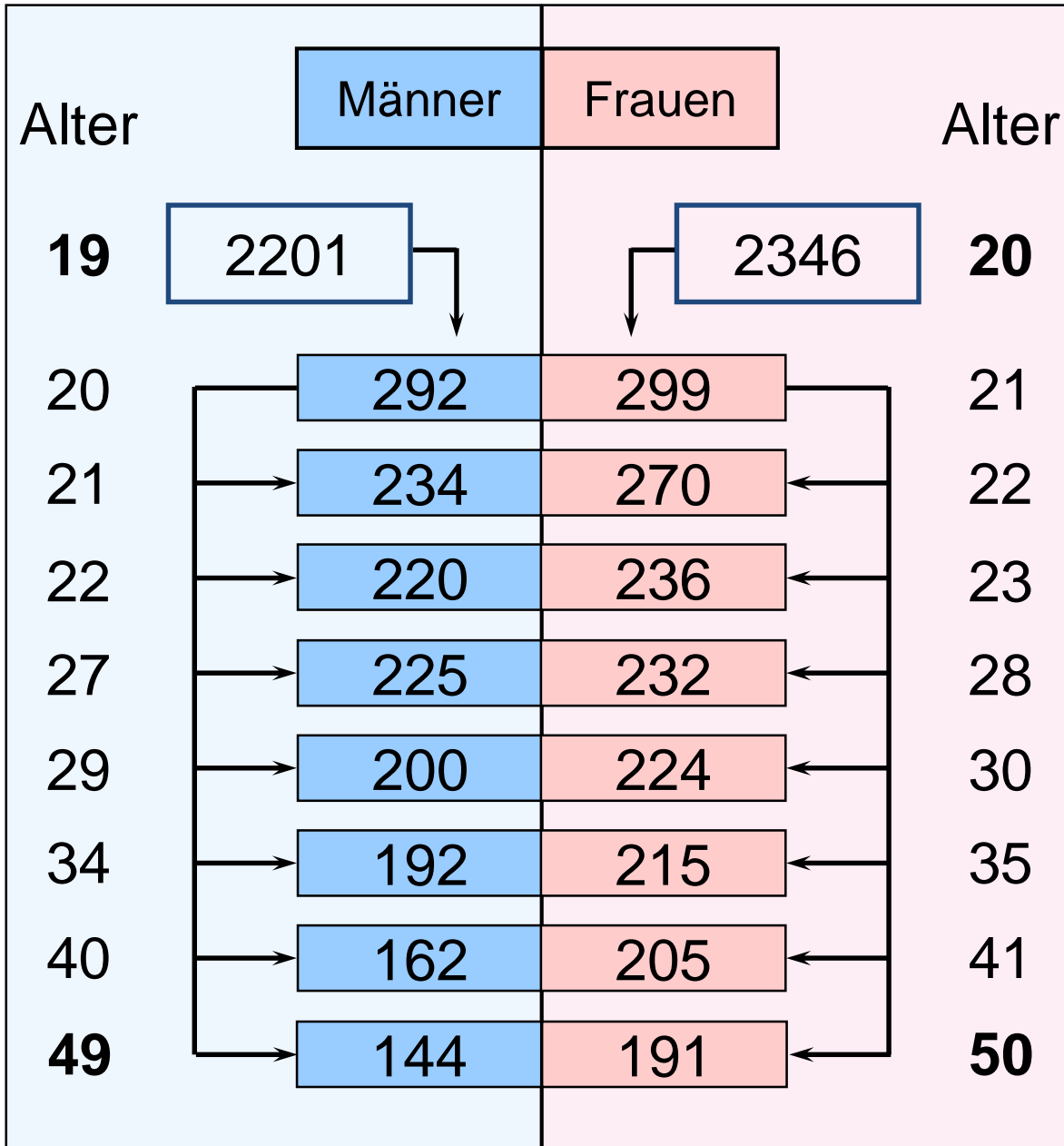


Affektive Störungen und Komorbidität mit Substanzmissbrauch

Jules Angst,
Psychiatrische Universitätsklinik
Zürich

SGBP
Zürich, 24.10.2015

Zürich Studie 1978-2008



1979 Interview

1981 Interview

1986 Interview

1988 Interview

1993 Interview

1999 Interview

2008 Interview

Diagnostik

- Affektive Störungen:
 - DSM-IV
 - modifizierte DSM-5 Kriterien:
modifiziert=keine Hierarchie von Energie/Aktivität über Stimmung (erhöht/gereizt)
 - Zürich Kriterien für Bipolarität
- Sucht: Abhängigkeit (oder ev. Missbrauch)
- Komorbidität:
 - somatische Syndrome/Diagnosen
 - psychiatrische Diagnosen: DSM-III-R/DSM-IV

Hypomanie/Manie

DSM-IV

- Mood symptoms A
- 3 / 4 of 7 symptoms
- Duration: ≥ 4 days
- Consequences

Zurich

- overactivity **or** Mood symptoms A
- 3/4 of 7 symptoms
- Duration: ≥ 2 days
- Consequences

DSM-5

- Overactivity **and** mood symptoms A
- 3/4 of 7 symptoms
- Duration: ≥ 4 days
- Consequences

Hypomanie/Manie

DSM-IV

- Mood symptoms A
- 3 / 4 of 7 symptoms
- Duration: ≥ 4 days
- Consequences

DSM-5

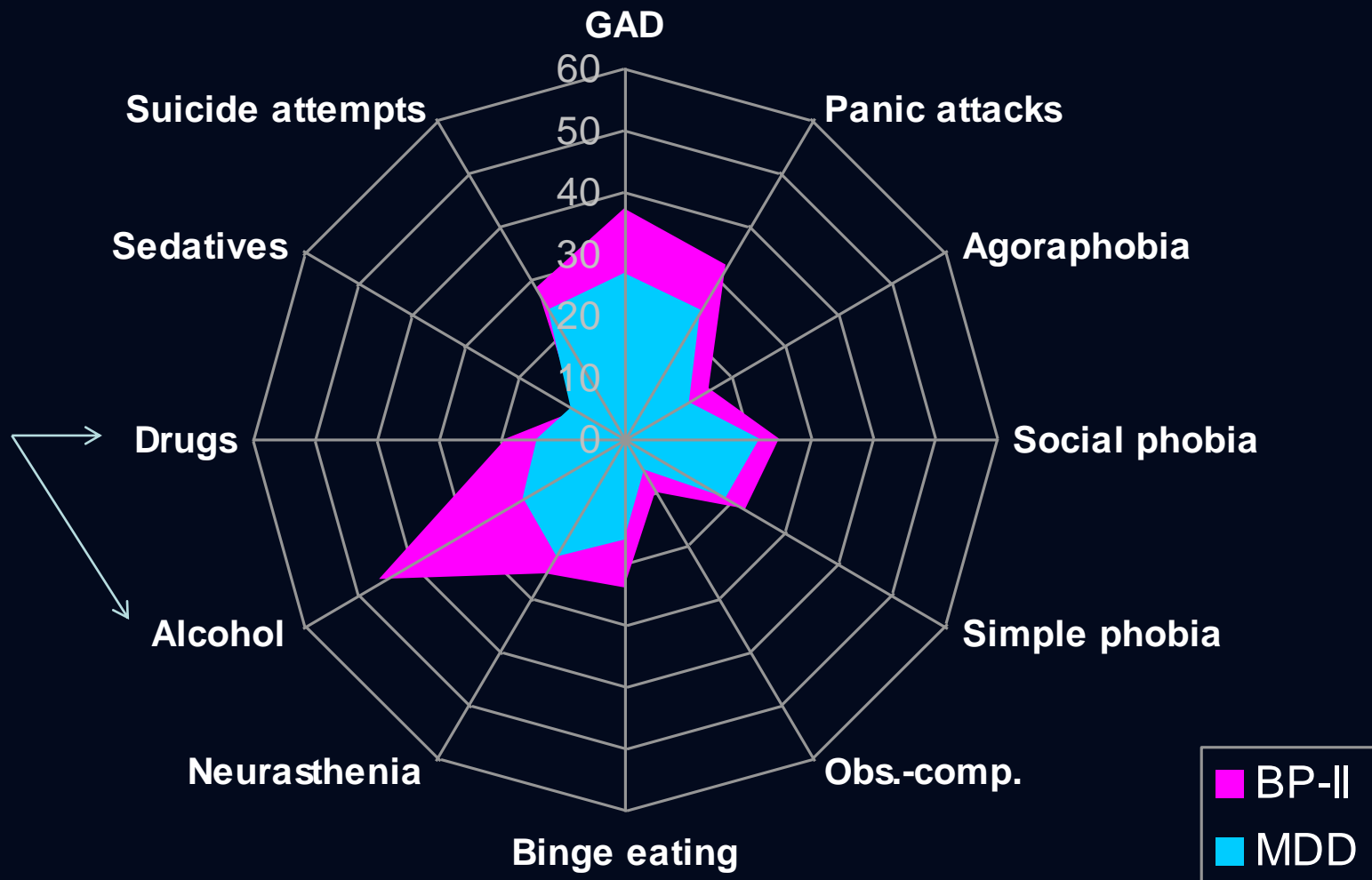
- overactivity **and** Mood symptoms A
- 3/4 of 7 symptoms
- Duration: ≥ 4 days
- Consequences

Zurich

- Overactivity **or** mood symptoms A
- 3/4 of 7 symptoms
- Duration: ≥ 2 **days**
- Consequences

