (lisaks järgnevalt soovitude 1 ja 2 ühises selgituses toodule) ei esitata. Algses ravijuhendis oli lisa abistavate küsimuste kohta laste ärevushäire äratundmise kohta (lisa 2.1). Töörühm otsustas ajakohastamisel lisada juhendile analoogse täiskasvanutele mõeldud abimaterjali. Kliinilise intervjuu tegemine on patsiendi seisundi äratundmisel kriitilise tähtsusega ja seega võivad vastavad näidisküsimused arstile oluliseks abiks olla. Selle abimaterjali kasutamine ei ole kohustuslik, kuna arstil võib olla kujunenud oma viis patsientidega suhtlemiseks. Abimaterjal on esitatud juhendi lisana 2.2.

2		<p>Ärevushäire kahtlusega patsiendil ärge kasutage ärevushäire diagnoosimiseks enesekohaseid küsimustikke.</p> <p><i>Tugev negatiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p>
---	--	---

Süsteemaatilises ülevaates (6) hinnati küsimustike rutiinse kasutamise mõju depressiooni ja ärevushäire sümptomite äratundmisele ning ravitulemustele mittepühhiaatrilistes keskustes. Analüüsis oli üheksa juhuslikustatud kontrolluuringut (2457 uuritavat). Leiti, et küsimustike kasutamine diagnoosimisel ja tagasiside andmine tulemuste kohta kõikidele uuritavatele ei tõstnud psüühikahäirete (depressiooni ja ärevushäirete) sümptomite äratundmise määra (RR = 0,95; 95% CI 0,83–1,09). Küsimustike rutiinne kasutamine ei mõjutanud uuritavate ravitulemusi.

Süsteemaatilises ülevaates (7) hinnati patsiendi terviseküsimustiku PHQ-9 ja küsimustiku GAD-7 (ingl *generalized anxiety disorder-7*) psühhomeetrilisi omadusi kolmes esmatasandi patsientide seas ja ühes günekoloogiliste patsientide seas tehtud uuringus.

Kokku oli uuritavaid 9740. PHQ-9 ja selle lühemad variandid PHQ-8 ning PHQ-2 olid hea tundlikkuse ja spetsiifilisusega depressiooni äratundmisel. GAD-7 ja selle lühem variant GAD-2 olid hea tundlikkuse ning spetsiifilisusega üldistunud ärevushäire (tundlikkus 89%, spetsiifilisus 82%), paanikahäire (tundlikkus 74%, spetsiifilisus 81%), samuti sotsiaalärevuse ja posttraumaatilise stressihäire äratundmisel. Optimaalne äralõikepunkt oli GAD-7 puhul ≥ 10 ja GAD-2 puhul ≥ 3 .

Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire kliinilist pilti komplitseerib sageli mitme häire koosinemine (komorbiidsus) (8, 9). Ärevushäirete puhul on märgatud komorbiidsuse kõrget määra nii kehaliste haiguste kui ka teiste psüühikahäiretega, samuti võib ärevus kuuluda mõne kehalise haiguse sümptomite hulka (vt tabel 2).


Tabel 2. Ärevushäire diferentsiaaldiagnoos

Diferentsiaaldiagnoos	Tegevused, uuringud ja analüüsid, mille tegemist kaaluda
1. <u>Muu psüühikahäire</u> : depressioon, muu ärevushäire, somatoformsed häired, psühhootilised häired, alkoholisõltuvus, muud sõltuvushäired, düstüümia, bipolaarne häire, isiksushäired	Kliiniline intervjuu, enesekohased küsimustikud, täpsustada psüühikahäire RHK-10 kriteeriumite kohaselt, vajaduse korral psühhiaatri konsultatsioon
2. <u>Kehalised haigused ja seisundid</u> : <ul style="list-style-type: none"> - sisesekreetsiooni haigused: hüpo- ja hüpertüreosis, hüpoglükeemia, diabeet, neerupealiste puudulikkus, feokromotsütoom; - hingamisteede haigused: astma, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus, kopsuarteri tromboembolia; - südameveresoontehaigused: arütmia, stenokardia, müokardiinfarkt, hüpertensioon; - närvisüsteemihäigused: transitoorne isheemiline atakk, epilepsia, migreen; - muud seisundid/haigused: menopaus, vestibulaardüsfunksioon, aneemia, peptiline haavand 	Anamneesi täpsustamine ja objektiivne uurimine, vajaduse korral EKG, spiromeetria, hemogramm 5-osalise leukogrammiga, uriini ribaanalüüs, glükoos, TSH, fT4, elektrolüüdid (Na, K, Ca), kreatiniin ja eGFR, ALAT, GGT, kolesterool, HDL, LDL, triglütseriidid, sõltuvusained uriinis (vastavalt anamneesile), süsivesik-defitsiitne transferriin (CDT) alkoholi kuritarvitamise kahtluse korral jt uuringud, vajaduse korral eriarsti konsultatsioon
3. <u>Ravimitest</u> (kõrvaltoimetest või üleannustamisest), <u>kofeiini</u> või <u>alkoholi liigtarbimisest</u> tingitud ärevus	Anamneesi täpsustamine ja objektiivne uurimine

Generaliseerunud ärevushäirele on iseloomulik pidev ja pikaajaline muretsemine, pinge ja ärevus, mis ei ole seotud kindlate keskkonnatingimustega ega avaldu hoogudena. Paanikahäire põhiline iseärasus on korduvad rasked paanikahood, mis ei ole seotud kindla situatsiooni ega muude välistingimustega ning on seetõttu subjektile ootamatud ja ettearvamatud. Agorafoobia korral tunneb inimene ärevust kohtades või olukordades, kust lahkumine võib olla keeruline või kus abi ei ole käepärast. Selle all kannatav isik hakkab selliseid olukordi tavaliselt vältima. Paanikahäire võib esineda koos agorafobiaga või ilma. Ärevushäire algab tavaliselt varases täiskasvanueas. Vanemaealiste ärevushäire esmase ilmnemisega patsientide puhul, kelle anamneesis puudub ärevushäirele viitavate sümptomite esinemine nooruki- või nooremas täiskasvanueas, peab hindama võimalust, et ärevuse on tinginud muud tegurid, näiteks ravimite kasutamine (ravimite kõrval- ja koostoimed, kofeiin ja psühhostimulaatorid), kaasuvad somaatilised haigused (mida kõrgem iga, seda suurem on kehalise haiguse kahtlus) ja kaasuv depressioon (depressioon eraldi komorbiidse haigusena või depressiooni sümptomitega ärevushäire).

Ärevushäire avastamine ja sobiva ravi rakendamine somaatiliste haigustega patsientide puhul on tähtis, sest komorbiidne ärevushäire halvendab oluliselt patsientide elukvaliteeti ja suurendab ravikulusid.

Kuni 75%-l ärevushäirega patsientidest esineb lisaks veel mõni muu psüühikahäire ja ühel kolmandikul juhtudest on selleks depressioon. Viimase õigeaegne äratundmine ja ravi parandavad oluliselt ravitulemusi. Sage komorbiidne häire on alkoholi kuritarvitamine ja sõltuvus, mistõttu võiks ärevushäirega patsienti küsitleda ka alkoholi liigtarbimise suhtes. Vajaduse korral võib kasutada AUDIT-testi (www.alkoinfo.ee).

3		<p>Ärevushäire kahtlusega patsiendil välistage kehalised haigused, tehes konkreetse haiguse puhul näidustatud laboratoorsed analüüsid ja uuringud.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
---	---	---

Juhuslikustatud kontrolluuringus (10) uuriti ärevushäirete ja komorbiidsete kehaliste haiguste seost. Kokku oli uuritavaid 4181 vanuses 18–65 aastat. Diagnoosimisel kasutati struktureeritud kliinilist intervjuud, millele järgnesid laboratoorsed analüüsid ja uuringud eesmärgiga avastada komorbiidne kehaline haigus. Uuringu tulemusena leiti, et ärevushäired esinesid sagedamini

kilpnäärme-, hingamisteede- ja seedetraktihaiguste, artriidi, migreeni ning allergiliste haigustega inimeste seas sagedamini kui ilma nende haigusteta isikutel (OR = 1,39–2,12; $p < 0,05$). Ärevushäire esinemine koos kehalise haigusega viis tervisest sõltuva elukvaliteedi halvenemiseni SF-36 skaalal (ingl *36-item short-form* ehk tervisest sõltuvat elukvaliteeti hindav küsimustik) võrreldes ainult kehaliste haigustega ($p < 0,001$).

Kahes kliinilises uuringus (11, 12) uuriti ärevushäirete ja kilpnäärme düsfunktsiooni seost. Üks uuring (11) haaras 94 ambulatoorset patsienti ja näitas, et subkliinilise hüpo- ja hüpertüreoosiga patsientidel olid võrreldes eutüroidsete patsientidega oluliselt suuremad skoorid Becki ärevuseskaalal (ingl *Beck's anxiety inventory*, BAI) ($p < 0,001$).

Teine uuring (12) leidis seose suurema TSH väärtuse ja intensiivsemate paanikahoogude vahel, samuti väiksema FT4 sisalduse ja intensiivsema ärevusega.

Läbilõikeline kliiniline uuring (13), mis tehti ärevushäire komorbiidsuse hindamiseks, leidis, et kolmandikul ärevushäirega patsientidest esines samal ajal veel teisi ärevushäireid (liht- ja sotsiaalfobia); 33%-l ärevushäirega patsientidest oli kaasuv diagnoos depressioon. 81%-l generaliseerunud ärevushäirega ja 69%-l paanikahäirega patsientidest oli lisaks veel üks või rohkem kehalise või psüühikahäire diagnoos.

Kliiniline uuring (14) tehti eesmärgiga uurida, kui sageli on meditsiiniliselt ebaselgete kaebuste põhjuseks psüühikahäire. Uuritavad olid 620 järjestikust perearsti vastuvõtule pöördunud täiskasvanud isikut. 64,8%-l uuritavatest oli arsti hinnangul vähemalt üks meditsiiniliselt ebaselge sümptom. Struktureeritud kliinilise intervjuu alusel täitis viimastest 22,9% somatoformse häire, 12,4% depressiooni ja 11,4% ärevushäire diagnostilised kriteeriumid.

Ülemäärase ärevuse sümptomite äratundmine lastel ja noorukitel




Ärevussümptomite esinemine lapse- ja noorukieas on küllaltki sage nähtus. Lähtudes epidemioloogilistest uuringutest leitakse ärevushäireid 7–15%-l alla 18-aastastest isikutest. Sage on komorbiidsus muude lapse- ja noorukieas avalduvate häiretega (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007).

Tüüpilised ärevuse ilmingud lapse- ja noorukieas on väljendunud hirmutunne ning muretsemine, mille avaldumisvorm võib olla üsna mitmepalgeline. Ärevussümptomite olukorrast lähtuv ja/või lühiaegne esinemine kuulub seejuures ka mitmesse normaalsesse arengufaasi. Näiteks 5–12-aastaste laste puhul, kes ei ole veel võimelised sarnaselt täiskasvanutele oma tundeid ja kogemusi verbaalselt ja analüüsisvalt väljendama, on psühhosomaatilised sümptomid mööduva psüühilise stressi iseloomulikuks väljenduseks.

Ärevushäirest saab rääkida juhul, kui mainitud sümptomid süvenevad sellisel määral, et takistavad lapse või nooruki igapäevast toimetulekut. Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire diagnoosimisel lastel ning noorukitel lähtutakse RHK-10 juhistest. Häirespetsiifilised diagnostilised kriteeriumid lastel ja noorukitel ei erine täiskasvanute omadest ja on esitatud tabelis 1. Nagu täiskasvanutel, on ka laste puhul tähtis välistada somaatilised haigused, mille üks sümptomeid on ärevus. Ärevushäire diagnoosimine lastel ja noorukitel kuulub lastepsühhiaatri töövaldkonda.

Pearst peab tundma ära ärevushäire kahtlusega lapsed ja välistama ärevust tekitavad kehalised haigused. Häire äratundmise aluseks on põhjalik kliiniline intervjuu, mille tegemisel võib kasutada abistavaid küsimusi (vt lisa 2.1). Lisaks võib ärevushäire sõelumisel lapse- ja noorukieas kasutada abivahendina erinevaid küsimustikke, näiteks laste ärevushäire skaalat SCARED (ingl *Screen for Child Anxiety Related Disorders*).

Tähtis on koguda lapse kohta teavet erinevatelt inimestelt (lapselt endalt, vanematelt, koolist).

4		<p>Ärevushäire kahtlusega lapsel välistage haigused, mille üheks sümptomiks on ärevus.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, kõrge tõendatuse aste</i></p>
5		<p>Ülemäärase ärevuse sümptomitega lapsel ja noorukil võib ärevushäire äratundmiseks kasutada abistavaid küsimustikke (nt SCARED).</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p>
6		<p>Ärevushäire kahtlusega noorukit tuleb alati hinnata psühhoaktiivsete ainete tarvitamise ja väärkohtlemise suhtes, millele võivad viidata ebaselge põhjusega kehalised sümptomid, näiteks pea-, kõhu-, südame-, lihas-, luustikuvaevused, või tavapärasel käitumises ilmnunud muutused.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>

Ameerika laste ja noorukite psühhiaatria akadeemia (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007*) teadusuuringutel põhinevate soovitude alusel on ärevushäirega sarnaste sümptomitega kehalised haigused järgmised: hüpertüreoidism, kofeiini liigtarvitamine, migreen, astma, epilepsia, intoksikatsioon, hüpoplükeemia, feokromotsütoom, ajutuumorid, südamerütmihäired. Ärevushäirega sarnaseid kaebusi võivad samuti esile kutsuda mõningad ravimid (antihistamiinikumid, sümpatomimeetikumid, steroidid, SSTId, antipsühhootikumid). Ärevushäirega lastel on sagedased kehalised sümptomid pea- ja kõhuvalud. Väga tähtis on ebaselgete kehaliste vaevuste korral uurida lapse vaimset seisundit. Niisamuti on tähtis dokumenteerida kõik kehalised vaevused esimesel kohtumisel, välistamaks segadust, et vaevused on tingitud ravimi kõrvaltoimest.

Mittesüsteematises ülevaates (15) analüüsiti kehaliste haiguste ja ärevushäirete seost lastel ning noorukitel. Leiti, et krooniline kehaline haigus on tähtis psüühikahäire tekke riskitegur. Ärevushäire võib olla kehalise haigusega sarnase patogeneesiga, tekkida stressreaktsioonina või tuleneda psühhosotsiaalsetest teguritest või eelnevate koostoimel. Arstil on tähtis võimalusel eristada, kas tegemist on primaarse ärevushäirega või sekundaarse reaktsiooniga kehalisele haigusele. Selleks tuleb tunda haiguste patofüsioloogiat ja osata teha kliinilist intervjuud.

Test SCARED on tõlgitud eesti keelde, aga äralõikepunktide testimine Eesti kontekstis on töös. SCARED-i küsimustikud (laste, noorukite, lapsevanemate) on valideerimata kujul esitatud juhendi lisana (vt lisa 4).



Eristamine on tähtis ravieesmärkide määramisel.

Mittesüsteematilised ülevaated („*Clinical Practice Guidelines Anxiety and Depression in Children and Youth – Diagnosis and Treatment*“, 2010; „*Management of Anxiety Disorders*“, 2006) soovivad ärevushäire kahtlusel koguda teavet eri allikatest: lapselt endalt, vanematelt ja koolist, sest häire võib eri kohtades erinevalt väljenduda.

Mitu kliinilist uuringut (16–18) nimetavad üheks soovitatavaks ärevushäire sõelküsimumstikuks SCARED-i lühiversiooni, mille kasutamine tõstab uuringutulemustele toetudes ärevushäire äratundmise määra, kuigi sellel ei ole sisuliselt diagnostilist väärtust. SCARED-i lapse ja lapsevanema versioon on usaldusväärne ning valiidne, mõõdukalt tundlik ja spetsiifiline ning sobib ka ravitulemuste jälgimiseks.

