I Disturbi del Comportamento nella Disabilità Intellettiva

project
D A M A
Disabled Advance Medical Assistance

Dr.ssa Livia Sanna
Psichiatra
Equipe Psichiatria Forense
Servizio di Psichiatria di Bolzano
26 Ottobre 2018

AEB
arbeitskreis eltern behinderter
associazione genitori di persone in situazione di handicap

AUTONOME PROVINZ BOZEN – SÜDTIROL
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO – ALTO ADIGE
PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL
Südtiroler Sanitätsbetrieb
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Azienda Sanitera de Sudtirol
GESUNDHEITSBEZIRK BOZEN
COMPRENSORIO SANITARIO DI BOLZANO

Indice

- Definizione
- Epidemiologia
- Buona Pratica Clinica
- Criticità & Diagnosi
- Criticità & Trattamento
- Presente & Futuro

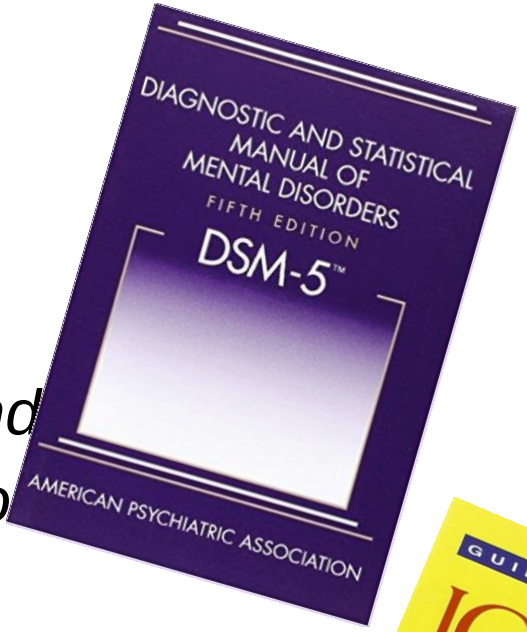
DSM 5

Disturbi del Neurosviluppo

- Disabilità Intellettive
- Disturbi della Comunicazione
- Disturbi dello Spettro Autistico

Disturbo neurocognitivo dovuto ad altra cond

medica, con alterazione del comportamento



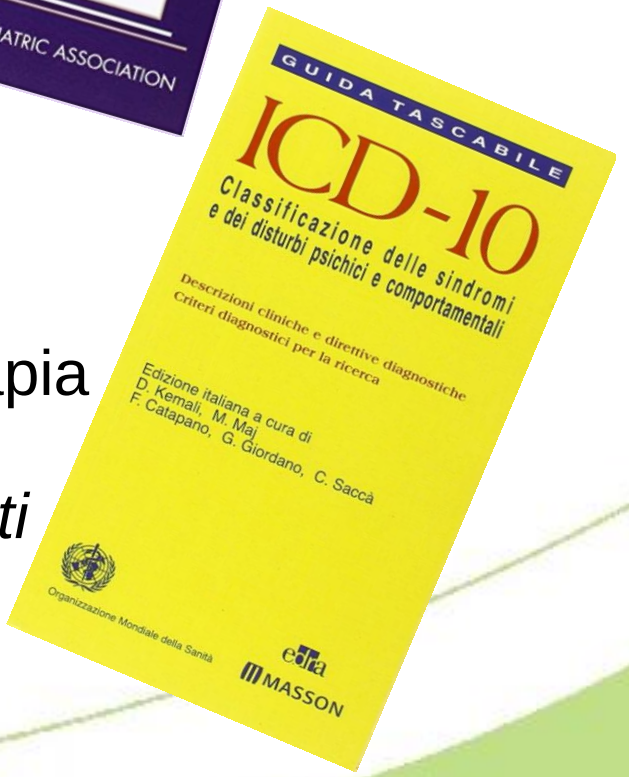
ICD 10

RM profondo, con disturbo del comportamento

- ✓ Nessun o minimo
- ✓ Evidente, che necessita di osservazione o terapia
- ✓ Altro disturbo del comportamento

Disturbi di Personalità e del Comportamento dovuti a malattia, lesione e disfunzioni cerebrali

Altri Disturbi Psichici dovuti a lesioni o disfunzioni cerebrali e a malattie somatiche