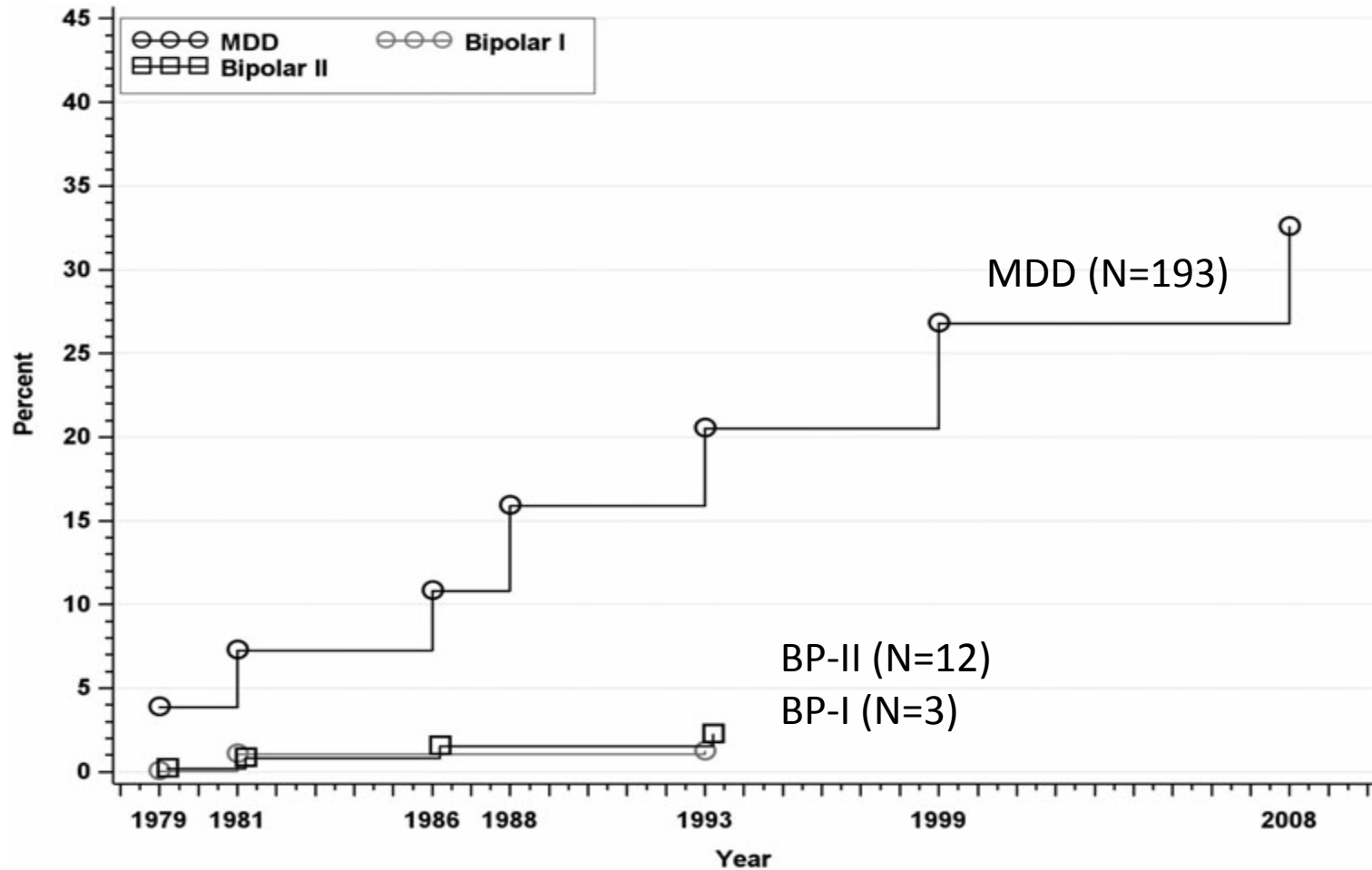
Zurich Study Comorbidity

MDD (N=101) vs. BP-II (N=89)



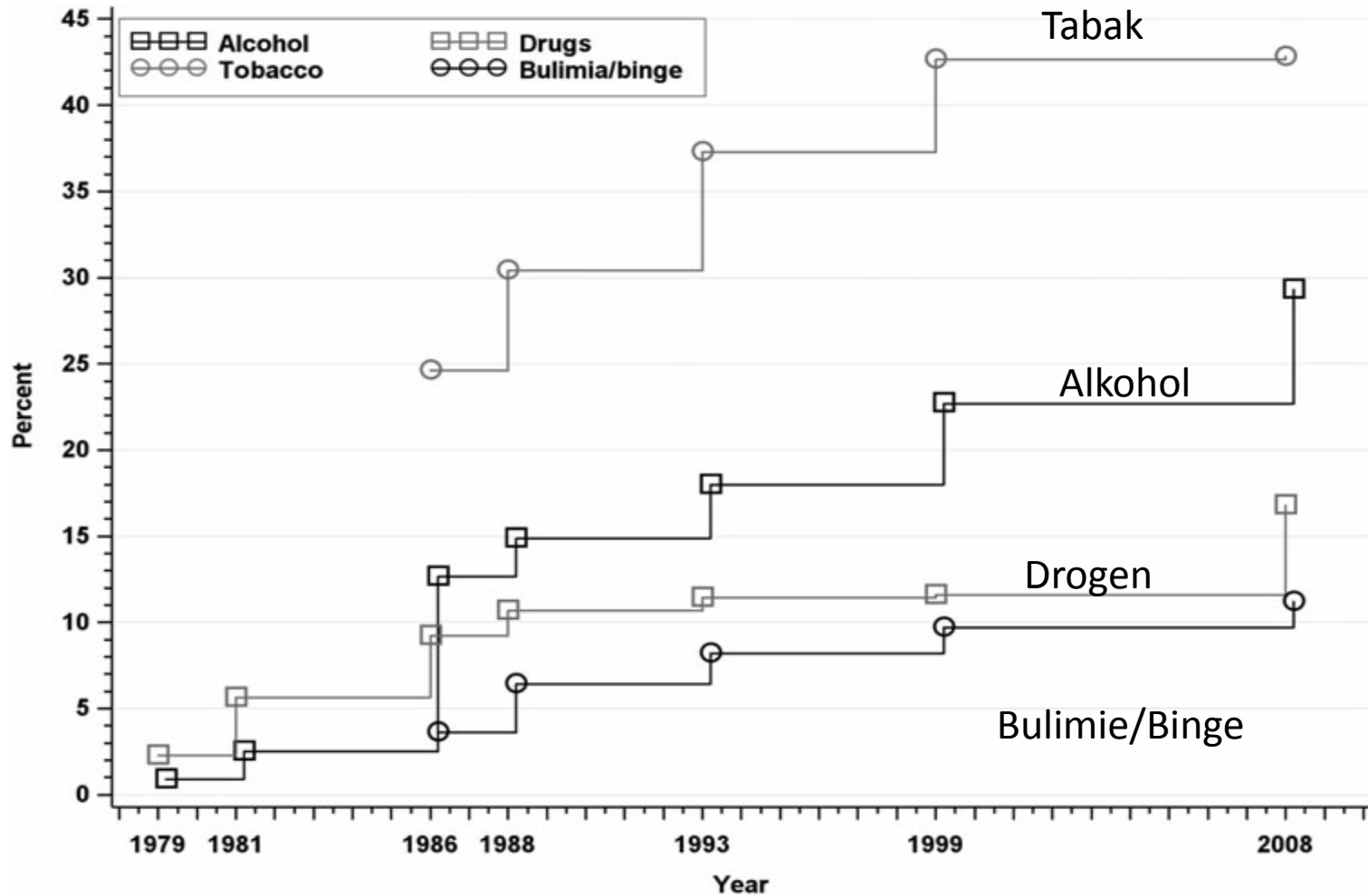
Zürich Studie DSM-IV Kriterien

Kumulative Inzidenzen affektiver Störungen



Zürich Studie

Kumulative Inzidenzen von Suchten und Bulimie



Zürich Studie

Methodisches

Zürich Studie: Psychiatrische Syndrome

- Sorgen um Gesundheit
- Panik
- Angst
- Spezifische Phobie
- Soziale Phobie
- Agoraphobie
- PTSD
- Depression
- Suizidalität
- Hypomanie/Manie
- Zwänge
- Rauchen
- Alkohol Missbrauch
- Sedativa Missbrauch
- Drogen Missbrauch
- Stimulantien Missbrauch
- SCL-90-R

Zürich Studie: Somatische Syndrome

- Magen
- Darm
- Atmung
- Herz
- Kreislauf
- Rücken
- Allergien
- Schlaf
- Appetit
- Kopfschmerzen
- Schmerzen
- Erschöpfung/Schwäche
- Menstruation
- Sexualität

Graduierung somatischer Syndrome nach Dauer und Distress/Leiden (letzte 12 Monate)

		Distress			
		0	1-30	31-60	61-100
Tage	0	0	0	0	0
	1-7	0	1	1	2
	8-30	0	1	2	3
	31-365	0	2	3	3
Syndrom	kein	0			
	mild	1			
	moderat	2			
	schwer	3			

SPIKE Interview Zürich Studie

Einstiegsfragen zur Hypomanie

- a) Ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass Sie *ohne besonderen Grund* sehr viel unternehmungslustiger, aktiver, weniger ermüdbar, weniger schlafbedürftig als gewöhnlich waren (z.B. mehr gesprochen haben, mehr herumgereist sind, mehr betriebsam waren, etc.)?
- b) War das so stark, dass Sie dadurch in Schwierigkeiten geraten sind, z.B. mit sich selbst, mit anderen oder mit Ihren Finanzen?
- c) Haben andere Leute (z.B. Familienangehörige, Partner, usw.) solche Zustände bei Ihnen festgestellt, so dass sie dachten, etwas wäre mit Ihnen nicht in Ordnung?

