


Autor(id): Marie Lugenberg


Küsimus: Kas ATH diagnoosiga lastel ja noorukitel kasutada mittemedikamentooset sekkumist koos medikamentoosse raviga või ainult medikamentooset ravi või ainult mittemedikamentooset sekkumist parema ravitulemus saamiseks?

Tõendatuse astme hinnang							Mõju	Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused			


Stimulandiga monoterapia efektiivsus (järelkontroll: keskmine 12 nädalat; hinnatud millega:: CGI, ARS)

53 <sup>1</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>a,b</sup>	suur <sup>c,d,e</sup>	väike	suur <sup>f</sup>	tugev seos	<p>Analüüsi kaasati 190 uuringut kokku 26 114 osalejaga. Uuritavad olid ATH diagnoosiga (DSM või RHK järgi) lapsed vanuses 3-16 aastat. Kaasuvate häiretega lapsi ei välistatud. Ravi efektiivsust raporteeriti 113 uuringus kokku 8916 patsiendiga. <u>Stimulantravi efektiivsust käsitles 53 uuringut kokku 5831 uuritavaga. Stimulandiga monoterapia oli efektiivsem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• platseebost (OR = 6,21; 95% CI 4,89 – 7,96)</li> <li>• käitumuslikust teraapiast üksinda (OR = 2,09; 95% CI 1,10 – 3,99)</li> <li>• kognitiivsest treeningust (OR = 8,89; 95% CI 1,59 – 50,19)</li> </ul> <p><small>g,h,i</small></p>	 <p>Madal</p>	KRIITILINE
-----------------	--------------------------	---------------------	-----------------------	-------	-------------------	------------	---	--	------------

Stimulant+mittestimulant kombinatsioonravi efektiivsus (järelkontroll: keskmine 12 nädalat; hinnatud millega:: CGI, ARS)

4 <sup>1</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>a,b</sup>	suur <sup>c,d,i</sup>	väike	suur <sup>f</sup>	tugev seos	<p>Analüüsi kaasati 190 uuringut kokku 26 114 osalejaga. Uuritavad olid ATH diagnoosiga (DSM või RHK järgi) lapsed vanuses 3-16 aastat. Kaasuvate häiretega lapsi ei välistatud. Ravi efektiivsust raporteeriti 113 uuringus kokku 8916 patsiendiga. <u>Kombinatsioonravi efektiivsust käsitles 4 uuringut 480 uuritavaga. Kombinatsioonravi oli efektiivsem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• platseebost (OR = 15,18; 95% CI 7,50 – 31,46)</li> <li>• käitumuslikust teraapiast (OR = 5,09; 95% CI 2,01 – 13,18)</li> <li>• kognitiivsest treeningust (OR = 21,85; 95% CI 3,47 – 140,0)</li> <li>• <i>neurofeedbackist</i> (OR = 7,76; 95% CI 1,60 – 34,62)</li> <li>• stimulandiga monoterapiast (OR = 2,45; 95% CI 1,24 – 4,87)</li> <li>• mittestimulandiga monoterapiast (OR = 3,84; 95% CI 1,88 – 7,93)</li> </ul> <p><small>g,h,k</small></p>	 <p>Madal</p>	KRIITILINE
----------------	--------------------------	---------------------	-----------------------	-------	-------------------	------------	---	--	------------

Käitumuslik teraapia+stimulant kombinatsioonravi efektiivsus (järelkontroll: keskmine 12 nädalat; hinnatud millega:: CGI, ARS)

8 <sup>1</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>a,b</sup>	suur <sup>c,i</sup>	väike	suur <sup>f</sup>	tugev seos	<p>Analüüsi kaasati 190 uuringut kokku 26 114 osalejaga. Uuritavad olid ATH diagnoosiga (DSM või RHK järgi) lapsed vanuses 3-16 aastat. Kaasuvate häiretega lapsi ei välistatud. Ravi efektiivsust raporteeriti 113 uuringus kokku 8916 patsiendiga. <u>Kombinatsioonravi efektiivsust käsitles 8 uuringut kokku 521 uuritavaga. Kombinatsioonravi oli efektiivsem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• platseebost (OR = 13,62; 95% CI 6,83 – 27,93)</li> <li>• kognitiivsest treeningust (OR = 19,76; 95% CI 3,14 – 123,90)</li> <li>• <i>neurofeedbackist</i> (OR = 6,94; 95% CI 1,45 – 30,69)</li> <li>• stimulandiga monoterapiast (OR = 2,19; 95% CI 1,14 – 4,34)</li> <li>• mittestimulandiga monoterapiast (OR = 3,44; 95% CI 1,73 – 7,05)</li> </ul>	 <p>Madal</p>	KRIITILINE
----------------	--------------------------	---------------------	---------------------	-------	-------------------	------------	--	--	------------

Käitumusliku teraapia+KKT+otsese oskuste treeningu multikomponentse ravi efektiivsus (järelkontroll: vahemik 10 nädalat kuni 3 aastat; hinnatud millega:: ARS)

Tõendatuse astme hinnang							Mõju	Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused			
8 <sup>2</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>m</sup>	suur <sup>m</sup>	suur <sup>o</sup>	suur <sup>f,p</sup>	puudub	<p>Analüüsi kaasati 10 uuringut kokku 916 osalejaga. Uuritavad olid ATH diagnoosiga (DSM-IV või -V järgi) 12-18 aastased noorukid. Kõik uuringud võtsid aluseks multikomponentse sekkumise (käitumuslik teraapia + KKT + otsene oskuste treening) võrdluses kontrollgrupiga. Samaaegset farmakoloogilist ravi ei välistatud. <u>8 uuringut käsitlesid tulemusnäitajatenähtava ATH sümptomeid ning leidsid vastuolisi tulemusi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5 uuringus oli multikomponentne ravi <b>efektiivne</b> vanemate poolt hinnatud tähelepanupuudulikkuse parandamises (d = 0,3 – 1,42).</li> <li>2 uuringus oli multikomponentne ravi <b>efektiivne</b> vanemate poolt hinnatud hüperaktiivsuse-impulsiivsuse parandamises (d = -1,03 ravigrupis; d = -0,16 kontrollgrupis, d = 1,20 gruppide vahel).</li> <li>Grupi-KKT <b>vähendas</b> suuremal määral vanemate poolt hinnatud ATH sümptomeid (MD = -9,11; 95% CI -11,48 – -6,75; d = 8,4; p &lt; 0,001)</li> <li>Ükski uuring <b>ei leidnud olulist efekti</b> õpetajate poolt hinnatud ATH sümptomitele.</li> </ul> <p><small>q,r,s</small></p>	⊕○○○ Väga madal	KRIITILINE

