

# KÜSIMUS 1

## 1. Kas ärevushäirega patsientide ravimisel kasutada esmaseks mittefarmakoloogilist ravi vsfarmakoloogilist ravi vs mõlemaid kombineerituna?

<b>POPULATION:</b>	ärevushäirega patsientidel esmaseks raviks
<b>INTERVENTION:</b>	farmakoloogiline ravi
<b>COMPARISON:</b>	mittefarmakoloogiline ravi vs farmakoloogiline ja mittefarmakoloogiline ravi kombineerituna
<b>MAIN OUTCOMES:</b>	<p>Ärevus - Puhta generaliseerunud ärevushäirega populatsioon - Juhendamata biblioteraapia vs ootejärjekorras kontroll (Paremini näidatud madalamate väärtustega); Ärevus - Puhta generaliseerunud ärevushäirega populatsioon - Juhendamata kompuuter teadveloleku teraapia vs ootejärjekorras kontroll (Paremini näidatud madalamate väärtustega); Ärevus - Puhta generaliseerunud ärevushäirega populatsioon - Juhendatud cCBT (arvutiseeritud kognitiiv-käitumisteraapia) vs ootejärjekorra kontroll (Paremini näidatud madalamate väärtustega); Ärevus - Puhta generaliseerunud ärevushäirega populatsioon - Psühhoedukatsiooni grupp vs ootejärjekorra kontroll (Paremini näidatud madalamate väärtustega); Lühiajaline remissioon - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor); Lühiajaline vastus - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor); Lühiajaline remissioon (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor); Lühiajaline paranemine - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor); Lühiajaline vastus (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor); Lühiajalised väljakukkumised (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor); Lühiajaline remissioon/vastus (jälgimine: keskmiselt 12 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor); Lühiajaline paranemine mõõdetuna pideval skaalal (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor); Lühiajaline remissioon (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor); Lühiajaline vastus (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor); Lühiajalised väljakukkumised (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor); Lühiajaline paranemine mõõdetuna pideval skaalal (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor); Lühiajaline remissioon (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor); Lühiajaline vastus (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor); Lühiajalised väljakukkumised (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor); Lühiajaline paranemine mõõdetuna pideval skaalal (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor); Ärevuse ravijärgne kliiniliselt oluline paranemine - Paanikahäire - Juhendatud ICBT (Internetipõhine kognitiiv-käitumisteraapia) vs silmast silma CBT (kognitiiv-käitumisteraapia); Ärevuse kliiniliselt oluline paranemine jälgimisel - Paanikahäire - Terapeudi toetatud ICBT (Internetipõhine kognitiiv-käitumisteraapia) vs silmast silma CBT (kognitiiv-käitumisteraapia); Ravijärgne ärevusnähtude raskusaste - Paanikahäire - Terapeudi toetatud ICBT (Internetipõhine kognitiiv-käitumisteraapia) vs silmast silma CBT (kognitiiv-käitumisteraapia); Ärevusnähtude raskusaste jälgimisel - Paanikahäire - Terapeudi toetatud ICBT (Internetipõhine kognitiiv-käitumisteraapia) vs silmast silma CBT (kognitiiv-käitumisteraapia); Ravijärgne generaliseerunud ärevushäire sümptomite raskusaste - Paanikahäire - Terapeudi toetatud ICBT (Internetipõhine kognitiiv-käitumisteraapia) vs silmast silma CBT (kognitiiv-käitumisteraapia); Generaliseerunud ärevuse sümptomite raskusaste jälgimisel - Paanikahäire - Terapeudi toetatud ICBT (Internetipõhine kognitiiv-käitumisteraapia) vs silmast silma CBT (kognitiiv-käitumisteraapia); Elukvaliteet ravijärgselt - Paanikahäire - Terapeudi toetatud (Internetipõhine kognitiiv-käitumisteraapia) vs silmast silma CBT (kognitiiv-käitumisteraapia); Elukvaliteet jälgimisel - Paanikahäire - Terapeudi toetatud ICBT (Internetipõhine kognitiiv-käitumisteraapia) vs silmast silma CBT (kognitiiv-käitumisteraapia); Ärevus (mis tahes mõõde), enesehindamine ravijärgselt - täiskasvanud ärevusega - (meedia vahendatud kognitiiv-käitumisteraapia või käitumisteraapia) vs (silmast silma sekkumised); Vastus (spetsiifiline), enesehindamine ravijärgselt - täiskasvanud ärevusega - (meedia vahendatud kognitiiv-käitumisteraapia või käitumisteraapia) vs (silmast silma sekkumised); Elukvaliteet, enesehindamine ravijärgselt - täiskasvanud ärevusega - (meedia vahendatud kognitiiv-käitumisteraapia või käitumisteraapia) vs (silmast silma sekkumised);</p>
<b>SETTING:</b>	23.08.2020