Metaanalüüsis (19) hinnati SCARED-i psühhomeetrilisi omadusi ärevushäirete sõelumisel. 25 uuringu alusel leiti, et SCARED on sobilik kasutamiseks sõeltestina lastel ja noorukitel ärevushäire sümptomite leidmiseks (koefitsient alfa 0,78–0,80 generaliseerunud ärevushäire sümptomite leidmisel ja 0,80–0,87 paanikahäire sümptomite leidmisel).

Mittefarmakoloogiline ravi

7		Ärevushäirega patsiendile kirjeldage ärevushäire olemust, ägestavaid ning leevendavaid tegureid ning teavitage teda ravivõimalustest, prognoosist ja taasägenemise märkidest. <i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i>
8		Ärevushäirega patsiendile soovitage esimese ravivalikuna eneseabivõtteid. <i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i>

Süsteemaatilises ülevaates (20) võrreldi erinevate ärevushäiretega ja generaliseerunud ärevushäirega patsientide seas juhendamisetä eneseabi tõhusust kontrollrühmaga. Vaadeldud kuus keskmise kvaliteediga juhuslikustatud uuringut näitasid, et juhendamisetä eneseabi vähendas erinevate ärevushäiretega isikutel ärevust ja depressiooni (SMD = -0,74; 95% CI -0,99 kuni -0,49). Kahes uuringus, mis tehti generaliseerunud ärevushäirega patsientide seas, leiti samuti, et juhendamisetä eneseabi vähendas statistiliselt oluliselt ärevuse sümptomeid (SMD = -1,06; 95% CI -1,77 kuni -0,35; SMD = -0,61; 95% CI -1,01 kuni -0,21).


Süsteemaatilises ülevaates (20) võrreldi toetavate rühmade tõhusust kontrollrühmaga. Kahe uuringu alusel leiti, et võrreldes kontrollrühmaga on toetavatel psühhohariduslikel rühmadel vähene, kuid statistiliselt oluline mõju ärevuse ja depressiooni paranemisele (SMD = -0,47; 95% CI -0,92 kuni -0,02; SMD = -0,50; 95% CI -0,95 kuni -0,05).

Süsteemaatilises ülevaates (20) võrreldi juhendatud eneseabi tõhusust kontrollrühmaga. Kokku oli hindamisel neli kehvema kvaliteediga juhuslikustatud uuringut. Üks uuring (21) näitas, et biblioteraapial on kontrollrühmaga võrreldes statistiliselt oluline mõõdukas mõju ärevuse vähendamisel (SMD = -0,62; 95% CI -1,14 kuni -0,1). Kaks uuringut (VanBoeijen, 2005; 22) võrdlesid biblioteraapiat tavaraviga ja leidsid, et ärevuse, depressiooni ja muretsemise skoorides puudusid statistiliselt olulised erinevused (SMD = 0,15; 95% CI -0,22 kuni 0,51; SMD = 0,03; 95% CI -0,78 kuni 0,84; SMD = 0,17; 95% CI -0,30 kuni 0,68). Ühes uuringus (23), milles osalesid vaid generaliseerunud ärevushäirega patsiendid, leiti, et arutipõhine KKT vähendas võrreldes kontrollrühmaga statistiliselt oluliselt ärevuse, depressiooni ja muretsemise sümptomeid (SMD = -1,22; 95% CI -1,86 kuni -0,57; SMD = -0,85; 95% CI -1,46 kuni 0,23; SMD = -0,93; 95% CI -1,55 kuni -0,32).

Intensiivne mittefarmakoloogiline ravi kujutab endast spetsiifilist koolkonnapõhist psühhoteraapiat. Psühhoteraapiatest on enim kasutusel KKT (kognitiiv-käitumisteraapia), mille tõhusus ärevushäirete ravis on teadusuuringutega tõendatud. KKT on lühiajaline psühhoteraapia, kus tunnetus- ja käitumismustrite muutmise kaudu mõjutatakse isiku emotsionaalset seisundit ning soodustatakse toimetulekuvõimet. Selles teraapias on kesksel kohal tunnetus: mõtted, kujutlused ja nende aluseks olevad püsivad hoiakud ja veendumused. KKT-s õpetatakse patsiendile, kuidas leida, kontrollida ja muuta negatiivseid, ohtu võimendavaid ning toimetulekut halvendavaid hinnanguid endale ja teda ümbritsevale maailmale. Samuti õpib patsient, kuidas mõjutada tähelepanu, tõlgenduskalduvusi ja ärevushäiret säilitavaid käitumisviise. Kasutatakse ka eksponeerimist. Teraapia käigus õpitud psühholoogilisi oskusi on võimalik pärast teraapia lõppu iseseisvalt kasutada. Tavaline KKT kestus on 12–20 seansi. KKT-d teevad vastava väljaõppega kliinilised psühholoogid ja psühhiaatrid. Harvem on kasutusel teised psühhoteraapilised sekkumised (psühhodünaamiline teraapia jt).



Psühhoteraapiat võib kasutada iseseisva ravina või koos farmakoterapiaga. Mittefarmakoloogilise sekkumise eelis farmakoterapia ees on kõrvaltoimete tekkimise väiksem risk ja puudus tulemuste suurem heterogeensus, mis on leib sekkumisest ja läbiviijast. Sellest tulenevalt on keeruline anda kindlaid soovitusi psühhoteraapia pikkuse kohta.

Ravijuhendi ajakohastamisel koostati patsiendile eneseabivõtteid tutvustav infovoldik „Ärevus ja sellega toimetulek“, mille leiate ärevushäire patsiendijuhendi juurest (vt www.ravijuhend.ee).

9		Ärevushäirega patsiendile koostage individuaalne raviplaan. <i>Praktiline soovitus</i> [UUS 2020]
---	---	--

Ärevushäire farmakoloogilist ravi (erinevaid ravimirühmi) puudutavate soovitude andmisel kasutatud tõendusmaterjalist selgus, et ärevushäirega patsiendi ravi tuleb pidevalt jälgida, kuna lisaks võimalikele kõrvaltoimetele võib välja kujuneda ravimisõltuvus, kaasub suitsiidirisk. Kuna ravimite mõjuperiood (sh ravitoime algus) on erinev, on oluline patsienti sellest teavitada ja ühiselt talle individuaalne raviplaan teha.

Raviplaan vastab konkreetse patsiendi vajadustele ja eelistustele. Hea ravitulemuse vastutus on jagatud arsti ja patsiendi vahel. Raviplaan sisaldab infot farmakoloogilise ravi jt raviviiside (sh eneseabivõtete), visiitide sageduse ja arstile antava tagasiside vormi kohta. Raviplaan pannakse kirja tervisekaarti ja see peab Terviseinfosüsteemi kaudu olema kättesaadav nii patsiendile kui ka teistele tema ravis osalevatele erialaspetsialistidele.

10		<p>Ärevushäirega patsiendile määrake lisaks psühhoterapia või farmakoterapia, kui teavitamine ja eneseabivõtted ei ole andnud soovitud tulemust.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p>
11		<p>Ärevushäirega patsiendile valige farmakoterapia või psühhoterapia lähtuvalt tema eelistustest, ravi sobivusest ja kättesaadavusest.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p>

Kolmeteistkümnepäevase juhuliku statistilise kontrollrühmaga kliinilise uuringu Cochrane'i ülevaates (24) võrreldi KKT tõhusust mitteravimise või muu psühhoterapiaga 18–75-aastastel ambulatoorsel ravil olevatel patsientidel, kelle põhidiagnoos oli generaliseerunud ärevushäire. Leiti, et ärevuse, muresemise ja masenduse sümptomite leevendamiseks oli KKT tõhusam kui mitteravimine/ootamine (RR = 0,64; 95% CI 0,55–0,74). Neist kuus uuringut võrdlesid KKT-d ja teisi teraapiaid (toetav teraapia), erinevused kliinilises toimes ei olnud statistiliselt olulised (RR = 0,86; 95% CI 0,70–1,06). Nii alla kaheksa sessiooni kui ka pikemalt kestev psühhoterapia oli tõhusam kui mitteravimine. Teraapia pikkus ei avaldanud toimet ärevuse vähenemisele, pikemaajalisel teraapial oli aga tugevam toime muremõtete ohjamisel. Psühhoterapia oli tõhus ärevuse ja muremõtete leevendaja nii täiskasvanutel kui ka eakatel, eakatel oli toime aga mõnevõrra tagasihoidlikum kui täiskasvanud patsientidel. Ükski uuringutest ei hinnanud pikaajaseid tulemusi. Psühhoterapia kõrvaltoimeid uuringutes ei kirjeldatud.

Metaanalüüsis (25), mis hõlmas 27 juhuliku statistilist uuringut, leiti, et KKT on ärevushäirega täiskasvanud patsientide ravimisel tõhusam kui platseebo (OR = 4,00; 95% CI 2,94–5,44). Kahes uuringus leiti, et KKT on mõõduka toimega generaliseerunud ärevushäirega patsientidel (Hedges' g = 0,51; 95% CI 0,05–0,97; z = 2,16; p = 0,03). Viies uuringus leiti, et KKT on võrreldes platseeboga väikese kuni mõõduka toimega paanikahäire ravimisel (Hedges' g = 0,35; 95% CI 0,04–0,65; z = 2,24; p = 0,03).

Metaanalüüsis (26), mis hõlmas 108 juhuslikustatud kliinilist uuringut, võrreldi KKT ja muude teraapiate tõhusust (ekspositsiooniteraapia, lõõgastusharjutused) erinevate ärevushäirete ravimisel. Keskmise kaalutud efekti suurus generaliseerunud ärevushäire ravimisel eri sekkumiste kasutamisel oli järgmine: ainult KKT kasutamisel 2,06, KKT kombineerimisel lõõgastusteraapiaga 2,08, KKT kombineerimisel ekspositsiooniteraapiaga 2,02, KKT kombineerimisel lõõgastus- ja ekspositsiooniteraapiaga 1,54, lõõgastus- ja ekspositsiooniteraapia kombineerimisel 1,72. Keskmise kaalutud efekti suurus paanikahäire ravimisel kasutades erinevaid sekkumisi oli järgmine: ainult KKT puhul 1,37, KKT kombineerimisel lõõgastusteraapiaga 0,72, KKT kombineerimisel ekspositsiooniteraapiaga 1,97, KKT kombineerimisel lõõgastus- ja ekspositsiooniteraapiaga 1,52, lõõgastus- ja ekspositsiooniteraapia kombineerimisel 2,11. Kokkuvõttes oli KKT toime generaliseerunud ärevushäire ravimisel tugevam kui teiste teraapiate toime, paanikahäire korral olid tõhusad lõõgastus- ja ekspositsiooniteraapiad.

Metaanalüüsis (27), mis hõlmas 56 juhuslikustatud kontrollrühmaga kliinilist uuringut, hinnati KKT toimet ärevuse sümptomite leevendamisel. KKT vähendas paanikahäirega patsientidel paanikahoogude sagedust (SMD = 1,01; 95% CI 0,77–1,25), vältivkäitumist (SMD = 0,83; 95% CI 0,60–1,06), hirmutunnet (SMD = 1,23; 95% CI 0,92–1,54), masendust (SMD = 1,0; 95% CI 0,86–1,17), üldist ärevustunnet (SMD = 1,02; 95% CI 0,77–1,26). Generaliseerunud ärevushäirega patsientidel leevendas KKT üldist ärevustunnet (SMD = 0,92; 95% CI 0,77–1,07) ja masendust (0,89; 95% CI 0,70–1,07).



Kahes kliinilises uuringus (28, 29) võrreldi KKT-d psühhodünaamilise teraapiaga. KKT-l oli mõõdukas tõhususe eelis psühhodünaamilise teraapia ees nii raviarsti kui ka patsiendi hinnatud ärevuse (SMD = -0,46; 95% CI -0,90 kuni -0,02; SMD = -0,45; 95% CI -0,81 kuni -0,08) ja depressiooni skoorides (SMD = -0,76; 95% CI -1,21 kuni -0,31). See statistiliselt oluline mõju ei püsinud kuue kuu pärast tehtud järeluuringu ajal (SMD = -0,33; 95% CI -0,85 kuni 0,19).

Kliiniliste uuringute metaanalüüsis (30) hinnati KKT toimet muremõtetele generaliseerunud ärevushäirega patsientidel. Leiti, et KKT toime oli noorematel isikutel tugevam (mõju tugevus -1,69) kui eakatel (mõju tugevus -0,82). Kõikides vanuserühmades püsis toime ka aasta pärast teraapiat, mistõttu on KKT tõhus generaliseerunud ärevushäire relapsi vältimisel. Individuaalne KKT oli tõhusam kui rühmateraapia (mõju tugevus vastavalt -1,72 ja -0,91). Kliiniliste uuringute

metaanalüüsis (Mitte, 2005) uuriti paanikahäirega patsientide seas KKT tõhusust võrreldes käitumisraviga. Leiti, et KKT on tõhusam kui käitumisravi ja KKT kombineerimine käitumuslike sekkumistega oli tõhusam kui kumbki ravi eraldi.

Süstemaatilises ülevaates (31) hinnati KKT ja farmakoteraapia kombinatsioonravi tõhusust. Kolmes kliinilises uuringus olid paanikahäirega ja ühes generaliseerunud ärevushäirega patsiendid. Leiti, et kombineeritud ravi oli tõhusam kui ainult KKT või farmakoteraapia. KKT lisamine farmakoteraapiale andis paanikahäirega patsientide puhul kauem kestva ravitoime.

Juhuslikustatud kontrolluuringute metaanalüüsis (32) võrreldi KKT tõhusust farmakoteraapiaga täiskasvanud ärevushäirega patsientidel. Kokku oli uuringuid 21 (n = 51 266). Leiti, et KKT oli igasuguse ärevushäirega patsientide seas tõhusam kui farmakoteraapia (SMD = 0,25, 95% CI 0,02–0,55). Paanikahäirega patsientide puhul (üheksa uuringut) oli KKT oluliselt tõhusam kui farmakoteraapia (SMD = 0,50, 95% CI 0,02–0,98); generaliseerunud ärevushäirega patsientide seas (üks uuring) oli samuti KKT tõhusam kui farmakoteraapia (SMD = 0,88 (95% CI -0,04 kuni 1,80).

12		<p>Ärevushäirega patsiendile, kellel on tugevalt väljendunud ärevushäire sümptomaatika ja/või sellest tulenevalt on häiritud sotsiaalne toimimine, lisage eneseabile koheselt psühhoterapia või farmakoloogiline ravi.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
13		<p>Ärevushäirega patsiendil võite farmakoteraapiat ja psühhoterapiat kombineerida juhtudel, kui kumbki eraldi ei ole olnud tõhus, ärevushäire sümptomaatika on väljendunud, on olnud korduvad häire ägenemised või kaasuvad teised psüühikahäired.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>

Tolini jt 2017. aasta väga madala kvaliteediga metaanalüüsis (33) uuriti, kuivõrd tõhus on KKT lisamine farmakoteraapiale (kas samaaegselt või ebaõnnestunud KKT-kuuri järel) ja hinnati ravimite võimet KKT-d tõhustada. Metaanalüüsi kaasati 68 topeltpimedat juhuslikustatud kontrolluuringut depressiooni ja

ärevushäirega patsientide seas (osalejate arvu artikli täistekstis ei esitatud). Uuringute kestus varieerus ja täpseid uuringute kaasamise kriteeriume täistekstis ei esitatud. Analüüsist selgus, et antidepressandid ja anksiolüütikumid ei penda püsivalt või märkimisväärselt KKT mõju ärevus- või depressioonihäirega patsientidel ($g = 0,90$; 95% CI 0,39–1,41). Antidepressandi lisamine KKT-le andis väikse eelise KKT-monoteraapia ees ravi järel, eelis kadus ravimi tarvitamise lõpetamisel. Anksiolüütikumi samaaegne kasutamine andis ärevushäire ravis parema tulemuse kui muude häirete puhul.

