UNIVERSITY OF HELSINKI

https://helda.helsinki.fi

Aikuisen ADHD:n tunnistaminen ja merkitys

Saari, Armi; Sainio, Markku; Leppämäki, Sami

2016
Suomen lääkäriliitto
http://hdl.handle.net/10138/230055
Saari, A, Sainio, M & Leppämäki, S 2016, 'Aikuisen ADHD:n tunnistaminen ja merkitys', Suomen lääkärilehti, Vuosikerta. 71, Nro 38, Sivut 2331-2336. < http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2016/SLL382016-2331.pdf >

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository. https://helda.helsinki.fi
This is an electronic reprint of the original article.
This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.
Please cite the original version.

ARMI SAARI
LL, erikoistuva lääkäri
Työterveyslaitos

MARKKU SAINIO
dosentti, neurologian erikoislääkäri, ylilääkäri
Työterveyslaitos

SAMI LEPPÄMÄKI
psykiatrian dosentti, apulaisylilääkäri
HYKS, psykiatrian yksikkö

Aikuisen ADHD:n tunnistaminen ja merkitys

- ADHD on kehityksellinen tarkkaavuuden, toiminnanohjauksen ja impulssikontrollin säätelyn vaikeus, joka usein jatkuu läpi elämän heikentäen työ- ja toimintakykyä.
- ADHD johtaa tavallisesti alisuoriutumiseen opinnoissa ja työelämässä. Tyypillisiä ongelmia ovat heikentynyt työteho, lisääntyneet sairauspoissaolot ja suurentunut työtapaturmariski.
- Työterveyshuolto on keskeisessä asemassa työelämässä olevien potilaiden tunnistamisessa ja tutkimuksiin ohjaamisessa.
- Lääkehoidolla on osoitettu olevan hyvä teho aikuispotilaiden keskeisiin oireisiin sekä työ- ja toimintakykyyn. Hoito on erittäin kustannustehokasta ja voidaan yhdistää psykososiaalisiin hoitomuotoihin.

ADHD (attention deficit/hyperactivity disorder) on kehityksellinen häiriö, jonka keskeiset piirteet ovat kehitystasoon nähden liiallinen ja haittaa aiheuttava keskittymisvaikeus, ylivilkkaus tai impulsiivisuus. Tarkkaavuushäiriöstä ilman samanaikaisia ylivilkkaus–impulsiivisuusoireita käytetään kliinisessä työssä tavanomaisesti nimitystä ADD (attention deficit disorder). Tässä artikkelissa termillä ADHD viitataan molempiin tarkkaavuushäiriön ilmenemismuotoihin.

ADHD:n etiologiaa ei täysin tunneta, mutta perimän vaikutus tiedetään merkittäväksi (1,2,3). Lapsuudessa esiintyvän tarkkaavuushäiriön yleisyydeksi on arvioitu 5 % väestöstä, ja aikuisväestöstä 3,4–4,0 % täyttää edelleen ADHD:n diagnostiset kriteerit (2,3,4,5). Suomessa Kela maksoi vuonna 2015 ADHD:n hoitoon tarkoitetuista, keskushermostoa stimuloivista lääkkeistä korvausta yli 20 000 potilaalle, mikä on noin 0,38 % koko väestöstä.

Aikuisiän hoitamaton ADHD lisää riskiä pitkittyneeseen poissaoloon työelämästä.

ADHD ja aivot

ADHD-potilailla on havaittu kuvantamis- ja neurofysiologisissa tutkimuksissa (EEG) ryhmätasolla aivojen toiminnallisia ja rakenteellisia poikkeavuuksia erityisesti otsalohkon alueella (1,6). Dopamiini- ja noradrenaliinivälitteisen hermoverkoston toiminta on osoitettu poikkeavaksi (6,7,8,9).

Otsalohko vastaa suurelta osin toiminnanohjauksesta, jonka keskeisiä osa-alueita ovat aloitteellisuus, suunnittelu, työmuisti, tarkkaavuus, inhibitio, itsesäätely ja arviointi (6,9). Etuotsalohkosta on laajat yhteydet muihin aivoalueisiin ja limbiseen järjestelmään. Otsalohkon eri alueet osallistuvat lukuisten kognitiivisten ja emotionaalisten toimintojen säätelyyn ja tavoitteelliseen yhteistyöhön (6).

