

Valmis uus ravijuhend „Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitus perearstiabis“

Ülle Võhma¹, Kadri Suija², Vanda Kristjan³, Ulla Raid⁴

Ravijuhend „Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitus perearstiabis“ valmis Eesti Perearstide Seltsi, Eesti Psühhiaatrite Seltsi ja Eesti Haigekassa koostöös. Selle koostamises osalesid perearstid, psühhiaatrid, kliinilised psühholoogid, pere- ja eriõed, tervishoiukorralduse spetsialistid ning patsientide ja haigekassa esindajad.

Ärevushäired on psühhiaatrilistest häiretest kõige levinumad. Euroopa riikides tehtud uuringute andmeil võib 5,8–12,0%-l inimestest diagnoosida mõnd ärevushäiret (1). Eestis on perearsti poole pöördujate seas üldistunud ärevushäire sümptomitega naisi 10,2% ja mehi 5,5% ning paanikahäire sümptomitega naisi 8,0% ja mehi 5,5% (2). Vaatamata sellele, et ärevushäire all kannatajad on sagedased erakorralise meditsiiniabi kasutajad ning perearsti ja teiste eriarstide juures käijad, on ärevushäired aladiagnoositud ja alaravitud (2). Ärevushäire pärsib sotsiaalset ja tööalast toimetulekut. Samuti põhjustab see tervishoiule nii otseseid kui ka kaudseid kulusid (3). Adekvaatse ravita jäämine soodustab ravimite väärkasutamist, mis omakorda suurendab ravimite kuritarvitamise ja ravimisõltuvuse tekke riski. Samal ajal on ärevushäirete varasema diagnoosimise ja adekvaatse raviga esmatasandi arstiabis võimalik parandada patsientide elukvaliteeti ning vähendada tervishoiukulusid. Ärevushäirete grupist just generaliseerunud ärevushäiret ja

paanikahäiret käsitledes lähtutakse alljärgnevalt perearsti fookusest.

Ravijuhend aitab ühtlustada generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire diagnoosimist ning ravi perearstiabis, kus selle tulemusel paraneb ülemäärase ärevusega patsiendi tervis ja igapäevane toimetulek. Ravijuhend ei hõlma laste ärevushäire diagnostikat ja ravi, küll aga käsitleb ülemäärasele ärevusele viitavate sümptomite äratundmist lastel ja noorukitel.

RAVIJUHENDI KOOSTAMINE

Ravijuhend on koostatud erialaseltside algatusel ja Eesti Haigekassa toel. Ravijuhendi koostamisel on võetud aluseks uusim teaduslik teave ja kliinilise praktika kogemus, samuti on arvestatud tervishoiuökonoomilisi uuringuid ning patsientide eelistusi.

Ravijuhendi esialgne käsitusala esitati ravijuhendite nõukojale 2012. aastal. Samal aastal moodustati töörühm koosseisus Ülle Võhma (kaasjuhataja), Vanda Kristjan (kaasjuhataja), Siiri Tera, Kaie Mõtte, Pille Ööpik, Anu Aluoja, Anu Susi, Sirje Sammul, Olev Ojasoo, Peeter Jaanson, Innar Tõru, Anneli Uusküla ja sekretariaat koosseisus Kadri Suija (juhataja), Helen Marie Sarap, Anneli Truhhanov, Jane Alop, Irina Sahnjuk, Teelia Rolko, Tatjana Meister ja Madli Pintson. Töörühma ja sekretariaadi

juhatajad valiti eksperditeabe alusel. Aktiivselt osales ravijuhendi välja-töötamises ka patsientide esindaja.

Ravijuhendi lõpliku käsitusala kinnitas töörühm 2013. aasta veebruaris ja sekretariaat alustas ravijuhendi käsitusalas tõendusmaterjali otsimist kinnitatud kliiniliste küsimuste alusel. Ravijuhendi koostamisel lähtuti „Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatu“ (2011) põhimõtetest ja näidisenä kasutati ravijuhendit „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil“ (2012).

Sekretariaat valmistas igaks koosolekuks ette materjalid ja toimusid ühised arutelud töörühmaga, kus sõnastati kliiniliste küsimuste alusel soovitusel. Valminud ravijuhend saadeti kommenteerimiseks erialaseltsidele ja avaldati tähtajaliselt kommenteerimiseks ka veebilehel www.ravijuhend.ee. Seejärel esitas töörühm keelekorrektuuri läbinud ravijuhendi ja rakenduskava heakskiidu saamiseks ravijuhendite nõukojale. Ravijuhendi uuendamine toimub, kui on möödunud 5 aastat selle kinnitamisest või kui ilmnevad uued asjakohased teadusandmed.