Bandelow jt 2015. aasta metaanalüüsis (34) võrreldi farmako-, psühhoteraapia ja nende kombinatsiooni tõhusust (ravimitest kasutati uuringutes peamiselt bensodiasepiine, monoamiini oksüdaasi inhibiitoreid ja tritsüklilisi antidepressante). Analüüsi kaasati 234 juhuslikustatud kontrolluuringut ($n = 37\,333$) paanikahäire (agorafobiaga või ilma), generaliseerunud ärevushäire või sotsiaalärevushäire diagnoosiga patsientidel (vastavalt 1980. aastast pärinevale *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) klassifikatsiooni kolmandale või hilisematele versioonidele). Uuringute keskmine kestus oli ravimiuuringutel $9,2 \pm 4,4$ nädalat, psühhoteraapia korral $12,4 \pm 5,5$ nädalat, psühhodünaamilise teraapia korral $21,0 \pm 11,4$ nädalat. Otsestes võrdlustes osutus KKT märkimisväärselt tõhusamaks kui nn ootejärjekord ($d = 1,23$; 95% CI 1,02–1,45), psühholoogiline platseebo ($d = 0,75$; 95% CI 0,34 kuni 1,16) või ravimplatseebo ($d = 0,57$; 95% CI 0,20 kuni 0,94).

- Värskeimas, 2019. aasta ülevaateartiklis (35) võeti kokku eelneva viie aasta teadusuuringud ärevushäire ravi kohta. Läbi vaadati 19 süstemaatilist ülevaadet koos metaanalüüsidega või ilma ($n = 88\,000$). Ülevaatesse kaasatud uuringute kestus oli väga erinev. Tõendusmaterjali kohaselt on veebipõhine teraapia teostatav ja tõhus ravivõimalus. Terapeudi juhendatud silmast silma teraapia oli kliiniliselt tõhusam võrreldes arvuti juhendatud teraapiaga. Kasu varieerus sõltuvalt ärevushäire tüübist.
- Füüsiline aktiivsus: liikumisharjutused olid tõhusad, sõltumata tüübist ja füüsilise aktiivsuse intensiivsusest, samas oli ainult treening vähem tõhus kui antidepressantravi.


Ärevushäirete astmelise ravi mudel oli (kulu)tõhusam kui tavaravi, seega aitab mudel vähendada teenusepakkuja koormust ja suurendada kättesaadavust.

Üldiselt ei erinenud psühhoteraapiate mõju ravimplatseebost. Mitte ainult psühhoteraapia, vaid ka ravimid ja väiksemal määral platseebo näitasid sarnast püsivat mõju ärevushäire parenemisele.

Tõendusmaterjali läbivaatuse käigus leidis töörühm, et psühhoteraapia, ravimite või nende kahe kombinatsiooni valimise üle peaks otsustama arst koos patsiendiga, kuna ravimitel esineb kõrval- ja koostoimeid ning vastunäidustusi. Lisaks peab võtma arvesse ravi maksumust, ootejärjekorda ja kuuri pikkust. Patsiente peab teavitama eri ravivõimaluste ravieelsest ja -järgsest mõjust, samuti kasu ja riski suhtest.

Tõendusmaterjalina kasutatud metaanalüüside tulemuste ja kvaliteedihinnangute kokkuvõtte on esitatud tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelis nr 2 (vt www.ravijuhend.ee).

Tõendusmaterjali kvaliteet varieerus väga madalast madalani. Selle kliinilise küsimuse kontekstis oli sekretariaadi hinnangul kokkuvõttes tegemist väga madala astme tõendusega. Olenemata sellest andis töörühm kaks tugevat soovitus, tuginedes lisaks teaduslikule tõendusmaterjalile töörühma kuulunud spetsialistide praktilisele kogemusele. Leiti, et kuna kahe raviviisi kombineerimine ei tekita patsiendile kahju, on üleminek kombineeritud ravile soovitus nimetatud juhtudel näidustatud. Töörühma mõttekäigu kokkuvõtte koos (tõendus)materjaliga on esitatud soovituse koostamise tabelis nr 2 (vt www.ravijuhend.ee).

14		<p>Ärevushäirega patsiendi ravis eelistage psühhoteraapiatest kognitiiv-käitumisteraapiat.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
----	---	--

Algses, 2014. aastal koostatud ravijuhendis anti praktiline soovitus kognitiiv-käitumisteraapia (KKT) kasutamise kohta. Kuna nii mujal maailmas kui ka Eestis on seda raviviisi kasutavate spetsialistide arv aja jooksul suurenenud, soovis töörühm teada, kas on lisandud ka raviviisi toetavat teaduslikku tõendusmaterjali.

Cochrane'i 2016. aasta süstemaatiline ülevaade ja metaanalüüs (36) võrdles kaheksat erinevat psühhoteraapiavormi (toetav psühhoteraapia, psühholoogilised teraapiad, käitumisteraapia, kognitiivteraapia, kognitiiv-käitumisteraapia jt) kolme kontrolltegevusega (ravita, ootejärjekord, tähelepanu/psühholoogiline platseebo) paanikahäire (agorafobiaga või ilma) ravis. Valimisse kuulus 54 juhuslikustatud kontrolluuringut (n = 3021). Uuringus osutus KKT teistest teraapiatest tulemuslikumaks, samas oli selle mõju väike või kliiniliselt mitteoluline. Uuringust selgus, et KKT ja pühhodünaamilised teraapiad andsid

kauem kestva ravitulemuse (jälgimisperioodil 12 kuud; OR = 1,25, 95% CI 0,37–4,17), kuid erinevus sekkumiserühmade vahel ei olnud statistiliselt oluline.

Teises Cochrane'i 2016. aasta süstemaatilises ülevaates (37) võrreldi terapeudi juhendatud internetipõhist kognitiiv-käitumisteraapiat (IKKT) kolme muu sekkumisega (ootejärjekord, aeg-ajalt osutatav tähelepanu, informatsioon või *online*-vestlusring; juhendamata KKT (st eneseabi); silmast silma KKT eri diagnoosiga (paanikahäire, agorafobia, sotsiofoobia, posttraumaatiline stressihäire, äge stressihäire, generaliseerunud ärevushäire, obsessiiv-kompulsiivne häire, spetsiifiline foobia) patsientidel ärevuse sümptomite vähendamiseks 38 juhuslikustatud kontrolluuringu põhjal (n = 3214 osalejat).

Autorid järeldasid, et terapeudi juhendatud IKKT on tulemuslikum kui ootejärjekord, tähelepanu, informatsiooni või *online*-vestlusring. Juhendamata KKT ja juhendatud IKKT tulemuste vahel olulist erinevust ei täheldatud. Neid tulemusi peab aga ebatäpsuse tõttu tõlgendama ettevaatusega. Uuringust selgus, et ärevuse vähendamises ei pruugi juhendatud IKKT oluliselt erineda silmast silma KKT-st.


Kolmandas Cochrane'i 2013. aasta metaanalüüsis (38) võrreldi KKT-d meedia vahendusel (nt arvutiprogramm, raamat, kassett) sekkumisega või silmast silma psühhoterapiiaga. Metaanalüüsi kaasati 101 juhuslikustatud kontrolluuringut (n = 8403). Analüüs näitas kontaktpsühhoterapiate eeliseid. Samas tunnistasid autorid, et tõendusmaterjal oli väga madala kvaliteediga. Metaanalüüsi autorid järeldasid, et eneseabi võib olla kasulik neile, kes ei saa kasutada teisi ravivõimalusi.

Tõendusmaterjalina kasutatud metaanalüüside tulemuste ja kvaliteedi-hinnangute kokkuvõtte on esitatud tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelis nr 1 (vt www.ravijuhend.ee).

Tõendusmaterjali kvaliteet varieerus madalast väga madalani. Selle kliinilise küsimuse kontekstis oli sekretariaadi hinnangul tegemist väga madala astme tõendatusega. Seetõttu andis töörühm nõrga soovitusel. Kuna teisi eespool kirjeldatud uuringutes rakendatud tulemuslikke raviviise Eestis veel laialdaselt ei kasutata, ei saa neid praegu ka KKT kõrval või asemel soovitada.

Töörühma mõttekäigu kokkuvõtte koos (tõendus)materjaliga on esitatud soovitusel koostamise tabelis 1 (vt www.ravijuhend.ee).

Ehkki töörühma hinnangul on iga patsiendi ravivajadus ja -maht individuaalne, soovitatakse paanikahäirega patsiendile planeerida ravi vähemalt kaheksa korda ning ärevushäirega patsiendile 12 korda. Töörühm pidas oluliseks rõhutada, et ravivastust tuleb hinnata nii ravi käigus (pidevalt) kui soovitusliku pikkusega ravi lõpus, et koos raviviisi (KKT) kasutanud spetsialistiga otsustada, kas on vaja ravi jätkata.

15		Ärevushäirega patsiendi vastuvõtu võite vastastikusel kokkuleppel teha telekommunikatsiooni vahendeid kasutades. <i>Praktiline soovitus</i> [UUS 2020]
----	---	---

2020. aastal tekkis koroonaepeideemiast tingitud eriolukorras vajadus kasutada patsientidega suhtlemisel rohkem telekommunikatsioonimeetodeid (telefoni-, videokõned jm). Töö käigus selgus, et teatud juhtudel võib patsient eelistada sellist suhtlemisviisi tavapärasele kontaktvastuvõtule, näiteks kui tema transpordija/või rahalised võimalused on piiratud. Samuti võib mõnel ärevushäirega patsiendil olla oma haiguse tõttu raske kodust väljuda ja kontaktvastuvõtule tulla. Oma tavapärasel keskkonnas, olles telefoni või arvuti vahendusel arstiga näiteks videosilla kaudu ühenduses, võib patsient tunda vähem ärevust. See võib omakorda aidata kaasa patsiendi ja arsti vahel usaldusliku suhte tekkimisele ning edaspidi patsiendi jaoks kontaktvastuvõtule tuleku lihtsamaks muuta.

Töörühma hinnangul võiks telekommunikatsioonivahendite kasutuselevõtt ärevushäirega patsientide jaoks ravi kättesaadavust parandada. Suhtlemisviisi valiku võiks jätta patsiendi ja arsti ühiseks otsuseks. Praktilisele kogemusele tuginedes soovitab tööühm üldjuhul esimesel korral kohtuda patsiendiga silmast silma (kontaktvastuvõtul), samas ei saa seda haiguse eripärast tulenevalt kohustuslikuks muuta.



Farmakoterapia

Milline ravim määrata esimesena?

Ärevushäire farmakoloogilise ravi vajaduse ilmnemisel tuleb alustada antidepressantidega. Esmavaliku preparaatideks on selektiivsed serotoniini tagasihaarde inhibiitorid (SSTI) või serotoniini-noradrenaliini tagasihaarde inhibiitorid (SNTI). Bensodiasepiine ei ole soovitatav ravi alustamiseks monoterapijana kasutada. Samuti ei sobi bensodiasepiinid pikaajaliseks kasutamiseks, sest need soodustavad tolerantsuse ja sõltuvuse kujunemist (vt tabel 3).

Kliinilised uuringud on näidanud, et kõik kasutusel olevad antidepressandid on ligikaudu võrdse tõhususega. Niisiis arvestatakse ravimi valikul eelkõige ravimi hinda ja kõrvaltoimete hulka, mida on SSTI-de ja SNTI-de puhul vähem kui teiste antidepressantide kasutamisel.

Antidepressantide toime kujuneb välja 2–8 nädala jooksul pärast ravikuuri algust, kõrvaltoimed võivad aga avalduda juba pärast esimese annuse manustamist. Seetõttu tuleb ravi alustada ettevaatlikult ja suurendada annust vastavalt talutavusele ja toimele. Näiteks kasutatakse paanikahäire ravimisel ravi alguses poole väiksemaid annuseid kui depressiooni ravimisel, sest patsientide tundlikkus ravimi aktiveeriva toime suhtes on enam väljendunud. Lisas 3 on esitatud sobivate ravimite valik, annustamine, kõrval- ja koostoimed.

16		Ärevushäirega patsiendile määrake farmakoloogilise ravi vajadusel esmavalikuna antidepressant, eelistades seda anksiolüütikumile. <i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i>
17		Ärevushäirega patsiendile määrake esmavalikuna ravim selektiivse serotoniini tagasihaarde inhibiitorite (SSTI) või serotoniini ja noradrenaliini tagasihaarde inhibiitorite (SNTI) ravimirühmast. <i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>

Metaanalüüsis (39) hinnati paanikahäireravis kasutatavate antidepressantide keskmiseks standardiseeritud efekti suuruseks võrreldes platseeboga 0,55 (kaasatud üheksa juhuslikustatud platseebovõrdlusega kliinilist uuringut) ja

anksiolüütikumidel 0,4 (kaasatud 13 juhuslikustatud platseebovõrdlusega kliinilist uuringut). Ravi katkestanuid oli antidepressantravi saanud rühmas 25,4%, bensodiasepiinravi saanud rühmas 13,1% ja platseeborühmas 32,5%. KKT keskmine standardiseeritud raviefekt võrreldes kontrollrühmaga oli 0,63, ravi katkestajaid oli KKT rühmas 5,6% ja kontrollrühmas 7,2%. Tulemused näitasid, et nii farmakoteraapia kui ka KKT on tõhusamad kui ravimata jätmine. KKT tõhusus oli parim ja katkestajate hulk väiksem.

Platseebovõrdlusega kliinilises juhuslikustatud uuringus (40) võrreldi venlafaksiin- ja diasepaamravi tõhusust generaliseerunud ärevushäire ravis. Statistiliselt olulist erinevust ärevuse vähenemisel ei esinenud. Kõrvaltoimete tõttu esines ravi katkestamist venlafaksiini saanud ravirühmas sagedamini kui diasepaamirühmas (RR = 4,81; 95% CI 1,18–19,53).

34 juhuslikustatud platseebovõrdlusega kliinilise uuringu ülevaates (41) võrreldi tritsüklilisi antidepressante ja SSTI-d paanikahäire korral. Ravi järel olid tritsüklilisi antidepressante saanud ravirühmas paanikahoogudest vabad 60% ja SSTI-d saanud rühmas 55% patsientidest. Statistiliselt olulist erinevust ei esinenud. Küll aga oli ravi katkestajaid tritsüklilisi antidepressante saanud ravirühmas rohkem (31%) kui SSTI rühmas (18%) ($p < 0,001$).

Kahes juhuslikustatud platseebovõrdlusega kliinilises uuringus (42, 43) võrreldi estsitalopraam- ja paroksetiinravi tõhusust generaliseerunud ärevushäire ravis. Esines statistiliselt oluline erinevus Hamiltoni ärevuse skaala (*Hamilton anxiety rating scale*, HAM-A) skoori vähenemises estsitalopraami kasuks võrreldes paroksetiiniga. Paroksetiini saanud ravirühmas oli ravi katkestamine kõrvaltoimete tõttu suurem, kuid see ei olnud statistiliselt oluline.

Estsitalopraam- ja venlafaksiinravi tõhusust generaliseerunud ärevushäire ravis võrdles üks juhuslikustatud platseebovõrdlusega kliiniline uuring (44). Ärevuse vähenemises erinevusi ei leitud, venlafaksiini saavas ravirühmas oli suurem ravi katkestajate hulk, mis osutus statistiliselt mitteoluliseks (RR = 0,54; 95% CI 0,25–1,16).