## HINNANG

Problem		
Is the problem a priority?		
OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probably no <input type="radio"/> Probably yes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> Varies <input type="radio"/> Don't know	<p>Kas ärevushäirega patsientide ravimisel kasutada esmaseks mittefarmakoloogilist ravi vs farmakoloogilist ravi vs mõlemaid kombineerituna?</p> <p>Kas ärevushäirega patsientidel kasutada farmakoloogilist ravi koos mittefarmakoloogilise raviga vs mittefarmakoloogilist ravi vs farmakoloogilist ravi?</p>	

	<p>Töörühma hinnangul on need kaks küsimust omavahel seotud ning vajavad mõlemad avamist, sest on vaja välja selgitada, millised on uuemad soovitused ärevushäire ravi alustamisel (eelkõige puudutab see kohe kombineeritud raviga alustamist). Muuhulgas soovib töörühm teada, kas psühhoterapias on lisaks kognitiiv-käitumisteraapiale (KKT) aja jooksul veel mõne sekkumise tulemuslikkuse kohta tõendusmaterjali lisandunud.</p> <p>Algses juhendis on ravi puhul esimesena välja toodud eneseabivõtted. Töörühm arutas, et kui ajakohastatakse patsiendile mõeldud infomaterjale, siis peaks kaaluma, kas oleks vaja täpsemalt kirjeldada eneseabivõtteid.</p>	
--	---	--

## Desirable Effects

How substantial are the desirable anticipated effects?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trivial</li> <li>○ Small</li> <li>○ Moderate</li> <li>○ Large</li> <li>○ Varies</li> <li>○ Don't know</li> </ul>	<p>Antud küsimustele vastuse saamiseks tutvuti esialgu olemasolevate ravijuhenditega: uuendamist vajav Eesti ravijuhend (2), 2019. a täiendatud NICE ravijuhend (3). Kuna nendest allikatest konkreetset vastust püstitatud küsimusele ei saadud, teostati täiendav lisaotsing. Üheski artiklis ei leitud konkreetseid esmase ravi juhtnõure.</p> <p>GRADE-tabelisse on sisestatud informatsioon NICE ravijuhendi (3) Lisast 18a, kus juhuslikustatud kontrolluuringutes on võrreldud omavahel erinevaid psühholoogilisi sekkumisi generaliseerunud ärevushäire diagnoosiga populatsioonil.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ühes uuringus (4) uuriti enesekontrolli teraapia (probleemide lahendamine) tõhusust GAD-i ravis. 38 osalejat GAD-i diagnoosiga (DSM-III-R). Kestvus keskmiselt 28 päeva, järelkontroll 3 kuud. Enesekontrolli teraapia oli ootenimekirjaga võrreldes tõhus.</li> <li>- Ühes uuringus (5) uuriti Internetipõhist teadvelolekul baseeruvat stressi vähendamise tõhusust GAD-i ravis. 231 osalejat (naisterahvad) eelnevalt diagnoositud GAD-iga. Kestvus keskmiselt 56 päeva, järelkontrollita. Ravimeetod oli tõhus.</li> <li>- Ühes uuringus (6) uuriti Internetipõhist juhendatud teraapiat (mure programm) GAD-i ravis. 48 osalejat GAD-i diagnoosiga (DSM-IV). Kestvus keskmiselt 63 päeva, järelkontrollita. Ravimeetod oli tõhus.</li> <li>- Ühes uuringus (7) võrreldi kognitiiv-, käitumis-, kognitiiv-käitumisteraapia või platseebo "stressikontrolli" suurte gruppide didaktilise teraapia versioonide tõhusust. 109 osalejat GAD-i diagnoosiga (DSM-III-R). Kestvus keskmiselt 42 päeva, järelkontroll 6 kuud. Kõik ravimeetodid olid tõhusad, olulise statistilise erinevusega.</li> </ul> <p>Ühes Cochrane'i sekkumisülevaates (8) võrreldi psühhoterapiaid farmakoterapiatega paanikahäire (PD, agorafobiaga või ilma) ravis 16 juhuslikustatud kontrolluuringu (966 osalejat) baasil.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Ükski uuringutest ei raporteerinud pikaajalist remissiooni/vastust (pikaajaliseks vastuseks loeti 6 kuud või rohkem alatest ravi algusest).</li> <li>* Puudusid andmed, mida saaks kasutada võrdlemaks omavahel psühhoterapiaid ja serotoniini-noradrenaliini tagasihaarde inhibiitorieid (SNRI) ning nende kõrvaltoimeid.</li> <li>* <b>Kumbagi teraapia üleolek on ebakindel tõenduse madala ja väga madala kvaliteedi tõttu lühiajalise tõhususe ja ravi vastuvõetavuse osas.</b></li> </ul> <p>Põhitulemid (ülevaates lk 4-5) on lisatud GRADE-tabelisse.</p> <p>Ühes Cochrane'i sekkumisülevaates (9) teostati võrgu metaanalüüs, et võrrelda 8 erinevat psühhoterapiavormi (psühhoedukatsioon (PE), toetav psühhoterapia (SP), psühholoogilised teraapiad (PT), käitumisteraapia (BT), kognitiivteraapia (CT), kognitiiv-käitumisteraapia (CBT), kolmanda laine CBT (3W), psühhodünaamilised teraapiad (PD)) ja 3 kontrollvormi (ravita (NT), ootejärjekord (WL), tähelepanu/psühholoogiline platseebo (APP)) paanikahäire (agorafobiaga või ilma) ravis 54</p>	

