

Wie häufig nehmen Jugendliche und junge Erwachsene mit Angststörungen eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch?

Anja Juliane Runge^a Katja Beesdo^a Roselind Lieb^{b, c} Hans-Ullrich Wittchen^{a, b}

^aInstitut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden, Deutschland

^bMax-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinische Psychologie und Epidemiologie, München, Deutschland

^cEpidemiologie und Gesundheitspsychologie, Institut für Psychologie, Universität Basel, Schweiz

Schlüsselwörter

Adoleszenz · Angststörungen · Komorbidität · Versorgungsforschung

Zusammenfassung:

Hintergrund: Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Ein Großteil der Betroffenen bleibt meist unbehandelt. Informationen über die Behandlungswahrscheinlichkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Abhängigkeit von der Störungs- und Behandlungsart, Lebensalter, Geschlecht und Komorbidität liegen bisher nicht vor. **Methode:** In einer repräsentativen Stichprobe 14- bis 34-Jähriger aus dem Großraum München (Early Developmental Stages of Psychopathology Studie, N = 3021) werden die Prävalenz und Lebenszeitinzidenz von Angststörungen sowie ihre Behandlungsraten mittels M-CIDI erfasst und differenziert für Lebensalter, Komorbidität und Geschlecht präsentiert. **Ergebnisse:** 30% der Befragten berichteten mindestens eine Angststörung in ihrem Leben. Fast die Hälfte der Betroffenen (43%) suchte irgendeine Behandlung, ein Drittel (28%) suchte einen Psychotherapeuten auf. Für die meisten Angststörungen lagen hohe Quoten psychotherapeutischer Behandlungen vor (Range: 50–61%). Jugendliche berichteten seltener als Erwachsene irgendeine Behandlung, eine psychotherapeutische Behandlung, die Konsultation eines Psychiaters oder Hausarztes. Frauen nahmen häufiger eine Psychotherapie in Anspruch als Männer. Das Vorliegen einer komorbiden Angst- oder depressiven Störung erhöhte die Behandlungswahrscheinlichkeit. **Diskussion:** Verglichen mit europäischen Studien berichtete die Stichprobe relativ häufig eine Behandlung, auch eine psychotherapeutische. Dies kann eine Folge des großen Behandlungsangebotes in München sein. Dennoch bleibt der Großteil der jungen Betroffenen unbehandelt. Zur Prävention langfristiger Beeinträchtigungen sowie sekundärer psychischer Störungen sollte das Versorgungssystem verstärkt auf diese Bevölkerungsgruppe ausgerichtet werden.

Key Words

Adolescence · Anxiety disorders · Co-morbidity · Health care research

Summary

How Frequent Is Psychotherapy Utilisation by Adolescents and Young Adults with Anxiety Disorders?

Background: Anxiety disorders are among the most frequent mental disorders in adolescence and adulthood. Most of the affected individuals do not receive treatment. Information about treatment use among adolescents and young adults, differentiated for the kind of treatment and anxiety disorder, age, gender and co-morbidity, is still missing. **Methods:** In a representative sample of 14–34 year-old adolescents and young adults of the Munich area (Early Developmental Stages of Psychopathology study, N = 3,021) prevalence and lifetime incidence of anxiety disorders and treatment use are assessed using the M-CIDI and will be presented for age, co-morbidity and gender. **Results:** 30% of all participants reported at least one lifetime diagnosis of an anxiety disorder. Almost half of those affected (43%) received some kind of treatment; one third (28%) received psychotherapy. Psychotherapy use was frequent in most anxiety disorders (range: 50–61%). Older individuals more frequently reported any treatment, psychotherapy, consultations with psychiatrists or general practitioners. Women used psychotherapy more often than men. Co-morbid anxiety or depressive disorders increased the probability of treatment use. **Discussion:** As compared to European estimations, we found relatively high rates of treatment use. This may be due to the many treatment possibilities in the Munich area. Nevertheless, most young people affected do not receive treatment. Considering the long-term effects of anxiety disorders and in order to prevent secondary disorders, efforts should be increased to reach these young individuals.

Theoretischer Hintergrund

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen in Deutschland [Jacobi, 2004]. Aufgrund ihres frühen Beginns [Wittchen et al., 1999; Jacobi et al., 2004b] liegt die Lebenszeitprävalenz bereits im Jugend- und jungen Erwachsenenalter bei 14–18% [Essau et al., 2000; Wittchen et al., 1998a]. Frauen sind bereits in der Adoleszenz häufiger betroffen als Männer [Wittchen et al., 1998a; Alonso et al., 2000; Jacobi et al., 2004b]. Schon bei Jugendlichen treten häufig mehrere Angststörungen gleichzeitig oder Angststörungen kombiniert mit anderen psychischen Störungen auf [Wittchen, 1991; Essau et al., 1998; Wittchen et al., 1998c; Wittchen und Jacobi, 2004]. Dann ist von einer erhöhten Beeinträchtigung auszugehen [Becker et al., 2002; Wittchen et al., 1998a; Wittchen und Jacobi, 2005].

Epidemiologische Schätzungen für Erwachsene zeigen, dass zwar der Anteil behandelter Betroffener in Deutschland im internationalen Vergleich hoch ist [Jacobi und Wittchen, 2004], jedoch zirka zwei Drittel der Angststörungen unbehandelt bleibt [Wittchen und Jacobi, 2001]. Insgesamt scheinen erwachsene Männer deutlich seltener eine Behandlung in Anspruch zu nehmen als Frauen [z.B. Alonso et al., 2000; Wang et al., 2005]. Liegen komorbide Störungen vor, wird häufiger eine Behandlung aufgesucht [Jacobi et al., 2004a], insbesondere depressive Störungen erhöhen den wahrgenommenen Behandlungsbedarf und die Behandlungswahrscheinlichkeit [Meredith et al., 1997; Mojtabai et al., 2002].

Bezüglich der Behandlungsraten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist die Befundlage einheitlich. Während in einer Stichprobe im Raum Bremen Behandlungsraten von nur 18,2% berichtet wurden [Essau, 2005], lassen erste Schätzungen erkennen, dass ähnlich wie in der erwachsenen Bevölkerung zirka ein Drittel der von einer Angststörung betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine Behandlung aufsucht [Wittchen et al., 1998a]. In den meisten Fällen wird dabei ein Psychotherapeut kontaktiert. Genauere Analysen weisen jedoch darauf hin, dass nur zirka 8% der Betroffenen eine adäquate Behandlung erfährt [Wittchen, 2000]. Aufgrund der schwachen psychotherapeutischen Versorgungsstruktur für Kinder und Jugendliche, selbst in Bundesländern mit hoher Psychotherapeutendichte [Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2005; Nübling et al., 2006], ist von einer schlechteren Versorgungslage insbesondere für minderjährige Betroffene auszugehen. Differenzierte Schätzungen der allgemeinen und psychotherapeutischen Behandlungsraten für Jugendliche und junge Erwachsene in Abhängigkeit vom Lebensalter sowie Informationen über den Einfluss komorbider Störungen auf die Behandlungswahrscheinlichkeit in dieser Altersgruppe liegen bisher nicht vor.

