



Dies gilt auch für die verbreitete Einschätzung der Schüchternheit als sozial akzeptierte und z.T. sogar noch mit positiven Konnotationen (»scheues Röh«) ausgestattete Eigenschaft.

Was den Sozialphobiker allerdings von Personen mit sozial integrierter Schüchternheit oder mit situativen Beeinträchtigungen durch erhöhte Anspannung bei bestimmten interpersonellen Konfrontationen unterscheidet, ist sowohl die Häufigkeit des Auftretens als auch die Intensität der Symptomatik. Das kann so weit gehen, daß die zwischenmenschlichen Kontakte, die Berufsausbildung und -übung schwer behindert werden und sich eine zunehmende Isolation mit allen sozioökonomischen Konsequenzen entwickelt. Zudem liegt bei Patienten mit Sozialer Phobie das Risiko zusätzlicher psychischer Störungen erheblich höher (2). Hier sind vor allem die Entwicklung depressiver Verstimmungen sowie Alkohol- und Substanzenmißbrauch (v.a. Tabletten) zu nennen. Häufig sind gerade diese sekundären Störungen,

die die Patienten zum Arzt führen, statt die zugrundeliegende Soziale Phobie.

Bei der psychiatrischen Anamnese müssen die Eigenarten des interpersonellen Kontakts deshalb sorgfältig herausgearbeitet werden. Die verbesserte Präzision und Sensitivität der neuen Klassifikationssysteme wie ICD 10 erleichtern darüber hinaus die korrekte Diagnose einer Sozialen Phobie und reduzieren die Wahrscheinlichkeit falsch negativer Diagnosen.

In den folgenden Beiträgen werden die biologischen, psychologischen und soziologischen Grundlagen des Krankheitsbildes »Soziale Phobie« von verschiedenen Experten umfassend dargestellt, die diagnostischen und differentialdiagnostischen Kriterien beschrieben und die therapeutischen Möglichkeiten aufgezeigt. Das Ziel ist ein besseres Verständnis einer häufigen, individuell massiv beeinträchtigenden, sozioökonomisch hohe Folgekosten verursachenden psychischen Störung, die in der Vergangenheit zu häufig übersohen wurde.

#### LITERATUR

1. Amies-PL, Gelder MG, Shaw FM. Social phobia: A comparative clinical study. *Br J Psychiatry* 1983; 142: 174-9.
2. Davidson JRT, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med* 1993; 23: 709-18.
3. Dilling H, Mombour W, Schmidt MFJ, Schulte Markwort E (Hrsg). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Forschungskriterien. Bern: Huber 1994.
4. Montgomery SA. Social Phobia, a Clinical Review. WPA 1995.
5. Montgomery SA. Pocket Reference to Social Phobia. London: Science Press 1995.
6. Wittchen HU, Saß H, Zaudig M, Kochler (Beard), Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - DSM III-R. Weinheim, Basel: Beltz 1989.

Korrespondenzadresse:  
Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Bertram  
Rebenreute 22  
D-70199 Stuttgart

## Epidemiologie der Sozialen Phobie

Professor Dr. Hans-Ulrich Wittchen, München

### Einleitung

In den vergangenen 15 Jahren sind in verschiedenen Ländern der Welt größere epidemiologische Studien zur Häufigkeit psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung durchgeführt worden, die auch eine grobe Abschätzung der Häufigkeit Sozialer Phobien erlauben. Ein Überblick über diese Studien ergibt allerdings auf den ersten Blick ein recht verwirrendes Bild, da die Prävalenzabschätzungen der verschiedenen Studien eine scheinbar widersprüchliche Befundlage erkennen lassen. Ältere - vor Einführung expliziter diagnostischer Kriterien für Soziale Phobie durchgeführte Studien aus den 60er und frühen 70er Jahren -

schätzten die Prävalenz dieses Krankheitsbildes auf lediglich 1% (1). Studien der frühen 80er Jahre, die fast ausnahmslos mit dem NIMH-Diagnostic Interview Schedule (DIS) (16) durchgeführt wurden (z. B. 13, 17, 22), berichten bereits über deutlich höhere Raten. Die wohl größte epidemiologische Untersuchung der frühen 80er Jahre, das Epidemiological Catchment Area-Programm (ECA), ermittelte eine Querschnittsprävalenz Sozialer Phobie je nach Region zwischen 0,9 und 1,7% für Männer und 1,5 bis 2,6% für Frauen sowie eine wesentlich höhere Lebenszeitprävalenz. Danach leiden ca. 2,8% aller Männer und Frauen im Verlauf ihres Lebens an diesem Krankheitsbild. Relativ ähnliche Untersuchungen mit

