

# Aktiivsus-tähelepanuhäire täiskasvanueas

Jüri Liivamägi – TÜ psühhiaatrikliinik

**Võtmesõnad:** aktiivsus-tähelepanuhäire, isiksusehäired, sõltuvusainete tarvitamine

**Lapseeas avaldunud aktiivsus-tähelepanuhäire (ATH) jääb ligi pooltel juhtudest püsima ka täiskasvanueas. Sageli varjutavad täiskasvanu ATH ilminguid mitmed kaasnevad psüühikahäired ja häire diagnoosimine on raskendatud, jäädes paljudel juhtudel õigel ajal diagnoosimata. Selle häirega isikutel on raskusi ühiskonnas kohanemisega, hariduse omandamisel ja töötamisel. Sagedamini ilmnevad neil mitmesugused sõltuvushäired (alkoholism, uimastite tarvitamine). Neil haigetel esinevad kaasuvana psüühikahäired – depressioon, ärevushäired, isiksusehäired jms –, mis alluvad halvasti ravile. ATH adekvaatne ravi võimaldab neil paremini kohaneda ühiskonnas ja isiklikus elus, samuti tõhusamalt ravida kaasuvaid psüühikahäireid.**

Lapseeas avalduv aktiivsus-tähelepanuhäire (ATH) jääb 60–80%-l juhtudest püsima noorukieas ning vähemalt 30–50%-l juhtudest ka täiskasvanueas (1). Täiskasvanute seas arvatakse ATH levimuseks olevat 4–5%. Kuid ka 20–30%-l depressiooniga, ärevushäiretega või sõltuvusprobleemidega patsientidel sedastatakse osal juhtudel varem diagnoosimata jäänud ATH. On tüüpiline, et ATHga täiskasvanud ei tunneta oma probleemide põhjusena seda häiret. Vaid 15% täiskasvanud patsientidest, kel ATH

oli diagnoositud lapseeas, teadvustas endal selle häire olemasolu (2, 3). ATHga isikutel on elus palju probleeme, võrreldes üldrahvastikuga: kooli poolelijätmine ja madalam haridustase 30%-l juhtudest (*versus* 10% üldrahvastikus), düssotsiaalne isiksusehäire 18%-l (*versus* 2%), depressioon 33–39%-l (*versus* 12%), sõltuvusainete kuritarvitamine 50–55%-l (*versus* 27%). Tähelepanu väärib asjaolu, et 80%-l heroiniisõltlastest ja 20%-l muude sõltuvushäiretega patsientidest on täheldatud diagnoosimata jäänud ATHd (4–6). ATH äratundmine täiskasvanuil on kliinilises pildis sageli esiplaanil olevate kaasnevate psüühikahäirete tõttu raskendatud, samuti muutub eaga ATH sümptomaatika. Samas ei võimalda ATH kui domineeriva psüühikahäire diagnoosimata jäämine edukalt ravida ka patsiendil esinevaid kaasnevaid häireid (4). Et täiskasvanute ATH-le on hakatud üha suuremat tähelepanu pöörama, põhiliselt viimasel paarikümnel aastal, siis on väga oluline teada ATH eripära ning ravi võimalusi ka täiskasvanueas.

## ATH KULGU MÕJUTAVAD TEGURID

Miks lapseeas ATH jääb püsima ka täiskasvanueas? Selle põhjustena tuuakse esile 3 peamist tegurit (7):

- 1. Geneetiline tegur.** Kui ühel vanemaist või ka teisel lapsel perekonnas on ATH, siis tõenäoliselt jääb see vaatlusalusel lapsel kestma ka täiskasvanueas; kui vanem on ATHst n-õ välja kasvanud, kuid tema lapsel on ATH, siis tõenäoselt see möödub ka lapsel (siiski on oluline ATH raskuste jm tingimused).

