Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia Instituut

Victoria Mägi

PATSIENTIDE JA VAIMSE TERVISE EKSPERTIDE KOGEMUSED AKTIIVSUS- JA TÄHELEPANUHÄIRE DIAGNOOSIMISE JA SEKKUMISTEGA NING TRAUMA KOGEMUSE ARVESTAMINE SELLES PROTSESSIS

Magistritöö

Juhendaja: Kaia Kastepõld-Tõrs, MSc
Läbiv pealkiri: ATH diagnoosimine, sekkumised ja trauma

Tartu 2025

Patsientide ja vaimse tervise ekspertide kogemused aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimise ja sekkumistega ning trauma kogemuse arvestamine selles protsessis

Lühikokkuvõtte

Aktiivsus- ja tähelepanuhäiret (ATH) on täiskasvanutel diagnoositud viimastel aastatel üha rohkem. Diagnoosimiste kasvamisel on üha olulisem, et diagnoosimise ja sekkumiste protsess oleks tõhus. ATH esineb sageli komorbiidselt mõne teise häirega, sealhulgas posttraumaatilise stressihäirega (PTSH). Eestis puudub seni ülevaade, kuidas ATH diagnoosimise ja sekkumise protsess on praktikas korraldatud ning kuidas arvestatakse traumakogemustega. Uurimistöö eesmärk oli seda lünka täita. Kasutasin kombineeritud meetodit: spetsialistidega tegin poolstruktureeritud intervjuud, patsiendid täitsid küsimustiku ning kasutasin Tervise Arengu Instituudi Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasi. Selgus, et täiskasvanutel on oluliselt kasvanud ATH diagnoosimine: meestel on diagnoositud viimastel aastatel 1358,5% rohkem ATH-d kui varasemal perioodil keskmiselt ja naiste seas on diagnooside hulk kasvanud lausa 5790,6%. Tulemustest ilmnesid mitmed kitsaskohad ATH diagnoosimise ja sekkumiste protsessis. Diagnoosimisprotsessis esines ebakõlasid: spetsialistid rõhutasid lähedaste kaasamise olulisust, kuid vastajad raporteerisid seda vaid ligi 10% juhtudest ning QbTesti kasutati järjepidevalt, kuigi meetod ei kuulu ravijuhendi soovituste hulka. Ravimravi osas leiti üldine hea vastavus ravijuhendile, kuid ilmnesid erisused ravijuhise ja soodusravimite tingimuste vahel. Lisaks selgus, et ATH hindamisel trauma anamneesi sageli ei koguta, kuid PTSH sümptomid olid seotud madalama ravimraviga rahuloluga. Tulemused viitavad vajadusele standardiseerida hindamisprotsessi ning tõsta teadlikkust komorbiidsuse olulisusest ravi planeerimisel.

Märksõnad: aktiivsus- ja tähelepanuhäire, posttraumaatiline stressihäire, diagnoosimine, psühholoogilised sekkumised, ravimravi

Experiences of Patients and Mental Health Professionals with the Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and the Consideration of Trauma in This Process

Abstract

With the increasing prevalence of adult ADHD diagnoses, ensuring the effectiveness of diagnostic and intervention processes is critical. ADHD often co-occurs with other psychiatric disorders, particularly post-traumatic stress disorder (PTSD). In Estonia, there is currently no comprehensive understanding of how ADHD diagnosis and treatment are implemented in practice, nor how trauma histories are considered. This study aimed to address this gap using a mixed-methods approach: semi-structured interviews with mental health professionals, a patient survey, and analysis of national health statistics. Results showed a rise in adult ADHD diagnoses – by 1358,5% among men and 5790,6% among women over recent years. Although professionals emphasized the value of involving close ones during assessment, only 10% of patients reported that this occurred. The QbTest was frequently used despite not being recommended in clinical guidelines. While pharmacological treatment largely followed national recommendations, inconsistencies emerged between guidelines and reimbursement conditions. Notably, trauma histories were often not assessed, yet PTSD symptoms were linked to lower satisfaction with medication. These findings underscore the need for greater standardization in diagnostic procedures and increased awareness of comorbidity in treatment planning.

Keyword: attention-deficit/hyperactivity disorder, post-traumatic stress disorder, diagnosis, psychological interventions, pharmacological treatment

Sissejuhatus

Viimase kümne aasta jooksul on avalik huvi aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH) vastu järjest kasvanud. *Google Trends* andmetel on alates 2020. aastast otsingumootoris märksõna "aktiivsus- ja tähelepanuhäire" otsimine Eestis väga kiiresti kasvanud, saavutades seni suurima huvi 2024. aasta septembris (Google Trends, 2025). Samuti on *Google* otsingumootorisse viimase viie aasta jooksul suurenenud märksõna "trauma" sisestamine, samas ATH kohta on infot otsitud 7,5 korda rohkem (Google Trends, 2025) ehk sellest võib järeldada, et avalik huvi ATH vastu on suurem.

Aktiivsus- ja tähelepanuhäire on neurobioloogiline haigus, mille esmased ilmingud saavad alguse juba lapsepõlves. ATH kätkeb endas kahte poolt, millest üks on seotud raskusega tähelepanu koondada ja hoida ning teine hüperaktiivsuse ja impulsiivsusega (Biederman, 2005). ATH sagedased sümptomid on: raskused tähelepanu juhtimisega, millega kaasneb sageli suutmatus keskenduda pikalt ühele tegevusele, tähelepanu kiire hajumine, mõtted lähevad uitama ja tähelepanu on raske juhtida ning seda mitmes erinevas kontekstis ja keskkonnas (Biederman, 2005; Leffa et al., 2022). Samuti võib kaasneda rahutus, püsimatus ning sageli ülemäärane jutukus (Biederman, 2005). Eelmainitud omadused võivad omakorda kaasa tuua inimesele ohtlikke olukordi, konflikte suhetes ning sobimatut käitumist (Biederman, 2005). Tendentsiks on kujunenud, et lapsepõlves on rohkem esil aktiivsusega kaasnevad sümptomid ning täiskasvanuna väljendub ATH sageli just tähelepanu puudutavate raskustena (Leffa et al., 2022). ATH tekke mehhanismis mängivad olulist rolli geenid, keskkondlikud, aga ka sotsiaalsed faktorid (Biederman, 2005).

Hinnanguliselt esineb ATH-d umbes 10% lastest (Polanczyk, et al., 2014). Seejuures täiskasvanute hulgas hinnatakse ATH levimuseks 2,6% - 6,8% (Song, et al., 2021).

Seoses teadlikkuse kasvu ning üha laiema kõlapinna saavutanud ATH diagnoosiga, pöördub rohkem täiskasvanuid spetsialistide poole, et potentsiaalselt saada ATH diagnoos (Abdelnour et al., 2022). Oehrlein ja kolleegid (2016) tõid oma uurimuses välja, et 12 aasta jooksul kasvas täiskasvanute ATH diagnoosi saajate hulk 2,7 korda ning laste puhul oli see kasv 1,3, seejuures täiskasvanute ATH diagnooside arvu kasv oli statistiliselt oluline. Tuleb nentida, et uurimistöös käsitleti andmeid, mis olid kogutud aastatel 1999 kuni 2010, kuid need tulemused võivad anda aimu ka käesolevatest trendidest. Paul ja kolleegid (2025) vaatasid oma uuringus ATH diagnoosimise trende alates 2016. aastast kuni 2023. aastani. Nad täheldasid, et alates 2016.

aastast kuni 2020. aastani vähenes täiskasvanute seas ATH diagnoosimine statistiliselt oluliselt, kuid 2020. aastal hakkas diagnooside hulk kiiresti kasvama. Nad seostasid seda teadlikkuse kasvuga ning vaimse tervise teemade normaliseerimisega pandeemia käigus (Paul et al., 2025). Teises uurimuses tõid autorid välja, et täiskasvanute seas suurenenud diagnooside hulk võis olla seotud varasemalt esinenud raskustega diagnoosimiseks vajalike kriteeriumite ületamisega, lisaks raskusega tuvastada naistel esinevat ATH-d (mis võib oma kliiniliselt pildilt erineda meeste omast) ning meedia kajastuse ja kultuuriliste stereotüüpidega ATH-st (Oehrlein et al., 2016). Üks põhjus, miks naised võivad olla senini aladiagnoositud rühm, on see, et ATH kriteeriumid nii DSM-5 kui ka RHK-11 tuginevad valdavalt uuringutel, mille valimisse kuulusid enamjaolt valgenahalised kooliealised poisid (Sibley, 2021). Kui sümptomite algus näibki olevat täiskasvanueas, siis tõenäoliselt on inimesel kõrge intelligentsus; seni olnud madalad keskkondlikud nõudmised; kõrge vanemlik tugi ning suurema tõenäosusega on laps olnud koduõppel (Sibley, 2021). Kui eelmainitud tingimused pole suures osas täidetud, oleks paslikum kaaluda alternatiivseid diagnoose.

Hiljutisemad uuringud toovad välja ATH diagnoosimise massilise kasvu, mis on endaga kaasa toonud arutelu ülediagnoosimise võimalikkusest (Abdelnour et al., 2022). Sibley (2021) toob oma uurimuses välja, et kohati võib olla suurenenud valepositiivsete diagnooside arv, kuna keskkondlikud nõudmised inimestele on üha suuremad ning seejuures inimeste endi nõudmised enda kognitiivsetele võimetele on suuremad. Autor tõi välja, et sageli on inimestel kergem aktsepteerida diagnoosist tulenevaid “puudujääke” kui leppida loomuliku madalama kognitiivse võimekusega. Seejuures toovad Abdelnour ja kolleegid (2022) välja, et pigem tuleks ülediagnoosimise hüpoteesi suhtuda ettevaatlikult, kuna taoline suhtumine tekitab stigmat ning olukordi, kus abivajajad jäävad abist ilma.

Seda ideed toetavad Asherson ja kolleegid (2016), tuues oma uurimistöös välja, kuidas ATH võib olla sageli just aladiagnoositud, kuna täiskasvanueas esinevad sümptomid sarnanevad teiste häiretega ning mitmetel spetsialistidel puudub täiskasvanu ATH diagnoosimise ja ravimise väljaõpe, eriti kui ATH esineb komorbiidselt mõne muu häirega. Sarnast kliinilist pilti ATH-le võivad anda näiteks depressioon, ärevus, sõltuvushäired, füsioloogilised häired ja stressireaktsioonid (Sibley, 2021). Samuti on oluliseks teemaks kaasnevad häired, mis on sagedased kaaslased diagnoosimata ATH puhul (Attoe & Climie, 2023). Komorbiidselt esinevad häired võivad raskendada ATH tuvastamist (Sibley, 2021). Seega ei ole välistatud, et diagnoosi

võivad saada inimesed, kellel tegelikkuses ATH-d ei ole, aga diagnoosist võivad ilma jääda need, kellel tegelikkuses ATH diagnoos esineb. Attoe ja Climie (2023) tõid välja ülevaateartiklis, mis käsitles just naiste kogemust, et inimestel, kellel on ATH potentsiaalselt jäänud diagnoosimata, esinevad raskused sotsiaal-emotsionaalse heaoluga, suhetes ning neil on tunne, et neil puudub kontroll oma elu aspektide üle. Hiljutises uurimuses on välja toodud, et keskmiseks täiskasvanueas diagnoosi saamise vanuseks oli 33 aastat (Paul et al., 2025), seega raskused võivad olla süvenenud juba pikalt. Pole harv juhus, kui arusaam enda potentsiaalsest eripärast tekib inimesel alles pärast seda, kui nende laps on saanud ATH diagnoosi (Attoe & Climie, 2023).

Kliinilises praktikas esineb ATH harva ilma kaasuvate häireteta. On leitud, et ATH sümptomaatikaga inimestest 87% esines vähemalt üks komorbiidne häire elu jooksu ning 56% esines vähemalt kaks komorbiidset häiret lisaks ATH-le (võrreldes mitte ATH diagnoosiga inimestega vastavalt 64% ja 27%) (McGough et al., 2005). Sagedamini esinevad ATH-ga koos meeleoluhäired, ärevushäired, käitumishäired, sõltuvushäired ning isiksusehäired (Kessler et al., 2006; Katzman et al., 2017; McGough et al., 2005). Lisaks on üsna sage ka posttraumaatiline stressihäire (PTSH), mille esinemissagedus ATH diagnoosiga inimeste seas on hinnanguliselt 36% (Magdi et al., 2025).

Täiskasvanute ATH hindamisel peetakse kuldseks standardiks poolstruktureeritud kliinilist intervjuud, kuna sellisel viisil on spetsialistil võimalik koguda informatsiooni dünaamilisemalt, kuid seejuures silmas pidades diagnostilisi kriteeriume (Adamou et al., 2024). Sibley (2021) jaotas ATH diagnoosimise protsessi täiskasvanutel 7-etapiliseks: 1) poolstruktureeritud diagnostiline intervjuu; 2) lähedastelt info kogumine nii lapsepõlve kui täiskasvanuea argielu kohta; 3) iga üksiksümtpomi mõju inimese elule tuleks eraldi kaaluda; 4) olulise esineva argielu elamise raskuse tuvastamine; 5) sümptomite tekke ja kulu kaardistamine; 6) kaalumine, kas alternatiivne diagnoos aitaks patsiendi raskusi selgitada paremini ja 7) diagnoosi kinnitamine (Sibley, 2021). Autor tõi välja, et hea oleks terviseloos kajastada spetsialisti hinnangut, miks ATH jäi lapsepõlves diagnoosimata (Sibley, 2021). Samuti on oluline tähele panna, et häirituse hindamine on väga subjektiivne protsess, kuna arvesse tuleks võtta, kas potentsiaalselt häire puudumisel oleks inimene olnud võimeline veel enam saavutama ning kergemini asjadega hakkama saama (Adamou et al., 2024). Tuleb silmas pidada, et ATH sümptomaatikaga inimestele on omane oma raskuste vääriti tõlgendamine/alahindamine ning nad

võivad neid alaraporteerida (Sibley, 2021). Ühtlasi on sümptomeid, mis ei pruugi olla märgatavad lähedastele ehk inimese enda subjektiivne tunnetus on oluline (Sibley, 2021).

ATH hindamine ei tohiks võtta vähem aega kui kaks tundi kokku (mis jaotuvad erinevatele päevadele) ning keskmiselt vajab hindamisprotsess ühe kogenud spetsialisti vaatest 2-3 kohtumist (Adamou et al., 2024).

ATH ravimise puhul on välja toodud, et esmane sekkumine täiskasvanute puhul võiks olla medikamentoosne, seejuures esmajärjekorras on soovitatud välja kirjutada stimulantravi, seejärel atomoksetiin ning seejärel muud mitte-stimulant ravimid (Asherson & Ramos-Quiroga, 2018). "Aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimise ning ravi põhimõtted" ravijuhendis (Tervisekassa, 2023) toodud ravimite järjekord on sarnane Ashersoni ja Ramos-Quiroga (2018) pakutuga. Metaanalüüsist selgub, et üldjuhul on ravimravi ATH sümptomite leevendamisel tõhus, kuid ATH ravimite puhul on täheldatud sagedast ravi katkestamist kõrvaltoimete tõttu ning ravist loobumist (Geffen & Forster, 2017). Sagedasemad kõrvaltoimed on seotud erinevate kardiovaskulaarsüsteemi raskustega (nt muutused pulsi sageduses ja vererõhus), gastrointestrinaalsüsteemiga (nt muutused isus, seedeprobleemid, iiveldus, suukuivus), närvisüsteemi ja psühhiaatriliste häiretega (sh ärevus, peavalu, düsfooria, uinumisraskused) ning muud (sh kaalumuutused ja lööbed) (Tervisekassa, 2023).

Kuigi ravimid on üldjuhul esmane valik, siis funktsioneerimise parandamiseks on oluline ka psühholoogiline tugi, mis enamasti omab ATH sümptomite leevendamisele positiivset mõju (Fullen et al., 2020). Kõige tugevam tõendusbaas oli kognitiivsel-käitumuslikul teraapial, kuid ka teadvelolekul põhinev, dialektiline käitumisteraapia ning neurotagasiside teraapia (ingl *neurofeedback*) olid tõhusad (Fullen et al., 2020). Paraku ei ole teiste sekkumiste kohta läbi viidud piisavalt uuringuid, et oleks võimalik midagi kindlat väita nende tõhususe kohta (Fullen et al., 2020). Kõige enam ongi teaduskirjanduses uuritud ATH sekkumise tõhusust, mis põhineb kognitiiv-käitumuslikul teraapial (KKT) (Knouse, Teller & Brooks, 2017). Metaanalüüsides on leitud, et KKT ja muude psühhoteraapiate tulemusel vähenesid inimeste ATH sümptomid ning funktsioneerimine igapäevaelus paranes (Knouse et al., 2017).

Nõustamise tõhusust on hinnatud randomiseeritud kontrolluuringus, kus võrreldi täiskasvanud ATH diagnoosiga inimeste puhul, kuivõrd tõhus on psühhoharimine võrreldes KKT grupiteraapiaga (Vidal et al., 2013). KKT programm hõlmas endas oskusõpet, kuidas enda käitumist paremini juhtida (Vidal et al., 2013). Psühhohariduslik programm kätkes endast ATH

sümptomite mõtestamist, põhjus-tagajärg seoste omandamist ATH kontekstis, kognitsioonide mõistmist ning muud taolist (Vidal et al., 2013). Uuringus leiti, et psühhohariduslik programm oli niisama tõhus kui KKT programm, kuid tulemus saavutati kodutöödeta ning täiendavate materjalideta (Vidal et al., 2013). Seega on alust arvata, et psühholoogilised sekkumised parandavad ATH diagnoosiga inimeste toimetulekut.