Angesichts der bereits hohen Prävalenz von Angststörungen bei jungen Menschen und ihren Auswirkungen auf verschiedenste Lebensbereiche [Wittchen und Jacobi, 2005] ist eine möglichst frühe Behandlung anzuraten. Eine differenzierte Be-

schreibung der aktuellen Versorgungsstruktur sowie besonders unterversorgter Gruppen ist Voraussetzung für die Optimierung der Versorgungssituation. Aufgrund des vergleichsweise frühen Beginns von Angststörungen [Wittchen et al., 1999] und ihrer daraus resultierenden hohen Relevanz für die Adoleszenz und das junge Erwachsenenalter konzentriert sich diese Arbeit auf die Angststörungen. Es werden zunächst Prävalenz- und Inzidenzmuster für Angststörungen bei Jugendlichen und junge Erwachsene zwischen 14 und 34 Jahren berichtet. In Abhängigkeit vom Lebensalter erfolgt eine differenzierte Darstellung der Behandlungsraten. Zusätzlich wird geprüft, welchen Einfluss das Vorliegen komorbider Angst- und depressiver Störungen auf die Behandlungswahrscheinlichkeit hat.

Methode

Design und Rekrutierung

Die Daten wurden im Rahmen der Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP) Studie erhoben. Ziel dieser prospektiven Längsschnittstudie ist die Identifikation und Analyse der Prävalenz, der Inzidenz, des Verlaufs sowie der Risikofaktoren psychischer Störungen. Die Stichprobe (N = 3021, 14–24 Jahre alt zur Basisbefragung) wurde über das Einwohnermelderegister gezogen (Ausschöpfungsrate: 71%) und ist repräsentativ für ihre Altersgruppe im Großraum München. Da ein Schwerpunkt dieser Studie auf der Analyse der frühen Entwicklung von psychischen Störungen und Substanzkonsum lag, wurden die zur Basisbefragung 14- bis 15-Jährigen doppelt so häufig in die Stichprobe einbezogen wie die 16- bis 20-Jährigen, die 21- bis 24-Jährigen halb so häufig. Für die zur Basisbefragung 14- bis 17-Jährigen wurden 4 Erhebungswellen, für die 18- bis 24-Jährigen 3 Erhebungswellen in den Jahren 1995–2005 durchgeführt. Bei der ersten Nachuntersuchung, im Durchschnitt 1,6 Jahre nach der Basisbefragung, wurde nur die jüngere Alterskohorte (zur Basisbefragung 14–17 Jahre alt) untersucht (n = 1228, Ausschöpfungsrate: 88%). Bei der zweiten (im Durchschnitt 3,5 Jahre nach der Basisbefragung, n = 2548, 84%) und der dritten Nachbefragung (im Durchschnitt 8,4 Jahre nach der Basisbefragung, n = 2210, 73%) wurden alle Teilnehmer der Basisbefragung einbezogen. Ausführliche Informationen zur Stichprobe und zum Studiendesign bei Wittchen et al. [1998b] sowie Lieb et al. [2000].

Instrumente

Angst- und depressive Störungen nach DSM-IV wurden mittels DIA-X/M-CIDI [Wittchen und Pfister, 1997] erhoben. Reliabilität und Validität der Sektionen zur Diagnostik von Angststörungen und Depression sind zufriedenstellend bis gut [Reed et al., 1998; Wittchen et al., 1998a]. Die Diagnosen wurden jeweils für die zurückliegenden 12 Monate sowie für die Zeiträume zwischen den Interviews (bei der Baseline-Erhebung bezüglich der Lebensspanne) ermittelt. Das Inanspruchnahmeverhalten wurde jeweils am Ende des Interviews störungsunspezifisch für die Zeit zwischen den Interviews erfasst (bei der Basisbefragung auf die Lebensspanne bezogen).

Auswertung

Für die vorliegende Arbeit wurden kumulierte Lebenszeitinzidenzen (KLI) sowie 12-Monatsprävalenzen berechnet. Die KLI bzw. die 12-Monatsprävalenz beschreibt den Anteil der Personen, die mindestens einmal in ihrem Leben bzw. in den 12 Monaten vor dem letzten verfügbaren Interview die diagnostischen Kriterien für die jeweilige psychische Störung erfüllten. Die Behandlungsrate wurde für Personen berechnet, die

Tab. 1. 12-Monatsprävalenz (12-MP) und kumulierte Lebenszeitinzidenz (KLI) der Angststörungen nach Altersgruppen und Geschlecht

	Geschlecht													
	Männer (N = 1533)						Frauen (N = 1488)							
	Total (N = 3021)		20-24 Jahre (N = 1097)		25-29 Jahre (N = 1006)		30-34 Jahre (N = 556)		20-24 Jahre (N = 362)		25-29 Jahre (N = 1006)		30-34 Jahre (N = 556)	
	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w
Irgendeine Angststörung ^a	951	30,1	326	10,6	330	19,9	100	6,3	621	40,0	226	14,7	102	26,9
Panikstörung ^b	101	3,4	27	0,9	25	1,9	8	0,6	76	4,9	19	1,2	5	1,5
Agoraphobie ^c	100	3,3	24	0,8	30	1,9	8	0,6	70	4,7	16	1,0	15	4,6
Spezifische Phobie	498	14,8	189	6,1	169	9,6	56	3,5	329	19,9	133	8,6	64	16,8
Soziale Phobie	209	6,6	57	1,8	70	4,2	20	1,3	139	8,9	37	2,2	18	4,9
Phobie NNB	273	8,6	44	1,5	94	5,4	13	0,8	179	11,8	31	2,2	28	6,9
General. Angststörung	106	4,0	22	0,7	32	2,3	6	0,4	74	5,5	16	1,1	6	1,4
PTB	85	3,1	36	1,2	30	1,4	7	0,5	65	4,8	29	1,9	6	1,5
Zwangsstörung	55	1,8	20	0,7	19	1,1	6	0,4	36	2,5	14	0,9	4	1,2
Anzahl komorbider Angststörungen ^d														
- 0	636	66,6	259	79,1	237	71,2	86	84,7	399	64,4	173	76,7	66	63,6
- 1	208	21,5	50	15,8	68	21,2	8	7,9	140	21,6	42	19,1	29	29,2
- ≥2	107	11,9	17	5,1	25	7,6	6	7,5	82	14,0	11	4,1	7	7,2
Komorbid mit Depression ^d	352	39,2	73	23,7	101	36,7	21	28,1	251	57,3	52	40,0	27	26,6