Duloksetiin- ja venlafaksiinravi tõhusust generaliseerunud ärevushäire ravis võrdlesid kaks juhuslikustatud platseebovõrdlusega kliinilist uuringut (45, 46). Ärevuse vähenemises erinevusi ei leitud. Samuti oli venlafaksiini saavas ravirühmas statistiliselt mitteoluline suurem ravi katkestajate hulk (RR = 1,18; 95% CI 0,78–1,77).

Millal kasutada polüfarmakoteraapiat ja millist kombinatsiooni eelistada?

Ärevushäire esmane farmakoloogiline ravi on monoterapia SSTI või SNTI-dega. Mitme psühhofarmakoni kasutamine ärevushäire ravis võib osutuda vajalikuks, kui ei ole saadud ravivastust kahele erinevale ravikuurile SSTI või SNTI-ga. Sellisel juhul võib kaaluda ravimite lisamist teistest ravimirühmadest (bensodiasepiinid, antikonvulsandid, atüüpilised antipsühhootikumid). Kasutada võib ainult ravimite ohutuid kombinatsioone, millel ei ole teineteisele vastunäidustusi (näiteks SSTI või SNTI koos bensodiasepiiniga; SSTI või SNTI koos antikonvulsandiga, SSTI või SNTI koos atüüpilise antipsühhootikumiga).

Tuleb silmas pidada, et bensodiasepiinide, tümestabilisaatorite ja antipsühhootikumidega ravitoime võimendamise kohta on vähe tõenduspõhist materjali ning kombineerimisel on kõrvaltoimete tekkimise risk suurem.





Vastunäidustatud on monoamiini oksüdaasi (MAO) inhibiitorite kombineerimine SSTI, SNTI, tritsüklilise antidepressandi või buspirooniga. Samuti ei soovitata suure kõrvaltoimete riski tõttu SSTI või SNRI kombineerimist tritsüklilise antidepressandiga.


Antipsühhootikumide kasutamist võib kaaluda raviresistentsete haigusjuhtude korral. Ärevushäirete ravis ei soovitata nende rutiinset kasutamist, sest puudub piisav tõendusmaterjal, et antipsühhootikumide lisamine kasutatavale ravimile võimendaks ravitoimet ja kasulikkus ületaks kõrvaltoimetest tulenevaid kahjusid.

Bensodiasepiine võib kombineerida antidepressantidega ravi alguses lühikest aega (4–6 nädalat). Tugevalt väljendunud ärevuse korral annab see kiirema ravivastuse. Eelistada tuleb anksiolüütikumide kasutamist ravikuurina, mitte vajaduspõhiselt. Ravivastuse ilmnemisel ei tohiks ravi bensodiasepiinidega kesta üle kuue nädala, sest bensodiasepiinide kasutamine on seotud tolerantsuse ja sõltuvuse kujunemise riskiga. Alati tuleb patsienti teavitada bensodiasepiinide pikaajalise kasutamise riskidest. Tabelis 3 on esitatud bensodiasepiinide pikaajalise kasutamise riskid.




Tabel 3. Bensodiasepiinide pikaajalise kasutamise riskid

1.	Kõik bensodiasepiinid halvendavad keskendumisvõimet, mälu ja kognitiivset võimekust. Mälu halvenemist esineb sagedamini suuremate annuste kasutamisel, pikaajalisel kasutamisel ja eakatel inimestel.
2.	Kõik bensodiasepiinid põhjustavad sedatsiooni ja väsimust. Ärevus võib suureneja ja ravi katkestamisel võivad tekkida ärajäämanähud.
3.	Bensodiasepiinide pikaajalisel kasutamisel tekib tolerantsus ja sõltuvus.
4.	Ärajäämanähte, ärevuse suurenemist ja sõltuvust esineb sagedamini lühikese ning keskmise toimeajaga bensodiasepiinide kasutamisel.
5.	Eakatel inimestel võib bensodiasepiinide kasutamisel tekkida psühhomotoorseid häireid (sh ataksia, nõrkus) ning esineda sagedamini kukkumisi ja luumurde.
6.	Pikaajaline bensodiasepiinide kasutamine viitab halvale ravi-tulemusele.

18		Ärevushäirega patsiendi farmakoterapias eelistage mono-terapiat ravimite kombineerimisele. <i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i>
19		Ärevushäirega patsiendil, kellel farmakoloogilise ravi vastus on puudulik, suurendage ravimi annust kuni maksimaalse talutava annuseni. <i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
20		Ärevushäirega patsiendil, kellel ei ole 8–12 nädala jooksul ravimi maksimaalse lubatud ja talutava annuse kasutamisel saavutatud ravivastust, vahetage ravim mõne muu esmavaliku ravimi vastu (SSTI, SNTI rühmast). <i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
21		Ärevushäirega patsiendil jätkake ravi antidepressandiga vähemalt kuus kuud pärast esmase ravivastuse saavutamist. <i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i>

22		<p>Ärevushäirega patsiendile, kellel monofarmakoteraapia vähemalt kahe erineva antidepressandiga maksimaalses lubatud ja talutavas annuses ning soovitatud kuuri pikkusega ei ole tulemust andnud, võite määrata polüfarmakoteraapia.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
----	---	---

Polüfarmakoteraapia üks võimalustest on antidepressandile bensodiasepiini (BZD) lisamine. Mitu ravijuhendit, metaanalüüsi ja süstemaatilist ülevaadet näitavad, et BZD on tõhus ärevuse sümptomite leevendamisel, aga tulenevalt kõrvaltoimetest ja riskidest ei sobi pikaajaseks kasutamiseks. Töörühma hinnangul on anksiolüütikumide episoodilise ja ravikuurina kasutamise suhtes seisukohad aja jooksul muutunud ja seepärast ajakohastatakse soovitusel, rõhutades episoodilise või ravikuuri optimaalset ja/või vajalikku minimaalset kestust.

23		<p>Ärevushäirega patsiendil kaaluge ravi alustamisel või tugeva ärevuse ja agiteerituse kupeerimiseks antidepressandile lühiajaliselt bensodiasepiini lisamist.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p>
24		<p>Ärevushäirega patsiendil kasutage bensodiasepiini minimaalses efektiivses annuses vastavalt individuaalsele raviplaanile ja jälgige ravi regulaarselt.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
25		<p>Ärevushäirega patsiendil, kes saab kombinatsioonravi bensodiasepiini ja antidepressandiga, lõpetage ravivastuse saamisel ravi bensodiasepiiniga (üldjuhul 4–8 nädala pärast), et vähendada sõltuvusriski.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>

Enamikus tõendusmaterjali allikaist peetakse bensodiasepiinide (BZD) kasutamist lühiajaliseks, kui ravi kestab mõned nädalad (2–4 nädalat) (47–51) ning pikaajaliseks, kui see kestab > 3 kuu (51). Samas nimetas üks allikas lühiajaliseks 3–6-kuulist ravimikasutust (52). Ravimikasutuse kestust on oluline määratleda, kuna pikaajaline BZD kasutamine on seotud kõrvaltoimete, tolerantsuse, sõltuvuse tekke ja suurema ravikuluga (48, 51). Üks küsitlusuuring (53) (n = 1048) märkis,

et 47%-l uuritavaist tuvastati sõltuvus (SDS-skaala alusel) pärast BZD kasutamist üle ühe kuu. Suuremate annuste ja pikema kasutusaja korral esines sõltuvust enam – β -regressiooni koefitsiendid vastavalt 0,43 (95% CI 0,26–0,61) ja 0,14 (95% CI 0,09–0,19) (53). Sõltuvuse tekke vältimiseks peeti oluliseks BZD kasutuse dokumenteerimist ja patsiendi teavitamist (49, 50).

Offidani jt 2013. aasta metaanalüüs ja süstemaatiline ülevaade (54) uuris paanikahäire ravi BZD ja tritsükliliste antidepressantidega (TCA), kokku kaasati kaheksa juhuslikustatud kontrolluuringut (n = 2624) kestusega 8–24 nädalat. Analüüs näitas BZD paremust TCA ees remissiooni (RR = 1,13; 95% CI 1,01–1,27) ja kõrvaltoimete tõttu ravi katkestamise puhul (RR = 0,41; 95% CI 0,34–0,50).

Kaks metaanalüüsi käsitlesid ärevushäire ravi. Neist üks (55) võrdles ravi BZD-, SSTI- ja SNTI-rühma kuuluvate ravimitega. Kokku kaasati 23 juhuslikustatud kontrolluuringut (n = 149) kestusega 2–10 nädalat. Uuring näitas BZD-ravi paremust (Hedges' g = 0,50) SSRI- ja SNRI-ravi ees. Uuringu autorid tõid välja, et aja jooksul (aastail 1984–2015 tehtud uuringutes) BZD mõju suurus vähenes. Teises metaanalüüsis (56) uuriti kõiki ärevushäire ravis kasutatavaid ravimeid. BZD-ravi käsitlesid 15 juhuslikustatud kontrolluuringut (n = 1019) kestusega 4–12 nädalat. Analüüs näitas, et BZD-raviga saadi HAM-A muutus keskmiselt -2,29 (95% CI -3,19 kuni -1,39), samas ravi katkestamise tõenäosus oli suurem (OR = 1,43, 95% CI 1,12–1,86). Seetõttu järeldati, et BZD-d on tõhusad, kuid halvasti talutavad.


Veel ühes ülevaates (52) jõuti tõendusmaterjali ja praktilise kogemuse põhjal järeldusele, et BZD võib olla kohane valik, kui teised ravimid ei ole patsiendile sobinud, sõltuvuse tekke tõenäosus on väike ning ravi jälgitakse hoolikalt. Samas võiks ravimit siiski ettevaatuse mõttes kasutada üksnes lühiajaliselt.

Kirjeldatud uuringute tulemuste ja kvaliteedihinnangute kokkuvõte ning teemakohane lisamaterjal on esitatud tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelites nr 5 ja 6 (vt www.ravijuhend.ee).


Tõendusmaterjali kvaliteet varieerus mõõdukast väga madalani, esitatud küsimuse kontekstis hindas sekretariaat soovitusel tõendatuse astme madalaks. Sellele vaatamata andis töörühm kaks tugevat ja ühe nõrga soovitusel. Lisaks teaduslikule tõendusmaterjalile leidis töörühm praktilisele kogemusele toetudes, et ärevushäire ravis annab bensodiasepiini kasutamine koos antidepressandiga teatud juhtudel parema ja kiirema (esmasel) ravitulemuse. Samas leiti, et kuna bensodiasepiini tarvitamisel on suur tõenäosus sõltuvuse tekkeks ja selle väljakujunemise aeg


(kiirus) on väga individuaalne, on oluline kõiki bensodiasepiinravi saavaid patsiente hoolikalt jälgida. Nii anti soovitus määrata ravim minimaalses efektiivses annuses ja patsienti regulaarselt jälgida.

Töörühma mõttekäigu kokkuvõtte koos (tõendus)materjaliga on esitatud soovitusete koostamise tabelis nr 6 (vt www.ravijuhend.ee).

26		<p>Ärevushäirega patsiendile, kel esineb unehäire, võite unehäire raviks määrata lühiajaliselt (kuni neli nädalat) uinuti.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
----	---	---

Nelja juhuslikustatud platseebovõrdlusega kliinilise uuringu ülevaates (20) võrreldi atüüpiliste antipsühhootikumide lisamist generaliseerunud ärevushäirega patsientide raviskeemi, et võimendada ravitoimet. Antipsühhootikumide kasutamine oli seotud piiratud kasulikkusega (RR = 0,91; 95% CI 0,71–1,18) ja ravi suurema katkestamisega kõrvaltoimete tõttu (RR = 2,31; 95% CI 1,20–4,43). Neist ühes uuringus (57) (n = 40) lisati generaliseerunud ärevushäire baasravile (SSTI, SNTI, muu antidepressant või bensodiasepiinid) risperidoon. Teises juhuslikustatud platseebokontrollitud uuringus (58) (n = 417) võrreldi platseeboraviga ravi, milles lisati anksiolüütikumidele risperidoon. Üks juhuslikustatud platseebokontrollitud uuring (59) (n = 24) võrdles olansapiini lisamist generaliseerunud ärevushäire baasravile (fluoksetiin 20 mg) platseebo lisamisega baasravile. Ühes uuringus (60) (n = 62) jagati patsiendid juhuslikkuse alusel kahte alarühma, millest ühes võrreldi tsiprasidooni lisamist generaliseerunud ärevushäire baasravile platseeboga ja teises tsiprasidooni põhiravimina kasutamist platseeboga. Antipsühhootikumide kasutamine oli seotud piiratud kasulikkusega (RR = 0,91; 95% CI 0,71–1,18) ja ravi suurema katkestamisega kõrvaltoimete tõttu (RR = 2,31; 95% CI 1,20–4,43).

27		<p>Ärevushäirega patsient, kellel vaatamata kahele ravimeetodile (farmakoteraapia ja psühhoteeraapia) püsivad ärevussümptomid või nende sümptomite kontrollimiseks on vaja lisaks kasutada pikaajaliselt bensodiasepiine, on raviresistentse häirega – suunake ta psühhiaatri konsultatsioonile (e-konsultatsioon või vastuvõtt).</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
----	---	---

28		<p>Kui ärevushäirega patsiendil ei ole psühhiaatri e-konsultatsiooni järel tehtud ravimuudatused toonud paranemist kolme kuu jooksul, suunake ta korduvale psühhiaatri konsultatsioonile (e-konsultatsioon või vastuvõtt).</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [UUS 2020]</p>
----	---	---

Psühhiaatri konsultatsioonile (e-konsultatsioonile, kontaktvastuvõtule või vastuvõtule telekommunikatsioonivahendite vahendusel) võiks patsiendi tööühma hinnangul suunata järgmistel juhtudel:

- suur suitsiidirisk (suunata kiirkorras kontaktvastuvõtule);
- proovitud on kaht erinevat farmakoloogilist ravi(valikut), kuid ei ole saadud soovitud ravitulemust, samuti juhud, mil ravitulemus ei ole püsiv (haigusnähud vaheldumisi vähenevad või süvenevad);
- oluliselt väljendunud ärevuse kehalised sümptomid – kui perearst on hinnanud patsiendi seisundit, kuid soovib edasise ravi teemal psühhiaatriga konsulteerida või kui tal on põhjust arvata, et patsiendile on psühhiaatri arvamus oluline ja aitab veenda paremale ravikoostööle;
- vaatamata kohasele ravile on patsiendil ärevuse tõttu sotsiaalne ja tööalane toimetulek oluliselt häiritud;
- ärevushäire kahtlusega rasedad (suunata e-konsultatsioonile);
- diagnoosi täpsustamise vajadus ebaselge diagnoosi või ärevushäirega patsientide ravi vähese kogemuse korral.


Psühhiaater ravib ja jälgib ärevushäirega patsiente järgmistel juhtudel:

- raviresistentsed juhud;
- ennast vigastavad või suitsiidsed patsiendid;
- tõsiste kaasuvate haiguste/häiretega patsiendid (nt psühhootiivsete ainete väärtarvitamine, isiksushäire või ravivalikuid komplitseerivad kehalised haigused, mis ahendavad ärevushäire ravimite kasutusvõimalusi);
- ärevushäire kahtlusega lapsed ja noorukid.

Patsiendi ravivastus ja ravisoostumus ning kõrvaltoimete hindamine

Hea ravitulemuse tagab arsti ja patsiendi hea koostöö, viimane on eelduseks ka heale ravisoostumusele.

Ärevushäire ravi on pikaajaline ja ravitulemuste jälgimine tähtis. Ravitulemuste hindamisel tuleb kasutada vaatlust ja kliinilist intervjuud. Enesekohaste küsimustike kasutamise kohta ravitulemuste jälgimise eesmärgil ei ole ühtset seisukohta. Selle põhjuseks on uuringute vähesus ja nende tulemuste suur heterogeensus. Enesekohaste küsimustike kasutamine raviprotsessis võib aidata arstil paremini aru saada patsiendiga aja jooksul toimuvatest muutustest, eriti kui sama küsimustikku on kasutatud ka enne ravi algust (nt emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK-2), mis sisaldab küsimusi depressiooni ja ärevuse sümptomite kohta). Sama küsimustikku võiks kasutada patsiendi ravitulemuste jälgimiseks, et saada patsiendiga toimunud muutuste piltlik kajastus, mida vajadusel koos vaadata ja arutada.