Kuvantamis- tai neurofysiologisia tutkimuksia ei toistaiseksi pystytä soveltamaan ADHD:n yksilödiagnostiikassa, mutta niillä saattaa joissain tapauksissa olla erotusdiagnostista merkitystä muiden syiden poissulkemiseksi.

Toiminnanohjaus

ADHD:ssa toiminnanohjaus voi olla puutteellista niin kognitiivisten toimintojen, tunne-elämän kuin käyttäytymisen säätelynkin osalta. Vaikeudet ilmenevät tarkkaamattomuuden lisäksi aloittamisen vaikeutena ja lykkäämisenä, tehottomana toimien ja ajankäytön suunnitteluna, asioiden loppuun saattamisen vaikeutena sekä ulkopuolisen ohjauksen tarpeena.

Ilman ylivilkkautta esiintyvää tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen häiriötä voi olla vaikea havaita erityisesti lapsesta. Ongelmat saattavat korostua vasta yläkoulussa, lukiossa tai sen jälkeisessä koulutuksessa, jossa henkilö joutuu itse ottamaan aiempaa enemmän vastuuta opintojen sisällön ja aikataulun suunnittelusta eikä koululaitos tai perhe enää varmistele asioiden hoitumista.

VERTAISARVIOITU

KIRJALLISUUTTA

1 Efron D. Attention-deficit/hyperactivity disorder: the past 50 years. J Paediatr Child Health 2015;51:69–73.
2 Ginsberg Y, Quintero J, Anand E, Casillas M, Upadhyaya HP. Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: a review of the literature. Prim Care Companion CNS Disord 2014;16. doi: 10.4088/PCC.13r01600
3 Koski A, Leppämäki S. Aikuisen ADHD – diagnoosista hoitoon. Suom Lääkäril 2013;68:3155–61.
4 Nigg JT. Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. Clin Psychol Rev 2013;33:215–28.
5 Reinhardt MC, Reinhardt CA. Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities, and risk situations. J Pediatr (Rio J) 2013;89:124–30.
6 Goldstein S, Naglieri JA, toim. Handbook of Executive Functioning, 1. Painos. New York: Springer-Verlag 2014:3–44,69–87,107–20.
7 Aboitiz F, Ossandón T, Zamorano F, Palma B, Carrasco X. Irrelevant stimulus processing in ADHD: catecholamine dynamics and attentional networks. Front Psychol 2014;5:e183. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00183
8 De La Fuente A, Xia S, Branch C, Li X. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder from the perspective of brain networks. Front Hum Neurosci 2013;7:e192. doi: 10.3389/fnhum.2013.00192
9 Noudoost B, Moore T. The role of neuromodulators in selective attention. Trends Cogn Sci 2011;15:585–91.
10 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.
11 Hansson Halleröd SL, Anckarsäter H, Råstam M, Hansson Scherman M. Experienced consequences of being diagnosed with ADHD as an adult – a qualitative study. BMC Psychiatry 2015;15:e31. doi: 10.1186/s12888-015-0410-4
12 Bijlenga D, van der Heijden KB, Breuk M ym. Associations between sleep characteristics, seasonal depressive symptoms, lifestyle, and ADHD symptoms in adults. J Atten Disord 2013;17:261–75.
13 Bioulac S, Chaufton C, Taillard J ym. Excessive daytime sleepiness in adult patients with ADHD as measured by the Maintenance of Wakefulness Test, an electrophysiologic measure. J Clin Psychiatry 2015;76:943–8.

ADHD johtaa tyypillisesti alisuoriutumiseen. Tämä voi ilmetä oppilaan omaan (kognitiiviseen) perustasoon nähden matalina arvosanoina, huonona menestyksenä pääsykokeissa tai opintosuoritteiden jäämisenä rästiin ja opintojen keskeytymisenä. Hyvä peruskapasiteetti ja ympäristön tukirakenteet voivat mahdollistaa jopa yliopistotasoisen tutkinnon suorittamisen hoitamattomasta ADHD:sta huolimatta (10).