**Käitumusliku teraapia efektiivsus (hinnatud millega:: DBDRS, VARS, ARS, CRS, BASC)**

22 <sup>3</sup>	jälgimisuuringud	väga suur <sup>d,t</sup>	väga suur <sup>r,u</sup>	suur <sup>v</sup>	väga suur <sup>f,p,w</sup>	puudub	<p>Analüüsi kaasati 53 erineva kavandiga uuringut. Uuritavad olid 10-19 aastased ATH diagnoosiga lapsed. <u>22 uuringut käsitlesid käitumuslikku teraapiat</u> (6 kontrolluuringut, 2 kvasi-eksperimentaalset uuringut, 8 avatud uuringut, 4 juhtumi analüüsi, 2 programmi hinnangut). Keskmine uuritavate arv 1 uuringu kohta oli 30,4. Käitumusliku teraapia mõju varieerus uuringute raames suuresti, keskmine mõju suurus ATH ja tõrges-trotsliku käitumise sümptomite osas oli <b>väike kuni keskmine</b> (keskmine ES = 0,34 – 0,49). 3 kontrolluuringu pealt arvatud keskmine ES = 0,49; 80% CI 0,45 – 0,52.</p> <p><small>x,y</small></p>	⊕○○○ Väga madal	KRIITILINE
-----------------	------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------	----------------------------	--------	---	--------------------	------------

**Kognitsiooni parandava treeningu efektiivsus (hinnatud millega:: DBDRS, VARS, ARS, CRS, BASC)**

3 <sup>3</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>t</sup>	suur <sup>l</sup>	suur <sup>v</sup>	väga suur <sup>p,z</sup>	puudub	<p>Analüüsi kaasati 53 erineva kavandiga uuringut. Uuritavad olid 10-19 aastased ATH diagnoosiga lapsed/noorukid. <u>3 uuringut käsitlesid kognitsiooni parandavat treeningut</u> (<i>neurofeedback</i>, EEG <i>biofeedback</i>, töömälu treening). Keskmine uuritavate arv 1 uuringu kohta oli 40. Kognitsiooni parandavate sekkumiste mõju oli <b>väike</b> (ES = 0,06).</p>	⊕○○○ Väga madal	KRIITILINE
----------------	--------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--------------------------	--------	--	--------------------	------------

**Vanemate käitumusliku teraapia vs stimulantravi efektiivsus (hinnatud millega:: CRS, ARS, DBDRS)**

107 <sup>4</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>ab,t</sup>	väga suur <sup>ab,ac</sup>	väike	suur <sup>f</sup>	tugevalt kahtlustatav avaldamise kallutatatus <sup>ad</sup>	<p>Analüüsi kaasati 107 uuringut kokku 9883 osalejaga. Uuritavad olid ATH diagnoosiga (DSM-IV või RHK-10 järgi) vanuses 3-17,33 aastat. Välistati kaasuvad häired (neuroloogiline häire, psüühoos, depressioon, mõnuainete kuritarvitamine anamneesis). <u>Võrreldi omavahel erinevate sekkumiste efektiivsust</u> (farmakoteraapia, vanemate käitumuslik teraapia, kombineeritud sekkumised ja teised alternatiivsed teraapiad). Vanemate käitumisteraapia ja stimulantravi mõjud <b>ei erinevad</b> üksteisest. Ühemõõtmelise meta-regressioonanalüüsi ES = -0,030; 95% CI -0,331–0,270; p = 0,842. Mitmemõõtmelise meta-regressioonanalüüsi ES = -0,308; 95% CI -0,670–0,054; p = 0,095</p> <p><small>aa,af,ag,ah</small></p>	⊕○○○ Väga madal	KRIITILINE
------------------	--------------------------	----------------------	----------------------------	-------	-------------------	---	--	--------------------	------------

**Kombinatsioonravi vs stimulantravi efektiivsus (hinnatud millega:: CRS, ARS, DBDRS)**

107 <sup>4</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>ab,t</sup>	väga suur <sup>ab,ac</sup>	väike	suur <sup>f</sup>	tugevalt kahtlustatav avaldamise kallutatatus <sup>ad</sup>	<p>Analüüsi kaasati 107 uuringut kokku 9883 osalejaga. Uuritavad olid ATH diagnoosiga (DSM-IV või RHK-10 järgi) vanuses 3-17,33 aastat. Välistati kaasuvad häired (neuroloogiline häire, psüühoos, depressioon, mõnuainete kuritarvitamine anamneesis). <u>Võrreldi omavahel erinevate sekkumiste efektiivsust</u> (farmakoteraapia, vanemate käitumuslik teraapia, kombineeritud sekkumised ja teised alternatiivsed teraapiad). Kombinatsioonravi (farmakoteraapia+vanemate käitumuslik treening) ja stimulantravi mõjud <b>ei erinevad</b> üksteisest. Ühemõõtmelise meta-regressioonanalüüsi ES = 0,256; 95% CI -0,005–0,597; p = 0,140. Mitmemõõtmelise meta-regressioonanalüüsi ES = -0,196; 95% CI -0,504–0,111; p = 0,209.</p>	⊕○○○ Väga madal	KRIITILINE
------------------	--------------------------	----------------------	----------------------------	-------	-------------------	---	--	--------------------	------------

**Alternatiivse vs stimulantravi efektiivsus (hinnatud millega:: CRS, ARS, DBDRS)**

Töendatuse astme hinnang							Mõju	Töendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Töenduse ebakõla	Töenduse kaudsus	Töenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused			
107 <sup>4</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>aa,t</sup>	väga suur <sup>ab,ac</sup>	väike	suur <sup>f</sup>	tugevalt kahtlustatav avaldamise kallutatatus <sup>ad</sup>	Analüüsi kaasati 107 uuringut kokku 9883 osalejaga. Uuritavad olid ATH diagnoosiga (DSM-IV või RHK-10 järgi) vanuses 3-17,33 aastat. Välistati kaasuvad häired (neuroloogiline häire, psühoos, depressioon, mõnuainete kuritarvitamine anamneesis). <u>Võrreldi omavahel erinevate sekkumiste efektiivsust</u> (farmakoteraapia, vanemate käitumuslik teraapia, kombineeritud sekkumised ja teised alternatiivsed teraapiad). Stimulantravi oli <b>efektivsem</b> alternatiivsest ravist. Ühemõõtmelise meta-regressioonanalüüsi ES = -0,151; 95% CI -0,447–0,144; p = 0,314. Mitmemõõtmelise meta-regressioonanalüüsi ES = -0,419; 95% CI -0,794–0,045; p = 0,028. <small>af</small>	⊕○○○ Väga madal	KRIITILINE

