

EPIDEMIOLOGIE VON ANGSTSTÖRUNGEN

EPIDEMIOLOGY OF ANXIETY DISORDERS

Roselind Lieb, Andrea Schreier, Nina Müller

Zusammenfassung

Angststörungen sind nach neueren epidemiologischen Studien ein häufiges und weit verbreitetes Phänomen in der Allgemeinbevölkerung. Sie gehören neben Affektiven und Substanzstörungen zu den häufigsten psychischen Störungen in der Bevölkerung und wurden lange in ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung unterschätzt. Angststörungen manifestieren sich erstmalig bereits während der Kindheit, mit einer Hochrisikozeit für das Erstauftreten einer Angststörung zwischen 10 und 25 Jahren. Jüngere epidemiologische Arbeiten lassen zudem vermuten, dass das Ersterkrankungsalter in jüngeren Altersgruppen vorrückt. Als soziodemografische Korrelate von Angststörungen haben sich vor allem Alter, Geschlecht, Familienstand und Bildungs-/beruflicher Status erwiesen. Andere Risikofaktoren wurden bislang weniger häufig auf der Basis von methodisch adäquaten Designs überprüft, jedoch zeichnet sich hier ab, dass eine familiäre Belastung mit psychischen Störungen (insbesondere mit Angststörungen), Behavioral Inhibition und belastende Lebensereignisse, wie z. B. sexueller Missbrauch, das Risiko für eine Angststörung erhöhen. Unklar ist die Spezifität der Risikofaktoren, d.h., inwieweit sich Risikofaktoren für verschiedene Angststörungen oder für Angststörungen in Abgrenzung zu anderen Störungen unterscheiden. Angststörungen gehen zudem mit einer hohen Komorbidität, insbesondere mit Affektiven und alkoholbedingten Störungen, einher. Auch wenn Hinweise darauf vorliegen, dass frühe Angststörungen möglicherweise kausale Risikofaktoren für die Entwicklung einer sekundären Depression darstellen, sind dringend weitere Forschungsbemühungen notwendig, um die beobachtete Überlappung von Angststörungen mit anderen psychischen Störungen in ihrer Bedeutung weiter aufzuklären. Vor allem wird hier in Zukunft verstärkt der Einsatz von prospektiven Längsschnittuntersuchungen und repräsentativen Stichproben nötig sein, um methodische Schwächen bisheriger Forschung zu überwinden. Analysen zu Versorgungsaspekten zeigen, dass Angststörungen als unterversorgt angesehen werden müssen. Nach neueren Schätzungen ist in Deutschland davon auszugehen, dass nur etwa die Hälfte aller Personen, die an einer Angststörung leiden (12-Monats-Diagnose), irgendeine Art von Behandlungsangebot erhalten. Personen mit Angststörungen werden somit in unserem Gesundheitssystem längst nicht optimal versorgt, was mit unnötigem Leid für die Betroffenen wie auch mit gesundheitsökonomischen Implikationen verbunden ist.

Schlüsselwörter

Epidemiologie – Prävalenz – Erstmanifestation - DSM-IV – Angststörungen – Komorbidität – Versorgung – Risikofaktoren

Summary

Anxiety disorders are a widespread phenomenon in the general population. Next to affective and substance use disorders they are the most frequent mental disorders in the general population and have long been underestimated with respect to their relevance for health policy. The first manifestation of anxiety disorders is often during childhood with the high-risk period for age of onset between 10 and 25 years of age. Beyond age 40, the probability of first onset of an anxiety disorder considerably decreases. There is some evidence suggesting a successively decreasing overall prevalence for older cohorts. Correlates of anxiety disorders include demographics such as gender, low income and education, unemployment and being unmarried. Other risk factors have so far only rarely been studied on the basis of adequate methodological designs. However, existing knowledge suggests that a family history of mental disorders (especially anxiety disorders), behavioral inhibition as well as adverse life experiences, e.g., sexual abuse, increase the risk for anxiety disorders. Until today, questions remain with respect to the specificity of these risk factors, i.e., to what extent risk factors are specific only for certain anxiety disorders or for anxiety disorders as opposed to affective disorders. Comorbidity among anxiety disorders is considerable. Highest comorbidity could be shown with affective and substance use disorders. There is empirical evidence suggesting a causal relationship between early anxiety disorders and the later development of secondary depression. However, in the future there will be a special need for prospective longitudinal studies and representative samples to overcome shortcomings of previous research and to study the psychopathological implications of comorbidity on the basis of adequate designs. Analyses regarding health care utilization indicate that anxiety disorders are far from being sufficiently treated. In Germany only half of the individuals with a diagnosis of an anxiety disorder (12-month-prevalence) have received any treatment at all. The treatment of anxiety disorders must be considered far from the optimum.

Keywords

Epidemiology – prevalence - age of onset - DSM-IV - anxiety disorders – comorbidity - health care utilisation - risk factors

Einleitung

Die Epidemiologie lässt sich zunächst klassischerweise breit definieren als "die Untersuchung der Verteilung und der Determinanten von gesundheitsbezogenen Zuständen oder Ereignissen in umschriebenen Bevölkerungsgruppen sowie die Anwendung dieser Ergebnisse zur Steuerung von Gesundheitsproblemen" (Last, 1995). Neuere Definitionen unterscheiden zwischen der deskriptiven und der analytischen Epidemiologie (vgl. Häfner und Weyerer, 1998; Wittchen und Perkonig, 1996). Die deskriptive Epidemiologie umfasst hierbei speziell die Untersuchung der Häufigkeit und des Verlaufs von Krankheiten in definierten Populationen, während die analytische Epidemiologie diejenigen Faktoren zu ermitteln versucht, welche ursächlich an der Entstehung einer Krankheit beteiligt sind und/oder zur Ausformung spezifischer Krankheitsverläufe beitragen. Epidemiologischer Forschung kommt zudem ein zentraler Stellenwert in der Evaluation bestehender Versorgungssysteme sowie der Planung des Bedarfs von Behandlungseinrichtungen zu.

Das Forschungsfeld der *Epidemiologie psychischer Störungen* befasst sich ganz speziell mit der Beantwortung epidemiologischer Fragestellungen auf dem Gebiet der psychischen Störungen. Zwei unerlässliche Voraussetzungen für die reliable und valide Untersuchung von psychischen Störungen in epidemiologischen Studien sind Falldefinition und Fallidentifikation. *Falldefinition* meint die Definition von diagnostisch fassbaren Störungsmerkmalen, die eine Person aufweisen muss, um als "Fall" erkannt und identifiziert zu werden. Die *Fallidentifikation* hingegen bezieht sich auf die Methode, die es ermöglicht, einen Fall als solchen zu erkennen, d.h., die Entscheidung treffen zu können, ob eine Person die jeweils definierten Störungsmerkmale aufweist oder nicht (vgl. hierzu Häfner und Weyerer, 1998; Wittchen und Perkonig, 1996). Auf dem Gebiet der Epidemiologie psychischer Störungen konnten in den letzten 20 Jahren erhebliche Fortschritte in der Verbesserung dieser beiden zentralen Voraussetzungen epidemiologischer Forschung gemacht werden. So wurde speziell die psychiatrische Falldefinition durch die Weiterentwicklung der international anerkannten Klassifikationssysteme *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases* (DSM; dritte revidierte Auflage DSM-III-R: American Psychiatric Association (APA), 1987, deutsche Bearbeitung: Wittchen et al., 1989; vierte Auflage DSM-IV: APA, 1994, deutsche Bearbeitung: Saß et al., 1996) und der *International Classification of Diseases* der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10; WHO, 1993, deutsche Bearbeitung: Dilling et al., 1994) erheblich verbessert und optimiert. Mit dieser Entwicklung ging die Entwicklung verbesserter diagnostischer Instrumente einher (wie z.B. Diagnostic Interview Schedule, DIS, Robins et al. 1982, oder das Composite International Diagnostic Interview der Weltgesundheitsorganisation, WHO-CIDI, WHO, 1990), die mittlerweile eine befriedigend reliable und valide Fallidentifikation im Rahmen epidemiologischer Forschung erlauben. In der vorliegenden Arbeit soll ein Überblick über den aktuellen Wissensstand speziell zur Epidemiologie von Angststörungen gegeben werden. Schwerpunktmäßig soll hierbei auf die Auftretenshäufigkeit von Angststörungen in der Allgemein-

bevölkerung, das Erstmanifestationsalter, die Komorbidität, Korrelate und Risikofaktoren sowie auf Aspekte der Versorgung dieser Störungsbilder durch das Gesundheitssystem fokussiert werden. Weitere, ebenfalls zentrale Aspekte der epidemiologischen Betrachtung von Angststörungen, wie z.B. der natürliche Verlauf über die Zeit und auch angststörungsspezifische Beeinträchtigungen, können aus Platzgründen nicht gebührend behandelt werden und werden daher ganz ausgespart. Detaillierte Abhandlungen hierzu findet der interessierte Leser bzw. die interessierte Leserin in Wittchen und Perkonig (1996).

Häufigkeit von Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung

Generell kann die Auftretenshäufigkeit von Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung als epidemiologisch gut untersucht bewertet werden. Tabelle 1 gibt einen differenzierten Überblick über neuere groß angelegte epidemiologische Studien, die nach den Kriterien von DSM-III bzw. den späteren Versionen DSM-III-R und DSM-IV u.a. die Häufigkeit von Angststörungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung untersuchten.

Wie der Tabelle entnommen werden kann, werden über die hier angeführten Studien hinweg für die Obergruppe von Angststörungen, d.h. für Angststörungen ungeachtet ihrer spezifischen Subtypen bzw. Ausprägungen, Lebenszeitprävalenzen zwischen 5,6 und 28,7% berichtet (die Lebenszeitprävalenz entspricht dem Anteil der Bevölkerung, der irgendwann im Verlauf des Lebens bis zum Untersuchungszeitpunkt die Kriterien für eine Angststörung erfüllte). Als Tendenz ist erkennbar, dass Studien, die ab den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts auf der Grundlage der sensibleren Kriterien des DSM-III-R und in jüngster Zeit auch des DSM-IV durchgeführt wurden, im Allgemeinen etwas höhere Lebenszeitprävalenzschätzungen berichten als ältere, auf den Kriterien des DSM-III basierende Studien. Speziell für Deutschland wurden neuere, d.h. auf den Kriterien des DSM-IV beruhende, Lebenszeitprävalenzschätzungen bislang aus vier – allerdings auf spezifische Altersgruppen und Regionen begrenzte – Studien vorgelegt. So erfüllen nach den Befunden der im Raum Lübeck durchgeführten TACOS-Studie (Meyer et al., 2000) 15,1% der erwachsenen Allgemeinbevölkerung zumindest einmal in ihrem Leben die Kriterien für irgendeine der einbezogenen DSM-IV-Angststörungen. Vergleichbar hohe Lebenszeitprävalenzschätzungen berichten auch bereits für jüngere Altersgruppen die bevölkerungsbasierte Münchner Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP)-Studie (14- bis 24-Jährige; Lieb et al., 2000a; Wittchen et al., 1998a,b; Lebenszeitprävalenz: 14,4%) sowie die schülerbasierte Bremer Jugendstudie (12- bis 17-Jährige; Essau et al., 1998; Lebenszeitprävalenz: 18,6%). In der Dresden-Studie (Becker et al., 2000) wurde speziell für die Population der 18- bis 25-jährigen Frauen eine erheblich höhere Lebenszeitprävalenz von 27,2% ermittelt. Die augenscheinlich doch recht beachtliche Streubreite der Prävalenzschätzungen kann vermutlich dadurch erklärt werden, dass (a) studienübergreifend unterschiedliche Falldefinitionen zugrun-