**Tabel 1.** Ebasoodsad psühhosotsiaalsed tingimused lapseas, mis soodustavad ATH püsimist täiskasvanueas

Soodsad psühhosotsiaalsed tingimused	Ebasoodsad psühhosotsiaalsed tingimused	Ebasoodsate tingimuste avaldumine täiskasvanueas
Stabiilne lapsepõlvkodu, last abistav/toetav psühhokliima kodus ja koolis	Ebastabiilne perekond, hulgaliselt psühhosotsiaalseid probleeme	Tõrges-trotslik käitumine teismeeas, konfliktus tööol, vallandamised
Tasakaalukas ja sõbralik pere, ühtsed ja kindlad reeglid, lapse huvidega arvestamine	Asotsiaalsed pereliikmed, depressioon, psüühilised häired, tõrjutus kodus/koolis	Riskialdis käitumine, hoolimatus, konfliktus, kriminaalsus, karistused
Hea/rahuldav edukus koolis, vajaduse korral abi õppimisel, distsipliini treening kodus ja koolis	Intellektprobleemid, õpivõimuste häired, puudulik abistamine raskuste korral	Käitumishäired, kooli poolelijätmine, ebahuvitatav lihttöö või töötus
ATH kerge või mõõdukas aste + ülaltoodu	Suur hüperaktiivsus-impulsiivsus	Sõltuvusprobleemid, riskiv käitumine, vigastused, arestid, trahvid
Varakult alustatud käitumis- ja farmakoteraapia, pidev ravi	Diagnoosimata ja ravimata ATH või ATH ebajärjekindel ravi	Ülaltoodud probleemid

## 2. Psühhosotsiaalse keskkonna mõju.

Mida stressirohkem ja lapsele positiivsete elamuste vaesem on psühhosotsiaalne kasvumiljö, seda suurem on ATH püsimise tõenäosus ka täiskasvanueas.

**3. ATHga kaasnevad psüühikahäired lapseas** (käitumis-, ärevus-, meeleoluhäired, sõltuvusainete kuritarvitamine ja narkomaania, traumad-vigastused-haigused jt) soodustavad ATH püsimajäämist ka täiskasvanuna. Samas soodustavad head psühhosotsiaalsed tingimused lapseas ATHst väljakasvamist (vt tabel 1).

## ATH KLIINILINE PILT TÄISKASVANUIL

### A. ÜLDISED TENDENTSID

1. ATH sümptomid ja kognitiivsete funktsioonide kahjustus on samasugused nii meestel kui ka naistel. Erinevused ilmnevad sümptomite intensiivsuses, omavahelistes seostes ja ealises dünaamikas. ATHga naistel on enam väljendunud sisemise enesekontrolli (reageerimine olukordade muutustele, nendesse aktiivne sekkumine, kontrolli kehtestamine) nõrkus kui meestel. Nad on sagedamini rahulolematud oma elukorraldusega, tunnevad end olukorra ohvrina, leiavad, et nende püüded on tulemusteta, nad ei suuda midagi muuta (8, 9).
2. Lapseas hüperaktiivsuse ülekaaluga (kombineeritud tüüp) või põhiliselt tähelepanuhäirega kulgeva ATH sooline jaotus on 8–4 : 1 poiste kasuks. Puberteedias on see suhtarv 2 : 1, kuid noorukieas läheneb juba 1 : 1, s.t poistel vähenevad hüperaktiivsus-impulsiivsus eaga, kuid püsima jääb tähelepanuhäire (8). Samas ilmneb ka teine tendents: kui tüdrukutel on domineeriva tähelepanuhäirega ATH alatüüp, siis nooruki- ja täiskasvanueas esineb seda vaid 25%-l ATHga naistest, ülejäänud 75%-l ilmneb hüperaktiivsuse ülekaaluga alatüüp (meestel täheldati kombineeritud tüüpi 64%-l ja tähelepanuhäirega tüüpi 35%-l juhtudest). Seega toimub ATH kliinilistes avaldustes täiskasvanuna naistel nihe kärsituse/püsimatuse suunas, kuid püsiv on ka tähelepanu puudulikkus (5).
3. Naistel avalduvad ATH sümptomid ja kognitiivsed häired sageli raskemal kujul kui meestel. Neil on ka sagedamini emotsionaalseid häireid. Seda asjaolu tuleb silmas pidada naiste ärevushäirete või depressiooni ravimisel juhtudel, kui need avalduvad tavalisest intensiivsema emotsionaalse labiilsuse ja/või ärrituvusega. Just nende häirete aluseks olev ATH tähelepanuhäire alatüüp jääb sageli diagnoosimata ja patsient ei allu ärevushäirete või depressiooni ravile (5, 8).
4. Tähelepanuhäirele lapseas võivad teisme- ja täiskasvanueas sageli lisanduda afektiivsed häired või tõrges-trotslik käitumine (10). Kergemini kujuneb neil juhtudel sõltuvus alkoholist või muudest psüühikat mõjutavatest ainetest. Ravi-