#### Vanemate käitumusliku treeningu efektiivsus

73 <sup>5</sup>	jälgimisuuringud	väga suur <sup>ai,aj</sup>	väga suur <sup>ak,j</sup>	suur <sup>al</sup>	väga suur <sup>am,an,f</sup>	puudub	Analüüsi kaasati 12 meta-analüüsi. Uuritavad olid alla 18-aastased ATH diagnoosi või hästi kirjeldatud ATH-le omase sümptomaatikaga lapsed. <u>5 meta-analüüsi uurisid spetsiifiliselt vanemate käitumise treeningut</u> . Välistati uuringud, mis käitlesid ainult kombineeritud (farmakoteraapia+psühhosotsiaalsed sekkumised). <u>Kokku oli aluseks vähemalt 73 uuringut</u> , mis antud tulemusnäitaja analüüsi kaasati, 1 uuringu kohta ei ole teada aluseks võetud uuringute arvu (käitles 74 uuringut). Vanemate käitumusliku teraapia mõju hinnati järgnevalt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ATH sümptomit osas ES = 0,77; 95% CI 0,33 – 1,21</li> <li>• laste endi poolt hinnatud ATH sümptomite osas ES = 0,11</li> <li>• <b>mõõdukas efekt</b> r = 0,34, ES = 0,31; 95% CI -0,06–0,68</li> </ul> <small>am,ao,ap,aq</small>	⊕○○○ Väga madal	KRIITILINE
-----------------	------------------	----------------------------	---------------------------	--------------------	------------------------------	--------	---	--------------------	------------


#### Koolipõhiste sekkumiste efektiivsus

15 <sup>6</sup>	jälgimisuuringud	väga suur <sup>ai,aj</sup>	väga suur <sup>ak,j</sup>	suur <sup>al</sup>	väga suur <sup>am,an,f</sup>	puudub	Analüüsi kaasati 12 meta-analüüsi. <u>3 meta-analüüsi uurisid spetsiifiliselt koolipõhiste situatsiooniuhtimist (contingency management)</u> . <u>Kokku oli aluseks vähemalt 15 uuringut</u> , mis antud tulemusnäitaja analüüsi kaasati, 1 uuringu kohta ei ole teada aluseks võetud uuringute arvu (käitles 74 uuringut). Koolipõhise sekkumise mõju hinnati <b>mõõdukaks</b> ES = 0,39; 95% CI 0,21–0,57 <small>am,ar,as</small>	⊕○○○ Väga madal	KRIITILINE
-----------------	------------------	----------------------------	---------------------------	--------------------	------------------------------	--------	--	--------------------	------------


#### Sotsiaalsete oskuste treeningu efektiivsus (järelkontroll: vahemik 5 nädalat kuni 2 aastat; hinnatud millega:: DBDRS, ARS, CRS, ADHD Symptom Checklist, Child Symptom Inventory, SNAP-IV)

14 <sup>6</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>ai,j</sup>	suur <sup>ab,au</sup>	suur <sup>av</sup>	suur <sup>f</sup>	puudub	Analüüsi kaasati 25 uuringut kokku 2690 osalejaga. Uuritavad olid 5-18-aastased lapsed ATH diagnoosiga (DSM-IV, DSM-V, RHK-9 või RHK 10 järgi) või kes ületasid äraldikepunkti valideeritud hingamisskaalas. Ei välistatud kaasuvaid häireid (käitumishäire, depressioon, kiindumushäire, ärevushäired). <u>Võrreldi sotsiaalsete oskuste treeningu mõju sekkumise puudumisega, samaaegset ravimi kasutamist ei välistatud</u> , 19 uuringut raporteerisid andmeid ATH sümptomite kohta. <u>Primaarne meta-analüüs viidi läbi 14 uuringu alusel kokku 1379 osalejaga õpetajate poolt hinnatud ATH sümptomitele</u> . Sekkumisel leiti <b>mõju</b> SMD = -0,26; 95% CI -0,47– -0,05; p = 0,02. <u>Sekundaarne meta-analüüs viidi läbi 5 uuringu alusel kokku 582 osalejaga</u> . Sekkumisel <b>ei leitud mõju</b> kõige pikema järelkontrollijaga grupis SMD = -0,11; 95% CI -0,28–0,06; p = 0,20. <small>aw,ax</small>	⊕○○○ Väga madal	KRIITILINE
-----------------	--------------------------	----------------------	-----------------------	--------------------	-------------------	--------	---	--------------------	------------


Sotsiaalsete oskuste treeningu efektiivsus (järelkontroll: vahemik 5 nädalat kuni 2 aastat; hinnatud millega:: CRS, DBDRS; Strengths and Weaknesses of ADHD Symptoms and Normal Behaviors; Sluggish Cognitive Tempo; ADHD Symptom Checklist; ARS; Child Symptom Inventory; SNAP-IV; Child Attention Profile)

Tõendatuse astme hinnang							Mõju	Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused			
11 <sup>6</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>st,l</sup>	väga suur <sup>ab,ay</sup>	suur <sup>sv</sup>	suur <sup>f</sup>	puudub	Analüüsi kaasati 25 uuringut kokku 2690 osalejaga. Uuritavad olid 5-18-aastased lapsed ATH diagnoosiga (DSM-IV, DSM-V, RHK-9 või RHK 10 järgi) või kes ületasid äralõikepunkti valideeritud hingamisskaalas. Ei välistatud kaasuvaid häireid (käitumishäire, depressioon, kiindumushäire, ärevushäired). <u>Võrreldi sotsiaalsete oskuste treeningu mõju sekkumise puudumisega, samaaegset ravimi kasutamist ei välistatud.</u> 19 uuringut raporteerisid andmeid ATH sümptomite kohta. <u>Sekundaarne meta-analüüs viidi läbi 11 uuringu alusel kokku 1206 osalejaga vanemate poolt hinnatud ATH sümptomitele.</u> Sekkumisel leiti <b>mõju</b> SMD = -0,54; 95% CI -0,81 – -0,26; p < 0,001. <u>Teine sekundaarne meta-analüüs viidi läbi 3 uuringu alusel kokku 476 osalejaga.</u> Sekkumisel leiti <b>mõju</b> kõige pikema järelkontrolliajaga grupis SMD = -1,36; 95% CI -2,48 – -0,25; p = 0,02. <small>aw,ax</small>	 Väga madal	KRIITILINE