Prevalence Mental Health Comorbidity – 30% *(Cooper et al. 2007)*

Prevalence Mental Health Comorbidity – 30% *(Cooper et al. 2007)*

- Depressione – 30%
- Ansia – 21.3%
- Ipomania – 8.4%
- Psicosi – 15.5%

(Holden e Gitlesen, 2003)

Apatia

Equivalenti Depressivi

Fobia

Impulsività

Cicli Rapidi

Rituali

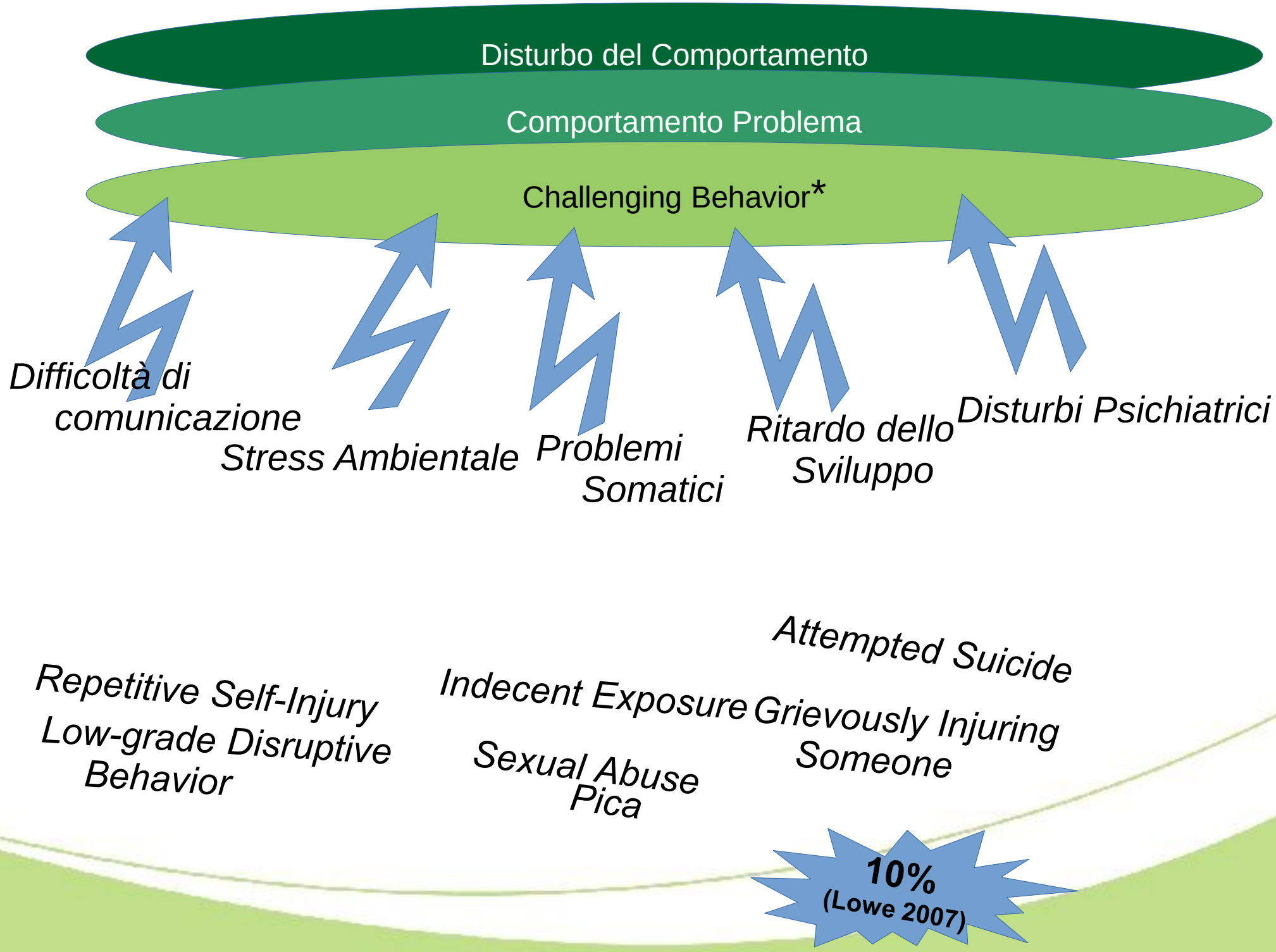
Ossessività

Disadattamento

Pseudoconvulsioni

Somatizzazioni

APPROCCIO DIMENSIONALE


Disturbo del Comportamento
Comportamento Problema
Challenging Behavior*
Difficoltà di comunicazione
Stress Ambientale
Problemi Somatici
Ritardo dello Sviluppo
Disturbi Psichiatrici
Attempted Suicide
Repetitive Self-Injury
Low-grade Disruptive Behavior
Indecent Exposure
Sexual Abuse
Pica
Grievously Injuring Someone
10%
(Lowe 2007)

CB è uno strumento di:

- Controllo socio-ambientale (evitare determinate attività o situazioni di stress)
- Comunicazione (attenzione, noia)
- Modulazione di disagio fisico (dolore, costipazione, effetti collaterali dei farmaci)
- Modulazione di disagio emozionale (depressione, ansia)

(Lowry e Sovener, 1991)

I Disturbi dello Spettro Autistico

The most challenging of challenges

- **70% ASD presenta DI**
- **(Schwartz&Neri, 2012)**
- **40% DI presenta ASD**
- **(LaMalfa et al. 2004)**