Totura ja kolleegid (2018) tõid välja, kui olulist rolli mängib muuhulhas ravitulemustes see, kuidas patsient tajub, et spetsialist temasse suhtub. Tulemustest selgus, et patsiendid, kes tundsid head kontakti spetsialistiga ning usaldasid spetsialisti pädevust, nende ravitulemused olid märkimisväärselt paremad (Totura et al., 2018). Saksamaal on spetsialistid välja toonud, et neil on keeruline luua sekkumisi ATH ja eriti komorbiidsuse korral, kuna tunnevad, et neil ei ole piisavat väljaõpet (Schneider, et al., 2019).

Traumaatilise sündmuse kogemine on rohkem levinud kui posttraumaatilise stressihäire sümptomid ise. Traumaatilist sündmust või muud keerulist elusündmust (ingl *other life events)* oli Hollandi elanikkonna näitel kogenud 71,1% inimestest, kuid posttraumaatiline stresshäire sümptomaatika oli välja kujunenud seejuures 2% inimestest (Knipscheer et al., 2020). Traumaatiliseks sündmuseks peetakse olukordi, mis tekitavad peaaegu kõigis inimestes tugeva stressreaktsiooni nagu näiteks looduskatastroof, surma pealtnägemine, eluohtlik olukord, seksuaalvägivald või muu raske olukord, mis võib tekitada psühholoogilist stressi, nagu on kirjeldatud RHK-11 (World Health Organization, 2022). Posttraumaatilise stressihäire väljakujunemise riskifaktoriteks on muuhulgas naissugu, varasem psühhopatoloogia, traumasündmuste kumuleerumine, pereliikmel esinev psühhopatoloogia ja trauma raskusaste (Tortella-Feliu et al., 2019). PTSH kujunemise eelduseks on traumaatilise sündmuse kogemine (World Health Organization, 2022). Täiendavalt peaksid olema esindatud järgnevad sümptomid PTSH diagnoosimiseks: traumaatilise sündmuse mentaalne taaskogemine mälusähvatuste (ingl *flashback*) kaudu, millega kaasneb tugev emotsionaalne reaktsioon; traumasündmust meenutavate stiimulite vältimine; kõrgenenud hirmutunne ja ülivalvsus; mõnes eluvaldkonnas on tekkinud olulised raskused (või nähakse ebaproportsionaalselt suurt vaeva raskuste ennetamiseks) (World Health Organization, 2022). Sageli võivad kaasneda oluline meeleolulangus, ärevus ning sageneda negatiivsete emotsioonide kogemine (World Health Organization, 2022). RHK-11 sisaldab endas ka diagnoosi kompleks-posttraumaatiline stressihäire (K-PTSH), mille puhul peavad lisaks PTSH põhisümptomitele olema esindatud ka

kolm täiendavat sümptomit: märkimisväärsed raskused emotsioonide regulatsioonis, püsiv väärtusetusetunne ja püsivad raskused suhete hoidmisega ning lähisuhete loomisega (World Health Organization, 2022).

Varasemates uuringutes on leitud, et ATH ja traumasündmuse kogemise vahel on statistiliselt oluline seos (Rucklidge et al., 2006; Brown et al., 2017). Süstemaatilise ülevaate ja metaanalüüsi artiklis leiti, et ATH-ga inimestel on 2,9 korda suurem risk PTSH tekkeks võrreldes ilma ATH diagnoosita inimestel ning ATH diagnoosiga inimestel on 1,6 korda suurem tõenäosus PTSH tekkeks võrreldes varasemalt traumeeritud inimestega (Spencer et al., 2016). Seega on väga oluline, et klinitsistid koguksid ATH-ga patsientide käest informatsiooni potentsiaalsete traumakogemuste kohta, kuna ATH ja trauma sekkumised on oma olemuselt erinevad ning ühe ravimine võib raskendada teise häire sümptomeid (näiteks stimulantravi võib raskendada traumast tingitud uneprobleeme) (Rucklidge et al., 2006).

Seejuures on oluline välja tuua, et spetsialistid ei pruugi alati patsiendilt küsida traumaatiliste kogemuste kohta. Lastearstidega läbiviidud uurimusest selgus, et põhjalikult kogusid erinevate traumasündmuste kohta otseselt informatsiooni vaid 4% spetsialistidest ning 32% ei küsinud midagi seoses traumasündmustega (Kerker et al., 2016). Samuti leiti laiahaardelises uurimuses, et meditsiinisüsteemis olevatest inimestest 13,9% olid posttraumaatilise stressihäire sümptomaatikaga, kuid PTSH oli neil diagnoosimata (Lewis et al., 2018). Seda riski suurendas naissugu, noorem iga esimesel kokkupuutel tervishoiutöötajaga ja madalam sotsiaalmajanduslik seisund (Lewis et al., 2018).

Magistritöö eesmärk ja uurimisküsimus

Uurimistöö eesmärk on teada saada, kuidas on Eestis täiskasvanud patsientide puhul korraldatud aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimine ja esmaste sekkumiste määramine nii patsiendi kui ka vaimse tervise spetsialisti vaatest. Täiendavalt tahan teada saada, millisel määral võetakse ATH diagnoosimise protsessi käigus arvesse traumaatiliste sündmuste esinemist anamneesis ja posttraumaatilisele stressihäirele omaste sümptomite olemasolu.

Teaduskirjandusest selgub, et viimastel aastatel on suurenenud oluliselt ATH diagnoosimine täiskasvanutel ning täiskasvanute puhul võib ATH kliiniline pilt olla teistsugune laste omast. Diagnoosimise protsess ning sekkumised erinevad kohati laste puhul rakendatavatest meetoditest. Kuigi Eestis on koostatud ravijuhis (Tervisekassa, 2023), siis käesolevaga puudub selge ülevaade, kuivõrd lähtutakse ATH diagnoosimise protsesside ning sekkumiste loomise

käigus ravijuhisest. Teaduskirjandusest selgus seos ATH ja traumasündmuste koosesinemise vahel, kuid käesolevaga puudub täpsem ülevaade, kuivõrd seda seost ATH diagnoosimise protsessis ja ravi määramisel arvestatakse.

Käesolev magistritöö annab esimese ülevaate aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimise ja varajaste sekkumiste praktikast Eesti kontekstis, kaasates nii patsientide kui ka vaimse tervise spetsialistide vaated. Töö keskendub sellele, kuidas inimesed ATH diagnoosini jõuavad, milliseid hindamismeetodeid kasutatakse ning milliseid raskusi kogetakse diagnoosimise ja ravi käigus. Samuti käsitlen, millised sekkumised on praktikas kasutusel ravimravi, psühhoteraapia ja nõustamise näol ning kuidas neid kogetakse nii spetsialisti kui patsiendi vaatest. Tähelepanu pööran ka traumakogemuste ja traumajärgsete sümptomite rollile ATH diagnoosimise ja ravi kontekstis. Varasemad uurimused on neid teemasid käsitlenud valdavalt eraldi ning spetsialistikeskselt, jättes patsiendi kogemusepõhise vaate tahaplaanile. Käesolev töö püüab seda lünka vähendada, ühendades patsiendi ja spetsialisti perspektiivid. Uurimistöö eesmärgi saavutamiseks püstitasin järgmised uurimisküsimused:

- Millised muutused on toimunud aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimissageduses ning kui sageli esineb ATH koos teiste psüühikahäiretega?
- Kuidas kirjeldavad patsiendid ja vaimse tervise spetsialistid aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimise protsessi ning milliste kogemuste ja hinnangutega on see protsess seotud?
- Kuidas kirjeldavad patsiendid ja vaimse tervise spetsialistid aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimise järgselt rakendatavaid sekkumisi ning millised kogemused ja raskused ilmnevad ravimravi, psühhoteraapia ja nõustamise kontekstis?
- Kuidas kirjeldavad patsiendid ja vaimse tervise spetsialistid traumakogemuste ja traumajärgsete sümptomite käsitlemist aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimise ja ravi kontekstis?

Meetod

Kasutasin kombineeritud uurimismeetodit, et saada terviklikum ülevaade ATH diagnoosimisest, rakendatavatest sekkumistest ning traumakogemuse arvestamisest selles protsessis. Andmeid kogusin nii kvantitatiivsete kui ka kvalitatiivsete meetodite abil, et võimaldada erinevatest allikatest pärineva info kombineerimist ja vastastikust täiendamist.

Kaasasin uurimistöösse nii vaimse tervise eksperdid, kellega viisin läbi poolstruktureeritud intervjuud kui ka patsiendi vaatest inimesed, kes vastasid veebipõhisele küsimustikule.

Protseduur

Kvalitatiivse osa jaoks kogusin andmeid poolstruktureeritud intervjuuga. Osalejate uuringusse kutsumiseks saatsin kahel korral kutsed erialaliitudele ja asjakohastele asutustele: Kliiniliste Psühholoogide Kutseliit, Eesti Psühholoogide Liit, Eesti Psühhiaatrite selts, Eesti Õdede Liit, Vaimse Tervise Õenduse Erialaseltsing, Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliiniku ambulatoorse psühhiaatria keskus ja Tartu Ülikooli Kliinikumi üldpsühhiaatria keskus. Uuringusse kutsusin spetsialistid, kellel on kogemust aktiivsus- ja tähelepanuhäire ja/ või (kompleks) posttraumaatilise stressihäire diagnoosimise ja sekkumistega. Kokku toimus kümme intervjuud, millest mina viisin läbi kaheksa ja juhendaja kaks. Kõik intervjuud viidi läbi ajavahemikus 17. jaanuarist kuni 26. veebruarini 2025 *Microsoft Teams* keskkonnas. Iga intervjuu kestis ligikaudu 60–90 minutit. Intervjuude helisalvestised transkribeerisin sõnasõnaliselt, seejärel kustutasin salvestised. Osalejate sisend on esitatud tulemuste osas isikustamata kujul.

Kvantitatiivsete andmete kogumiseks koostasin küsimustiku *LimeSurvey* keskkonnas. Küsimustik oli avatud perioodil 11. veebruar 2025 kuni 4. aprill 2025. Uuringukutset jagasin asjakohastes Facebooki gruppides ja enda avalikul Facebooki profiilil. Küsimustik kasutas *SkipLogic* (kohanduva küsimustiku) põhimõtet ehk vastajale kuvati vaid tema jaoks asjakohaseid küsimusi.

Valimi kirjeldus

Küsimustikule vastas kokku 286 inimest, kellest üks arvati valimist välja, kuna vastamise hetkel oli vastaja alaealine. Küsimustikule vastanute valimisse kuulus 285 inimest. Uuringu valim oli mugavusvalim. Vastajate keskmine vanus oli 32,9 aastat (*Mdn* = 29; *Mo* = 24; *SD* = 10,95; *min* = 18; *max* = 76). Küsimustikule vastajatest 53 olid meessoost (18,6%), 228 (80%) olid naissoost ja muu soolise identiteediga olid neli (1,4%) vastajat.

Vastajad märkisid lõpetatud kõrgeimaks haridustasemeks viiel juhul põhihariduse (n = 5; 1,8%), 95 inimesel oli keskharidus (*n* = 95; 33,3%), 113 bakalaureus või rakenduskõrgharidus (*n* = 113; 39,7%), 68 magistrikraad (*n* = 68; 23,9%) ning neljal vastajal doktorikraad või järeldoktorantuur (*n* = 4; 1,4%).

Tööhõive jaotuse põhjal ainult töötasid (täis- või osakoormusel) 147 inimest (51,6%), ainult õppis 32 inimest (11,2%), töötas ja õppis samaaegselt 80 inimest (28,1%) ning töötud või kodused olid 26 vastajat (9,1%). Valimis oli osaline töövõime 33 inimesel (11,6%) ning täielik töövõime puudus 11 inimesel (3,9%), enamikel oli täielik töövõime.

Eesmärgiga saada terviklikum ülevaade ATH diagnoosimise, sekkumiste ja traumakogemuse arvestamise kohta selles protsessis kaasasin lisaks küsimustiku vastajatele ka kümme spetsialisti, kellest neli olid kliinilised psühholoogid, neli psühhiaatrid ning kaks vaimse tervise õed. Spetsialistidest neli töötasid laste ja noortega, viis töötasid täiskasvanutega ning üks töötas kõikide vanuserühmadega. Neli töötasid kliinilises asutuses, viis erapraksises ning üks spetsialist töötas paralleelselt mõlemas keskkonnas. Spetsialistide tööstaaž oli keskmiselt 11 aastat (*min* = 2; *max* = 20). Käesolevas uurimistöös keskendusin täiskasvanud vastajate kogemustele, seetõttu arvestasin laste ja noortega töötavate spetsialistide hinnanguid ainult juhul, kui need olid sisuliselt kooskõlas täiskasvanutega töötavate spetsialistide vastustega, et vältida ebasobiva üldistuse tegemist täiskasvanute kohta.

Täiendava konteksti loomiseks ATH leviku muutuste mõistmiseks kaasasin Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasist (2024) andmed hüperkineetiliste häirete esmaste haigusjuhtude kohta tabelist PKH1: *Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikud diagnoosi, soo ja vanuserühma järgi*. Andmestikus on kajastatud aastatel 1999–2023 registreeritud esmased haigusjuhud, mis on jaotatud soo ja kahe vanuserühma lõikes: lapsed (0–14-aastased) ja täiskasvanud (15-aastased ja vanemad).

Mõõtevahendid

Uurimistöös kasutasin kolme skriinimisvahendit: Rahvusvaheline Traumasündmuse Küsimustik, Rahvusvaheline Trauma Küsimustik ja Täiskasvanute ATH küsimustiku sõelküsimustik. Lisaks kasutasin käesoleva uurimistöö tarbeks koostatud küsimustikku ning poolstruktureeritud intervjuud.

Rahvusvaheline Traumasündmuse Küsimustik (RTK; ingl *International Trauma Exposure Measure* (ITEM)) (Hyland et al., 2021a; eesti k. tõlge loodud Kastepõld-Tõrs poolt 2023)) on vabalt kättesaadav instrument, mis sisaldab 21 traumaatilise elusündmuse kirjeldust. Lisaks on küsimustikus jäetud viimane väide avatuks, andes vastajale võimalus ise sündmust kirjeldada. Sündmuse toimumist kaardistatakse dihhotoomsel skaalal kolmel eluetapil (lapseiga, teismeiga, täiskasvanuiga). Eluaja eksponeeritust on võimalik tuvastada, kui vaadata, kas

sündmus on aset leidnud vähemalt ühes eluperioodis. Autorid toovad välja, et põhimõtteliselt on võimalik sündmused jaotada viide rühma: emotsionaalne vägivald, sõjaga kokkupuude, füüsiline vägivald, seksuaalne vägivald ja naturaalsed või inimtekkelised katastroofid (Hyland et al., 2021a).

Rahvusvaheline Trauma Küsimustik (RTK; ingl *International Trauma Questionnaire* (ITQ)) (Cloitre et al., 2018; eesti k. versioon Tombu, 2021)) on enesekohane avatud ligipääsuga diagnostiline hindamisvahend. Hindamisvahendis sisaldub kuus küsimust PTSH ja kuus küsimust K-PTSH sümptomite kohta, seejuures iga põhisümptomi kohta on kaks väidet (Hyland et al., 2021b). Lisaks on kuus küsimust toimetuleku kohta. Vastajad vastavad küsimustikule viiepunktilisel Likerti skaalal, mille puhul "*Üldse mitte*" skooritakse nulliga ning "*Väga tugevalt*" skooritakse neljaga. PTSH puhul loetakse lävend ületatuks, kui vähemalt üks kahest väitest ühe sümptomi kohta on hinnatud nii, et sümptom esineb "*mõõdukalt*" (2). Samuti peavad sümptomid toimetulekut raskendama vähemalt ühes eluvaldkonnas. Sama põhimõte kehtib K-PTSH skaalal. Hindamisvahendi puhul on sisemine reliaablus PTSH küsimustikus $\alpha = .90$ ja K-PTSH puhul ehk DSO skaala sisemine reliaablus oli $\alpha = .93$ (Hyland et al., 2021b). Eestikeelses versioonis olid sisemised reliaablused vastavalt $\alpha = .88$ ja $\alpha = .85$ (Tombu, 2021).

