

ANNIINA KOSKI

LL, psykiatrian erikoislääkäri
HYKS, psykiatrian yksikkö

SAMI LEPPÄMÄKI

dosentti, ylilääkäri
Työterveyslaitos ja HYKS,
psykiatrian yksikkö
sami.leppamaki@ttl.fi

Aikuisen ADHD – diagnoosista hoitoon

- Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, ADHD, on lapsuudessa alkava ja usein aikuisuuteen saakka jatkuva oireyhtymä, joka ilmenee keskittymisen ja toiminnanohjauksen vaikeuksina ja/tai ylivilkkautena sekä impulsiivisena käytöksenä.
- ADHD on aikuisilla ilmeisesti varsin yleinen häiriö (yleisyys noin 3–5 %), jonka diagnoosi perustuu kliiniseen kuvaan ja tyypillisiin, läpi elämän ilmentyneisiin oireisiin.
- Yleisimmät mielenterveyden häiriöt on otettava huomioon sekä erotusdiagnoositiikassa että mahdollisina samanaikaishäiriöinä.
- Aikuisten ADHD:n hoidon kulmakivi on lääkitys, mutta myös ei-lääkkeellisen hoidon ja kuntoutuksen vaihtoehtoista on syytä olla tietoinen.

ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder) on kehityksellinen häiriö, joka ilmenee kehitystasoon nähden liiallisina ja haittaavanasteisina tarkkaavuuden ongelmina ja/tai ylivilkkautena sekä impulsiivisuutena. Lapsilla ADHD:n esiintyvyys on noin 5 %, ja mahdollisesti yli puolella ADHD-lapsista ja -nuorista oireet jatkuvat haittavina aikuisuuteen asti. Aikuisen ADHD-diagnoosi perustuu tyypillisiin oireisiin, joiden tulee olla ilmentynyt ainakin ala-asteikäisestä alkaen. Lisäksi on otettava huomioon muut yleiset mielenterveyden häiriöt sekä erotusdiagnoositiisessa mielessä että mahdollisina oheishäiriöinä. Käytössä on useita lääkevaihtoehtoja sekä ei-lääkkeellisiä hoitoja. Diagnostiikka ja hoidon aloitus on syytä keskittää erikoislääkäreille, mutta hoidon seuranta voi toteutua perusterveydenhuollossa.

Taustaa

Ylivilkkaita lapsia on kuvattu lääketieteellisessä kirjallisuudessa kauan. Lastenlääkäri Still kuvasi 1902 Lancetissa julkaistussa artikkelissa lapsia, joilla oli ”vakavia ongelmia” tarkkaavuuden ylläpitämisessä ja itsehillinnässä. Ajan yleisen hengen mukaisesti tri Still tulkitsi ongelman moraaliskasvatukselliseksi (1). Psykiatriseen tautiluokitukseen lapsuuden hyperkineettiset häiriöt tulivat 1960-luvulla. Kliinisessä käytössä oli pitkään myös termi MBD (minimal brain dysfunction), joka vastasi käytännössä nykyistä ADHD:tä, mutta lisäksi edellytettiin motorista kömpelyyttä.

ADHD:tä on pidetty lapsuuteen ja nuoruuteen rajoittuvana häiriönä. Ajatukselle ei ole tie-

teellistä perustaa, eikä ADHD:n jatkuminen aikuisuuteen ole viime vuosien löydös. Jo 45 vuotta sitten julkaistiin 25 vuoden seurantatutkimus ylivilkkaista lapsista (2). Pienessä aineistossakin puolet aikuisuuteen seuratuista lapsista oireili edelleen. Ensimmäinen raportti aikuisten ADHD:n lääkeshoidosta julkaistiin jo vuonna 1976 (3).

Aikuisten ADHD-diagnostiikkaa on vaikeuttanut se, että diagnostiset kriteerit on laadittu kouluikäisille lapsille. Lisääntyvä tutkimusnäyttö osoittaa, että ADHD on aikuisellakin validi diagnoosi. Näyttää myös siltä, että ADHD:n aiheuttama haitta lisääntyy kumulatiivisesti iän myötä – heikko koulumenestys johtaa vähäisempiin jatko-opiskelumahdollisuuksiin, mikä vaikuttaa kielteisesti työmarkkinoille sijoittumiseen ja lisää syrjäytymisen vaaraa. Parhaassa tapauksessa häiriö tunnistetaan ja tukitoimet voidaan aloittaa jo kouluiässä. Suurinta osaa aikuisista, joilla on ADHD:n kaltainen oirekuva, ei ole kuitenkaan tutkittu lapsuuden tai nuoruuden aikana.

Aikuisten ADHD:n tutkiminen ja hoito kannattaa. Aikuisella ilmenevän häiriön selvittely edellyttää elämäntapa- ja ajattelun ottamista mukaan. Huolellinen diagnostiikka ja muiden samanaikaisten häiriöiden huomioon ottaminen muodostavat pohjan yksilöllisesti suunnitellulle hoidolle ja kuntoutukselle.

Yleisyys

Aikuisten ADHD:n prevalenssiksi on kansainvälisissä tutkimuksissa esitetty 3,4–4 % (4,5), eli kyseessä on varsin yleinen häiriö. Esiintyvyys



TAULUKKO 1.

ADHD:n diagnostiset kriteerit DSM-IV:n mukaan.