Prävalenzabschätzungen zwischen 2 und 4% wurden auch in den Studien von Canino und Mitarbeitern in Puerto Rico (3), Bland et al. in Kanada (2), Faravelli et al. in Italien (6), Wells et al. in Neuseeland (21) sowie Wittchen (22) im Rahmen seiner Münchner Follow-up-Studien mit dem gleichen diagnostischen Instrument ermittelt. Ein gravierender Nachteil dieser Studien ist, daß das eingesetzte diagnostische Fallfindungsinstrument, der Diagnostic Interview Schedule (DIS) (16, 18), noch keine gesonderten expliziten Kriterien der Sozialen Phobie beinhaltet und zudem nur einige wenige der typischen sozialphobischen Situationen erfaßt. Es konnte deswegen nicht überraschend sein, daß in verschiedenen methodologischen Arbeiten (23) keine befriedigende Sensitivität und klinische Validität für die Diagnose etabliert werden konnte.

Erst in den letzten 6 Jahren sind Studien durchgeführt worden, die si-

## SEMINAR SOZIALE PHOBIE

Tab. 1 Lebenszeit- und 30-Tage-Prävalenz der Sozialen Phobie in den USA (nach 11)

Altersgruppen	Lebenszeit		Querschnitt	
	%	SE	%	SE
<b>Männer</b>				
15-24	12,7	1,4	6,6	1,1
25-34	11,3	1,4	3,5	0,6
35-44	10,7	1,6	2,9	0,6
45-54	9,2	1,2	1,8	0,5
Gesamt	11,1	0,8	3,8	0,4
<b>Frauen</b>				
15-24	17,3	2,0	8,1	1,1
25-34	16,0	1,8	5,2	1,2
35-44	13,6	1,4	3,4	0,7
45-54	15,3	1,8	4,0	1,1
Gesamt	15,5	1,0	5,2	0,5

spezifischer mit diesem Störungsbild befaßt und dabei klinische Beurteilungsprozeduren anwendeten, die hinreichend reliable, valide und umfassende Abschätzungen der Lebenszeit- und Querschnittsprävalenz der Sozialen Phobie erlaubten. Diese Studien basieren größtenteils auf einem erheblich erweiterten und verbesserten Nachfolger des DIS, dem Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (26), für das gute Reliabilitäts- und Validitätsindikatoren ermittelt wurden (23). Hervorzuheben ist unter diesen Studien der National Comorbi-

dity Survey (8, 11) sowie die Studien von Wacker in Basel (19) sowie Dagonda und Angst (4). Aufgrund dieser Studien läßt sich aber zwischenzeitlich eine gute und verlässliche Abschätzung der Prävalenz und des mit diesem Krankheitsbild assoziierten Risikofaktors gewinnen.

### Wie häufig sind Soziale Phobien in der Allgemeinbevölkerung?

Die Tabelle 1 gibt einen differenzierteren Überblick über die Häufigkeit der Sozialen Phobie nach DSM-III-R-

Kriterien, getrennt für Männer und Frauen, nach verschiedenen Altersgruppen. Die Soziale Phobie ist danach insbesondere bei jüngeren Personen (jünger als 35 Jahre) ein häufiges Zustandsbild, während offensichtlich für Ältere (jenseits der 45) ein Absinken der Prävalenzrate festzustellen ist. Frauen haben ferner tendenziell, vor allen Dingen in den jüngeren Altersgruppen, eine höhere Erkrankungs Wahrscheinlichkeit als Männer (Lebenszeit: 15,5% : 11,1%). Bemerkenswert ist ferner, daß generalisierte Soziale Phobien bei diesen Fällen deutlich überwiegen (74%), während isolierte Phobien (z.B. Prüfungsangst) eher Ausnahmen sind.

### Risikofaktoren für den Beginn der Sozialen Phobie

Über die bei der Sozialen Phobie möglicherweise relevanten Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren liegen bislang nur wenige Befunde vor.