29		Ärevushäirega patsiendil hinnake ravivastust, ravisoostumust ja ravi/ravimite kõrvaltoimeid igal visiidil. <i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]
----	---	---

Henssler jt uurisid 2018. aastal tehtud süstemaatilises ülevaates ja metaanalüüsis antidepressantravi vastust esimese 4–24 nädala jooksul ägeda depressiivse episoodi ravis. Tõendusmaterjalina kasutati depressiooni ravi käsitletud uuringuid, kuna ärevushäire ravis on kasutusel samad ravimirühmad. Kaasati üheksa juhuslikustatud platseebokontrollitud uuringut (n = 3466) (61). Uuringuis oli ravivastust hinnatud vastavalt 4., 8.–9., 10.–12., 16., 20. ja 24. ravinädalal, sh antidepressantide monoterapia korral maksimaalselt kolme kuu pärast. Ravivastus kaheksa nädalat pärast ravi alustamist oli SMD = 0,27; 95% CI 0,24– 0,30; 12 nädalat pärast ravi alustamist SMD = 2,25; 95% CI 1,58–3,19; 16 nädalat pärast ravi alustamist SMD = 0,24; 95% CI 0,09–0,40; 20 nädalat pärast ravi alustamist SMD = 0,31; 95% CI 0,12–0,51 ning 24 nädalat pärast ravi alustamist SMD = 0,34; 95% 0,18–0,50.


Samade autorite teises süstemaatilises ülevaates ja metaanalüüsis (62) uuriti antidepressantravi tõhusust alates kaheksandast ravinädalast ägeda depressiivse


episoodi ravis. Kaasati 104 juhuslikustatud platseebokontrollitud uuringut (n = 35 052). Ravivastust hinnati 8.–9., 10.–12., 16., 20. ja 24. ravinädalal. Analüüs näitas, et senise tõhusa antidepressantravi katkestamiseks ei ole põhjust, vähemasti mitte esimese 12 nädala jooksul ja pigem mitte varem kui poole aasta pärast, sest monoterapia antidepressandiga osutus platseebost kuue ravikuu jooksul läbivalt (erinevatel ajahetkedel hinnatuna) tulemuslikumaks.

De Vriesi jt 2019. aasta metaanalüüsis (63) uuriti, kas depressiooni ravis teise põlvkonna antidepressantide kasutamisel ennustab varane sümptomite vähenemine (esimese kahe nädala jooksul ravi algusest) parema ravivastuse saamist või haiguse remissiooni. Analüüsi kaasati 30 juhuslikustatud platseebokontrollitud uuringut (n = 10 365). Ravivastust hinnati 2., 6. ja 12. nädalal pärast ravi algust. Uurijad leidsid, et ravi mõju on tuvastatav juba esimese ravinädala jooksul ja paljud uuringud näitavad, et varane hea ravitulemus on seotud parema hilisema ravivastuse või haiguse remissiooniga. Niisiis on farmakoloogilise ravi reguleerimine varajase ravivastuse põhjal ennatlik.

Võttes arvesse ka erinevate ravimite tooteomadusi (infot ravimiregistrist) ja tooteomaduste kokkuvõtetes tootjate antud soovitusi, otsustas töörühm anda väga madala astme tõendusele vaatamata tugeva soovitusel. Ühest küljest võivad ärevushäirega patsiendi ravisoostumust halvendada või ka ravi katkestamiseni viia ravimite kõrvaltoimed, samas võib patsient ravi enneaegu katkestada ka juhul, kui teda häirinud sümptomid ravimi(te) toimel kiiresti taanduvad. Seetõttu leidis töörühm, et ravitulemust, -soostumust ja ravimite kõrvaltoimeid tuleb hinnata igal visiidil (sh telefoni- vm kontakti korral). Ravi alustamisel võiks seda teha 1–4-nädalase intervalliga kuni seisundi esmase stabiliseerumiseni, mis tavaliselt saabub 4.–6. nädalal pärast ravi alustamist. Edasise intervalli kohta on raske anda ühtset täpset soovitusi. Sõltuvalt patsiendi üldseisundist ja haiguse kulust võiks intervall töörühma hinnangul jääda 4–12 nädala piiresse. Vt ka soovitus nr 32.



Uuringute tulemuste ja kvaliteedihinnangute ülevaade on esitatud tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelis nr 3 (vt www.ravijuhend.ee). Töörühma mõttekäigu kokkuvõtte koos tõendusmaterjaliga (sh lisamaterjal ravimite tooteomadustest) on esitatud soovitusel koostamise tabelites nr 3 ja 4 (vt www.ravijuhend.ee).

30		<p>Ärevushäirega patsiendi ravivastuse hindamisel kasutage vaatlust ja kliinilist intervjuud.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
----	---	--

31		<p>Ärevushäirega patsiendi seisundi dünaamika hindamisel võiksite kasutada abistavaid küsimustikke (nt EEK-2). Ühe haigusperioodi vältel tuleks kasutada sama küsimustikku.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
----	---	---

Süsteemaatilises ülevaates (64) hinnati küsimustike rutiinset kasutamist ravitulemuste jälgimisel. Ülevaade hõlmas 12 juhuslikustatud kontrolluuringut, millest kümmes leiti vähene, kuid statistiliselt oluline küsimustike rutiinse kasutamise positiivne mõju lühiajalistele ravitulemustele (SMD = 0,10; 95% CI 0,01–0,19). Rutiinne küsimustike kasutamine ravitulemuste jälgimisel ei mõjutanud oluliselt pikaajalisi ravitulemusi ega ka kogu ravi pikkust.

Kuue juhuslikustatud kontrolluuringuga metaanalüüs (65) näitas, et rutiinne enesekohaste küsimustike kasutamine ravitulemuste jälgimisel parandas funktsionaalse võimekuse näitajaid nendel patsientidel, kes esialgu vastasid ravile halvasti (neli uuringut, n = 587; SMD = -0,28; 95% CI -0,47 kuni -0,10). Analüüs näitas ka, et nende patsientide rühmas, kes allusid regulaarsele jälgimisele enesekohaste küsimustike abil, oli oluliselt vähem haiguse kulu äärmusliku halvenemise juhte kui kontrollrühmas (13,6 % vs 20,1%; OR = 0,62; 95% CI 0,40–0,98).

32		<p>Ärevushäirega patsiendil hinnake ravi kõrvaltoimeid kahenädalase intervalliga esmase ravivastuseni, edasi 4–12 nädala tagant.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
33		<p>Ärevushäirega eakal patsiendil võiksite hinnata seisundit ühenädalase intervalliga ravivastuse saamiseni.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>

Töörühm soovis kõrvaltoimete hindamise sageduse küsimuse avada, et välja selgitada, kas pärast algse ravijuhendi valmimist 2014. aastal on lisandunud asjakohast teaduslikku tõendusmaterjali. Uut tõendust varasemale lisaks ei leitud, mistõttu arvestati soovitus ajakohastamisel algse ravijuhendi tõendusmaterjali.

Ühes süsteemaatilises ülevaates (20) uuriti patsiendi jälgimist ravi ajal. Leiti, et tulenevalt ravimite kõrvaltoimetest ja sobivuse hindamise vajalikkusest tuleb

ravi alguses planeerida rohkem visiite. Kõrvaltoimete tekkimisel tuleb olukorda täpsustada ja patsienti jälgida, vajaduse korral vähendada ravimi annust või vahetada ravim või ravi (nt pakkuda psühholoogilist sekkumist).

Lisaks vaadati kõrvaltoimete hindamise soovitusel ajakohastamise käigus läbi asjakohaste ravimite tooteomaduste kokkuvõtteid (sh võimalikud kõrvaltoimed) Eesti Ravimiregistris.

Et ärevushäire ravis kasutatavate ravimitega kaasneb vää- ja kuritarvitamise ja sõltuvuse tekke risk, tuleb tööühma hinnangul ravimi(te) vää- või kuritarvitamise kahtlusel patsienti hoolikalt jälgida. Silmas tuleb pidada ravimimürgistusele või ärajäämanähtudele viitavaid tunnuseid. Bensodiasepiinimürgistuse tunnusteks on sedatsioon, koordineerimise- ja tasakaaluhäired, mälu- ja kognitiivse funktsiooni häired. Bensodiasepiini ärajäämanähtudele viitavad ärevus, ärrituvus, värisemine.




Ärevus- ja sõltuvushäire koosesinemisel on ravitulemused halvemad, esineb suurem relapsi- ja suitsiidirisk. Sõltuvus- ja ärevushäirel on teineteist ägestav mõju. Sellise patsiendi ravimisel on parim nn integreeritud ravimudel, kus mõlema häirega tegeletakse korraga. Patsiendil, kellel on eeldused sõltuvuse tekkeks, on suurem tõenäosus ka ravimisõltuvuse tekkeks. Seepärast tuleb sellisel patsiendil bensodiasepiinide kasutamist võimaluse korral vältida. Samas on bensodiasepiini lühiajaline (4–6 nädalat) kasutamine siiski lubatud. Küll aga on oluline patsienti bensodiasepiini määramisel võimalikust ravimisõltuvuse tekkimise ohust informeerida.

Tähtis on patsiendiga koos arutada, millised võimalikud kõrvaltoimed teda enim häirida võivad ja selle põhjal ühiselt otsustada, millise ravimiga ravi alustada/jätkata. Kui patsient on võimalikest kõrvaltoimetest teadlik ja otsustusprotsessis osalenud, siis on tõenäoline, et ta kergekäeliselt (kohe kõrvaltoimete ilmnemisel) ravi pooleli ei jäta. Patsiendiga teema arutamise lihtsustamiseks on tööühm koostanud tabeli ärevushäire ravis enam kasutatavatest ravimitest ja nende kõrvaltoimetest (vt ravijuhendi lisa 3.2). Tabelit on võimalik vastuvõtul koos patsiendiga vaadata. Samas peab arst iga patsiendi puhul otsustama, kas sellisel viisil ravimite kõigi võimalike kõrvaltoimete kohta info jagamine on mõistlik: kas see aitab raviotsuste tegemisele kaasa või pigem tekitab/süvendab hirmu nende ees.

Ärevushäirega patsiendi ravi (sh kõrvaltoimete tekke) jälgimisel võib olla abiks teave pereliikmetelt, mistõttu võib kaaluda nende raviprotsessi kaasamist. Samas on oluline säilitada usalduslik suhe ja koostöö patsiendiga.

Arvestades teema olulisust igapäevatöös, otsustas töörühm jääda tugeva soovitusse juurde. Töörühma mõttekäigu kokkuvõtte koos vastava (tõendus)materjaliga on esitatud soovitusse koostamise tabelis 4 (vt www.ravijuhend.ee).

Eakatel on kõrvaltoimete hindamine näidustatud sagedamini, keskmiselt ühenädalase intervalliga. Eelkõige on see vajalik kaasuvate haiguste ja nende tõttu tarvitataivate ravimite koostoimete tõttu. Näiteks on eakatel inimestel antidepressantide kasutamisel suurenenud seedetrakti veritsuse risk, eriti juhul, kui ka teised tarvitataavad ravimid seedetrakti limaskestast kahjustavad.

34		<p>Ärevushäirega patsiendil, kelle puhul tekib ravimite väärarvitamise kahtlus, täpsustage olukorda patsiendi ja/ või tema pereliikmetega (küsides selleks patsiendilt loa).</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
35		<p>Ärevushäirega patsiendil, kes väärarvitab ravimeid, muutke ravi ning selgitage talle ravimi väärarvitamise ohtusid.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
36		<p>Ärevushäirega patsiendil, kelle puhul tekib ravimite väljaostmise osas kahtlusi, kontrollige seda retseptikeskusest.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>

Metaanalüüsis (66) hinnati erinevate sekkumiste mõju bensodiasepiinide tarvitamise vähendamisele. Kolmes uuringus leiti, et lihtne kirjalik sekkumine vähendas oluliselt bensodiasepiinide kasutamist eakate inimeste seas võrreldes kontrollrühmaga. Sekkumisrühmas vähenes bensodiasepiinide kasutamine ligikaudu kaks korda enam kui kontrollrühmas (RR = 2,04; 95% CI 1,5–2,8; p < 0,001). Niisamuti suurenes sekkumisrühmas ligikaudu kaks korda võimalus bensodiasepiinide kasutamise lõpetamiseks (RR = 2,3; 95% CI 1,3–4,2; p = 0,008). Kirjalikus sekkumises selgitati probleeme, kui patsient kasutab ravimeid pikka aega, rõhutati võimalikke kõrvaltoimeid, mis tekivad pikaajalisel kasutamisel, paluti patsiendil kaaluda bensodiasepiinide kasutamise vähendamist ning esitati soovitus, kuidas astmeliselt ravimit vähendada ja ravi lõpetada.

Mittesüsteematises ülevaates (67) hinnati kokku 32 uuringut, milles võrreldi kolme sekkumist (hariduslik, audit ja tagasiside, hoiatus). Hariduslikul sekkumisel paluti patsiendil kirja teel või suuliselt vähendada bensodiasepiinide

kasutamist ja anti põhisoovitused selle tegemiseks. Kõikides uuringutes vähenes bensodiasepiinide kasutamine 22–30%. Audit ja tagasiside arstidele parandas bensodiasepiinide väljakirjutamist pikaaraviasutustes. Ainult ühes uuringus kolmest saadi perearstikeskustes sama tulemus. Kõik uuringukeskused, kus saavutati oluline muutus, andsid tagasisidet suuliselt koosolekul või individuaalkonsultatsioonidel, mitte kirja teel. Arvutisüsteemi hoiatussekkumine hoiatas perearsti, kui ta määras bensodiasepiini üle 65-aastasele isikule või alustas ravi bensodiasepiiniga. Võrreldes kontrollrühmaga ei mõjutanud selline sekkumine ravimi väljakirjutamist. Teine hoiatussüsteem oli apteegis, kus apteeker võttis hoiatuse aktiveerumisel ühendust perearstiga. Selline sekkumine parandas märkimisväärselt bensodiasepiinide õiget kasutamist.

Mittesüsteemaatilises ülevaateartiklis (68) on rõhutatud, et ei ole olemas ühtegi kindlat tunnist, mille järgi tunda ära ravimit kuritarvitavat patsienti. Kirjanduse andmetel on esitatud viis küsimust otsustamiseks, kas ravimi määramine patsiendile on näidustatud või on tegemist kuritarvitamisega:

- kas ravimit kasutatakse ainult meditsiinilisel eesmärgil;
- kas ravim parandab patsiendi elukvaliteeti;
- kas arst aitab oma tegevusega patsiendil kontrollida ravimi kasutamist;
- kas ravimi kasutamismuster vastab meditsiinilisele kasutamisele (või on tegemist joobe/mürgistuse annusega)?

Kinnitavad vastused kõigile viiele küsimusele viitavad meditsiinilisele kasutamisele, negatiivsed vastused viitavad reeglina põhjendamatu või meditsiinivälisele kasutamisele. Kuritarvitajate äratundmiseks on vaja hoolikalt jälgida patsiendi ravimimürgistuse või ärajäämanähtudele viitavaid tunnuseid.