mata ATH korral esineb sõltuvushäireid kuni 50%-l juhtudest, varases eas alustatud ravi vähendab seda riski kaks korda, s.o üldrahvastiku tasemeni (7).

5. ATH täiskasvanuil ei ole enamasti „puhas“, vaid on läbi põimunud mitmete kaasnevate häiretega (kohanemishäired, sõltuvusainete liigtarvitamine jm). Tuleb siiski rõhutada, et ATHga ei pruugi mitte alati fataalselt kaasned a muid psüühikahäireid, kuid ATH korral on suur risk nende tekkeks (nt ärevushäired, depressioon).
6. ATHga isikud püüavad oma toimetuleku raskusi ja möödalaskmisi kompenseerida eri viisil: suitsetamine, alkoholiga või narkootikumidega lõõgastumine, seksuaalsed ekstsessid, töö- või elukoha või elukaaslase kiire vahetus jm (3).

#### B. ATH DIAGNOOSIMINE TÄISKASVANUIL

ATH diagnostilised kriteeriumid RHK-10 ja DSM-IV järgi on lastele orienteeritud ega kajasta adekvaatselt täiskasvanute ATH sümptomaatikat. Mõnede uuringute põhjal vastab vaid 30–50% ATH sümptomite tõttu arsti poole pöördunud täiskasvanuist DSM-IV järgi sellele häirele, kuid samal ajal hinnatakse 10–20% juhtudest ekslikult ATHks, mis kliinilisel uurimisel ei leia kinnitust (10, 11). Seetõttu hakati alates 1990. aastatest täiskasvanuile välja töötama spetsiaalseid ATH diagnostilisi küsimustikke: *The Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-V 1.1)*; *Symptom Checklist, Conners Adult ADHD Rating Scale (Multi-Health Systems at mhs.com)*; *The Adult Symptom Inventory* (kasutatav *checkmateplus.com*), samuti mitmesuguseid kliiniliste intervjuude vorme (*Conners Diagnostic Interview Part II [Multi-Health Systems]*, *Brown Adult ADHD History Form* jt). Tuleb silmas pidada, et nii kui lastelgi, ei ole ükski neist testideskaaladest määrav ATH diagnoosimisel ega ole eelistatav kompleksse kliinilise uurimise ees. Kliinilisel uurimisel tuleb lisaks ATH kriteeriumide olemasolule hinnata ka seda, kui kaua (millisest east) on selline seisund kestnud, milliseid adapteerumisraskusi on see isikule põhjustanud nii lapse- kui ka