Ungleich zu anderen Angststörungen sind die Prävalenzraten für Soziale Phobien bei Frauen nur leicht erhöht. Einige der Studien finden dabei einen signifikanten Geschlechtsunterschied, andere wiederum nicht. Studien, die sich mehr auf die Beschreibung schwererer Formen von Sozialen Phobien konzentrieren, scheinen dabei tendenziell sogar ein leichtes Überwiegen der Männer zu berichten, während leichtere Formen der Sozialen Phobie bei Frauen überrepräsentiert zu sein scheinen. Fast alle o.g. Studien kommen ebenso übereinstimmend zu dem Befund, daß Soziale Phobien vorwiegend in der frühen Kindheit oder Jugend beginnen (Abb. 1). Teilen wir die Gesamtstichprobe des National Comorbidity Survey nach unterschiedlichen Geburtskohorten, so ist ersichtlich, daß in allen Geburtskohorten mehr als 75% aller Sozialen Phobien vor dem 16. Lebensjahr beginnen.

Gut übereinstimmende Ergebnisse werden auch bezüglich des schulischen und beruflichen Status von Sozialen Phobikern berichtet. Am beeindruckendsten ist der konsistente Be-

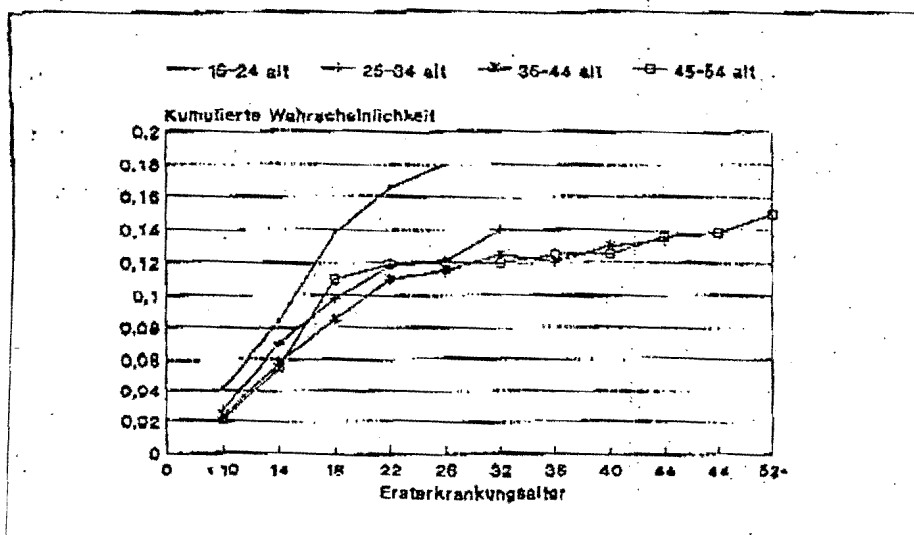


Abb. 1 Kumulierte Erkrankungswahrscheinlichkeit Soziale Phobie nach Ersterkrankungsalter und Altersgruppe (modifiziert nach (11)).

## SEMINAR SOZIALE PHOBIE

fund, daß Soziale Phobiker in der Regel einen niedrigeren schulischen Ausbildungsstand aufweisen als Personen ohne Soziale Phobie. Im Zusammenhang mit dem frühen Beginn wird dabei meist vermutet, daß die sozial phobische Problematik einen negativen Einfluß auf die schulische Leistungsfähigkeit besitzt. Aber auch das berufliche Leistungsniveau scheint durch die Symptomatik deutlich beeinträchtigt zu sein, da sowohl die Einkommenslage wie auch die berufliche Karriere von Sozialen Phobikern deutlich unter dem Niveau liegt, den andere phobische Störungsgruppen und Gesunde erreichen.

Als weitere signifikante Assoziation mit dem Zustandsbild der Sozialen Phobie wird auch konsistent berichtet, daß ein erhöhter Anteil von Arbeitslosen unter den Sozialen Phobikern anzutreffen ist. Diese epidemiologischen Befunde aus der Allgemeinbevölkerung werden durch verschiedene Studien bei Allgemeinärzten und in Behandlungs-Settings bestätigt. Patienten mit einer Sozialen Phobie weisen eine auffallend schlechte Schulkarriere, eine erhöhte Rate von Schulabbrüchen, eine verringerte Arbeitsproduktivität und erhöhte Arbeitslosigkeitsraten auf (5, 10, 12). Bezüglich der familiären Sozialisation ist ein weiterer konsistenter Befund, daß Soziale Phobiker häufiger als Personen ohne Soziale Phobie niemals heiraten und ledig sind. Einige Studien berichten darüber hinaus über eine deutliche Erhöhung bezüglich Scheidungs- und Trennungsraten, was allerdings möglicherweise eher charakteristisch für schwergradige, durch Komorbidität komplizierte Verläufe ist.