GENERALISEERUNUD ÄREVUSHÄIRE JA PAANIKAHÄIREGA PATSIENTIDE KÄSITLEMISE OLULISEMAD SEISUKOHAD

Ärevushäirete diagnoosimisel on oluline rõhutada, et perearstide hulgas juba tuttav emotsionaalse enesehinnangu skaala (EEK-2) ei ole lõpliku diagnoosi aluseks.

¹ Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatrikliinik,

² TÜ arstiteaduskond, peremeditsiinkliinik,

³ Mähe Perearst OÜ,

⁴ Eesti Haigekassa

Kirjavahetajaautor:

Ülle Võhma

ylle.vohma@regionaalhaigla.ee

Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire diagnoos rajaneb kliinilisel intervjuul ja rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. väljaande (RHK-10) diagnostilistel kriteeriumitel. Küll aga võib juba tuttavat skaalat kasutada abivahendina häirete sõelumisel ning EEK-2 sobib patsiendi seisundi dünaamika hindamiseks.

Generaliseerunud ärevushäire korral peavad patsiendil avalduma ärevuse primaarsed sümptomid enamikul päevadest vähemalt mõni nädal järjest mitme kuu jooksul (4). Need sümptomid peaks sisaldama järgmist:

- 1) ootusärevus (mure võimaliku ebaedu pärast tulevikus, halva ootus, keskendumisraskused);
- 2) lihaspinge (närviline nihelemine, värisemine, pingepeavalud, võimatus lõõgastuda);
- 3) vegetatiivne hüperaktiivsus (peapööritus, higistamine, tahhükardia, nõrkus, suukuivus) (4).

Paanikahäire korral esinevad korduvad rasked paanikahood, mis ei ole seotud kindla olukorra või muude välistingimustega (4). Domineerivad sümptomid võivad varieeruda, tavalised on ootamatu algusega südameklõppimine, valu rindkeres, lämbumistunne, nõrkus- või derealisatsioonitunne. Pääaegu alati on surmahirm, hirm kaotada enesekontrolli. Kindlaks diagnoosiks peab ühe kuu vältel olema mitu tugevat paanikahoogu.

Paanikahood võivad esineda koos agorafobiaga. Sel juhul peavad ärevuse sümptomid olema primaarsed avaldused, mitte sekundaarsed, näiteks luulumõtted, ning ärevus peab esinema vähemalt kahes olukorras järgmistest: rahvahulkades, avalikus kohas, kodust väljumisel või üksinda liikumisel. Oluliseks sümptomiks on foobse situatsiooni vältimine.

Ravijuhendis on välja toodud häirete diferentsiaaldiagnostilised juhised. Ärevushäirete kehaliste sümptomite spekter on lai ning samas on mitmeid somaatilisi haigusi ja sündroome, kus ärevus on üheks

sümptomiks. Oluline on märkida, et ärevushäiretega patsientidest umbkaudu kolmveerandil on kaasuv psühhiaatriline häire, kolmandikul juhtudest on selleks depressioon.

Juhendis on toodud ka ärevushäiretega patsientide sihtrühmad, keda võiks suunata psühhiaatri vastuvõtule, nagu ärevushäirekahtlusega lapsed ja noorukid, rasedad ja imetavad emad, dementsed patsiendid, olulise kombineeritud kaasuva psüühilise häirega patsiendid ja kindlasti need, kelles kalduvad suitsidaalsusele. Samuti on vajalik psühhiaatri konsultatsioon, kui seni ravijuhendist lähtudes rakendatud ravi ei ole olnud edukas ja põhiprobleem tundub endiselt olevat psüühikahäire.

Ärevushäirete mittefarmakoloogiline ravi algab patsiendi teavitamisest. Ärevushäired algavad sageli varases täiskasvanueas, 20. eluaastate alguses. Paanikahood koos tugevate kehaliste sümptomitega on hirmutavad ning väga sageli pöördatakse esimeste hoogudega ise vältimatu abi osakonda või kutsutakse kiirabi. Kui patsiendi seisund on somaatilises meditsiinis hinnatud stabiilseks ja ta teab, mis temaga toimub, siis talutakse paanikahoogusid sageli kergemini. Alati saab inimesele soovitada eneseabivõtteid või anda lugeda vastavat kirjandust.

Psühhoterapiatest on enim kasutusel kognitiiv-käitumisteraapia (KKT), mille tõhusus ärevushäirete ravis on tõendatud teadusuuringutega. KKT on lühiajaline psühhoterapia, kus tunnetus- ja käitumusmuutrite muutmise kaudu mõjutatakse isiku emotsionaalset seisundit ning soodustatakse toimetulekuvõimet. Selles teraapias on kesksel kohal tunnetus: mõtted, kujutlused ning nende aluseks olevad püsivad hoiakud ja veendumused.