- A. Joko (1) tai (2)**
 (1) Vähintään kuusi seuraavista tarkkaamattomuusoireista on jatkunut vähintään kuuden kuukauden ajan kehitystasoon nähden epäsovivina:
 a. jättää usein huomioimatta yksityiskohtia tai tekee huolimattomuusvirheitä koulussa, työssä tai muussa toiminnassa
 b. usein toistuvia vaikeuksia keskittyä tehtäviin tai leikkeihin
 c. usein ei tunnu kuuntelevan suoraan puhuteltaessa
 d. jättää usein seuraamatta ohjeita eikä saa koulu- tai työtehtäviään suoritetuksi (ei johdu vastustuksesta tai siitä ettei ymmärtäisi ohjeita)
 e. usein toistuvia vaikeuksia tehtävien ja toimien järjestämisessä
 f. välttelee, inhoaa tai on haluton suorittamaan tehtäviä, jotka vaativat pitkäkestoista henkistä ponnistelua (kuten koulu- ja kotitehtävät)
 g. kadottaa usein tehtävissä tai toimissa tarvittavia esineitä (esim. leluja, kyniä, kirjoja, työkaluja)
 h. häiriintyy helposti ulkopuolisista ärsykkeistä
 i. unohtaa usein asioita päivittäisissä toiminnoissa
 (2) Vähintään kuusi seuraavista ylivilkkaus-/impulsiivisuusoireista on jatkunut vähintään kuuden kuukauden ajan kehitystasoon nähden epäsovivina:
Ylivilkkaus:
 a. liikuttelee usein hermostuneesti käsiään ja jalkojaan tai kiemurtelee istuessaan
 b. poistuu usein paikaltaan luokassa tai muissa tilanteissa, joissa edellytetään paikallaan oloa
 c. juoksentee tai kiipeilee usein ylettömästi sopimattomissa tilanteissa (nuorilla tai aikuisilla voi rajoittua levottomuuden tunteisiin)
 d. usein toistuvia vaikeuksia leikkiä tai harrastaa mitään rauhallisesti
 e. on usein ”jatkuvasti menossa” tai ”käy kuin kone”
 f. puhuu usein ylettömästi
Impulsiivisuus:
 g. vastailee usein kysymyksiin ennen kuin ne on kunnolla esitetty
 h. usein toistuvia vaikeuksia odottaa vuoroaan
 i. keskeyttää usein toiset tai on tunkeileva toisia kohtaan (esim. tuppautuu toisten seuraan)
- B. Jotkin haittaa aiheuttaneet ylivilkkaus-, impulsiivisuus- tai tarkkaamattomuusoireet ovat ilmenneet ennen seitsemän vuoden ikää**
- C. Oireiden aiheuttamaa haittaa ilmenee kahdella tai useammalla elämänaalueella (esim. koulussa, töissä tai kotona)**
- D. Selvä näyttö merkittävästä haitasta ihmissuhteissa, opiskelussa tai työssä**
- E. Oireet eivät ilmene ainoastaan laaja-alaisen kehityshäiriön, skitsofrenian tai muun psykoottisen häiriön aikana eivätkä ole paremmin selitettävissä muulla mielenterveyden häiriöllä (kuten mieliala-, ahdistuneisuus-, dissosiaatio- tai persoonallisuushäiriö)**
- Alatyypit:**
 1. ADHD, häiriön eri tyyppien yhdistelmä: sekä kriteeri A1 että A2 ovat täyttyneet viimeisen kuuden kuukauden aikana
 2. ADHD, pääasiallisesti tarkkaamattomuuteen painottuva tyyppi: jos kriteeri A1 on täyttynyt mutta kriteeri A2 ei ole täyttynyt viimeisen kuuden kuukauden aikana
 3. ADHD, pääasiallisesti ylivilkkauteen/impulsiivisuuteen painottuva tyyppi: jos kriteeri A2 on täyttynyt mutta kriteeri A1 ei ole täyttynyt viimeisen kuuden kuukauden aikana

on yhtenevä eri maissa, joten ADHD ei ole vain länsimainen, kulttuurisidonnainen ilmiö. Lapsuudessa pojat saavat ADHD-diagnoosin 3–6 kertaa niin usein kuin tytöt, mutta aikuisuudessa ero miesten ja naisten välillä on todennäköisesti pienempi, 1,6:1 (4).

Nykyiset diagnosikriteerit on validoitu kouluikäisillä lapsilla. Oireiden ilmentyminen ja niistä aiheutuva haitta muuttuvat iän ja ulkoisten haasteiden myötä, mikä vaikeuttaa aikuisten diagnostiikkaa. Oireiden pysyvyyttä lisäävät ainakin lapsuuden ja nuoruuden aikainen psykiatrinen komorbiditeetti, lapsuuden psykososiaalisen tuen vähäisyys sekä ADHD:n esiintyvyys potilaan lähisukulaisilla.

Suurin osa aikuisten ADHD:n tieteellisestä tutkimuksesta on tehty käyttäen taulukossa 1 kuvattuja Yhdysvaltain Psykiatriyhdistyksen tautiluokituksen, DSM-IV:n, kriteereitä (6). Niiden päivitys, DSM-5, julkaistiin toukokuussa 2013. Muutokset eivät olleet niin suuria kuin oli odotettu, mm. aikuisten omista diagnosikriteereistä luovuttiin lopulta näytön puutteen vuoksi. Näiden sijaan nykyisten kriteerien selityksiä muutettiin kuvaamaan paremmin aikuisten oirekuvaa. Laaja-alainen kehityshäiriö ei ole enää poissulkukriteeri, joten DSM-5:n mukaan myös henkilölle, jolla on autismikirjon häiriö, voidaan asettaa erillinen ADHD-diagnoosi (7).

Kliinisesti ja aikuisten kannalta merkittäviä muutoksia on kaksi. Ensinnäkin oireiden tulee ilmentyä ennen 12. ikävuotta (aiemmin seitsemättä). Tämä helpottaa aikuisten diagnosointia, koska etenkin puhtaasti tarkkaamattomuuspainotteisen oirekuvan osoittaminen retrospektiivisesti alle kouluikäisellä lapsella on varsin haastavaa. Seitsemän vuoden ikäraja ei ole pohjautunut tutkimusnäyttöön, joten ikärajan muutos on perusteltu.