Täiskasvanute ATH küsimustiku (ASRS-V1.1) sõel (ingl The WHO Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Version 1.1) (Kessler et al, 2005; eesti k. versioon Ojalo et al., 2024) on skriinimisvahend, mis on heas kooskõlas DSM-IV ATH hindamiskriteeriumitega (Kessler et al, 2005). Hindamisvahendi lühiversioonis kuuest väitest neli kaardistavad tähelepanematust ning kaks väidet hüperaktiivsust/ impulsiivsust (Kessler et al, 2005). Küsimustik kasutab viiepallilist Likerti skaalat ("*Mitte kunagi*", "*Harva*", "*Mõnikord*", "*Tihti*", "*Väga tihti*"). Tulemuste skoorimine toimib dihhotoomselt, st kui inimene valib vastusevariandi "*Tihti*" või "*Väga tihti*" (mõne küsimuse puhul ka "*Mõnikord*"), siis loetakse sümptom esinenuks (Kessler et al, 2005). Kui kuuest sümptomist vähemalt neli on loetud positiivseks, loeb instrument tulemuse positiivseks (Kessler et al, 2005). Kui inimesel pole ühtegi või on üks sümptom oluliselt väljendunud, siis on ATH esinemise tõenäosus üsna väike. Autorid leidsid, et ASRSi lühiversioon näitas paremat tundlikkust (68,7%), spetsiifilisust (99,5%) ja üldist täpsust (kokkulangevus kliinilise diagnoosiga ehk Coheni κ (0,76)) kui täispikk versioon (Kessler et al, 2005).

Lisaks standardiseeritud hindamisvahenditele koostasin käesoleva uurimistöö tarbeks küsimustiku, mille eesmärk oli koguda infot vastajate subjektiivsete kogemuste kohta ATH ja/või traumaga seotud diagnoosimise protsessi ning erinevate sekkumistega seotud rahulolu kohta. Küsimustikus sisalduvad järgmised teemavaldkonnad:

- Demograafilised andmed: sugu, vanus, haridustase, tööhõive, suhtestaatus.
- Traumakogemuse subjektiivne hinnang: vastaja enesehinnang sellele, kas ta on kogenud traumasündmust.
- Olemasolevad diagnoosid: ATH, PTSH ja muude vaimse tervise diagnooside olemasolu; ATH diagnoosi mittesaamise põhjused vastaja hinnangul.
- Diagnoosimise kogemus: ATH diagnoosi saamise vanus, pöördumise algpõhjus, spetsialisti suhtumine, kasutatud hindamismeetodid, hindamisperioodi kestus, kättesaadavus ja määratud sekkumised.
- Traumakogemuse ja ATH sümptomite koosmõju: kas traumakogemust diagnoosimisel ja ravis arvestati, kas selle kohta küsiti ning milline oli hinnatud mõju sümptomitele (nt keskendumisvõimele).
- Kogemused sekkumistega ja rahulolu:
    - Ravimravi*:* kasutatud ravimite tüübid, raviperiood ja rahulolu.
    - Psühhoteraapia*:* teraapiakoolkond, kestus, rahulolu ning esinenud raskused.
    - Nõustamine*:* teemad, kestus, väljakutsed ja rahulolu.

Mõningad küsimuste plokid jätsin vastajate madala arvu tõttu (< 10) (sh trauma- ja ATH-spetsiifilised sekkumised, trauma mõju täidesaatvatele funktsioonidele, lapseea ATH diagnoosimine, psühhoteraapia ja ravimravi kasutegurid) ning töö fookuse hoidmise huvides (sh traumaga seotud diagnooside diagnoosimise protsess, määratud sekkumised ja rahulolu, täiendav abi ATH sümptomite olemasolul kuid diagnoosi puudumisel) andmeanalüüsist välja.

Küsimused koostasin tuginedes sissejuhatuses toodud allikatele. Küsimustikku luues konsulteerisin juhendajaga, et tagada küsimuste asjakohasus ning täpsus. Küsimustiku esmast versiooni testisin nelja vabatahtlikuga ning tagasisidest lähtuvalt parandasin küsimustikus struktuuri ülesehitust ning küsimuste sõnastust.

Spetsialistidele suunatud poolstruktureeritud intervjuu koostasin paralleelselt patsientidele mõeldud küsimustikuga. See lõi eeldused vastuse sisuliseks võrdlemiseks. Intervjuu küsimuste koostamisel andis olulist sisendit juhendaja. Intervjuud olid suunatud spetsialistidele,

kes tegelesid igapäevatöö osana ATH ja/või PTSH/ K-PTSH diagnoosimise ja sekkumisega. Intervjuu jaotus kolmeks teemavaldkonnaks: aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimine ja sekkumised; trauma diagnoosimine ja sekkumised; ning ATH ja trauma komorbiidsuse puhul hindamine ja sekkumine. Intervjuus keskendusin spetsialistide kogemusele ning kliinilisele arusaamale, kuidas nad sellistes olukordades tavapäraselt toimivad.

Andmeanalüüs

Kvantitatiivsete andmete analüüsi viisin läbi statistikatarkvara JASP versiooniga 0.19.3. Enne analüüside teostamist hindasin muutujate jaotust võrreldes normaaljaotusega. Kuna andmed ei vastanud normaaljaotusele, kasutasin järgnevas analüüsis mitteparameetrilisi teste. Statistiliste otsuste tegemisel lähtusin usaldusnivoo kriteeriumist $p < .05$.

Kvalitatiivsete andmete analüüsimisel kasutasin Braun ja Clarke'i (2006) temaatilise analüüsi lähenemist. Analüüsides jälgisin temaatilise analüüsi kuut järjestikkust sammu. Valimi suuruse määrasin andmeküllastumise põhimõttel.

Uuringu eetilisus

Uuring on saanud kooskõlastuse Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee poolt (protokoll nr 392/T-9). Uuringu eel selgitasin osalejatele uurimistöö eesmärki, osalejate õigusi ning andmetöötlemise põhimõtteid. Vaimse tervise spetsialistid digiallkirjastasid informeerimise ja teadliku nõusoleku vormi. Intervjuu sissejuhatuses rõhutasin, et uurimistöös osalemine on vabatahtlik, anonüümne ning igal hetkel on võimalik uuringus osalemine katkestada. Samuti tõin välja, et küsimuste eesmärk on koguda informatsiooni käesoleva kliinilise praktika kohta. Informeerisin osalejaid, et intervjuusid salvestatakse. Transkribeerisin salvestuse põhjal intervjuud ning seejärel kustutasin salvestised.

Veebiküsimustikus oli tervitustekstis toodud uurimistöö eesmärk, uurimistöö läbiviija ning andmetöötluse põhimõtted (sh info, et kogutud andmed ei võimalda isikutuvastamist ning anonüümituid andmeid hoitakse alles kuni 2028. aasta maikuuni). Vastajaid informeeriti nende õigusest küsimustiku täitmisest loobuda igal ajahetkel ning samuti, et vastamine on vabatahtlik ning anonüümne. Osalejad andsid oma nõusoleku vastama asumisega. Küsimustikus käsitletavad teemad olid emotsionaalselt keerulised, seetõttu oli nii küsimustiku alguses kui ka lõpus välja toodud ressursid, kust on võimalik saada vaimse tervise tuge.

Tulemused

Mõõtmisvahendid

Täiskasvanute ATH küsimustiku (ASRS-V1.1) sõel

Kasutasin ATH sümptomite esinemise hindamiseks ASRS-i lühivormi, et hinnata ATH sümptomite esinemist ning eesmärgiga skriinimistulemusi võrrelda määratud diagnoosi olemasoluga. Hii-ruut test näitas tugevat ja statistiliselt olulist seost ATH diagnoosi ning ASRS positiivse tulemuse vahel $\chi^2(1, n = 285) = 58{,}0, p < .001$). ASRSis said positiivse tulemuse 90% nendest vastajatest, kellel oli diagnoositud ATH ning 45% nendest, kellel diagnoos puudus.

Tõenäosus, et ATH diagnoosiga inimene sai ASRS-is positiivse tulemuse oli 10,9 korda suurem kui nendel, kellel ATH diagnoosi ei olnud (*OR* = 10,9, 95% *CI* [5,5, 21,8], $p < .001$). Skaala sensitiivsus oli 90,0%, spetsiifilisus 54,9%, täpsus 68,4%, PPV (positiivsete juhtude ennustus) 55,7% ja NPV (negatiivsete juhtude ennustus) 89,7%. Võrreldes originaalskaala lühiversiooni tulemustega oli sensitiivsus parem (varasemas uurimuses 68,7%) ja spetsiifilisus madalam (varasemalt 68,7%). ASRS-i eestikeelse versiooni sisemine reliaablus oli kõrge (*Cronbach*'i $\alpha = .85$, $n = 285$; $M = 14{,}4$; $SD = 5{,}5$; $min = 0$; $max = 24$).

Rahvusvaheline Trauma küsimustik (ITQ)

Posttraumaatilise stressihäire (PTSH) sümptomaatika hindamiseks kasutasin Rahvusvahelist Trauma Küsimustikku (ITQ) eestikeelset versiooni. Hii-ruut testi põhjal ilmnes statistiliselt oluline seos posttraumaatilise stressihäire diagnoosi ja ITQ skriiningul tuvastatud lävendit ületava sümptomaatika vahel ($\chi^2(1, n = 285) = 16{,}8; p < .001$). Vastajatel, kellel esines ITQ-s PTSH sümptomaatika lävendit ületaval tasemel, oli ligikaudu viis korda suurem tõenäosus PTSH diagnoosi olemasoluks (*OR* = 5,1, 95% *CI* [2,2, 11,8], $p < .001$).

Skriiningvahendi sensitiivsus oli 61,5%, spetsiifilisus 76,1%, täpsus 74,6%, PPV 20,5% ja NPV 95,2%. Skriiningvahendi üldine sisemine reliaablus oli hea, Cronbach'i $\alpha = .91$(M = 26,3; $SD = 17{,}4$; $min = 0$; $max = 72$). Samuti oli PTSH alaskaala ($M = 14{,}4$; $SD = 9{,}3$; $min = 0$, $max = 36$) kui kompleks PTSH alaskaalad ($M = 13{,}6$; $SD = 8{,}6$, $min = 0$, $max = 36$) hea sisemise reliaablusega (vastavalt Cronbach'i $\alpha = .91$ ja $\alpha = .90$). Saadud tulemused on heas kooskõlas autorite endi tuvastatud sisemiste reliaablustega, mis olid vastavalt $\alpha = .90$ ja $\alpha = .93$ (Hyland et al., 2021b). Võrreldes varasema eestikeelse versiooni sisemiste reliaablustega olid tulemused kõrgemad ($\alpha = .88$ ja $\alpha = .85$ (Tombu, 2021)).

Valim

Küsimustikule vastanutest (n = 285) oli aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoositud 110 inimesel (38,6%). ATH diagnoosi saamise hetkel oli vastajate keskmine vanus 33,0 aastat (*SD* = 10,6, *min* = 16, *max* = 70). ATH diagnoosi saanutest olid inimesed saanud ATH diagnoosi keskmiselt 2,0 aastat tagasi (*SD* = 2,2; *min* = 0; *max* = 19, *Mo* = 1, *Mdn* = 2). Diagnoosi saanute keskmine vanus oli 35,1 aastat (*SD* = 10,2, *min* = 18, *max* = 71). Vastajatest 16 olid meessoost, 91 naissoost ja kolm mittebinaarsed või muu. Kõige enam raporteeriti, et inimestel esines raskusi domineerivalt tähelepanematusega (*n* = 54, 49,1%), seejärel raporteeriti, et esineb raskusi kombineeritult impulsiivsuse ja tähelepanematusega (n = 43, 39,1%), kaheksal juhul raporteeriti raskusi tähelepanu ja hüperaktiivsusega (*n* = 8, 7,3%) ning üksikutel juhtudel toodi välja mõni muu kombinatsioon. ATH diagnoosiga osalejatest ületas ITQ-s lävendi 38 inimest, kellest kaheksal oli ka diagnoositud PTSH.

ATH diagnoosimise muutus ajas

Tuvastamaks, kuidas aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimine on ajas muutunud, kasutasin Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika andmebaasi tabelit PKH1: *Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikud diagnoosi, soo ja vanuserühma järgi*, milles kajastub, kui palju on diagnoositud hüperkineetilisi häireid alates 1999. aastast kuni 2023 aastani vanuserühmade ja soo lõikes (Tervise Arengu Instituut, 2024). Tervise Arengu Instituudi andmebaasist nähtub, et 2023. aasta seisuga viimastel aastatel hüperkineetiliste häirete diagnoosimine iga aastaga kasvanud (Tervise Arengu Instituut, 2024). Laste puhul diagnoositi hüperkineetilisi häireid 2021. aastal 441 juhul, 2022. aastal 633 juhul ja 2023. aastal 829 juhul. Täiskasvanute puhul vastavalt 550, 1565 ja 2143 juhul. Samas aastal 1999 diagnoositi ATH-d lastel 412 juhul ning täiskasvanutel 21 juhul. Seega on diagnooside arv võrreldes aastaga 1999 mitmekordistunud.

ATH diagnooside arvu muutuse hindamiseks aastatel 1999–2023 kasutasin sagedustabelit, mis kajastab igal aastal registreeritud uute diagnooside arvu rühmades: poisid, tüdrukud, mehed ja naised. Tegin võrdluse kahe perioodi vahel esmaste haigusjuhtude keskmine vanuserühmade kaupa 1999. aastast kuni 2019. aastani (esimene periood) ning 2020. aastast kuni 2023. aastani (teine periood). Rühmade jagamisel kaheks tuginesin Pauli ja kolleegide (2025) uurimusele, kus toodi välja, et USA tervishoiusüsteemi andmetel toimus ATH diagnoosimise vähenemine täiskasvanutel perioodil 2016 kuni 2019 ning tõus alates aastast 2020. Tabelist

selgub, et diagnoosimise sagedus on teisel perioodil kasvanud kõikides rühmades, kuid muutuse ulatus on märgatavalt erinev.

Poiste keskmine diagnooside arv aastas esimesel perioodil oli 430 juhtu aastas. Teisel perioodil oli poiste keskmiste diagnooside arv aastas 446 juhtu aastas. Tüdrukute keskmine diagnooside arv aastas esimesel perioodil oli 81,4 juhtu aastas, teisel perioodil oli keskmiste diagnooside arv aastas 158,3. Meeste keskmine diagnooside arv aastas esimesel perioodil oli 35,7 juhtu aastas. Teisel perioodil oli meeste keskmiste diagnooside arv aastas 531 juhtu aastas. Naiste keskmine diagnooside arv aastas esimesel perioodil oli 10,0 juhtu aastas, teisel perioodil oli keskmiste diagnooside arv aastas 585,8. Poiste puhul oli kasv kahe perioodi vahel 3,7%, tüdrukutel 94,5%, meeste seas 1358,5% ning naiste seas 5790,6%.

ATH ja PTSH üle- ja aladiagnoosimine

Spetsialistidelt küsiti hinnangut aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH), posttraumaatilise stressihäire ala- ja ülediagnoosimise kohta. Eesmärk oli kaardistada ekspertide arusaama kuivõrd läheb diagnooside arv kokku levimusega. Enamik spetsialiste tõid välja, et PTSH on selgelt aladiagnoositud (n = 7). Mitmed spetsialistid rõhutasid, et traumakogemuse kohta küsimine eeldab spetsialistilt ebamugavustunde talumist ja usaldusväärsust. Spetsialistide hinnangul aladiagnoositakse PTSH-d mitmel põhjusel: puuduvad sobivad hindamis- ja skriinimisvahend (n = 3) või spetsialistid on ebakindlad või ei oska trauma kohta küsida (n = 3). Täiendavalt toodi välja, et patsiendid ise ei pruugi olla valmis oma kogemusi jagama (n = 4). Spetsialistid tõid välja, et keerulistest sündmustest rääkimiseks on patsiendil vaja turvatunde tekkimiseks aega. Lisaks mainiti, et trauma järel võib inimene hakata tegelema eneseravimisega (nt uimastite tarbimisega), mis võib varjutada trauma sümptomeid (n = 2).

Üks spetsialist pakkus alternatiivset vaatenurka. Ta märkis, et kuigi inimesega võib olla toimunud objektiivselt traumeeriv sündmus, siis kõige olulisem on, kas inimene ise tajub seda traumana ja kas selle mõjud segavad tema argielu. Ekspert rõhutas, et spetsialistid võivad olulisust üle tõlgendades patsienti ise hoopis traumeerida.

Enamik spetsialiste (n = 7) leidis, et ATH on pigem aladiagnoositud. Kolm spetsialisti tõid esile, et nende hinnangul esineb nii ATH üle- kui ka aladiagnoosimist. Mitmed vastajad selgitasid vastuolu sellega, et kliiniliselt on ATH sageli aladiagnoositud, kuid inimesed ise kipuvad endal seda liigselt kahtlustama. Aladiagnoosimise põhjusena toodi välja spetsialistide vähene teadlikkus ja oskused ATH diagnoosimisel (n = 2).

Toodi välja, et hindamisvahendites esineb jätkuvalt teatav ebakõla (n = 2) selles tähenduses, et konsensuslikult pole otsustatud, mis on ATH kliinilises pildis oluline ning mis mitte. Mitmed spetsialistid (n = 3) tõid välja, et seoses suurenenud meediakajastusega on suurenenud inimeste hulk, kes usuvad endal olevat ATH. Mõnikord on neil õigus, kuid sageli kasutatakse ATH terminit igasuguste keskendumis- ja kognitiivsete raskuste seletamiseks.

ATH kaasuvad häired

Uurimuses analüüsiti hii-ruut testi kasutades, kas ATH diagnoosiga inimestel esineb statistiliselt oluliselt sagedamini muid psüühikahäireid võrreldes nendega, kellel ATH diagnoosi ei ole. Analüüsi kaasati kogu valim (n = 285), kes jagunesid kaheks: ATH diagnoosiga ning ilma ATH diagnoosita.

