

Samsjuklighet vid autism farmakologisk behandling

Håkan Jarbin
Chöl BUP Halland
BNP dagar 2012

Budskapet

- Samsjuklighet är regel – en diagnos undantaget dvs ”rule out”
- ALLA patienter (med autism) ska få en bred genomgång av samsjuklighet
- Behandla samsjuklighet enl specifik algoritm i följande ordning (acronym MDPAAS)
 - Mani
 - Depression
 - Psykos
 - Adhd
 - Anxiety
 - Sleep

Vad är samsjuklighet?

- Symptom/syndrom/problembeteende
 - som inte (bäst) förklaras av autism
 - Sänker funktion och/eller
 - Ger lidande

Varför ta upp samsjuklighet?

- Behandlingsbar!
- MYCKET VANLIG 70-90%
 - Variation pga Ålder? IQ? Selektion?
 - Ångestsyndrom, 40-85%
 - ADHD, 30-50%
 - Depression, 10-50%
 - Mani, 2-20%
 - Beteendestörning, 16-40%

Originalart. De Bruin EI et al, J Autism Dev Disord 2007;37:877-886
Mattila ML et al, J Autism Dev Disord 2010;40,1080-1093
Lugnegård T et al, Research Dev Disabil 2011;32,1910-1917
Mukaddes&Fateh, W J Biol Psychiatry 2010;11,486-492
Simonoff E et al, J Ch Adol Psychiatry, 2008;47,921-929

reviewer Skokauskas&Gallagher, Psychopathology 2010;43,8-16
Matson&Nebel-Schwalm, Research Dev Disabil 2007;28,341-352

Samsjuklighet diagnostik

- Vad sänker **funktionen**? (hemma, skola, fritid, socialt)
- Vad kan **bäst förklara** dessa symtom?
 - Kan det förklaras av autism eller kan man
 - Känna igen gestalten av ett annat syndrom
 - Kolla då först upp kärnsymtomen för ev samsjuklighet!
- Ju sämre IQ – svårare att rapportera o större stöd av ärftlighet!
- Baselinenivå vs. **episodicitet** (men belastningar i livet brukar också vara episodiska) Matson&Nebel-Schwalm, Research Dev Disabil 2007:28,341-352
- Ökar med selektion dvs mer på BUP än i population Matson&Nebel-Schwalm, Research Dev Disabil 2007:28,341-352

mani

- Stor variation i rapporterad förekomst; 2-20%
 - Hur avgränsas en episod av mani?
 - Spontan, eufori/irritabilitet som ger funktionsned+3/4 sy
 - Överdriven pratsamhet om monomana intressen eller uppvarvning i sb med stress är inte mani

Mani – algoritm behandling

1.

Diagnostik! Om osäker?

tro att det är något vanligare ex ADHD eller depression

2.

Avsluta SSRI och centralstimulantia

Svår o/e psykos
=slutenvård

Ej psykos

3.

Stabiliserare+
psykosmedel

Stabiliserare
eller psykosmedel

4. Byt/kombinera: psykosmedel + litium + valproat

5. Klozapin eller elbehandling

Depression

- Identifiering försvåras av
 - Nedsatt förmåga att beskriva inre liv
 - Tillbakadragna i grundpersonlighet
- Leta efter
 - Episodicitet, irritabilitet, suicidalitet
 - Ärftlighet
 - Vegetativa tecken om svår mental retardation
- Ökar efter puberteten
 - Prepubertalt 5-10% De Bruin EI et al, J Autism Dev Disord 2007:37:877-886
Mattila ML et al, J Autism Dev Disord 2010:40,1080-1093
 - Unga vuxna 50% med recidiverande depressioner!!
Lugnegård T et al, Research Dev Disabil 2011:32,1910-1917
 - Pga belastning i livet?
 - Vanligare vid lindrigare autism o normal IQ?
 - Sänker funktionsnivån Mattila ML et al, J Autism Dev Disord 2010:40,1080-1093