noorukieas. Küsitleda tuleb patsienti tema vanemate ja lähedaste sugulaste iseloomu ja käitumistavade ning neil esinenud psüühikahäirete kohta. Väärtuslikud on täiendavad andmed patsienti hästi tundvatelt isikutelt. Patsiendi somaatilise ja neuroloogilise seisundi uurimine on obligatoorne, et välistada somaatilisi haigusi. Kui alustatakse ravi stimulaatoritega, tuleb enne ravi algust ja ravi käigus annuse muutmisel patsiendil mõõta vererõhku ja pulsisagedust. Stimulaatoritega ravi korral arteriaalne vererõhk tavaliselt kõrgeneb 3–4 mm Hg võrra (13). EEG, EKG, KT või MRT uuring on vajalik konkreetsete näidustuste korral. Psühholoogiline ja/või logopeediline uuring osutub vajalikuks, kui peab hindama neid valdkondi (10). Kaaluda tuleb ka muude ja kaasnevate psüühikahäirete võimalikkust (8).

#### C. ATH PÕHILISED ISEÄRASUSED TÄISKASVANUEAS

Vajalik on pöörata tähelepanu patsiendi psüühikas järgmistele aspektidele (6):

- 1) emotsionaalne düsregulatsioon (vähe- malt 1/3-l patsientidest avalduvad püsivalt järgmised sümptomid: muutlik tuju, afektilabiilsus, kergesti vihastumine ja sageli konflikti või stressiolukordadesse sattumine);
- 2) tähelepanu puudulikkus (oma asjade, lubaduste ja kohustuste unustamine, tähelepanu hajuvus kõrvalistele ebaolulistele asjaoludele, mitteküllaldane süvenemine jm);
- 3) käitumise pidurdamatus („ülereageerimine“, impulsiivsus, riskikaldumus, mõnest asjast liigne vaimustumine, hasartsus, suutmatus oodata, sõltuvusainete kuritarvitamine);
- 4) probleemid suhetes perekonnaga, töökaaslastega, ülemustega jt (6, 7).

ATHga täiskasvanutel võivad tööl ja sotsiaalsel pinnal avalduda järgmised probleemid (10):

1. Raskused oma sotsiaalse rolli täitmisega
  - perekonnas abikaasana, lapsevanemana, kindlust pakkuva isikuna (pidev

sisemine kärsitus, tujukus, äkilisus, konfliktisus, korduvad lahutused ja elukaaslaste vahetamine, kesine sissetulek, mõtlematu raharaiskamine);

- töö, sh hiline misel, kohustuste unustamine, raskused nõudmistega kohanemisel, närvilisus, vaheldusevajadus, impulsiivsed otsustused, töökohtade vahetus, tõrksus, vahel ebaadekvaatselt kõrge enesehinnang. Need isikud eelistavad liikumisega tööd, mitte tööd paberite täitmisega;
  - suhtlusringkonnas, kus esinevad lahkeliidid ja tülid tühistel põhjustel, seepärast suheldakse põhiliselt nendega, kes suhtuvad neisse mõistvalt ja diplomaatiliselt, ning
  - raskused probleemidesse süvenemisel ja nende lahendamisel. Raske on tegelda pikemaajalist süvenemist nõudvate aladega (nt keerulisema eriala omandamine; enesetäiendus).
2. Lisanduda võivad järgmised probleemid: sageli sõltuvust tekitavate ainete kuritarvitamine; karistused politsei ja/või õiguskaitseorganite poolt (avariid, liikluses korduvalt trahvid, arestid); töötus.
3. Esinevad terviseiga seotud probleemid:
- õnnetused, vigastused (tööl, liikluses, vaba aja veetmisel);
  - alkoholi/narkootikumide kuritarvitamise tervist kahjustav mõju;
  - lisanduvad sekundaarsed psüühika-

häired (depressioon, ärevushäired, kohanemishäired, isiksusehäired, suit-siidikatsed).