Toinen merkittävä muutos on 17 vuotta täytäneillä diagnoosiin vaadittavien oireiden määrän vähentäminen kuudesta viiteen. Muutos perustuu mm. havaintoon, että prospektiivisesti lapsuudesta alkaen seuratussa kohortissa niillä, joilla aikuisena täyttyi vähintään viisi joko tarkkaamattomuuteen liittyvää, ylivilkkaus- tai impulsiivista oiretta, oireiden aiheuttama haitta-aste oli kliinisesti merkittävä (8). Vaikka muutokselle on perusteita, se on myös lisännyt keskustelua ”tautikulkukaupasta” (disease mongering, eli häiriön diagnosikriteereiden laventuminen koskemaan yhä suu-

KIRJALLISUUTTA

- 1 Still GF. The Goulstonian lectures on some abnormal psychical conditions in children. *Lancet* 1902;1:1008-12,1077-82,1163-68.
- 2 Menkes M, Rowe J, Menkes J. A twenty-five year follow-up study on the hyperkinetic child with minimal brain dysfunction. *Pediatrics* 1967;39:393-9.
- 3 Wood DR, Reimherr FW, Wender PH ym. Diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in adults: a preliminary report. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:1453-60.
- 4 Kessler R, Adler L, Barkley R ym. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006;163:716-23.
- 5 Fayyad J, De Graaf R, Kessler R ym. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2007;190:402-9.
- 6 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4. painos. Washington, D.C.: American Psychiatric Association 1994.
- 7 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5. painos. Arlington, VA: American Psychiatric Association 2013.
- 8 Mannuzza S, Castellanos FX, Roizen ER ym. Impact of the impairment criterion in the diagnosis of adult ADHD: 33-year follow-up study of boys with ADHD. *J Atten Disorder* 2011;15:122-9.
- 9 Batstra L, Frances A. DSM-5 further inflates attention deficit hyperactivity disorder. *J Nerv Ment Dis* 2012;200:486-8.
- 10 Chang Z, Lichtenstein P, Asherson PJ ym. Developmental twin study of attention problems: high heritabilities throughout development. *JAMA Psychiatry* 2013;70:311-8.
- 11 Biederman J, Faraone SV, Mick E ym. High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. *Am J Psychiatry* 1995;152:431-5.
- 12 Biederman J, Faraone SV, Keenan K ym. Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:526-33.
- 13 Faraone SV, Biederman J, Keenan K ym. Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder: evidence from a family-genetic study of American child psychiatric patients. *Psychol Med* 1991;21:109-121.
- 14 Sagiv SK, Thurston SW, Bellinger DC ym. Prenatal organochlorine exposure and behaviors associated with attention deficit hyperactivity disorder in school-aged children. *Am J Epidemiol* 2010;171:593-601.
- 15 Volkow N, Wang GJ, Newcorn JH ym. Motivation deficit in ADHD is associated with dysfunction of the dopamine reward pathway. *Mol Psychiatry* 2011;16:1147-54.

rempaa osaa väestöstä) ADHD:n kohdalla, eikä täysin aiheetta (9).

Etiologia ja patofysiologia

ADHD on etiologialtaan monisyinen häiriö. Perimän osuus lienee merkittävä, häiriön perinnölliseksi taipumukseksi on arvioitu 70–80 % (10). Konkordanssi identtisillä kaksosilla on 60–90 % ja sisaruksilla 20–30 %. Jos vanhemmalla on ADHD, noin 30 %:lla lapsista on myös ADHD (11,12,13).

Pre- ja perinataalisista riskitekijöistä ADHD:hen yhdistyvät ainakin äidin raskaudenaikainen tupakointi, alkoholinkäyttö ja mahdollisesti PCB-altistus (14), asfyksia ja hyvin pieni syntymäpaino. Yksikään näistä tekijöistä ei ole spesifinen ADHD:lle, vaan ne lisäävät myös muiden mielenterveyden häiriöiden riskiä. Kasvatukselliset tekijät eivät aiheuta ADHD:tä.

Aivojen toiminnan osalta keskeiset löydökset ADHD:ssä liittyvät dopamiinivälitteisen hermoston toiminnan poikkeavuuteen (15). Geenitasolla yhteyttä on etsitty esimerkiksi dopamiini-4-reseptorin polymorfismista (16). Dopamiinihypoteesi pohjautuu havaintoon, että suurin osa ADHD:hen tehoavista lääkkeistä on tavalla tai toisella dopaminergisiä. Esimerkiksi metyylifenidaatin myönteinen vaste näyttää yhdistyvän lisääntyvään dopamiinin transmissioon aivojuovion sisäreunassa (17).

ADHD-oireisten aikuispotilaiden aivotoiminnan poikkeavuutta on myös kuvattu. Lapsuuden ADHD näkyy aikuisen aivoissa sekä harmaan että valkean aineen muutoksina (18,19). Työmuistia kuormittavan tehtävän aikana havaittiin alueellisia aivotoiminnan puutoksia sekä toiminnallista poikkeavuutta ventrolateraalilla prefrontaalialueella aivokuorella, etumaisessa pihtipomussa sekä päälakilohkon kuorikerroksella (20).

Kliininen kuva

ADHD:n oirekuva vaihtelee ikäkauden mukaan. Usein esimerkiksi motorinen levottomuus vähenee aikuisuutta kohti tai muuttuu sisäiseksi rauhattomuuden tunteeksi. Oirekuvasa pysyvintä ovatkin usein tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen vaikeudet (21). Niiden aiheuttama haitta korostuu yleensä iän myötä, ulkoisen vaatimustason kasvaessa. Koulussa toistuva myöhästely johtaa huomautukseen, työelämässä irtisanomiseen.