Tabelle 1: Fortsetzung

Studie (Land), Autor ¹	Erhebungsinstrument ²	N Alter	Zeitfenster	Angststörungen	Subtypen							
					Panikstörung ³	Agoraphobie ⁴	Spezifische Phobie	Soziale Phobie	GAS	Zwangsstörung	PTSD	
Basel (Schweiz) Wacker et al. (1992)	CIDI	N = 470 Alter: 18-65	Lebenszeit 12 Monate 6 Monate Punkt	28.7 ¹³	1.3 (2.1)	10.8	4.5	16.0	1.9	-	-	
				-	-	-	-	-	-	-		
				-	-	-	-	-	-	-		
				-	-	-	-	-	-	-		
DSM-IV												
EDSP, München Wittchen et al. (1998a)	M-CIDI	N = 3021 Alter: 14-24	Lebenszeit 12 Monate 6 Monate Punkt	14.4 ¹⁸	1.6	2.6	2.3	3.5	0.8	0.7	1.3	
				9.3 ¹⁸	1.2	1.6	1.8	2.6	0.5	0.6	0.7	
				-	-	-	-	-	-	-		
				-	-	-	-	-	-	-		
Bremer Jugendstudie Essau et al. (1998)	M-CIDI	N = 1935 Alter: 12 - 17	Lebenszeit 12 Monate 6 Monate Punkt	18.6 ¹⁸	0.5	4.1	3.5	1.6	0.4	1.3	1.6	
				11.3 ¹⁸	0.5	2.7	2.7	1.4	0.2	1.0	1.0	
				-	-	-	-	-	-	-		
				-	-	-	-	-	-	-		
GHS-MHS (Deutschland) Wittchen & Jacobi (2001) Jacobi et al. (2002)	CIDI	N = 4181 Alter: 18-65	Lebenszeit 12 Monate 6 Monate Punkt	-	1.1 (1.2)	2.0	7.6	2.0	1.5	0.7	-	
				14.5 ¹⁹	-	-	-	-	-	-		
				-	-	-	4.8	-	-	-		
				-	-	-	-	-	-	-		
Dresden-Studie Becker et al. (2000)	F-DIPS	N = 1538 Alter: 18-25 (Lebenszeit 12 Monate 6 Monate Punkt	27.2 ²⁰	2.1 (0.8)	2.3	12.3	12.0	2.4	1.3	3.0	
				-	-	-	-	-	-	-		
				-	-	-	-	-	-	-		
				17.9 ²⁰	0.3 (0.5)	1.8	9.8	6.7	1.4	0.8	0.4	
TACOS Meyer et al. (2000)	M-CIDI	N = 4075 Alter: 18-64	Lebenszeit 12 Monate 6 Monate Punkt	15.1 ²¹	0.9 (1.3)	1.1	10.6	1.9	0.8	0.5	1.4	
				-	-	-	-	-	-	-		
				-	-	-	-	-	-	-		
				-	-	-	-	-	-	-		
NSMHW (Australia) Andrews et al. (2001)	CIDI	N = 10641 Alter: 18+	Lebenszeit 12 Monate 6 Monate Punkt	-	1.1	0.5	-	1.3	2.6	0.7	1.3	
				5.6 ²²	-	-	-	-	-	-		
				3.8 ²²	0.5	0.2	-	1.0	2.0	0.5	0.9	
				-	-	-	-	-	-	-		
South Florida-Studie (USA) Turner & Gil (2002)	CIDI	N = 1803 Alter: 19-21	Lebenszeit 12 Monate 6 Monate Punkt	15.2 ²³	2.1	-	-	2.5	1.4	-	11.7	
				-	1.6	-	-	-	-	-	8.4	
				-	-	-	-	-	-	-		
				-	-	-	-	-	-	-		

¹ECA = Epidemiologic Catchment Area Program. Soweit nicht anders vermerkt, beziehen sich die Daten auf alle 5 Bezirke; MFS = Münchner Follow-up Studie; NCS = National Comorbidity Survey; NEMESIS = Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study; ECA-SP = Epidemiologic Catchment Area Study in the city of Sao Paulo; MHS-OHS = The Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey; EPM = Epidemiology of Psychiatric Comorbidity Project; MAPSS = The Mexican American Prevalence and Services Survey; EDSP = Early Developmental Stages of Psychopathology Study, bezogen auf die Basisuntersuchung 14- bis 24-Jähriger; GHS-MHS = General Health Survey - Mental Health Supplement; TACOS = Transitions in Alcohol Consumption and Smoking; NSMHW = National Survey of Mental Health and Wellbeing.

²DIS = Diagnostic Interview Schedule; SPIKE = Structured psychopathology interview and rating of the social consequences of psychic disturbances for epidemiology; FPI = Florence Psychiatric Interview; CIDI = Composite International Diagnostic Interview; UM-CIDI = University of Michigan modified version of the Composite International Diagnostic Interview; M-CIDI = Munich-Composite International Diagnostic Interview; F-DIPS = Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen - Forschungsversion

³DSM-III: Panikstörung ohne Agoraphobie (mit Agoraphobie); DSM-III-R/DSM-IV: mit/ohne Agoraphobie.

⁴DSM-III: Agoraphobie mit/ohne Panikattacken (mit Panikattacke); DSM-III-R/DSM-IV: Agoraphobie ohne Panikattacke.

⁵Phobien (Agora-, soziale, spezifische), Panikstörung, Zwangsstörung.

⁶zitiert nach Carter et al (2001); Angaben beziehen sich auf die Bezirke Durham, St. Louis und Los Angeles.

⁷Phobien (Agora-, spezifische), Panikstörung, Zwangsstörung, somatoforme Störung.

⁸Agoraphobie oder Spezifische Phobie.

⁹Phobien (Agora-, soziale, spezifische), Panikstörung, Zwangsstörung, GAS.

¹⁰einschließlich Soziale Phobie.

¹¹Wittchen (1993).

¹²Lebenszeit: kumulierte Lebenszeitprävalenz mit 30 Jahren; übrige Angaben beziehen sich auf 22-23Jährige.

¹³Phobien (Agora-, soziale, spezifische), Panikstörung, GAS.

¹⁴zitiert nach Kessler et al. (1995).

¹⁵Phobien (Agora-, soziale, spezifische), Panikstörung und/oder GAS.

¹⁶zitiert nach ICPE (Andrade et al. 2000).

¹⁷Phobien (Agora-, soziale, spezifische), Panikstörung.

¹⁸Phobien (Agora-, soziale, spezifische, NBB), Panikstörung, GAS, Zwangsstörung, PTSD.

¹⁹Phobien (Agora-, soziale, spezifische, NBB), Panikstörung, GAS, Zwangsstörung.

²⁰Phobien (Agora-, soziale, spezifische), Panikstörung, GAS, Zwangsstörung, PTSD, akute Belastungsstörung.

²¹Phobien (Agora-, soziale, spezifische, NBB), Panikstörung, Panikattacke, GAS, Zwangsstörung, PTSD, Angststörung aufgrund med. Krankheitsfaktors.

²²Phobien (Agora-, spezifische), Panikstörung, Zwangsstörung, PTSD.

²³Soziale Phobie, Panikstörung, GAS, PTSD.

de gelegt wurden (d.h. die verschiedenen Klassifikationssysteme DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10), (b) sich die Stichproben zum Teil erheblich in ihrer Alterszusammensetzung unterscheiden und (c) auch nicht durchgängig dieselben Subtypen von Angststörungen in die diagnostische Obergruppe einbezogen wurden. Die auffallend höhere Rate aus der Dresden-Studie lässt sich sicherlich weitestgehend auf die Beschränkung auf Frauen zurückführen.

12-Monats-, 6-Monats- und Punktschätzungsraten zeigen jeweils den Anteil der Bevölkerung auf, der in dem spezifizierten Zeitintervall vor der Untersuchung die Kriterien für eine Angststörung erfüllte. Wird nun betrachtet, welcher Anteil der Bevölkerung nicht im Gesamtverlauf des bisherigen Lebens, sondern *aktuell vor der Untersuchung* von einer Angststörung betroffen ist, so verweisen die in Tabelle 1 angeführten 12-Monats-, 6-Monats- und auch Punktschätzungsraten, verglichen mit den Lebenszeitschätzungen, erwartungsgemäß auf etwas niedrigere Raten. Diese auf kürzere Zeitintervalle bezogenen niedrigeren Schätzungen können als Hinweis darauf angesehen werden, dass es sich bei Angststörungen nicht durchgängig um chronische Erkrankungen handelt, sondern durchaus auch remittierende Verläufe auftreten können. Doch in welcher Größenordnung bewegen sich nun die aktuellen Prävalenzraten? Ungeachtet des zugrundeliegenden Klassifikationssystems zeigt Tabelle 1, dass für die 12 Monate vor der Untersuchung für die diagnostische Obergruppe der Angststörungen studienübergreifend Raten zwischen 4,0 (Mexico; Andrade et al., 2000) und 17,2% (National Comorbidity Survey, NCS; Kessler et al., 1994) berichtet werden. Speziell für die deutsche Allgemeinbevölkerung wurde diesbezüglich im erstmals 1998 durchgeführten Gesundheitssurvey (General Health Survey - Mental Health Supplement, GHS-MHS; Jacobi et al., 2002, eingereicht; Wittchen und Jacobi, 2001) ein 12-Monats-Querschnittsbefund von 14,5 % ermittelt. In Worte gefasst bedeutet dies, dass im Jahr vor der Untersuchung in Deutschland etwa jeder siebte Erwachsene von irgendeiner der einbezogenen DSM-IV-Angststörungen betroffen war.

Wie Tabelle 1 ebenfalls zu entnehmen ist, stellen die *Spezifische* und die *Soziale Phobie* die am häufigsten auftretenden Subtypen von Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung dar. Die für die erwachsene Allgemeinbevölkerung ermittelten Lebenszeitprävalenzschätzungen bewegen sich für die Spezifische Phobie mehrheitlich zwischen 5 und 10% und für die Soziale Phobie mehrheitlich zwischen 3 und 12%. Die aus den neueren Studien (ab DSM-III-R) berichteten 12-Monats-Querschnittsbefunde liegen für die Spezifische Phobie zwischen 7,1 und 9,8% und für die Soziale Phobie zwischen 2,0 und 7,9%. Bei der *Panikstörung* liegen länderübergreifend relativ übereinstimmend die Lebenszeitprävalenzen zwischen 1 und 4%. In der Mehrheit der Studien bewegen sich hierbei die Abschätzungen zwischen 1,5 und 2,5%. Entsprechend liegen hier auch die aktuellen Häufigkeitsraten in Form von 12-Monats-, 6-Monats- und Punktschätzungsraten auf einem relativ niedrigen Niveau zwischen etwa 1 und 2%. Die Panikstörung stellt somit aus epidemiologischer Perspektive eine in der Allgemeinbevölkerung eher selten auftretende Form einer psychischen Störung dar.

Für die *Agoraphobie* wurde im Gegensatz zur Panikstörung aufgrund der wechselnden diagnostischen Kriterien über die Studien hinweg eine wesentlich breitere Streuung der Lebenszeitprävalenz von 0,6 bis 10,8% ermittelt. Eine genauere Betrachtung ergibt, dass der größte Anteil der Prävalenzschätzungen in einem Bereich zwischen etwa 2 und 6% liegt. Die Prävalenzschätzungen für den 12-Monats- sowie auch den 6-Monats-Zeitraum vor der Erhebung bewegen sich studienübergreifend für diese Angststörung relativ konsistent zwischen 1 und 4%. In einer vergleichbaren Größenordnung bewegen sich auch die Lebenszeitprävalenzen für die *Generalisierte Angststörung* (GAS) und die *Zwangsstörung*. Die teilweise sehr beachtlichen Streubreiten liegen hierbei zwischen 0,8 und 31,1% (GAS) und 0,5 und 3,2% (Zwangsstörung). In der Mehrheit der Studien liegen bei diesen beiden Subtypen von Angststörungen die Lebenszeitprävalenzen zwischen 4 und 6% (GAS) sowie 2 und 3% (Zwangsstörungen). Die Posttraumatische Belastungsstörung (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD) stellt die epidemiologisch am schlechtesten untersuchte Angststörung dar, da diese verstärkt erst seit den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts in Studien einbezogen wurde. Während für diesen Subtyp einer Angststörung für den deutschsprachigen Raum eher niedrige Lebenszeitprävalenzen zwischen 1,4 und 3% ermittelt wurden, werden aus US-amerikanischen Studien weitaus höhere Raten berichtet (NCS: 7,6%, Kessler et al., 1994; South Florida-Studie: 11,7%, Turner und Gil, 2002).

Erstmanifestationsalter

Nach bisherigen epidemiologischen Erkenntnissen zählen Angststörungen zu den sich früh manifestierenden psychischen Störungen. In Abbildung 1 finden sich Verteilungsfunktionen des Alters bei erstmaliger Manifestation von Angststörungen, wie sie im Rahmen der Analysen des International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE; Andrade et al., 2000) für mehrere weltweit durchgeführte bevölkerungsrepräsentative Studien ermittelt wurden.

