

Autor(id): Minni Saapar

Küsimus: Kas ATH diagnoosiga täiskasvanutel kasutada mittemedikamentooset sekkumist koos medikamentoosse raviga või ainult medikamentooset ravi või ainult mittemedikamentooset sekkumist parema ravitulemuse saamiseks?

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	mittemedikamentooset sekkumist koos medikamentoosse raviga	muud kombinatsiooni	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		

Ravi efektiivsus: mittemedikamentoosne sekkumine + medikamentoosne ravi

12 <sup>1</sup>	jälgimisuuringud	suur <sup>a</sup>	väike	väike	suur <sup>b</sup>	tugevalt kahtlustatav avaldamise kallutus <sup>c</sup>	Kolm uuringut näitavad, et <b>mittemedikamentoosne sekkumine koos medikamentoosse raviga</b> on efektiivsem kui ainult medikamentoosne ravi ning lisaks oli veel ühes uuringus kombineeritud ravi kasutamine seotud parema ravitulemusega. Suurem osakaal patsiente, kes saavad medikamentooset ravi, on seotud suurema ES-iga nii gruppidevahelises kui ka isikupõhises CGI-s (Koeffitsent = 0.01, 95% CI [0.00–0.01], p = 0.02; Koeffitsent = 0.01, 95% CI [0.00–0.01], p = 0.01) ning ka isikupõhises võrdluses üldise funktsioneerimise osas ja ATH sümptomite osas (koeffitsent= 0.02, 95% CI [0.00–0.04], p = 0.01; koeffitsent = 0.01, 95% CI [0.00 to 0.001]). Kaasatud uuringute patsientidest 64% said medikamentooset ravi, keskmine vanus oli 34a ning 51% olid mehed. Hindamine oli pimendatud 33% uuringutest.	⊕○○○ Väga madal	CRITICAL
-----------------	------------------	-------------------	-------	-------	-------------------	--	--	--------------------	----------

Ravi efektiivsus: KKT vs KKT + medikamentoosne ravi

2 <sup>2</sup>	randomiseeritud uuringud	väike	väike	väike	suur <sup>d</sup>	puudub	<b>KKT koos medikamentoosse raviga</b> oli efektiivsem kui ainult medikamentoosne ravi. Seda nii kliiniliselt hinnatud põhisümptomite osas (SMD –0,80, 95% CI –1,31 kuni –0,30; 2 uuringut), patsiendi hinnatud põhisümptomite osas (MD –7,42 punkti, 95% CI –11,63 kuni –3,22 punkti; 2 uuringut) kui ka patsiendi hinnatud tähelepanu puudumise osas (1 uuring). (väga madala kuni madala kvaliteediga alguuringud)	⊕⊕⊕○ Keskmine	CRITICAL
----------------	--------------------------	-------	-------	-------	-------------------	--------	---	------------------	----------

Ravi efektiivsus (süsteemaatilise ülevaate koondhinnang)

40 <sup>3</sup>	jälgimisuuringud	suur <sup>e</sup>	väike	väike	suur <sup>f</sup>	puudub	<b>Medikamentoosne ravi</b> on efektiivsem kui platseebo (SMD=0,45, 95% CI 0,37 kuni 0,52), kuigi vähem aktsepteeritud (OR 1,18, 95% CI 1,02 kuni 1,36) ja tolereeritud (OR 2,29, 95% CI 1,97 kuni 2,66). Esmavaliku ravimina soovitatakse enamasti metüülfenidaati, teise valikuna muid stimulante või atomoksetiini. Tõendusmaterjal selle kohta, kui efektiivsed on <b>mittemedikamentoossed sekkumised</b> või nende kombineerimine medikamentoosse raviga, on täiskasvanute seas alles väga algused. Positiivseid efekte on leitud teadvelolekul, dialektilisel käitumisteraapial ja kognitiiv-käitumisteraapial (KKT), aga need tulemused ei tugine alati randomiseeritud uuringutel. Medikamentoosne ravi ja mittemedikamentoosne sekkumise <b>kombineerimine</b> täiskasvanutel vajab edasist uurimist. Kaks üksikuuringut, mis võrdlesid metüülfenidaati tarbivaid patsiente, kelle medikamentooselisele ravile lisati kõrgelt struktureeritud grupi-KKT versus muu mittespetsiifiline kliiniline ravi, andsid vastuolulisi tulemusi.	⊕○○○ Väga madal	CRITICAL
-----------------	------------------	-------------------	-------	-------	-------------------	--------	--	--------------------	----------