**Sotsiaalsete oskuste treeningu efektiivsus (järelkontroll: vahemik 10 nädalat kuni 6 kuud)**

2 <sup>6</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>st,l</sup>	väga suur <sup>ab,az</sup>	suur <sup>sv</sup>	väga suur <sup>f,z</sup>	puudub	Analüüsi kaasati 25 uuringut kokku 2690 osalejaga. Uuritavad olid 5-18-aastased lapsed ATH diagnoosiga (DSM-IV, DSM-V, RHK-9 või RHK 10 järgi) või kes ületasid äralõikepunkti valideeritud hingamisskaalas. Ei välistatud kaasuvaid häireid (käitumishäire, depressioon, kiindumushäire, ärevushäired). <u>Võrreldi sotsiaalsete oskuste treeningu mõju sekkumise puudumisega, samaaegset ravimi kasutamist ei välistatud.</u> 19 uuringut raporteerisid andmeid ATH sümptomite kohta. <u>Sekundaarne meta-analüüs viidi läbi 2 uuringu alusel kokku 106 osalejaga uuritavate poolt hinnatud ATH sümptomitele.</u> Sekkumisel <b>ei leitud mõju</b> SMD = -0,77; 95% CI -2,31 – -0,78; p = 0,33. <small>aw,ax</small>	 Väga madal	KRIITILINE
----------------	--------------------------	----------------------	----------------------------	--------------------	--------------------------	--------	---	---	------------


**Sotsiaalsete oskuste treeningu efektiivsus (järelkontroll: keskmine 6 kuud)**

3 <sup>6</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>st,l</sup>	väga suur <sup>ab,ba</sup>	suur <sup>sv</sup>	väga suur <sup>f,z</sup>	puudub	Analüüsi kaasati 25 uuringut kokku 2690 osalejaga. Uuritavad olid 5-18-aastased lapsed ATH diagnoosiga (DSM-IV, DSM-V, RHK-9 või RHK 10 järgi) või kes ületasid äralõikepunkti valideeritud hingamisskaalas. Ei välistatud kaasuvaid häireid (käitumishäire, depressioon, kiindumushäire, ärevushäired). <u>Võrreldi sotsiaalsete oskuste treeningu mõju sekkumise puudumisega, samaaegset ravimi kasutamist ei välistatud.</u> 19 uuringut raporteerisid andmeid ATH sümptomite kohta. <u>Sekundaarne meta-analüüs viidi läbi 2 uuringu alusel kokku 107 osaleja vaatlajate poolt hinnatud ATH sümptomitele.</u> Sekkumisel <b>ei leitud mõju</b> SMD = -3,15; 95% CI -9,88 – -3,57; p = 0,36. <small>aw,ax</small>	 Väga madal	KRIITILINE
----------------	--------------------------	----------------------	----------------------------	--------------------	--------------------------	--------	---	---	------------

**Neurofeedbacki vs farmakoteraapia efektiivsus (järelkontroll: keskmine 10 nädalat; hinnatud millega: BARS)**

1 <sup>7</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>ab,bc</sup>	väike	väike	väga suur <sup>bd,f,z</sup>	puudub	Analüüsi kaasati 57 uuringut. Uuritavad olid kuni 17 aastased lapsed diagnoositud ATH-ga, kes said mõnda mittefarmakoloogilist ravi koos ravimiga või üksinda. 4 uuringut kokku 353 osalejaga uuris <u>neurofeedbacki</u> mõju. <u>1 uuring kokku 91 osalejaga kombineeris neurofeedbacki metüülfenidaadiga. Ei leitud olulist statistilist erinevust metüülfenidaat üksinda, metüülfenidaat + neurofeedback või neurofeedback üksinda gruppide vahel (p = 0,031).</u> <ul style="list-style-type: none"><li>● Neurofeedback üksinda keskmine muutus 10,7; 95% CI 7,6 – 13,8</li><li>● Metüülfenidaat üksinda keskmine muutus 7,9; 95% CI 4,5 – 11,4</li><li>● Metüülfenidaat + neurofeedback keskmine muutus 8,6; 95% CI 5,0 – 12,2</li></ul> <small>be</small>	 Väga madal	KRIITILINE
----------------	--------------------------	----------------------------	-------	-------	-----------------------------	--------	--	---	------------

**Kognitiivse treeningu vs platsebo efektiivsus (järelkontroll: vahemik 4 kuud kuni 8 kuud; hinnatud millega: ARS)**

1 <sup>7</sup>	randomiseeritud uuringud	väike	väike	suur <sup>bd</sup>	väga suur <sup>bd,p,z</sup>	puudub	Analüüsi kaasati 57 uuringut. Uuritavad olid kuni 17 aastased lapsed diagnoositud ATH-ga, kes said mõnda mittefarmakoloogilist ravi koos ravimiga või üksinda. 5 uuringut kokku 405 osalejaga uuris kognitiivse treeningu mõju. <u>1 uuring 75 osalejaga võrdles kognitiivse treeningu mõju Gogmed RoboMemo programmi alusel platseeboga.</u> <ul style="list-style-type: none"><li>● Ei leitud olulist muutust ARS vanemate või õpetajate poolt hinnatuna 8 kuud peale sekkumist</li><li>● keskmine muutus vanemate hinnanguna 27 (SD = 11,5) vs 28 (SD = 11)</li><li>● keskmine muutus õpetajate hinnanguna 20,1 (SD = 9,8) vs 22,6 (SD = 12,3)</li></ul>	 Väga madal	KRIITILINE
----------------	--------------------------	-------	-------	--------------------	-----------------------------	--------	--	---	------------

Tõendatuse astme hinnang							Mõju	Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused			