#### DIFERENTSIAALDIAGNOOS

Kõige sagedamini osutub vajalikuks eristada ATHd muudest psüühikahäiretest nagu pikaajaline depressioon, ärevushäired, bipolaarne depressioon, isiksuse- või sõltuvushäire (vt tabel 2). Kindlasti tuleb mõelda ka sellele, et ATHga sarnaseid sümptomeid võib esineda ka hüpertüreoidismi, aju orgaaniliste haiguste, kuulmis- ja nägemispuude, maksa- jm kehaliste haiguste korral.

#### RAVI

ATH on krooniline seisund, mis vajab pikaajalist ravi. Kahjuks on veel vähe andmeid ravi vajaliku kestuse, psühhoteraapia mõju ja psühhotroopsete vahendite diferentseeritud näidustuste kohta täiskasvanuil. Senised tähelepanekud näitavad, et raviga on võimalik olulisel määral parandada nende isikute psühhosotsiaalset seisundit ja elukvaliteeti. Kui ravi stimulaatoritega alustati enne 13.–15. eluaastat, ei suurendanud see sõltuvusainete või narkootikumide tarvitamise riski nooruki- ja täiskasvanueas, nagu tavaliselt kardetakse (12). Täiskasvanutel võib ravi kestust ja tõhusust oluliselt mõjutada isiku soostumine pikaajalise raviga, kuid samuti kaasnevad haigused ja tekkida võivad kõrvalnähud.

**Tabel 2.** ATH eristamine teistest psüühikahäiretest täiskasvanueas

Psüühikahäire	ATHga ühine sümptomaatika	ATHst eristavad tunnused
Depressioon	Kaebused halva kontsentratsioonivõime, tähelepanu ja mälu üle; raskused ülesannete lõpuleviimisega	Pikaajaline masendus, rahulolematuse endaga või röömutus varem meeldinud tegelustest; une- ja isuhäired
Bipolaarne häire	Hüperaktiivsus, kestvama eesmärgipärase tegevuse ja tähelepanu fookuses hoidmise raskused	Meeleolu vaheldumise tsüklilisus: düsfooria – eufooria; vähenenud unetarve; enese ülehindamise või suurusmõtted vaheldumisi alanenud meeleolu, alaväärsustundega
Generaliseerunud ärevushäire	Kärsitus, püsivus; mõtete koondamise raskused	Liialdatud kartused ja mured; ärevuse kehalised sümptomid
Sõltuvusainete kuritarvitamine või sõltuvusseisund	Tähelepanu- ja mäluhäired; meeleolu ebastabiilsus	Sõltuvusaine(te) tarvitamise nähud sotsiaalsete tagajärgedega; aine taluvuse suurenemine või võõrutusnähud
Isiksusehäire (enamasti tasakaalustamatu või düssotsiaalne isiksus)	Impulsiivne käitumine; meeleolu kõikumine	Korduvad arestid (düssotsiaalne isiksus); korduvad enesevigastused või suitsidaalne käitumine (tasakaalustamatu isiksus); puudulik arusaamine, et selline käitumine on endale kahjulik

Tabel 3. ATH farmakoterapia täiskasvanueas (19)

Preparaat	Tableti (kapsli) suurus	Päevane algannus	Keskmine raviannus päevas
Metüülfenidaat (Ritalin, Ritalin SR)	5;10; 20 mg	5–10 mg	40–90 mg
Amfetamiini ja dekstroamfetamiini segu (Adderall XR)	5;10; 20 mg	5–10 mg	20–45 mg
Desipramiin	10; 35; 50; 75; 100; 150 mg	10–25 mg	100–150 mg
Atomoksetiin (Strattera)	10; 18; 25; 40; 60; 80; 100 mg	10 mg 1–2 x p	60–120 mg (jaot. 2–3 osaks)
Risperidoon	0,5; 1; 2; 3; 4 mg	0,5–1 mg	2–4 mg
Bupropioon	75; 100 mg	37,5 mg	300–450 mg
Klonidiin	0,1; 0,2; 0,3 mg	0,1 mg 1–2 x p	0,2 mg 2–3 x p
Prasosiin	1; 2; 5 mg	1 mg 2–3 x p	6–15 mg