Kasutatud kirjandus

1. Puis L, Suija K, Võhma Ü, Meister T, Kivisto K, Ööpik P, Lomp Ü, Unukainen T, Joonas S. Kokkuvõtte kliinilisest auditist „Ärevushäire käsitlus esmasasandil“ Eesti Arst 2018; 97:353–6.
2. National Institute for Clinical Excellence. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. NICE; 2019.
3. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Ahdustuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim; 2019.
4. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II instrument. Ottawa (ON): AGREE Enterprise; 2017 (<https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>).
5. GRADE working group. GRADEpro GDT. Hamilton (ON): McMaster University; 2015 (<http://gradepro.org/>).
6. Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. *BMJ* 2001; 322:406–9.
7. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32:345–59.
8. Carter RM, Wittchen HU, Pfister H, *et al.* One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depress Anxiety* 2001; 13:78–88.
9. Hunt C, Issakidis C, Andrews G. DSM-IV Generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med* 2002; 32:649–59.
10. Sareen J, Jacobi F, Cox BJ, Belik SL, Clara I, Stein MB. Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Arch Intern Med*. 2006; 166:2109–16.
11. Sait Gonen M, Kisakol G, Savas Cilli A, Dikbas O, Gungor K, Inal A, Kaya A. Assessment of anxiety in subclinical thyroid disorders. *Endocr J* 2004; 51:311–5.
12. Kikuchi M, Komuro R, Oka H, Kidani T, Hanaoka A, Koshino Y. Relationship between anxiety and thyroid function in patients with panic disorder. *Prog Neuro- psychopharmacol Biol Psychiatry* 2005, 29:77–81.

13. Sanderson WC, DiNardo PA, Rapee RM, Barlow DH. Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *J Abnorm Psychol* 1990; 99:308–12.
14. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The Prevalence of Medically Unexplained Symptoms in Primary Care. *Psychosomatics* 2011; 52:263–71.
15. Pao M, Bosk A. Anxiety in medically ill children/adolescents. *Depress Anxiety* 2011; 28:40–9.
16. Siegel RS, Dickstein DP. Anxiety in adolescents: Update on its diagnosis and treatment for primary care providers. *Adolesc Health Med Ther* 2012; 3:1–16.
17. Silverman WK, Ollendick T. Evidence-Based Assessment of Anxiety and Its Disorders in Children and Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005; 34:380–411.
18. DeSousa DA, Salum GA, Isolan LR, Manfro GG. Sensitivity and Specificity of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A Community- Based Study. *Child Psychiatry Hum Dev* 2013; 44:391–9.
19. Hale WW, Crocetti E, Raaijmakers QAW, Meeus WHJ. A metaanalysis of the cross-cultural psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED). *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 52:80–90.
20. National Institute for Clinical Excellence. Generalised anxiety disorders in adults: management in primary, secondary, and community care. NICE; 2011.
21. Lucock M, Padgett K, Noble R, *et al*. Controlled clinical trial of a self-help for anxiety intervention for patients waiting for psychological therapy. *Behav Cogn Psychother* 2008; 36:541–51.
22. Sorby NG, Reavley W & Huber JW. Self help programme for anxiety in general practice: controlled trial of an anxiety management booklet. *Br J Gen Pract* 1991; 41:417–20.
23. Titov N, Andrews G, Robinson E, *et al*. Clinician-assisted internet-based treatment is effective for generalized anxiety disorder: randomized controlled trial. *Aust NZJ Psychiatry* 2009; 43:905–12.
24. Hunot V, Churchill R, Teixeira V, Silva de Lima M. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2007.
25. Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:621–32.
26. Norton PJ, Price EC. A Meta-Analytic Review of Adult Cognitive-Behavioral

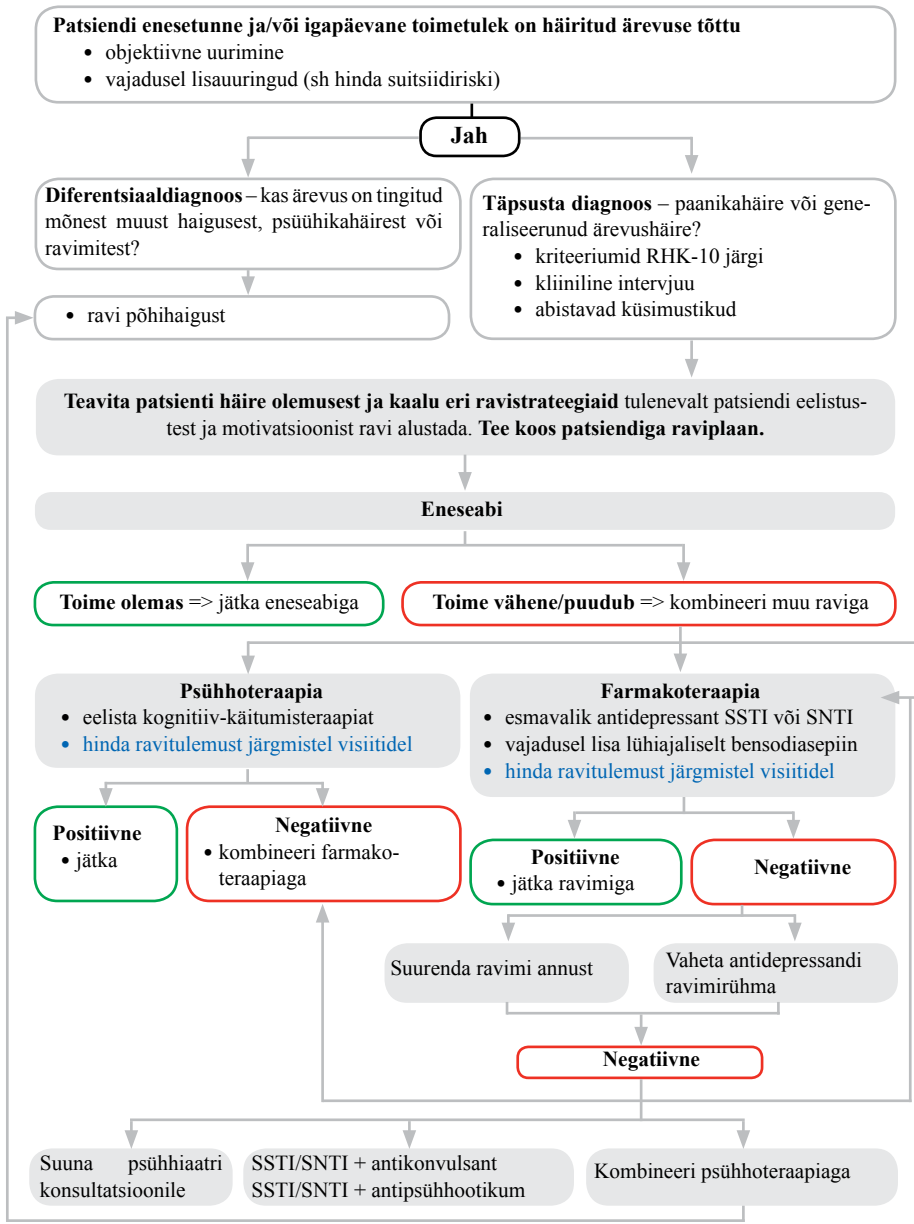
- Treatment Outcome Across the Anxiety Disorders. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195:521–31.
27. Stewart RE, Chambless DL. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: a meta-analysis of effectiveness studies. *J Consult Clin Psychol.* 2009; 77:595–6.
 28. Durham RC, Murphy T, Allan T. Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *Br J Psychiatry* 1994; 165:315–23.
 29. Leichsenring F, Salzer S, Jaeger U. Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry* 2009; 166:875–81.
 30. Covin R, Ouimet AJ, Seeds PM. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *J Anxiety Disord* 2008; 22:108–16.
 31. Edna BF, Martin EF, Moser J. Context in the Clinic: How Well Do Cognitive-Behavioral Therapies and Medications Work in Combination? *Biol Psychiatry* 2002; 52:987–97.
 32. Roshanaei-Moghaddam B, Pauly MC, Atkins DC, Baldwin SA, Stein MB, Roy-Byrne P. Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? *Depress Anxiety* 2011; 28:560–7.
 33. Tolin DF, Gretchen JD, Gilliam CM. Stepped care versus standard cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a preliminary study of efficacy and costs. *Depress Anxiety* 2011; 28:314–23.
 34. Bandelow B, Reitt M, Röver C, Michaelis S, Görlich Y, Wedekind D. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol* 2015; 30:183–92.
 35. Mangolini VI, Andrade LH, Lotufo-Neto F, Wang YP. Treatment of anxiety disorders in clinical practice: a critical overview of recent systematic evidence. *Clinics (Sao Paulo)* 2019; 74: e1316.
 36. Pompoli A, Furukawa TA, Imai H, Tajika A, Efthimiou O, Salanti G. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2016.
 37. Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, Hayden JA, Stewart SH. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2016.
 38. Mayo-Wilson E, Montgomery P. Media-delivered cognitive behavioural

- therapy and behavioural therapy (self-help) for anxiety disorders in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2013.
39. Gould RA, Otto MW, Pollack MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psych Rev* 1995; 15:819–44.
 40. Hackett D, Haudiquet V & Salinas E. A method for controlling for a high placebo response rate in a comparison of venlafaxine XR and diazepam in the short- term treatment of patients with generalised anxiety disorder. *Eur Psychiatry* 2003; 18:182–7.
 41. Bakker A, van Balkom AJLM, Spinhoven P. SSRIs vs TCAs in the treatment of panic disorder: A meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106:163–7.
 42. Baldwin DS, Huusom AKT, Maehlum E. Escitalopram and paroxetine in the treatment of generalised anxiety disorder: randomised, placebocontrolled, double- blind study. *Br J Psychiatry* 2006; 189:264–72.
 43. Bielski RJ, Bose A. A double-blind comparison of escitalopram and paroxetine in the long-term treatment of generalised anxiety disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2005; 17:65–9.
 44. Bose A, Korotzer A, Gommoll C, *et al.* Randomized placebo-controlled trial of escitalopram and venlafaxine XR in the treatment of generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2008; 25:854–61.
 45. Hartford J, Kornstein S, Liebowitz M, *et al.* Duloxetine as an SNRI treatment for generalized anxiety disorder: results from a placebo and activecontrolled trial. *Int Clin Psychopharmacol* 2007; 22:167–74.
 46. Nicolini H, Bakish D, Duenas H, *et al.* Improvement of psychic and somatic symptoms in adult patients with generalized anxiety disorder: examination from a du- loxetine, venlafaxine extended-release and placebocontrolled trial. *Psychological Medicine* 2009; 39:267–76.
 47. Baldwin DS, Polkinghorn C. Evidence-based pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005; 8:293–302.
 48. Soyka M. Treatment of Benzodiazepine Dependence. *N Engl J Med.* 2017; 376:1147–57.
 49. Valvira. Ohje bentsodiatsepiinien määräämisestä. Valvira; 2020.
 50. Dorset Clinical Commissioning Group. Benzodiazepine prescribing support pack. National Institutes of Health (NHS); 2016.
 51. Lader M. Benzodiazepines revisited – will we ever learn? *Addiction* 2011; 106:2086–2109.
 52. Strawn JR, Geraciotti L, Rajdev N, Clemenza K, Levine A. Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adult and pediatric patients: an evidence-based treatment review. *Pharmacother* 2018; 19:1057–70.
-

53. De las Cuevas C, Sanz E, de la Fuente J. Benzodiazepines: more “behavioural” addiction than dependence. *Psychopharmacology (Berl)* 2003; 167:297–303.
54. Offidani E, Guidi J, Tomba E, Fava GA. Efficacy and tolerability of benzodiazepines versus antidepressants in anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychother Psychosom* 2013; 82:355–62.
55. Gomez AF, Barthel AL, Hofmann SG. Comparing the efficacy of benzodiazepines and serotonergic anti-depressants for adults with generalized anxiety disorder: a meta-analytic review. *Expert Opin Pharmacother* 2018; 19:883–94.
56. Slee A, Nazareth I, Bondaronek P, Liu Y, Cheng Z, Freemantle N. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2019; 393:768–77.
57. Brawman-Mintzer O, Knapp RG, Nietert PJ. Adjunctive risperidone in generalized anxiety disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:1321–5.
58. Pandina GJ, Canuso C, Turkoz, *et al.* Adjunctive risperidone in the treatment of generalized anxiety disorder: a double-blind, prospective, placebocontrolled, randomized trial. *Psychopharmacol Bull* 2007; 40:41–57.
59. Pollack MH, Simon NM, Zalta AK, *et al.* Olanzapine augmentation of fluoxetine for refractory generalized anxiety disorder: a placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* 2006; 59:211–5.
60. Lohoff FW, Etemad B, Mandos LA, *et al.* Ziprasidone treatment of refractory generalized anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2010; 30:185–9.
61. Henssler J, Kurschus M, Franklin J, Bschor T, Baethge C. Trajectories of Acute Antidepressant Efficacy: How Long to Wait for Response? A Systematic Review and Meta-Analysis of Long-Term, Placebo-Controlled Acute Treatment Trials. *J Clin Psychiatry* 2018; 79(3):17r11470.
62. Henssler J, Kurschus M, Franklin J, Bschor T, Baethge C. Long-Term Acute-Phase Treatment With Antidepressants, 8 Weeks and Beyond: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized, Placebo-Controlled Trials. *J Clin Psychiatry* 2018; 79(1):15r10545.
63. de Vries YA, Roest AM, Bos EH, Burgerhof JGM, van Loo HM, de Jonge P. Predicting antidepressant response by monitoring early improvement of individual symptoms of depression: individual patient data meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2019; 214:4–10.
64. Knaup C, Koesters M, Schoefer D, *et al.* Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2009; 195:15–22.

65. Shimokawa K, Lambert MJ, Smart DW. Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78:298–311.
66. Mugunthan K, McGuire T, Glasziou P. Minimal interventions to decrease long- term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2011; 61:e573-8.
67. Smith AJ, Tett SE. Improving the use of benzodiazepines – is it possible? A non- systematic review of interventions tried in the last 20 years. *BMC Health Serv Res* 2010; 10:321.
68. White J, Taverner D. Drug-seeking behaviour. *Aust Prescr* 1997; 20:68–70.

Lisa 1. Ärevushäire kahtlusega patsiendi käsitlemise algoritm



Lisa 2.1 Abistavad küsimused ärevushäire äratundmiseks lastel ja noorukitel

- Kas laps/nooruk mureseb sageli tühisena näival põhjusel?
- Kas laps/nooruk on kurtnud kõhuvalu või kõhulahtisust, ilma et kaasneks teisi haigusele viitavaid sümptomeid?
- Kas lapsel/noorukil on esinenud perioode, mil ta käib väga sageli tualetis, kuigi analüüsid on korras?
- Kas laps/nooruk on kurtnud südameklõppimist või valu südame piirkonnas, kuigi füüsilise tegevuse ajal näib tema südametegevus täiesti korras olevat?
- Kas esineb perioode, mil laps/nooruk muutub tavalisest rahutumaks, püsimatumaks ja nutlikumaks ning vajab rohkem rahustamist?
- Kas lapsel/noorukil on esinenud äkilisi hirmusööste, millega kaasnevad kehalised kaebused ja surmahirm?
- Kas on olnud perioode, mil laps/nooruk klammerdub lähedaste külge ega lase neid hetkekski vaateväljast kaugemale?
- Kas lapsele/noorukile meeldib teiste ees esineda?
- Kas lapsele/noorukile meeldib koolis üksi tahvli ees vastata?
- Kas lapsele/noorukile meeldivad uudsed olukorrad?
- Kas laps/nooruk pabistab olukordades, kus hinnatakse tema oskusi või teadmisi?
- Kas laps/nooruk püüab vältida olukordi, milles temaealised tunnevad ennast tavaliselt hästi?

Lisa 2.2 Generaliseerunud ärevushäire diagnoosi kriteeriumid ja abistavad küsimused kliiniliseks intervjuuks

F41.1 Generaliseerunud ärevushäire diagnoosi kriteeriumid:

Patsiendil peavad avalduma ärevuse primaarsed sümptomid enamikul päevadest nädalas vähemalt mõni nädal järjest mitme kuu jooksul. Sümptomid peaksid sisaldama allpool kirjeldatud elemente.