ATH diagnoosiga inimestel esineb märgatavalt sagedamini mõni kaasuv häire ($\chi^2(1, n = 285) = 24{,}2$, $p < .001$). Täpsemalt esines mõni muu psüühikahäire 68,2% ATH diagnoosiga inimestest ning 38,3% nendest, kellel ATH diagnoosi ei olnud. ATH diagnoosiga inimestel oli oluliselt suurem tõenäosus (*OR* = 3,5, 95% *CI* [2,1; 5,7], $p < .001$), et esineb ka mõni muu psüühikahäire. Hii-ruut test näitas, et ATH diagnoosiga inimestel esines statistiliselt oluliselt sagedamini kaks või enam kaasuvat psüühikahäiret võrreldes nendega, kellel ATH diagnoosi ei olnud, $\chi^2(1, n = 116) = 6.56$, p = .010.

Depressiooni esinemine oli ATH diagnoosiga inimestel statistiliselt oluliselt sagedasem ($\chi^2(1, n = 285) = 18{,}3$, $p < .001$). Tõenäosus, et ATH-ga inimestel on diagnoositud depressioon, oli 3,1 korda suurem kui neil, kel ATH diagnoos puudus (*OR* = 3,1, 95% *CI* [1,8; 5,3], $p < .001$).

Ärevuse koosesinemine ATH-ga oli samuti statistiliselt oluline $\chi^2(1, n = 285) = 12{,}1$, $p < .001$. Tõenäosus, et ATH diagnoosiga inimesel esineb ärevushäire oli 2,7 korda suurem kui nendel, kellel ATH puudus (*OR* = 2,7, 95% *CI* [1,5; 4,7], $p < .001$).

ATH ja autismi puhul esines tugev statistiliselt oluline seos $\chi^2(1, n = 285) = 13{,}8$, $p < .001$. Tõenäosus, et ATH-ga inimesel esineb ka autismidiagnoos, oli 10,6 korda suurem kui neil, kellel ATH puudus (*OR* = 10,6; 95% *CI* [2,3; 48,3], $p < .001$).

PTSH diagnoosi olemasolu puhul ei olnud erinevus ATH diagnoosiga inimeste ning ATH diagnoosita inimeste vahel statistiliselt oluline ($\chi^2(1, n = 285) = 0{,}7$, $p = .41$). Tõenäosus, et ATH-ga inimestel esineb PTSH, oli 1.41 korda suurem, kuid see erinevus ei olnud statistiliselt oluline (*OR* = 1.41, 95% *CI* [0.63, 3.17], $p = .407$).

Küll aga näitas hii-ruut test statistiliselt olulist seost ATH diagnoosiga inimeste ning ATH diagnoosita inimeste puhul PTSH sümptomite väljendumises äralõike punkti ületanud tasemel ($\chi^2(1, n = 285) = 4.64, p = .031$). PTSH sümptomaatika esines ATH diagnoosiga vastajate seas 34,5% võrreldes 22,9%, kellel ATH diagnoosi ei olnud. Tõenäosus, et ATH-ga inimesel esineb PTSH sümptomaatika, oli 1,8 korda suurem kui neil, kellel ATH puudus (*OR* = 1.78, 95% *CI* [1.05, 3.02], $p = .040$).

Muude häirete esindatus valimis ei olnud statistiliste seoste hindamiseks piisavalt suur.

Täiskasvanutega tegelevad spetsialistid ($n = 6$) tõid välja, et ärevus ($n = 4$) ja depressioon ($n = 3$) on sagedasemad häired, mis esinevad ATH-ga kaasnevalt. Lisaks toodi välja, et trauma, sh PTSH esinevad sagedamini koos ATH-ga ($n = 3$). Täiendavalt mainiti autismi ($n = 2$), sõltuvushäireid ($n = 2$), läbipõlemist ($n = 2$) ning obsessiiv-kompulsiivset häiret ($n = 1$).

Enamik spetsialiste tõid välja, et mida hiljem jõuavad inimesed spetsialisti vaatevälja ATH kahtlusega, seda enam komorbiidseid häireid võib olla juurde tekkinud. Sellisel juhul raskendab see ATH diagnoosimist. Eriti oluliseks saab kaebuste ajatelje koostamine.

ATH hindamisele pöördumine

Uurimaks, kuidas inimesed jõuavad ATH hindamisele, analüüsiti 110 ATH diagnoosiga inimese vastuseid, kes olid vastanud küsimusele “Mis oli esialgu spetsialisti poole pöördumise põhjuseks?”. Eesmärk oli tuvastada ATH hindamisele pöördumise peamised põhjused vastajate endi hinnangul. Avatud vastused kategoriseerisin temaatiliselt ning selle tulemusel moodustasin kuus peamist pöördumise motiivi.

Kõige sagedamini ($n = 60$, 54,6%) tõid vastajad välja, et pöördusid spetsialisti poole, kuna tundsid psühholoogilist kurnatust. Siia alla liigitasin läbipõlemise, depressiooni, ärevuse sümptomid ning unetuse, elutüdimuse ja madalale enesehinnangule viitavad seisundid.

Teise põhjusena toodi välja juba konkreetne soov saada ATH diagnoos ($n = 33$, 30%). Väga sage oli antud rühmas kogemus, kus märgati endal ATH jooni pärast erinevate blogide ning kogemuslugudega tutvumist. Järgmine oluline motiiv oli lähedaste ja spetsialistide suunamine ($n = 26$, 23,6%). Esines mitmeid juhtumeid, kus lapsevanem pöördus hindamisele sümptomite selgitamiseks ($n = 6$) pärast enda lapsele ATH diagnoosi saamist. Igapäevaelu toimetuleku raskused olid pöördumise põhjuseks 24 inimesel (22%). Inimesed tõid välja, et neil esines raskusi suhetes ja tööelus. Samuti toodi välja, kuidas keskendumisraskused ja impulsiivsus tekitasid probleeme, mis mõjutasid üldiselt funktsioneerimist negatiivses suunas, kuid ei toonud

välja spetsiifilisi raskusi suhete ega tööga (*n* =14, 12,7%). Varasematest ebatõhusaks osutunud sekkumistest ja diagnoosidest, mis nende raskusi lõpuni ei võimaldanud mõista, rääkisid 16 inimest (14,6%).

Lisaks selgus, et üle poolte vastanutest (*n* =59, 53,6%) tasusid ise ATH diagnoosimise protsessi eest, ülejäänud said teenuse Tervisekassa rahastusel.

ATH hindamisprotsessi kestvus

Nii spetsialistidelt kui ka küsimustikule vastajatelt uuriti, kui kaua kestab ATH diagnoosimise protsess. Eesmärgiks oli saada ülevaade, kui palju aega möödub esmasest pöördumisest diagnoosi kinnitamiseni. Mitmed inimesed tõid välja, et sageli oldi juba teiste psüühikahäiretega psühhiaatri vaateväljas ehk keeruline oli välja tuua, mida lugeda "esmaseks pöördumiseks", kuid enamasti loeti selleks momenti, kus inimene või psühhiaater käis esimest korda välja ATH hüpoteesi. Paljude inimeste kogemus oli, et diagnoosimise protsess võtab aega kaks (*Mo* = 2) kuni kolm kuud (*Mdn* = 3). Samas oli inimesi, kellel võttis diagnoosimine aega märkimisväärselt kauem (*max* = 108) ehk maksimaalselt 9 aastat. Keskmiselt võttis diagnoosimise protsess aega 7,2 kuud (*M* = 7,2 , *SD* = 15,7, *min* = 0). Diagnoosi saamise protsess oli statistiliselt oluliselt kiirem nendel, kes tasusid ise ATH diagnoosimise eest (*M* = 6,0, *SD*= 14,8) võrreldes nendega, kes said ATH diagnoosi Tervisekassa rahastatud teenusel (*M* = 8,6, *SD* = 16,8) (*U* = 1901,5, *p* = .017).

Ka spetsialistid tõid välja, et diagnoosimise protsessi kestvus sõltub paljudest asjaoludest: kas inimene pöördub juba ATH kahtlusega, kuhu inimene pöördub, kui pikad on järjekorrad, kas ning millised on kaasuvad häired. Üldiselt tõid vaimse tervise spetsialistid välja, et diagnoosimine võtab aega üks kuni kolm kuud (*n* = 8), kuid seda tingimusel, et juba tegeletakse konkreetselt ATH hüpoteesiga. Kuid kui ATH ei ole kohe ilmne, siis võib ATH diagnoosi kinnitamiseni jõudmine võtta aega aastaid (*n* = 4). Üks spetsialist tõi välja, et ideaalis võiks diagnoosimise protsess aega võtta aasta, kuna sel moel on võimalik vaadata sümptomeid dünaamiliselt.

Spetsialisti suhtumine

Täiendavalt uurisin, kuidas patsiendid tajusid spetsialisti suhtumist nende probleemi. Selleks analüüsisin ATH diagnoosi saanud inimeste vastuseid avatud küsimusele "Kuidas kirjeldaksite tervishoiutöötaja suhtumist Teie probleemi?". Tuvastasin neli läbivat teemat.

Enamik patsiente tõid välja positiivse kogemuse ATH hindamisega (*n* = 93, 84,6%). Hea kogemuse aluseks nimetati eelkõige spetsialisti põhjalikkust, toetavat ja mõistvat hoiakut, selget kommunikatsiooniprotsessi ning patsiendi vajaduste arvestamist. Patsiendid pidasid väga valideerivaks seda, kui spetsialist ei kiirustanud järeldustega ning kaasas patsienti aktiivselt otsustesse.

Hindamisprotsessi hindasid neutraalseks kolm inimest (2,7%). Neid vastajaid iseloomustas kogemus, kus protsess oli korralikult läbi viidud, kuid isiklik kontakt jäi pinnapealseks.

Negatiivse kogemuse tõid välja 12 inimest (11%). Neid inimesi ühendas kogemus, kus nad tajusid, et spetsialist oli patsiendi suhtes ükskõikne või tühistav. Mõned inimesed kirjeldasid, et pidid palju vaeva nägema, et spetsialist võtaks nende kaebusi tõsiselt. Esines ka olukordi, kus spetsialistid raskendasid oluliselt inimesel ATH hindamisele pääsemist.

Lisaks kirjeldasid 18 vastajat (16,4%) varasemaid negatiivseid kogemusi spetsialistidega, kes ei määranud neile ATH diagnoosi. Kõige sagedasem oli olukord, kus spetsialist oli veendunud mõnes teises diagnoosis (enamasti ärevus või depressioon) ning ei võtnud arvesse inimese endi kahtlusi ATH osas (*n* = 8). Toodi välja olukordi, kus keelduti edasistest uuringutest või alternatiivsetest ravimeetoditest. Levinumad märksõnad, mida kasutati negatiivsete kogemuste iseloomustamiseks olid: “ükskõikne”, “vaenulik”, “ironiseeriv”, “tühistav” ja “üleolev”. Neli inimest kirjeldasid negatiivset kogemust perearstidega, kes pisendasid inimeste kaebusi, mis patsientide hinnangul takistas edasist abi saamist.

ATH diagnoosimise meetodid

Eesmärgiga kaardistada, milliseid meetodeid sagedamini kasutatakse ATH hindamisel, uurisin patsientide ja spetsialistide käest nende kogemuse kohta meetoditega.

Kõik spetsialistid (*n* = 10) tõid välja, et kasutavad aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimisprotsessis kliinilist intervjuud. Ligi pooled spetsialistid tõid välja, et kasutavad vajadusel kognitiivsete funktsioonide uuringut (*n* = 6) ning toodi välja DIVA-intervjuu kasutamine (*n* = 5). Lisaks mainiti erinevaid sõelteste: ASRS, SASI, EEK-2. Samas kõik spetsialistid rõhutasid, et meetodite valik sõltub konkreetsest patsiendist ning tema kaebustest. Samuti toodi välja, kui oluline on hindamisel kombineerida erinevatest allikatest saadud infot.

Enamik küsimustikule vastanutest tõid välja, et ATH hindamisprotsessi osaks oli diagnostiline intervjuu (*n* = 100, 90,9%). Sellele järgnes enesekohaste testide kasutamine (*n* =

78, 70,9%) ning sümptomite algusaja kohta uurimine (*n* = 74, 67,3%). Peaaegu sama sagedasti uuriti argielu häirituse (*n* = 72, 65,5%) ja kasvukeskkonna kohta (*n* = 70, 63,6%). Üle poolte vastajatest tegid hindamisprotsessi käigus QbTesti (*n* = 62, 56,4%). Seejuures on oluline märkida, et natuke alla poole (39,1%), kellel kasutati QbTesti, on saanud ATH diagnoosi viimase kahe aasta jooksul. Ligi viiendik vastajatest tegid kognitiivsete funktsioonide uuringu (*n* = 21, 19,1%). Kümnendiku puhul oli spetsialist teinud intervjuu lähedasega (*n* = 13, 11,8%) ning peaaegu sama sageli kogus kaudselt infot lähedaste kommentaaride kohta (*n* = 12, 10,9%) hindamisprotsessis. Harva mainitud meetodite (*n* = 6, 5,5%) hulka kuulusid terviseloo analüüs, koolipäevikute vaatamine, uimastite kasutamise kohta uurimine ja psühhiaatri poolne kontakt inimesega tegeleva psühholoogiga. Kõige sagedamini kasutati diagnoosimiseks viit erinevat hindamismeetodit (*Mdn* = 5, *Mo* = 5, *min* = 1, *max* = 9). Ainult ühte hindamisvahendit kasutati vaid 2,7% juhtudest (*n* = 3).

ATH sekkumised

Täiendavalt analüüsisin, milliseid ravimeid ja psühholoogilisi sekkumisi on ATH diagnoosiga isikud (*n* =110) saanud ning milline on olnud nende rahulolu nimetatud sekkumistega. Lisaks vaatasin vaimse tervise ekspertide (*n* = 10) hinnanguid, et kaardistada milliseid sekkumisi peetakse kliinilises praktikas asjakohasteks ja kättesaadavateks. ATH diagnoosi saanutest enamikule määrati ravimravi (*n* = 104, 94,6%). Psühhoteraapias olid käinud ligi pooled vastanutest (*n* = 51, 46,4%) ning kolmandik (*n* = 33, 30%) oli saanud nõustamist spetsiifiliselt ATH-ga seotud raskuste tõttu. Viis inimest (4,6%) tõid välja, et neile ei ole määratud ravimravi ega ole nad käinud ATH-ga seoses psühholoogilisel nõustamisel/ teraapias.

Ravimravi

ATH diagnoosiga 104 inimest sai ravimravi. Metüülfenidaatravi sai 89 inimest ehk 85,6% ravi saanutest. Veerand (*n* = 25, 24,0%) olid kasutanud lisdeksamfetamiini. Veidi üle kümnendiku ravimravi saanutest olid saanud atomoksetiini (*n* = 16, 15,4%). Bupropiooni või guanfatsiini olid saanud 15,4% (*n* = 16), seejuures guanfatsiin oli välja kirjutatud vaid ühele inimesele. Oluline on välja tuua, et enamik inimesi, kellele oli bupropioon välja kirjutatud, esines ka enesekohaselt depressioon. Ainult kaks inimest ei raporteerinud, et neil oleks diagnoositud lisaks aktiivsus- ja tähelepanuhäirele ka depressioon. Üle poole inimestest leidsid sobiliku toimeainega ravimi esimesel katsel (*n* = 59, 56,7%). Ligi viiendik proovis kahte erinevat toimeainet (*n* = 23, 22,1%), 10,6% inimestest (*n* = 11) proovisid kolme toimeainet ning kaks

inimest olid proovinud nelja (1,9%). ATH puhul ravimravi saanutest 9 inimest ei mäletanud ravimeid, mis neile olid välja kirjutatud või ei täpsustanud ATH raviks määratud ravimeid. Metüülfenidaadi puhul esines sagedamini kui teiste toimeaine puhul seda, et katsetati erinevaid preparaate ühe toimeaine raames. Ligi kolmandikule (n = 38, 36,5%) inimestele oli välja kirjutatud üks kaubamärk, ligi veerandile (n = 31, 29,8%) oli välja kirjutatud kaks erinevat kaubamärki, 16 inimesele (15,4%) oli välja kirjutatud kolm erinevat kaubamärki ning oli kaks inimest, kellele oli neli ja viis erinevat metüülfenidaati välja kirjutatud. Ravimi vahetamise põhjusena toodi välja tarneraskuseid (n = 14), ravimite kallidust (n = 4), aga kõige sagedamini toodi välja soovimatud kõrvaltoimed (n = 50). Seejuures 37 inimest tõi välja, et kõrvaltoimed olid tingitud just ennekõike stimulantravist. Kõige sagedasemad kõrvaltoimed olid raskused unega (uinumine, ärkamine, pidev väsimus) (n = 12), kõrgenenud ärevus (n = 9), peavalud (n = 6), iiveldus (n = 5), kõrge pulsisagedus või südamepekslemine (n = 5), kõrgenenud vererõhk (n = 3), söögiisu kadumine (n = 3) ning järsk ravimimõju kadumine (n = 3). Täiendavalt toodi välja, et üsna sageli oli ravimi vahetamise põhjuseks see, et ravim ei toiminud või ei andnud soovitud efekti (n = 21).