Depression- behandling

- **Psykopedagogisk behandling** är basen o grunden
 - FÖRE både KBT o farmaka
- **Tänk och stöd brett!**
 - Stressfaktorer i livet
 - Sömn, Motion, alkohol
 - Skola anpassas/mindre krav
 - Föräldradepression o familjekonflikt
 - Självskaðebeteende, s-försök, samsjuklighet
- **Utvärdera** ordentligt efter 4-6 veckor
- Ev. farmaka efter 6 veckor (om ej 50% bättre då)
 - enligt algoritm
 - Utvärdera o var aktiv

Algoritm för farmakabehandling av depression

steg 0

Psykopedagogik och stöd
måttlig depr 6-8 ve; svår depr 2 veckor

steg 1

Monoterapi: SSRI
fluoxetin, cit/srt/esc

Respons

Fortsätt

Ingen respons

steg 2

Monoterapi:
annat SSRI

Partiell respons

Respons

Fortsätt

steg 2a

Tillägg:
1. mirtazapin
2. bupropion
3. litium

Respons

steg 3

Monoterapi: annan grupp
Venlafaxin, Duloxetin,
Bupropion, Mirtazapin

Response

Fortsätt

Partiell eller ingen respons
= NY DIAGNOSTIK!

Bråk?
Alkohol?
ADHD?
Skola?
Fldr dep?
Etc...

Profylax

RASKA PÅ! 2-3 veckor på varje dos
BEHANDLA TILL REMISSION

Psykos

- Schizofreni med tidig debut har ofta (25-50%) en autismspektrumstörning i premorbid fas

Russell et al 1989, Rapoport J et al. 2009;

- Personer med autism får sällan schizofreni

Ghaziuddin M et al 1992, Volkmar FR et al 1991, Leyfer et al 2008

- Men studier pekar även på ökad risk –selektion?

- mot 3% schizofreni och 6% psykos

Tantam D , 1991

- Av PDD-NOS fick 35% scz spektrumdiagnos senare i livet!!

Mouridsen et al. J Neural Transm 2008;115:135-138

- Av MCDD (multiple complex developmental disorder) fick 22-64% psykos senare i livet

Van Engeland H et al. Schizophr Res 1994;11:197-207

Multiple Complex Developmental Disorder (MCDD) – bryggan mellan schiz o autism?

- **Brister i ångestreglering**
 - Ovanliga rädslor/fobier, bisarra ångestreaktioner
 - Ofta panik eller fritt flytande ångest
 - Episoder av desorganiserat beteende + omoget/våldsamt beteende
- **Brister i socialt beteende**
 - Ointresse, isolering
 - Ambivalent/ påtagligt avvikande relationsmönster
- **Tankestörning**
 - Irrationella konstiga idéer, magiskt tänkande
 - Perplex o tidvis rörig
 - Övervärdiga idéer, hänsyftning, paranoia
- Minst 5 av ovanstående o någon från varje grupp

”Kort sagt; konstig, udda, ångest/rädslor”

Psykos, behandling

- Atypiska psykosmedel
 - Modest effekt o allt inom 8 veckor
 - Koll på vikt, midjemått o metabolt lab (LDL, kolest, triglyc, glu)
- Klozapin
 - Om ej god effekt av 2 neuroleptika ska man prova!
 - Klart bättre effekt på behandlingsresistenta pat.
 - Koll på även blodbild, förstoppning, EKG, EP mm

ADHD

- DSM IV o ICD exkluderar ADHD vid autism
- Barn med PDD-NOS = ADHD på CBCL-attention
Achenbach TM 1991, manual for the CBCL
- Förekomst ca 40% på barn med IQ>70 o autism

De Bruin EI et al, J Autism Dev Disord 2007:37:877-886
Mattila ML et al, J Autism Dev Disord 2010:40,1080-1093