ADHD:n keskeisenä oireena voi pitää tarkkaavuuden pitkäkestoisen ylläpitämisen eli keskittymisen vaikeutta. Kyse ei silti ole keskittymiskyvyn täydellisestä puutteesta, vaan enemmänkin keskittymisen tahdonalaisen säätelyn ongelmasta. Keskittyminen voi onnistua erittäin hyvin asioihin, jotka henkilö kokee itselleen mieluisiksi tai motivoiviksi. Sen sijaan muihin tehtäviin, vaikka kuinka tarpeellisiin tai välttämättömiin, henkilön saattaa olla lähes tai täysin ylivoimaista keskittyä. Yksinkertaisenkin tehtävän aloittaminen tai loppuun saakka tekeminen saattaa osoittautua niin vaikeaksi, että ongelma ei ole missään suhteessa henkilön kognitiivisiin kykyihin. Kaikkeen työhön tai opiskeluun, oli se kuinka motivoivaa ja mielenkiintoista hyvänsä, liittyy paljon juuri tällaisia tehtäviä. Tämä antaa kuvaa siitä, millaisiin arkipäivän ongelmiin ADHD-oireinen henkilö törmää jatkuvasti.

Korkea älykkyys ja koulun tai lähipiirin ihmisten luoma struktuuri auttaa joitakin ADHD-potilaita kompensoimaan oireista aiheutuvia ongelmia ja selviytymään opinnoissaan pitkälle ennen kuin ongelmat käyvät ylitsepääsemättömiksi. Tällainen potilas on saattanut vaikeuksista huolimatta kyetä suoriutumaan lukio- tai jopa yliopisto-opinnoista, joten akateeminen loppitutkintokaan ei sulje pois ADHD:n mahdollisuutta.

Lapsuudessa impulsiivisuus ilmenee esimerkiksi kyvyttömyytenä odottaa omaa vastausvuoroa luokassa tai etuiluna ruokajonossa. Aikuisuudessa impulsiivisuus voi näkyä hermostumisena ja holtittomana käytöksenä liikenteessä, kärsimättömyytenä jonotustilanteissa sekä systemaattisuutta vaativissa tehtävissä, useina työpaikan ja ihmissuhteiden yhtäkkisinä muutoksina sekä tärkeiden päätösten harkitsemattomana tekemisellä. Aikuisen ADHD-potilaan nopea innostuminen, lyhytjaksoinen mielialan vaihtelu ja ärtyneisyys ovat tavallisia piirteitä, jotka voivat myös muistuttaa epävakaa persoonallisuuden tai mielialahäiriön oireita.

Diagnostiikka

ADHD-diagnoosin tulee pohjautua kulloinkin voimassaoleviin Yhdysvaltain psykiatriyhdistyksen DSM- tai WHO:n ICD-kriteereihin. DSM-IV jakaa häiriön kolmeen alatyyppeihin: tarkkaamattomuuspainotteiseen, ylivilkkaus-impulsiivispainotteiseen sekä näiden yhdistelmään.

16 Sánchez-Mora C, Ribasés M, Casas M ym. Exploring DRD4 and its interaction with SLC6A3 as possible risk factors for adult ADHD: a meta-analysis in four European populations. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2011;156B:600–12.

17 Volkow ND, Wang GJ, Tomasi D ym. Methylphenidate-elicited dopamine increases in ventral striatum are associated with long-term symptom improvement in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *J Neurosci* 2012;32:841–9.

18 Cortese S, Imperati D, Zhou J ym. White matter alterations at 33-year follow-up in adults with childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2013;74:591–8.

19 Proal E, Reiss PT, Klein RG ym. Brain gray matter deficits at 33-year follow-up in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder established in childhood. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:1122–34.

20 Wolf RC, Plichta MM, Sambataro F ym. Regional brain activation changes and abnormal functional connectivity of the ventrolateral prefrontal cortex during working memory processing in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Hum Brain Mapp* 2009;30:2252–66.

21 Kessler RC, Green JG, Adler LA ym. Structure and diagnosis of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: analysis of expanded symptom criteria from the Adult ADHD clinical diagnostic scale. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:1168–78.

22 Kessler RC, Adler L, Ames M ym. The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 2005;35:245–56.

23 Agarwal R, Goldenberg M, Perry R ym. The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Innov Clin Neurosci* 2012;9:10–21.

24 Kessler RC, Lane M, Stang PE ym. The prevalence and workplace costs of adult attention deficit hyperactivity disorder in a large manufacturing firm. *Psychol Med* 2009;39:137–47.

25 Kessler RC, Adler L, Ames M ym. The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. *J Occup Environ Med* 2005;47:565–72.

26 de Graaf R, Kessler RC, Fayyad J ym. The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Occup Environ Med* 2008;65:835–42.

27 Küpper T, Haavik J, Drexler H ym. The negative impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on occupational health in adults and adolescents. *Int Arch Occup Environ Health* 2012;85:837–47.

ICD-10:n kriteereissä painotetaan ylivilkkautta ja erotetaan puhdas tarkkaavuushäiriö eri diagnoosin alle (F98.8 Muu tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkava toiminta- ja tunnehäiriö). DSM-IV-kriteerit ovat olleet laajalti tutkimuskäytössä, ja myös kliinisessä työssä niiden käyttö on osoittautunut selkeämmäksi.