Ravimraviga rahulolevaid inimesi oli rohkem kui neid, kes olid vähem rahul. Keskmiselt hinnati viiepallilisel Likerti skaalal sümptomite muutust, mis tulenes ravimravist skooriga 3,7 (SD = 0,98), min = 1, max = 5). Üle poolte (59,6%) ravimravi saanutest hindasid sümptomite muutust skooriga neli või viis ning vaid 10,6% (n = 11) hindasid ravimravist tulenevate sümptomite muutust skooriga kaks või üks.

Kõik spetsialistid (n = 10) tõid välja, et ATH sekkumiste puhul on ravimravil väga oluline roll. Samas rõhutasid kaks spetsialisti, et ravimravi ei ole iga juhtumi puhul hädavajalik (n = 2). Toodi välja, et juhul kui inimesel on tõsiseid raskusi keskendumise või impulsiivsusega, siis võibki olla ravimravi see, mis loob esmased eeldused käitumuslike sekkumiste rakendamiseks.

Psühholoogiline tugi

Mitmel vastajal oli kohati keeruline eristada, mis vahe on nõustamisel ning psühhoteraapial. Sestap kategoriseerisin mõned vastused ümber teise rühma, kui inimese täpsustused andsid selleks piisava aluse. Näiteks kui nõustamise all toodi välja märksõnad “teraapia” või “psühhoterapeut”, siis kategoriseerisin need vastused ümber psühhoteraapia vastusteks. Selliseid juhtumeid oli neli.

Analüüsisin ATH diagnoosiga vastajate psühhoteraapia kogemusi, et hinnata teraapias osalemise ulatust, kestust, sagedust, rahulolu muutustega sümptomites ning takistavaid tegureid.

Vastajad tõid välja, et 51 inimest on käinud teraapias aktiivsus- ja tähelepanuhäirega toimetuleku toetamiseks. Täiendavalt oli ATH diagnoosi saanutest käinud psühhoteraapias 14 inimest, kuid nad pöördusid psühhoteraapiasse mõne teise häire tõttu. ATH diagnoosiga inimeste seas olid esindatud järgmised teraapia suunad: kognitiiv-käitumuslik teraapia (n = 40, 61,5%), pereteraapia (n = 12, 18,5%), psühhodünaamiline teraapia (n = 8, 12,3%), grupiteraapia (n = 6, 9,2%), skeemiteraapia (n = 8, 12,3%), dialektiline käitumisteraapia (n = 2, 3,1%) või täpsustamata psühhoteraapia (n = 9, 13,8%). Ligi veerand psühhoteraapias käinutest olid käinud vähemalt kahes erinevas psühhoteraapia koolkonnas (n = 15, 23,1%). Keskmiselt käidi teraapias kõige pikemalt järjepidevalt 22,9 kuud ehk veidi vähem kui kaks aastat (SD = 21.14, min = 2, max = 100, Mo = 12, Mdn = 18). Vastajad märkisid, et nad osalesid teraapias keskmiselt 1,8 korda kuus (SD = 1,0, min = 0,3, max = 5,5). Sagedasemad variandid olid käia teraapias kaks korda kuus (36,9%) või kord kuus (30,8%).

Üldiselt oli ATH diagnoosi saanud inimeste rahulolu sümptomite muutusega, mis tulenesid psühhoteraapiast, mõõdukalt kõrge. Keskmiselt hinnati rahulolu skooriga 3,6 viiepalliskaalal (SD = 1,2, Mo = 4, min = 1, max = 5). Samas inimesed, kes olid pöördunud teraapiasse ATH tõttu, olid keskmiselt natukene vähem rahulolevad (M = 3,5, SD = 1,2) võrreldes nendega, kes pöördusid teraapiasse mõne teise häire tõttu (M = 3,7, SD = 1,2), kuid see erinevus ei olnud statistiliselt oluline. Samuti ei olnud statistilist olulist seost suurema intervalli või pikema teraapia perioodi ning rahuloluga sümptomite muutuse vahel. Üle poolte teraapias käinutest (n = 35, 53,9%) teatasid, et nad käisid andmete kogumise hetkel vähemalt mõningase regulaarsusega jätkuvalt teraapias.

Psühhoteraapias osalenud ATH diagnoosiga inimesed (n = 65) tõid välja, milles näevad suurimat raskust teraapias käimise ning püsimise juures. Kõige sagedamini mainiti, et keeruline on leida spetsialisti, kellega tekiks hea vastastikune mõistmine ning sobivus või leida teraapia koolkond, mis vastaks vajadustele (n = 18). Järgnevalt toodi välja teenuste kõrget hinda (n =17) ning keerukust leida aega töö ja õpingute kõrvalt (n = 12). Mitmed vastajad rõhutasid, et spetsialistide kättesaadavus (eriti väljaspool Tallinna ja Tartut) on kesine ning ATH teemadega tegelevate tunnustatud psühholoogide juurde ei ole võimalik aega saada (n =12). Emotsionaalse

raskusena toodi välja enese avamist ning probleemide otsa vaatamise raskust (*n* = 7). Samuti teraapias käimisega kaasnevat emotsionaalset kurnatust (*n* = 7), mida mainiti eriti ärevuse ja traumaga kaasneva töö kontekstis. Inimesed tõid välja, et neile valmistab raskusi kohtumiste vahepealsel ajal iseseisvate ülesannete tegemine (*n* = 11) ning paljud tõid välja, et kuigi neil on olemas teadmised, mida ja kuidas nad peaks muutma, ei ole nad suutnud soovitud muutuseid ellu viia (*n* = 10). Samuti toodi välja, et inimestel esineb raskusi aja kokku leppimisega ning kokkulepitud ajal kohale minemisega (*n* = 5). Inimesed väljendasid, et nende jaoks on olnud keeruline toime tulla pettumusega, kui teraapia ei ole aidanud või kui probleemid tagasi tulevad (*n* = 5).

Kõikidest ATH diagnoosiga inimestest olid nii nõustamisel kui ka teraapias käinud 25 inimest, ainult nõustamisel 16 inimest, seega kokku olid nõustamisel käinud 41 inimest. Nendest omakorda 12 inimest olid käinud psühholoogilises nõustamises mõne teise häire tõttu. Nõustamise all peeti silmas madala intensiivsusega sekkumisi (kliiniliste) psühholoogide juures, kohtumisi vaimse tervise õe või psühhiaatriga. Keskmiseks nõustamisperioodiks oli 13,1 kuud (*SD* = 16,2, *min* = 0,5, *max* = 60). Kõige sagedasemaks nõustamisperioodi pikkuseks oli 3 kuud. Nõustamise intervalliks toodi välja keskmiselt 1,7 kohtumist kuus (*SD* = 1,1, *min* = 0.25, *max* = 4). Vastanutest 18 inimest tõid välja, et käivad jätkuvalt (vähemalt mõningase) regulaarsusega nõustamisel. Nõustamise puhul täpsustasid 31 inimest, et kõige keerulisemaks nõustamises käimise juures on antud nõuannete ellu rakendatavus (*n* = 6) ning finantsiliste ressursside leidmine teenusel käimiseks (*n* = 8). Sarnaselt teraapiale toodi ka nõustamise juures välja, et seda raskendab spetsialistiga klappimine nõustamisprotsessil (*n* = 6) ning vähene ATH spetsialiseerumisega spetsialistide arv. Mõnel korral mainiti raskusi aja leidmisel nõustamises käimiseks (*n* = 3), teenusele kohale jõudmise raskusi (*n* = 2), raskust eneseavamisel (*n* = 2), teenuse kättesaadavust (*n* = 4), raskusi kodustes tingimustes uute oskuste harjutamisel (*n* = 2). Neli inimest tõid välja, et nad ootasid, et nõustamises käimine annab neile midagi juurde, kuid nad on seni tundnud, et see ei ole neid kuidagi aidanud. Nõustamise puhul oldi rahul nõustamisest tingitud muutustega sümptomites skooriga keskmiselt 3,0 (*SD* = 1,2, *min* = 1, *max* = 5, *Mo* = 2, *Mdn* = 3).

Samuti rõhutati, et kuigi ravimravi aitab leevendada sümptomeid, ei ravi see ATH-d ennast, vaid aitab suurendada toimetulekut. Kõik spetsialistid nentisid, et ATH kontekstis on käitumuslikud sekkumised ääretult olulised (*n* = 10). Spetsialistide poolt mainiti kõige

sagedamini kognitiiv-käitumuslikku teraapiat (*n* = 3) ning skeemiteraapiat (*n* = 2). Samas märkis neli spetsialisti (*n* = 4), et neil puudub vastav väljaõpe, et tegeleda konkreetselt ATH sekkumistega ning pigem tegeletakse teraapias nende häirete ja raskustega, mis on tekkinud ATH-le lisaks (sageli depressioon ja ärevus) (*n* = 5). Kuid on ka spetsialiste, kes pigem eelistavad ATH-ga kliendid edasi suunata (*n* = 2), kuna ei tunne, et nende pädevuses oleks ATH probleemidega abistada. Samas tõid kaheksa spetsialisti välja, et oma harilikke sekkumisi tehes rakendavad nad ATH-ga patsientide/ klientide puhul n-ö ATH teadlikku sekkumist (*n* = 8), mis kätkeb endas sageli praktiliste oskuste arendamist. Sagedasemad teemad on ajaplaneerimisoskus (*n* = 4), päevarütmi kujundamine (*n* = 4), pidurdamisoskus (*n* = 2) ning emotsioonide regulatsiooni arendamine (*n* = 3). Täiendavalt mainiti veel eesmärgistamise, probleemilahenduse, motivatsiooni juhtimise, mõtete suunamise ja sisekõne modifitseerimise oskuse arendamist. Üks spetsialist märkis, et talle tundub, et teadveloleku tehnikad ning hetkes olemise praktikad võivad toetada ATH-ga inimeste toimetulekut.

ATH ja PTSH sümptomid

Uurisin, kuivõrd vastajate subjektiivne hinnang sellele, kas nad on kogenud traumaatilist sündmust, vastab objektiivselt määratud traumakogemusele. Analüüsiks kasutati sagedustabelit ning hii-ruut testi, mis näitas kahe muutuja vahel statistiliselt olulist seost ($\chi^2(2, n = 285) = 81.18$, $p < .001$).

Nendest vastajatest, kes teatasid, et nad on traumakogemust kogenud (*n* = 215), oli kõigil traumasündmus objektiivselt tuvastatud, mis tähendab 100% vastavust subjektiivse ja objektiivse traumasündmuse kogemise vahel. Vastajate seas, kes ei olnud kindlad, kas nad on traumat kogenud (*n* = 40), esines traumasündmus 36 juhul (90%). Märkimisväärne on, et nende hulgas, kes eitasid traumakogemust (*n* = 30), oli enam kui pooltel (60%; *n* = 18) siiski skriinimisvahendi ITEM põhjal traumasündmus tuvastatav.

Lisaks analüüsiti, kuivõrd erineb ATH sümptomite raskusaste vastavalt sellele, kas isikul esines traumajärgse stressihäire (PTSH) sümptomeid ITQ alusel. ATH diagnoosiga osalejatest ületas PTSH sümptomaatikat hindavas küsimustikus lävendi 38 inimest. Nende osalejate ASRS skoor oli statistiliselt oluliselt kõrgem ($M = 19{,}6$, $SD = 2{,}8$, $n = 38$) võrreldes osalejatega, kellel oli ainult ATH diagnoos ($M = 17{,}2$, $SD = 3{,}7$, $n = 72$), $t(108) = -3{,}6$, $p < .001$, $d = 0{,}75$. Tulemusi kinnitas mitteparameetriline Mann–Whitney U-test ($U = 840{,}5$, $p < .001$).

Trauma käsitlus ATH hindamisel

Vaimse tervise spetsialistid tõid välja, et trauma anamneesi kogumine võiks olla osa ATH hindamisest, kuid alati see seda ei ole. Vaadates täiskasvanutega tegelevate spetsialistide vastuseid, selgus, et kaks spetsialisti küsivad iga ATH hindamise juures konkreetselt traumasündmuste kohta. Kolm spetsialisti tõid välja, et peavad ATH hindamisel trauma kohta info kogumist küll oluliseks, kuid konkreetselt sündmuste kaupa inimeselt ei küsi (n = 3). Nad tõid välja, et kasutavad tavapäraseid ATH hindamisvahendeid (DIVA-intervjuu, elusündmuste ajajoon või lapsepõlve anamneesi kogumine) ning seejuures on tähelepanelikud võimalike traumasündmuste vihjete osas.

ATH diagnoosi saanutest esinesid 38 inimesel ka ITQ skriiningu põhjal lävendit ületaval määral PTSH sümptomid. Neist kaheksal oli diagnoositud posttraumaatiline stressihäire. ATH diagnoosi saanutest ning posttraumaatilise stressihäire sümptomitega inimestest jagunesid kogemused laias laastus ATH hindamisel kolmeks: spetsialist küsis traumakogemuste kohta ning hindas põhjalikult (n = 10); spetsialist küsis, kuid ei süvenenud teemasse oluliselt (n = 11); spetsialist ei puudutanud trauma teemat üldse (n = 8). Üheksa inimest ei vastanud sellele küsimusele. Viiendik inimestest tundis, et ATH ravi määramisel ei arvestatud eriti nende traumasündmuste taustaga (n = 8). Samas kuus inimest tundsid, et nende trauma taustaga oli väga selgelt arvestatud. Üle poolte vastanutest tõid välja, et nende hinnangul on ATH raskendanud traumajärgset toimetulekut (n = 21, 55.26%), kolm inimest tõid välja, et ATH ei ole märkimisväärset rolli mänginud traumaga toimetulekul ning neli inimest märkisid, et ATH on aidanud neil traumajärgselt paremini toime tulla. 19 inimest täpsustasid oma vastust. Mitmed inimesed nägid, et ATH oligi nende puhul trauma tekkimiseks soodustav tegur (n = 5), neli inimest tõid välja, et pärast traumasündmuse kogemist muutusid nende ATH sümptomid tugevamaks ning varasemad toimetulekutehnikad enam ei aidanud. Üks inimene tõi välja, et ravimravi on olnud abiks ka traumaga toimetulekul, kuna mõtted on rohkem juhtivad. Kaks inimest tõid välja, et traumasündmus juhtus piisavalt ammu ning nad ei tunne, et see omaks kuidagi mõju nende praegusele argielule.

ATH ravim ja PTSH sümptomid

Ravimrahulolu võrdlemiseks ATH diagnoosiga isikute vahel, kellel ei esinenud PTSH sümptomeid (grupp 1) ja kellel esinesid samaaegselt PTSH sümptomid (grupp 2) viidi läbi sõltumatute valimite t-test. Analüüs näitas, et gruppide vahel esines statistiliselt oluline erinevus:

$t(103) = 2{,}1$, $p = .040$. Esimene grupp ($M = 3{,}8$, $SD = 0{,}9$) oli ravimraviga rohkem rahul kui teine grupp ($M = 3{,}4$, $SD = 1{,}0$). Efekti suurus oli keskmine (Cohen'i $d = 0{,}4$). Normaaljaotuse eeldust arvestades viidi läbi mitteparameetriline Mann–Whitney U-test, mis kinnitas erinevuse olulisust ($U = 1572{,}5$, $p = .027$). Mitmed spetsialistid rõhutasid, et stimulantravi võib olla kahetise mõjuga: ühelt poolt aitab see parandada keskendumisvõimet ja toimetulekut siin-ja-praegu olukordades, aidates seeläbi ka trauma sümptomitega paremini toime tulla. Teiselt poolt võib ravimi mõju võimendada trauma sümptomeid, tuues esiplaanile mitte-teadvustatud kogemused või tugevdades kehalisi reaktsioone (nt ärevus, ergastatus), mis omakorda võivad esile kutsuda mälusähvatusi. Samuti rõhutati, et kompleksse traumaga patsiendid on sageli ravimite suhtes tundlikumad, mistõttu võivad standardsed raviskeemid olla sobimatud või vajada kohandamist. Spetsialistid rõhutasid, et ATH ja traumakogemuse koosesinemisel on ravi ja sekkumiste kavandamine sageli keerukas ning vajab individuaalset lähenemist. Mitmel juhul toodi välja, et teraapiaprotsess võib sellisel juhul olla oluliselt pikem ning sõltub patsiendi valmisolekust, usaldussuhtest ja eesmärkidest. Rõhutati, et oluline on mitte läheneda diagnoosikeskselt, vaid lähtuda patsiendi hetkevajadustest ja sümptomaatikast.

Arutelu

Lähtudes magistritöö eesmärgist, sõnastasin neli uurimisküsimust. Töö keskne eesmärk oli mõista, kuidas toimub aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimine ning esmaste sekkumiste määramine nii patsiendi kui ka vaimse tervise spetsialisti vaatenurgast. Lisaks soovisin uurida, mil määral arvestatakse diagnoosimisprotsessi käigus anamneesis esinevaid traumaatilisi kogemusi ning posttraumaatilisele stressihäirele iseloomulikke sümptomeid.

Millised muutused on toimunud aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimissageduses?