- **ASD aumenta di 2-3vv il rischio di problemi comportamentali, ansia, disturbi dell'umore, psic… iperattività e deficit d'attenzione in DI (Hill&Furniss 2006; Bradley&Issacs 2006, Kat… al. 2013)**
- **ID aumenta rischio di stereotipie, autolesionismo, attività ripetitive ristrette in AS**

Linee Guida per una Buona Pratica Clinica

- **Approccio BioPsicoSociale - Piano di Cura Multidisciplinare**
- Continuo interscambio di informazioni con professionisti coinvolti
- Coinvolgimento di Familiari e CareGivers
- Definizione di sintomi o clusters target di una determinata terapia farmacologica
- Registrare informazioni: quadro clinico, razionale, prescrizione off-label, dosaggi
- Range di efficacia equivalenti alla popolazione generale e non maggiore suscettibilità a
- Ricorrere a prescrizione farmacologica solo se:

1. altri tipi di intervento non sono sufficienti;
2. terapie per altre comorbidità psichaitriche o somatiche non hanno ridotto il CB;
3. c'è un elevato rischio di incolumità per il paziente o per gli altri

- Follow-up ≤ 3 mesi: risposta clinica, eff. avversi, revisione di terapia (discontinuation?)

✓ **Presentazione clinica atipica – es. equivalenti depressivi comportamentali**

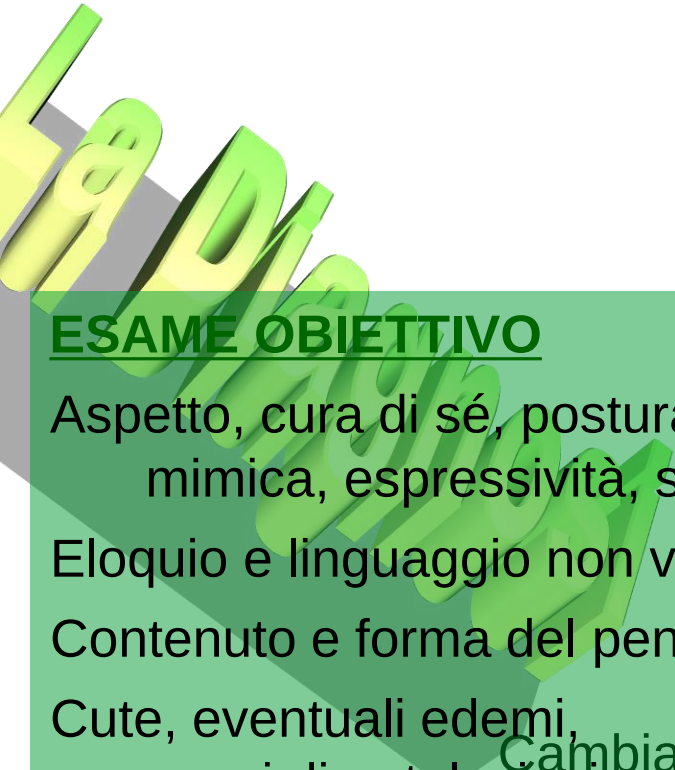
✓ **Inadeguatezza dei s[illegible]temi diagnostici e degli strumenti di assessment**