Abistavad küsimused sümptomite täpsustamiseks

- a) ootusärevus (mured võimaliku ebaedu pärast tulevikus, nagu nõeltel oleku tunne, keskendumisraskused jne)
 - Kas Te muretsete sageli erinevate asjade pärast?
 - Kas Te muretsete sageli tuleviku pärast?
 - Mille pärast Te kõige rohkem muretsete?
 - Kui tihti Te muretsete?
 - Kas Te muretsete viimasel ajal rohkem kui tavaliselt?
 - Kui pikka aega on Teid liigne muretsemine häirinud?
 - Kas keegi on Teile öelnud, et muretsete liiga palju või ilmaasjata?
 - Kas muretsemine segab vahel keskendumist, igapäevategevusi?
 - Kas muretsemist on vahel raske lõpetada?
- b) lihaspinge (närviline nihelemine, pingepeavalu, värisemine, võimetus lõõgastuda)
 - Kui sageli Te tunnete häirivat lihaspinget, rahutust, värinaid kehas või tunnet, et ei suuda lõõgastuda?
 - Millistes olukordades Te neid vaevusi (lihaspinge, värisemine, võimetus lõõgastuda) eelkõige tunnete?
- c) vegetatiivne hüperaktiivsus (peapööritus, higistamine, tahhükardia või tahhüpnöe, epigastriaalne düskomfort, nõrkus, suukuivus, jne)
 - Kui sageli Te tunnete pearinglust, hingamisraskusi, suukuivust, nõrkust, südamepekslemist, ebamugavustunnet kõhus, higistamist?
 - Millistes olukordades Te neid vaevusi (pearinglus, südamepekslemine, suukuivus, hingamisraskused) eelkõige tunnete?

F41.0 Paanikahäire diagnoosi kriteeriumid: ühe kuu vältel esineb mitu tugevat paanikahoogu

Abistavad küsimused sümptomite täpsustamiseks:

- Kas Teil on esinenud ootamatuid tugeva ärevuse, hirmuja ebamugavusse hooge?
 - Kui sageli selliseid hooge on esinenud?
- a) Hood tekivad situatsioonis, kus ei ole reaalselt ohtu
- Millises olukorras hood tavaliselt tekivad?
 - Kas hood esinevad ka öösiti?
- b) hood ei tohi olla piiritletud mingi kindla või ettearvatava
- situatsiooniga (foobse situatsiooniga)
 - Kas hoogude teke on millegagi seotud, näiteks mõne kindla kohaga?
- c) hoogudevaheline periood peab olema suhteliselt vaba ärevuse sümptomitest, siiski on ootusärevus (hirm uue paanikahoo ees) üsna tavaline
- Kas Te tunnete ärevust ka siis, kui hoogu ei esine?

Abistavad küsimused toimetuleku täpsustamiseks – kas ja kuidas on vaevusi püütud leevendada (alkoholi, ravimite kasutamine) ja milliseid muid terviseprobleeme esineb (muuhulgas võimalikud suitsiidimõtted).

- Mis aitab Teil lõõgastuda?
- Kas Te olete lõõgastumiseks kasutanud ravimeid, alkoholi, narkootikume vms?
- Kuidas Te magate?
- Olete Te viimasel ajal meelsasti pigem üksi/omaette?
- Kellega Te oma muresid jagate? Kas Teil on usaldusisik, kellega muresid jagada?
- Kas Teie lähedased mõistavad ja toetavad Teid?

Kliinilise intervjuu lõpus

- Mida Te olete ise varem teinud, et ennast aidata?
- Kuidas mina saan Teid praeguses olukorras aidata?

Lisa 3.1. Eestis registreeritud ravimid generaliseerunud ärevushäire ja/või paanikahäire raviks

Toimeaine	Olulisemad kõrvaltoimed*	Kasutamine raseduse ^{b/} / imetamise ^c ajal	Koostoiimed teiste ravimitega	Hoiatused	Generaliseerunud ärevushäire	Annustamine Paanikahäire
Selektiivsed serotoniini tagasihäire inhibiitorid (SSTI)						
esitalopraam	Iiveldus +++, seksuaaldüsfunktsioon ++, iiveldus ++, insomnia/ agiteeritus ++, seedetrakti häired ++, suurenenud higistamine ++, tahhükardia +, müdriaas +, ninaverjooks +	Rasedus: klass C2 Imetamine: klass A	Võimalikud koostoiimed karbamasepiini, MAO-inhibitorite, metadooni, teofüllüümi, tramadooli, triptaanide, trisükliliste antidepressantidega, naisteepuna, greipfruudimahla ja mõnede mittesteroidsete põletikuvastaste vahenditega. Tsitalopraami, esitalopraami ja sertralini koostoiimed kliiniliselt väheolulised	Vastunäidustatud kasutamine koos MAO-inhibiitoritega (serotoniniisindroomi risk) ja pikenenud QT-intervalliga patsientidel. Ettevaatust glaukoomi ja ebastabiilse epilepsia korral, ravi SSTI-ga võib muuta glükeemilist kontrolli, võib tekkida hüponatreemia tingituna SIADH-st	Algannus: 10 mg/päevas Harilik annus: 10–20 mg/päevas	Algannus: 5 mg/päevas Harilik annus: 10–20 mg/päevas
tsitalopraam	Insomnia/agiteeritus ++, seksuaaldüsfunktsioon ++, pruuritus ++, müalgia ++, müdriaas +, urimepeetus +	Rasedus: klass C2 Imetamine: klass A			Eestis registreeritud Algannus: 10 mg/päevas Harilik annus: 20–40 mg/päevas	Algannus: 10 mg/päevas Harilik annus: 20–40 mg/päevas
paroksetiin	Iiveldus +++, seksuaaldüsfunktsioon ++, kolesterooli taseme tõus ++, seedetrakti häired ++, insomnia/agiteeritus ++, nägemishäired ++, higistamine ++, purpura +, ekstrapürimidaalhäired +, tahhükardia +	Rasedus: klass C1 Imetamine: klass A			Algannus: 20 mg/päevas Harilik annus: 20–50 mg/päevas	Algannus: 10 mg/päevas Harilik annus: 20–60 mg/päevas
sertralini	Iiveldus ++, vertigo ++, seksuaaldüsfunktsioon ++, insomnia/agiteeritus ++, färingiit ++, isu suurenemine/ vähenemine ++, paretsesiad/treemor ++, tahhükardia ++, müalgia ++, hüpertensioon ++, kusepeetus +	Rasedus: klass C2 Imetamine: klass A			Eestis registreeritud Algannus: 25 mg/päevas Harilik annus: 100–200 mg/päevas	Algannus: 25 mg/päevas Harilik annus: 100–200 mg/päevas

Toimeaine	Olulisemad kõrvaltoimed ^a	Kasutamise raseduse ^b /imetamise ^c ajal	Koostoitmed teiste ravimitega	Hoiatused	Annustamine	
					Generaliseerunud ärevushäire	Paanikahäire
duloksetiin	Peavalu ja unisus+++; iiveldus+++; seedetrakti häired+++; seksuaal-düsfunksioon ++; insomniia/agiteeri-dus+++; söögiisu vähenemine/kaalu langus++; tahhükardia ++; hüpertensioon++; lihaskrambid+++; saged urineerimine++; müdriaas+; maksasensitiivide tõus+; kusepeetus+	Rasedus: klass C2 Imetamine: klass B	Võimalikud koostoitmed MAO-inhibiitorite, KNS-i toimivate ravimitega, tramadooli, triptaanide, alkoholi ja naistepunaga	Vastuandustatud kasutamine koos MAO- inhibiitoritega (serotoninisündroomi risk); maksapuudulikkuse, raske neerupuudulikkuse (kreatiniini kliirens < 30 ml/min) ja kontrollimatu hüpertensiooni korral. Ettevaatust glaukoomi korral, võib tekkida hüponatremia tingituna SIADH-st; südame rütmihäirete tekke oht (eriti tahhükardia); ravi	Algannus: 30 mg/päevas Harilik annus: 60–120 mg/päevas	Eestis registreeritud näidustus paanikahäire raviks puudub
venlafaksiin	Suukuivus+++; peavalu+++; iiveldus+++; higistamine ++; seksuaal-düsfunksioon ++; insomniia/agiteeritus ++; kolesterooli tõus ++; müdriaas++; hüpertensioon++; kaalu tõus+	Rasedus: klass C2 Imetamine: klass C		Ettevaatust glaukoomi korral, võib tekkida hüponatremia tingituna SIADH-st; südame rütmihäirete tekke oht (eriti tahhükardia); ravi	Algannus: 75 mg/päevas Harilik annus: 75–225 mg/päevas	Algannus: 37,5 mg/päevas Harilik annus: 75–225 mg/päevas
Tritsüklilised antidepressandid						
klomipramiin	Kehakaalu tõus+++; antikolinergilised toimed+++; sedatsioon+++; nägemise-häired ++; seksuaal-düsfunksioon+++; higistamine+++; kuumahood++; galaktorröa ++; transaminaaside tõus++; paresteesiad+++; tahhükardia++; muutu-sed EKGs+++	Rasedus: klass C1 Imetamine: klass A	Koostoitmed MAO-inhibiitorite, levodopa, flukonasooli, terbinafiini, butiiraraside, karbamasepiini, liitiumi, naistepuna ja alkoholiga. Tsükliiliste antidepressanidega ei tohi ordineerida sümpatomimeetikume – efedriini, isoprenalini, fenüülefriini, fenüülpropanoolamiini, noradrenaliini ega adrenaliini.	Vastuandustatud kasutamine koos MAO-inhi-bitooritega (serotoniini-sündroomi risk), kitsanurga glaukoomi korral. Ettevaatust pikenenud QT-intervalli ja hiljutise müokardiinfarkti korral	Algannus: 10 mg/päevas Harilik annus: 25–150 mg/päevas	Eestis regis-treeritud näidustus general-i-seerunud ärevushäire raviks puudub

Toimeaine	Olulisemad kõrvaltoimed ^a	Kasutamine raseduse ^b / imetamise ^c ajal	Koostoi med teiste ravimitega	Hoiatused	Annustamine	
					Generaliseerunud ärevushäire	Paanikahäire
pregabaliin	Pearinglus+++; unisus +++; isu suurenemine ++; ataksia/treemor ++; hägune nägemine ++; vertigo ++; joobetunne++; kehakaalu tõus ++; antikolinergilised toimed ++; eufooria ++; ärritatavus++; nasofarüngiit ^d ; tahükardia +; lihastõmbelused +; urineerimisvõime vähenemine +	Rasedus: klass C1 Imetamine: klass B	Farmakokineetilised koostoimed ei ole tõenäolised, kuna pregabaliin eritub peamiselt muutumatul kujul uriiniga, tema metabolism on inimesel peaaegu olematu, ta ei pärsi <i>in vitro</i> ravimite metabolismi ja ei seondu plasmavalkudega	Võimalik neeru- puudulikkuse ja südamepuudulikkuse teke; vajalik korrigeerida diabeediravi. Ettevaatust entsefalopaatiaid tekitavate haiguste korral. Võimalik ravimi kuritarvitamine.	Algannus: 150 mg/ päevas Harilik annus: 150–600 mg/ päevas	Eestis registreeritud näidustus paanikahäire raviks puudub
Bensodiasepiinid						
alprasolaam	Sedatsioon ++; segasus ++, mälu häired ++; ataksia ++; hägune nägemine ++; seedetrakti häired ++; hüperprolaktineemia +; maksafunktsiooni häire +; keha-kaalu muutused +	Rasedus: klass C1 Imetamine: klass C	Koostoimed alkoholi, opioiidide, antipsühhootikumide, klopipiini, anitepileptikumide, klopipiini, nitroloksanide, klaritromütsiini, antatsiidide, ketokona-sooli ja atorvastatiimiga. Potentsseerivad hüpotensiivsete ravimite toimet.	Vastunäidustatud uneapnoe sündroomi, <i>Myasthenia gravis</i> ^e , raske hingamis- ja maksa- puudulikkuse ja suletud nurga glaukoomi korral, raseduse esimesel trimestril, imetamisel; ettevaatust KNS-i pidurdavate ravimitega ja alkoholiga; tähelepanu neeru- ja südamepuudulikkuse korral; sõltuvuse ja tolerantsuse kujunemine; võivad põhjustada antero-graadset amneesiat; ettevaatust sõltuvushäirete korral	Algannus: 0,75–1,0 mg/ päevas Harilik annus: 2–3 mg/ päevas	Algannus: 0,5–1,0 mg/ päevas Harilik annus: 2–10 mg/ päevas
diasepaam	Sedatsioon +++; lihastõrkus +++; ataksia/treemor ++; hüpotoonia ++; bradükardia ++; seedetrakti häired ++; nägemishäire ++; transaminaaside tõus +; neutropeenia +	Rasedus: klass C1 Imetamine: klass C			Algannus: 5 mg/ päevas Harilik annus: 5–30 mg/ päevas	Algannus: 5 mg/päevas Harilik annus: 5–30 mg/ päevas

lorasepaam	Sedatsioon ++++, segasus ++, lihaskõrkus ++, ataksia ++, iiveldus +. Pallude kõrvaltoimete esinemissagedus on teadmata.	Rasedus: klass C1 Imetamine: klass A	Algannus: 1,5 mg/päevas Harilik annus: 2–4 mg/päevas Harilik annus: 2–4 mg/päevas
bromasepaam	Väsimus ++, lihaskõrkus ++ Kõrvaltoimete esinemissagedus teadmata: hüpotensioon, südamepuudulikkus, unetus, vertiigo, peavalu, nägemishäired, segasus, ataksia, hingamise pärssimine, suukuivus, diarröa või kõhukinnisus	Rasedus: klass C1 Imetamine: klass B	Algannus: 3 mg/päevas Maksimaalne annus: 6–12 mg/ päevas* * <i>Uldine annustamissoovitus ärevus-seisundite raviks</i>
oksasepaam	Kõrvaltoimete esinemissagedus teadmata: uimasus, peeringlus, ataksia, peavalu, lihaskõrkus, nägemishäired, hüpotensioon, nahalööbed, fibriido langus, iiveldus, tursed, transaminaaside tõus, hallutsinatsioonid, erutus	Rasedus: klass C2 Imetamine: klass A	10–30 mg kolm kuni neli korda ööpäevas* * <i>Uldine annustamissoovitus ärevus-seisundite raviks</i>

LISA 3.2. Generaliseerunud ärevushäire ja/või paanikahäire raviks kasutatavate ravimite ülevaade

Toimeaine	Alustus- annus mg/24 h	Raviannus mg/24 h**	Võimalikud kõrvaltoimed*	Registreeritud näidustus
Selektiivsed serotoniini tagasihaarde inhibiitorid (SSTI)				
estsitalopraam	5	10–20	iiiveldus, suukuivus, kõhulahtisus, kõhukinnisus,	PH GAD
tsitalopraam	10	20–40	peavalu,	PH
paroksetiin	10	PH 20–60 GAD 20–50	pearinglus, higistamine,	PH GAD
sertraliin	25	50–200	unisus, unetus, väsimus, ejakulatsioonihäired	PH
Serotoniini ja noradrenaliini tagasihaarde inhibiitorid (SNTI)				
duloksetiin	30	60–120	peavalu, unisus, unetus, suukuivus,	GAD
venlafaksiin	37,5	75–225	iiiveldus, isutus, pearinglus, higistamine, vererõhu tõus	PH GAD
Gabapentinoidid				
pregabaliin	75	150–600	peavalu, pearinglus unisus, unetus, iiiveldus, suukuivus, eufooria, kuritarvitamine ja sõltuvus	GAD
Bensodiasepiinid				
diasepaam	5	5–20	väsimus, lihasnõrkus,	ärevus
alprasolaam	0,25	0,5–2	tasakaaluhäired,	ärevus
lorasepaam	0,5	0,5–2	segasus, unisus,	ärevus
bromasepaam	1,5	1,5–6	mälulahäired, alanenud reaktsioonikiirus, kuritarvitamine ja sõltuvus	ärevus

Tabel põhineb Eesti Ravimiameti kodulehel olevatel ravimiregistri andmetel (seisuga 23.08.2020).