^aMindestens eine der unten aufgeführten Angststörungen; ^bmit/ohne Agoraphobie; ^cohne Panikstörung in der Vorgeschichte; ^dmit/irgendeiner Angststörung.

lebenszeitbezogen die Kriterien einer Angststörung (DSM-IV) aufwiesen. Als «behandelt» wurden alle Personen betrachtet, die mindestens einmal in ihrem Leben eine oder mehrere von 30 unterschiedlichen Einrichtungen wegen psychischer Probleme kontaktiert hatten. Zur Analyse des differenzierten Inanspruchnahmeverhaltens wurden aus diesen 30 Behandlungseinrichtungen folgende Kategorien gebildet: Psychotherapeut (Arzt, Klinischer Psychologe oder andere), Psychiater, sozialpsychiatrischer Dienst, Hausarzt (nur wegen psychischer Probleme), Schulpsychologe, psychotherapeutische/psychosomatische oder psychiatrische Ambulanz, Beratungsstelle, stationäre Einrichtung (psychiatrische Klinik, neurologische Klinik, psychotherapeutische Klinik oder psychosomatische Klinik, Einrichtung für Drogen-/Alkoholabhängige, Tagesklinik, Heim, andere) oder andere Behandlungen (Berufseinrichtung für Behinderte, Werkstatt für Behinderte, Übergangsheim, Telefonseelsorge, Selbsthilfeorganisationen, andere ambulante Einrichtungen). Informationen zur Inanspruchnahme verschiedener psychotherapeutischer Richtungen liegen nicht vor.

Die Komorbidität von mehreren Angststörungen sowie von Angst- und depressiven Störungen wurde anhand des lebenszeitbezogenen Vorliegens der jeweiligen Störungen bestimmt. Depressive Störungen wurden als Major Depression oder dysthyme Störung definiert. Zur altersspezifischen Auswertung wurden Gruppen anhand des Alters beim letzten verfügbaren Interview gebildet (<20, 20-24, 25-29 und 30-34 Jahre). Hierbei wurde eine inhaltliche Definition der Gruppen einer verteilungsbezogenen Definition vorgezogen, resultierend in unterschiedlichen Gruppengrößen. Aufgrund des longitudinalen Charakters und der hohen Response-Raten zum Follow-up liegen für die jüngste Altersgruppe die geringsten Häufigkeiten vor. Auf eine Vergrößerung dieser Gruppe wurde verzichtet, um Aussagen über die Behandlung bei besonders jungen Personen treffen zu können.

Die Berechnungen wurden mit dem Statistikprogramm STATA 9.2 [StataCorp, 2006] durchgeführt. Um der überproportionalen Erfassung der zur Basisbefragung 14- bis 15-Jährigen sowie den Merkmalen der Personen, die nicht ausfindig gemacht werden konnten, gerecht zu werden und damit Repräsentativität zu gewährleisten, wurden bei der Berechnung der Prozentangaben (%) und der Assoziationen (Odds Ratio, OR) gewichtete Daten verwendet [Wittchen et al., 1998b]. Häufigkeiten (N) werden ungewichtet berichtet.

Es wurden bivariate logistische Regressionen zwischen den Variablen Alter, Geschlecht, Komorbidität von Angst- und depressiven Störungen als unabhängige Variable und der Inanspruchnahme einer Behandlung als abhängige Variable berechnet. Die genannten Prädiktoren wurden auch in ein multiples Regressionsmodell einbezogen. Gesamteffekte des Alters sowie der Anzahl komorbider Angststörungen wurden mittels Wald-Test (F, p) geprüft.

Ergebnisse

Häufigkeiten von Angststörungen

30,1% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen erfüllten lebenszeitbezogen die DSM-IV-Kriterien für mindestens eine Angststörung; die 12-Monatsprävalenz betrug 10,6% (Tab. 1). Am häufigsten wurde die Diagnose einer spezifischen Phobie, gefolgt von der sozialen Phobie gestellt. Frauen waren 2- bis 3-mal häufiger von Angststörungen betroffen als Männer (OR = 2,69, 95%-CI 2,2-3,2, p < 0,001). Im deskriptiven Altersgruppenvergleich waren die 12-Monatsprävalenzen für Agoraphobie und soziale Phobie bei den unter 20-Jährigen erhöht, während mit zunehmendem Alter häufiger die Kriterien für eine generalisierte Angststörung erfüllt waren. Eine

Tab. 2. Behandlungsraten (irgendeine Behandlung) der Angststörungen nach Altersgruppen und Geschlecht^a

	Gesamt		Geschlecht				Altersgruppen							
			Männer		Frauen		<20 Jahre		20–24 Jahre		25–29 Jahre		30–34 Jahre	
	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w
Irgendeine Angststörung ^b	394	42,6	115	26,8	279	45,4	32	30,6	130	33,2	156	49,8	76	45,6
Panikstörung ^c	76	74,4	18	71,3	58	75,5	3	51,8	19	66,4	39	81,7	15	70,3
Agoraphobie ^d	55	58,3	15	52,4	40	60,6	4	29,2	16	47,9	21	65,3	14	67,0
Spezifische Phobie	198	41,1	55	33,5	143	44,7	25	37,1	74	33,8	66	45,2	33	45,7
Soziale Phobie	119	60,8	33	49,0	86	66,3	8	51,9	40	47,7	49	68,1	22	66,3
Phobie NNB	84	11,0	28	33,6	56	29,6	7	10,3	31	12,7	28	9,6	18	11,6
General. Angststörung	74	65,7	21	65,9	53	65,6	3	31,1	16	53,1	38	73,7	17	63,4
PTB	58	69,6	9	39,0	49	78,1	2	41,4	13	72,9	31	70,0	12	71,0
Zwangsstörung	39	71,5	11	59,8	28	76,7	2	56,6	12	59,6	18	77,4	7	74,6

^aAnzahl der betroffenen Personen für die jeweilige Angststörung ist Tabelle 1 zu entnehmen.

^bMindestens eine der unten aufgeführten Angststörungen.

^cMit/ohne Agoraphobie.

^dOhne Panikstörung in der Vorgeschichte.