**Kognitiivse treeningu vs platsebo efektiivsus (hinnatud millega: ADHD Index, CRS, BRIEF Metacognition Index)**

17	jälgimisuuringud	suur <sup>bb,bg</sup>	väike	suur <sup>df</sup>	väga suur <sup>p,2</sup>	puudub	Analüüsi kaasati 57 uuringut. Uuritavad olid kuni 17 aastased lapsed diagnoositud ATH-ga, kes said mõnda mittefarmakoloogilist ravi koos ravimiga või üksinda. <u>1 jälgimisuuring 52 osalejaga võrdles Cogmed sekkumist ootelistiga.</u> 4 kuu pärast leiti <b>oluliselt paremad</b> hindamisskaalade skoorid vanemate poolt hinnatuna.	⊕○○○ Väga madal	KRIITILINE
----	------------------	-----------------------	-------	--------------------	--------------------------	--------	--	--------------------	------------

**Farmakoteraapia vs lapse käitumuslik teraapia+vanema ja õpetaja treeningu efektiivsus (järelkontroll: keskmine 20 nädalat)**

17	randomiseeritud uuringud	suur <sup>bb,bg</sup>	väike	väike	väga suur <sup>p,2</sup>	puudub	Analüüsi kaasati 57 uuringut. Uuritavad olid kuni 17 aastased lapsed diagnoositud ATH-ga, kes said mõnda mittefarmakoloogilist ravi koos ravimiga või üksinda. <u>1 uuring 57 osalejaga võrdles farmakoteraapiat ja lapse käitumusliku teraapiat koos vanema ja õpetaja treeninguga.</u> Leiti <b>olulised muutused</b> IVA/CPT tähelepanu skaalas (p = 0,013). <ul style="list-style-type: none"> <li>Farmakoteraapia grupis tähelepanu skaala keskmine M = 2,1 (SD = 16,88)</li> <li>Psühholoogilise sekkumise grupis tähelepanu skaala keskmine M = -3,88 (SD = 16,24)</li> </ul>	⊕○○○ Väga madal	KRIITILINE
----	--------------------------	-----------------------	-------	-------	--------------------------	--------	--	--------------------	------------

**Kombinatsioonravi efektiivsus (järelkontroll: vahemik 6 kuud kuni 8 aastat; hinnatud millega: SNAP, Parent child relationship scale, WIAT, DISC, WISC, SWAN, PTA, HKT, CIS, SCAP, MASC)**

5 <sup>8</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>af,bh,bi</sup>	väike <sup>bj</sup>	väike	suur <sup>p</sup>	puudub	Analüüsi kaasati 8 uuringut kokku 1057 osalejaga, nendest 4 sisaldasid sama kohorti. Uuritavad olid 6-11 aastased lapsed ATH diagnoosiga (RHK-10 või DSM-IV järgi). <u>5 uuringut kokku 665 osalejaga käsitlesid kombinatsioonravi (farmakoteraapia + käitumuslik teraapia) efektiivsust.</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 uuring võrdles omavahel farmakoteraapiat, käitumisteraapiat, kombinatsioonravi ja standardravi omavahel. <b>Farmakoteraapia ja kombinatsioonravi näitasid 14 kuu pärast kõige suuremat paranemist ATH sümptomites</b> (ES = 0,6) võrreldes käitumisteraapia ja standardraviga (ES = 0,39) (p &lt;= 0,02). <b>24 kuu</b> pärast oli farmakoteraapia ja kombinatsioonravi endiselt efektiivsemad. <b>36 kuu</b> pärast ei erinenud uuringugrupid omavahel. Üldine ravimi tarvitamise protsent oli tõusnud. Kõikides ravigruppides nähtus paranemine ATH sümptomite osas (ES paranes 1,6-1,7). <b>8 aasta</b> pärast peale sekkumisi funktsioneerisid uuritavad (kõikide sekkumisgruppide omad) siiski halvemini kui nende mitte-ATH eakaaslased</li> <li>1 uuring võrdles farmakoteraapiat kombinatsioonraviga. <b>6 kuu</b> pärast oli kombinatsioonravi oluliselt efektiivsem ATH sümptomite ravi osas. <b>18 kuu</b> pärast jõudis farmakoteraapia järele.</li> </ul>	⊕○○○ Väga madal	KRIITILINE
----------------	--------------------------	-------------------------------	---------------------	-------	-------------------	--------	---	--------------------	------------

**Vanematele suunatud sekkumiste efektiivsus (hinnatud millega: CBCL, BASC, CRS, PACS, ARS, PKBS)**

8 <sup>9</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>af,bm</sup>	suur <sup>ab,bn</sup>	suur <sup>po</sup>	suur <sup>rf</sup>	puudub	<u>Analüüsi kaasati 8 uuringut kokku 399 osalejaga.</u> Uuritavad olid kuni 6-aastased lapsed ATH diagnoosiga (DSM või RHK järgi). 6 uuringut võrdlesid vanemate treeningprogrammi ootelistiga; 1 uuring võrdles kombineeritud vanem+laps treeningprogrammi ootelistiga; 1 uuring võrdles kombineeritud vanema treeningut+kooli konsultatsiooniprogrammi kogukonnaraviga ( <i>community treatment</i> ). Käitumuslikel vanemate sekkumistel oli <b>oluline mõju</b> kontrollgrupi ees (SMD = 0,61; 95% CI = 0,40 – 0,83; p < 0,001). Tulemuste osas ei olnud seost uuringugrupi keskmise vanusega, teraapia pikkusega, lapse kaasamisega teraapias	⊕○○○ Väga madal	KRIITILINE
----------------	--------------------------	-----------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	--------	--	--------------------	------------

**Vanematele suunatud sekkumiste efektiivsus (järelkontroll: vahemik 8 nädalat kuni 5 kuud; hinnatud millega: ARS, CRS, ECBI, DBDRS, CAP, HOA, PACS)**

Tõendatuse astme hinnang							Mõju	Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused			
11 <sup>10</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>ba</sup>	väga suur <sup>ab,br</sup>	väike	suur <sup>f</sup>	puudub	Analüüsi kaasati 11 uuringut kokku 603 osalejaga. Osalejad olid 3-18-aastased lapsed ATH diagnoosiga või kes ületasid valideeritud hindamiskaala äralõikepunkti. Uuriti vanemlike sekkumiste efektiivsust. Välistati uuringud, mis käsitlesid vanemlike oskuste sekkumisi koos mõne muu psühhosotsiaalse sekkumisega või uuritavatel olid spetsiifilised kaasuvad häired. Samaaegset farmakoteraapia kasutamist ei välistatud. Leiti <b>möödukas vähenemine</b> ATH sümptomite osas (SMD = 0,68; 95% CI 0,32 – 1,04; p < 0,001). Sensitiivsusanalüüsi järgi <b>ei olnud tulemused mõjutatud ravimi kasutamisest</b> ning seos suurenes (SMD = 0,77; 95% CI 0,35 – 1,19; p = 0,004). Sensitiivsusanalüüsi järgi jäid tulemused püsima nooremate laste (alla 60 elukuu) puhul (SMD = 0,63; 95% CI 0,20 – 1,07; p < 0,001). <small>bs,bl,bu</small>	⊕○○○ Väga madal	KRIITILINE