ADHD:n seulontaan voi käyttää esimerkiksi ASRS-lomaketta (22). Osoitteessa www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php on saatavilla suomen- ja 18-kohtaiset seulat. Näistä lyhyemmässä, kuuden kohdan seulassa neljä vastaustummennetulla alueella antaa aiheen selvittää ADHD:n mahdollisuutta tarkemmin (kuva 1).

Diagnoosin asettaminen edellyttää tietoa oirekuvan ilmentymisestä lapsuuden aikana. On yksinkertaista, jos henkilölle on tehty ADHD-diagnoosi lapsuuden tai nuoruuden aikana, mutta toistaiseksi näin ei useimpien ai-

kuisten kohdalla ole. Apuna voi käyttää neuvola- ja kouluterveydenhuollon asiakirjoja, koulupsykologin lausuntoja, mahdollisia lastensuojelun asiakirjoja sekä koulutodistuksia.

Asiakirjojen lisäksi tietoa lapsuuden oirekuvasta voi hankkia haastatteleamalla potilaan vanhempia tai jotakuta potilaan lapsuudessa tunnetunutta henkilöä. Asiakirjoihin tutustuminen tai tietoja antavan henkilön haastattelu on suotavaa, muttei pakollista. Tavoitteena on kerätä riittävästi tietoa, jotta on mahdollista luoda kohtalaisen luotettava kuva potilaan elämäkkaaresta ja ADHD-oireiden ilmentymisestä sekä niiden aiheuttamasta haitasta läpi elämän. Nämä tiedot on suhteutettava ajankohtaiseen oirekuvaan ja suljettava pois muut mahdolliset syyt. Anamneesin merkitys korostuu, koska joskus ainoa tietolähde lapsuudesta ovat potilaan omat muistikuvat.

KUVA 1.

Aikuisten ADHD-oirekyselyn kuuden kysymyksen seula.

Aikuisten ADHD-oirekyselyn (ASRS-V1.1) seula
from WHO Composite International Diagnostic Interview
© World Health Organization

Pvm

	Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
1. Kuinka usein Teidän on vaikea tehdä tehtäviä loppuun asti jos jätteen, kun haasteet tai mielenkiinnokas asia on tehty?					
2. Kuinka usein Teillä on vaikeuksia järjestelmällisyyttä vaikeissa tehtävissä?					
3. Kuinka usein Teidän on vaikea muistaa velvoituksianne tai sovittuja tapaamisiinne?					
4. Kun Teidän pitää tehdä töitä, joka vaatii paljon ajatustyötä, kuinka usein välillä teillä tai viivytellette sen aloittamista?					
5. Kuinka usein Hemurtelette tai liikuttelevat levottomasti istuillanne tai jalkojanne kun joudutte istumaan paikallanne pitkään?					
6. Kuinka usein Teillä on yskittävinen olo ja tunnette pakonomaista tarvetta tehdä asioita, kolmikin aikailmanne olat muuttaneet?					

Laskekaa yhteensä summeina tuloksia nähdäksenne olivat rasit. Jos vastauksia on neljä (4) tai enemmän, oirekuvan soveltaminen on suositeltavaa. Jos vastauksia on kolme (3) tai enemmän, oirekuvan soveltaminen on suositeltavaa. Jos vastauksia on kaksi (2) tai enemmän, oirekuvan soveltaminen on suositeltavaa.

The 6-question Adult Self-Report Scale-Version 1.1 (ASRS-V1.1) Screener is a subset of the WHO's 18-question Adult ADHD Self-Report Scale-Version 1.1 (Adult ASRS-V1.1) Symptom Checklist.

ADHD:n PRINTED IN USA. 2003050408 080000 ASRS-V1.1 Screener (COPYRIGHT © 2002 World Health Organization (WHO). Reprinted with permission of WHO. All rights reserved.

- 28 Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MA. Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:1295–303.
- 29 Fletcher JM. The effects of childhood ADHD on adult labor market outcomes. *Health Econ* 2013;doi:10.1002/hec.2907 (julkaistu verkossa 21.2.2013).
- 30 Wilens TE, Martelon M, Joshi G ym. Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:543–53.
- 31 Lee SS, Humphreys KL, Flory K ym. Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2011;31:328–41.
- 32 van Emmerik-van Oortmersen K, van de Glind G, van den Brink W ym. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend* 2012;122:11–9.
- 33 Szobot CM, Rohde LA, Bukstein O ym. Is attention-deficit/hyperactivity disorder associated with illicit substance use disorders in male adolescents? A community-based case-control study. *Addiction* 2007;102:1122–30.
- 34 Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T ym. Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD: a naturalistic controlled 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2008;165:597–603.
- 35 Niemelä A, Leppämäki S, Aalto M ym. ADHD ja päihteet. *Suom Lääkäri* 2010;65:1213–17.
- 36 Biederman J, Mick E, Surman C ym. A randomized, 3-phase, 34-week, double-blind, long-term efficacy study of osmotic-release oral system-methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2010;30:549–53.
- 37 Rösler M, Fischer R, Ammer R ym. A randomized, placebo-controlled, 24-week, study of low-dose extended-release methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009;259:120–9.
- 38 Young JL, Sarkis E, Qiao M ym. Once-daily treatment with atomoxetine in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a 24-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Clin Neuropharmacol* 2011;34:51–60.
- 39 Adler LA, Spencer T, Brown TE ym. Once-daily atomoxetine for adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a 6-month, double-blind trial. *J Clin Psychopharmacol* 2009;29:44–50.

Ajankohtaiset ADHD-oireet on hyvä kartoittaa strukturoidusti haastatellen. Apuna voi käyttää Connersin aikuis-ADHD-haastattelua, CAADI-Dia (lisenssi maksullinen, www.mhs.com) tai eurooppalaista, myös suomeksi ja ruotsiksi käännettyä DIVA 2.0-lomaketta (www.divacenter.eu).