Tarkkaavuus

Keskittyminen edellyttää tarkkaavuuden tahdonalaista suuntaamista valittuun kohteeseen ja huomion ylläpitämistä siinä yhtäjaksoisesti. Mikäli tämä ei onnistu, huomio karkailee joko ulkoisiin ärsykkeisiin, kuten näkö- ja kuulohavaintoihin, tai mielen sisältöön, kuten ajatuksiin. ADHD:ssa erityisesti tylsään tai vaikeaan asiaan keskittyminen on vaikeaa. Sen sijaan itseä kiinnostaviin aiheisiin keskittyminen voi sujua hyvin.

Osalla potilaista esiintyy myös ylikeskittymistä eli uppoutumista yhteen asiaan niin, että kaikki muu ympärillä tapahtuva sekä ajan kuluminen jää huomaamatta. Haasteita on usein myös tarkkaavuuden joustavassa siirtämisessä kohteesta toiseen. Tämä haittaa tehtävästä toiseen siirtymistä sekä sopeutumista muuttuneisiin tilanteisiin ja suunnitelmiin ja voi näyttäytyä hitautena ja jumiutumisena.

Tarkkaavuuden häiriöherkkyyden vuoksi työskentely isossa koululuokassa tai työpaikan avokonttorissa voi olla hankalaa tai tehotonta. Tarkkaavuuden säätelyn ja työmuistin ongelmat ilmenevät myös puhuttujen ja luettujen asioiden, sovittujen tapaamisten sekä tavaroiden unohteluna. Yksityiskohtien huomioiminen ja ohjeiden seuraaminen on niin ikään usein puutteellista. Työskentelyote voi olla nopea ja virhealtis tai hidas ja jumiutuva virheiden välttämiseksi.

Lääkärin vastaanotolla potilaan hoitamaton ADHD voi näkyä toistuvana myöhästelynä ja vastaanottoaikojen, annettujen hoito-ohjeiden, reseptien tai suunniteltujen tutkimusten unohteluna.

Ylivilkkaus ja impulsiivisuus

Ylivilkkaus ja impulsiivisuus on yleensä ulkopuolistenkin helposti havaitsema piirre, joka usein lievittyy iän myötä. Aikuisilla ylivilkkaus saattaa joskus ilmentyä vain sisäisenä rauhattomuuden kokemuksena ja rentoutumisen vaikeutena. Useimmiten mukana on kuitenkin käsien ja jalkojen jatkuvaa liikuttelua, ”näpräämistä” ja naputtelua, kynsien pureskelua ja asennonvaihtelua paikallaan istuessa. ADHD-aikuinen vaikuttaa usein kärsimättömältä, ja vuoron odottaminen jonossa tai keskustelussa on vaikeaa. Muiden keskeyttäminen, päälle puhuminen, tahdittomuus ja vastaaminen kysymyksiin kesken niiden esittämistä on tavanomaista. Puhe saattaa olla ylettömän runsasta ja rönsyillä aiheesta toiseen.

ADHD-potilaalla voi olla tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöitä, jotka selittyvät parhaiten emotionaalisen itsesäätelyn vaikeutena. Diagnoosikriteereihin näitä ei toistaiseksi ole sisällytetty. Tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöt näkyvät esimerkiksi liikennetilanteissa ja sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Ärtyneisyys, nopeat mielialanvaihtelut ja heikentynyt kyky sietää turhautumista saattavat johtaa myös työpaikalla sopimattomaan käytökseen (2,4,10).

ADHD:n diagnostiikka

Potilaat ovat yhä valveutuneempia ja osaavat etsiä tietoa. Moni hakeutuu vastaanotolle keskustelemaan epäillessään ADHD:ta esimerkiksi internetissä vapaasti saatavilla olevien seulojen ja testien perusteella. Aikuispotilas voi myös hakeutua tutkimuksiin, kun lähisukulaisella on todettu häiriö.