Wie aus der Abbildung ersichtlich, manifestieren sich Angststörungen erstmals bereits während der Kindheit, etwa ab dem 5./6. Lebensjahr. Zumindest in den in diese Analysen einbezogenen Studien und Ländern zeigen sich recht ähnliche Verteilungen der Ersterkrankungswahrscheinlichkeiten. Wie den studienspezifischen Medianen zwischen 12 (Kanada) und 18 (Niederlande) Jahren zu entnehmen ist, berichtet über die Hälfte der Personen, die irgendwann im Verlauf ihres Lebens eine Angststörung entwickeln, von einer erstmaligen Störungsmanifestation *vor* dem Eintritt in das Erwachsenenalter. Fragt man sich nun, in welchem Alter das höchste Risiko besteht, eine Angststörung zu entwickeln, so zeigt sich ganz deutlich, dass die Hochrisikozeit etwa zwischen 10 und 25 Jahren liegt. In 80 bis 90% aller Fälle manifestiert sich das Störungsbild bis zum Alter von 35 Jahren, d.h., "lediglich" 10 bis 20% aller Fälle entwickeln die Störung erst später. Ein Beginn der Symptomatik ab dem mittleren Erwachsenenalter ist somit eher die Ausnahme als die Regel. Vergleichbare Ergebnisse berichtet auch der bundesdeutsche Gesundheitssurvey GHS-MHS. Hier

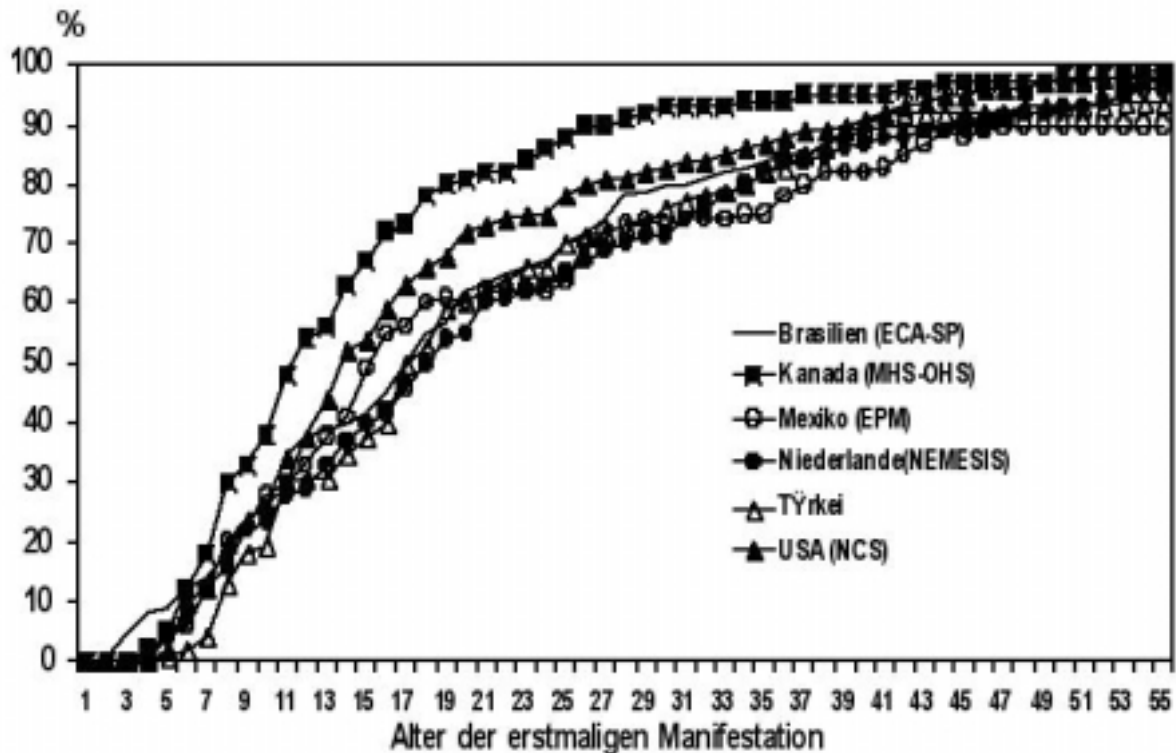


Abbildung 1: Erstmanifestationsalter von Angststörungen (WHO—ICPE-Analyse, Andrade et al. 2000; Nachdruck mit Genehmigung)

konnte für die deutsche Allgemeinbevölkerung gezeigt werden, dass 50% aller von einer Angststörung betroffenen Personen das Störungsbild vor dem Alter von 18 Jahren (Median) erstmals entwickeln (Jacobi et al., eingereicht). Bei drei Viertel der Betroffenen manifestiert sich die Störung erstmals vor dem Alter von 31 Jahren und bei einem Viertel sogar in der Kindheit vor dem Alter von 8 Jahren.

Betrachtet man die bislang vorgelegten epidemiologischen Erstmanifestationsbefunde bei spezifischen Subtypen von Angststörungen, so verweisen die Befunde durchaus auf störungsspezifische Altersverläufe: Phobien (Spezifische Phobie, Soziale Phobie) scheinen sich recht früh, d.h. in der Kindheit oder im Jugendalter, erstmals zu manifestieren, während die Panikstörung und speziell die GAS mehrheitlich erst im späteren Lebensverlauf, ab der späten Pubertät oder aber dem frühen und späteren Erwachsenenalter, erstmals auftreten (Bland et al., 1988; Kessler et al., 2002; Lee et al., 1990; Regier et al., 1990; Wells et al., 1989; Wittchen, 1986; Wittchen und Hoyer, 2001; Wittchen et al., 1994, 1999a). Wie auch die in Tabelle 1 angeführten, recht niedrigen Prävalenzschätzungen bei Jüngeren vermuten lassen (EDSP- und Bremer Jugendstudie), scheint speziell die GAS eher eine Angststörung des höheren Lebensalters zu sein (siehe auch Kessler et al., 2002; Wittchen et al., 1994). Die kürzlich vorgelegten Prävalenzbefunde aus der Dresden-Studie verweisen jedoch auch hier – zumindest auf Frauen bezogen – auf bemerkenswert häufige Erstmanifestationen in der Jugend bzw. dem jungen Erwachsenenalter (Hoyer et al., 2002).

Bereits die in Tabelle 1 enthaltenen nationalen und internationalen Abschätzungen zur Häufigkeit von Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung deuten an, dass jüngst durchgeführte Studien, die einen höheren Anteil an jüngeren Alters-

stufen umfassen (vgl. EDSP-Studie: Lieb et al., 2000a; Wittchen et al., 1998a,b; Bremer Jugendstudie: Essau et al., 1998; Dresden-Studie: Becker et al., 2000), zu höheren Prävalenzschätzungen kommen als Studien, die auch ältere Altersgruppen einschließen. Diese höheren Raten von Angststörungen in jüngeren Altersgruppen können möglicherweise durch eine Zunahme von Angststörungen in jüngeren Altersgruppen erklärt werden. Im Rahmen der bereits oben angeführten ICPE-Analysen wurde diese Annahme explizit überprüft, indem für jede in die Gesamtanalyse einbezogene Studie bestimmt wurde, ob sich zwischen der ältesten Kohorte (die über 45-Jährigen) und den jüngeren Kohorten (15- bis 24-Jährige; 25- bis 34-Jährige; 35- bis 44-Jährige) unterschiedliche Chancen für das lebenszeitbezogene Auftreten einer Angststörung zeigen. Die Ergebnisse dieser Analysen können tatsächlich dahingehend interpretiert werden, dass Angststörungen in jüngeren Altersgruppen häufiger vorkommen als in älteren (Andrade et al., 2000). Es konnte etwa für den NCS ermittelt werden, dass im Vergleich zu über 45-Jährigen 15- bis 24-Jährige eine 1,8fach, 25- bis 34-Jährige eine 1,4fach und 35- bis 44-Jährige eine 1,1fach erhöhte Chance für das Auftreten einer Angststörung haben (Andrade et al., 2000). Auch Magee et al. (1996) konnten bereits in früheren NCS-Analysen speziell für die Soziale Phobie aufzeigen, dass jüngere Alterskohorten im Vergleich zu älteren über die Risikoaltersstufen hinweg höhere Lebenszeitinzidenzen berichten. Diese Befunde scheinen somit für eine Zunahme von Angststörungen in jüngeren Altersgruppen zu sprechen. Sämtliche bislang zu dieser Frage vorgelegten epidemiologischen Befunde beruhen allerdings auf methodisch kritischen retrospektiven Querschnittsdaten, die keinerlei Trennung zwischen Alters- und Kohorteneffekten erlauben.

Soziodemografische und Risikofaktoren

Soziodemografische Faktoren, die in Zusammenhang mit Angststörungen stehen, sind selten explizit in ihrer Rolle als Risikofaktoren untersucht. Nachgewiesen ist zumeist lediglich in Querschnittsuntersuchungen, dass bestimmte soziodemografische Merkmale gehäuft bei Personen mit Angststörungen zu finden sind. Soziodemografische Faktoren sind somit als *Korrelate* von Angststörungen zu verstehen. Im Unterschied zu Korrelaten muss für *Risikofaktoren* deren vorzeitiges Auftreten nachgewiesen sein (Kraemer et al., 1997).

Soziodemografische Faktoren

Für Angststörungen wurden in den großen epidemiologischen Studien Zusammenhänge mit den meisten soziodemografischen Faktoren nachgewiesen (Tab. 2). Insgesamt kann als gesichert angesehen werden, dass Angststörungen bei Frauen etwa doppelt so häufig auftreten wie bei Männern. Geschlechtsunterschiede finden sich über die verschiedenen Studien hinweg vor allem bei der Spezifischen Phobie und Agoraphobie, in geringerem Maß auch bei der Sozialen Phobie und bei der GAS und am wenigsten bedeutsam bei der Zwangsstörung. Außerdem werden höhere Raten für alle Angststörungen bei allein lebenden, geschiedenen und verwitweten Personen im Vergleich zu Verheirateten und allein lebenden, nie verheirateten Personen berichtet. Es ist davon auszugehen, dass Personen mit Angststörungen seltener Partnerschaften eingehen bzw. aufrechterhalten als Personen ohne Angststörungen und auch der Verlust einer Partnerschaft möglicherweise einen Risikofaktor für den Beginn einer Angststörung darstellt.

Angststörungen gehen zudem mit einer erhöhten Rate von Arbeitslosigkeit bzw. fehlender Berufstätigkeit und einer häufigeren Tätigkeit als Hausmann/-frau einher. Weiter berichten epidemiologische Studien, die den Zusammenhang zwischen Angststörungen und Schulbildung untersuchten, fast durchgängig erhöhte Raten von Angststörungen generell wie auch von spezifischen Subtypen bei Personen mit geringerer Bildung. Angststörungen sind ebenfalls mit einer schlechteren finanziellen Lage assoziiert. So ergab sich im GHS-MHS bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Vorliegen einer Angststörung und der sozialen Schicht (Winkler-Schicht-Index, d.h. eine Kombination aus Schulbildung, beruflichem Status und Haushalts-Nettoeinkommen; Winkler und Stolzenberg, 1998), dass Angststörungen häufiger von Personen aus unteren sozialen Schichten berichtet werden (Jacobi et al., eingereicht).

Zur Wohnsituation ergeben sich aus den verschiedenen epidemiologischen Studien eher inkonsistente und auch widersprüchliche Ergebnisse: So konnten einige Studien überhaupt keine Assoziation zwischen dem Vorliegen einer Angststörung und der aktuell bestehenden Wohnsituation nachweisen, während andere ein häufigeres Zusammenwohnen mit anderen (z.B. Partner, Eltern, andere) oder auch vermehrt Alleinlebende unter denjenigen mit Angststörungen aufzeigen konnten. Ebenso wenig konnten bislang konsistente Assoziationen zwischen dem Auftreten von Angststörungen und dem Leben in ländlichen oder städtischen Bezirken ermittelt werden. Auch hier fanden einige Studien überhaupt keine Unterschiede, während andere Untersuchungen Angststörungen entweder signifikant häufiger in ländlichen oder signifikant häufiger in städtischen Regionen ermittelten.

Tabelle 2: Soziodemographische Korrelate von Angststörungen

Soziodemographischer Faktor	Zusammenhang	Studien / Quellen
Geschlecht (Frauen > Männer)	+	ECA (Eaton et al. 1991, Regier et al., 1993), Christchurch (Wells et al., 1989), Seoul (Lee et al., 1990), MFS (Hecht & Wittchen 1988; Wittchen et al., 1992), Puerto Rico (Canino et al., 1987), Edmonton (Bland et al. 1988), NCS (Kessler et al. 1994), NEMESIS (Bijl et al., 1998), MHS-OHS (Offord et al. 1994), EDSP (Wittchen et al., 1998a), GHS-MHS (Jacobi et al., eingereicht), TACOS (Meyer et al., 2002), NSMHW (Andrews et al., 2001)
Ehestatus (häufiger allein / geschieden / verwitwet)	+	ECA (Regier et al., 1993), Zürich (Angst, 1999), Edmonton (Bland et al., 1988), NCS (Magee et al., 1996), GHS-MHS (Jacobi et al., eingereicht), NSMHW (Andrews et al., 2001)
Beruflicher Status (häufiger arbeitslos / Hausfrau/-mann / nicht berufstätig)	+	MFS (Hecht & Wittchen, 1988), NCS (Magee et al., 1992), NEMESIS (Bijl et al., 1998), GHS-MHS (Jacobi et al., eingereicht), NSMHW (Andrews et al., 2001)
Schulbildung (häufiger geringere Bildung)	+	ECA (Eaton et al., 1991), NCS (Kessler et al., 1994; Magee et al., 1996), NEMESIS (Bijl et al., 1998), EDSP (Wittchen et al., 1998a), GHS-MHS (Jacobi et al., eingereicht), NSMHW (Andrews et al., 2001)
Finanzielle Lage (häufiger schlechtere Lage)	+	ECA (Eaton et al., 1991; Regier et al., 1993), NCS (Kessler et al., 1994; Magee et al., 1996), NEMESIS (Bijl et al., 1998), EDSP (Wittchen et al., 1998a)
Wohnsituation	?	Puerto Rico (Canino et al., 1987), NCS (Magee et al., 1996), NEMESIS (Bijl et al., 1998), EDSP (Wittchen et al., 1998a)
Stadt / Land	?	Seoul (Lee et al., 1990), NCS (Magee et al., 1996), NEMESIS (Bijl et al., 1998), EDSP (Wittchen et al., 1998a), NSMHW (Andrews et al., 2001)