✓ **Difficoltà di comuncaz[illegible]e – misunderstanding del comportamento non verbal**

✓ **Storia clinica pregressa la[illegible]nosa – mancanza di documentazione**

✓ **Sintomi trasv[illegible] diverse [illegible]ad[illegible]ci categoriali – es. deficit competenze socia**

Criticità alla Diagnosi



ANAMNESI

Multiple fonti di informazione

Comorbidità somatiche e terapie in atto

Funzionamento cognitivo

Funzionamento sociale e “lavorativo”

Situazione abitativa

Abitudini e Funzioni vegetative – sonno, alimentazione, ciclo mestruale

Pregressi eventi di vita stressanti e risposta

Modificazioni quotidianità: salute, terapie, operatori, residenzialità, attività

Cambiamenti – aspetto, sonno/appetito, ciclo mestruale, interazioni, comportamento, rendimento

ESAME OBIETTIVO

Aspetto, cura di sé, postura, mimica, espressività, sguardo

Eloquio e linguaggio non verbale

Contenuto e forma del pensiero

Cute, eventuali edemi, segni di autolesionismo

Parametri vitali e andamento BMI

ESAMI & TEST

omo, funz. tiroidea, funz. epatica e renale, elettroliti, TDM psicofarmaci in atto, ammoniemia, folati.

ECG

EEG, RMN encefalo

Valutazione neurocognitiva

VALUTAZIONE FUNZIONALE

Antecedent – interno, esterno remoto, esterno prossimo

Behavior - emozionale, verbale, comportamentale, vegetativa

Consequences – rinforzo positivo, negativo, punizione

Criticità nel Trattamento

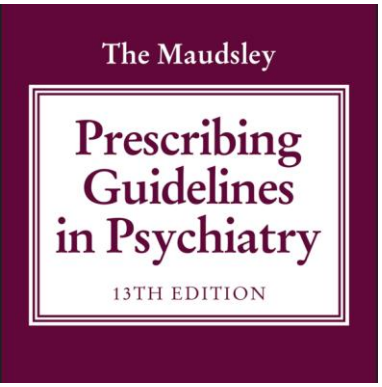
- ✓ **Tipologia di paziente spesso esclusa da letteratura scientifica**
- ✓ **Difficoltà di esecuzione di RCT**
- ✓ **Dati contrastanti**

Limited
Evidence Base

- ✓**Multiple comorbidità**
- ✓**Drug-Drug interactions**
- ✓ **Difficoltà in diagnosi categoriale → frequente prescrizione Off-Label**
- ✓ **Ipersensibilità e effetti paradossi (vulnerabilità somatica)**
- ✓ **Sintomi trasversali a diverse diagnosi categoriali – es. deficit competenze socia**

➢ **20-40% DI assumono psicofarmaci** (Deb 2006)**;** ***the most overmedicated group in s***

•**14-30% assume farmacoterapia per la gestione di CB, senza una diagnosi catego**



Drug class	Clinical applications	Notes
Antipsychotics[2]	Used across a broad range of behavioural disturbances. Most consistently useful for aggression and irritability	The most important yet most controversial drugs for behavioural problems. Although a recent RCT[3] cast doubt on their efficacy, the study was not without its problems and there is a significant body of other evidence supporting their use. Recent POMH-UK audit indicates that use by specialists is carefully considered and monitored Before the advent of atypicals, the best evidence was for **haloperidol**[4] in the context of autism although the risk of dystonic reactions was high[5] Growing evidence for **risperidone**[67] at low dose (0.5–2 mg) for aggression and mood instability **(now licensed for short-term use)**, particularly with [illegible] autistic cases also. Discontinuation studies suggest that longer-term treatment may be necessary in many cases **Aripiprazole**[8,9] recently granted FDA licence for behavioural disturbance in young people with autism and its use is growing in the adult population, especially because of reduced risk of weight gain Some evidence to support **olanzapine**[10] and case reports of **clozapine**[11] for very severe cases of aggression though [illegible] and unlikely to emerge outside specialist (inpatient) settings Results for **quetiapine** appear modest at best[12]