Tab. 3. Häufigkeiten für verschiedene Behandlungsformen bei Vorliegen irgendeiner Angststörung

	Gesamt		Geschlecht				Altersgruppen							
			Männer		Frauen		<20 Jahre		20–24 Jahre		25–29 Jahre		30–34 Jahre	
	(N = 951)		N	%w	N	%w	(N = 102)		(N = 371)		(N = 315)		(N = 163)	
	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w
Irgendeine Behandlung	394	42,6	135	31,8	313	42,7	32	30,6	130	33,2	156	49,8	76	45,6
Psychotherapie	249	27,8	72	18,05	200	27,9	18	16,4	67	17,4	107	34,0	54	33,0
Beratung	113	11,9	41	8,78	91	12,9	6	5,9	43	10,1	47	14,6	17	11,8
Psychiater	72	8,8	36	9,01	47	7,1	4	5,7	15	4,4	34	10,4	19	12,0
Hausarzt	93	10,1	26	6,39	72	9,6	4	2,7	27	6,3	39	12,1	23	13,3
Stationär	76	8,4	27	6,47	55	7,6	9	8,5	20	5,8	31	9,6	16	9,5
Psychother. Ambulanz	40	4,5	15	3,18	28	4,1	1	1,5	13	3,4	17	4,9	9	5,8
Selbsthilfeorganisation	10	1,4	4	1,12	7	1,1	0	0,0	1	0,4	5	1,7	4	2,3
Schulpsychologe	43	4,6	16	4,03	30	3,8	4	4,3	21	5,8	12	4,1	6	4,1
Andere Behandlungen ^a	40	4,2	10	2,33	31	3,8	4	3,3	13	3,7	17	5,1	6	3,2

^aBeschützende Wohngruppe, Berufsbildungseinrichtung für Behinderte, Werkstatt für Behinderte, Übergangsheim, Telefonseelsorge, andere ambulante Einrichtungen.

kontinuierliche Zunahme der KLI mit dem Alter war nur für die generalisierte Angststörung zu verzeichnen.

Die meisten Betroffenen (66%) erfüllten lebenszeitbezogen die Kriterien für nur eine Angststörung. Bei jüngeren Betroffenen lag häufiger nur *eine* weitere Angststörung vor als bei älteren. Ältere Betroffene waren häufiger von *zwei oder mehr* komorbiden Angststörungen betroffen. Bezüglich der 12-Monatsprävalenz fanden sich bei älteren Studienteilnehmern häufiger «reine» Angststörungen (ohne Komorbidität) als bei jüngeren Probanden.

Bei zirka 40% der von einer Angststörung Betroffenen lag eine komorbide Depression vor. Ältere Teilnehmer erfüllten dabei häufiger die Kriterien für eine komorbide Depression

als jüngere ($F(3, 948) = 7,40, p < 0,001$). Frauen waren häufiger von komorbiden depressiven Störungen betroffen als Männer ($OR = 1,40, 95\%-CI 1,0-1,9, p < 0,05$).

Behandlungsraten bei Angststörungen

Insgesamt suchten 42,6% aller Teilnehmer mit Angststörungen irgendeine Form von Behandlung auf (Tab. 2). Besonders häufig nahmen Personen mit Panikstörung, Zwangsstörung, posttraumatischer Belastungsstörung (PTB), generalisierter Angststörung oder sozialer Phobie eine Behandlung in Anspruch. Bei allen Angststörungen außer der Phobie NNB (nicht näher bezeichnet) nimmt die Häufigkeit einer Behandlung mit zunehmendem Alter zu.

Tab. 4. Anteil der von einer Angststörung Betroffenen, die eine psychotherapeutische Behandlung erfahren haben, getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen^a

	Gesamt		Geschlecht				Altersgruppen							
			Männer		Frauen		<20 Jahre		20–24 Jahre		25–29 Jahre		30–34 Jahre	
	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w
Irgendeine Angststörung ^b	246	27,8	60	20,1	186	31,6	18	16,4	67	17,4	107	34,0	54	33,0
Panikstörung ^c	58	57,6	9	38,9	49	64,5	2	23,9	13	37,7	31	67,1	12	58,4
Agoraphobie ^d	39	39,7	11	39,7	28	39,7	3	19,4	10	30,1	18	55,0	8	36,5
Spezifische Phobie	117	25,1	25	14,8	92	29,9	14	20,0	38	17,2	44	29,8	21	29,6
Soziale Phobie	78	44,0	18	31,0	60	51,0	5	27,3	19	24,5	36	52,2	18	56,5
Phobie NNB	52	19,4	15	16,9	37	20,6	5	16,4	16	13,2	19	22,7	12	22,6
General. Angststörung	52	50,7	15	53,7	37	49,5	1	11,1	7	24,6	32	63,9	12	47,7
PTB	47	57,8	7	33,8	40	64,4	1	28,3	10	60,7	26	59,2	10	57,7
Zwangsstörung	31	60,7	8	50,4	23	65,3	1	17,5	7	37,4	16	68,6	7	74,6

^aAnzahl der betroffenen Personen für die jeweilige Angststörung ist Tabelle 1 zu entnehmen.

^bMindestens eine der unten aufgeführten Angststörungen.

^cMit/ohne Agoraphobie.

^dOhne Panikstörung in der Vorgeschichte.

Tab. 5. Allgemeine und psychotherapeutische Behandlungsraten für Betroffene in Abhängigkeit von der Komorbidität mit Angst- und depressiven Störungen, getrennt nach Alter und Geschlecht

	Gesamt		Geschlecht				Altersgruppen							
			Männer		Frauen		<20 Jahre		20–24 Jahre		25–29 Jahre		30–34 Jahre	
	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w
<i>Irgendeine Behandlung</i>	394		115		279		32		130		156		76	
Komorb. Angststörungen														
– 0	220	16,5	68	29,4	152	37,6	17	9,8	72	13,3	90	29,6	41	17,2
– 1	90	34,8	28	48,3	62	47,3	9	24,5	33	25,7	29	43,7	19	25,6
– ≥2	84	47,6	19	74,6	65	78,4	6	29,3	25	43,0	37	47,7	16	57,8
Komorbide Depression														
– Nein	191	32,4	64	29,2	127	34,1	20	25,6	71	26,4	68	39,5	32	33,1
– Ja	203	58,5	51	51,8	152	61,1	12	44,4	59	48,8	88	61,9	44	62,8
<i>Psychother. Behandlung</i>	246		60		186		18		67		107		54	
Komorb. Angststörungen														
– 0	125	20,5	31	13,6	94	24,1	8	11,9	35	12,6	52	24,0	30	26,5
– 1	58	33,1	17	30,1	41	34,5	6	16,5	16	23,2	23	38,1	13	41,5
– ≥2	63	59,5	12	52,6	51	61,3	4	55,9	16	42,5	32	71,9	11	52,9
Komorbide Depression														
– Nein	113	19,4	31	13,4	82	22,7	12	14,8	37	13,4	43	25,0	21	21,4
– Ja	133	40,8	29	33,0	104	43,9	6	20,9	30	26,5	64	44,4	33	48,9