Ravi efektiivsus: metüülfenidaat vs mittemedikamentoossed sekkumised

1 <sup>4</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>g</sup>	väike	väike	väike	puudub	Üks suur uuring võrdles mittemedikamentooset sekkumist medikamentoosse raviga. Leiti, et <b>metüülfenidaat</b> annab kõige suurema efekti sõltumata sellest, millise mittemedikamentooset sekkumisega seda võrrelda.	⊕⊕⊕○ Keskmine	CRITICAL
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------	--------	--	------------------	----------

Ravi efektiivsus: KKT

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	mittemedikamentoosset sekkumist koos medikamentoosse raviga	muud kombinatsiooni	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		
15 <sup>a</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>b</sup>	suur	väike	väike	puudub	5 uuringut võrdlesid KKT-d tavalise raviga ( <i>treatment as usual, TAU</i> ). KKT vähendas ATH sümptomeid (nii grupiteraapia kui ka individuaalse teraapia korral). Samas on siinkohal veelgi suurem nihke oht, kuna sekkumise-grupp sai kontrollgrupiga võrreldes rohkem tähelepanu. 3 uuringut võrdlesid KKT-d üldise nõustamisega. Neist kahes nähti ATH sümptomite vähenemist nii KKT kui ka üldise nõustamise puhul ning puudus tõendus, et KKT tõi kaasa suurema muutuse. 2 uuringut võrdlesid internetipõhist KKT-d ootejärjekorras olevate kontrollidega. Mõlemas oli internetipõhine KKT eneseraporteeritud sümptomite vähenemisega seotud. 2 uuringut uurisid KKT alaliiki metakognitiivset teraapiat. Võrreldes toetava grupiteraapiaga oli metakognitiivse teraapia puhul ATH sümptomite vähenemine suurem ning arsti hinnang ajakasutusele ning organiseerimisele-planeerimisele parem. 2 uuringut kasutasid sama valimit, et võrrelda KKT-d kognitiivse treeningu, hüpnooteraapia ja kontrolltingimusega. Siinkohal analüüsiti eriti väikseid gruppe (kuni 10 inimest) ning tulemused olid vastuolulised. 1 uuring võrdles KKT efekti noorematel (kuni 49a) ja vanematel (50+ a) ATH patsientidel. Sümptomite vähenemist nähti nooremal, kuid mitte vanemas vanusegrupis. 1 uuring võrdles KKT-d lõõgastumise tehnikate treenimisega. KKT tõi kaasa suurema muutuse ning eneseraporteeritud sümptomite vähenemise korral olid tulemused ka kiiremad.				⊕⊕○○ Madal	CRITICAL

Ravi efektiivsus: DKT

2 <sup>a</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>a</sup>	väike	väike	väike	puudub	2 uuringut analüüsisid grupi-DKT-d. Esimene (madala nihkeriskiga) uuring võrdles DKT-d arutelugrupiga, kus erinevus sümptomite vähenemises kaotas statistilise olulisuse pärast <i>intention-to-treat</i> analüüsi. Teine (kõrge nihkeriskiga) uuring võrdles DKT-d eneseabiga. Seal puudus kahe grupi vahel erinevus eneseraporteeritud tähelepanusümptomite osas, kuid DKT grupi tulemused olid mõnevõrra paremad täidesaatvate funktsioonide defitsiidi vähenemise osas.				⊕⊕⊕○ Keskmine	CRITICAL
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------	--------	---	--	--	--	------------------	----------

Ravi efektiivsus: teadveloleku-põhised sekkumised

6 <sup>a</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>a</sup>	väike	väike	väike	puudub	4 uuringut kaasasid teadveloleku-põhist KKT-d ( <i>mindfulness-based cognitive therapy, MBCT</i> ) ning 2 ainult teadvelolekul baseeruvaid sekkumisi. Võrreldes tavaraviga ( <i>TAU</i> ) oli MBCT seotud suurema sümptomite paranemisega ning paremate hinnangutega täidesaatvatele funktsioonidele 3- ja 6-kuu järelkontrollis (kuid mitte vahetult pärast sekkumist). Võrreldes ootejärjekorra kontrollidega oli MBCT seotud suurema sümptomite paranemisega. Võrreldes aktiivsete kontrollidega psühhoharduse grupis ei toonud MBCT kaasa suuremat sümptomite paranamist.				⊕⊕⊕○ Keskmine	CRITICAL
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------	--------	---	--	--	--	------------------	----------