ADHD-diagnoosi perustuu elämänaikaiseen ja senhetkiseen oirekuvaan ja oireiden aiheuttamaan haittaan. ADHD ilmenee useimmiten sekä tarkkaavuusongelmina että ylivilkkautena, mutta voi ilmetä vain joko tarkkaamattomuusoirein tai harvemmin pelkin ylivilkkausoirein. Suomessa käytössä oleva diagnoosiluokitus ICD-10 määrittelee erikseen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön, ADHD (F90.0), ja pelkän tarkkaavuushäiriön ilman samanaikaisia yliaktiivisuusoireita, ADD (F98.8). Maailmalla tehdyissä tutkimuksissa ADHD on määritelty Yhdysvaltain psykiatriyhdistyksen DSM-kriteerein, ja myös kliinisessä työssä DSM-luokitus on havaittu selkeämmäksi (3).

Nykyisin käytössä olevan DSM-5:n diagnoosikriteerien mukaan aikuisella tulee täyttyä tutkimushetkellä vähintään 5/9 tarkkaamattomuusoiretta ja/tai vähintään 5/9 ylivilkkaus–impulsiivisuusoiretta. Lisäksi oireiden on täytynyt alkaa ennen 12 vuoden ikää ja aiheuttaa haittaa elä-

14 Philip P, Micoulaud-Franchi JA, Lagarde E ym. Attention deficit hyperactivity disorder symptoms, sleepiness and accidental risk in 36140 regularly registered highway drivers. PLoS One 2015;10:e0138004. doi: 10.1371/journal.pone.0138004
15 Chang Z, Lichtenstein P, D'Onofrio BM, Sjölander A, Larsson H. Serious transport accidents in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effect of medication: a population-based study. JAMA Psychiatry 2014;71:319–25.
16 Dalsgaard S, Østergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. Lancet 2015;385:2190–6.
17 Fredriksen M, Dahl AA, Martinsen EW, Klungsoyr O, Faraone SV, Peleikis DE. Childhood and persistent ADHD symptoms associated with educational failure and long-term occupational disability in adult ADHD. Atten Defic Hyperact Disord 2014;6:87–99.
18 Ahola K, Joensuu M, Mattila-Holappa P, Tuisku K, Vahtera J ja Virtanen M. Mielenterveyssyistä työkyvyttömien nuorten aikuisten tausta. Suom Lääkäril 2014;69:3441–48.

män eri osa-alueilla, kuten opinnoissa, työelämässä tai sosiaalisissa suhteissa. Keskeinen diagnoosikriteerien muutos parin vuoden takaisessa DSM-päivityksessä oli oireiden alkamisiän nosto (aiemmin vaadittiin oireiden alkaminen ennen koulun alkua eli seitsemää ikävuotta) ja aikuisilta vaadittavien keskeisten oireiden vähentäminen kuudesta viiteen.

Diagnostiikan apuvälineitä

ADHD:n tunnistamiseen on käytössä ASRS-seula (ADHD Self-Report Scale) (taulukko 1), josta on suomennettu sekä 6- että 18-kohtainen kysely. ASRS-seulan itsearviointiasteikko on viisiportainen (ei koskaan – hyvin usein). Oirekriteeri katsotaan positiiviseksi, kun se potilaan oman arvion mukaan esiintyy joskus tai usein kysymyksittäin määriteltynä.

Tarkempaan oirehaastatteluun sopii DIVA 2.0 -haastattelu (The Structured Diagnostic Interview for ADHD in Adults), joka on suomennettu ja internetistä vapaasti saatavilla. Diagnostisen arvioinnin tueksi on myös lisenssimaksullisia lomakkeita (mm. CAADID ja CAARS). Tietoa voidaan haastattelun lisäksi kerätä erilaisista asiakirjoista, kuten terveydenhuollon merkinnöistä neuvolaiästä lähtien, koulupsykologin lausunnoista, lastensuojelun asiakirjoista ja koulutodistuksista. Potilaan vanhempia tai muita läheisiä voidaan haastatella lapsuudenaikaisten oireiden kartoittamiseksi.

Neuropsykologin tutkimus on joskus tarpeen esimerkiksi oppimis- ja hahmottamishäiriöiden selvittämiseksi, liitännäissairauksien tarkempaa kartoittamista varten tai osana työkykyarviota. Tutkimuksella voidaan saada lisätietoa kokonaisarvion tueksi, mutta neuropsykologinen profiili ei ole ADHD:lle spesifinen eikä yksittäisillä testeillä ole diagnostista merkitystä.