+: Zusammenhang belegt

?: Zusammenhang in den einzelnen Studien fraglich / widersprüchlich

0: kein Zusammenhang

Risikofaktoren

Familiengenetische Faktoren: Als einer der wichtigsten Risikofaktoren für eine Angststörung gilt die familiäre Belastung mit einer psychischen Störung. In den verschiedenen epidemiologischen Studien hat sich durchgängig die familiäre Häufung von Angststörungen bestätigt (z. B. Angst, 1998; Bijl et al., 2002; Bromet et al., 1998; Chartier et al., 2001; Kendler et al., 1997; Kessler et al., 1997; Klein et al., 2000; Müller, 2002; Lieb et al., 2000b, 2002a; Wittchen et al., 2000). In der EDSP-Studie konnten Lieb et al. (2000b) aufzeigen, dass Kinder von Eltern mit Sozialer Phobie ein erhöhtes Risiko haben, ebenfalls an einer Sozialen Phobie zu erkranken (OR=4.7). Allerdings wiesen auch Kinder, deren Eltern die Studienkriterien für andere psychische Störungen, speziell einer anderen Angststörung (OR=3.5), einer depressiven (OR=3.6) oder einer Alkoholstörung (OR=3.0), erfüllten, erhöhte Raten für Soziale Phobie auf, was auf einen eher unspezifischen Zusammenhang zwischen elterlicher und kindlicher Erkrankung hinweist. Entsprechendes konnte ebenfalls an Kindern mit einer elterlichen Depressionsbelastung aufgezeigt werden. So fanden Lieb et al. (2002b), dass Kinder von Eltern mit einer Major Depression, verglichen mit Kindern ohne elterliche Depressionsbelastung, nicht nur häufiger die Kriterien für Affektive Störungen, sondern auch für Angststörungen erfüllen. Wird in diesen Analysen die Komorbidität der Eltern berücksichtigt, bleibt ein signifikanter Zusammenhang bei den Angststörungen für die Generalisierte Angststörung bestehen. Auch Kendler et al. (1997) berichten eine erhöhte Rate von Generalisierter Angststörung bei Angehörigen von Personen mit einer Major Depression, die nicht auf komorbide Störungen zurückzuführen ist. Die Frage der Spezifität der familiären Übertragung von psychischen Erkrankungen ist bislang noch nicht befriedigend geklärt, die Befunde aus epidemiologischen Studien lassen je nach einbezogener Störung sowohl spezifische als auch unspezifische Übertragungsmuster vermuten (vgl. auch Bijl et al., 2002; Klein et al., 2001).

Die familiäre Häufung von Angsterkrankungen wurde auch in Familien- und Hochrisikostudien bestätigt. Hettema et al. (2001) konnten in ihrer meta-analytischen Auswertung von Familienstudien bedeutsame familiäre Häufungen für Panikstörungen, GAS, Phobien und OCD nachweisen. In Hochrisikostudien hat sich gezeigt, dass Kinder von Eltern mit einer Angststörung ein erhöhtes Risiko haben, ebenfalls eine Angststörung zu entwickeln (z.B. Beidel und Turner, 1997; Merikangas et al., 1998b; Unnewehr et al., 1998).

Behavioral Inhibition: *Behavioral Inhibition* gilt als temperamentsbedingte Disposition, auf neue Situationen mit anfänglicher Zurückhaltung und Hemmung zu reagieren (Kagan et al., 1984). Diese Disposition ist stabil, früh im Leben erkennbar und vermutlich genetisch bedingt. Kinder von Eltern mit einer Angststörung weisen eine höhere Behavioral Inhibition auf als Kinder von Eltern ohne eine Angststörung (z. B. Rosenbaum et al., 1991).

In epidemiologischen Studien ist Behavioral Inhibition bisher nur selten untersucht worden. Die vorliegenden Ergebnisse

verweisen jedoch konsistent auf Assoziationen zwischen dem Vorliegen einer Behavioralen Inhibition in der Kindheit und der späteren Entwicklung einer Angststörung. So konnten Wittchen et al. (2000) auf der Basis der EDSP-Daten aufzeigen, dass Jugendliche und junge Erwachsene, die retrospektiv von einer erhöhten Behavioral Inhibition in ihrer Kindheit berichten, häufiger auch die Kriterien für eine Angststörung nach DSM-IV erfüllen. Eine solche Assoziation konnte für alle untersuchten Angststörungen (GAS, Panikstörung, Agoraphobie, Spezifische Phobie, Soziale Phobie) ermittelt werden, was auf eine zumindest auf die spezifischen Subtypen bezogene Unspezifität dieses potenziellen Risikofaktors hinweist. Allerdings fanden Biederman et al. (2001) in ihrer Hochrisikostudie an Kindern von Eltern mit einer Panikstörung und/oder Major Depression zwar erhöhte Raten an Sozialer Angststörung bei denjenigen Kindern mit Behavioral Inhibition; die Raten an anderen Angststörungen oder Affektiven Störungen hingegen waren nicht erhöht.

Ein zusätzlicher Hinweis auf die Bedeutung von Behavioral Inhibition in der Entwicklung von Angststörungen ist einer weiteren großen prospektiven Studie zu entnehmen, in welcher eine Geburtskohorte von Kindern zwischen dem 3. Lebensmonat und 13. Lebensjahr regelmäßig untersucht wurde. Hier konnten Prior et al. (2000) eine Assoziation zwischen der mütterlichen Einschätzung der Schüchternheit in der Kindheit und der Entwicklung von Angststörungen im Jugendalter aufzeigen. Vergleichbares berichten Hayward et al. (1998). Sie erfassten Behavioral Inhibition bei mehr als 2000 Schülern (retrospektive Selbsteinschätzung), die anschließend jährlich während ihrer Schulzeit nachuntersucht wurden. Auch in dieser Studie wurde ein Zusammenhang zwischen Behavioral Inhibition und der Entwicklung einer Sozialen Phobie während des Follow-up-Studie Zeitraums gefunden.

Belastende Lebensereignisse: Die Bedeutung von belastenden Lebensereignissen als potenzieller Risikofaktor in der Entstehung von Angststörungen wurde in mehreren epidemiologischen Studien untersucht. Fast durchgängig konnte ein Zusammenhang speziell zwischen Gewalterfahrungen in der Kindheit und dem Berichten von Angststörungen aufgezeigt werden (z. B. Bijl et al., 1998; Bushnell et al., 1992; Chartier et al., 2001; de Graaf et al., 2002; DeWit et al., 1999; Fergusson et al., 1996; Kessler et al., 1997; Magee, 1999; vgl. aber auch Ernst et al., 1993). Molnar et al. (2001) untersuchten auf der Grundlage der NCS-Daten den Zusammenhang zwischen verschiedenen Angststörungen und sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Für Frauen ergaben sich signifikante Assoziationen für Agoraphobie (OR=1.4), Panikstörung (OR=1.4), Soziale Phobie (OR=1.4) und für PTSD (OR=10.2), jedoch nicht für GAS und Spezifische Phobie. Bei Männern zeigte sich allein eine Assoziation zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und dem Vorliegen einer PTSD (OR = 5.3). Geschlechtsspezifische Ergebnisse fanden auch MacMillan et al. (2001): Sie konnten eine Assoziation zwischen frühem Missbrauch und Angststörungen lediglich für Frauen nachweisen. Für andere belastende Lebensereignisse wie *Scheidung der Eltern*, *Tod eines Elternteils*, *frühe Trennung von den Eltern* sind in den vorhandenen Studien die Ergebnisse relativ uneinheitlich.

In einigen Studien wurde ein Zusammenhang zwischen solchen Lebensereignissen und Angststörungen aufgezeigt (z. B. Kessler et al., 1997; Müller, 2002; Wittchen et al., 2000), der jedoch in anderen Studien nicht bestätigt wurde (z. B. Bromet et al. 1998; Chartier et al., 2001; DeWit et al., 1999; Ernst und Angst, 1997).

Es sei darauf hingewiesen, dass sich Lebensereignisse als relativ unspezifische Risikofaktoren erwiesen haben: Personen, die einem oder mehreren belastenden Lebensereignissen ausgesetzt waren, haben nicht nur ein erhöhtes Risiko, an einer Angststörung, sondern auch an anderen, insbesondere affektiven, Störungen zu erkranken (z. B. Bijl et al., 1998; Fergusson et al., 1996; MacMillan et al., 2001). Brown und Harris (1993) berichten aus ihrer Untersuchung an Frauen, dass zwischen belastenden Lebensereignissen wie sexuellem und körperlichem Missbrauch nicht nur ein Zusammenhang mit Depression besteht (vgl. auch Bifulco et al., 1991), sondern auch mit Angststörungen, insbesondere mit der Panikstörung.

Elterliches Erziehungsverhalten und familiäre Umgebung:

Die wenigen epidemiologischen Untersuchungen zu Variablen des familiären Kontextes ergeben bislang noch kein sehr klares Bild (DeWit et al., 1999; Ernst und Angst, 1997; Magee, 1999; Wittchen et al., 2000). Speziell für die Soziale Phobie konnten Lieb et al. (2000b) in der EDSP-Studie zeigen, dass sowohl elterliche Überbehütung als auch elterliche Zurückweisung mit einer höheren Lebenszeitprävalenz einhergehen (ORs = 1.4). Differenzielle Aspekte des familiären Klimas, wie z. B. Problemlöseverhalten, affektive Beteiligung, waren hingegen nicht mit dem Vorliegen einer Sozialen Phobie assoziiert. Auch Merikangas et al. (2002) sowie Chartier et al. (2001) fanden keine Assoziationen zwischen familiärer Atmosphäre und dem Vorliegen einer Sozialen Phobie.

Für die genannten Faktoren liegen mittlerweile deutliche Hinweise darauf vor, dass diese das Risiko für die spätere Entwicklung einer Angststörung erhöhen (Kraemer et al., 1997). Es muss allerdings ergänzend angemerkt werden, dass die empirische Evidenz für das vorzeitige Auftreten noch nicht über alle Faktoren hinweg lege artis mittels eines prospektiv-longitudinalen Designs nachgewiesen werden konnte. Neben den hier vorgestellten Risikofaktoren gibt es auch noch eine Vielzahl von weiteren Faktoren, die als Risikofaktoren für Angststörungen diskutiert werden, wie z. B. Angstsensitivität, autonome Reaktivität, Stressreaktivität, prä- und perinatale Risikofaktoren, Selbstwertgefühl, soziale Unterstützung. Für die meisten dieser Faktoren konnte bislang jedoch noch keine empirische Evidenz aus epidemiologischen Studien vorgelegt werden. Einen guten Überblick hierüber geben Merikangas und Avenevoli (2002).

Komorbidität

In der psychiatrischen Epidemiologie bezeichnet der Begriff "Komorbidität" das Auftreten von mehr als einer psychischen Störung in einer Person innerhalb eines definierten Zeitintervalls (vgl. Wittchen, 1996; Wittchen und Vossen, 2000). Die Störungen treten dabei sowohl gleichzeitig als auch zu unterschiedlichen Zeiten auf, wobei als Zeitfenster ein definierter

Zeitabschnitt (z. B. 12 Monate bei der Querschnittskomorbidität) oder die gesamte Lebensspanne (Lebenszeitkomorbidität) betrachtet werden kann. Unter der letztgenannten Perspektive kommt insbesondere der Identifikation des zeitlichen Musters psychopathologischer Komorbidität eine besondere Bedeutung zu. Diese hat im Wesentlichen das Ziel, Modellvorstellungen von potenziellen pathogenetischen Zusammenhängen sowie Hypothesen über ätiologische Mechanismen abzuleiten (vgl. hierzu Kessler und Price; 1993 Merikangas und Stevens, 1998).