Ärevushäire farmakoloogilise ravi vajaduse ilmnemise korral 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.

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 antidepressandid). Konkreetset preparaatide nimesid koos Eesti Ravimiametis registreeritud näidustustega on välja toodud juhendi lisas.

Kliinilised uuringud on näidanud, et ravikuur antidepressantidega peab pärast esmast ravivastust, milleks peetakse patsiendi seisundi paranemist tema enda hinnangul vähemalt poole võrra võrreldes ravi algusega, kestma vähemalt 6, võimaluse korral 12 kuud. Bensodiasepiine võib kombineerida antidepressantidega ravi alguses. Tugevalt väljendunud ärevuse korral annab see kiirema ravivastuse. Eelistada tuleb anksiolüütikumide kasutamist ravikuurina, mitte vajaduse järgi. Ravivastuse ilmnemisel ei tohiks ravi bensodiasepiinidega kesta üle 6 nädala, sest bensodiasepiinide kasutamine on seotud tolerantsuse ja sõltuvuse kujunemisega.

Eduka ravitulemuse tagab arsti ja patsiendi hea koostöö, mis on eelduseks ka ravisoostumusele. Ärevushäire ravi on pikaajaline ja ravitulemuste jälgimine on oluline. Pikaajase ravi tõttu satuvad need patsiendid periooditi ikka ja jälle arsti juurde tagasi. Arvestades varasemat raviefekti, tundes patsiendi sümptomite tausta, saab perearst soovitada seisundi dekompanseerumisel individuaalseid ravivalikuid ja hinnata seniste valikute tulemusi. See on ärevushäirete puhul eriti oluline, sest sellise murega patsient on väga tundlik ja tal on võimendunud tähelepanu oma kehalistele vaevustele.

Häirete pikaajase vahelduva kulu tõttu on soovitatav raviprotsessi haarata kindlasti pereõde, kes patsiendiga

koostöös haiguse algerioidil võib õpetada ja ka harjutada eneseabivõteteid (nt sobivad paanikahoo korral hingamisharjutused) ning jälgida seisundit esmase rahuldava ravitulemuse saavutamisel. Parima ravitulemuse annab meeskonnatöö arsti, õe ja psühholoogiga. Perearstil on võimalus alates 2015. aastast kasutada tera-

piafondi patsiendi psühhoterapiasse (KKT) suunamiseks.

Ravijuhendi peamised soovitusused on esitatud tabelis.

KIRJANDUS

1. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 2004;291:2581–90.

2. King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, Bello'n-Saamen'o JA, Moreno B, S'vab I, Rotar D, Rifel J, Maaroos HI, Aluoja A, Kalda R, Neeleman J, Geerlings MI, Xavier M, Caldas de Almeida M, Correa B, Torres-Gonzalez F. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. Br J Psychiatry 2008;192:362–7.
3. Wittchen HU, Carter R, Pfister H, Montgomery SA, Kessler RC. Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. Int Clin Psychopharmacol 2000;15:319–28.
4. WHO. Psühhika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10: kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised. Tartu Ülikool; 1999.

Tabel. Ravijuhendi peamised soovitusused

Diagnoosimine täiskasvanutel	
1	Ärevushäire diagnoosimiseks kasutage kliinilist intervjuud.
2	Ärge kasutage ärevushäire diagnoosimiseks enesekohaseid küsimustikke.
3	Kehalised haigused, mille üheks sümptomiks on ärevus, tuleb välistada laboratoorsete analüüside ja uuringutega tulenevalt konkreetsest haigusjuhust.
Ülemäärase ärevuse sümptomite äratundmine lastel ja noorukitel	
4	Välistage ärevushäire kahtlusega lastel kehalised haigused, mille üheks sümptomiks on ärevus.
5	Ülemäärase ärevuse sümptomitega lastel ja noorukitel võib kasutada abistavaid küsimustikke (nt SCARED).
6	Eriliste tähelepanu nõuavad lapsed ja noorukid, kellel ilmnevad ebaselge põhjusega kehalised sümptomid, näiteks pea-, kõhu-, südame-, lihase-, luustikuhaigused, või kelle tavapärase käitumises on täheldatavaid muutusi. Kõiki ärevushäire kahtlusega noorukeid tuleb alati hinnata psühhosotsiaalsete ainete tarvitamise ja väärtkohtlemise suhtes.
Mittefarmakoloogiline ravi	
6	Teavitage kõiki ärevushäirega patsiente ärevushäire olemusest, ägestavatest ja leevendavatest teguritest, ravivõimalustest, prognoosist ning taasagenemise märkidest.
7	Kõikidele ärevushäirega patsientidele soovitage esimese võimalusena eneseabivõtteid.
8	Kui teavitamine ja eneseabivõtted ei ole andnud soovitud tulemust, lisage psühhoterapiat või farmakoterapiat, mis on võrdset tõhusad.
9	Valige farmakoterapiat või psühhoterapiat, lähtudes patsiendi eelistustest, ravi sobivusest ja kättesaadavusest.
10	Tugevalt väljendunud ärevushäire sümptomaatika ja/või sellest tuleneva sotsiaalse toimimise olulise häirituse korral alustage kohe lisaks eneseabile psühhoterapiat või farmakoloogilise raviga.
11	Farmakoterapiat ja psühhoterapiat võite kombineerida juhtudel, kui kumbki eraldi ei ole olnud tõhus, ärevushäire sümptomid on väljendunud, on olnud korduvad häire ägenemised või kaasuvad teised psühhikahäired.
12	Psühhoterapiatest eelistage kognitiiv-käitumisterapiat.
Farmakoterapia	
12	Eelistage ärevushäirega patsientidel farmakoloogilise ravi vajaduse ilmnemisel antidepressante anksiolüütikumidele.
13	Kasutage ärevushäirega patsientidel esmavalikuna ravimeid selektiivsete serotoniini tagasihaarde inhibiitorite (SSTI) või serotoniini ja noradrenaliini tagasihaarde inhibiitorite (SNTI) ravimirühmast.