ADHD:n diagnoosi kuuluu aiheeseen perehtyneelle erikoislääkärille, useimmiten psykiatrilta tai neurologille, ja se perustuu haastattelun ja käyttäytymisen pohjalta syntyneeseen arvioon. ADHD-diagnoosia ei voi tehdä laboratoriotutkimusten tai aivokuvantamisen avulla, mutta näitä tutkimuksia tarvitaan usein muiden mahdollisten aivo-organisten tai somaattisten syiden poissulkemiseksi. Neuropsykologinen tutkimus voi antaa lisätietoa, erityisesti oppimishäiriöiden osalta, mutta se ei ole välttämätön diagnoosin asettamiseksi. Oireiston olemassaolo on tärkeä varmentaa viimeistään alakouluiässä, sillä monien muiden mielenterveyden häiriöiden ajankohtaiset oireet voivat muistuttaa ADHD:tä. Psykiatrinen komorbiditeetti on yleistä, joten ADHD-diagnoosin asettaminen edellyttää huolellista psykiatrista diagnostiikkaa.

Erotusdiagnostiikka ja psykiatrinen komorbiditeetti

Oheissairastavuus on yleistä ADHD-potilailla. Jopa 75–80 %:lla on todettavissa jokin psykiatrinen häiriö tai päihdehäiriö (4). Keskeisiä poisuljettavia tai erotusdiagnostisesti huomioitavia ovat mielialahäiriöt (sekä masennustila että kaksisuuntainen mielialahäiriö), päihdehäiriöt, psykoottiset häiriöt (esim. skitsofrenian prodroma-aihe), ahdistuneisuushäiriöt sekä epävakaa tai epäsosiaalinen persoonallisuus

Muut kehitykselliset häiriöt on myös syytä ottaa huomioon ADHD:tä arvioitaessa, erityisesti oppimisen erityisvaikeudet, kielellisen prosessoinnin ongelmat, autismikirjon häiriöt sekä monimuotoinen nykimishäiriö (Touretten oireyhtymä). Mahdollisista somaattisista syistä tärkeimmät ovat aivovamman jälkitila ja unihäiriöt, kuten uniapnea, joka saattaa aiheuttaa keskittymisvaikeuksia. Toisaalta monilla ADHD-potilailla on myös samanaikaisesti unihäiriö, etenkin viivästynyt univaihe on tyypillinen.

Sosioekonomiset vaikutukset

ADHD heikentää merkittävästi sekä aikuisten koettua elämänlaatua (23) että arjen toimintakykyä (4). ADHD-oireet ovat yhdistyneet 4–5 %

heikompaan työtehoon ja kaksinkertaiseen sairauspoissaolo- ja työtapatuusriskiä (24). Vuosittain menetetyksi työpanokseksi on arvioitu 10–35 työpäivää (24,25,26). ADHD-oireisilla on myös suurentunut riski joutua liikenneonnettomuuksiin ja syyllistyä rikoksiin (27).

ADHD:n negatiivinen vaikutus sosioekonomisiin muuttujiin on vahvistunut seurantaraportteissa. Vuoden 2012 lopulla julkaistiin prospektiivinen 33 vuoden seurantaraportti miehistä, joilla oli diagnosoitu ADHD 8-vuotiaana (28). Verrokkiin nähden ADHD-ryhmällä oli keskimäärin 2,5 vuotta vähemmän koulutusta ja lähes 50 % pienemmät vuositulot. Myönteisenä asiana mainittiin, että noin kolmasosalle alkuperäisestä kohortista ei voitu tutkimushetkellä enää asettaa mitään psykiatrista diagnoosia. Tosin myös tällä ”täydessä remissiossa” olevalla ryhmällä sosioekonomiset muuttujat olivat selvästi heikommalla kuin verrokeilla.

Työikäisten aikuisten lapsuudessa diagnosoitu ADHD yhdistyi 10–14 % heikompaan työllisyyteen, 33 % alempaan tulotasoon ja 15 % lisääntyneeseen sosiaaliseen käyttöön. Erot ovat suuremmat kuin mustan ja valkoisen väestön tai miesten ja naisten välillä Yhdysvalloissa (29).

Päihteet ja ADHD

ADHD on päihdehäiriön kehittymisen ja tupakoinnin riskitekijä sekä naisille että miehille (30,31). Joka neljännellä (23 %) päihdehäiriöllä on ADHD (32), ja ADHD-potilaista päihdehäiriö on joka seitsemännellä (15 %) (4). Vaikka samanaikaisesti henkilöllä olisi käytöshäiriö, on ADHD merkittävin tekijä päihdehäiriön kehittymisen kannalta (33). ADHD:n lääkehoito ei kuitenkaan lisää päihdehäiriön kehittymisen riskiä (34).

Päihdehäiriön suurentuneen riskin vuoksi sen seulominen ja diagnostiikka ovat keskeinen osa tutkimusta. Päihdehäiriö on yleensä hoidettava ennen ADHD-oireita. Koska oireet ovat osittain päällekkäisiä, voi ADHD:n tarkkaavuusoireiden erottaminen esim. vieroitusoireista olla vaikeaa. Ajankohtainen päihderiippuvuus on stimulanttihoitoon vasta-aihe. Päihdehäiriön ja ADHD:n yhteydestä on julkaistu aiemmin katsaus (35).