* Välja on toodud kõrvaltoimed, mis ravimi omaduste kokkuvõttes on hinnatud kui väga sagedad ($\geq 1/10$) või sagedad ($\geq 1/100$ kuni $< 1/10$). Täpsemalt vt Ravimiameti humaanravimite register (<https://www.ravimiregister.ee/default.aspx?pv=HumRavimid.Otsing>)

** Raviannuse määrab arst individuaalselt.

Lühendid: PH – paanikahäire, GAD – generaliseerunud ärevushäire

Lisa 4. SCARED küsimustikud

Laste ärevushäirete küsimustik (SCARED) (8–11 aastat)

Nimi _____ Vanus _____

Olen _____ poiss _____ tüdruk

Kuupäev _____

Juhend

Allpool on laused, mis kirjeldavad inimeste enesetundeid. Loe igat lauset ning otsusta, kas see on Sinu kohta „Vale või peaaegu mitte kunagi õige?“ või „Mõnevõrra õige või mõnikord õige?“ või „Väga õige või tihti õige?“. Seejärel, märgi iga lause juures ära vastu-sevariant, mis tundub Sind viimase kolme kuu jooksul kõige paremini kirjeldavat.

	Vale või peaaegu mitte kunagi õige	Mõnevõrra õige või mõnikord õige	Väga õige või tihti õige	
1. Kui mul on hirm, siis on mul raske hingata.				PA/ SO
2. Koolis hakkab mul pea valutama.				SCH
3. Mulle ei meeldi olla koos inimestega, keda ma hästi ei tunne.				SOC
4. Kardan kodunt eemal magada.				SEP
5. Ma muretsen, kas meeldin teistele inimestele.				GA
6. Kui olen hirmunud, tekib mul tunne, et hakkam minestama.				PA/ SO
7. Ma olen närviline.				GA
8. Ma järgnen emale või isale igale poole, kuhu nad lähevad.				SEP
9. Inimesed ütlevad, et ma tundun närviline.				PA/ SO
10. Tunnen end ärevalt inimestega, keda ma hästi ei tunne.				SOC
11. Koolis hakkab mul kõht valutama.				SCH
12. Kui mul on hirm, tekib mul tunnen, et lähen hulluks.				PA/ SO
13. Ma kardan üksi magada.				SEP

	Vale või peaaegu mitte kunagi õige	Mõnevõrra õige või mõnikord õige	Väga õige või tihti õige	
14. Ma muretsen, et ma ei ole nii tubli kui teised lapsed.				GA
15. Kui mul on hirm, siis tunduvad asjad mulle ebareaalsetena.				PA/ SO
16. Ma näen õudusunenägusid sellest, et mu vanematega juhtub midagi halba.				SEP
17. Ma muretsen kooli mineku pärast.				SCH
18. Kui mul on hirm, siis mu süda lööb kiiresti.				PA/ SO
19. Ma hakkam värisema.				PA/ SO
20. Ma näen õudusunenägusid sellest, et minuga juhtub midagi halba.				SEP
21. Ma muretsen, kas asjad lähevad nii nagu ma loodan.				GA
22. Kui mul on hirm, siis higistan palju.				PA/ SO
23. Ma olen muretseja.				GA
24. Ma hakkam täiesti põhjusetu kartma.				PA/ SO
25. Ma kardan üksi kodus olla.				SEP
26. Mu on raske rääkida inimestega, keda ma ei tunne hästi.				SOC
27. Kui mul on hirm, siis tekib mul lämbumistunne.				PA/ SO
28. Inimesed ütlevad, et ma muretsen liiga palju.				GA
29. Mulle ei meeldi oma perest eemal olla.				SEP
30. Ma kardan, et võin saada ärevus- või paanikahoo.				PA/ SO
31. Ma muretsen, et minu vanematega võib midagi halba juhtuda.				SEP
32. Ma olen arglik inimestega, keda ma hästi ei tunne.				SOC
33. Ma muretsen selle üle, mis võib tulevikus juhtuda.				GA
34. Kui mul on hirm, siis tunnen, et mul läheb süda pahaks.				PA/ SO

	Vale või peaaegu mitte kunagi õige	Mõnevõrra õige või mõnikord õige	Väga õige või tihti õige	
35. Ma muretsen sellepärast, kas teen asju piisavalt hästi.				GA
36. Ma kardan kooli minna.				SCH
37. Ma muretsen asjade pärast, mis on juba juhtunud.				GA
38. Kui mul on hirm, siis tunnen, et mul käib pea ringi.				PA/ SO
39. Ma muutun ärevaks kui pean teiste laste või täiskasvanute ees midagi tegema (näiteks valjusti lugema, rääkima, mängima, sporti tegema).				SOC
40. Ma muutun ärevaks kui lähen peole, tantsima või kuhugi, kus on inimesed, keda ma hästi ei tunne.				SOC
41. Ma olen häbelik.				SOC

Lastel vanuses 8–11 aastat on soovitatav küsimustik täita täiskasvanu juuresolekul, kes selgitab küsimuste sisu või vajadusel vastab tekkinud küsimustele.

Tõlkinud Kätlin Juurik ja Merike Kalda
2018

Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230–6.

The SCARED is available at no cost at www.pediatricbipolar.pitt.edu under resources/instruments.

Küsimustikus kasutatud lühendid: PA/SO – paanikahäire / kehaline ärevus; SCH – kooliga seotud ärevus; SOC – sotsiaalärevus; SEP – lahtumiskartus; GA – generaliseerunud ärevus

Noorukite ärevushäirete küsimustik (SCARED) (12–18 aastat)

Nimi _____ Vanus _____

Sugu _____

Kuupäev _____

Juhend

Allpool on laused, mis kirjeldavad inimeste enesetundeid. Loe igat lauset ning otsusta, kas see on Sinu kohta „Vale või peaaegu mitte kunagi õige“, „Mõnevõrra õige või mõnikord õige“ või „Väga õige või tihti õige“. Seejärel märgi iga lause juures ära vastusevariant, mis tundub Sind viimase kolme kuu jooksul kõige paremini kirjeldavat.

	Vale või peaaegu mitte kunagi õige	Mõnevõrra õige või mõnikord õige	Väga õige või tihti õige	
1. Kui ma olen närviline, siis on mul raske hingata.				PA/ SO
2. Koolis, tööl või avalikes kohtades hakkab mul pea valutama.				PA/ SO
3. Mulle ei meeldi olla koos inimestega, keda ma hästi ei tunne.				SOC
4. Ma muutun närviliseks, kui pean kodunt eemal ööbima.				SEP
5. Ma muretsen, kas meeldin teistele inimestele.				GA
6. Kui olen ärev, tekib mul minestamise tunne.				PA/ SO
7. Ma olen närviline.				GA
8. Mul on raske lõpetada muretsemist.				GA
9. Inimesed ütlevad, et ma tundun närviline.				PA/ SO
10. Tunnen end ärevalt inimestega, keda ma hästi ei tunne.				SOC
11. Koolis, tööl või avalikes kohtades hakkab mul kõht valutama.				PA/ SO
12. Kui ma olen ärev, tekib mul tunnen, et lähen hulluks.				PA/ SO
13. Ma olen murelik, kui pean üksi magama.				SEP

	Vale või peaaegu mitte kunagi õige	Mõnevõrra õige või mõnikord õige	Väga õige või tihti õige	
14. Ma muretsen, et ma ei ole nii hea/osav kui teised inimesed.				GA
15. Kui olen ärev, siis tunduvad asjad ebareaalsetena.				PA/SO
16. Ma näen õudusunenägusid sellest, et mu perega juhtub midagi halba.				SEP
17. Ma muretsen, kui pean minema kooli, tööle või avalikku kohta.				PA/SO
18. Kui ma olen ärev, hakkab süda kiiresti lööma.				PA/SO
19. Ma hakkam värisema.				PA/SO
20. Ma näen õudusunenägusid sellest, et minuga juhtub midagi halba.				SEP
21. Ma muretsen, kas asjad lähevad nii nagu ma loodan.				GA
22. Kui ma olen ärev, siis higistan palju.				PA/SO
23. Ma olen muretseja.				GA
24. Kui ma muretsen, siis on mul raske uinuda.				GA
25. Ma ehmun ilma tõsise põhjuseta.				PA/SO
26. Ma kardan üksi kodus olla.				SEP
27. Mu on raske rääkida inimestega, keda ma hästi ei tunne.				SOC
28. Kui ma olen ärev, tekib mul lämbumistunne.				PA/SO
29. Inimesed ütlevad, et ma muretsen liiga palju.				GA
30. Mulle ei meeldi oma perest eemal olla.				SEP
31. Kui ma muretsen, siis tunnen rahutust.				GA
32. Ma kardan, et võin saada ärevus- või paanikahoo.				PA/SO
33. Ma muretsen, et minu perekonnaga võib midagi halba juhtuda.				SEP
34. Ma olen häbelik inimestega, keda ma hästi ei tunne.				SOC

	Vale või peaaegu mitte kunagi õige	Mõnevõrra õige või mõnikord õige	Väga õige või tihti õige	
35. Ma muretsen selle üle, mis võib tulevikus juhtuda.				GA
36. Kui ma olen ärev, siis tunnen, et mul läheb süda pahaks.				PA/ SO
37. Ma muretsen sellepärast, kas teen asju piisavalt hästi.				GA
38. Ma kardan üksi minna välja või rahvarohketesse kohtadesse.				PA/ SO
39. Ma muretsen asjade pärast, mis on juba juhtunud.				GA
40. Kui ma olen ärev, siis tunnen, et mul käib pea ringi.				PA/ SO
41. Ma olen närviline, kui pean olema teiste laste või täiskasvanutega ja tegema tegevusi, mille tõttu mind vaadatakse (näiteks valjusti lugemine, rääkimine, mängimine, sportimine).				SOC
42. Ma muutun ärevaks kui lähen peole, tantsima või kuhugi, kus on inimesed, keda ma hästi ei tunne.				SOC
43. Ma olen häbelik.				SOC
44. Kui ma muretsen, muutun ärrituvaks.				GA

Tõlkinud Kätlin Juurik ja Merike Kalda 2018

Angulo M., Rooks B., Sakolsky D., Goldstein T., Goldstein B., Monk K., Hickey M., Gill M., Diler R., Hafeman D., Merranko J., Axelson D., Birmaher, B. (In Press). Psychometrics of the Screen For Adult Anxiety Related Disorders (SCAARED) - A New Scale For the Assessment of DSM-5 Anxiety Disorders. *Psychiatry Research*.

The SCARED is available at no cost at www.pediatricbipolar.pitt.edu under resources/instruments.

Küsimustikus kasutatud lühendid: PA/SO – paanikahäire / kehaline ärevus; SCH – kooliga seotud ärevus; SOC – sotsiaalärevus; SEP – lahtumiskartus; GA – generaliseerunud ärevus

Lastel esinevate ärevushäirete küsimustik (SCARED) (Lapsevanemale täitmiseks)

Nimi _____ Vanus _____

Sugu _____

Kuupäev _____

Juhend

Allpool on laused, mis kirjeldavad inimeste enesetundeid. Lugege kõiki lauseid hoolikalt ja otsustage, kuivõrd see lause kehtib Teie lapse kohta „Vale või peaaegu mitte kunagi õige“, „Mõnevõrra õige või mõnikord õige“ või „Väga õige või tihti õige“. Märkige iga lause juures ära vastusevariant, mis kirjeldab Teie lapse käitumist viimase kolme kuu jooksul kõige paremini.

	Vale või peaaegu mitte kunagi õige	Mõnevõrra õige või mõnikord õige	Väga õige või tihti õige	
1. Kui mu laps tunneb hirmu, siis on tal raske hingata.				PA/ SO
2. Koolis hakkab lapsel pea valutama.				SCH
3. Lapsele ei meeldi olla koos inimestega, keda ta hästi ei tunne.				SOC
4. Laps kardab kodunt eemal ööbida.				SEP
5. Laps tunneb muret selle üle, kas ta meeldib teistele.				GA
6. Kui mu laps tunneb hirmu, siis tal tekib minestamise tunne.				PA/ SO
7. Mu laps on närviline.				GA
8. Laps järgneb mulle igale poole, kuhu ma lähen.				SEP
9. Inimesed ütlevad mulle, et laps tundub närviline.				PA/ SO
10. Laps tunneb ennast võõraste inimeste seltskonnas ärevalt.				SOC
11. Koolis hakkab lapsel kõht valutama.				SCH
12. Kui mu laps on hirmul, tekib tal tunne, et läheb hulluks.				PA/ SO
13. Laps on murelik, kui ta peab üksi magama.				SEP

14. Laps muretsseb, ta ei ole sama hea/osav kui teised lapsed.				GA
15. Hirmul olles tunduvad lapsele asjad ebareaalsetena.				PA/ SO
16. Laps näeb õudusunenägusid, et vanematega juhtub midagi halba.				SEP
17. Laps on murelik, kui ta peab kooli minema.				SCH
18. Kui lapsel on hirm, siis ta süda lööb kiiresti.				PA/ SO
19. Hirmu tundes hakkab laps värisema.				PA/ SO
20. Laps näeb õudusunenägusid, et temaga juhtub midagi halba.				SEP
21. Laps muretsseb, kas kõik läheb nii nagu ta soovib.				GA
22. Kui lapsel on hirm, siis ta higistab palju.				PA/ SO
23. Mu laps on muretseja.				GA
24. Laps ehmub tihti ilma põhjuseta.				PA/ SO
25. Laps kardab ükski kodus olla.				SEP
26. Lapsel on raske suhelda inimestega, keda hästi ta ei tunne.				SOC
27. Kui lapsel on hirm, siis tal tekib lämbumistunne.				PA/ SO
28. Inimesed ütlevad mulle, et laps muretsseb liiga palju.				GA
29. Lapsele ei meeldi perest eemal viibida.				SEP
30. Laps kardab, et tal võib tekkida paanika- või ärevushoog.				PA/ SO
31. Laps kardab, et vanematega võib midagi halba juhtuda.				SEP
32. Laps on häbelik inimestega, keda hästi ta ei tunne.				SOC
33. Laps muretsseb sellepärast, mis võib tulevikus juhtuda.				GA
34. Hirmu tundes on mu lapsel süda paha.				PA/ SO
35. Laps muretsseb sellepärast, kas ta teeb asju piisavalt hästi.				GA
36. Laps kardab kooli minna.				SCH
37. Laps muretsseb asjade pärast, mis on juba juhtunud.				GA

38. Kui mu laps on hirmul, tekib tal tunne, et pea käib ringi.				PA/ SO
39. Laps muutub närviliseks, kui ta koos teiste laste või täiskasvanutega teeb tegevusi, mille tõttu teda vaadatakse (näiteks valjusti lugemine, rääkimine, mängimine, sportimine).				SOC
40. Mu laps on närviline, kui ta läheb peole, tantsima või kuhugi, kus on inimesed, keda ta hästi ei tunne.				SOC
41. Mu laps on häbelik.				SOC

Tõlkinud Kätlin Juurik ja Merike Kalda 2018

Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230–6.

The SCARED is available at no cost at [www.pediatricbipolar.pitt.edu under resources/instruments](http://www.pediatricbipolar.pitt.edu/under/resources/instruments).

Küsimustikus kasutatud lühendid: PA/SO – paanikahäire / kehaline ärevus; SCH – kooliga seotud ärevus; SOC – sotsiaalärevus; SEP – lahtumiskartus; GA – generaliseerunud ärevus



9 789916 608128