Hypomanie Diagnostik (A-D)

Zürich Kriterien modif. von DSM-5

- **A. mit und ohne** Dominanz von Aktivität über Stimmung
- **B. Symptome nach DSM-5: ja**
- **C. Max Episodendauer: 2+ Tage**
- Schätzung: N Tage in Hypomanie über die letzten 12 Monate
- Distressmessung unsinnig, absolut nicht valide
- **D. Folgen** (Arbeit etc.) subjektiv: **pos., pos.+neg., neg.**
 - Folgen aus **Sicht v. Drittpersonen**

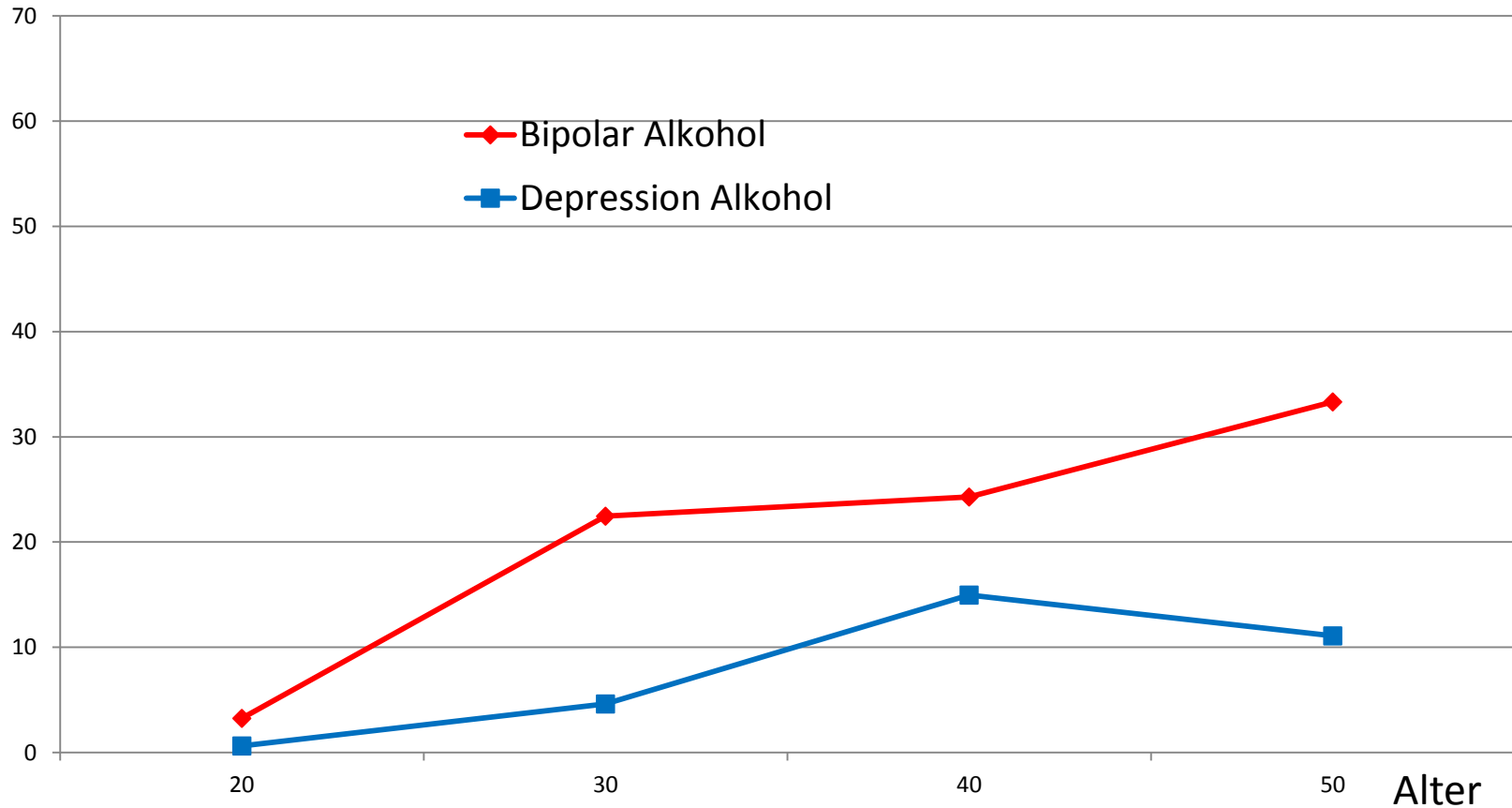
Zürich Studie

Ergebnisse mit DSM-IV Diagnostik

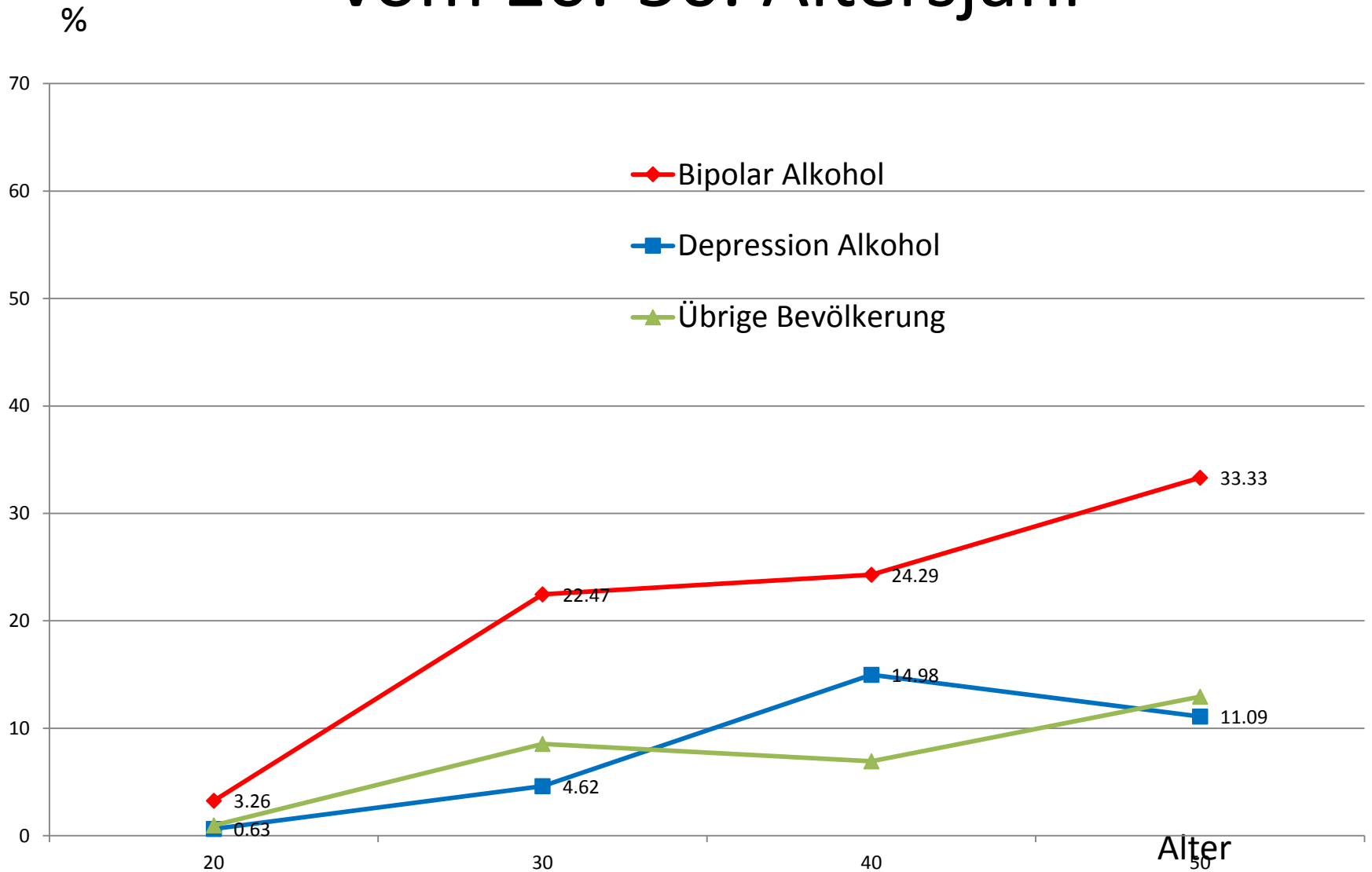
Angst J, Paksarian D, Cui L, Merikangas KR, Hengartner MP, Ajdacic-Gross V, and W. Rössler. :The epidemiology of common mental disorders from age 20 to 50: results from the prospective Zurich Cohort Study. Epidemiol . Psychiatr. Sci. 2015. 9 pages doi.