ATH ravis peab nii täiskasvanutel kui ka lastel järgima järgmisi põhimõtteid:

1. Ravi kompleksuse nõue. Sageli pööratakse õigustamatult suurt tähelepanu ainult medikamentoosle ravile. Lisaks ravile psühhotroopsete vahenditega on kindlasti vajalik ka patsiendile teadvustada tema probleemide põhjusi ning alustada tema kognitiiv-käitumisravi koos pere nõustamise ja kaasahaaramisega raviprotsessi.
2. Kokkulepe patsiendiga ta päevarežiimi ning töö- ja puhkerežiimi korrastamiseks.
3. Isiku julgustamine oma käitumise/elukorralduse muutmiseks, huvialadega tegelemiseks, tekkinud konfliktide lahendamiseks, oma soovitud eesmärkide poole püüdlamiseks.
4. Regulaarne raviarsti külastamine, arsti teavitamine oma probleemidest. Kaasnevate häirete lisandumisel arsti poolt määratud ravi järgimine.

ATH farmakoterapiast täiskasvanueas annab ülevaate tabel 3.

ATH ravis peetakse tänapäeval kõige mõjusamateks stimulaatoreid, sest nad on kõige tõhusama mõjuga ATH põhilistele sümptomitele: püsimatusele, impulsiivsusele, tähelepanuhäirele ja vastanduvale käitumisele. Stimulaatorid jagunevad **amfetamiini ja metüülfenidaadi grupi preparaatideks**. Eelistatumad on pika toimeajaga ravimid, sest lisaks aeglase vabanemise tõttu soolestikus ei tekita nad eufooriat. Enim kasutatud ravim metüülfenidaadi grupis on **OROS** ehk **Concerta** ja amfetamiinigrupis **Adderall XR**. Varem arvati, et stimulaatorid on täiskasvanuil väheefektiivsed. Praeguseks

on uuringud näidanud, et neil juhtudel oli põhjuseks ravimi liiga väike annus. Suuremad stimulaatorite doosid vähendavad küll patsiendi afektiivset ebastabiilsust, kuid kasutamist piiravaks asjaoluks võib osutuda kõrvalnähtude teke (unehäired, isutus, suukuivus, vahel suurenenud ärrituvus). Adderall XRiga ravimisel oli 39%-l juhtudest efektiivne annus keskmiselt 40 mg, 41%-l patsientidel 60 mg päevas.

Concerta kasutamisel on keskmine raviannus 81 mg (standardhälvega  $\pm 32$  mg). Ravi stimulaatoritega alustatakse väiksemate annustega, suurendades doosi 1-nädalaste intervallide järel kuni optimaalseni. Stabiilne raviefekt ilmneb tavaliselt 1–1,5 kuu jooksul. Stimulaatorravi järsul katkestamisel võib järgneda võõrutusreaktsioon. Vastunäidustused stimulaatorite kasutamisele on psühhoos, glaukoom, maksafunktsiooni häired, ravimisõltuvus (või narkomaania), monoaminooksidaasi aktiivsust pärssivate vahendite kasutamine. Motoorsed tikid, depressioon, ärevushäire ja paroksüsmaalsed seisundid ei ole otseseks vastunäidustuseks ravile stimulaatoritega (6).

Peale stimulaatorite on ATH ravis kasutusel **atomoksetiin** – noradrenergilise toimega neuroleptikum. Selle mõjususe ATH sümptomite leevendamisel on oluliselt kehvem kui stimulaatoritel, kuid preparaat on viimastest paremini talutav ning näidustatud kaasnevate probleemide – motoorsed tikid ja sõltuvushäired – korral (12–15).

**Risperidoon** – atüüpiline neuroleptikum – on näidustatud ATH-haige agressiivse-impulsiivse käitumise korral. Mitmed

uuringud on näidanud **prasosiini** tõhusust ATH sümptomite leevendamisel. Preparaat on toimelt alfa-1 agonist ja suurendab noradrenaliini ja dopamiini taset ajus (16).