**Kognitiivse treeningu efektiivsus (järelkontroll: vahemik 6 nädalat kuni 1 aastat)**

14 <sup>11</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>bb,bv,bw</sup>	suur <sup>ab,bx</sup>	väike	suur <sup>f</sup>	puudub	Analüüsi kaasati 15 uuringut kokku 759 osalejaga. Uuritavad olid 3-18-aastased ATH diagnoosiga või kes ületasid valideeritud hindamiskaalade äralõikepunkti. Uuriti kognitiivse treeningu mõju. Ei välistatud samaaegset ravimi kasutamist, aga välistati haruldased kaasuvad haigused. 14 uuringut raporteeris ühe tulemusnäitajana ATH sümptomid. <b>Esines möödukas efekt</b> üldistele ATH sümptomitele (SMD = 0,37; 95% CI 0,09 – 0,66; p = 0,01) ja tähelepanupuudulikkusele (SMD = 0,47; 95% CI 0,14 – 0,80; p < 0,01). <b>Ei olnud efekti</b> hüperaktiivsusele-impulsiivsusele (SMD 0,14; 95% CI 0,07 – 0,35; p = 0,18). Sensitiivsusanalüüsiga, mis kaasas vaid <b>aktiivset kontrollgruppi, ei olnud mõju</b> ühelegi tulemusnäitajale (SMD = 0,16; 95% CI -0,23 – 0,55; p = 0,41). Kui analüüs piirati <b>tõenolise pimendamise</b> ga, vähenes sekkumise mõju ATH sümptomitele statistiliselt <b>ebaoluliseks</b> (SMD = 0,20; 95% CI 0,01 – 0,40; p = 0,04). Kui analüüs piirati <b>vähese ravimi kasutamisega/ravimi mittekasutamisega ei olnud sekkumise mõju ATH sümptomite oluline</b> (SMD 0,19; 95% CI -0,16 – 0,54; p = 0,30) <small>by,bz</small>	⊕○○○ Väga madal	KRIITILINE
------------------	--------------------------	-------------------------------	-----------------------	-------	-------------------	--------	--	--------------------	------------

**Kognitiivse treeningu efektiivsus (järelkontroll: vahemik 6 nädalat kuni 1 aastat)**

6 <sup>11</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>bb,bv,bw</sup>	suur <sup>ab,ca</sup>	suur <sup>v</sup>	suur <sup>f</sup>	puudub	Analüüsi kaasati 15 uuringut kokku 759 osalejaga. Uuritavad olid 3-18-aastased ATH diagnoosiga või kes ületasid valideeritud hindamiskaalade äralõikepunkti. Uuriti kognitiivse treeningu mõju. Ei välistatud samaaegset ravimi kasutamist, aga välistati haruldased kaasuvad haigused. 14 uuringut raporteeris ühe tulemusnäitajana ATH sümptomid. Sensitiivsusanalüüs, mis võttis aluseks 6 <b>töömälutreeningut käsitlevat uuringut, ei leidnud sellel mõju</b> ATH sümptomitele (SMD 0,00; 95% CI -0,31 – 0,31; p = 1,0).	⊕○○○ Väga madal	KRIITILINE
-----------------	--------------------------	-------------------------------	-----------------------	-------------------	-------------------	--------	---	--------------------	------------

**Kognitiivse treeningu efektiivsus (järelkontroll: vahemik 6 nädalat kuni 1 aastat)**

5 <sup>11</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>bb,bv,bw</sup>	väike	suur <sup>v</sup>	suur <sup>f</sup>	puudub	Analüüsi kaasati 15 uuringut kokku 759 osalejaga. Uuritavad olid 3-18-aastased ATH diagnoosiga või kes ületasid valideeritud hindamiskaalade äralõikepunkti. Uuriti kognitiivse treeningu mõju. Ei välistatud samaaegset ravimi kasutamist, aga välistati haruldased kaasuvad haigused. 14 uuringut raporteeris ühe tulemusnäitajana ATH sümptomid. Sensitiivsusanalüüs, mis võttis aluseks 5 <b>mitmeprotsessilist treeningut (suunitletud rohkem kui 1 neuropsühholoogilisele domeenile) käsitlevat uuringut, leidis suurt mõju</b> ATH sümptomitele (SMD = 0,79; 95% CI 0,46 – 1,12; p < 0,00001).	⊕○○○ Väga madal	KRIITILINE
-----------------	--------------------------	-------------------------------	-------	-------------------	-------------------	--------	---	--------------------	------------

**Sotsiaalsete oskuste treeningu kõrvaltoimed (järelkontroll: vahemik 20 nädalat kuni 6 kuud; hinnatud millega:: Spontaanne raporteerimine)**

2 <sup>6</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>st,l</sup>	väike	suur <sup>vv</sup>	suur <sup>r</sup>	puudub	Analüüsi kaasati 25 uuringut kokku 2690 osalejaga. Uuritavad olid 5-18-aastased lapsed ATH diagnoosiga (DSM-IV, DSM-V, RHK-9 või RHK 10 järgi) või kes ületasid äralõikepunkti valideeritud hingamiskaalas. Ei välistatud kaasuvaid häireid (käitumishäire, depressioon, kiindumusnäht, ärevushäired). 2 uuringut kokku 226 osalejaga raporteeris <b>andemaid sotsiaalsete oskuste treeninguuga seotud kõrvaltoime osas. Kõrvaltoimeid ei raporteeritud.</b>	⊕○○○ Väga madal	KRIITILINE
----------------	--------------------------	----------------------	-------	--------------------	-------------------	--------	--	--------------------	------------

CI: usaldusintervall

## Selgitused

- Pimendamise kohta info puudub.
- Toodud välja, et 100 uuringut (52,6%) olid kõrge nihke tõenäosusega, 85 uuringut (44,7%) olid ebaselge nihke tõenäosusega ja 5 uuringut (2,6%) olid madala nihke tõenäosusega.
- Uuringu autorid on hinnanud heterogeensuse suureks
- Tuleneb erinevatest uuringukavanditest, patsiendi populatsioonidest ja tulemusnäitajate hindamisest