Einjahresprävalenz Alkoholabusus bei bipolar und depressiv Erkrankten vom 20.-50. Altersjahr

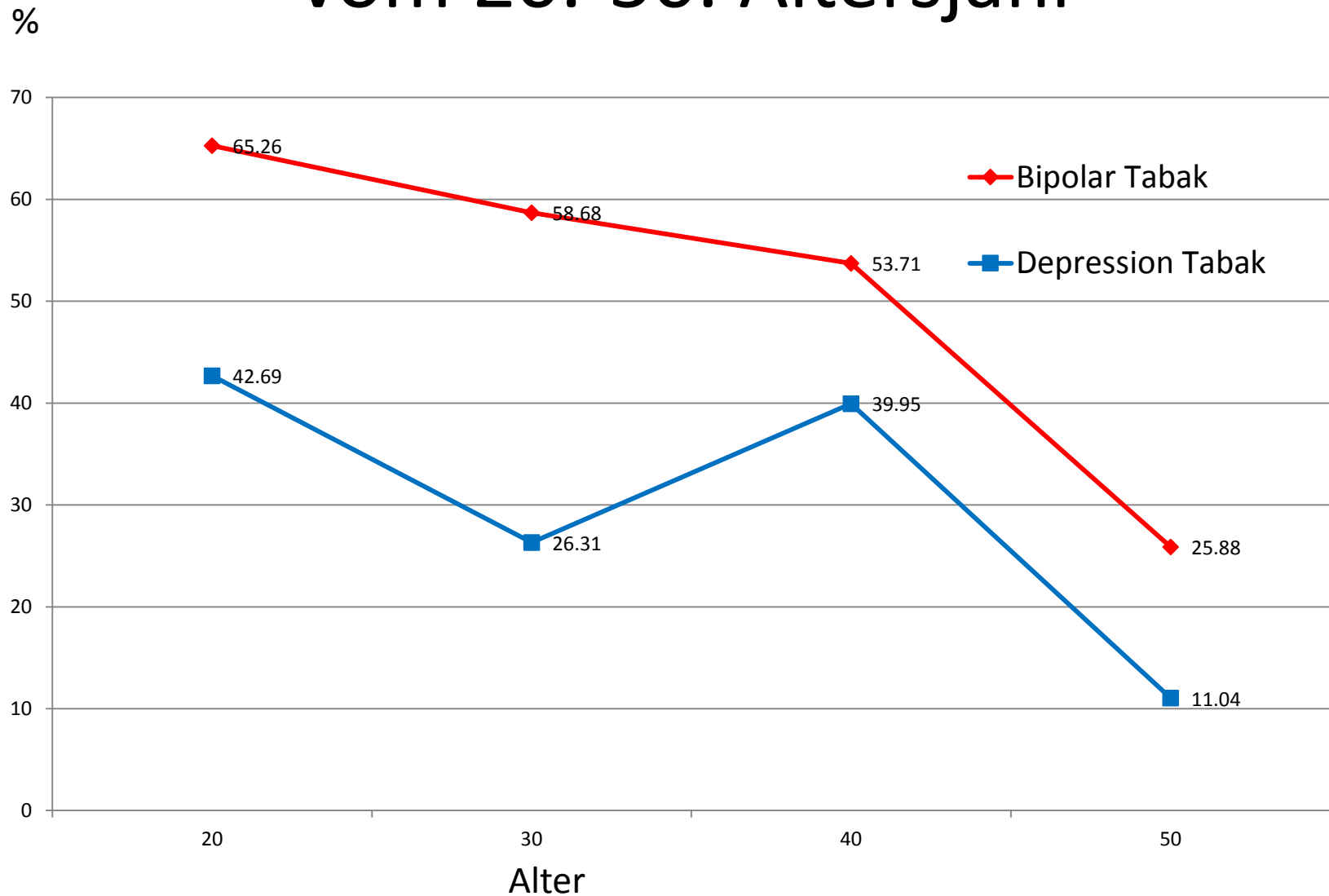
%



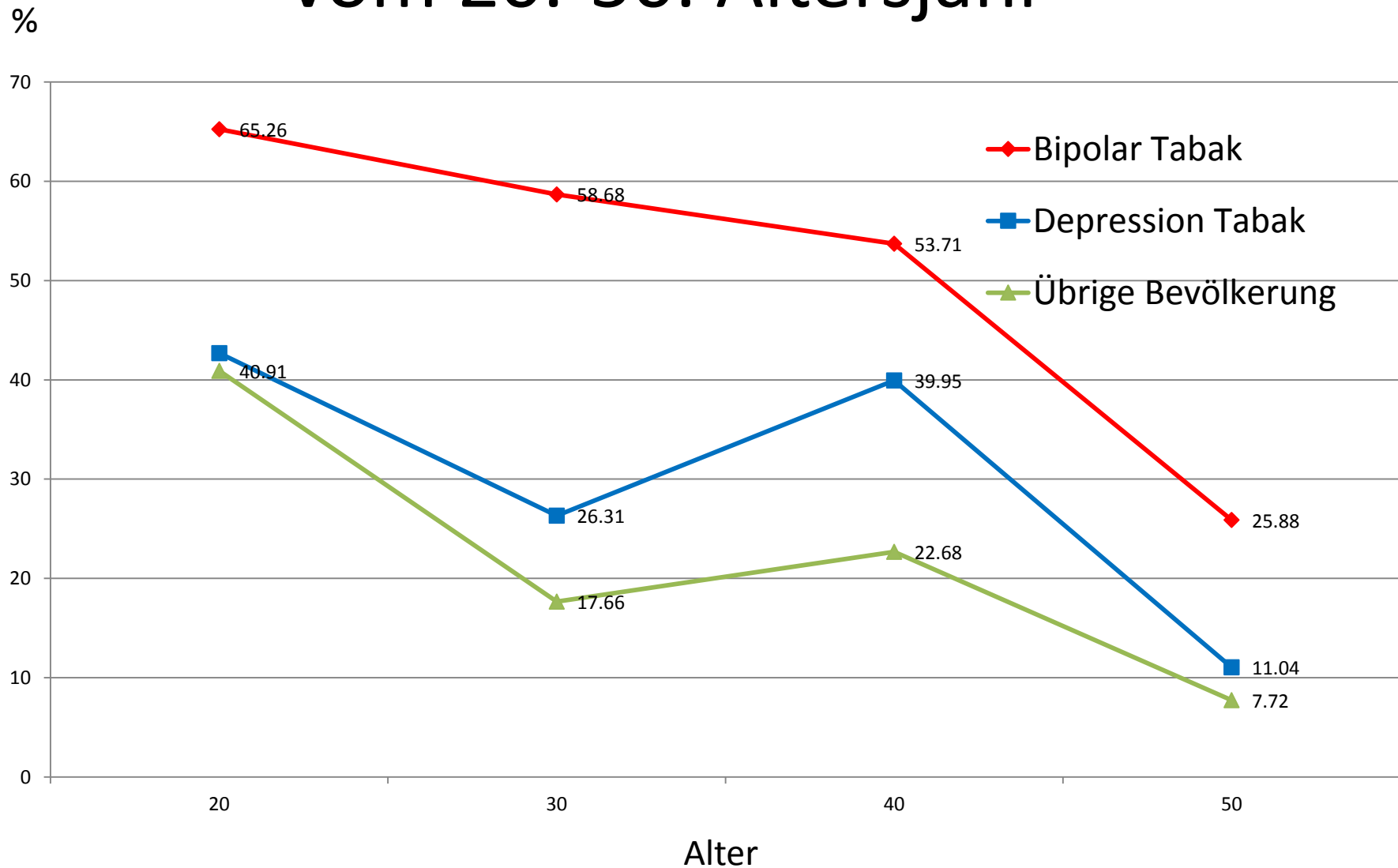
Einjahresprävalenz Alkoholabusus vom 20.-50. Altersjahr