Sagedustabelite analüüsist selgus, et ATH diagnooside arv on alates 1999. aastast kasvanud kõigis vanuse- ja soorühmades ning kasvu ulatus olnud märkimisväärselt erinev. Kõige tagasihoidlikum kasv toimus poiste seas, kus diagnooside arv suurenes kahe ajaperioodi (1999–2019 võrreldes 2020–2023) vahel vaid 3,7%. Tüdrukute seas oli kasv seevastu ligi kahekordne (94,5%), meeste seas üle 13-kordne (1358,5%) ning naiste seas koguni rohkem kui 57-kordne (5790,6%). Ülevaateartiklis, mis käsitleb naistel esinevat ATH-d, osutavad Attoe ja Climie (2023), et sellise kasvu taga on suure tõenäosusega teadlikkuse tõus. Kui varasemalt peeti ATH-d valdavalt poiste häireks, siis nüüd osatakse üha enam märgata naiste ja tüdrukute puhul teistsugust ATH kliinilist avaldumist, mis väljendub sagedamini pigem tähelepanematuses kui

hüperaktiivsuses (Attoe & Climie, 2023; Abdelnour et al., 2022; Leffa et al., 2022). Käesolevas uurimuses selgus, et täiskasvanud inimesed, kellest suurem osa olid naised, raporteerisid tõesti kõige sagedamini, et ATH sümptomid avaldusid ennekõike internaliseerunult (49,1%). Samuti võivad kasvu taga olla paranevad meetodid häire avastamiseks ja diferentseerimiseks teistest häiretest (Katzman et al., 2017). Täiskasvanute seas kiiresti kasvanud diagnoosimise määr on kooskõlas Oehrlein ja kolleegide (2016) tulemustega, kus toodi samuti välja, et täiskasvanute puhul kasvas diagnooside hulk vaadeldavate aastate jooksul oluliselt rohkem kui laste puhul (vastavalt 2,7 korda ning 1,3 korda). Kuna ATH sümptomid on üldsusele suhteliselt tuttavad, pöörduvad inimesed keskendumisraskustega sageli spetsialisti poole, kahtlustades just ATH-d. Mõnel juhul võib nende kahtlus olla õigustatud, ent sarnased sümptomid võivad viidata ka depressioonile, ärevusele või stressiga seotud häiretele (Sibley, 2021), mis võivad kliinilises pildis ATH-ga sarnaneda (Katzman jt, 2017). Vaimse tervise spetsialistid tõid samuti esile, et ATH kahtlus võib tekkida olukorras, kus inimeste enesele seatud või ühiskondlikud ootused on märgatavalt kasvanud:

> […] kes ikka rabelevad või kelle ootused on ebarealistlikud. […] Neid on ka muidugi, et inimene ise usubki, et tal [toim. ATH] on. Ja tal võibki olla, et ongi tähelepanu funktsioon häiritud, aga see tuleb millestki muust. Näiteks, et kui sa ikkagi kaks aastat pole puhanud, et sellest siis saab valepositiivse diagnoosi. (Spetsialist 2)

Samuti tõid mitmed spetsialistid välja, et ATH sümptomid on saanud viimasel ajal palju meediakajastust ning inimesed seostavad end sümptomitega üsna kergesti:

> Hästi keeruliseks on läinud. Kui varasemalt, kaks aastat tagasi, nad tulid, oli üsna selgelt tegelikult aru saada, et kellel võiks olla ja kellel võiks mitte olla [toim. ATH]. Siis praegu on see, et need sümptomid on nii ära leierdatud, et vanemad loevad mulle justkui õpikust kõik asjad ette ja ma ei saa enam aru, mis on päris ja mis ei ole päris. (Spetsialist 10)

Osalt on järgmine seisukoht sarnane spetsialist 2 seisukohale, kuid annab täiendavalt orientiiri üle- ja aladiagnoosimise küsimusele, vaadates vanuserühmasid:

> Eriti mulle tundub täiskasvanute osas, kuna võib olla need, kes on praegu kolmekümne-neljakümne aastased, kui nemad olid lapsed, siis tõesti seda diagnostikat nii palju ei tehtud. Ta võis olla selline hajameelne või klassis sõna ei kuulanud, aga siis seda käsitleti rohkem kasvatusprobleemina [...]. [...] kes viimase paari aasta jooksul ATH diagnoosi on saanud, nendel kindlasti mingi raskus on. Aga kas neil ikkagi kõigi ATH

> on...? [toim. Diagnooside] number on õige, aga äkki ei ole diagnoos alati õigetel inimestel. (Spetsialist 7)

Samas tõid spetsialistid esile võimaliku ATH aladiagnoosimise, põhjendades seda vähese teadlikkuse ja piiratud oskustega ATH diagnoosimisel. Piiratud oskuste probleemile viitavad ka Asherson ja kolleegid (2016) oma uurimistöös. Üks spetsialist kirjeldas olukorda järgmiselt:

> Ma arvan, et spetsialistid ka samamoodi ei oska diagnoosida või nad arvavad, see klassikaline arvamus, et tänapäeval on kõigil ATH. Nad ei oska diagnoosida, pluss nad mingil tasemel ei taha diagnoosida seda. Minu juurde on päris palju inimesi tulnud, kes on käinud mitme erineva spetsialisti juures ja kes on öelnud, et kindlasti ei ole ATH-d, kuigi minu meelest on väga tüüpiline ATH pilt. (Spetsialist 5)

Seega kooskõlaliselt varasemate seisukohtadega, nentisid ka Eesti spetsialistid, et ATH näib olevat ühtaegu nii ala- kui ka ülediagnoositud (Sibley, 2021; Abdelnour et al., 2022; Attoe & Climie, 2023).

Kui sageli esineb ATH koos teiste psüühikahäiretega?

Kooskõlaliselt varasemate uuringutega, esines käesoleva valimi puhul sagedasti ATH-ga koos mõni teine psüühikahäire. Attoe ja Climie (2023) tõid samuti välja, et ATH esineb sageli komorbiidselt teiste häiretega, eriti naiste puhul. Käesolevas uurimuses esines ATH diagnoosiga inimestel mõni muu psüühikahäire 68,2% juhtudest (võrreldes ilma ATH-ta inimeste puhul 38,3% juhtudest), mis on madalam tulemus kui McGoughi ja kolleegide (2005) leitud 87% juhtudest. Suur erinevus võis tuleneda asjaolust, et McGoughi ja kolleegid (2005) vaatasid eluaja jooksul kogetud häireid, kuid käesolevas töös raporteerisid inimesed enesekohaselt käesolevaga avaldunud häireid. Käesoleva valimi puhul esines statistiliselt oluliselt sagedamini ATH diagnoosiga inimestel täiendavalt lisaks kaks või rohkem psüühikahäiret võrreldes inimestega, kellel ATH diagnoosi ei olnud. See tulemus on kooskõlaline McGough ja kolleegide (2005) tulemustega, kes samuti leidsid, et ATH diagnoosiga inimeste seas on sageli komorbiidsed häireid rohkem kui ATH diagnoosita inimeste puhul.

Käesolevas valimis esinesid sagedamini koos ATH-ga autism (10,6 korda suurem tõenäosus), mida mainisid ka spetsialistid kahel juhul; depressioon (3,1 korda suurem tõenäosus), mida mainisid ka spetsialistid kolmel juhul; ja ärevus (2,7 korda suurem tõenäosus), mida mainisid spetsialistid neljal juhul. Täiendavalt tõid spetsialistid välja sõltuvushäired. Autismi, depressiooni, ärevuse kui sõltuvushäirete sagedasem esinemine koos ATH-ga on kooskõlaline

varasemate tulemustega (Kessler et al., 2006; Katzman et al., 2017; McGough et al., 2005; Rong et al., 2021).

Spetsialistid tõid esile sagedase PTSH ja ATH koos esinemise. Magdi ja kolleegide (2025) uurimus näitas, et PTSH levimus ATH diagnoosiga inimeste seas võib ulatuda kuni 36%-ni. Käesolevas uuringus see seos aga PTSH diagnoosi tasandil kinnitust ei leidnud. Üheks võimalikuks põhjuseks võib olla asjaolu, et PTSH on tõenäoliselt aladiagnoositud – sellele viitasid nii spetsialistid kui ka varasem teaduskirjandus (Lewis et al., 2018; Zammit et al., 2018). Kuigi käesolevas uuringus ei tuvastatud PTSH diagnooside esinemissageduse tõusu, olid PTSH sümptomite skoorid kooskõlas varasemate uuringutega. Nimelt ilmnes, et ATH diagnoosiga inimeste seas esines PTSH sümptomeid 34,5% juhtudest ehk 1,8 korda suurem tõenäosus, kui ilma ATH sümptomiteta inimestel. See tulemus on kooskõlaline Spenceri ja kolleegide (2016) tulemustega, kas samuti leidsid, et ATH diagnoosiga inimestel oli suurem risk PTSH sümptomiteks. Ühelt poolt võib see tuleneda sümptomite kattuvusest – ATH ja PTSH jagavad mitmeid sarnaseid tunnuseid (World Health Organization, 2022), mistõttu võib skriinimisvahend anda valepositiivseid tulemusi. Teisalt on mitmed autorid leidnud, et ATH ja PTSH esinevad sageli komorbiidselt (Spencer et al., 2016; Rucklidge et al., 2006; Brown et al., 2017), mis võib samuti selgitada kõrgemat PTSH sümptomaatikaga juhtude hulka ATH diagnoosiga isikute seas. Seejuures on varasemas uurimuses rõhutatud, et kümnendikul meditsiinisüsteemis olevatest patsientidest on olemas PTSH sümptomid ning seega võib olla PTSH diagnoosimata (Lewis et al., 2018).

Kuidas kirjeldavad patsiendid ja vaimse tervise spetsialistid aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimise protsessi ning milliste kogemuste ja hinnangutega on see protsess seotud?

Inimesed pöörduvad ATH hindamisele mitmesugustel põhjustel, mida võib üldjoontes jagada intrapersonaalseteks ja interpersonaalseteks probleemideks. Intrapersonaalsete probleemide all peeti silmas eelkõige psühholoogilist kurnatust, mis väljendub depressiivsete ja ärevushäiretele omaste sümptomitena. Paljud olid saanud varem erinevaid diagnoose ning läbinud sekkumisi, sealhulgas võtnud ravimeid, kuid need ei ole toonud oodatud leevendust ega parandanud märkimisväärselt nende heaolu. See tulemus on kooskõlas varasemate uurimustega, kus on välja toodud, et spetsialistid märkavad hõlpsamini komorbiidseid häireid ning ravivad neid, kuid ATH võib seejuures jääda tähelepanuta (Katzman et al., 2017; Attoe & Climie, 2023).

Seda kogemust illustreerib hästi järgmine kommentaar: “Ma olen pöördunud ja pöördunud ja pöördunud, soovides leida põhjust ja abi, miks mul nii s*** [toim. kehv] elada on” (Vastaja 233).

Interpersonaalsete teguritena tõid inimesed esile raskusi töökohal, sealhulgas reaalse ohu töö kaotada, mis mõjutas oluliselt nende toimetulekut ja turvatunnet. Samuti mainiti, et ATH-le omased sümptomid põhjustasid probleeme lähisuhetes, mis süvendasid tunnet isiklikust ebaõnnestumisest. Varasemad uurimused on välja toonud, et ATH sümptomitest tingitult võivad kannatada inimeste lähisuhted (Attoe & Climie, 2023; Biederman, 2005). Mõnedel juhtudel olid just lähedased või tervishoiutöötajad need, kes esmakordselt osutasid võimalusele, et probleemide taga võib olla ATH. Lisaks mainiti juhtumeid, kus inimesed olid kokku puutunud ATH kogemuslugudega ja tundsid neis ära iseenda raskused, mis omakorda suunas inimesi abi poole pöörduma. Nii Attoe ja Climie (2023) tõid välja ja ka käesolevas uurimuses mainiti korduvalt, et lapsevanemate puhul andis pöördumiseks tõuke nende laste diagnoosi saamine.

Küsimustikule vastajate ja spetsialistide arvamused diagnoosimise kestuse kohta olid üldjoontes sarnased. Mõlema hinnangul võtab ATH diagnoosimisprotsess aega umbes kaks kuni kolm kuud. Seda seisukohta toetab Adamou ja kolleegide (2024) uuring, kus on välja toodud sarnane ajaraam. Seejuures lühem diagnoosimise aeg tingib olukorra, kus hindamiseks on võimalik kasutada vähem meetodeid ning näiteks traumasündmuste avamiseni ei jõuta. Üks spetsialist tõi välja, et periood võiks olla pikem, et oleks võimalik vaadata sümptomeid dünaamiliselt. Samas Tervisekassa rahastatud teenuste kaudu oli protsess natuke pikem.

Inimese ja spetsialisti vahelisel suhtel võib olla oluline mõju ravi tulemuslikkusele (Totura et al., 2018), mistõttu on tähtis pöörata tähelepanu sellele, kuidas patsiendid spetsialisti suhtumist tajusid. Enamik ATH diagnoosi saanud inimesi kirjeldasid oma kogemust positiivsena. Hea kogemuse puhul toodi esile, et spetsialist oli põhjalik, toetav ning oskas oma mõtteid selgelt ja arusaadavalt väljendada. Patsiendid hindasid eriti seda, kui neid kaasati aktiivselt kogu protsessi vältel ning spetsialist ei kiirustanud järeldustega, vaid võttis aega, et inimesest tervikpilt kujundada. Paraku ei olnud kõik kogemused positiivsed. Kümnendik vastanutest tõid välja, et tajusid spetsialisti poolt ükskõiksust ja murede tühistamist. Veelgi sagedamini (16,4%) kirjeldati varasemaid negatiivseid kogemusi, kus spetsialistid seostasid kaebusi üksnes mõne teise häirega ning välistasid ATH hüpoteesi ilma põhjalikuma hindamiseta. Tulemustest ilmnes, et isegi kui protsess oli korrektselt üles ehitatud, siis spetsialisti suhtumine inimesse mõjutas inimesele jäänud muljet kogu protsessist.

Aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimisel kasutasid kõik uuringus osalenud spetsialistid kliinilist intervjuud ning ka patsiendid tõid selle esile kui kõige sagedamini rakendatava hindamismeetodi (90,9%). See on kooskõlas varasemate teaduskirjanduses toodud soovitustega (Adamou et al., 2024; Sibley, 2021; Tervisekassa, 2023), mille kohaselt on kliiniline intervjuu ATH diagnoosimisel keskne tööriist. Lisaks märkisid ligi pooled spetsialistidest, et vajadusel kaasavad nad hindamisse kognitiivsete funktsioonide uuringuid. Samuti mainiti DIVA intervjuu kasutamist, mis viitab üldiselt mitmekesisele ja ravijuhisega kooskõlalisele diagnoosimisprotsessile (Tervisekassa, 2023). Enesekohaseid teste, sealhulgas ASRS, SASI ja EEK-2 mainisid nii spetsialistid kui ka patsiendid (70,9%). Samuti uuriti sümptomite algusaja (67,3%), argielu häirituse (65,5%) ja kasvukeskkonna kohta (63,6%). Kõik spetsialistid rõhutasid, et hindamismeetodite valik sõltub konkreetse patsiendi kaebustest ja vajadustest. Samuti peeti oluliseks, et diagnoosimisel kombineeritakse erinevatest allikatest pärinevat teavet, et kujundada võimalikult terviklik arusaam inimese seisundist, mis samuti vastab hästi ravijuhise soovitustele (Tervisekassa, 2023). Küsimustikule vastajad raporteerisid keskmiselt viie erineva infoallika kasutamist diagnoosimise kontekstis. Need praktikad on kooskõlas ATH ravijuhise (Tervisekassa, 2023) ja Sibley (2021) poolt esitatud soovitustega.

Samas esineb hindamisprotsessis mõningasi kõrvalekaldeid üldistest juhistest (Tervisekassa, 2023; Sibley, 2021). Olulise soovitusena on välja toodud, et täiskasvanud patsientide puhul tuleks teha intervjuu lähedastega ning selle võimaluse puudumisel koguda sekundaarsete allikate kaudu infot lähedaste nägemusest (Tervisekassa, 2023). Käesoleva valimi puhul mainisid intervjuud lähedastega või lähedastelt sisendi kogumist vaid kümnendik vastanutest. Seega nimetatud meetod näib olevat käesoleva praktika käigus alakasutatud ning lapsepõlves esinenud sümptomite enesekohane raporteerimine võib tulemusi kallutada. Üle poolte vastanutest (56,4%) raporteeris hindamisprotsessis QbTesti kasutamist, mille kasutamine täiskasvanutega on vastuolus ATH ravijuhise soovitustega (Tervisekassa, 2023). Kuna diagnoosi saanud inimestest olid hindamisprotsessi läbinud keskmiselt kaks aastat tagasi ning natuke alla poolte osalejast raporteerisid QbTesti kasutamist viimase kahe aasta jooksul, mil ATH ravijuhis oli juba avaldatud, siis võib QbTesti kasutamise põhjusena näha teenusepakkujate harjumust või hindamismeetodite vähesust.

Kuidas kirjeldavad patsiendid ja vaimse tervise spetsialistid aktiivsus- ja tähelepanuhäire järgselt rakendatavaid sekkumisi ning millised kogemused ja raskused ilmnevad ravimravi, psühhoteraapia ja nõustamise kontekstis?