- e. I2 = 46,6%
- f. Lai usaldusvahemik
- g. Kaasuvateks häireteks loeti käitumishäired, ärevus, depressioon, epilepsia
- h. Keskmine vanus oli 10 aastat
- i. Stimulantravis kasutati metüülfenidaati, amfetamiini
- j. Statistilist heterogeensust pole numbriliselt välja toodud
- k. Käsitleti metüülfenidaat+klonidiin
- l. Uuringu autorid viisid läbi põhjaliku nihke tõenäosuse analüüsi ja üleüldiselt hindasid kõik uuringud kõrge nihke tõenäosusega.
- m. Ebapiisavalt kirjeldatud randomiseerimist, pimendamist, väljalangemiste analüüsi, olid väikesed valimid.
- n. Statistilist heterogeensust ei ole välja toodud. Ei ole ka üldiselt kommenteeritud seda osa. Toodud välja, et 10-st uuringust 8 andsid vastuolulisi seoseid psühhosotsiaalsete sekkumiste osas ATH sümptomitele.
- o. Ei ole võrreldud farmakoloogiliste ja mittefarmakoloogiliste sekkumiste efektiivsust omavahel. Uuringutes, mis käsitles ravimite efektiivsust ei välistatud samaaegset psühhosotsiaalsete sekkumiste kaasamist ja vastupidi.
- p. Puudub usaldusvahemik
- q. Välistati osalejad, kellel oli kaasuv häire (käitumishäire, depressioon, ärevus, autism, intellektipüue) või kellel oli ATH kujunenud sekundaarselt mõne teise haiguse tõttu.
- r. Psühhosotsiaalsed uuringud raporteerisid tulemusnäitajad efekti suurusena/mõju suurusena, kõige sagedamini kasutades Cohen d, kus  $d = 1.0$  tähistab 1-SD erinevust tulemusnäitaja hinnangu skooridest algtasemest lõpptasemeni ravigruppide sees või 1-SD erinevus skooride muutuses algtasemest ravigruppide vahel. Kokkuleppeliselt Cohen d võrdumine 0.2 tähistab väikest efekti, 0.5 keskmist efekti ja 0,8 suurt efekti.
- s. 5 uuringus võeti samaaegselt sekkumisega farmakoloogilist ravi, 1 uuringu kohta umbes pooled uuritavatest.
- t. Uuringute kvaliteeti ei ole kirjeldatud.
- u. Erinevad uuringukavandid
- v. Pole võrreldud ravimsekkumise või mõne käitumusliku teraapiaga
- w. Usaldusvahemik anti 80%
- x. Mõju suurused (ES) kalkuleeriti vaid kontrolluuringu puhul, et anda suuremat kaalu rangematele uuringutele. ES kalkuleeriti võttes aluseks keskmine muutus algtasemest ravijärgseni ravigrupis miinus keskmine muutus algtasemest ravijärgseni kontrollgrupis, jagatuna koondatud algtaseme standardhällbega
- y. Mõned uuringud käsitlesid ravimite ja käitumusliku ravi kombinatsiooni. 2 uuringut käsitlesid psühhosotsiaalseid sekkumisi mõnuainetekuritarvitamise vähendamiseks. 3 uuringut rakendati farmakoloogilise raviga samaaegselt psühhosotsiaalseid sekkumisi, kuid uuringus kasutatud meetod ei võimaldanud otsest võrdlust sekkumiste vahel.
- z. Väike vaim
- aa. Pooled uuringud olid hinnatud kõrge kvaliteediga ja pooled madala kvaliteediga. Osade kohta hinnang puudus.
- ab. (Väga) suur statistiline heterogeensus.
- ac. I2=85,97-88,3%
- ad. Avaldamise kallutatuse analüüs Eggers'i testiga hindas selle oluliseks ( $t=4,48$ ,  $p < 0,001$ )
- ae. Kombineeritud sekkumine = stimulant+psühhosotsiaalne sekkumine
- af. Alternatiivsed teraapiad = kognitiivne treening, hipoteraapia, fluoksetiin, kaneeli aroomiteraapia, EEG biofeedback, liivamänguteraapia
- ag. Efekti suurused/Mõju suurused olid ühemõõtmelise analüüsi alusel vanemate käitumisteraapia ja alternatiivse teraapia grupis stimulantravi omast madalamad, ei olnud statistiliselt olulised tulemused. Kombinatsioonravi efekti suurus oli stimulantravi omast suurem, aga ka see ei olnud statistiliselt oluline. Mitmemõõtmelise analüüsi alusel jäid kõikide sekkumiste efekti suurused stimulantravi omast väiksemateks, olles kõik statistiliselt mitteolulised tulemused.
- ah. Ühemõõtmelises analüüsis eristati teiste faktorite mõju. Mitmemõõtmelises analüüsis võeti arvesse skaalade tüüpe, uuringutüüpe, avaldamise aastaid ja keskmist vanust.
- ai. Kõikides uuringutes ei kasutatud randomiseerimist, pimendamist. Pooltel oli puudusi tulemusnäitajate raporteerimises.
- aj. Vähemalt pooled uuringud hinnatud üldiselt madala kvaliteediga.
- ak. Uuringu üheks põhiprobleemiks on väga erinevate uuringukavandite kaasamine. Ühtlasi on olulisi erinevusi uuringute metodoloogias, tulemusnäitajate sünteesimises, kaasamis- ja välistamiskriteeriumites.
- al. Pole võrreldud erinevaid psühhosotsiaalseid sekkumisi omavahel või farmakoteraapiaga
- am. Valimi suurus ei ole välja toodud.
- an. Valimi suurus jääb ebaselgeks
- ao. Autorid toovad esile tulemuste laialdast vastuolu, kahtlustades selle põhjusena MA-de erinevat lähenemist tulemusnäitajale.
- ap. 4 MA tulemused 5-st ühtivad, mistõttu hinnatakse vanemate käitumusliku treeningu efektiivse sekkumisena ATH-ga laste raviks.
- aq. Uuringutes on mõju suurus väljendatud erinevalt, mistõttu oli otsesed võrdlusi võimatu teha.
- ar. Need tulemused toetavat koolipõhist situatsiooni juhtimist ATH sekkumisena.
- as. Contingency management is a behavioral treatment based on operant conditioning principles. Most commonly, the treatment provides something of monetary value to patients to incent them to not use drugs.
- at. Ei pimendatud
- au. I2 = 69%
- av. Uuritud vaid sotsiaalsete oskuste treeningu mõju, ei ole võrreldud farmakoloogilise raviga või mõne muu sekkumisega.
- aw. Uurigi autorid võrdlesid 2 sekkumisgrupi keskmisi skoori, et anda keskmine muutus (MD). Kaasatud uuringutes oli kasutatud erinevaid hindamisskaalasis sama konstrukti mõõtmiseks, seega kasutati standardiseeritud keskmist erinevust (SMD).
- ax. SMD puhul oli kokkuleppeliselt 0,15 või vähem kliiniliselt mitteoluline efekt; 0,15-0,40 kliiniliselt oluline aga väike efekt; 0,40-0,75 mõõdukas efekt; rohkem kui 0,75 suur efekt
- ay. I2 = 79%
- az. I2 = 91%
- ba. I2 = 98%
- bb. Autorid viisid läbi põhjaliku uuringute nihke tõenäosuse analüüsi.
- bc. Uuring on hinnatud madala kvaliteediga, suure nihke tõenäosusega
- bd. Uuringu autorid on viinud läbi põhjaliku analüüsi ja hinnanud tõenduse ebatäpsuse suureks.
- be. Kaasati vähemalt 50 osalejaga uuringud ning oluline oli võrdlusgrupi (muu mittefarmakoloogiline sekkumine, FDA heakskiidetud farmakoloogiline sekkumine või platseebo) olemasolu.
- bf. Ükski uuring ei võrrelnud kognitiivset treeningut farmakoloogilise sekkumisega.
- bg. Uuring hinnati mõõduka kvaliteediga, mõõduka nihke tõenäosusega
- bh. 3 uuringul esines selektiivset tulemusnäitajate raporteerimist
- bi. Pooltel uuringutel oli autorite poolt hinnatud mõõdukas kuni kõrge nihke tõenäosus, uuringu kvaliteet
- bj. 4 uuringut 5-st sisaldas sama kohort
- bk. Käitumisteraapia sisaldas intensiivset vanema, lapse ja koolipõhist sekkumist
- bl. Ravimitena kasutati metüülfenidaati, dekstroamfetamiini, pemoliini, imipramiini, bupropiooni, haloperidooli
- bm. Uuringute kvaliteeti ei ole hinnatud ega kirjeldatud
- bn. I2 = 65.1%
- bo. Pole võrreldud ravimsekkumisega