Sowohl in klinischen (z. B. Mezzich et al., 1990; Sartorius et al., 1996) als auch in epidemiologischen Studien (z.B. Becker et al., 2000; Jacobi et al., eingereicht; Kessler, 2001; Kessler et al., 1996; Merikangas et al., 1998a; Regier et al., 1998; Wittchen und Vossen, 2000) hat sich konsistent gezeigt, dass die Komorbidität bei allen Angststörungen sehr ausgeprägt ist. Die ECA-Studie konnte erstmals auf der Basis eines modernen epidemiologischen Designs aufzeigen, dass die Komorbidität von Angststörungen nicht eine Ausnahme, sondern eher die Regel ist: Mehr als zwei Drittel der Personen mit Angststörungen erfüllen irgendwann im Verlauf ihres Lebens ebenfalls die diagnostischen Kriterien für mindestens eine weitere psychische Störung (Robins et al., 1991). Später vorgelegte Befunde aus dem NCS bestätigten eindrucksvoll diese hohe Komorbidität. Hier ergab sich, dass über 70% der Personen mit einer Angststörung mindestens eine weitere DSM-III-R-Störung im Laufe ihres Lebens aufweisen. Die diagnostische Aufschlüsselung nach den spezifischen Subtypen ergibt die höchsten Komorbiditätsraten für die Panikstörung (92%) sowie die GAS (91%; vgl. Kessler, 1997). Ähnliche Ergebnisse wurden auch von Jacobi et al. (eingereicht) für die deutsche Allgemeinbevölkerung aus dem GHS-MHS berichtet. Über die Hälfte der Personen mit einer Angststörung (62%) erfüllten hier zusätzlich die Kriterien für mindestens eine weitere DSM-IV-Störung (12-Monats-Diagnosen). Übereinstimmend mit den NCS-Befunden zeigte sich auch hier für die Panikstörung (88%) sowie die GAS (94%) die ausgeprägteste Komorbidität (Komorbiditätsrate: 88%). Zudem war der Anteil der "hochkomorbiden" Fälle (mindestens drei weitere Störungen) bemerkenswert hoch: Nahezu die Hälfte der Personen mit einer Panikstörung oder GAS, mehr als 60% der Personen mit einer Zwangsstörung, und etwas über 20% der Personen mit einer Phobie erfüllten zusätzlich die diagnostischen Kriterien für mindestens drei weitere psychische Störungen.

Komorbidität mit Affektiven Störungen: Über verschiedene epidemiologische Studien hinweg konnte relativ übereinstimmend aufgezeigt werden, dass Angststörungen eng mit Affektiven Störungen, insbesondere mit Depressiven Störungen, assoziiert sind (Kessler, 2001; Merikangas et al., 1996; Perkonig und Wittchen, 1999; Weissman et al., 1994; Wittchen et al., 2000). Personen mit irgendeiner Angststörung haben im Vergleich zu Personen ohne eine Angststörung eine nahezu fünffach erhöhte Chance (OR = 4.2), ebenfalls eine Major Depression zu entwickeln (NCS-Befunde; Kessler, 2001). Nach den NCS-Befunden findet sich die niedrigste Komorbiditätsrate bei Personen mit einer Sozialen Phobie (29%; OR = 2.9), die höchste hingegen bei Personen mit ei-

ner GAS (48%: OR = 6.0) oder einer Panikstörung (41%: OR = 4.0; Kessler, 2001). Anhand der subtypenspezifischen Reanalysen aus verschiedenen epidemiologischen Studien (ECA, MFS, Puerto Rico, Basel, Zürich) konnten Merikangas et al. (1996) aufzeigen, dass sich die ORs für die Assoziationen zwischen Major Depression und den verschiedenen Subtypen einer Angststörung zwischen 2.7 und 14.9 bewegen. Ein ähnliches Bild ergibt sich auch bereits in jüngeren Altersgruppen. So konnten auf der Basis der EDSP-Studie bereits für die Altersgruppe der 14- bis 24-Jährigen bemerkenswerte Assoziationen zwischen Affektiven Störungen und nahezu allen Subtypen von Angststörungen aufgezeigt werden. Die stärksten Assoziationen zeigten sich hier zwischen der Lebenszeitdiagnose einer Major Depression und der Lebenszeitdiagnose einer GAS (OR = 3.9) oder einer Panikstörung (OR = 3.4; Wittchen et al., 2000).

Komorbidität mit Substanzstörungen: Auch die Komorbidität von Angststörungen mit Substanzstörungen ist in der Literatur gut dokumentiert. So erfüllen nach den Befunden der NCS etwa ein Fünftel (21%) der Personen mit irgendeiner DSM-III-R-Angststörung zusätzlich die diagnostischen Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit (Streuung für die verschiedenen Angststörungen: 21-30%) und etwa 15% die Kriterien für die Abhängigkeit von illegalen Drogen (Streuung für die verschiedenen Angststörungen: 15-23%; Lebenszeit-Angaben; Kessler et al., 1996).

In einer differenzierten Reanalyse der Daten aus dem NCS, der ECA-Studie, der ECA-Puerto Rico-Studie und der Zürich-Studie ermittelten Swendsen et al. (1998) relativ konsistente Ergebnisse über die verschiedenen Studien bezüglich der Assoziation zwischen Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit und dem Auftreten von irgendeiner Angststörung (ORs: 2.0 - 2.5). Es konnte bislang noch kein spezifischer Subtyp einer Angststörung nachgewiesen werden, der einen *besonders engen* Zusammenhang mit Alkoholstörungen aufweist – das Ausmaß der Assoziation scheint somit eher diagnostisch unspezifisch zu sein (vgl. Kessler et al., im Druck; Swendsen et al., 1998). Angststörungen sind ebenfalls häufig mit Substanzstörungen, die auf illegale Drogen oder Nikotin zurückzuführen sind, assoziiert (Kessler et al., 1996; Merikangas et al., 1998a;

Swendsen et al., 1998). Bei den illegalen Drogen scheint hierbei vor allem die Komorbidität mit Abhängigkeit ausgeprägt zu sein. So verweisen die von Kessler et al. (1996) vorgelegten NCS-Befunde auf bemerkenswerte lebenszeitbezogene Assoziationen zwischen allen Subtypen von Angststörungen und Drogenabhängigkeit (Streuung der ORs: 2.5 für Spezifische Phobie bis 4.0 für PTSD). Mit der Ausnahme von PTSD (OR = 1.6) ergaben sich jedoch keinerlei Assoziationen zwischen Angststörungen und Drogenmissbrauch (vgl. auch ECA-Befunde; Regier et al., 1990). Über die Komorbidität von Angststörungen mit Nikotinabhängigkeit liegen bis heute erstaunlicherweise eher wenige Befunde vor. Diese verweisen allerdings auch hier auf ein überzufällig häufiges gemeinsames Auftreten von Nikotinabhängigkeit und Angststörungen (Breslau et al., 1991, 1994; Johnson et al., 2000; Sonntag et al., 2000). Kürzlich vorgelegte Detailanalysen der EDSP-Studie, in welchen die Komorbidität innerhalb der Angststörungen berücksichtigt wurde, konnten hierbei eine störungsspezifische Assoziation zwischen der Panikstörung und der Nikotinabhängigkeit (Isensee et al., im Druck) aufzeigen.

Komorbidität innerhalb der Angststörungen: Unabhängig von den aufgezeigten Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen erfüllen viele Personen mit einer spezifischen Angststörung lebenszeitbezogen ebenfalls die Kriterien für eine weitere Angststörung. In Tabelle 2 sind die Assoziationen (ORs) aus dem NCS zwischen der Generalisierten Angststörung, Agoraphobie, Einfachen Phobie und Sozialer Phobie und jeweils anderen Subtypen von Angststörungen dargestellt. Wie der Tabelle entnommen werden kann, zeigen sich über alle einbezogenen Angststörungen hinweg beachtliche Assoziationen. Besonders ausgeprägt sind sie zwischen der Panikstörung und der GAS (OR = 12.3) sowie der Panikstörung und der Agoraphobie (OR = 11.9). Weniger starke – aber dennoch statistisch signifikante – Assoziationen zeigen sich hingegen zwischen der GAS und der Sozialen Phobie sowie Spezifischen Phobie (OR = 3.8 bzw. 4.9).

Komorbidität mit anderen psychischen Störungen: Zur Frage, inwiefern sich Assoziationen zwischen Angststörungen und Somatoformen Störungen, Essstörungen, psychotischen Stö-

Tabelle 3: Lebenszeit-Komorbidität von DSM-III-R Angststörungen im National Comorbidity Survey (NCS, aus Magee et al. 1996, Wittchen et al., 1994)

Komorbide Angststörung	GAS		Agoraphobie		Spezifische Phobie			Soziale Phobie		
	%	OR	%	OR	%	OR	*	%	OR	*
GAS	-	-	19,8	5,8 *	16,0	4,9 *	*	13,3	3,8 *	*
Agoraphobie	25,7	5,8 *	-	-	27,0	8,7 *	*	23,3	7,1 *	*
Spezifische Phobie	35,1	4,9 *	45,6	8,7 *	-	-		37,6	7,8 *	*
Soziale Phobie	34,4	3,8 *	46,5	7,1 *	44,5	7,8 *	*	-	-	
Panikstörung	23,5	12,3*	21,6	11,9*	14,8	7,9 *	*	10,9	4,8 *	*
Irgendeine Angststörung	-	-	74,1	8,8 *	68,7	8,5 *	*	56,9	5,8 *	*

GAS = Generalisierte Angststörung; OR = Odds Ratio; * p < .05.

Der Prozentsatz gibt den Anteil der Personen mit einer GAS, Agoraphobie, Spezifischen Phobie oder Sozialen Phobie an, die eine weitere Angststörung aufweisen. Z. B. 25.7% der Personen mit einer GAS erfüllen zusätzlich die Kriterien einer Agoraphobie.

rungen und Persönlichkeitsstörungen zeigen, ist die epidemiologische Befundlage bislang eher unbefriedigend. Nach Wittchen und Vossen (2000) werden in der Literatur konsistent die höchsten Komorbiditätsraten für Somatoforme Störungen berichtet. So erfüllen nach den Analysen der ECA-Studie 85% der Personen mit einer DSM-III-Somatisierungsstörung ebenfalls die diagnostischen Kriterien für die Panikstörung und 30% für die Zwangsstörung (Swartz et al., 1991). Auch für Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen wurden Assoziationsbefunde in der Literatur berichtet, wobei in diesem Rahmen jedoch explizit auf die Problematik einer reliablen und validen Erfassung von Persönlichkeitsstörungen hingewiesen werden soll (vgl. Wittchen und Vossen, 2000).

Zeitliche Komorbiditätsmuster

Affektive Störungen: Angststörungen manifestieren sich in der Regel vor den komorbiden Affektiven Störungen. So berichten Personen, welche die Kriterien für eine Angststörung und die Major Depression erfüllen, häufiger den Beginn der Angststörung vor der Major Depression oder aber im selben Jahr (Kessler, 2001 ; Merikangas et al., 1996). Auch die Befunde des NCS verweisen auf dieses Muster: Mehr als zwei Drittel der Personen mit beiden Störungen datierten die Angststörung als initiales Störungsbild. Nur ein geringer Anteil der Betroffenen (15.4%) berichtet von einem sekundären Auftreten der Angststörung. Störungsspezifische Erstmanifestationsmuster scheint es dahingehend zu geben, dass sich besonders die Panikstörung und die GAS seltener primär, sondern eher im gleichen Jahr oder nach der Major Depression (in 83 bzw. 76% der Fälle) manifestieren, wohingegen die Phobien gehäuft zeitlich vor der Major Depression auftreten (Soziale Phobie: 72%, Spezifische Phobie: 75%; Kessler, 2001).

Substanzstörungen: Auch bei der Analyse der Lebenszeitkomorbidität von Angst- und Alkoholstörungen zeigt sich ein Überwiegen von primär auftretenden Angststörungen. Betrachtet man etwa die Befunde der EDSP-Studie, so datiert über die Hälfte (57%) der Personen mit einer Angst- und Alkoholstörung das Auftreten der Angststörung vor der Alkoholstörung. Bei komorbider Drogenabhängigkeit liegt der Anteil der primären Angststörungen sogar bei 68% (Merikangas et al., 1998a). Dieses für Angst- und Alkoholstörungen typische zeitliche Komorbiditätsmuster lässt sich konsistent über epidemiologische Studien hinweg aufzeigen (vgl. ebd). Subtypenspezifische Analysen zeigen allerdings auch hier diagnosespezifische zeitliche Muster der Komorbidität. So erweisen sich insbesondere die Spezifische und die Soziale Phobie recht häufig als primäre Störungen: Sie gehen in mehr als drei Viertel der Fälle der Alkoholabhängigkeit voraus. Im Gegensatz hierzu treten die Panikstörung und die GAS weniger ausgeprägt häufig primär auf (vgl. Kessler et al., im Druck). Ein recht ähnliches Bild ergibt sich auch für die zeitliche Abfolge der Komorbidität von Angststörungen und Drogenabhängigkeit. So berichten Kessler et al. (im Druck) auf der Basis der ICPE-Analysen auch hier ein deutliches Überwiegen von primär auftretenden Angststörungen. Dieses Muster findet sich deutlich vor allem bei

der Sozialen Phobie, der Spezifischen Phobie und der PTSD, während die Agoraphobie und die GAS etwas seltener (in 52 bis 62% der Fälle) vor der Drogenabhängigkeit auftreten. Ein vergleichbares Muster ergaben auch die EDSP-Analysen zur zeitlichen Abfolge speziell von Ecstasy-Konsum und dem Beginn von Angststörungen (Lieb et al., 2002b): Bei 52 (Zwangsstörung) bis 98% (Spezifische Phobie) der Ecstasy-Konsumenten mit einer komorbiden Angststörung tritt der erstmalige Konsum von Ecstasy eindeutig nach der Erstmanifestation der Angststörung auf. Über alle Angststörungen hinweg bewegen sich die Raten für primären Ecstasy-Konsum auf einem relativ niedrigen Niveau zwischen 2 (Spezifische Phobie) und 30% (Phobie NOS).