	<p>juhuslikustatud kontrolluuringu (3021 osalejat) baasil.</p> <p>* Autorid järeldavad, et <b>CBT oli parem võrreldes teiste teraapiatega</b>, samas mõju oli väike ja täpsuse aste puudulik või kliiniliselt ebaoluline.</p> <p>* <b>Pikemas perspektiivis nätasid CBT ja PD kõrgeimat remissiooni/vastuse taset.</b></p> <p>Küsimuse vastusele lähedased tulemused (üleavaates lk 73-77) on lisatud GRADE-tabelisse.</p> <p>Ühes Cochrane'i sekkumisüleavaates (10) võrreldi Internetipõhist juhendatud kognitiiv-käitumuslikku teraapiat (ICBT) kolme sekkumisega (WL, tähelepanu, informatsiooni, või onlain- vestlusring; juhendamata CBT (st eneseabi); silmast silma CBT) eri diagnoosi ("paanikahäire, agorafobia, sotsiofoobia, post-traumaatiline stressihäire, äge stressihäire, generaliseerunud ärevushäire, obsessiiv-kompulsiivne häire, spetsiifiline foobia") patsientidega ärevuse sümptomite vähendamisel 38 juhuslikustatud kontrolluuringu (3214 osalejat) baasil.</p> <p>Autorid järeldavad, et <b>juhendatud ICBT on tulemuslikum kui WL, tähelepanu, informatsiooni, või onlain- vestlusring ning ei pruugi olla olulist erinevust juhendamata CBT ja juhendatud ICBT tulemuste vahel.</b> Samas peab tulemusi tõlgendama ettevaatlikkusega nende ebatäpsuse tõttu.</p> <p>Tõendusmaterjali põhjal pakutakse, et <b>ärevuse vähendamises ei pruugi juhendatud ICBT oluliselt erineda silmast silma CBT-st.</b></p> <p>GRADE-tabelisse on lisatud need tulemused, kus võrreldakse ICBT-d silmast silma CBT-ga (üleavaates lk 166-173), diagnoosiks paanikahäire. Kõik võrdlused on tehtud 3 allika (11, 12, 13) baasil.</p> <p>Ühes Cochrane'i sekkumisüleavaates (1) võrreldi meedia-vahendatud käitumis- või kognitiivkäitumisteraapiat sekkumiseta või silmast silma psühhoterapiaga. 101 uuring, 8403 osalejat. Leiti, et <b>väikeste efektide madala taseme tõendus soosib silmast silma psühhoterapiat.</b> Eneseabi võib olla kasulik neile, kes ei saa kasutada teisi ravivõimalusi.</p> <p>GRADE-tabelisse on lisatud tulemused, kus võrreldakse silmast-silma teraapiaga (üleavaates lk 25-26).</p>	
--	--	--