Ravi efektiivsus: KKT

5 <sup>a</sup>	randomiseeritud uuringud	väike	väike	väike	suur <sup>a</sup>	puudub	Võrdles KKT-d toetava psühhooteraapiaga oli KKT efektiivsem kui mõõta kliinitsisti hinnatud sümptomite vähenemist (1 uuring, SMD -0,16, 95% CI -0,52 kuni 0,19), kuid mitte siis, kui mõõta patsiendi enda hinnatud sümptomite vähenemist (2 uuringut). 2 uuringut võrdlesid KKT-d ootejärjekorras olemisega kasutades kliinitsisti hinnatud sümptomite vähenemist, KKT näitas suuremat muutust (SMD -1,22, 95% CI -2,03 kuni -0,41). 5 uuringut hindas KKT-d võrreldes ootejärjekorras olemisega kasutades patsiendi hinnatud sümptomite vähenemist ning leiti, et KKT efekt oli suurem (SMD -0,84, 95% CI -1,18 to -0,50) (väga madal kuni mõõdukas tõenduse kvaliteet) Võrreldes KKT-d muude spetsiifiliste mittemedikamentoossete sekkumistega oli KKT samuti efektiivsem, seda nii kliinitsisti hinnatud sümptomite vähenemise osas (SMD -0,58, 95% CI -0,98 kuni -0,17; 2 uuringut) kui ka patsiendi enda hinnatud sümptomite vähenemise osas (SMD -0,44, 95% CI -0,88 to -0,01; 4 uuringut)				⊕⊕⊕○ Keskmine	CRITICAL
----------------	--------------------------	-------	-------	-------	-------------------	--------	---	--	--	--	------------------	----------

CI: usaldusintervall

## Selgitused

- Ainult üks kaasatud alguuring oli madala nihkeriskiga. Lisaks tuvastati võimalik publikatsiooninihe.
- Suur heterogeensus kõigi tulemusnäitajate osas
- Ülevaade toob välja publitsiivset riski ("Publication bias indicators were identified for the between-groups outcome").

d. Alguuringute ebatäpsus (suured usaldusvahemikud) ning alguuringute erinevate nihete oht

e. Kaasati väga eri tüüpi uuringukavandeid, sealjuures ka mõned vaatlusuuringud ning ravijuhendeid. Vähe infot mittemedikamentoosete sekkumiste kohta (2016. aastal avaldatud ülevaade).

f. Vähe infot mittemedikamentoosete sekkumiste kohta.

g. Üks uuring

h. Kaasatud üksikuurgutel, jaa,: of the CBT studies were assessed as having a low risk of bias across all five domains and there was substantial variation in sample size across studies.

i. Uuringute heterogeensus oli suur ("Studies were highly heterogeneous in terms of sample size, age range and gender of the participants and outcome measures. Due to this heterogeneity, and the aforementioned risk of bias, a narrative synthesis of results was used.")

j. Kaks uuringut, ühel suur nihkerisk

k. Uuringute nihkerisk varieerus, ükski polnud madala riskiga

## Viited

1.López-Pinar C, Martínez-Sanchís S,Carbonell-Vayá E, Fenollar-Cortés J,Sánchez-Meca J. Long-Term Efficacy of Psychosocial Treatments for Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. Front Psychol; 2018.

2.Lopez PL, Torrente FM,Ciapponi A,Lischinsky AG,Cetkovich-Bakmas M,Rojas JI,Romano M,Manes FF. Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. Cochrane Database Syst Rev; 2018.

3.De Crescenzo F, Cortese S,Adamo N,Janiri L.. Pharmacological and non-pharmacological treatment of adults with ADHD: a meta-review.. Evid Based Ment Health; 2017.

4.Nimmo-Smith V, Merwood A,Hank D,Brandling J,Greenwood R,Skinner L,Law S,Patel V,Rai D. Non-pharmacological interventions for adult ADHD: a systematic review. Psychol Med; 2020.