In longitudinalen Analysen zeigte sich, dass sich auch Nikotinabhängigkeit bzw. regelmäßiges Rauchen in der Mehrheit der Fälle erstmalig vor der Angststörung manifestierten (Breslau und Klein, 1999; Isensee et al., im Druck; Johnson et al., 2000).

Wie bereits angemerkt, bieten insbesondere Komorbiditätsbefunde, welche die gesamte Lebensspanne einer Person einbeziehen, die Möglichkeit, Hypothesen zu potenziellen pathogenetischen Zusammenhängen und ätiologischer Implikationen abzuleiten. Modellvorstellungen, die zur Erklärung von Komorbiditätsbefunden herangezogen werden können, beinhalten (vgl. hierzu Kessler und Price, 1993; Lieb und Isensee, 2002; Merikangas und Stevens, 1998; Wittchen, 1996): (A) *Es gibt keinen ätiologischen Zusammenhang zwischen Störung A und Störung B.* Diese Annahme postuliert, dass die beobachtete Komorbidität einer Störung A (z.B. Angststörung) und Störung B (z.B. Alkoholstörung) rein zufällig besteht. Erklärbar wäre hier das überzufällig gemeinsame Auftreten zweier Störungen etwa dadurch, dass sich die Symptombilder von Störung A und Störung B teilweise überlappen, was zu einer künstlichen Komorbidität, somit einem methodischen Artefakt, führen würde (Miller, 1993). (B) *Störung A und Störung B können auf einen oder mehrere Faktoren zurückgeführt werden, die für beide Störungen verantwortlich sind.* Dieses Modell nimmt an, dass sowohl die Entwicklung von Störung A als auch die Entwicklung von Störung B auf einen oder mehrere gemeinsame Vulnerabilitätsfaktoren zurückgeführt werden können. Nach Merikangas und Stevens (1998) lassen besonders zeitlich weniger eindeutige Komorbiditätsmuster auf diese Annahme schließen. Zu einer weiteren Stützung der Annahme werden Befunde zur familiären Ko-Aggregation von psychischen Störungen, wie sie im Rahmen von Familien- und Zwillingsstudien ermittelt werden, benötigt. Bislang vorgelegte Befunde zu zeitlichen Komorbiditätsstrukturen sowie der familiären Aggregation von GAS und Major Depression lassen etwa vermuten, dass an der Entstehung dieser beiden Störungsbilder möglicherweise gemeinsame (genetische) Vulnerabilitätsfaktoren beteiligt sind (Kendler et al., 1992, 1997; Lieb et al., 2002a; Roy et al., 1995). (C) *Störung A und Störung B weisen eine kausale Beziehung auf.* Diese Annahme postuliert einen kausalen Zusammenhang zwischen den zeitlich sich nacheinander manifestierenden komorbiden Störungen dahingehend, dass eine primär bestehende Störung zur Entwicklung einer sekundär sich manifestierenden weiteren Störung beiträgt bzw. diese sogar induziert.

Beispiele wären hier etwa das Auslösen von Panikattacken durch Einnahme psychotroper Substanzen (z.B. George et al., 1990; Rosen und Kosten, 1992) oder aber – hierfür wurde mittlerweile eine Reihe von empirischen Befunden vorgelegt – die Entwicklung einer sekundären Depression als Folge von primär sich manifestierenden Angststörungen, insbesondere phobischen Störungen (Pine et al., 2001; Stein et al., 2001; Wittchen et al., 2000).

Die Versorgungssituation bei Angststörungen

Vor der Abschätzung der Versorgungslage im Bereich der Angststörungen stellt sich die Frage, unter welchen Umständen ein Fall als behandlungsbedürftig und wann er als “versorgt” einzuschätzen ist.

Bedarfskriterien: Die grobe empirische Bedarfsschätzung bei psychischen Störungen erfordert eindeutig definierte und zuverlässig erfassbare Diagnosen, für die der Nachweis ihres klinischen Schweregrads sowie aktueller und langfristig assoziierter Einschränkungen und Behinderungen ebenso erbracht ist wie der Nachweis effektiver und akzeptierter Behandlungsstandards. Die im DSM-IV als Angststörungen klassifizierten Störungen können als klinisch und epidemiologisch hinreichend untersucht gelten. Zugleich kann bei diesen Störungen in der Regel von einem professionellen Interventionsbedarf ausgegangen werden (Wittchen und Jacobi, 2001).

Das Vorliegen einer Diagnose bedeutet allerdings nicht immer zwingend Behandlungsbedürftigkeit; man denke beispielsweise an die gehäuft und hinsichtlich ihres Schweregrades recht variablen “Spezifischen Phobien” im Kindes- und Jugendalter. Um die tatsächliche Behandlungsbedürftigkeit bei verschiedenen Angststörungen zu bestimmen, sollten neben der Diagnosestellung auch andere Faktoren berücksichtigt werden. Hierzu zählen beispielsweise der Schweregrad der Störung, der Spontanverlauf, Möglichkeiten und Grenzen von verfügbaren Therapieverfahren, resultierende Einschränkungen und Behinderungen sowie die unterschiedliche Behandlungsmotivation (Wittchen, 2000; Wittchen und Jacobi, 2001). In den großen epidemiologischen Bevölkerungsuntersuchungen beschränkte man sich bei der Untersuchung der Versorgungssituation dennoch bislang zumeist auf die Diagnosestellung als Indikator für Behandlungsbedürftigkeit, da die genannten indikationsbezogenen differenziellen Erkenntnisse sehr komplex und zudem für Angststörungen noch nicht hinreichend wissenschaftlich überprüft sind und sich somit noch keine verallgemeinerungsfähigen Aussagen für die Entwicklung von Untersuchungsinstrumentarien machen lassen.

Versorgungskriterien: Auf der anderen Seite ist die Versorgung psychischer Störungen – anders als die Versorgung somatischer Erkrankungen – durch eine Vielzahl beteiligter Berufs- und Institutionsgruppen gekennzeichnet. Untersuchungen zur Abschätzung der Versorgungsquote beziehen sich unter Berücksichtigung internationaler Standards zumeist auf folgende Einrichtungsarten, da bei ihnen eine fachspezifisch adäquate Diagnosen- und Indikationsentscheidung sowie eine

zumindest basale Prozess- und Strukturqualität als gegeben angenommen werden können (Wittchen und Jacobi, 2001):

- stationäre Einrichtungen (Kliniken psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Art)
- Hausärzte
- Nervenärzte sowie Ärzte für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie
- ärztliche Psychotherapeuten
- psychologische Psychotherapeuten, klinische Psychologen
- psychiatrische und psychotherapeutische Ambulanzen
- sowie Beratungsstellen, Kriseninterventionszentren und andere psychosoziale Einrichtungen, sofern fach- und therapiespezifische Informationen vorliegen.

Die weitergehende Einschätzung, ob spezifische psychische Störungen tatsächlich adäquat und bedarfsgerecht versorgt werden, erfordert darüber hinaus die Berücksichtigung komplexer Indikationsregeln sowie von Prozess- und Strukturvariablen, deren differenzierte Erfassung und Beurteilung zumeist in groß angelegten epidemiologischen Untersuchungen nicht oder nur unzureichend realisierbar ist. So kommen bei Angststörungen wie bei den meisten psychischen Erkrankungen sowohl psychotherapeutische wie auch pharmakologische Strategien unterschiedlicher Art als wissenschaftlich nachgewiesen wirksame Behandlungsverfahren infrage. Unter welchen Umständen sind nun aber bei einer Angststörung ausschließlich verhaltenstherapeutische, wann eher medikamentöse Strategien und wann Kombinationen beider anzuwenden? Schließlich sind auch im Einzelfall verfahrensspezifische Vor- und Nachteile zu beachten. Hierzu gehören insbesondere die bessere Langzeiteffektivität und die niedrigen Abbrecherquoten psychotherapeutischer Verfahren bei Angststörungen auf der einen Seite sowie die breitere Verfügbarkeit und kurzfristig geringere Kosten bei medikamentösen Strategien auf der anderen Seite.

Behandlungsquote bei Angststörungen

Im GHS-MHS (Jacobi et al., 2002) wurde erstmals umfassend und bundesweit die Versorgungslage psychischer Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung erfasst. Wegen der ungelösten Problematik in der Beurteilung verfahrensspezifischer Adäquatheitskriterien wurde im GHS-MHS in der Beurteilung von Behandlungsraten und Behandlungsquoten, verfahrens- oder versorgungsspezifische Differenzierungen verzichtet.

Definiert man Inanspruchnahme des Gesundheitswesens als “die zumindest einmalige Nachfrage bei einer Institution des Gesundheitswesens um Hilfe wegen psychischer Probleme bzw. die Empfehlung psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung durch einen Arzt” (zumindest minimale Intervention) und lässt Art, Häufigkeit und Dauer einer etwaigen Intervention gänzlich außer Acht, ergibt sich im GHS-MHS eine Versorgungsquote von 40,5% im Jahr vor der Erhebung unter denjenigen mit einer 12-Monats-Diagnose einer der erfassten psychischen Störungen (DSM-IV; Jacobi et al. eingereicht). Der Anteil von Betroffenen, die eine im weitesten Sinne adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien erhalten, liegt allerdings konservativ geschätzt nur

bei etwa 10% derjenigen mit einer Diagnose (Wittchen, 2000). Die niedrige Versorgungsquote betrifft jedoch nicht alle spezifischen Störungsgruppen in gleichem Ausmaß; im Vergleich zu somatoformen und Suchterkrankungen liegen die Behandlungsquoten für Angststörungen relativ hoch (Abb. 2): Vor allem die GAS mit einer Behandlungsquote von fast 69% und die Panikstörung mit gut 75% werden relativ gut versorgt. Störungen mit besonders niedrigen Behandlungsraten sind hingegen somatoforme (42,5%) und Substanzstörungen (34,8%). Innerhalb der untersuchten Störungsgruppen sind nur bei den Angststörungen bemerkenswerte Unterschiede zu berücksichtigen. So werden phobische Störungen mit einer Versorgungsquote von 45,3% deutlich seltener behandelt als alle anderen Angststörungen.

Eine besonders schlechte Versorgungslage psychischer Störungen findet sich nach Daten des GHS-MHS in Regionen, die weder über eine nahe Universität noch über psychotherapeutische Weiterbildungsinstitutionen verfügen und in den neuen Bundesländern. Dieser Unterschied ist bei den Angststörungen, insbesondere den phobischen Störungen, besonders stark ausgeprägt (Wittchen und Jacobi, 2001). Außerdem ist die Versorgungssituation bei Kindern und Jugendlichen offensichtlich wesentlich schlechter als bei Erwachsenen. Von allen 14- bis 17-jährigen Teilnehmern der EDSP-Studie, die in den 12 Monaten vor der Untersuchung unter einer psychischen Störung litten, waren nur 17% in einer wie auch immer gearteten Behandlung. Und nur bei einem Fünftel von diesen ist von einer im weitesten Sinne adäquaten Therapie auszugehen (Wittchen, 2000).

Obwohl es GHS-MHS und EDSP-Studie methodisch nicht zulassen, die möglichen Gründe für die markanten Unterschiede in der Versorgungslage der einzelnen psychischen Störungen zu bestimmen, sind die unterschiedlich hohen Behandlungsquoten anscheinend nur unzureichend über traditionelle Konzepte wie "hoher klinischer Schweregrad" zu erklären. Vielmehr sind diagnosespezifisch unterschiedliche Faktoren-

konstellationen zu beachten: Hierzu gehören Merkmale des Symptombildes (z.B. Panikattacken bei der Panikstörung) und des Spontanverlaufs, die Behandlungsbereitschaft des Patienten, der Bekanntheitsgrad der Störung (öffentliche Awareness) sowie die Verfügbarkeit diagnosenspezifischer Therapieverfahren und Institutionen (Wittchen und Jacobi, 2001).