## Undesirable Effects

How substantial are the undesirable anticipated effects?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Large</li> <li>○ Moderate</li> <li>○ Small</li> <li>○ Trivial</li> <li>○ Varies</li> <li>○ Don't know</li> </ul>	<p>Soovimatu mõju tõendusmaterjali põhjal ei selgunud.</p>	

## Certainty of evidence

What is the overall certainty of the evidence of effects?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Very low</li> <li><input type="radio"/> Low</li> <li><input type="radio"/> Moderate</li> <li><input type="radio"/> High</li> <li><input type="radio"/> No included studies</li> </ul>	Allikate kvaliteet varieerus, sekretariaat hindab tõenduse kvaliteeti väga madalaks.	
--	--	--

## Values

Is there important uncertainty about or variability in how much people value the main outcomes?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Important uncertainty or variability</li> <li><input type="radio"/> Possibly important uncertainty or variability</li> <li><input type="radio"/> Probably no important uncertainty or variability</li> <li><input type="radio"/> No important uncertainty or variability</li> </ul>	Eraldi tõendusmaterjali otsingut patsientide väärtushinnangute ja eelistuste kohta kliinilisele küsimusele vastamisel ei otsitud.	

## Balance of effects

Does the balance between desirable and undesirable effects favor the intervention or the comparison?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Favors the comparison</li> <li><input type="radio"/> Probably favors the comparison</li> <li><input type="radio"/> Does not favor either the intervention or the comparison</li> <li><input type="radio"/> Probably favors the intervention</li> <li><input type="radio"/> Favors the intervention</li> <li><input type="radio"/> Varies</li> <li><input type="radio"/> Don't know</li> </ul>	n/a	

## Acceptability

Is the intervention acceptable to key stakeholders?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No</li> <li><input type="radio"/> Probably no</li> <li><input type="radio"/> Probably yes</li> <li><input type="radio"/> Yes</li> <li><input type="radio"/> Varies</li> <li><input type="radio"/> Don't know</li> </ul>	Antud sekkumise rakendamine ei peaks tervishoiusüsteemile lisakulu tekitama.	

## Feasibility

Is the intervention feasible to implement?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> No</li><li><input type="radio"/> Probably no</li><li><input type="radio"/> Probably yes</li><li><input type="radio"/> Yes</li><li><input type="radio"/> Varies</li><li><input type="radio"/> Don't know</li></ul>	n/a	

## JÄRELDUSED

13. Ärevushäirega patsiendi ravis eelistage psühhoterapiatest kognitiiv-käitumisteraapiat.  
(nõrk soovitus, väga madal tõenduste aste)  
[AJAKOHASTATUD]

## LISAINFO (teiste juhendite soovitusel)

### Eesti ravijuhendi (nõukoda, 2014) soovitusel.

- **7** (tugev soovitus). Teavitage kõiki ärevushäirega patsiente ärevushäire olemusest, ägestavatest ja leevendavatest teguritest, ravivõimalustest, prognoosist ning taasagenemise märkidest.
- **8** (tugev soovitus). Kõikidele ärevushäirega patsientidele soovitage esimese võimalusena eneseabivõtteid.
- **11** (tugev soovitus). Tugevalt väljendunud ärevushäire sümptomaatika ja/või sellest tuleneva sotsiaalse toimimise olulise häirituse korral alustage kohe lisaks eneseabile psühhoterapia või farmakoloogilise raviga.
- **13** (praktiline soovitus). Psühhoterapiatest eelistage kognitiiv-käitumisteraapiat.

### NICE ravijuhendi (Health, 2011) soovitusel.

#### Astmelise käsitluse mudel.

- **4. aste** (komplitseeritud ravirefraktaarne generaliseerunud ärevushäire (GAD) ja väga väljendunud funktsioonihäire (nt enesehoolimatus või kõrge enesevigastamise risk)): kõrgspetsialiseeritud ravi (nt kompleksed farmakoloogilised ja/või psühholoogilised raviseemid), abi ametkondadevaheliste meeskondade, kriisiteenistuste, päeva- või statsionaarse ravi teenusepakkujate poolt.
  - **3. aste** (2. astme sekkumistele ebapiisava ravivastusega või märkimisväärse funktsioonihäirega GAD): kõrge intensiivsusega psühholoogiline sekkumine (CBT/rakenduslõdvestus) või farmakoterapia.
  - **2. aste** (diagnoositud GAD, mis pole leevenenud harimise ja aktiivse jälgimise järgselt esmatasandil): madala intensiivsusega psühholoogilised sekkumised (individuaalne juhendamata eneseabi\*, individuaalne juhendatud eneseabi, psühhoedukatsiooni rühmad).
  - **1. aste** (kõik teada ja kahtlustatud GAD-i väljendused): äratundmine ja hindamine; harimine GAD-i ja selle ravi kohta; aktiivne jälgimine.
- \* GAD-i ravis kasutatav iseseisvalt teostatud sekkumine hõlmab kirjalikke või elektroonilisi eneseabi materjale (reeglina raamat või töövihik) ja sarnaneb individuaalse juhendatava eneseabiga, kuid on minimaalse kontaktiga terapeudiga (nt juhuslik alla 5-minutilise telefonikõne).