Lääkehoito

Aikuisilla lääkehoito on merkittävä osa ADHD:n hoitoa. Asianmukainen lääkehoito

- 40 Maneeton N, Maneeton B, Srisurapanont M ym. Bupropion for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011;65:611–7.
- 41 Castells X, Ramos-Quiroga JA, Bosch R ym. Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;6:CD007813.
- 42 Mattingly GW, Weisler RH, Young J ym. Clinical response and symptomatic remission in short- and long-term trials of lisdexamfetamine dimesylate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *BMC Psychiatry* 2013;13:39.
- 43 Habel LA, Cooper WO, Sox CM ym. ADHD medications and risk of serious cardiovascular events in young and middle-aged adults. *JAMA* 2011;306:2673–83.
- 44 Berridge CW, Devilbiss DM. Psychostimulants as cognitive enhancers: the prefrontal cortex, catecholamines, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2011;69:e101–11.
- 45 Moriyama TS, Polanczyk GV, Terzi FS ym. Psychopharmacology and psychotherapy for the treatment of adults with ADHD - a systematic review of available meta-analyses. *CNS Spectr* 2013 (julkaistu verkossa 6.6.2013).
- 46 Vidal-Estrada R, Bosch-Munso R, Nogueira-Morais M ym. Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review. *Actas Esp Psiquiatr* 2012;40:147–54.
- 47 Virta M, Vedenpää A, Grönroos N ym. Adults with ADHD benefit from cognitive-behaviorally oriented group rehabilitation: a study of 29 participants. *J Atten Disord* 2008;12:218–26.
- 48 Virta M, Salakari A, Antila M ym. Short cognitive behavioral therapy and cognitive training for adults with ADHD - a randomized controlled pilot study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2010;6:443–53.

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajat ovat ilmoittaneet sidonnaisuutensa seuraavasti (CMJE:n lomake):
 Anniina Koski: Ei sidonnaisuuksia.
 Sami Leppämäki: Konsultointi (Eli Lilly), asiantuntijalausunto (Eli Lilly), luontopalkkiot (Algal Pharma, GSK, Janssen-Cilag), korvaus koulutusaikojen tuottamisesta (Janssen-Cilag).

saattaa parantaa myös ei-lääkkeellisten hoito- ja kuntoutusmuotojen toimivuutta. ADHD:n lääkkeitä on käytetty lapsille, nuorille että aikuisille käytetään pääasiassa psykostimulantteja (lähinnä metyyliifenidaattia) tai atomoksetiinia, jolla on ainoana lääkkeenä EU-alueella virallisena käyttöaiheena myös aikuisten ADHD. Metyyliifenidaatin käyttöaihe on lasten ja nuorten ADHD, mutta sitä käytetään myös aikuisten hoitoon.

Stimulanteista metyyliifenidaatin (36,37) ja eistimulanteista atomoksetiinin (38,39) tehosta on hyvä tutkimusnäyttö aikuisten lyhyt- ja pitkäaikaisessa hoidossa. Stimulantit lievittävät oireita vaikutuksensa ajaksi. Ne eivät hoidollisina annoksina aiheuta riippuvuutta, ja lääkehoidosta voi tarpeen mukaan pitää välipäiviä. Atomoksetiinia käytetään säännöllisesti, ja sen teho tulee yleensä 1–2 viikon viiveellä. Masennuslääke bupropionista on kohtalainen näyttö ADHD:n lyhytaikaisessa hoidossa (40), ja myös sitä käytetään yleensä päivittäin.

Muista stimulantteista Suomessa on käytössä erityisluvulla saatava deksamfetamiini. Siitä saattavat hyötyä jotkut sellaiset potilaat, jotka eivät voi käyttää metyyliifenidaattia haittavaikutusten tai tehonpuutteen vuoksi. Deksamfetamiinin (ja muiden amfetamiinisuolojen) tehosta ADHD:n oireisiin on näyttöä (41), mutta tutkimukset ovat kestoltaan lyhyitä ja laadultaan vaihtelevia. Deksamfetamiinin käyttöä on syytä harkita huolella, koska riski sen käyttämiseen päihteenä on selvästi suurempi kuin muiden ADHD-lääkkeiden. Tämä ongelma on merkittävästi pienempi lisdksamfetamiinilla, joka on ns. pro-drug, eli se muuttuu vasta ruoansulatuskanavassa aktiiviseksi lääkeaineeksi. Lisdksamfetamiinista on kohtalainen näyttö aikuisten sekä lyhyt- että pitkäaikaisessa hoidossa (42). Lisdksamfetamiini on tulossa myyntiin Suomessa.

Hoidossa käytettävillä lääkkeillä on usein sympatomimeettisiä vaikutuksia. Ennen lääkityksen aloitusta on syytä mitata verenpaine ja ottaa tarvittaessa sydänfilmi sekä kartoittaa kardiovaskulaarianamneesi ja potilaan sekä lähisuvun mahdolliset riskitekijät (sydänperäiset äkkikuolemat). Lääkehoidon seurannassa ainakin verenpaineen mittaaminen jokaisella käynnillä on tarpeen. Sinänsä stimulanttilääkitys ei lisännyt pitkäaikaiskäytössä vakavan sydän- ja verisuonitapahtuman riskiä laajassa (yli 800 000

henkilövuotta) rekisteripohjaisessa tutkimuksessa (43).

Samanaikaiset häiriöt on yleensä syytä hoitaa ennen ADHD:n hoidon aloittamista. Esimerkiksi hoitamaton masennus saattaa heikentää ADHD:n lääkityksen tehoa. Joissain tapauksissa saattaa olla hyödyllistä hoitaa sekä ADHD:a että masennusta samanaikaisesti, masennuksen tavanomaisin hoitolinjoin. Aina ei ole helpoa erottaa, ovatko masennus tai ahdistuneisuus seurannaishäiriöitä ADHD:n aiheuttamille toimintakyvyn muutoksille vai erillisiä, vaikkakin samanaikaisia häiriöitä. Muiden häiriöiden osalta em. säännön merkitys korostuu – kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien mieliala on stabiloitava ja ahdistushäiriöt hoidettava ensin mieluusti remissioon, koska stimulantit saattavat lisätä ahdistusta. Psykoosioireita on yleisesti pidetty stimulanttihoitoon (ja atomoksetiinin) vasta-aiheena.