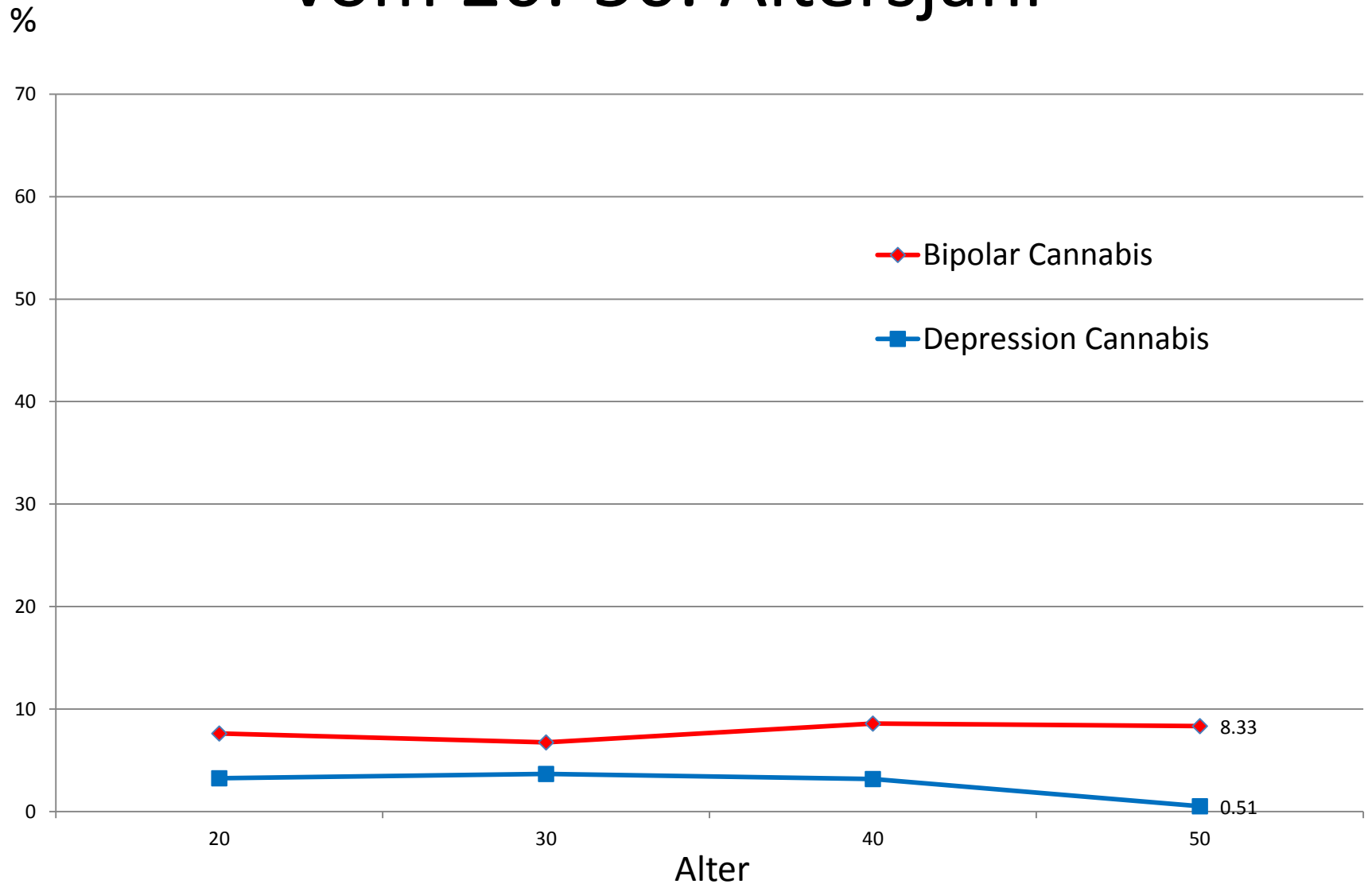
Einjahresprävalenz Tabakabusus vom 20.-50. Altersjahr



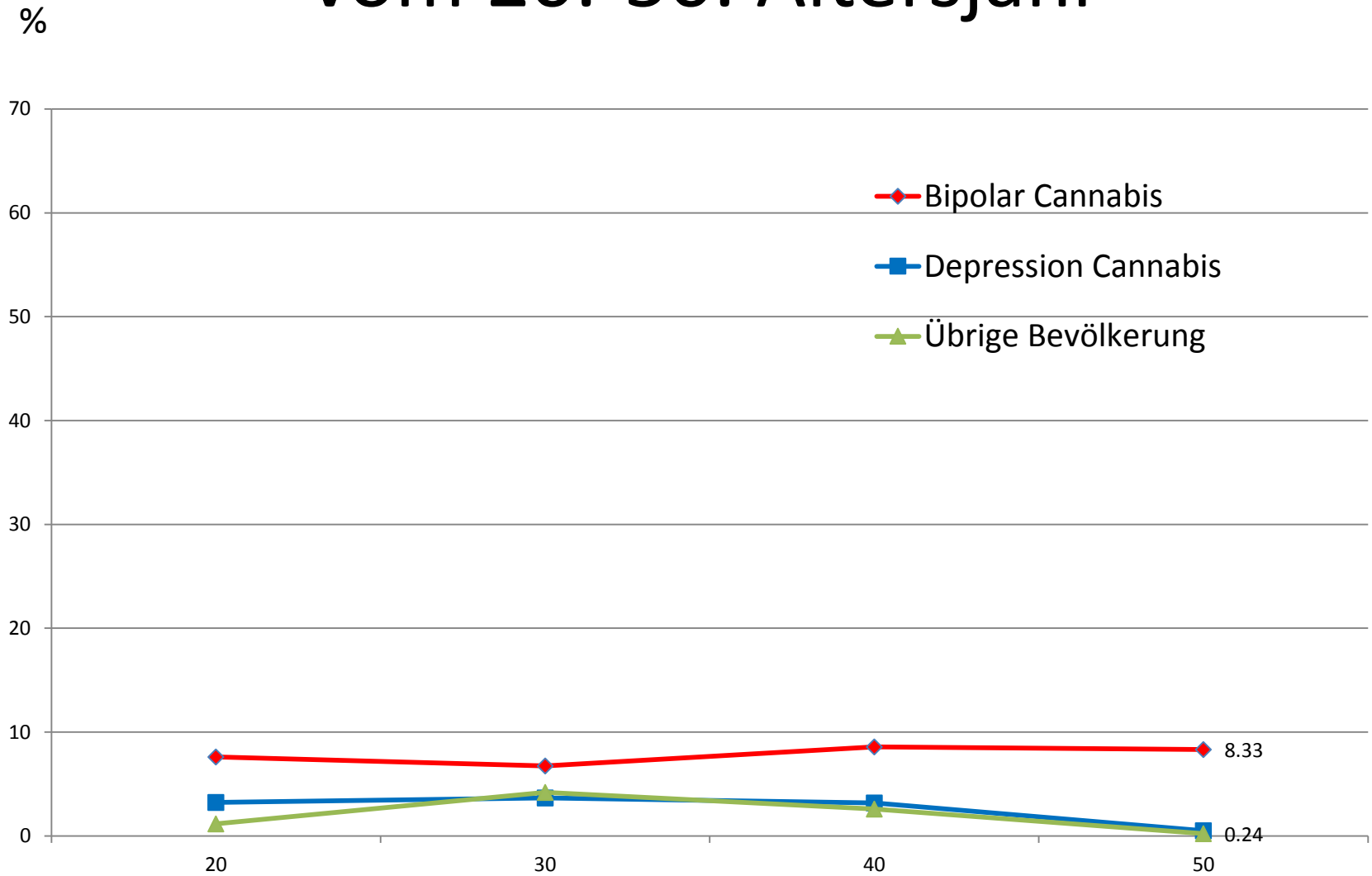
Einjahresprävalenz Tabakabusus vom 20.-50. Altersjahr



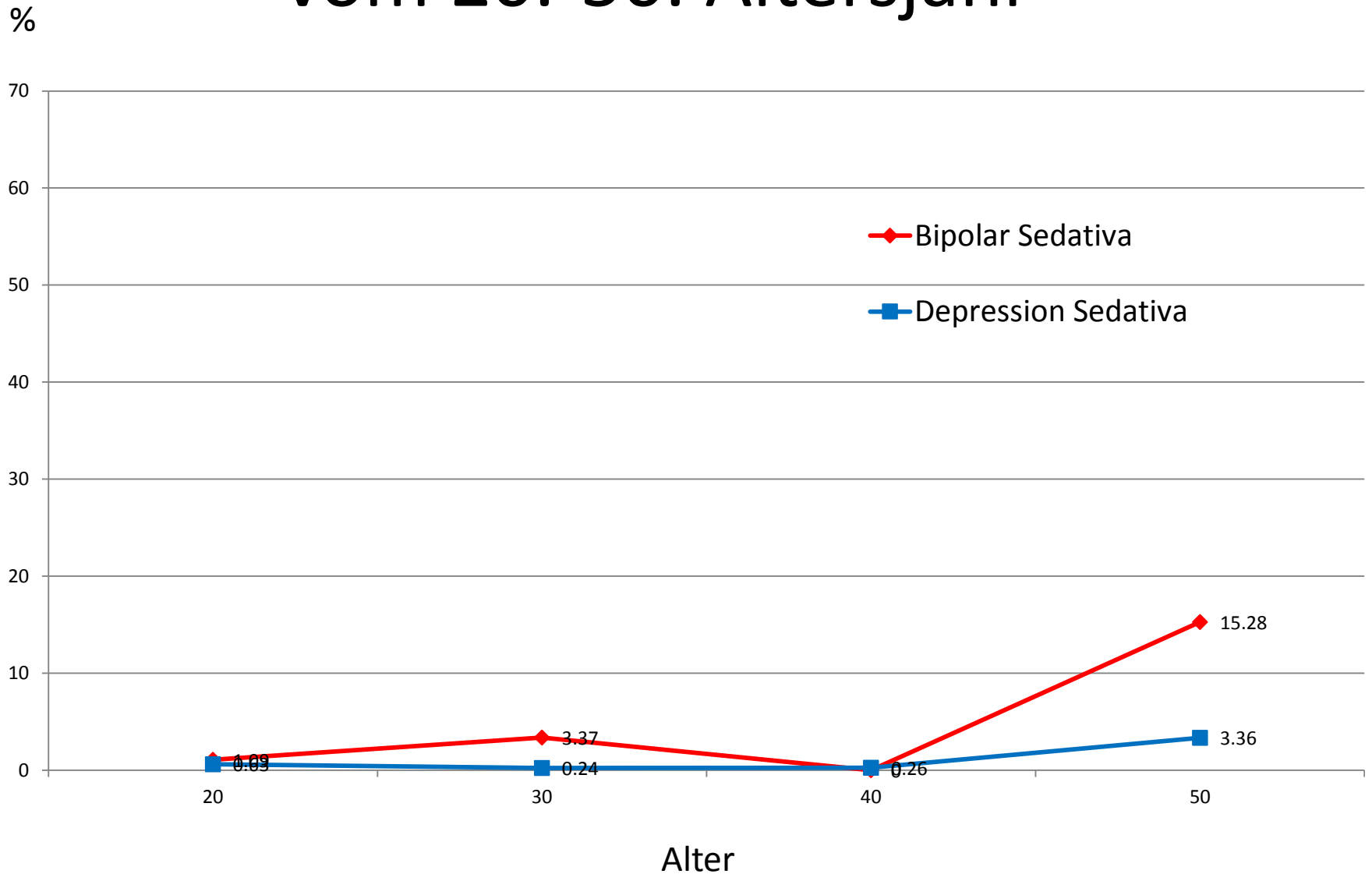
Einjahresprävalenz Cannabisabusus vom 20.-50. Altersjahr