**Tervishoiutöötajad peaks lähtuma patsiendi valikust, sümptomite raskusastmest ja tervisekahjustuse ulatusest.**

### Olulisemad väljavõtted GAD-i patsientide astmelisest käsitlusest (sekretariaadiliikmete valik).

- 5.4.4.1. Järgi astmelise käsitluse mudelit pakkudes esmavalikuna vähim invasiivset ja tõhusaimat sekkumist.

#### Ravi

- 5.4.4.5. Teavita GAD-i patsiente, kellele pole pakutud või kes on keeldunud 1.-3. astme sekkumistest, vastavate sekkumiste võimalikest eelistest ja paku neist selliseid, mida patsiendid pole veel proovinud.
  - 5.4.4.6. Kaalu ravikombinatsioonide (psühholoogiline ja farmakoloogiline ravi, antidepressandid (AD) või AD-de tõhustamine teiste ravimitega) pakkumist, kuid pane tähele ja pea meeles, et
- \* **puudub tõendus kombinatsioonravi efektiivsuse kohta ja**
  - \* **AD-de kombineerimisel ja tõhustamisel suureneb kõrval- ja koostoimete esinemine.**

- 5.4.4.7. Kombinatsioonravi peaks läbi viima vaid tervishoiutöötajad, kellel on pädevus komplitseeritud ravirefraktaarsete ärevushäirete psühholoogilises ja farmakoloogilises ravis, peale kõikehõlmavat diskussiooni patsiendiga pakutud ravi võimalike eeliste ja puuduste kohta.

- 5.4.4.8. Komplitseeritud ravirefraktaarsete GAD-i patsientide ravimisel teavita neid asjakohastest kliinilistest uuringutest, milles nad võivad avaldada soovi osa võtta, võttes alati arvesse kohalikke eetikajuhtumid.

#### Ravivõimalused

- 7.11.1.1. **2. astme sekkumistele ebapiisava ravivastusega või märkimisväärse funktsioonihäirega GAD-i patsientidele paku kas individuaalset kõrge intensiivsusega psühholoogilist sekkumist või farmakoterapiat.**

- Varusta patsienti suulise ja kirjaliku informatsiooniga ravi võimalike eeliste ja puuduste (sh farmakoterapiaga seotud kõrvaltoimed ja võõrutussündroomid) kohta.

- **Ravi valikul lähtu patsiendi eelistustest, kuna pole tõendust selle kohta, et kumbki ravivõimalus (individuaalne kõrge intensiivsusega psühholoogiline sekkumine või farmakoterapia) on parem.**

#### Kõrge intensiivsusega psühholoogilised sekkumised

- 7.11.1.2. Kui patsient GAD-iga valib kõrge intensiivsusega psühholoogilist sekkumist, **paku kas CBT-d või rakenduslõdvestust.**

- 7.11.1.8. Kaalu suunamist 4. astme sekkumiste juurde, kui GAD-i patsiendil on tugev ärevus väljendunud funktsioonihäirega koos enesevigastuse/enesetapu riskiga või olulise hulgihäirelisusega (nt ainete kuritarvitamine, isiksushäire või kompleksed füüsilise tervise probleemid) või enesehoolimatusega või ebapiisava ravivastusega 3. astme sekkumistele.