Elämänkaaritietojen keräämistä, seulakyselyitä ja erotusdiagnostista pohdintaa voidaan tehdä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Erotusdiagnostiikassa hyödyllisiä lomakkeita ovat BDI (Beckin masennuskysely), MDQ (kaksisuuntaisen mielialahäiriön kysely), BAI (Beckin ahdistuneisuuskysely), GAD7 (yleistyneen ahdistuneisuushäiriön kysely) ja AUDIT (taulukko 2).

Suomessa aikuisten ADHD diagnosoidaan ja lääkehoito aloitetaan asiaan perehtyneen erikoislääkärin valvonnassa. Potilaat, joilla on muita mielenterveys- ja päihdehäiriöitä, on hyvä ohjata psykiatriseen erikoissairaanhoitoon

TAULUKKO 1.

ASRS-seulan 6 ensimmäistä kysymystä.

Seula tulkitaan positiiviseksi, mikäli vastauksista vähintään 4 osuu vihreällä merkitylle alueelle.

	Ei koskaan (0)	Harvoin (1)	Joskus (2)	Usein (3)	Hyvin usein (4)
1. Kuinka usein Teidän on vaikea tehdä tehtäviä loppuun saakka sen jälkeen, kun haastavat tai mielenkiintoiset osat on tehty?					
2. Kuinka usein Teillä on vaikeuksia järjestelmällisyyttä vaativissa tehtävissä?					
3. Kuinka usein Teidän on vaikea muistaa velvollisuuksianne tai sovittuja tapaamisianne?					
4. Kun Teidän pitäisi tehdä tehtävä, joka vaatii paljon ajatustyötä, kuinka usein välttelette sitä tai viivyttelette sen aloittamista?					
5. Kuinka usein kiemurtelette tai liikuttelette levottomasti käsiänne tai jalkojanne kun joudutte istumaan paikoillanne pitkään?					
6. Kuinka usein Teillä on yliaktiivinen olo ja tunnette pakonomaista tarvetta tehdä asioita, ikään kuin sisällänne olisi moottori?					

19 Sciutto MJ. ADHD knowledge, misconceptions, and treatment acceptability. J Atten Disord 2015;19:91–8.
20 Linssen AM, Sambeth A, Vuurman EF, Riedel WJ. Cognitive effects of methylphenidate in healthy volunteers: a review of single dose studies. Int J Neuropsychopharmacol 2014;17:961–77.
21 Sahakian BJ, Bruhl AB, Cook J ym. The impact of neuroscience on society: cognitive enhancement in neuropsychiatric disorders and in healthy people. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 2015;370:20140214. doi: 10.1098/rstb.2014.0214

TAULUKKO 2.

Aikuisen potilaan tutkiminen ADHD:ta epäiltäessä.

SELVITÄ	VÄLINEITÄ
Senhetkinen ja aiempi mielialaoireilu	BDI, MDQ, PHQ-9, MADRS ym.
Ahdistuneisuusoireilu	BAI, GAD-7, paniikkihäiriöseula ym.
Elämänkaaritiedot	Lapsuus, koulu, asepalvelus, opinnot ja työsuhteet, perhe- ja ihmissuhteet, harrastukset
Päihteiden käyttö	AUDIT, lääkkeet, huumausaineet
ADHD-oireiden esiintyminen	ASRS, DIVA ym.
Somaattinen terveydentila	Status ja tarvittavat laboratorio ym. tutkimukset

LÄHETE ERIKOISSAIRAANHOITOON TAI ASIAAN PEREHTYNEEN ERIKOISLÄÄKÄRIN ARVIOON

diagnoosin määrittämiseksi ja hoitosuunnitelman laatimiseksi.