Eine Differenzierung nach Art der Behandlung zeigt, dass Personen mit Angststörungen am häufigsten eine psychotherapeutische Behandlung aufsuchen (27,8%) (Tab. 3). Dabei werden meist Klinische Psychologen (56,8%) oder ärztliche Psychotherapeuten (40,6%) konsultiert, seltener andere Psychotherapeuten (29,2%). Eine Beratung bzw. ein Psychiater wurden in 11,9% bzw. 8,8% der Fälle in Anspruch genommen, zirka 10% der Betroffenen konsultierte einen Hausarzt, zirka 8% befanden sich mindestens einmal in stationärer Behandlung. Im Allgemeinen berichteten ältere Betroffene häu-

figer Behandlungen ($F(3,948) = 7,39, p < 0,001$) als jüngere. Die Inanspruchnahme einer Psychotherapie ($OR = 2,07, 95\%-CI 1,6-2,6, p < 0,001$), eines Psychiaters ($OR = 2,42, 95\%-CI 1,5-2,8, p < 0,001$) oder eines Hausarztes ($OR = 2,45, 95\%-CI 1,5-4,0, p < 0,001$) stieg erst ab dem 24. Lebensjahr deutlich an. Bei stationären Aufenthalten, der Konsultation eines Schulpsychologen oder bei anderen Behandlungen bestand dieser Alterseffekt nicht. Frauen berichteten häufiger Psychotherapien als Männer ($OR = 1,76, 95\%-CI 1,2-2,5, p = 0,001$). Bei allen anderen Behandlungsformen bestanden keine Ge-

Tab. 6. Prädiktoren im multivariaten Modell zur Vorhersage der Behandlungswahrscheinlichkeit für irgendeine Behandlung oder eine psychotherapeutische Behandlung bei Vorliegen mindestens einer Angststörung

	Irgendeine Behandlung	p	Psychother. Behandlung	p
<i>Modell 1</i>				
Geschlecht, OR (95%-CI)	1,40 (1,0–1,9)	0,037	1,78 (1,2–2,6)	0,003
Alter, Gesamteffekt (F)	7,16	0,000	9,46	0,000
<i>Modell 2</i>				
Geschlecht, OR (95%-CI)	1,22 (0,8–1,7)	0,240	1,57 (1,–2,3)	0,022
Alter, Gesamteffekt (F)	3,75	0,011	6,15	0,000
Komorb. depressive Störung, OR (95%-CI)	2,56 (1,8–3,5)	0,000	2,37 (1,6–3,4)	0,000
Anzahl komorbider Angststörungen	17,35	0,000	18,34	0,000
<i>Modell 3</i>				
Geschlecht, OR (95%-CI)	1,23 (0,8–1,7)	0,248	1,61 (1,0–2,4)	0,022
Alter, Gesamteffekt (F)	2,53	0,056	2,09 (1,4–3,0)	0,000
Komorb. depressive Störung, OR (95%-CI)	2,26 (1,6–3,1)	0,000	4,04	0,007
Vorliegen folgender Angststörung, OR (95%-CI):				
– Panikstörung	4,30 (2,1–8,6)	0,000	3,71 (2,0–6,6)	0,000
– Agoraphobie	2,35 (1,4–3,9)	0,001	2,06 (1,1–3,6)	0,011
– Spezifische Phobie	1,37 (0,9–2,0)	0,097	1,07 (0,7–1,6)	0,723
– Soziale Phobie	2,47 (1,6–3,7)	0,000	2,27 (1,4–3,5)	0,000
– Phobie NNB	0,83 (0,5–1,2)	0,359	0,85 (0,5–1,3)	0,483
– Generalisierte Angststörung	1,79 (0,9–3,2)	0,052	1,67 (0,9–3,0)	0,082
– PTB	2,49 (1,3–4,6)	0,004	2,87 (1,5–5,2)	0,001
– Zwangsstörung	2,77 (1,3–5,7)	0,006	3,34 (1,6–6,6)	0,001

schlechtsunterschiede, so dass der signifikante Geschlechtsunterschied bezüglich irgendeiner Behandlung (OR = 1,60, 95%-CI 1,2–2,1, $p < 0,01$) wahrscheinlich auf die psychotherapeutischen Behandlungen zurückzuführen ist.

Eine psychotherapeutische Behandlung wurde vor allem bei Zwangsstörung, PTB, Panikstörung oder generalisierter Angststörung in Anspruch genommen (Tab. 4). Frauen berichteten häufiger, einen Psychotherapeuten aufgesucht zu haben, als Männer (OR-Range: 2,23–3,53), allerdings waren bei der Phobie NNB, der generalisierten Angststörung, der Agoraphobie und der Zwangsstörung ähnliche Behandlungsraten zu finden.

Behandlungsraten in Abhängigkeit von der Komorbidität

Tabelle 5 zeigt die Raten psychotherapeutischer oder irgendwelcher Behandlungen in Abhängigkeit von bestehenden komorbiden Angststörungen oder Depressionen. Mit ansteigender Komorbidität war eine deutliche Zunahme der Behandlungswahrscheinlichkeit zu beobachten. Bereits bei einer weiteren Angststörung wurde häufiger eine Behandlung berichtet (irgendeine Behandlung: OR = 1,71, 95%-CI 1,1–2,4, $p < 0,05$; psychotherapeutische Behandlung: OR = 1,92, 95%-CI 1,2–2,9, $p < 0,05$), insbesondere aber, wenn zwei oder mehr komorbide Angststörungen vorlagen (irgendeine Behandlung: OR = 6,51, 95%-CI 3,7–11,3, $p < 0,001$; psychotherapeutische Behandlung: OR = 5,71, 95%-CI 3,5–9,3, $p < 0,001$). Bei der jüngsten Altersgruppe stieg die Behandlungswahrscheinlichkeit erst an, wenn zwei oder mehr komorbide Angststörungen vorlagen.

Ähnliche Ergebnisse finden sich für komorbide Depressionen.

Etwa die Hälfte (58,5%) aller Betroffenen mit einer komorbiden Depression nahm irgendeine Behandlung in Anspruch, 40,8% suchten einen Psychotherapeuten auf. Im Vergleich zu Personen ohne komorbide Depression wurde häufiger irgendeine Behandlung (OR = 2,95, 95%-CI 2,1–4,0, $p < 0,001$) oder eine psychotherapeutische Behandlung (OR = 2,86, 95%-CI 2,0–4,0, $p < 0,001$) berichtet. Dieser Effekt war bei Betroffenen unter 20 Jahren nicht zu beobachten.