bp. Uuringutes käsitletud programmid olid: The Incredible Years Child and Parent Training Programs, Parent–Child Interaction Therapy, Incredible Years basic parent training program, Parent-based therapy, Behavioral parent training, Parent training program, Multicomponent parent training and classroom intervention, Revised New Forest Parenting Programme.

bq. Autorid ei ole kirjeldanud uuringute kvaliteeti. Tõenäoliselt ei ole uuringutes pimedatud, 1 uuring ei ole ka randomiseeritud

br. I2 = 79%

bs. Vanemlike sekkumiste all mõeldi sekkumisi, mis olid suunatud ATH-ga laste vanematele eesmärgida anda vaneamatele oskused käsitleda nende laste käitumist vähendades ebasoovitud käitumist (tähelepanupuudulikkus, hüperaktiivsus, impulsivsus).

bt. Uuringutes käsitletud sekkumised: Tripple P, sekkumised käitumishäiretele, New Forest Training Program

bu. 5 uuringus oli lubatud samaaegne farmakoteraapia kasutamine, keskmiselt 36% uuritavatest 1 uuringu kohta.

bv. Uuringud hinnati madala kuni mõõduka nihke tõenäosusega

bw. Probleeme pimendamise ja randomiseerimisega

bx. I2 = 71-76%

by. Aktiivne kontrollgrupp - sisaldas teisi arvutipõhiseid tegevusi või alterantivset treeningrežiimi. See tõstab tõenäoliselt pimendamise võimalust.

bz. Kokkuvõttes on vähe tõendust kognitiivse treeningu osas esmavaliku ATH ravimeetodina. Oli statistiliselt oluline efekt ATH sümptomitele kõige proksimaalsemate hindajate poolt tähelepanupuudulikkusele. Samas need näitajad langesid oluliselt, kui analüüsi piirati aktiivse kontrollgrupiga uuringutega või kui hindajad olid tõenäoliselt pimendatud ravivalikutele. Tõendus on suurem kognitiivse treeningu kasu osas adjuvantse ravimeetodina eesmärgiga vähendada neuropsühholoogilist kahjustust ca. I2 = 56%

## Viited

- 1.Catalá-López F, Hutton B,Núñez-Beltrán A,et al. The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials.. PLoS One; 2017.
- 2.Chan E, Fogler JM,Hammerness PG. Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents: A Systematic Review. JAMA; 2016.
- 3.Sibley MH, Kuriyan AB,Evans SW,et al. Pharmacological and psychosocial treatments for adolescents with ADHD: an updated systematic review of the literature. Clin Psychol Rev; 2014.
- 4.Yang KH, Lane HY,Chang YC,et al. Exploring the Effects of Pharmacological, Psychosocial, and Alternative/Complementary Interventions in Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-Regression Approach. Int J Neuropsychopharmacol; 2021.
- 5.Fabiano GA, Schatz NK,Aloe AM,et al. A systematic review of meta-analyses of psychosocial treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. Clin Child Fam Psychol Rev; 2015.
- 6.Storebø OJ, Elmoose Andersen M,Skoog M,et al. Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. Cochrane Database Syst Rev; 2019.
- 7.Goodie AP, Coeytaux RR,Maslow GR,et al. Nonpharmacologic Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. Pediatrics; 2018.
- 8.Parker J, Wales G,Chalhoub N,et al. The long-term outcomes of interventions for the management of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a systematic review of randomized controlled trials. Psychol Res Behav Manag; 2013.
- 9.Mulqueen JM, Bartley CA,Bloch MH. Meta-analysis: parental interventions for preschool ADHD. J Atten Disord; 2015.
- 10.Coates J, Taylor JA,Sayal K. Parenting Interventions for ADHD: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. J Atten Disord; 2015.
- 11.Cortese S, Ferrin M,Brandeis D,et al. Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 2015.