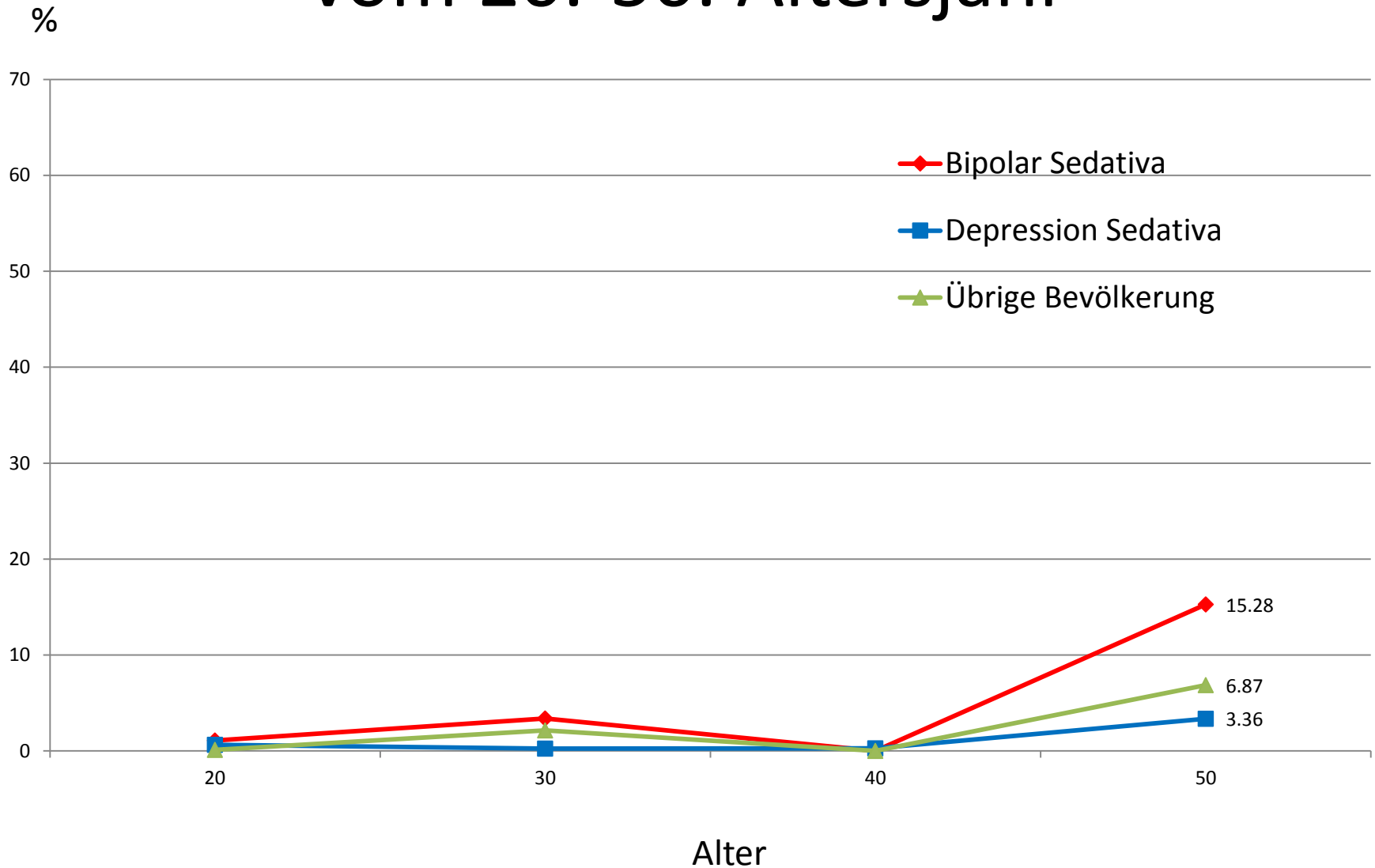
Einjahresprävalenz Cannabisabusus vom 20.-50. Altersjahr



Einjahresprävalenz Sedativa (Abusus) vom 20.-50. Altersjahr



Einjahresprävalenz Sedativa (Abusus) vom 20.-50. Altersjahr



Zürich Studie

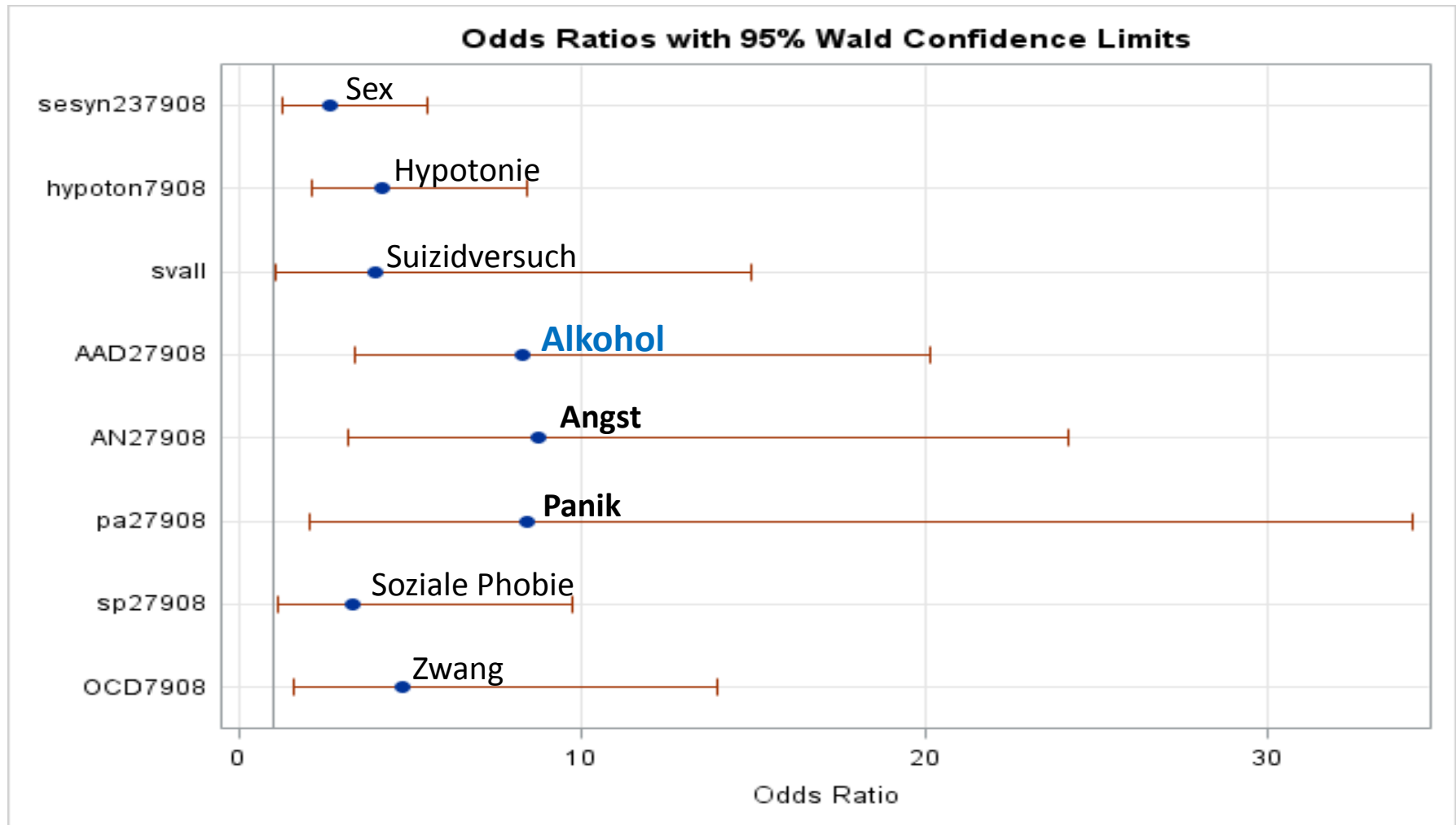
**Multiple logistische Regressionen ungewichtet
Ergebnisse mit Zürich Diagnostik der Bipolarität**

BP-I/II N=92

MDD N=133

Bipolare Diagnosen (N=92) vs. Kontrollen* (N=205)