14	Eelistage ärevushäirega patsientide ravi monofarmakoterapiat.
15	Kui ravivastus on puudulik, siis suurendage kõigepealt ravimiannust.
16	Kui 8–12 nädalat pärast maksimaalse talutava ravimiannuse kasutamist ei ole ravivastust saavutatud, vahetage ravim välja mõne muu esmavaliku preparaadi (SSTI, SNTI) vastu.
17	Ravikuur antidepressantidega peab kestma vähemalt 6 kuud pärast esmast ravivastust.
18	Polüfarmakoterapiat võib kasutada juhul, kui monofarmakoterapiat vähemalt kahe antidepressandiga maksimaalses talutavas annuses ja soovitatud kuuri pikkusega ei ole andnud tulemust.
19	Bensodiasapiin võib kasutada koos antidepressantidega ravi alustamisel või lühikest aega tugeva ärevuse ja agiteerituse kupeerimiseks.
20	Kasutage bensodiasapiini pigem ravikuurina.
21	Ravivastuse ilmnemisel ei tohi ravi bensodiasapiinidega kesta kauem kui 6 nädalat.
22	Patsiendid, kellel vaatamata kahele ravimeetodile (farmakoterapiat ja psühhoterapiat) püsivad ärevussümptomid või nende sümptomite kontrollimiseks on vaja lisaks kasutada pikaajaliselt bensodiasapiini, on raviresistentse häirega. Nende edasist ravi peaks konsulteerima või jätkama psühhiaater.
22	Uinuteid võib kasutada lühikest aega (kuni 4 nädalat) kaasuva unehäire ravi.
Ravivastus ja ravisoostumus	
23	Hinnake ravivastust, ravisoostumust ja kõrvaltoimeid igal viisil.
24	Ärevushäirega patsiendi ravivastuse hindamisel kasutage vaatlust ja kliinilist intervjuud.
25	Seisundi dünaamika hindamisel on soovitatav kasutada abistavaid küsimustikke (nt EEK-2). Ühe haigusepisoodi vältel kasutage sama küsimustikku.
25	Hinnake ravi kõrvaltoimeid kahenädalase intervalliga esmase ravivastuseni, edasi 4–12 nädala tagant.
26	Eakatel võiks hinnata seisundit sagedamini (esmase ravivastuseni ühenädalase intervalliga).
27	Ravimite väärtarvitamise kahtluse korral täpsustage olukorda patsiendi ja/või patsiendi pereliikmega.
28	Ravimite väärtarvitamise jätkamisel tuleb ravi muuta.
29	Vajaduse korral kontrollige retseptikeskusest patsiendi ravimite väljaostmist.

Tugev soovitus teha	Soovituse tugevus peegeldab seda, kui kindel võib olla, et sekkumisest saadav kasu ületab võimaliku kahju. Soovituse tugevuse määravad järgmised tegurid:
Soovitus pigem teha	- soovitud ja soovimatu toime vahelise erinevuse suurus;
Soovitus pigem mitte teha	- teadusliku tõenduse kvaliteet;
Tugev soovitus mitte teha	- patsientide eelistuste varieeruvuse määra; - ressursikulu.
	Tugev soovitus antakse, kui on kindel, et enamik hästi informeeritud patsiente otsustaks kõnealuse sekkumise kasuks. 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“.