Multivariate Modelle

Zur Überprüfung der relativen Bedeutsamkeit der einzelnen Prädiktoren für die Inanspruchnahme von Behandlungen wurden alle univariat untersuchten Variablen schrittweise in multivariate Modelle einbezogen (Tab. 6). Alter und Geschlecht wurden als Prädiktoren bestätigt, wenn sie als alleinige Prädiktoren in das Modell eingingen (Modell 1). Komorbide depressive Störungen und die Anzahl komorbider Angststörungen sowie das Alter wurden als Prädiktoren im Modell 2 für irgendeine Behandlung und für eine psychotherapeutische Behandlung bestätigt. Das Geschlecht war jedoch kein Prädiktor mehr für die Inanspruchnahme irgendeiner Behandlung, wenn auch die anderen Variablen einbezogen wurden. In das Modell 3 wurden statt der Anzahl komorbider Angststörungen die einzelnen Angststörungen als Prädiktoren einbezogen: Für irgendeine Behandlung oder eine psychotherapeutische Behandlung wurden die Panikstörung, die Agoraphobie, die soziale Phobie, die PTB und die Zwangsstörung als Prädiktoren bestätigt. Alter und Geschlecht waren bezüglich irgendeiner Behandlung keine Prädiktoren mehr. Wurde nicht nach komorbiden depressiven Störungen kon-

trolliert, wies auch die generalisierte Angststörung einen signifikanten Zusammenhang mit beiden Behandlungsformen auf (irgendeine Behandlung: OR = 2,04, 95%-CI 1,1–3,6, $p = 0,001$; psychotherapeutische Behandlung: OR = 3,17, 95%-CI 1,0–3,3, $p = 0,030$).

Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurden Abschätzungen differenzierter Behandlungsraten bei 14- bis 34-jährigen Personen mit Angststörungen aus dem Großraum München präsentiert.

Verglichen mit Erwachsenen [vgl. Alonso et al., 2000; Wittchen et al., 1992] ist die KLI in der Stichprobe, insbesondere in Anbetracht ihres jungen Alters als hoch einzuschätzen. Auch wenn man davon ausgeht, dass das Risiko für Angststörungen in jungen Jahren besonders hoch ist [Wittchen, 1991; Jacobi et al., 2004], ist dieses Ergebnis beunruhigend, da mit einer weiteren, wenn auch geringeren Zunahme von Angststörungen im Lebensverlauf zu rechnen ist [Wittchen et al., 1999; Jacobi et al., 2004]. In Einklang mit Befunden, dass das Risiko für den Beginn einer generalisierten Angststörung in späteren Jahren höher ist, wurde diese häufiger von älteren als von jüngeren Teilnehmern berichtet. Soziale Phobien und Agoraphobien lagen hingegen häufiger bei jüngeren Teilnehmern vor. Bei der sozialen Phobie entspricht dies Befunden einer frühen Hochrisikozeit dieser Störung [Wittchen, 1991; Wittchen et al., 1999], bei der Agoraphobie wären aufgrund ihres eher späteren Beginns allerdings höhere Prävalenzraten bei älteren Probanden zu erwarten gewesen [Goodwin et al., 2005]. Ein Drittel der von einer Angststörung Betroffenen wies mindestens eine weitere komorbide Angststörung auf, ein Viertel eine depressive Störung. Die Zunahme komorbider depressiver Störungen mit dem Lebensalter entspricht Befunden eines späteren Beginns depressiver Störungen [Jacobi et al., 2004] sowie Befunden, die Angststörungen als Risikofaktor für sekundäre depressive Störungen diskutieren [Beesdo et al., 2007; Wittchen et al., 2003].

Unsere Ergebnisse und Interpretationen der Behandlungsraten Jugendlicher und junger Erwachsener müssen im Lichte einiger Einschränkungen betrachtet werden. (1) Bei der Bildung der Altersgruppen wurde das Alter der Probanden bei der jeweils letzten verfügbaren Erhebung herangezogen. Nahmen Personen an späteren Erhebungswellen nicht mehr teil, wurden sie automatisch den jüngeren Altersgruppen zugeordnet, da das Alter zur Baseline bei 14–24 Jahren lag. Alter und Erhebungszeitpunkt sind somit konfundiert. Reine Zeiteffekte im Sinne einer Veränderung des Gesundheitssystems bzw. reine Alterseffekte können daher in dieser Arbeit nicht endgültig abgeschätzt werden, sollen jedoch als mögliche Interpretationsansätze diskutiert werden (s.u.). (2) Das Inanspruchnahmeverhalten wurde störungsunspezifisch erfasst. Die Behandlungen können somit nicht eindeutig auf eine Angstsymptomatik zurückgeführt werden, sondern können

auch aufgrund komorbider Störungen aufgesucht worden sein. (3) Mit den vorliegenden Angaben können keine Aussagen über die Qualität oder Angemessenheit einer Behandlung gemacht werden. In diesem Sinne sind unsere Ergebnisse nur als Abschätzung einer maximalen Behandlungsrate im Sinne einer minimalen Intervention zu interpretieren.

Vor dem Hintergrund dieser Einschränkungen lassen die ermittelten Behandlungsraten zweierlei erkennen:

Erstens weisen die Daten verglichen mit internationalen Behandlungsquoten von Erwachsenen [Alonso et al., 2000; Wittchen und Jacobi, 2005] auf eine vergleichsweise hohe Behandlungsrate von Angststörungen in der deutschen Bevölkerung hin. Dieses Ergebnis entspricht Behandlungsraten, die im Bundesgesundheitsurvey für die erwachsene deutsche Bevölkerung ermittelt wurden [Wittchen und Jacobi, 2004]. Trotz des jungen Alters der Stichprobe berichtet etwa die Hälfte der Betroffenen irgendeine Behandlung, ein Drittel eine psychotherapeutische Behandlung. Allerdings ist die vorliegende Stichprobe nur für den Großraum München repräsentativ, ein Gebiet mit besonders hoher Psychotherapeutendichte. Die psychotherapeutische Behandlungsrate für das gesamte Bundesgebiet ist vermutlich geringer; hierfür sprechen auch geringere Behandlungsraten jüngerer Stichproben aus anderen Bundesländern [Essau, 2005].