Angststörungen in der allgemeinärztlichen Versorgung:

Welche Art von Behandlung erhalten nun aber diejenigen mit psychischen Störungen, die Hilfe suchen? Erste Analysen der im GHS-MHS als "versorgt" geltenden Personen ergeben folgendes Bild: 6.5% der Hilfesuchenden werden verhaltenstherapeutisch behandelt, 47% erhalten eine "andere Psychotherapie", 34% werden medikamentös behandelt, und 26% erhalten eine "andere Behandlung als Medikamente oder Psychotherapie" (Jacobi et al., in Vorbereitung). Die geringe Quote verhaltenstherapeutisch Behandelter lässt vermuten, dass die Hilfe, die Betroffene in Deutschland erhalten, oftmals nicht dem „State of the art“ entspricht. In Übereinstimmung mit der Annahme einer der so genannten „Gate-keeper“-Funktion des Hausarztes für Erkennen, Diagnose und Therapie geben 42,3% aller wegen einer psychischen Störung Behandelten an, den Hausarzt kontaktiert zu haben, eine ausschließlich hausärztliche Intervention wird von 14,5% berichtet (Wittchen und Jacobi, 2001). Vor allem die GAS zeigt sich in der hausärztlichen Praxis häufig: Unter den über 25.000 Patienten der WHO-Multicenter-Studie „Mental Illness in General Health Care“ (Üstün und Sartorius, 1995) zur Häufigkeit psychischer Störungen in der allgemeinärztlichen Versorgung war die GAS mit einer Häufigkeit von 7,9% nach der Depression (10,4%) die häufigste psychische Störung. Die anderen Angststörungen waren vergleichsweise selten: eine Panikstörung wiesen 1,1%, eine Agoraphobie 1,5% der hausärztlichen Patienten auf. Für die GAS liegt eine Untersuchung aus Deutschland zum Thema Erkennen und Interventionen an insgesamt über 20.000 Patienten in 558 Arztpraxen vor (GAD-P; Wittchen, 2001). Hier zeigte sich unter anderem, dass die GAS zwar grundsätz-

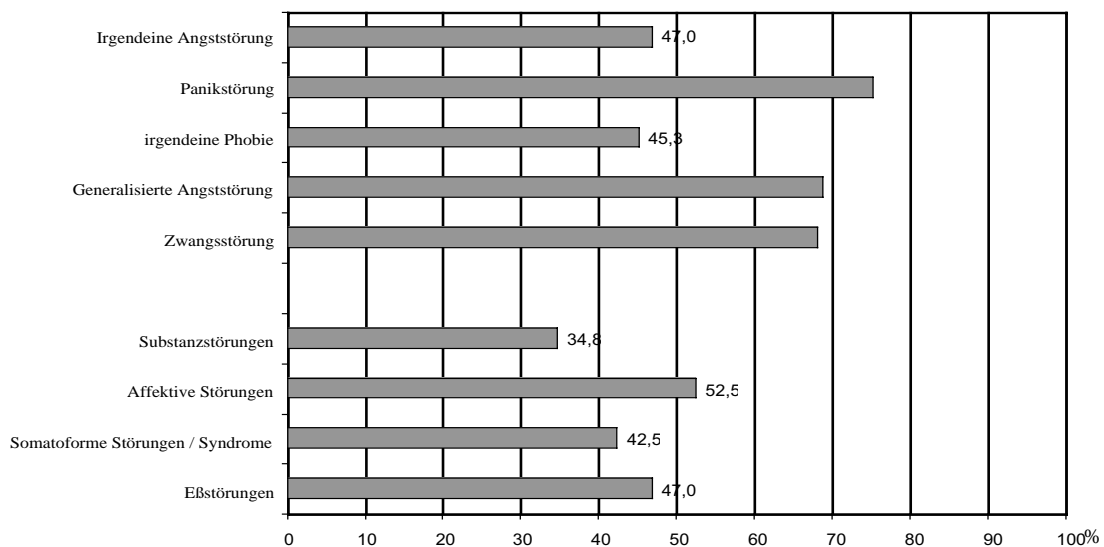


Abbildung 2: Versorgungssituation ausgewählter psychischer Störungen (DSM-IV; 12 Monats-Diagnosen im GHS-MHS (N=4181): Anteil der Betroffenen mit zumindest minimaler Intervention (% gewichtet; Jacobi et al., eingereicht, veränderte Darstellung mit Genehmigung

lich häufig als psychisches Leiden erkannt wird - bei mehr als zwei Drittel der Patienten mit GAS erkannte der Arzt das Vorliegen einer psychischen Störung - , es aber selten zu einer auch differenzialdiagnostisch richtigen Einschätzung kommt: Nur ein Drittel der GAS-Fälle wurden tatsächlich auch als solche bewertet (Hoyer et al., 2001). Und schließlich erhält weniger als die Hälfte der GAS-Patienten, die erkannt und versorgt werden, auch eine prinzipiell bei GAS indizierte Therapie (einschließlich Überweisungen zum Facharzt/Psychotherapeuten), nämlich Psychotherapie oder medikamentöse Behandlung mit einem spezifisch für die GAS zugelassenen Medikament (Wittchen et al, 2001).

Kosten der Nicht-Behandlung

Auch wenn die Behandlungsquoten der meisten Angststörungen bei Betrachtung des gesamten Spektrums psychischer Störungen vergleichsweise hoch liegen, ist doch nicht zu vernachlässigen, dass etwa 60% aller Betroffenen überhaupt nie wegen ihrer Ängste mit einem Fachmann aus dem Gesundheitsbereich in Kontakt standen. Dies weist auf eine Unterversorgung auch im Bereich der Angststörungen hin. Dieser Umstand ist nicht nur mit vermeidbaren Belastungen, Beeinträchtigungen und Leiden bei den Betroffenen verbunden, sondern bedeutet ebenso unnötige volkswirtschaftliche Mehrkosten durch Fehlbehandlungen und Arbeitsunfähigkeit. Im GHS-MHS liegen Personen mit Angststörungen mit durchschnittlich 5,4 Tagen/Monat vollständig oder teilweise eingeschränkter Arbeitsproduktivität zwischen Personen mit affektiven (8,5 Tage) und Personen mit somatoformen Störungen (3,4 Tage; Wittchen et al., 1999b). Zudem sind gerade bei den Angststörungen Kosten durch Fehlbehandlungen nicht zu vernachlässigen, da Angststörungen mit einer generell starken Inanspruchnahme von Einrichtungen im Gesundheitswesen, auch im nicht-psychologischen bzw. psychiatrischen Bereich, verbunden sind (z.B. Lecrubier, 2001; Lépine, 2001; Üstün und Sartorius, 1995).

Literatur

- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (3rd. ed., rev.). Washington DC: Author, 1987
- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington DC: APA, 1994
- Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl R, Kessler RC, Demler O, Walters E, Klylyc C, Offord D, Ustun TB, Wittchen H-U: Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ* 2000;78 (4):413-426.
- Andrews G, Henderson S, Hall W: Prevalence, comorbidity, disability, and service utilisation. *Br J Psychiatry* 2001;178:145-153
- Angst J: Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. *Int Clin Psychoneuropharmacol* 1993;8 (Suppl.1):21-25
- Angst J: Panic disorder: history and epidemiology. *Eur Psychiatry* 1998;13 (Suppl. 2):51S-55S
- Angst J, Dobler-Mikola A: The Zurich Study. V. Anxiety and phobia in young adults. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 1985;235:171-178
- Becker ES, Türke V, Neurmer S, Soeder U, Krause P, Margraf J: Incidence and prevalence rates of mental disorders in a community sample of young women: results of the "Dresden Study". In: Manz R, Kirch W (eds.): *Public Health Research and Practice: Report for the Public Health Research Association Saxony*. Regensburg: Roderer, 2000, 259-291
- Beidel DC, Turner SM: At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36 (7):918-924
- Biederman J, Hirshfeld-Becker DR, Rosenbaum JF, Hérot C, Friedman D, Snidman N, Kagan J, Faraone SV: Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *Am J Psychiatry* 2001;158:1673-1679
- Bifulco A, Brown GW, Adler Z: Early sexual abuse and clinical depression in adult life. *Br J Psychiatry* 1991;159:115-122
- Bijl RV, Cuijpers P, Smit F: Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:7-12
- Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G: Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:587-595
- Bland RC, Orn H, Newman SC: Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand* 1988;77 (Suppl. 338):24-32
- Breslau N, Kilbey MM, Andreski P: Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:1069-1074
- Breslau N, Kilbey MM, Andreski P: DSM-III-R nicotine dependence in young adults: prevalence, correlates and associated psychiatric disorders. *Addiction* 1994;89:743-754
- Breslau N, Klein DF: Smoking and panic attacks. An Epidemiologic investigation. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1141-1146
- Bromet E, Sonnega A, Kessler RC: Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Am J Epidemiol* 1998;147 (4):353-361
- Brown GW, Harris TO: Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 1. Early adversity. *Psychol Med* 1993;23:143-154
- Bushnell JA, Wells JE, Oakley-Browne MA: Long-term effects of intrafamilial sexual abuse in childhood. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:136-142
- Canino GS, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martinez R, Sesman M, Guevara LM: The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:727-735
- Carter RM, Wittchen H-U, Pfister H, Kessler R: One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety* 2001;13 (2):78-88
- Chartier MJ, Walker JR, Stein MB: Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychol Med* 2001;31:307-315
- de Graaf R, Bijl R, SmitFilipVollebergh WAM, Spijker J: Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Psychiatry* 2002;159:620-629
- DeWit DJ, Ogborne A, Offord DR, MacDonald K: Antecedents of the risk of recovery from DSM-III-R social phobia. *Psychol Med* 1999;29:569-582
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (Hrsg.): WHO Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Forschungskriterien, übersetzt von E. Schulte-Markwort und W. Mombour. Bern: Hans Huber, 1994

- Eaton WW, Dryman A, Weissman MM: Panic and Phobia. In: Robins LN, Regier DA (eds.): *Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press, 1991, 155-179
- Ernst C, Angst J: The Zurich Study XXIV. Structural and emotional aspects of childhood and later psychopathology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997;247:81-86
- Ernst C, Angst J, Földényi M: The Zurich Study. XVII Sexual abuse in childhood. Frequency and relevance for adult morbidity data of a longitudinal epidemiological study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;242:293-300
- Essau CA, Karpinski NA, Petermann F, Conradt J: Häufigkeit und Komorbidität von Angststörungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Verhaltenstherapie* 1998;8:180-187
- Faravelli C, Degl'Innocenti BG, Giardinelli L: Epidemiology of anxiety disorders in Florence. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79:308-312
- Fergusson DM, Horwood J, Lynskey MT: Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;34:1365-1374
- George DT, Nutt DJ, Dwyer BA, Linnoila M: Alcoholism and panic disorder: is the comorbidity more than coincidence? *Acta Psychiatr Scand* 1990;81:97-107
- Häfner H, Weyerer S: Epidemiologie. In: Baumann U, Perrez M (Hrsg.): *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie*. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Huber, 1998, 119-132
- Hayward C, Killen JD, Kraemer HC, Taylor CB: Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37 (12):1308-1316
- Hecht H, Wittchen H-U: The frequency of social dysfunctions in a general population sample and in patients with mental disorders. A comparison using the Social Interview Schedule (SIS). *Soc Psychiatry* 1988;23:17-29
- Hettmema JM, Neale MC, Kendler KS: A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158:1568-1578
- Hoyer J, Becker ES, Margraf J: Generalized anxiety disorder and clinical worry episodes in young women. *Psychol Med* 2002;32: 1227-1237
- Hoyer J, Krause P, Höfler M, Beesdo K, Wittchen H-U: Wann und wie gut erkennt der Hausarzt Generalisierte Angststörungen und Depressionen. *Munch Med Wochenschr* 2001; Sonderheft 1:26-35
- Isensee B, Wittchen H-U, Stein MB, Höfler M, Lieb R: Smoking and panic: findings from a prospective community study. *Arch Gen Psychiatry* im Druck
- Jacobi F, Wittchen H-U et al.: The epidemiology of anxiety disorders in the general population. Results of the GHS-MHS in Vorbereitung
- Jacobi F, Wittchen H-U, Hölting C, Höfler M, Müller N, Pfister H, Lieb R: Prevalences, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population. Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS) eingereicht
- Jacobi F, Wittchen H-U, Hölting C, Sommer S, Lieb R, Höfler M, Pfister H: Estimating the prevalence of mental and somatic disorders in the community: aims and methods of the German National Health Interview and Examination Survey. *Int J Meth Psychiatr Res* 2002;11 (1):1-18
- Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, Brook JS: Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA* 2000;284:2348-2351
- Kagan J, Reznick JS, Clarke C, Snidman N, Garcia-Coll C: Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Develop* 1984;55:2212-2225
- Kendler KS, Davis CG, Kessler RC: The familial aggregation of common psychiatric and substance use disorders in the National Comorbidity Survey: a family history study. *Br J Psychiatry* 1997;170:541-548
- Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ: Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes, (partly) different environments? *Arch Gen Psychiatry* 1992;44:451-457
- Kessler RC: The prevalence of psychiatric comorbidity. In: Wetzler S, Sanderson WC (eds.): *Treatment strategies for patients with psychiatric comorbidity*. New York: Wiley, 1997, 23-48
- Kessler RC: Comorbidity of depression and anxiety disorders. In: Montgomery SA, den Boer JA (eds.): *SSRIs in depression and anxiety*. Chichester: Wiley, 2001, 87-106
- Kessler RC, Price RH: Primary prevention of secondary disorders: a proposal and agenda. *Am J Comm Psychol* 1993;21 (5):607-633
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Bijl R, Borges G, Caraveo-Anduaga JJ, De Wit DJ, Kolody B, Merikangas KR, Molnar BE, Vega WA, Walters EE, Wittchen H-U: Cross-national comparisons of comorbidities between substance use disorders and mental disorders: Results from the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. In: Bukoski WJ, Sloboda Z (eds.): *Handbook for drug abuse prevention theory, science, and practice*. New York: Plenum Publishing Corporation, im Druck
- Kessler RC, Andrade LH, Bijl RV, Offord DR, Demler OV, Stein DJ: The effects of co-morbidity on the onset and persistence of generalized anxiety disorder in the ICPE surveys. *Psychol Med* 2002;32:1213-1225
- Kessler RC, Davis CG, Kendler KS: Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1997;27:1101-1119
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen H-U, Kendler KS: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19
- Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ: The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry* 1996;66 (1):17-31
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-1060
- Klein DN, Lewinsohn PM, Seeley JR, Rohde P: A family study of major depressive disorder in a community sample of adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:13-20
- Kraemer HC, Kazdin AE, Offord DR, Kessler RC, Jensen PS, Kupfer DJ: Coming to terms with the terms of risk. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:337-434
- Kringlen E, Torgerson S, Cramer V: A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001;158:1091-1098
- Last JM: A dictionary of epidemiology. Edited for the International Association of Epidemiology. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 1995
- Lecrubier Y: Prescribing patterns for depression and anxiety worldwide. *J Clin Psychiatry* 2001;62 (Suppl. 13):31-36
- Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J, Rhee H, Kim YS, Han JH, Choi JO, Lee YH: Psychiatric epidemiology in Korea. *J Nerv Mental Dis* 1990;178 (4):247-252
- Lépine J-P: Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 2001;62 (Suppl. 13):4-10