Kõige sagedamini kasutatav sekkumisviis ATH puhul on ravimravi, mida mainis 94,6% vastanutest ning mille olulisust rõhutasid kõik spetsialistid. Varasemad uurimistööd ja ravijuhis on viidanud sellele, et ATH sekkumiste puhul on ravimravi selgelt põhjendatud meetod (Asherson & Ramos-Quiroga, 2018; Tervisekassa, 2023). Samas toodi selgelt esile, et ravimravi ei ole vajalik igas olukorras ning vajadus sõltub iga inimese individuaalsest olukorrast. Patsientide ja spetsialistide vaated selles küsimuses kattusid hästi. Spetsialistid rõhutasid, et ravimite eesmärk on pigem soodustada käitumuslikke muutusi.

Valdavale enamusele (85,6%) ravimravi saanutest oli mingil hetkel välja kirjutatud metüülfenidaat, mis on ka ATH ravijuhises esimese valikuna välja toodud (Tervisekassa, 2023). Sageduselt järgmine oli lisdeksamfetamiin (24,0%) ning seejärel atomoksetiin (15,4%). Vähestele oli välja kirjutatud bupropioon ning ühele guanfatsiin (15,4%). Ravijuhise (Tervisekassa, 2023) kohaselt võiks esmalt välja kirjutada metüülfenidaadi või lisdeksamfetamiini, seejärel deksamfetamiini ning seejärel atomoksetiini. Üldjuhul ei soovitata välja kirjutada bupropiooni ega guanfatsiini enne, kui teised ravimid ei ole proovitud. Käesolevas valimis oli peaaegu kõigil, kellele oli välja kirjutatud bupropioon, diagnoositud lisaks depressioon. Mitmel juhul oli sellistel juhtudel patsiendil enesekohaselt see ainuke ravim, mida nad olid kasutatud ATH sümptomite leevendamiseks. Seega näib olevat tendents, et ATH ja depressiooni komorbiidsel esinemisel kirjutatakse esmajoones välja bupropioon. Käesolevas valimis ei olnud kordagi välja kirjutatud deksamfetamiini, mis on ootuspärane, kuna käesolevaga ei ole Eestis ravimit kordagi maale toodud (Ravimiamet, n.d.).

Vaadates ravimite rühmade proportsionaalseid jaotusi, tundub, et reaalselt rakendatav ravimravi järjestus on üldiselt heas kooskõlas ravijuhistega (Tervisekassa, 2023). Täiendavalt juhib vastaja 743 täpsustus tähelepanu olulisele erisusele ravijuhises (Tervisekassa, 2023) ja Tervisekassa ravimite loetelus ning soodustuse täpsustustes (Tervisekassa, 2025): “Arst arvas, et sobiv oleks lisdeksmfetamiin, aga sellele soodustuse saamise tingimuseks oli, et proovitud on ka atomoksetiin. Atomoksetiinil ei olnud ei toimet ega kõrvaltoimeid. Nüüd tarvitan Adixemin'i ja see sobib.” Ehk kuigi ravijuhis näeb ette, et lisdeksmfetamiin võiks eelneda atomoksetiini väljakirjutamisele, siis ravimi soodustuse saamiseks peab olema enne lisdeksmfetamiini

kasutama hakkamist proovitud atomoksetiin. Osaliselt võib mitme erineva toimeainega ravimite proovimist selgitada Tervisekassa kehtestatud tingimustega, millele peab vastama, et saada ravimi soodustust. Mitmete vastajate kogemustest selgus, et sobiva ravimi leidmine toimus sageli katse-eksituse meetodil. Veidi alla poole vastanutest olid proovinud rohkem kui ühte erineva toimeainega ravimit ning ligi kaks kolmandikku ravimravi saanutest katsetasid mitme erineva tootja toodetud metüülfenidaadi preparaate.

Ravimi vahetamise põhjused olid patsientide hinnangul tingitud üldjuhul tarneraskustest, ravimi hinnast või kõrvaltoimetest. Veidi alla poolte tõid välja ravimivahetamise põhjusena soovimatud kõrvaltoimed ning nendest omakorda üle poolte tõid välja, et kõrvalmõjud olid põhjustatud metüülfenidaadist. ATH ravimravi puhul on varasemalt täheldatud, et kõrvaltoimete tõttu võidakse sageli ravimi tarvitamine lõpetada (Geffen & Forster, 2017). Sagedasemad mainitud kõrvaltoimed olid ärevuse tõus, peavalud ja pulsisageduse tõus, vererõhu tõus, meeleolu muutus. Kõik kõrvaltoimed, mida patsiendid välja tõid, on kajastatud ka ravijuhises kui ootuspärased kõrvaltoimed psühhostimulantide puhul (Tervisekassa, 2023).

Hoolimata esinenud raskustest olid enamik ravimravi saanud patsientidest rahul ravi toimega, üle poole hindas ravimite mõju oma sümptomitele viiepallisel skaalal skooriga neli või viis. Samas ei olnud rahulolu ravi tulemusega üheselt positiivne. Mõned inimesed leidsid, et ravimi toime oli liiga nõrk, ebapüsiv või kogesid märkimisväärseid kõrvaltoimeid, mis vähendasid nende rahulolu ravi toimega.

Kõik käesolevas uurimuses osalenud spetsialistid rõhutasid, et kuigi ravimravi on aktiivsus- ja tähelepanuhäire sekkumises oluline komponent, ei tohiks see kujuneda ainsaks sekkumisviisiks. See seisukoht on teaduskirjanduses kõlanud ka varasemalt (Fullen et al., 2020). Ravimite kasutamine võib küll toetada käitumuslike muutuste esilekutsumist, kuid põhiline töö sotsiaalsete ja eneseregulatsioonioskustega võiks aset leida teraapia- või nõustamissessioonil. Seega peeti oluliseks mitmetasandilise ja inimese vajadustest lähtuva sekkumismudeli rakendamist. Spetsialisti 5 sõnul: „See [toim. ATH ravim] ei ole nii-öelda ainuke asi, mida ta tegema peaks, et paremini toime tulla. Aga ta suurendab ikkagi toimetulekut väga oluliselt.“

Psühholoogilise toe kontekstis tõid patsiendid välja nii suurema intensiivsusega sekkumisi nagu psühhoteraapia ning madalama intensiivsusega tuge nõustamise näol. Teraapia suundadest olid ATH diagnoosiga inimesed käinud kõige enam kognitiiv-käitumuslikus teraapias (61,5%). Sageduselt järgmised olid pereteraapia (18,5%), psühhodünaamiline teraapia (12,3%),

grupiteraapia (9,2%), skeemiteraapia (12,3%) ning dialektiline käitumisteraapia (3,1%). Sageli oldi käidud erinevate koolkondade teraapiates (23,1%). Spetsialistid tõid esile kognitiiv-käitumuslikku teraapiat (*n* =3) ning skeemiteraapiat (*n* = 2). KKT kõrge esindatus oli ootuspärane ning kooskõlas varasemate uurimustega (Knouse et al., 2017). Lisaks teraapiale olid 25 inimest käinud ka nõustamises. Valimis oli 16 inimest, kes olid käinud ainult nõustamisel. Nõustamise all mõisteti üldjuhul regulaarselt toimuvaid konsultatsioone psühhiaatri, vaimse tervise õe või (kliinilise) psühholoogiga. Samas ilmnes, et mitmed vastajad ei osanud selgelt eristada nõustamist ja teraapiat, kasutades neid mõisteid vaheldumisi või sünonüümselt. See võib viidata vajadusele tõhustada teavitustööd, et suurendada inimeste teadlikkust erinevate vaimse tervise teenuste sisust. Selgem arusaam teenuste eripäradest aitaks inimestel paremini hinnata oma vajadusi, planeerida sobiva abi kasutamist ning kujundada realistlikke ootusi tugiteenuste suhtes. Ootuspäraselt kestis teraapiaperiood keskmiselt kauem kui nõustamisperiood, keskmiselt vastavalt 22,9 ja 13,1 kuud. Psühhoteraapia puhul käidi enim teraapias järjepidevalt ühe aasta vältel, samas kui nõustamise puhul oli kõige sagedasem kestus kolm kuud. Samuti oli teraapia kohtumiste keskmine intervall veidi tihedam kui nõustamise puhul.

Inimeste rahulolu teraapiaga (keskmiselt 3,6) oli pisut kõrgem kui nõustamise puhul (3,0). Varasemas uurimuses raporteeriti nõustamise ja teraapia puhul üsna sarnaseid muutuseid sümptomites (Vidal et al., 2013), kuid käesoleva valimi puhul olid natuke rohkem rahul teraapiaga. Erinevus võib olla tingitud asjaolust, et Eestis näib olevat teatav segadus inimestel erinevate psühholoogiliste sekkumiste puhul ning samuti jääb kohati ebaselgeks, mida Eestis ATH nõustamine endast kujutab. Siiski ilmnesid mõlemas kontekstis mitmed raskused, mis inimeste kogemust mõjutasid. Levinumateks probleemideks olid mure sobiva spetsialisti leidmisega pärast, sh hirm, et psühholoogiga ei teki usalduslikku suhet või teraapiakoolkond ei vasta ootustele (teraapia puhul *n* = 18, nõustamise puhul *n* = 6). Samuti toodi mõlema puhul välja, et vastuvõttudel käimise kalliduse tõttu jõutakse vähem vastuvõtule (*n* = 17, *n* = 8). Üldisemalt kohtumiste mahutamine oma ellu oli inimeste sõnul keeruline (*n* = 12, *n* = 3) ning teenuste kättesaadavus soovitust madalam (*n* = 12, *n* =6). Mõlemas rühmas rõhutati, et eriti väljaspool suuremaid keskusi on kvalifitseeritud ja ATH-spetsiifilise väljaõppega spetsialiste keeruline leida. Varasemalt Saksamaal läbiviidud uurimuses toodi välja, et vähestel spetsialistidel on olemas ATH-spetsiifiline väljaõpe (Schneider et al., 2019). Eesti spetsialistidest ligi pooled tõid välja, et neil puudub ATH sekkumiste tegemiseks väljaõpe ning mõned spetsialistid

eelistavad sellise probleemiga patsiendid edasi suunata (*n* =2). Need tulemused on kooskõlas Asherson ja kolleegide (2016) tulemustega, kes tõid välja, et tulenevalt väljaõppe puudumisest võivad spetsialistid tunda, et nad ei ole suutelised inimesi ATH-ga kaasnevate probleemide puhul aitama.

Kaheksa spetsialisti märkisid, et oma igapäevatöös rakendavad nad ATH-teadlikku sekkumist, keskendudes praktiliste oskuste arendamisele. Kõige sagedamini vajavad patsiendid tuge aja planeerimise, päevarütmi kujundamise, pidurdusoskuste ning emotsioonide reguleerimise osas. Lisaks mainiti tegevuse eesmärgistamise oskust, probleemilahenduse oskuste kujundamist, motivatsiooni juhtimist, mõtlemise suunamist ning sisekõne teadlikku muutmist. Toetava mõjuna toodi esile ka teadveloleku tehnikate rakendamist, mis aitavad suurendada eneseteadlikkust ja keskendumisvõimet. Kuid ATH-spetsiifilise abi kontekstis nentis spetsialist 7: “See [toim. ATH-le suunatud] tegevusteraapia ei ole nii kergesti kättesaadav. Spetsialiste, kes seda teeksid, on siiski pigem vähe.” Kuna tegevusteraapia ei ole laialdaselt kättesaadav, siis seda enam on oluline rõhutada spetsialisti 3 seisukohta: “Mina ikkagi arvan, et loomulik ATH ravim on selline füüsiline aktiivsus. See on minu jaoks hästi oluline, et kuhu ma neid proovin ikkagi suunata, motiveerida ja aktiveerida”.

Psühholoogilise toega kaasnevate raskuste kontekstis mainisid patsiendid veel keerukust teenusele kohale jõudmisel (*n* = 5; *n* = 2), sealhulgas nii uue aja broneerimist kui ka kokkulepitud kohtumisele kohale minemisel. Samas esines ka sisemisi raskusi. Nimelt tõid inimesed nii teraapia kui nõustamise kontekstis välja, et neil oli keeruline teha kodutöid (*n* = 11, *n* = 2) ja seetõttu jäi soovitud kasutegur psühholoogilises sekkumises väheseks. Samas varasemas uurimuses kasutati nõustamise protokolli, mis ei eeldanud kodutööde tegemist ning kasutegur oli nähtavasti suurem selle sihtrühma puhul (Vidal et al., 2013). Inimesed tõid välja, et neil on keeruline kohtumisel end avada (*n* = 7, *n* = 2) ning nii endale kui ka spetsialistile probleeme tunnistada. Teraapia kontekstis toodi spetsiifiliselt välja ka, et inimesed ei ole valmis emotsionaalseks kurnatuseks, mis võib kaasneda teraapiaga (*n* = 7) eriti kaasuvate häiretega tegeledes. Samuti toodi teraapia ja nõustamise kontekstis sageli välja tunnet, et teadmised vajalike muutuste kohta on olemas, aga teadmiste rakendamine igapäevaelus ebaõnnestub (*n* = 10, *n* = 6). Psühholoogilise toe kontekstis toodi välja, et inimesed pidid pettuma, kui tundsid, et sekkumine ei aita nende toimetulekut parandada või teeb seda ajutiselt (*n* = 5, *n* = 4). Proportsionaalselt toodi viimast välja rohkem nõustamise kontekstis.

Kahe sekkumisviisi võrdlusel ilmnes, et teraapia kontekstis tõid inimesed sagedamini esile emotsionaalsete protsessidega seotud raskusi nagu enese avamine, teraapiast tekkiv psühholoogiline kurnatus ning iseseisvate ülesannete tegemine. Nõustamise puhul mainiti aga sagedamini raskuseid teooria praktikasse panemisel. Märkimisväärselt sageli toodi mõlema sekkumise puhul välja teenuse kättesaadavus, suhestumine spetsialistiga ning teenuse maksumus. Kokkuvõttes võib öelda, et kuigi psühholoogilist tuge kasutatakse ATH sekkumistes suhteliselt sageli, esineb mitmesuguseid raskusi nii protsessi alustamisel, järjepidevusel kui ka soovitud tulemuste saavutamisel ja nende säilitamisel. Seejuures inimestel võib olla keeruline eristada, milline sekkumine neile sobivam oleks. Vaid viis inimest tõid välja, et ei ole ATH diagnoosijärgselt saanud ühtegi sekkumist.

Kuidas kirjeldavad patsiendid ja vaimse tervise spetsialistid traumakogemuste ja traumajärgsete sümptomite käsitlemist aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimise ja ravi kontekstis?

Käesolevas töös rõhutasid kõik vaimse tervise spetsialistid, kooskõlaliselt Rocklidge ja kolleegide (2006) seisukohaga, et trauma anamneesi kogumine on oluline osa ATH hindamisprotsessist. Siiski tõid vaid kaks spetsialisti välja, et nad küsivad iga hindamise käigus traumasündmuste kohta otse. Spetsialist 9 põhjendas enda teguviisi järgmiselt: “Me ei saa midagi välistada enne kui me ei ole selle kohta küsinud.”

Ülejäänud spetsialistid tõid välja, et pigem kasutavad traumasündmuste leidmiseks sekundaarseid allikaid. Näiteks kogutakse infot eluanamneesi kohta või kasutatakse DIVA–intervjuud ning seejuures ollakse valvsad potentsiaalsete traumale viitavate infokildude osas. Samas mitmed spetsialistid rõhutasid, et inimesed ei pruugi ise osata seostada oma varasemaid traumasündmuseid käesolevate sümptomitega. Osalt teadmiste puuduse tõttu, aga teisalt, kuna traumasündmuse järgselt võidakse enda sümptomite leevendamiseks kasutada uimasteid, mis omakorda võib hakata PTSH sümptomeid peitma. Sama tuli välja inimeste vastustest. Nimelt inimesed, kes polnud kindlad, kas nad on traumaatilist sündmust kogenud, olid kogenud traumat 90% juhtudest. Inimestel, kes väitsid, et nad ei ole traumat kogenud, oli siiski traumakogemus olemas 60% juhtudest. Varasemad uurimused on leidunud, et stressihäire sümptomaatika võib esineda varjatult ning kui selle kohta mitte otse infot koguda, siis võib see jääda märkamatuks (Zammit et al., 2018). Viimast mõtet illustreerib hästi spetsialisti 1 kommentaar: *“*Inimesed ei tule selle peale, et seostada mingeid asju omavahel. Näiteks kui ta

tuleb ATH kahtlusega, siis ta ei pruugi mõista, et see, et tal on trauma, on ka mõjutanud tema seisundit.”