Noradrenergilised antidepressandid **bu-propioon** ja **desipramiin** on ATH korral mõjusad ärevus- või meeleoluhäirete leevendamisel (14). Uinumishäirete ja suurenenud ärevuse korral on soovitatav ordineerida **mirtasapiini** 15 mg ööseks.

Madala energiapotsentiaaliga ATH-haigetel võib ravis kombineerida antidepressante koos stimulaatoritega. Tõhusaks võib osutada ka **modafiniil**, mis tõstab virgatsainete taset ajus (15).

Uuringud on näidanud, et alfa-2 retseptorite agonistid (klonidiin, guanfatsiin), stimuleerides prefrontaalse ajukoore püramiidrakke, võivad ATH-haigetel parandada kognitiivseid funktsioone (16). Neil prepa-

raatidel on ka anksiolüütilised, uinumist parandavad ja impulsiivset käitumist vähendavad omadused.

### KOKKUVÕTE

ATH lapseas võib jääb püsima ka täiskasvanueas. Üldjuhul maskeerivad täiskasvanueas ATH kliinilist pilti mitmed kaasnevad psüühikahäired. ATH täiskasvanueas on aladiagnostitud ja alaravitud. Tänapäevase kompleksse ja pikemaajalise raviga on võimalik oluliselt parandada ATHga patsientide elukvaliteeti ja tegutsemisvõimet ning rakendada nende tege-likku potentsiaali. Ravimata jätmise suurendab neil isikutel psühhosotsiaalsete probleemide tekke ning sõltuvusainete kasutamise riski, kaasnevate psüühikahäirete lisandumisel võib nende ravimine osutada väheefektiivseks.

*Jyri.Liivamägi@kliinikum.ee*

### LP KOLLEEG

Kui olete artikli tähelepanelikult läbi luge- nud ja vastate õigesti artikli lõpus esitatud küsimustele, on võimalik saada täiendus- koolituse punkte. Selleks tuleb vastata kõi- gile küsimustele, märkides õige vastuse (nt 3a, 4b; esitatud näited on suvalised), ning saata vastused Eesti Arsti toimetusele kir-

ja teel või elektroonselt. Vastuste esitamise tähtaeg on 30. november 2008. Vastaja peab teatama oma nime, töökohta, ameti, eriala ja aadressi, kuhu saata tõend koolituse läbimi- se kohta. Vastused saata aadressil Eesti Arst, Pepleri 32, 51010 Tartu või e-postiaadressil eestiarst@eestiarst.ee.

### KÜSIMUSED

- Kui paljudel ATHga lastest jääb sümpto- maatika püsima ka täiskasvanueas?
  - Kuni 10%-l,
  - vähemalt 25%-l,
  - vähemalt 50%-l,
  - rohkem kui 75%-l.
- Mitmel protsendil täiskasvanuil esineb aktiivsus-tähelepanuhäiret?
  - 1%-l
  - 5%-l
  - 10%-l
- Millist psüühikahäiret diagnoositakse täis- kasvanuil ATH asemel kõige sagedamini?
  - Sõltuvusainete kuritarvitamine,
  - düssotsiaalne isiksusehäire,
  - depressioon.
- Millised on ATH sümptomid ja kogni- tiivsete funktsioonide kahjustuse sooli- sed erinevused täiskasvanueas?
  - Naistel on enam tähelepanuhäireid.
  - Meestel domineerib robustne käitumi- ne ja sõltuvusainete tarvitamine.
  - Meeste ja naiste ATH sümptomaatikas ja kogniitiivsete funktsioonide kahjus- tuses olulisi erinevusi ei täheldata.