Erotusdiagnostiikka ja liitännäishäiriöt

Erotusdiagnostiikan kannalta on huomioitava, että keskittymisvaikeudet ovat väestössä tavallisia liittyen esimerkiksi heikentyneeseen vireystilaan, psykososiaaliseen kuormitukseen, lääkehoidon haittavaikutuksiin ja kipuun. Myös moniin sairauksiin, kuten hermosto- ja aineenvaihduntasairauksiin, liittyy keskittymisvaikeuksia.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö, traumaperäinen stressihäiriö, (toistuva) masennus, erilaiset ahdistuneisuushäiriöt, persoonallisuushäiriöt ja päihdehäiriöt saattavat muistuttaa oirekuvaltaan ADHD:ta. Työperäisistä sairauksista liuotinaivosairaus voi näyttäytyä hyvinkin ADHD:n kaltaisena. Hyvin dokumentoitu alkutarkastus ennen liuotinaltisteista työtä on tärkeä myöhemmässä erotusdiagnostiikassa. Ylivilkkausimpulsiivisuusoireet voivat liittyä paitsi mielenterveys- ja päihdehäiriöihin myös aivoelimelliseen sairauteen.

ADHD:n diagnostiikassa keskeistä on oireiden ilmeneminen jo lapsuudessa ja jatkuminen läpi elämän, vaikka niiden vaikeusaste voikin vaihdella yksilön muun terveydentilan ja ympäristön olosuhteiden ja vaatimusten mukaan.

ADHD:lle tyypilliset lapsuudesta lähtien toistuvat ongelmat, epäonnistumiset ja kielteiset kokemukset johtavat usein huonommuuden tunteeseen ja itsetunnon vaurioihin. Tämä lisää alttiutta mielenterveys- ja päihdehäiriöiden kehittymiselle (2,4,11). Aikuisiässä noin kolmella neljästä tarkkaavuushäiriöpotilaasta on todettavissa samanaikaisesti muu mielenterveyden häiriö, yleisimmin mieliala-, ahdistuneisuus-, persoonallisuus- tai päihdehäiriö (2,3,10).

ADHD:n tunnistaminen ja asianmukainen hoito mahdollisimman varhain auttaa ehkäisemään muiden ongelmien kertymistä. Aikuispotilailla myös muiden häiriöiden tunnistaminen ja hoito on tärkeää, koska hoitamattomina ne vaikeuttavat ADHD:n diagnostista arviointia ja heikentävät sen lääkehoidon ja muun kuntoutuksen tehoa.

ADHD:n merkitys

ADHD:n tiedetään yhdistyvän päihteiden käyttöön, tupakointiin ja ylipainoon (2,4,12). Jopa neljällä viidestä ADHD-aikuisesta on nukahtamisvaikeuksia, viivästynyt vuorokausirytmi ja päiväaikaista väsymystä (12,13,14) sekä

TAULUKKO 3.

ADHD on tutkimuksissa yhdistetty työkykyä vaarantaviin tekijöihin.

- Alempi koulutustaso
- Heikompi työllistyminen
- Rikkonainen työhistoria
- Heikentynyt työteho
- Alempi tulotaso
- Mielenterveys- ja päihdehäiriöt
- Somaattisten sairauksien ja riskitekijöiden kertyminen
- Lisääntynyt terveydenhuollon palveluiden tarve
- Suurempi sairauspoissaolojen riski
- Suurempi tapaturma- ja ennenaikaisen kuoleman riski

SIDONNAISUUDET
Armi Saari, Markku Sainio: ei sidonnaisuuksia.
Sami Leppämäki: asiantuntijapalkkiot (Lilly, Shire), luentopalkkiot (GSK, Lilly, Orion, Shire).

muuta väestöä useammin myös kaamosmasennusta (12).

ADHD kasvattaa tapaturmariskin noin kaksinkertaiseksi (3,4,5,10) ja lisää vaaraa joutua liikenneonnettomuuteen (2,3,14,15). Ruotsissa tehty laaja tutkimus vahvisti hoitamattoman ADHD:n kasvattavan merkittävästi vakavien, sairaalahoitoon tai kuolemaan johtaneiden onnettomuuksien riskiä (15), mutta lääkehoito pienensi miesten onnettomuusriskiä jopa 58 %. Erityisesti ADHD ja siihen liittyvä päiväväsymys yhdessä heikentävät ajosuoritusta (14). Hoitamaton ADHD lisää myös muiden kuin tapaturmaisten ennenaikaisten kuolemien riskiä (16).