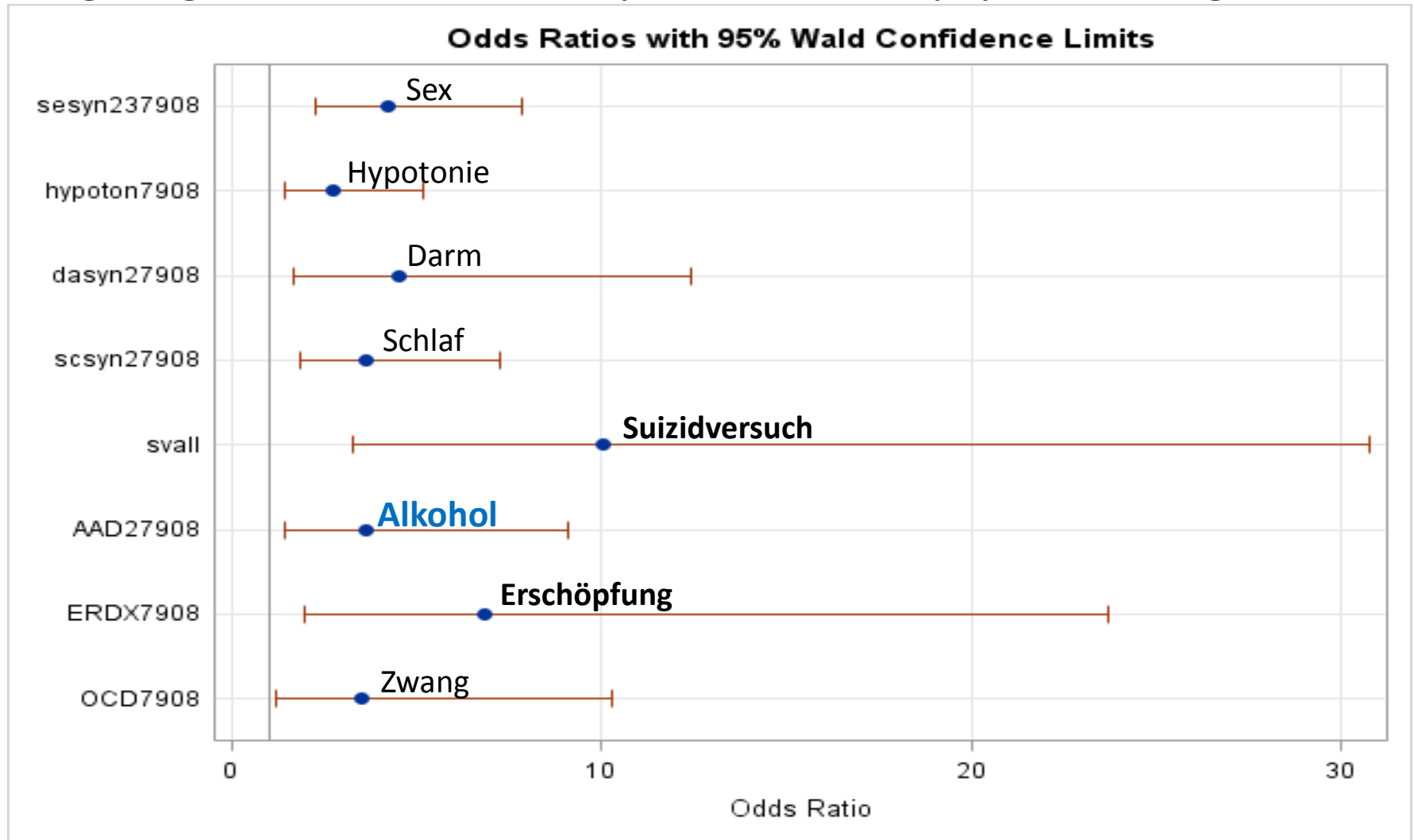
Log. Regression mit somat. Syndromen und psychiatr. Diagnosen



ungewichtet

* Kontrollen: keine major oder minor mood disorders

Major Depression (N=133) vs. Kontrollen* (N=205): Log. Regression mit somat. Syndromen und psychiatr. Diagnosen



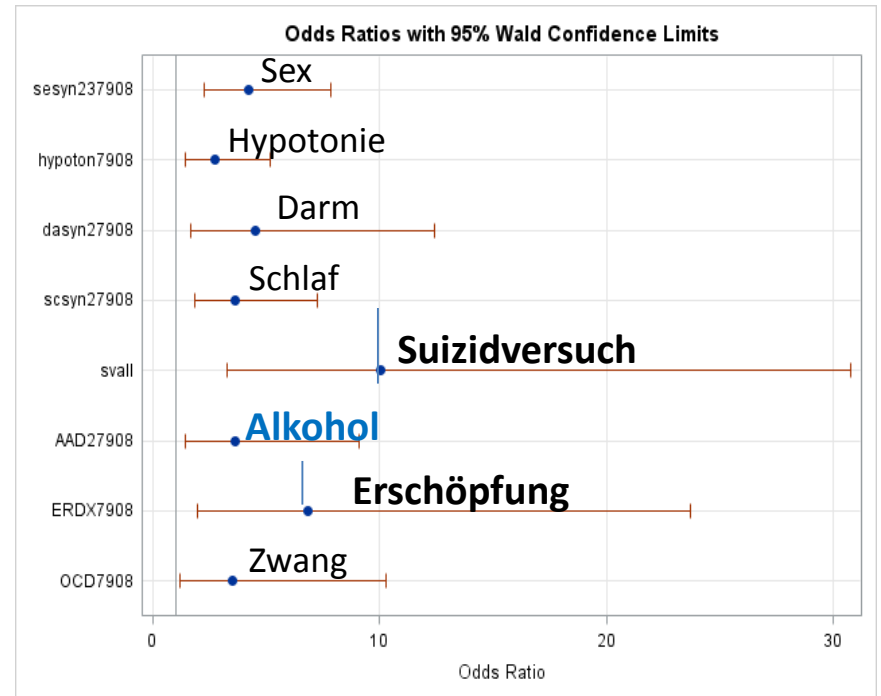
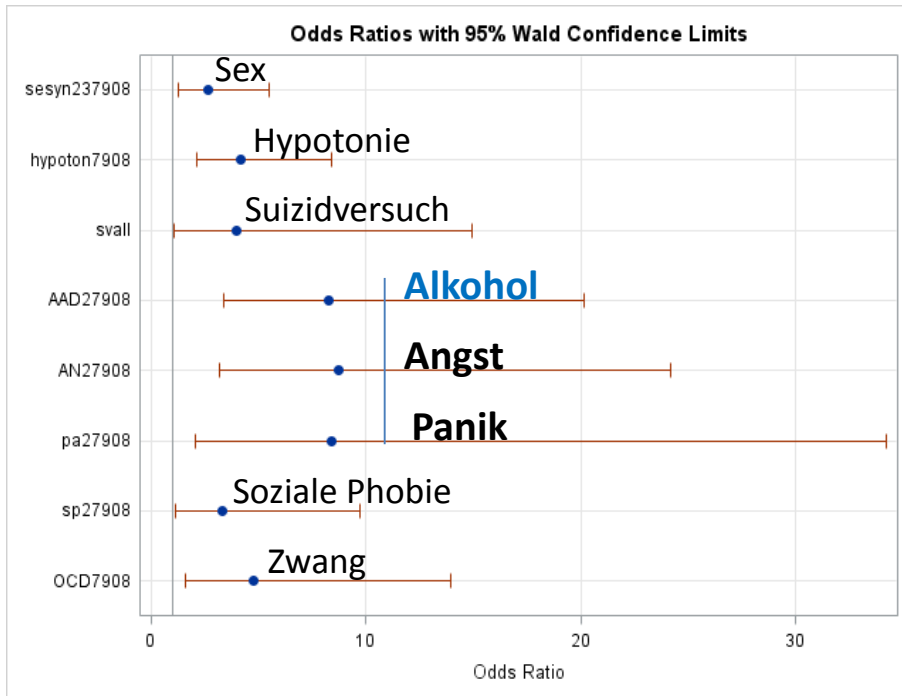
ungewichtet

* Kontrollen: keine major oder minor mood disorders

Vergleich der OR's

Bipolare Erkrankungen:
Angst, Panik, Alkohol, Soz.Phobie

Major Depression: Suizidversuche,
Alkohol etwas weniger; somatische
Syndrome: Schlaf, Erschöpfung, Darm