## KIRJANDUS

1. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psych* 2007;164(6):942–8.
2. Kessler RC. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psych* 2006;163:716–23.
3. Stephen ET. Highlights of the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *News Media Briefing. Medscape Psychiatry & Mental Health* 2005;10,1.
4. Attention deficit/hyperactivity disorder WebMD.com. 2006;Dec 11.
5. Moyer P. Women With ADHD less likely to be diagnosed and more symptomatic than men. *American Psychiatric Association 2005 Annual Meeting* May 21–26, 2005, Atlanta, Georgia. <http://www.medscape.com/viewarticle/505497>
6. Greenhill L, Benton T, Tirmizi S. Attention deficit/hyperactivity disorder: a common diagnosis? *Medscape Psychiatry & Mental Health* 2003;8(1).
7. A rational approach to diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adolescents and adults: an expert interview with David W. Goodman, MD. *Medscape Psychiatry & Mental Health* 2005;10(1).
8. Busko M. Need to look at ADHD in a new way, Finnish Teen Study suggests. *Medscape Medical News* 2008; 1. <http://www.medscape.com/viewarticle/569411>.
9. Manos MJ. ADHD in women. *Medscape Psychiatry* 2005;10(26). <http://www.medscape.com/viewarticle/515209>.
10. Weiss M, Bailey R. The changing face of ADHD. *Advances in the treatment of adult ADHD – landmark findings in nonstimulant therapy. Medscape from WebMD.* 2003;30. [http://www.medscape.com/viewprogram/2530\\_index](http://www.medscape.com/viewprogram/2530_index).
11. Getting it right with the adult ADHD patient: an expert interview with Kenneth Steinhoff, MD. *Medscape Psychiatry & Mental Health* 2006;11(2).
12. Wysong P, Adler LA. Long-term treatment of ADH. *American Psychiatric Association 156th Annual Meeting* May 17–22, 2003, San Francisco, California. *Medscape from WebMD* 2003;24.
13. Michelson D, Adler L, Spencer T, et al. Atomoxetine in adults with ADHD: two randomized, placebo-controlled studies. *Biol Psych* 2003;53(2):112–20.
14. Kutchner S, Aman M, Brooks SJ, et al. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *Europ Neuropsychopharmacol* 2004;14(1):11–28.
15. Hunt RD. Functional roles of norepinephrine and dopamine in ADHD. *Medscape Psychiatry & Mental Health* 2006;11(1).
16. Arnsten AFT. Alpha-2 agonists in the treatment of ADHD. *Medscape Psychiatry & Mental Health* 2007. <http://www.medscape.com/viewarticle/560074>.
17. Searight HR, Burke JM, Rottnek F. Adult ADHD: evaluation and treatment in family medicine. *American Family Physician* 2000;1. <http://www.aafp.org/afp/20001101/contents.html>

## SUMMARY

## CME

## Attention-deficit hyperactivity disorder in adulthood

Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a chronic neurobehavioural developmental disorder affecting about 3–5% of the world population. ADHD is most frequently diagnosed in children but over the past decade it has been increasingly diagnosed in adults as well. About 30–60% of children diagnosed with ADHD retain the condition in adulthood. ADHD appears to be highly heritable, one fifth of all cases are estimated to be caused by trauma or toxic factors.

Adult ADHD is often an underidentified and undertreated disorder. As a rule, adult ADHD is characterised by comorbidity disorders: anxiety, depression, and frustration

arising from inattention and conflicts, poor social functioning, alcohol and substance use, etc. Due to comorbidity disorders, the symptoms of ADHD may be hard to detect.

Treatment methods for ADHD usually involve some combination of medications, behavioural modifications, life style changes and counselling. Stimulant medication is the most efficient and cost effective treatment of ADHD. Norepinephrine-ergic neuroleptics (atomoksetin) are less effective in relieving the symptoms of ADHD. Comorbidity disorders may warrant additional medication. Generally, comorbidity disorders in patients with ADHD can not be effectively treated without using stimulants.