#### **Soomeravijuhend (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, 2019).** -

Paanikahäire ravis on soovitatud kolmikudelit (Archer J, 2012, Muntingh AD, 2016):

\* perearst saab tuge vähemalt 1 spetsialistilt patsiendi ravimisel,

\* patsient saab tõenduspõhist ravi,

\* ravitulemusi jälgitakse ja hinnatakse. -

CBT on tõhus ravivorm, toimet soodustavad positiivsed ootused ravile. Internetikaudne CBT võiks olla sama tõhus kui silmast silma. CBT kombineerimine ravimitega ravi alguses on tõhusam kui CBT või ravim üksi. Teistel psühhoterapiatel võiks samuti olla toime. - Akuutraviks loetakse 3 esimest ravikuud. AD-d on esmavalikravimrühm. Fluoksetiin, fluvoksamiin, paroksetiin, tsitalopraam, venlafaksiin on tõhusad, estsitalopraam on ilmselt tõhus. Imipramiin ja klomipramiin on tõhusad. Mirtasapiini kohta pole piisavalt teada. Kvetiapiini, risperidooni, aripiprasooli tõhususest pole piisavalt teada. - Jätkuravi on üle 3 kuu kestev ravi. Sertraliin, paroksetiin, tsitalopraam, fluoksetiin, venlafaksiin ja klomipramiin on tõhusad pikaajalises ravis. AD-d vähendavad GAD, PD ja sotsiaalfobia taasteket kui ravikuur kestis 1 aasta. - CBT on GAD ravis tõhusam kui tavaline psühhiaatriline ravi, psühholoogiline platseeboravi või ravijärjekorras olemine. CBT kuhu on lisatud mõtete ümber struktureerimine oli tõhus GAD ja depressiooni korral. CBT toimet nõrgendavad kaasuvad psühhiaatrilised häired ja tõsised sümptomid. CBT toimis liigse muretsemise vastu ja toime säilis 12 kuud. Muud psühhoterapiad võivad samuti aidata. - Esimesed 3 ravikuud. AD-d on esmavaliku ravimid. Tõhusad on agomelatiin, duloksetiin, estsitalopraam, paroksetiin, sertraliin ja venlafaksiin. Fluoksetiin on ilmselt tõhus. Buspiroon on tõhus. Buspiroon võiks sobida kaasuva alkoholisõltuvuse raviks, aga tõendus vähene. Pregabaliin on tõhus. Pregabaliini kuritarvitamist ja sõltuvust on raporteeritud. Kvetiapiin on tõhus, teiste antipsühhootikumide kohta on infot vähe. Hüdroksüsiin on ilmselt tõhus lühiajaliselt. - Jätkuravi on üle 3 kuu kestev ravi. AD-d on tõhusad. Estsitalopraam, paroksetiin, venlafaksiin, kvetiapiin ja pregabaliin on tõhusad ravis ja ägenemiste ennetamisel. Agomelatiin, duloksetiin ja vortiooksetiin on ilmselt tõhusad. AD-d vähendasid GAD, PD ja sotsiaalfobia taastekke riski kui ravikuur kestis aasta.

## VIIDETE KOKKUVÕTE

1. 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.
2. Eesti Haigekassa, Tartu Ülikool. Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobia või ilma) käsitus perearstias, RJ-F/2.1-2014. Eesti Haigekassa; 2014.
3. NICE, . Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. NICE; 2019.
4. Bowman, D.,Scogin,F.,Floyd,M.,et al. Efficacy of self-examination therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Journal of Counselling Psychology; 1997.
5. Houghton, V.. A quantitative study of the effectiveness of mindfulness-based stress reduction treatment, using an internet-delivered self-help program, for women with generalized anxiety disorder. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering; 2008.
6. Titov, N.,Andrews,G.,Robinson,E.,et al. Clinician-assisted internet-based treatment is effective for generalized anxiety disorder: randomized controlled trial. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; 2009.
7. White, J.,Keenan,M. & Brooks,N. Stress control: a controlled comparative investigation of large group therapy for generalized anxiety disorder. Behavioural Psychotherapy; 1992.
8. Imai H, Tajika A,Chen P,Pompoli A,Furukawa TA. Psychological therapies versus pharmacological interventions for panic disorder with or without agoraphobia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2016.
9. 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.
10. 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.
11. Bergstrom J, Andersson G,Ljotsson B,Ruck C,Andreewitch S,Karlsson A,et al. Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: A randomised trial. BMC Psychiatry; 2010.
12. Carlbring P, Nilsson-Ihrfelt E,Waara J,Kollenstam C,Buhrman M,Kaldo V,et al. Treatment of panic disorder: Live therapy vs. self-help via the internet. Behaviour Research and Therapy; 2005.
13. Kiriopoulos LA, Klein B,Austin DW,Gilson K,Pier C,Mitchell J,et al. Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT?. Journal of Anxiety Disorders; 2008.