Adhd - farmaka

- **Metylfenidat**; (Ritalin, medikinet, equasym, concerta)
 - 1a handsmedel, basnivå vid måttlig-svår adhd
 - *RCT med n=66, ålder 7,5 år o IQ 62 (16-135!) visade att doserna 0,625 resp 1,25 mg/kg o d gav effektstorlek 0,77 (hyperaktivitet) och 0,60 (uppmärksamhet) efter 1 vecka. IQ eller ålder påverkade ej men 18% fick avbryta före studiestart pga tålde ej metylfenidat*

Posey DJ et al, Biol Psychiatry, 2007;61,538-544

- **Atomoxetin** (strattera)
 - 2a hands;
 - *Öppen studie av 16 barn på 7,7 år som fick atomoxetin 1,2 mg/kg o d o förbättrades effektstorlek drygt 1 på SNAP-IV men 18% tolererade ej A.*

Posey DJ et al, J Ch&Adolesc Psychopharm 2006;16,599-610

- **Alfa-agonister** (catapresan, intuniv)
 - 3e hands; vid hyperaktivitet, sömn!, bråkig
 - *Öppen studie på 25 barn, 9 år, fick guanfacin 2-6 mg/d i 8 veckor och hyperaktivitet förbättrades effektstorlek 1,4 vs baseline men 12% fick avbryta pga irritabilitet*

Scahill L et al, J Ch&Adolesc Psychopharm 2006;16,589-598

- **Amfetamin** (amfetamin, metamina, adderallXR)
 - Bäst effekt, när M ger effekt men dysfori

Ångestsyndrom

- DSM-IV exkluderar GAD och social fobi menvad kan bäst förklaras av autism resp av ångestsyndrom?
- Förekomst runt 50% och barn=vuxna

- Specifik fobi ofta vanligast
 - Sprutor, djur o folksamlingar

De Bruin EI et al, J Autism Dev Disord 2007;37:877-886
Mattila ML et al, J Autism Dev Disord 2010;40,1080-1093
Muris et al J Anx Disorder 1998;12,387-393

- Social fobi

Simonoff E et al, J Ch Adol Psychiatry, 2008;47,921-929

- OCD varierar (3-30%!)
 - autism med ritualer eller OCD; kolla:

Mukaddes&Fateh, W J Biol Psychiatry 2010;11,486-492

- Egodyston
- Episodisk
- Typiska symtom som tvättvång pga bakterierädsla etc. med intention att handling minskar tvångstanke

Ångestsyndrom, behandling

- **KBT!!**

- *RCT studie av KBT (n=28) mot väntelista (n=19) till barn 8-13 år med sep ång (n=8), GAD (n=14), soc fobi (n=20), spec fobi (n=3) o paniksyndrom (n=2) och IQ>70 som fick 12 gruppssessioner. Efter KBT blev 71% av med diagnos medan väntelistan var oförändrad. Program var Cool Kids med daptation: av mer vsiuellt, fler arbetsblad, mer avspänning o konkret exponering med exponering hemma av veckoläxa ist f exponering i grupp*

Chalfant AM et al, J Autism Dev Disord 2007,37:1842-1857

- **Börja (nästan) alltid med enbart KBT!**

- **SSRI** i långsam titrering

- Risker: agitation, mani, illamående, ångeststegring

- *Vid behandlingsrefraktär OCD*

- **SSRI+risperidon/aripiprazol**
- **Klomipramin + fevarin**

- *Vid GAD eller kräkfobi eller katastrofal sömn...*

- **quetiapin**

Budskapet

- Samsjuklighet är regel – en diagnos undantaget dvs ”rule out”
- ALLA patienter (med autism) ska få en bred genomgång av samsjuklighet
- Behandla samsjuklighet enl specifik algoritm i följande ordning (acronym MDPAAS)
 - Mani
 - Depression
 - Psykos
 - Adhd
 - Anxiety
 - Sleep