Zweitens wird dennoch der Großteil der Betroffenen nicht behandelt. Dies ist vor allem unter der Annahme, dass eine Angststörung gemäß DSM-IV eine Behandlungsnotwendigkeit nahelegt und effektive Behandlungsmaßnahmen dafür bestehen [Ruhmland und Margraf, 2001a, b, c] kritisch zu betrachten. Des Weiteren ist in Anlehnung an Wittchen [2000] davon auszugehen, dass ein deutlich geringerer Anteil der Behandelten auch eine adäquate Behandlung erfährt. Hierzu werden in Folgeanalysen differenziertere Befunde vorgestellt. Das Alter der betroffenen Personen, das Geschlecht und das Vorliegen komorbider Angst- oder depressiver Störungen zeigten sich als signifikante Prädiktoren der Behandlungswahrscheinlichkeit. Diese Prädiktoren ließen sich weitgehend auch in multivariaten Modellen bestätigen, insbesondere für die psychotherapeutische Behandlung.

Bei fast allen Behandlungsformen, insbesondere der Psychotherapie und der Konsultation eines Psychiaters, wiesen die unter 20-Jährigen die geringsten Behandlungsraten auf. Dies entspricht den geringen Behandlungsraten jüngerer Stichproben [Essau, 2005; Wittchen et al., 1998a]. In Sinne eines Alterseffektes mag eine auf Erwachsene ausgerichtete Versorgungsstruktur diese Befunde erklären. Der Anteil auf Kinder und Jugendliche spezialisierten Psychotherapeuten ist immer noch weit geringer als der auf Erwachsene ausgerichteten Psychotherapeuten, auch wenn er in den letzten Jahren gestiegen ist [KBV, 2005]. Auch könnte der Anstieg der Behandlungsraten durch eine stärkere Beeinträchtigung durch die Angststörung bei älteren Personen erklärt werden. Die dritte Lebensdekade stellt häufig neue Anforderungen an die Betroffenen, wie den Eintritt in die Erwerbsarbeit oder Partner-

schaften, die sie mit einer Angststörung nicht mehr meistern können, weshalb sie schließlich Hilfe aufsuchen. Weiterhin ist zu bedenken, dass Minderjährige nur mit dem Einverständnis ihrer Eltern eine Therapie aufsuchen können. Mögliche Scham, mit den Eltern über psychische Probleme zu sprechen und ihre Einwilligung für eine Therapie einzuholen, könnte eine weitere Barriere für die Inanspruchnahme von Psychotherapien oder anderen Behandlungsangeboten sein.

Im Sinne eines reinen Zeiteffektes können höhere Behandlungsraten bei älteren Probanden auch auf eine Verbesserung der Versorgungsstruktur in den letzten 10 Jahren hinweisen [KBV, 2005].

Außerdem lassen höhere Behandlungsraten bei älteren Teilnehmern vermuten, dass Betroffene möglicherweise erst nach anhaltender Beeinträchtigung und in Folge sekundärer psychischer Störungen eine Behandlung aufsuchen. Wang et al. [2005a, b] berichten Latenzzeiten zwischen Störungsbeginn und erster Behandlung von 9 und 23 Jahren. Hierfür sprechen auch unsere Befunde zu Komorbidität. Für alle Behandlungsarten, auch für die Psychotherapie, stieg der Anteil behandelte Personen mit zunehmender Komorbidität der Angststörungen an. Die Behandlungswahrscheinlichkeit erhöhte sich auch, entsprechend anderen Studien [Meredith et al., 1997; Mojtabai et al., 2002], bei Vorliegen einer depressiven Störung. Vermutlich ist eine stärkere Beeinträchtigung durch zunehmende Komorbidität Ursache für das gesteigerte Inanspruchnahmeverhalten. Insbesondere depressive Störungen weisen eine hohe Beeinträchtigung, einen erhöhten wahrgenommenen Behandlungsbedarf sowie selbst hohe Behandlungsraten auf [Mojtabai et al., 2002; Wittchen et al., 1998a; Wittchen und Jacobi, 2005]. Vor allem bei einer generalisierten Angststörung scheinen komorbide Depressionen zu einer vermehrten Inanspruchnahme zu führen. Da in der vorliegenden Arbeit kein diagnosespezifisches Inanspruchnahmeverhalten untersucht wurde, können wir keine endgültige Aussage darüber treffen, ob Personen mit Angststörungen erst aufgrund der depressiven Symptomatik Hilfe aufgesucht haben. Ungeachtet dessen ist zu betonen, dass auch bei bestehenden komorbiden Störungen ein Großteil der Betroffenen unversorgt bleibt.

Störungsspezifisch ließen sich besonders geringe Behandlungsraten für irgendeine Form von Behandlung als auch für Psychotherapie bei spezifischen Phobien und Phobien NNB feststellen. In diesem Zusammenhang beschreibt die Phobie NNB Fälle von agoraphobischem Vermeidungsverhalten, das nur auf eine einzelne Situation begrenzt ist [Wittchen et al., 1998c]. Möglicherweise sind geringere Behandlungsraten die-

ser Störungen Folge einer geringeren psychosozialen Beeinträchtigung [Wittchen et al., 1998a].

In Übereinstimmung mit anderen epidemiologischen Studien [Wang et al., 2005a, b] liegen auch in unserer Studie deutliche Geschlechtseffekte für die Inanspruchnahme einer Psychotherapie vor: Männer scheinen seltener eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen als Frauen. Ursache hierfür können Unterschiede im Hilfesuchverhalten sein, welche auf einer unterschiedlichen Symptomwahrnehmung oder der unterschiedlichen Geschlechterrolle beruhen [Möller-Leimkühler, 2000].

Zusammenfassend ist festzustellen, dass zwar ein Großteil der von einer Angststörung betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (im Großraum München) keine Behandlung erfährt, der Anteil psychotherapeutisch Behandelte im internationalen Vergleich jedoch erfreulich hoch ist. In Anbetracht der möglichen negativen Folgen von Angststörungen sollte jedoch eine weitere Steigerung der Behandlungsrate angestrebt werden. Goodwin et al. [2001, 2002] weisen darauf hin, dass eine Therapie der primären Angststörung das Risiko für eine sekundäre Depression senken könnte. Offensichtlich suchen aber viele Jugendliche und junge Erwachsene erst eine Behandlung auf, wenn sie bereits komorbide Störungen ausgebildet haben. Es ist zwingend erforderlich, vorhandene Barrieren für eine Behandlungssuche insgesamt, aber insbesondere für eine frühzeitige und spezifische Behandlungssuche, zu identifizieren und abzubauen.

Anmerkungen

Diese Arbeit ist Teil der Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP) Studie und wurde unterstützt durch das Bundesministerium für Erziehung und Forschung (BMBF), Projekt-Nr. 01EB9405/6, 01EB9901/6, EB01016200, 01EB0140 und 01EB0440. Teil der Erhebungen und der Analysen wurden zusätzlich durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert LA1148/1-1, W12246/1-1, WI 709/7-1 und WI 709/8-1.