Heikentynyt työkyky

Tutkimusten mukaan ADHD yhdistyy lukuisiin työkykyä heikentäviin ja työkyvyttömyyden riskiä lisääviin tekijöihin (1,2,3,6,10,14,15,16,17) (taulukko 3).

Terveydenhuollossa ei usein tunnisteta ADHD:n oireita.

Tuoreessa norjalaistutkimuksessa tarkasteltiin psykiatrian poliklinikalle lähetettyjen, aiemmin hoitamattomien ADHD-aikuispotilaiden koulutustasoa ja työkykyä (17). Potilaista 56 % ei ollut suorittanut loppuun toisen asteen koulutusta (lukio tai ammattiopisto). Yli puolet potilaista oli tutkimusta tehtäessä ollut vähintään vuoden ajan yhtäjaksoisesti työ- tai opiskelukyvytön; koko työikäisestä väestöstä on Norjassa syystä tai toisesta pois työstä 18 %. Erityisesti aikuisiän tarkkaamattomuusoireiden havaittiin lisäävän merkittävästi riskiä pitkittyneeseen poissaoloon työelämästä.

Suomessa työkyvyttömyyseläkkeistä 40 % aiheutuu mielenterveyshäiriöistä. Nuorilla ne ovat tavallisin syy: alle 35-vuotiailla mielenterveyshäiriöt ovat syynä jopa kolmeen neljästä uudesta työkyvyttömyyseläkkeestä. Noin puolella heistä on ollut jo kouluaikaista oireilua ja useampia samanaikaisia mielenterveys- tai päihdehäiriöitä (18).

Esiintyvyysarvioiden perusteella Suomen kolmesta miljoonasta työikäisestä aikuisiän ADHD:n kriteerit täyttyisivät mahdollisesti jopa yli 100 000:lla. ADHD:n tunnistamisella ja hoidolla voi siis olettaa olevan merkitystä pysyvän työkyvyttömyyden ehkäisyssä.

ADHD:n hoito

Aikuispotilailla sekä psykostimulanttilääkitys (useimmiten metyylifenidaatti) että ei-stimulantti atomoksetiini ovat osoittautuneet tehokkaiksi sekä ainoana hoitona että yhdistettynä psykososiaaliseen kuntoutukseen (3). Metyylifenidaatti on dopamiinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjä ja atomoksetiini selektiivinen noradrenaliinin takaisinoton estäjä.

Psykososiaalisista hoitomuodoista Suomessa on saatavilla yksilö- ja ryhmämuotoista valmennusta (ADHD-ohjaus, neuropsykiatrinen valmennus). Kelasta on mahdollista hakea tukea kuntoutuspsykoterapiaan tai neuropsykologiseen kuntoutukseen. Kelan käynnissä oleva Oma väylä -hanke toteuttaa ja kehittää neuropsykiatrista yksilö- ja ryhmäkuntoutusta. Itsenäiseen työskentelyyn on potilaille tarjolla kirjoja ja verkkosivustoja. ADHD-liitto tarjoaa vertaistukiryhmiä, sopeutumisvalmennusta ja neuvontapalveluja.

Vaikka tietoisuus ADHD:sta on lisääntynyt, häiriöön liittyvät väärät uskomukset ovat yhä yleisiä ja yhdistyvät erityisesti kriittisyyteen lääkehoitoa kohtaan (1,19). Psykostimulanttihoitoon liittyy huoli lääkkeen epäasianmukaisesta käytöstä joko kognitiivisten toimintojen tehostamiseen tai viihdetarkoitukseen (1,19,20,21). Metyylifenidaatin kerta-annoksen on osoitettu parantavan myös terveen ihmisen suoriutumista yksittäisissä neuropsykologisissa testeissä (20,21).

Psykostimulanttien väärinkäytön mahdollisuus korostaa huolellisen, asianmukaisen ADHD-diagnostiikan merkitystä ennen lääkehoidon aloittamista ja lääkehoidossa olevan potilaan seurantaa hoitosuhteessa. Stimulanttilääkitys suositellaan aloitettavaksi asiaan perehtyneen erikoislääkärin ohjauksessa. Sopivan lääkevalmisteen löydyttyä ja annostuksen vakiinnuttua resepti voidaan uusia perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa. Reseptikeskuksen myötä lääkehoidon seuranta on helpottunut, mutta väärinkäyttöepäilyn herätessä voi esimerkiksi uusia reseptin vain parin kuukauden lääkehoitoa varten ja pyytää uudestaan erikoislääkärin kannanottoa.