• *L'uso del Risperidone per trattare i CB in DI è quantomeno questionabile* (Singh et al. 2

•*Non siamo in grado di trarre alcuna conclusione definitiva circa gli effetti cognitivi e comportamentali della Clozapina nei DI* (Singh et al. 2010)

•2 RCT su Aripiprazolo …ma in età evolutiva e finanziati da casa farmaceutica…*evidence has to be interpreted with caution* (Deb et al. 201

Lithium[20]	Licensed for the treatment of self-injurious behaviour and aggression	Some RCT evidence[21] for LD though no studies in this population for many years: one positive RCT for aggression in adolescents without developmental impairment.[22] Experience suggests lithium can be very helpful in individual cases where other treatments have failed and it is possibly underused though side-effects can be problematic. Perhaps best considered where there is a subsyndromal or non-specific 'affective component'. Some authorities suggest that challenging behaviour may occur in the context of very rapid cycling bipolar disorder in some individuals with severe and profound learning disability and that the diagnosis is easily missed[23]
Naltrexone[24]	Has been used for severe self-injurious behaviour[25]	Evidence not strong and results are inconsistent. Use may still be an option in severe and intractable cases.

BDZ - alterano soglia epilettica; provocano effetti paradossi; peggiorano compromission

Drug class	Clinical applications	Notes
SSRIs	Helpful for severe anxiety and obsessionality in autistic spectrum disorder. Use is off-licence unless an additional diagnosis of anxiety disorder or OCD is made. Also used as a first-line alternative to antipsychotics for aggression and impulsivity	Commonly used in specialist services in conjunction with SGAs though limited evidence base for combination treatment. Effectiveness in absence of mood or anxiety spectrum disorder is unclear and a recent Cochrane review was pessimistic[13] about the evidence for their effectiveness for behaviour disorder in autistic children (who may be at heightened risk of adverse effects) though a little more encouraging in adults. Note quality of trials poor and effects may be exaggerated by use in less severe cases.[14] Caution needed because of the risk of precipitation of hypomania in this population[15]
Anticonvulsants[16]	Aggression and self-injury	Some uncontrolled studies supporting **sodium valproate**[17] in LD populations though evidence not strong and research findings contradictory. Remains best supported of the anticonvulsants for mood lability and aggression partly because of positive studies in the non-LD groups[18] Limited studies of **lamotrigine**, mostly in children, suggest no effect, at least in autism and in the absence of affective instability[12] Data for **carbamazepine** unconvincing, but still widely used[19]

Terapia al Bisogno

-Terapia regolare inadeguata? -Rischio di abuso

fattori scatenanti riconosciuti, e che non diminuiscono

Cosa facciamo già

- Protocollo di collabrazione ASSB-Serv. Psichiatrico (focus su accesso in PS e ricovero in SPDC)
- Discussione caso (progetto terapeutico-riabilitativo-educativo, interventi psichiatrici e psicologici)
- Intervento con e su caregivers - modificare dinamiche disfunzionali incancrenite, fornire strategie di coping
con tutte le figure professionali coinvolte (educatori, operatori, psicologa, MMG, neurologo)
- Intravisione del caso (approfondimenti diagnostici e intervento farmacologico)
con responsabile del Modulo Riabilitazione Psichiatrica (dr. Basso) e Primario (Prof. Con
- Consulenze esterne con specialisti competenti (es. Il Cerchio)
- Registrazione di consulenze e altre prestazioni, aggiornamento regolare della terapia su
- Scheda anamnestica per pazienti a maggior rischio di ricovero
- Diari e schede per registrazione sistematica di CB
- Follow-up ≤ 3 mesi, s.c. -rivalutazione clinica e revisione delle terapie, TDM regolari
- Progetto DAMA: visite ambulatoriali, integrazione con altri servizi e professionisti coinvolti

Cosa dovremmo fare ... e faremo!

- ✓Implementazioni strumenti diagnostici e di follow-up standardizzati, il più possibile specifici per sottopopolazioni
- ✓Formulazioni di protocolli di intervento individualizzati
- ✓Adeguamento degli spazi di cura (luci, rumori)
- ✓Real-life Studies
- ✓Aggiornamenti multidisciplinari

Grazie
per l'Attenzione!