Projektleiter sind Dr. Hans-Ulrich Wittchen und Dr. Roselind Lieb. Wissenschaftliche Mitarbeiter der EDSP-Gruppe sind: Dr. Kirsten von Sydow, Dr. Gabriele Lachner, Dr. Axel Perkonig, Dr. Peter Schuster, Dr. Michael Höfler, Dipl.-Psych. Holger Sonntag, Dipl.-Psych. Dr. Tanja Brückl, Dipl.-Psych. Elzbieta Garczynski, Dr. Barbara Isensee, Dipl.-Psych. Agnes Nocon, Dr. Chris Nelson, Dipl.-Inf. Hildegard Pfister, Dr. Victoria Reed, Dipl.-Soz. Barbara Spiegel, Dr. Andrea Schreier, Dr. Ursula Wunderlich, Dr. Petra Zimmermann, Dr. Katja Beesdo und Dr. Antje Bittner. Wissenschaftliche Beiräte sind Dr. Jules Angst (Zürich), Dr. Jürgen Margraf (Basel), Dr. Günther Esser (Potsdam), Dr. Kathleen Merikangas (NIMH, Bethesda), Dr. Ron Kessler (Harvard, Boston) und Dr. Jim van Os (Maastricht).

Literatur

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al: Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2000;109(420):21-27.

Becker ES, Türke V, Neumer S, et al: Komorbidität psychischer Störungen bei jungen Frauen. *Psychother Prax* 2002;1:26-34.

Beesdo K, Bittner A, Pine DS, Stein MB, Höfler M, Lieb R, Wittchen HU: Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:903-912.

- Essau CA: Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depress Anxiety* 2005;22(3):130–137.
- Essau C, Karpinski NA, Petermann F, et al: Häufigkeit und Komorbidität von Angststörungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Verhaltenstherapie* 1998;8:180–187.
- Essau C, Conradt J, Petermann F: Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *J Anxiety Disord* 2000;14(3):263–279.
- Goodwin RD, Olfson M: Treatment of panic attack and risk of major depressive disorder in the community. *Am J Psychiatry* 2001;158:1146–1148.
- Goodwin RD, Gorman JM: Psychopharmacologic treatment of generalized anxiety disorder and the risk of major depression. *Am J Psychiatry* 2002;159:1935–1937.
- Goodwin RD, Faravelli S, Rosi S, et al: The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:435–443.
- Jacobi F, Wittchen HU: «Diagnoseträger» und Patienten. *Psychotherapeutenforum* 2004;3:17–22.
- Jacobi F, Klose M, Wittchen HU: Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2004;8:1–9.
- Jacobi F, Wittchen HU, Höltling C, et al: Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004;34:1–15.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg): Bundesarztregister. Köln, KBV, 2005.
- Lieb R, Isensee B, von Sydow, Kirsten, et al: The Early Developmental Stages of Psychopathology Study (EDSP): A methodological update. *Addict Behav Adolesc Young Adults* 2000;6:170–182.
- Meredith LS, Sherbourne CD, Jackson CA, et al: Treatment typically provided for comorbid anxiety disorders. *Arch Fam Med* 1997;6(3):231–237.
- Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D: Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety and substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:77–84.
- Möller-Leimkühler AM: Männer und Depression: Geschlechtsspezifisches Hilfesuchverhalten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000;68:489–495.
- Nübling R, Reisch M, Raymann T, et al: Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg. *Psychotherapeutenjournal* 2006;3:247–257.
- Pfister H, Wittchen HU: Munich-CIDI-Computerprogramm. München, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, 1995
- Reed V, Gander F, Pfister H, et al: To what degree does the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) correctly identify DSM-IV disorders? Testing validity issues in a clinical sample. *Int J Methods Psychiatry Res* 1998;7(3):142–155.
- Ruhmland M, Margraf J: Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie* 2001a;11:27–40.
- Ruhmland M, Margraf J: Effektivität psychologischer Therapien von Panik und Agoraphobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie* 2001b;11:41–53.
- Ruhmland M, Margraf J: Effektivität psychologischer Therapien von spezifischer Phobie und Zwangsstörung: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie* 2001c;11:14–26.
- StataCorp (ed): Stata statistical software: release 9.2. College Station, TX, Stata Corporation, 2006
- Wang PS, Berglund P, Olfson M, et al: Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005a;62:603–613.
- Wang PS, Lane M, Olfson M, et al: Twelve-month use of mental health services in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2005b;62:629–640.
- Wittchen HU: Der Langzeitverlauf un behandelter Angststörungen: Wie häufig sind Spontanremissionen? *Verhaltenstherapie* 1991;1(4):273–282.
- Wittchen HU: Met and unmet need for interventions in community cases with anxiety disorders; in Andrews G, Henderson S (eds): *Unmet Need in Psychiatry. Problems, Resources, Responses*: Cambridge, Cambridge University Press, 2000, pp 256–276.
- Wittchen HU, Jacobi F: Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2001;10:993–1000.
- Wittchen HU, Jacobi F: Angststörungen. Berlin, Robert-Koch Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, 2004, p 27.
- Wittchen HU, Jacobi F: Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:357–376.
- Wittchen HU, Pfister H (Hrsg): DIA-X-Interviews. Manual für Screening-Verfahren und Interview; Interviewheft und Längsschnittuntersuchung (DIA-X-12 Monate); Ergänzungsheft (DIA-X-12 Monate); PC-Programm zur Durchführung des Interviews (Längs- und Querschnittuntersuchung); Auswertungsprogramm. Frankfurt, Swets und Zeitlinger, 1997.
- Wittchen HU, Essau CA, von Zerssen D, et al: Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992;241:247–258.
- Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G: Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 1998a;28:109–126.
- Wittchen HU, Perkonig A, Lachner G, et al: Early developmental stages of psychopathology study (EDSP): Objectives and design. *Eur Addict Res* 1998b;4:18–27.
- Wittchen HU, Reed V, Kessler RC, et al: The relationship of agoraphobia and panic in a community sample of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1998c;55(11):1017–1024.
- Wittchen HU, Lieb R, Schuster P, et al: When is onset? Investigations into early developmental stages of anxiety and depressive disorders. Rapoport JL (ed): *Childhood Onset of «Adult» Psychopathology, Clinical and Research Advances*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999, pp 259–302.
- Wittchen HU, Beesdo K, Bittner A, et al: Depressive episodes – evidence for a causal role of primary anxiety disorders? *Eur Psychiatry* 2003;18(8):384–393.