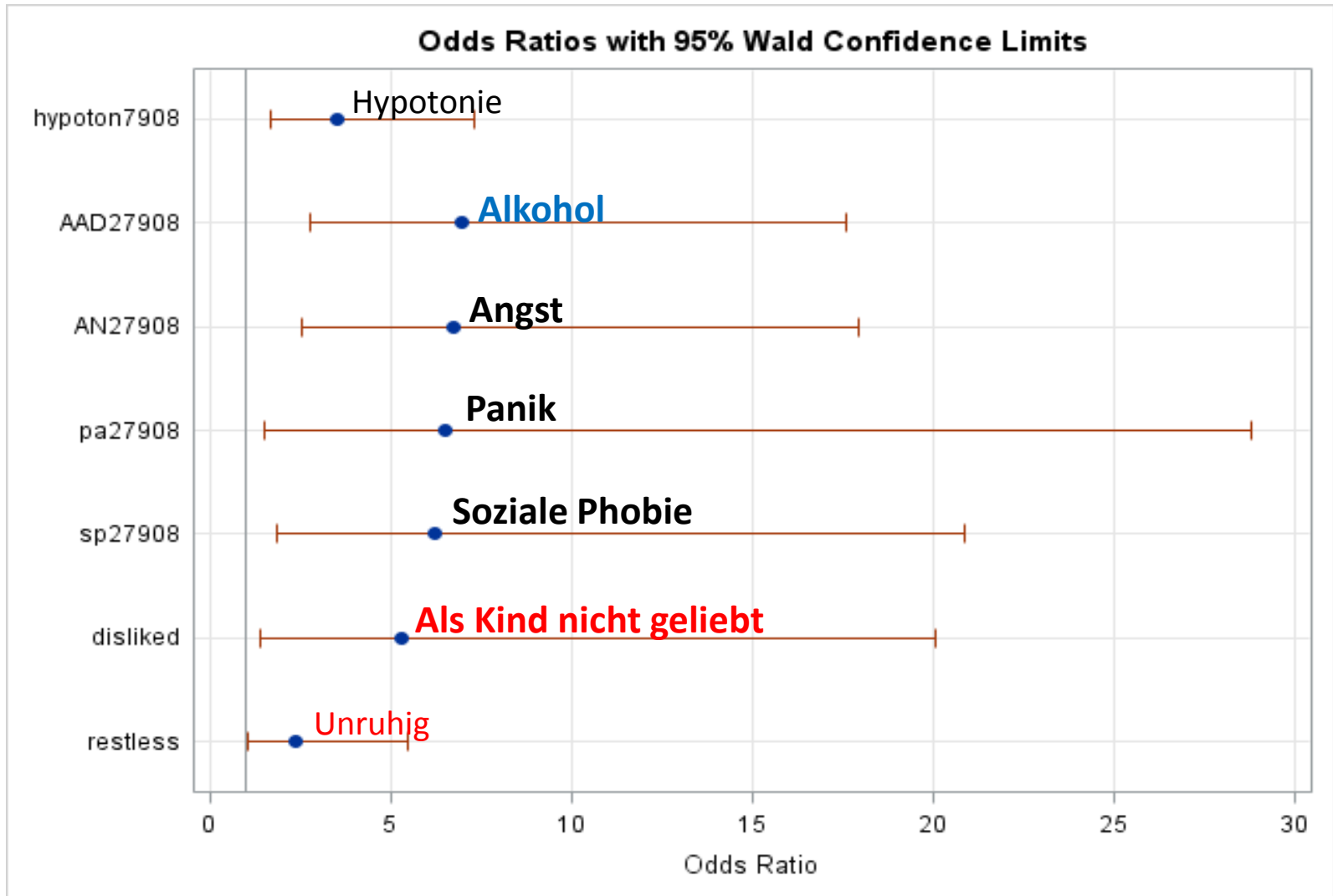
ungewichtet

Zürich Studie: Risikofaktoren der Kindheit

- Mutter psychische Probleme
- Vater psychische Probleme
- Häufig Streit zwischen Eltern
- Als Kind nicht geliebt
- Sexuell traumatisiert
- Viel bestraft
- Unruhig
- Verhaltensprobleme
- Diebstähle
- Broken Home

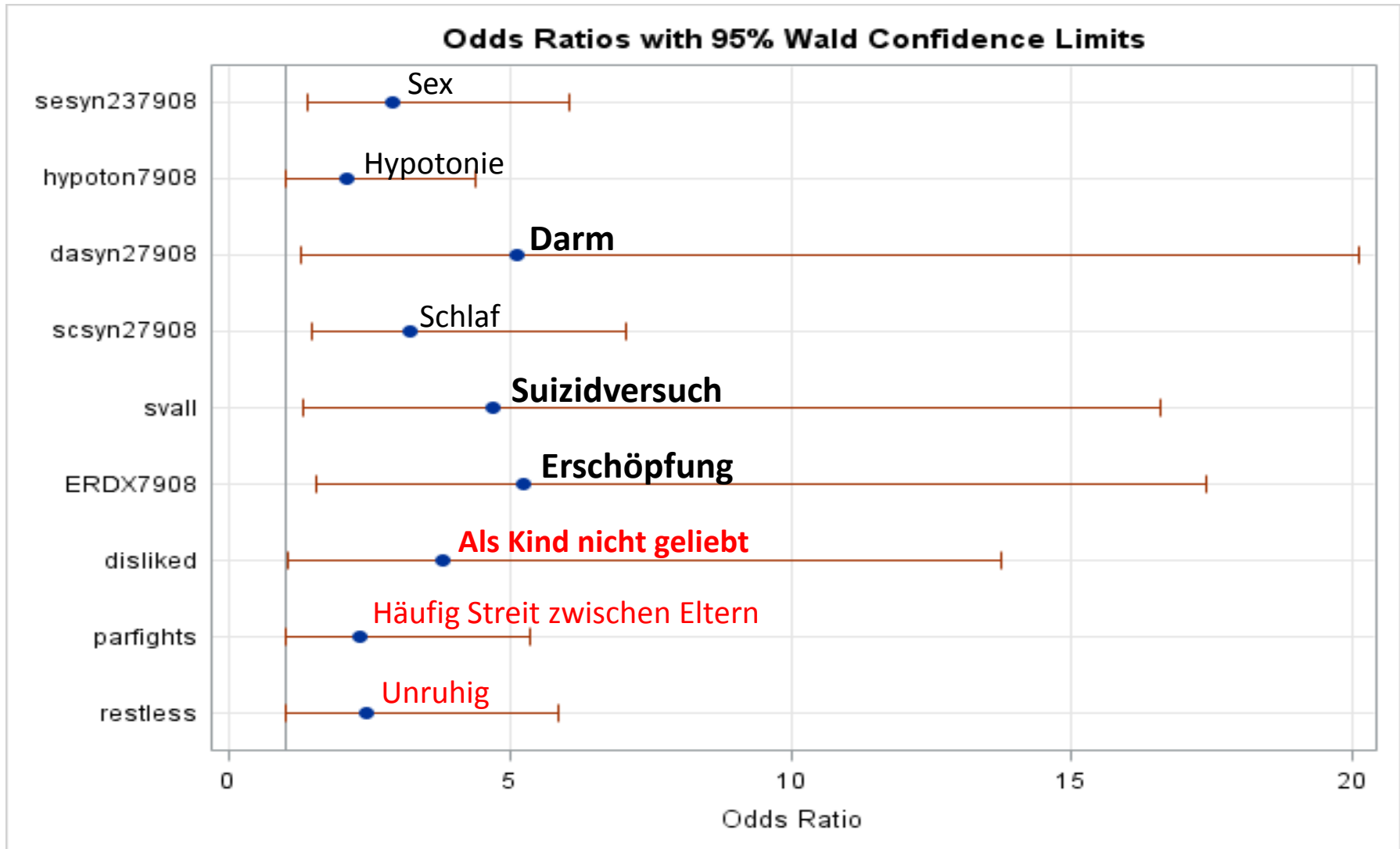
Bipolare Erkrankungen

Log. Regression mit somat./psychiatr Syndromen **und Risikofaktoren der Kindheit**



Depressionen

Log. Regression mit somat./psychiatr Syndromen **und Risikofaktoren der Kindheit**



Substanzabusus bei Patienten (Alter 24-63)
 Norwegisches Fallregister 2009-2013, selektiert:
 alle 2+x registriert in Kliniken oder Ambulatorien

Diagnose ICD	N	SUD%	ALK%	SUD+ ALK
Schizophrenie	9002	25.1	4.6	4.9
Bipolar	9234	20.1	8.1	4.4
Depression	87540	10.0	4.4	2.2

SUD= Opiate, Cannabis, Sedativa, Polytoxikomanie (F11, 12, 13, 19)

R. Nesvag et al. 2015: Soc Psychiat Psychiat Epide 50: 1267-1276

Daten sehr zuverlässig aber nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung

Zusammenfassung I

- In der prospektiven Zürich Studie fanden wir bis zum Alter 50 eine **kumulative Inzidenz affektiver Störungen nach DSM-IV in 34%** (Frauen 44%, Männer 27%). Weitere Depressionen kommen mit steigendem Alter mit Sicherheit dazu.
- Mildere affektive Störungen (Dysthymien, minor Depr. und RBD) sind in diesen Zahlen nicht berücksichtigt.
- **Bipolare Störungen** werden im Vergleich zu depressiven Störungen durch DSM und ICD Kriterien **gewaltig unterschätzt**. Nach unseren Befunden bis zum 50. Altersjahr finden sich BP:MDD in einem Verhältnis von etwa 4:6. Im späteren Leben kommen aber noch mehr Depressionen dazu, sodass vielleicht BP etwa einen Drittel der MDE ausmachen.

Zusammenfassung II

- Im Alter von 30-40 findet sich ein Alkoholmissbrauch bei etwa einem Viertel und im Alter von 50 bei einem Drittel der bipolar Kranken.
- Der **Alkoholabusus von bipolar Kranken** ist mit steigendem Alter (20-50) ein zunehmendes Problem und **8x höher** als bei Kontrollen.
- Die Alkoholproblematik von **depressiven Menschen** ist im Vergleich zur Bevölkerung etwa **3x höher**, wobei Fehldiagnosen der Unipolarität nicht ausgeschlossen werden können.
- Ein einhelliger **öffentlicher Kampf gegen den Alkoholkonsum** fehlt leider, was wohl **politische und kommerzielle Gründe** hat. Positive Ausnahmen sind Verkehrskontrollen und die Senkung der tolerierten Promille Grenze.

Zusammenfassung III

- Die Bipolarität spielt auch beim **Abusus von Cannabis und Sedativa** eine verstärkende, die Depressivität jedoch nur eine geringe Rolle.
- **Bipolar Kranke rauchen** deutlich mehr als die Bevölkerung, **depressiv Kranke** nehmen eine Mittelstellung ein.
- Seit 1999 ist in der Zürich Studie ein deutlicher Abfall des Rauchens aufgetreten: BP von 54% auf 26%, MDD von 40% auf 11% und Kontrollen von 23% auf 7%!
- Der **öffentliche Kampf gegen das Rauchen ist offenkundig auch bei affektiv Kranken sehr erfolgreich.**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