Potilaalle diagnoosi voi olla helpotus

Ruotsalaistutkimuksessa aikuisena diagnosoidut ADHD-potilaat kokivat diagnoosin selviämisen enimmäkseen myönteisenä. Kaikki haastatellut potilaat olisivat olleet valmiita aloittamaan diagnoosiin johtaneen tutkimusprosessin uudelleen (11). Suurin osa potilaista koki diagnoosin tuovan helpotusta ja ymmärrystä aiemmille vaikeuksilleen, toistuville epäonnistumisilleen ja erilaisuuden kokemukselleen. Se, ettei näitä ongelmia enää tulkittaisi vain luonteenpiirteistä tai tahallisuudesta johtuviksi, paransi heidän itsetuntoaan.

Potilaat uskoivat, että diagnoosin myötä olisi mahdollista saada apua sen sijaan, että he joutuvat vain jatkuvasti kärsimään ADHD:n aiheuttamista ongelmista. Diagnoosin selviämisen jälkeen hoidon saatavuus tuotti kuitenkin monelle pettymyksen. Lisäksi potilaat toivat esiin surua ja katkeruutta elämän varrella kokemistaan kärsimyksistä ja pohtivat, olisiko häiriön toteaminen ja hoito lapsuudessa muuttanut elämänkulkua toivotumpaan suuntaan.

Lopuksi

ADHD-potilaat hakeutuvat tavallisesti hoitokontaktiin liitännäishäiriöistä aiheutuvien oireiden vuoksi, eikä terveydenhuollossakaan usein tunnisteta ADHD:n oireita tai ne tulkitaan muusta mielenterveyden häiriöstä johtuviksi (2). Kouluja oppilasterveydenhuolto, työterveyshuolto ja perusterveydenhuolto ovat keskeisessä asemassa ADHD:n tunnistamisessa, kokonaiskuvan kartoittamisessa ja erikoissairaanhoidon tutkimuksiin ohjaamisessa (5).

ADHD:n heterogeenisestä oirekuvasta vallitsee yhteisymmärrys, jonka perusteella on luotu häiriön diagnostiset kriteerit. Diagnostisten kriteerien ja diagnostisten välineiden tunteminen helpottaa häiriön tunnistamisessa, vaikkei itse diagnoosia määrittäisikään.

Lääkärin on hyvä tutustua ainakin ASRS-v1.1-kyselyyn ja DIVA 2.0 -haastatteluun, jotka valottavat häiriön tavanomaisia ilmentymiä arjessa esimerkkien avulla. ASRS-v1.1-kyselyä voi käyttää mieliala- ja ahdistuneisuuskyselyiden rinnalla osana normaalia potilaan diagnostista kokonaisarviota. Tietoa elämänkaaresta ja tarkkaamattomuusoireista voi kerätä myös pienempinä osakokonaisuuksina mielenterveys- tai päihdehäiriöpotilaan hoitokäyntien yhteydessä. ●

English summary | www.laakarilehti.fi | in english

Do we recognize adult ADHD and its importance?

English summary

ARMI SAARI
M.D., Doctor in training, Finnish Institute of Occupational Health

MARKKU SAINIO
SAMI LEPPÄMÄKI

Do we recognize adult ADHD and its importance?

ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder) is a developmental disorder with familial occurrence. Symptoms of ADHD are present from childhood, and often persist into adulthood. ADHD, especially if untreated, is a risk factor for social, educational, and occupational impairment. Occupational health professionals have an important role in recognizing patients with possible ADHD. Brain imaging has revealed abnormalities at group level but the diagnosis is still based on thorough evaluation of symptoms across the lifespan. At the individual level brain imaging may be useful in ruling out other possible causes for symptoms. The preliminary evaluation can be done in occupational health care with the help of questionnaires, but the diagnosis should be confirmed by an experienced specialist. Drug therapy among adult patients has proven effective for core symptoms, risk behaviour and ability to work. Medication is very cost-effective and easily combined with psychosocial treatments.