Stimulanttien väärinkäytön pelossa osa lääkäreistä mieluummin pidättäytyy määräämästä niitä lainkaan. Jos potilaiden diagnosointi on tehty huolellisesti, ei väärinkäyttö ole niin suuri ongelma, että olisi kohtuullista jättää hoitamatta varsinkin suurta määrää ihmisiä. Perusterveydenhuollossa, jossa potilaiden jatkohoito useimmiten toteutuu, olisi hyvä olla siinä määrin perehtyneisyyttä ADHD:n hoitoon, että erikoissairaanhoidossa aloitettua lääkitystä voitaisiin annetun ohjeistuksen mukaisesti jatkaa. Tässä erikoissairaanhoidon laatima huolellinen hoitosuunnitelma on tärkeä tuki perusterveydenhuollon kollegalle.

Kun psykostimulantteja käytetään pieninä, hoidollisina annoksina, parantavat ne myös muiden kuin ADHD-potilaiden prefrontaalisen aivokuoren toiminnasta riippuvia kognitiivisia prosesseja epäspesifisesti (44). Stimulanttihoitokokeilua ei näin ollen voi pitää ADHD-diagnoosin varmuuksena, vaan lääkityksen tulee perustua potilaan asianmukaiseen tutkimiseen.

Muut hoidot ja kuntoutus

Potilaiden kuntoutukseen ja seurantaan ei toisistaan ole selviä hoitopolkuja, vaan useimmat potilaat päätyvät terveyskeskuksen harvajakoiseen seurantaan. Neuropsykiatrista kuntoutusta ja valmennusta (coaching) on tarjolla sekä yksilö- että ryhmämuotoisena. ADHD-kuntoutus on tavoitteellista toimintaa, jossa yhdistyvät

■ ENGLISH SUMMARY
WWW.LAAKARILEHTI.FI >
IN ENGLISH
ADHD in adults
– from diagnosis to
treatment

psykoedukaatio, vaikeuksien kartoitus, tavoitteiden asettaminen, toteutus ja seuranta. Kuntouttavissa ADHD-ryhmissä toteutuu edellisten lisäksi vertaistuki, joka monelle on ryhmien suurinta antia. Tietoa ja vertaistukea on saatavilla myös potilasjärjestöjen kautta.

Neuropsykologinen kuntoutus saattaa auttaa joitakin, ja siihen on mahdollista saada Kelan kuntoutustukea. Sen edellytyksenä on tuore neuropsykologinen tutkimus, jonka perusteella potilaalle suositellaan tätä kuntoutusmuotoa.

Käytännössä tiedetään, että psykososiaaliset hoitomuodot auttavat potilaita. Ongelmana on tutkimuksellisen näytön niukkuus. Tuoreessa meta-analyysistä tehdyssä systemaattisessa katsauksessa todetaan, että psykososiaalisten hoitojen tehosta ei toistaiseksi voida tehdä johtopäätöksiä (45). Kontrolloituja tutkimuksia

ADHD:n hoidossa on tehty käytännössä vain kognitiivisesta terapiasta yksilö- tai ryhmämuotoisena (46). Osa näistä tutkimuksista on tehty Suomessa, joten ne ovat sovellettavissa täkäläiseen väestöön (47,48).

Yhteenveto

ADHD on aikuisilla yleinen häiriö, joka usein jää tunnistamatta ja hoitamatta. ADHD heikentää merkittäväällä tavalla opiskelu-, työ- ja toimintakykyä. ADHD:n seulonnalla, tutkimisella ja asianmukaisella hoidolla voidaan parantaa yksilön elämänlaatua ja toimintakykyä huomattavasti. Lisäksi nuorella iällä aloitettu hoito saattaa ehkäistä syrjäytymistä. Laajan psykiatrisen komorbiditeetin vuoksi diagnostiikka kannattaa keskittää psykiatriseen erikoissairaanhoidon. ■

NÄKÖKULMIA KOLLEGGIAALISUUTEEN



”

Lääkärissäkäynti kävi nopeasti, tehokkaasti ja silti kiireettömästi. Lääkäri sai tehdä lääkärin eikä konttoristin töitä.”

Tietokirjailija Satu Salonen
Potilaan Lääkärilehti

Lääkäripäivät
Läkardagarna 2014

Helsingin Messukeskus 8.–10.1.2014

www.laakaripaivat.fi

■ ENGLISH SUMMARY

ANNIINA KOSKI
M.D., Specialist in Psychiatry
Helsinki University Central
Hospital, Department of
Psychiatry

SAMI LEPPÄMÄKI
Docent, Chief Physician
Finnish Institute of Occupational
Health and Helsinki University
Central Hospital, Department of
Psychiatry
sami.leppamaki@ttl.fi

ADHD in adults – from diagnosis to treatment

ADHD is a developmental disorder, affecting possibly 5% of children and adolescents, and often continuing into adulthood. In adults ADHD is associated with psychiatric comorbidity in up to 75–80% of patients, mood or anxiety disorders and substance use disorders being the most common. ADHD has a major negative impact on socio-economic factors and work ability. In adults, drugs are usually the treatment of choice. Both psychostimulants (e.g. methylphenidate) and atomoxetine (a non-stimulant, norepinephrine reuptake inhibitor) show robust and sustained effect in adult ADHD. Bupropion, an antidepressant, also has some efficacy. Psychosocial treatments have been poorly studied in adult ADHD. Cognitive therapy has shown some efficacy in small controlled trials.