Mitmed patsiendid, kellel esines ITQ-s lävendit ületaval tasemel PTSH sümptomaatikat, tõid välja, et trauma teema jäi hindamisel täiesti käsitlemata või käsitleti seda pealiskaudselt. Täpsemalt märkis neist 21%, et spetsialist ei puudutanud trauma teemat hindamise käigus üldse ning 28% juhtudest toodi välja, et teemat küll mainiti, kuid sellesse ei süvenetud. Ülejäänud vastajate puhul uuriti ja täpsustati traumaga seonduvat piisavalt. Seega on tulemused paremad kui varasemas uuringus lastearstide näitel, kus 32% spetsialistidest, kes traumasündmuste kohta midagi ei küsinud ning vaid 4% kogus infot ammendaval määral (Kerker et al., 2016). Samas tõid spetsialistid välja, et trauma kohta küsida on raske ja ebamugav, mistõttu spetsialistid võivad jätta selle väga olulise teema käsitlemata. Spetsialist 2 märkis: “Paljud arstid, võib olla eriti perearstid, on alles õppinud küsima tunnete kohta. Ja küsida siis veel mingite ebamugavamate asjade kohta - see vajab spetsialisti valmisolekut ebamugavustundeks.”

Samas on oluline, et spetsialistid oleksid valmis trauma teemat tõstatama, kuna inimene ise ei pruugi osata seda teha. Spetsialist 8 kommenteeris seda järgmiselt: “Sellega [toim. traumasündmusega] väga tihti kaasneb nii palju häbi ja enesesüüdistust. […] Kui sa oled seni olnud hästi toimetulev inimene, siis see häbi võib tagasi hoida abi otsimast […]. Eriti mehed, selle tõttu kindlasti on seal aladiagnoositud kontingent”.

Kuid isegi küsides trauma kohta, ei pruugi patsient end avada, sest usalduse ja turvatunde tekkimiseks on vaja aega. Ravi kontekstis jagunesid patsientide kogemused üldjoontes kaheks: osa tundis, et ATH ravi määramisel arvestati nende trauma taustaga (n = 8), samas kui teised kogesid, et see aspekt jäi täielikult tähelepanuta (n = 6). Seejuures Rucklidge ja kolleegid (2006) rõhutasid trauma anamneesi kogumise vajalikkust ATH hindamisel just ravi kontekstis.

Üle poolte küsimustikule vastanutest tõid välja, et trauma on raskendanud nende puhul ATH sümptomitega toimetulekut. Teine pool jagunes kaheks: oli neid, kes tundsid, et trauma ja ATH ei ole omavahel nende hinnangul seotud ning et ATH on neil aidanud traumajärgselt paremini toime tulla. Inimesed tunnetasid, et ATH võis olla nende puhul traumat soodustavaks teguriks ning oli ka neid, kes tundsid, et peale traumasündmust muutusid nende ATH sümptomid oluliselt tugevamaks ja häirivamaks, segades toimetulekut enam. Seda tulemust kinnitas t-test,

mis näitas, et trauma sümptomitega inimeste puhul olid ATH skriinimistestis kõrgemad tulemused.

Nähtub, et trauma anamneesi kogumine ei ole standardne ATH hindamise osa, kuigi diferentsiaaldiagnostiliselt või komorbiidsuse uurimise seisukohast oleks see põhjendatud (Rucklidge et al., 2006; Brown et al., 2017; Spencer et al., 2016). Spetsialistid tõid välja, et trauma sümptomid võivad samas jääda märkamata, kuna puuduvad sobivad hindamisvahendid. Mitmed spetsialistid tõid välja, et kolleegid ei pruugi tunda end trauma teemade käsitlemisel alati kindlalt ning sageli ei ole inimesed ise valmis oma keerulisi kogemusi jagama. Rõhutati, et traumade avamine eeldab usaldusliku suhte kujunemist, mille tekkimine võtab aega. Tulemustest selgus, et sageli võtab ATH diagnoosimine aega kaks kuni kolm kuud, mistõttu ei pruugi olla aega vajaliku süvenemise ja kontakti tekkeks.

Trauma kaardistamise olulisus püstitub ravimravi kontekstis. Mitmed patsiendid, kellel oli PTSH sümptomaatika väljendunud märkimisväärsel tasemel, hindasid rahulolu ravimraviga statistiliselt oluliselt madalamalt. Spetsialistid tõid välja, et stimulantravi ei pruugi olla kõige parem valik inimestele, kellel esineb anamneesis traumasündmus, kuna ravim võib võimendada trauma sümptomeid ning kõrvaltoimed võivad esineda tugevamalt. Varasemas uurimuses on välja toodud, et stimulantravi võib võimendada PTSH sümptomeid (Rucklidge et al., 2006). Samas tõid spetsialistid välja, et ravimravi võib ka toetada traumaga toimetulekut, kuna inimene saab paremini oma mõtteprotsessi kontrollida. Üks vastajatest tõi välja, et tema kogemuse alusel olid ravimid toetavad traumaga toimetulekul, kuna ta sai oma mõtteid paremini juhtida.

Üldiselt näivad tulemused viitavat vajadusele integreerida traumakogemuse hindamine süstemaatilisemalt ATH diagnoosimise ja ravi raamistikku. Kuigi teaduskirjanduses räägitakse üha enam ATH ja PTSH komorbiidsest esinemisest, siis nähtub, et käesolevaga on Eestis praktikad siiski veel killustunud ning standardiseeritud protsesse trauma anamneesi kogumiseks ei ole.

Uurimistöö piirangud ja edasised uurimisvõimalused

Uurimistöö peamiseks piiranguks on andmete kogumine kvalitatiivsel viisil, seega tulemused ei ole üldistatavad üldpopulatsiooni suhtes. Tulenevalt kvalitatiivse meetodi iseärasustest olid enamik küsimus retrospektiivsed ning põhinesid enesekohastel andmetel. Diagnooside kohta tulenes info inimestelt endilt, seega tegemist oli enese raporteeritud andmetega, mis vähendab tulemuste objektiivsust. Täpsemate ja usaldusväärsetema tulemuste

saamiseks, oleks paslik kasutada ametlikke meditsiinilisi andmeid. Lisaks tuleb arvestada valimi kallutatusega. Nii küsimustikule vastajad, aga eriti spetsialistide vaatest, osalesid uuringus tõenäoliselt uuritavatest teemadest teadlikumad inimesed, seega siin kajastuvad seisukohad peegeldavad küllaltki väikest osa ATH diagnoosiga inimeste ning ATH-ga tegelevate spetsialistide nägemust. Puudusena toon täiendavalt välja küsimustiku vähese piloteerimise enne andmete kogumist, kuna küsimustikus esinesid süntaksi vead, mis pärssisid osalejatel mõningate sektsioonide nägemist, mille vastused oleks potentsiaalselt pakkunud olulist täiendavat perspektiivi käsitletud teemadele.

Varasemates uuringutes on välja toodud, et sugudevaheliste erinevuste analüüsimine täiskasvanud ATH diagnoosiga patsientide seas on oluliseks uurimissuunaks. Käesolevaga jäi meeste osakaal minu uurimuses väikseks, kuid edasised uurimused võiksid seda poolt täiendavalt vaadata. See võimaldaks potentsiaalselt välja töötada täpsemaid juhiseid mõlema grupiga töötamiseks. Samuti võiks järgmise sammuna kaasata valimisse ka lapsed ning lapsevanemad, et kaardistada, kuivõrd sarnaneb või erineb diagnoosimise protsess kahe vanuserühma vahel. Samuti võiks olla väärtuslik kui edasi uurida nõustamise rolli ATH sümptomite vähendamisel, kuna tegemist näib olevat efektiivse kuid alarakendatud suunaga ATH sekkumistes.

Kasutatud kirjandus

Abdelnour, E., Jansen, M. O., & Gold, J. A. (2022). ADHD Diagnostic Trends: Increased Recognition or Overdiagnosis? *Missouri Medicine*, *119*(5), 467–473.

Adamou, M., Arif, M., Asherson, P., Cubbin, S., Leaver, L., Sedgwick-Müller, J., Müller-Sedgwick, U., Van Rensburg, K., & Kustow, J. (2024). The adult ADHD assessment quality assurance standard. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1380410. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1380410

Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. V., & Rohde, L. A. (2016). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: Key conceptual issues. *The Lancet Psychiatry*, *3*(6), 568–578. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30032-3

Asherson, P., & Ramos-Quiroga, J. A. (2018). Treatment in adult ADHD. In *Oxford University Press eBooks*. https://doi.org/10.1093/med/9780198739258.003.0046

Attoe, D. E., & Climie, E. A. (2023). Miss. Diagnosis: A Systematic Review of ADHD in Adult Women. *Journal of Attention Disorders*, *27*(7), 645–657. https://doi.org/10.1177/10870547231161533

Biederman, J. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview. *Biological Psychiatry*, *57*(11), 1215–1220. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.10.020

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Brown, N. M., Brown, S. N., Briggs, R. D., Germán, M., Belamarich, P. F., & Oyeku, S. O. (2017). Associations Between Adverse Childhood Experiences and ADHD Diagnosis and Severity. *Academic Pediatrics*, *17*(4), 349–355. https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.08.013

Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self‐report measure of ICD‐11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *138*(6), 536–546. https://doi.org/10.1111/acps.12956

Fullen, T., Jones, S. L., Emerson, L. M., & Adamou, M. (2020). Psychological Treatments in Adult ADHD: A Systematic review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *42*(3), 500–518. https://doi.org/10.1007/s10862-020-09794-8

Geffen, J., & Forster, K. (2017). Treatment of adult ADHD: a clinical perspective. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, *8*(1), 25–32. https://doi.org/10.1177/2045125317734977

Google Trends. (2025, märts 31). *Aktiivsus- ja tähelepanuhäire ja trauma otsingusõna võrdlus Eestis—Perioodil 2004 kuni praeguseni [Otsingute trendigraafik]*. Google Trends. https://trends.google.com/trends/explore?date=all&geo=EE&q=%2Fm%2F0h99n&hl=et

Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., McElroy, E., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., & Brewin, C. R. (2021a). Does requiring trauma exposure affect rates of ICD-11 PTSD and complex PTSD? Implications for DSM–5. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *13*(2), 133–141. https://doi.org/10.1037/tra0000908

Hyland, P., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Olff, M., Murphy, J., & Shevlin, M. (2021b). Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: Prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *56*(4), 649–658. https://doi.org/10.1007/s00127-020-01912-x

Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: Clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 302. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3

Kerker, B. D., Storfer-Isser, A., Szilagyi, M., Stein, R. E. K., Garner, A. S., O'Connor, K. G., Hoagwood, K. E., & Horwitz, S. M. (2016). Do Pediatricians Ask About Adverse Childhood Experiences in Pediatric Primary Care? *Academic Pediatrics*, *16*(2), 154–160. https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.08.002

Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, *35*(2), 245–256. https://doi.org/10.1017/S0033291704002892

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2006). The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*.

Knipscheer, J., Sleijpen, M., Frank, L., De Graaf, R., Kleber, R., Ten Have, M., & Dückers, M. (2020). Prevalence of Potentially Traumatic Events, Other Life Events and Subsequent Reactions Indicative for Posttraumatic Stress Disorder in the Netherlands: A General Population Study Based on the Trauma Screening Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(5), 1725. https://doi.org/10.3390/ijerph17051725

Knouse, L. E., Teller, J., & Brooks, M. A. (2017). Meta-analysis of cognitive–behavioral treatments for adult ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *85*(7), 737–750. https://doi.org/10.1037/ccp0000216

Leffa, D. T., Caye, A., & Rohde, L. A. (2022). ADHD in Children and Adults: Diagnosis and Prognosis. S. C. Stanford & E. Sciberras (Toim), *New Discoveries in the Behavioral Neuroscience of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*(Kd 57, lk 1–18). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/7854_2022_329

Lewis, C., Raisanen, L., Bisson, J. I., Jones, I., & Zammit, S. (2018). Trauma exposure and undetected posttraumatic stress disorder among adults with a mental disorder. *Depression and Anxiety*, *35*(2), 178–184. https://doi.org/10.1002/da.22707

Magdi, H. M., Abousoliman, A. D., Lbrahim, A. M., Elsehrawy, M. G., EL-Gazar, H. E., & Zoromba, M. A. (2025). Attention-deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder adult comorbidity: A systematic review. *Systematic Reviews*, *14*(1), 41. https://doi.org/10.1186/s13643-025-02774-7

McGough, J. J., Smalley, S. L., McCracken, J. T., Yang, M., Del'Homme, M., Lynn, D. E., & Loo, S. (2005). Psychiatric Comorbidity in Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Findings From Multiplex Families. *American Journal of Psychiatry*, *162*(9), 1621–1627. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1621

Oehrlein, E. M., Burcu, M., Safer, D. J., & Zito, J. M. (2016). National Trends in ADHD Diagnosis and Treatment: Comparison of Youth and Adult Office-Based Visits. *Psychiatric Services*, *67*(9), 964–969. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500269

Ojalo, T., Haan, E., Kõiv, K., Kariis, H. M., Krebs, K., Uusberg, H., Sedman, T., Võsa, U., Puusepp, M., Lind, S., Hallik, I., Alavere, H., Metspalu, A., Esko, T., Mägi, R., Nelis, M., Hudjashov, G., Milani, L., & Lehto, K. (2024). Cohort profile Update: Mental health online survey in the Estonian Biobank (ESTBB MHOS). *International Journal of Epidemiology*, *53*(2). https://doi.org/10.1093/ije/dyae017

Paul, M. L., Sheth, P., Davis, R., Chrusciel, T., & Messias, E. (2025). Incidence of Attention‐Deficit/Hyperactivity Disorder between 2016 and 2023: a retrospective cohort. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, *7*(1), 18–24. https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20240121

Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, *43*(2), 434–442. https://doi.org/10.1093/ije/dyt261

Ravimiamet. (n.d.). *Eesti ravimiregister*. Kasutatud 12. mai 2025, https://www.ravimiregister.ee/

Rong, Y., Yang, C., Jin, Y., & Wang, Y. (2021). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *83*, 101759. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101759

Rucklidge, J. J., Brown, D. L., Crawford, S., & Kaplan, B. J. (2006). Retrospective Reports of Childhood Trauma in Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *9*(4), 631–641. https://doi.org/10.1177/1087054705283892

Schneider, B. C., Schöttle, D., Hottenrott, B., Gallinat, J., & Moritz, S. (2023). Assessment of Adult ADHD in Clinical Practice: Four Letters—40 Opinions. *Journal of Attention Disorders*, *27*(9), 1051–1061. https://doi.org/10.1177/1087054719879498

Sibley, M. H. (2021). Empirically-informed guidelines for first-time adult ADHD diagnosis. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *43*(4), 340–351. https://doi.org/10.1080/13803395.2021.1923665

Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., & Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, *11*, 04009. https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009

Spencer, A. E., Faraone, S. V., Bogucki, O. E., Pope, A. L., Uchida, M., Milad, M. R., Spencer, T. J., Woodworth, K. Y., & Biederman, J. (2016). Examining the Association Between Posttraumatic Stress Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *77*(01), 72–83. https://doi.org/10.4088/JCP.14r09479

Tervise Arengu Instituut (2024). Haigestumus. Psüühika- ja käitumishäired. PKH1: Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikud diagnoosi, soo ja vanuserühma järgi. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Kasutatud 19.04.2025 https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__02Haigestumus__05Psyyhikahaired/PKH1.px/table/tableViewLayout2/

Tervisekassa. (2023). *Aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimise ning ravi põhimõtted*. Tervisekassa.

Tervisekassa. (2025). Tervisekassa ravimite loetelu alates 03.04.2025. Kättesaadav: https://tervisekassa.ee Kasutatud 6.05.2025

Tombu, M. (2021). *Rahvusvahelise trauma küsimustiku (ITQ) eesti keelde kohandamine ja piloteerimine* [Uurimistöö]. Tartu Ülikool.

Tortella-Feliu, M., Fullana, M. A., Pérez-Vigil, A., Torres, X., Chamorro, J., Littarelli, S. A., Solanes, A., Ramella-Cravaro, V., Vilar, A., González-Parra, J. A., Andero, R., Reichenberg, A., Mataix-Cols, D., Vieta, E., Fusar-Poli, P., Ioannidis, J. P. A., Stein, M. B., Radua, J., & Fernández De La Cruz, L. (2019). Risk factors for posttraumatic stress disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *107*, 154–165. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.013

Totura, C. M. W., Fields, S. A., & Karver, M. S. (2018). The Role of the Therapeutic Relationship in Psychopharmacological Treatment Outcomes: A Meta-analytic Review. *Psychiatric Services*, *69*(1), 41–47. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700114

World Health Organization. (2022). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics, 11th revision*. World Health Organization. https://icd.who.int/en

Tänusõnad

Soovin siiralt tänada oma magistritöö juhendajat väärtusliku juhendamise ja igakülgse toe eest kogu tööprotsessi vältel. Tänan südamest ka kõiki vaimse tervise spetsialiste, kes olid valmis osalema käesolevas uurimuses. Samuti tänan kõiki vastajaid, kes jagasid oma kogemusi küsimustiku kaudu. Olen väga tänulik usalduse, aususe ja põhjalikkuse eest, mis paljudest vastustest selgelt välja paistsid. Eriline tänu ka minu lähedastele, kes olid mulle toeks.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Victoria Mägi

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose "Patsientide ja vaimse tervise ekspertide kogemused aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimise ja sekkumistega ning trauma kogemuse arvestamine selles protsessis" mille juhendaja on Kaia Kastepõld-Tõrs, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada Tartu Ülikooli digitaalarhiivi kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;
2. annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi kaudu Creative Commonsi litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;
3. olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile;
4. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Victoria Mägi
12.05.2025