- Lieb R, Isensee B: Epidemiologie. Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In: Moggi F (Hrsg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störung und Sucht. Bern: Huber, 2002, 31-62
- Lieb R, Isensee B, Höfler M, Pfister H, Wittchen H-U: Parental major depression and the risk of depressive and other mental disorders in offspring: A prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry* 2002a;59:365-374
- Lieb R, Isensee B, Sydow K von, Wittchen H-U: The Early Developmental Stages of Psychopathology Study (EDSP): A methodological update. *Eur Addict Res* 2000a;6:170-182
- Lieb R, Schuetz CG, Pfister H, Sydow K von, Wittchen H-U: Mental disorders in ecstasy users: A prospective-longitudinal investigation. *Drug Alcohol Depend* 2002b;68:195-207
- Lieb R, Wittchen H-U, Höfler M, Fuetsch M, Stein M, Merikangas KR: Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring. A prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry* 2000b;57:859-866
- MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Boyle MH, Jamieson E, Duku EK, Walsh CA, Wong MYY, Beardslee WR: Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry* 2001;158:1878-1883
- Magee WJ: Effects of negative life experiences on phobia onset. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:343-351
- Magee WJ, Eaton WW, Wittchen H-U, McGonagle KA, Kessler RC: Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:159-168
- Merikangas KR, Stevens DE: Models of transmission of substance use and comorbid psychiatric disorders. In: Kranzler HR, Rounsaville BJ (eds.): *Dual diagnosis and treatment*. New York: Marcel Dekker, 1998, 31-53
- Merikangas K, Angst J, Eaton W, Canino G, Rubio-Stipec M, Wacker H, Wittchen H-U, Andrade L, Essau CA, Kraemer H, Robins L, Kupfer D: Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance abuse: results of an international task force. *Br J Psychiatry* 1996;168 (Suppl. 30):49-58
- Merikangas KR, Avenevoli S, Acharyya S, Zhang H, Angst J: The spectrum of social phobia in the Zurich Cohort Study of young adults. *Biol Psychiatry* 2002;51:81-91
- Merikangas KR, Avenevoli S: Epidemiology of mood and anxiety disorders in children and adolescents. In: Tsuang MT, Tohen M (eds.): *Textbook in Psychiatric Epidemiology*, second edition. New York: Wiley, 2002; 657-704
- Merikangas KR, Dierker LC, Szatmari P: Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: a high-risk study. *J Child Psychol Psychiatr* 1998b;39 (5):711-720
- Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaziola S, Bijl R, Borges G, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Kolody B, Vega WA, Wittchen H-U, Kessler RC: Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium of Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav* 1998a;23 (6):893-907
- Meyer C, Rumpf H-J, Hapke U, Dilling H, John U: Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt* 2000;71:535-542
- Mezzich JE, Ahn CW, Fabrega H, Pilkonis PA: Patterns of psychiatric comorbidity in a large population presenting for care. In: Maser JD, Cloninger CR (eds.): *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1990, 189-204
- Miller NS: Comorbidity of psychiatric and alcohol/drug disorders: interactions and independent status. *Addict Dis* 1993;12:5-16
- Molnar BE, Buka SL, Kessler RC: Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *Am J Publ Health* 2001;91 (5):753-760.
- Müller N: Die soziale Angststörung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Erscheinungsformen, Verlauf und Konsequenzen. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann, 2002
- Offord DR, Boyle MH, Campbell D, Goering P, Lin E, Wong M, Racine YA: One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Can J Psychiatry* 1996;41:559-563
- Perkonig A, Wittchen H-U: Prevalence and comorbidity of traumatic events and posttraumatic stress disorder in adolescents and young adults. In: Maercker A, Schützwohl M, Solomon Z (eds.): *Posttraumatic stress disorder: a lifespan developmental perspective*. Göttingen: Hogrefe, 1999, 113-133
- Pine DS, Cohen P, Brook J: Adolescent fears as predictors of depression. *Biol Psychiatry* 2001;50 (9):721-724
- Prior M, Smart D, Sanson A, Oberklaid F: Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39 (4):461-468
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Mayers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ: One-month-prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchments Area Study. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:35-47
- Regier DA, Narrow WE, Rae DS: The epidemiology of anxiety disorders: The Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatr Res* 1990;24 (Suppl. 2):3-14
- Regier DA, Rae DS, Narrow WE, Kaelber CT, Schatzberg AF: Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *Br J Psychiatry* 1998;173 (Suppl 34):24-28
- Robins LN, Helzer JE, Ratcliff KS, Seyfried W: Validity of the Diagnostic Interview Schedule, version II: DSM-III diagnoses. *Psychol Med* 1982;12:855-870
- Robins LN, Locke BZ, Regier DA: An overview of psychiatric disorders in America. In: Robins LN, Regier DA (eds.): *Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press, 1991, pp 328-366
- Rosen MI, Kosten T: Cocaine-associated panic attacks in methadone-maintained patients. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1992;18:57-62
- Rosenbaum JF, Biederman J, Hirshfeld DR, Bolduc EA, Faraone SV, Kagan J, Snidman N, Reznick JS: Further evidence of an association between behavioral inhibition and anxiety disorders: results from a family study of children from a non-clinical sample. *J Psychiatr Res* 1991;25 (1/2):49-65
- Roy MA, Neale MC, Pedersen NL, Mathé AA, Kendler KS: A twin study of generalized anxiety disorder and major depression. *Psychol Med* 1995;23:1037-1049
- Sartorius N, Üstün TB, Lecrubier Y, Wittchen H-U: Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry* 1996;168 (Suppl. 30):29-34
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Deutsche Bearbeitung der Originalausgabe: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC: Author. Göttingen: Hogrefe, 1996
- Sonntag H, Wittchen H-U, Höfler M, Kessler RC, Stein MB: Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults. *Eur Psychiatry* 2000;15:67-74
- Stein MB, Fuetsch M, Müller N, Höfler M, Lieb R, Wittchen H-U: Social anxiety disorder and the risk of depression. A prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:251-256
- Swartz M, Landerman R, George LK, Blazer DG, Escobar J: Somatization disorder. In: Robins LN, Regier DA (eds.): *Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press, 1991, 220-255

- Swendsen JD, Merikangas KR, Canino GJ, Kessler RC, Rubio-Stipec M, Angst J: The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Compr Psychiatry* 1998;39 (4):176-184
- Turner RJ, Gil AG: Psychiatric and substance use disorders in South Florida. Racial/ethnic and gender contrasts in a young adult cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:43-50
- Üstün TB, Sartorius N: Mental health in general health care across the world. An international study. New York: John Wiley and Sons, 1995
- Unnewehr S, Schneider S, Florin I, Margraf J: Psychopathology in children of patients with panic disorder or animal phobia. *Psychopathology* 1998;31:69-84
- Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo-Anduaga J: Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:771-778
- Wacker HR, Müllejans R, Klein KH, Bategay R: Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to IDC-10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 1992;2:91-100
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu H-G, Lee CK, Newman SC, Oakley-Browne MA, Rubio-Stipec M, Wickramaratne P-J, Wittchen H-U, Yeh E-K: The Cross National Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1994;55 (3):5-10
- Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR, Joyce PR, Oakley-Browne MA: Christchurch psychiatric epidemiology study, I: methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 1989;23:315-326
- Winkler J, Stolzenberg H: Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitsurvey. *Gesundheitswesen* 1998;61 (Sonderheft 2)
- Wittchen H-U: Epidemiology of panic attacks and panic disorders. In: Hand I, Wittchen H-U (eds.): *Panic and phobias - Empirical evidence of theoretical models and longterm effects of behavioral treatments*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer, 1986, 18-28
- Wittchen H-U: Epidemiologie und Komorbidität. In: Holsboer F, Phillipp M (Hrsg.): *Angststörungen. Pathogenese - Diagnostik - Therapie*. Gräfelfing: SM Verlagsgesellschaft mbH, 1993, 40-58
- Wittchen H-U: What is comorbidity. Fact or artefact? (Editorial). *Br J Psychiatry* 1996;168 (Suppl. 30):7-8
- Wittchen H-U: "Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen". Abschätzungen aufgrund epidemiologischer, bevölkerungsbezogener Daten. Stellungnahme im Zusammenhang mit der Befragung von Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Eigendruck, 2000
- Wittchen H-U: GAD-P-Studie. Bundesweite Studie "Generalisierte Angst und Depression im primärärztlichen Bereich". *Munch Med Wochenschr* 2001;Sonderheft 1:1-49
- Wittchen H-U, Hoyer J: Generalized anxiety disorder: nature and course. *J Clin Psychiatry* 2001;62 (Suppl. 11):15-21
- Wittchen H-U, Jacobi F: Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung des Bundesgesundheitsveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2001;44 (10): 993-1000
- Wittchen H-U, Perkonig A: Epidemiologie psychischer Störungen. Grundlagen, Häufigkeit, Risikofaktoren und Konsequenzen. In: Ehlers A, Hahlweg K (Hrsg.): *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D Praxisgebiete. Band 1, Grundlagen der Klinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe, 1996, 69-144
- Wittchen H-U, Vossen A: Komorbiditätsstrukturen bei Angststörungen. Häufigkeit und mögliche Implikationen. In: Margraf J (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Bd. 1), 2. Aufl.* Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2000, 217-233
- Wittchen H-U, Essau CA, Zerssen D von, Krieg CJ, Zaudig M: Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992;241:247-258
- Wittchen H-U, Hoyer J, Höfler M, Krause P: Hausärztliche Interventionen und Verschreibungsverhalten. Ergebnisse der GAD-P-Studie. *Munch Med Wochenschr* 2001;Sonderheft 1:36-41
- Wittchen H-U, Kessler RC, Pfister H, Höfler M, Lieb R: Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102 (Suppl. 406):14-23
- Wittchen H-U, Lieb R, Schuster P, Oldehinkel T: When is onset? Investigations into early developmental stages of anxiety and depressive disorders. In: J.L. Rapoport (ed.): *Childhood onset of "adult" psychopathology, clinical and research advances*. In: Washington: American Psychiatric Press, 1999a, 259-302
- Wittchen H-U, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidt-kunz B: Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland. Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys "Psychische Störungen". *Das Gesundheitswesen* 1999b;61 (Sonderheft 2):216-222
- Wittchen H-U, Nelson GB, Lachner G: Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 1998a;28:109-126
- Wittchen H-U, Perkonig A, Lachner G, Nelson CB: Early developmental stages of psychopathology study (EDSP): Objectives and design. *Eur Addict Res* 1998b;4 (1-2):18-27
- Wittchen H-U, Saß H, Zaudig M, Koehler K (deutsche Bearbeitung und Einführung): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R*. Titel der Originalausgabe: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed, revised. Washington DC: American Psychiatric Association, 1987. Weinheim: Beltz Verlag, 1989
- Wittchen H-U, Zhao S, Kessler R, Eaton WW: DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:355-364
- World Health Organization: *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health, 1990
- World Health Organization: *Tenth revision of the international classification of diseases, chapter V: Mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization, 1993

Dr. Roselind Lieb

Max-Planck-Institut für Psychiatrie
 Klinische Psychologie und Epidemiologie
 Kraepelinstraße 2 • 80804 München
 Tel: 089/ 30622 546 • Fax: 089/30622 544
 e-mail: lieb@mpipsykl.mpg.de