### Wie häufig sind reine Soziale Phobien (Komorbidität)?

Nicht nur aus klinischen Beobachtungen, sondern auch aus den epidemiologischen Untersuchungen ist deutlich zu ersehen, daß die Sozialen Phobien häufig mit anderen psychischen Störungen assoziiert sind. Am auffallendsten sind dabei überzufällig deutliche Assoziationen mit der Agora-

phobie, spezifischen Phobie sowie Panikattacken und der Panikstörung. In der NCS-Studie (11) wurde gefunden, daß das Risiko von Personen mit einer Sozialen Phobie, auch eine Agoraphobie, eine spezifische Phobie bzw. Panikstörungen oder Panikattacken aufzuweisen, vielfach erhöht ist (Agoraphobie 7,1fach, spezifische Phobie 7,8fach, Panikstörung und Panikattacken 4,7fach). In verschiedenen sorgfältigen Analysen dieser epidemiologischen Daten wurde auch festgestellt, daß Patienten mit Sozialen Phobien ein signifikant erhöhtes Risiko haben, depressive und Substanzstörungen zu entwickeln.

Im einzelnen (vgl. Tab. 2) wurde für depressive Störungen, für Dysthymie, für Alkoholabhängigkeit und für Drogen- bzw. Medikamentenmißbrauch ein erhöhtes Risiko festgestellt. In Prozentzahlen ausgedrückt, können wir aufgrund der epidemiologischen Daten schließen, daß lediglich 19% aller Sozialen Phobiker ausschließlich eine Soziale Phobie aufweisen. Von denen, die auch weitere Störungen haben, können 33,6% als eindeutig primär angesehen werden, d. h., die sozial phobische Problematik trat eindeutig mindestens ein Jahr vor dem Auftreten anderer komorbider Bedingungen auf. Bei 9,5% konnte diese Reihenfolge nicht eindeutig bestimmt werden. In der Mehrzahl ist jedoch auch hier festzustellen, daß sozial phobische Bedingungen eher primäre als sekundäre Störungen sind. Unabhängig davon kommt es jedoch auch häufig vor, daß Soziale Phobien erst sekundär nach dem Auftreten von anderen psychischen Störungen zu beobachten sind. In 37,8% der Fälle bestimmte der National Comorbidity Survey, daß Soziale Phobien nach dem Auftreten von anderen Angststörungen und etwas seltener nach depressiven Störungen sich erstmalig klinisch relevant entwickeln.

### Schweregrad und Hilfesuchverhalten

Die Mehrzahl aller Sozialen Phobiker bittet in der Regel selbst über Jahr-

Tab. 2 Assoziation Sozialer Phobien mit anderen psychischen Störungen (NCS (11))

DSM-III-R-Diagnose	Odds Ratio
Major Depression	3,7**
Dysthymie	3,2*
Generalisierte Angst	3,8*
Agoraphobie	7,1**
Spezifische Phobie	7,8**
Panikstörung	4,7*
Panikattacken	4,7**
Posttraumatische Belastungsstörung	2,7
Alkoholmißbrauch	1,2
Alkoholabhängigkeit	2,2*
Drogen-/Medikamentenmißbrauch	1,2
Drogen-/Medikamentenabhängigkeit	2,6*

\* 5%-Niveau  
\*\* 1%-Niveau

zehnte hinweg unbehandelt. Nur 4% der reinen Sozialen Phobiker sowie 19,1% der komorbiden Sozialen Phobiker und 14% der Sozialen Phobiker mit Panikattacken berichten, daß sie wegen ihrer Störung in der Vergangenheit zumindest einmal in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung standen. Im Einklang damit berichten auch nur wenige Patienten über eine regelmäßige Medikamenteneinnahme, sei sie verschrieben oder auf anderen Wegen. Auch hier zeigt sich, daß das Vorliegen von Panikattacken die Wahrscheinlichkeit, eine medikamentöse Behandlung zu erhalten, deutlich erhöht. Am häufigsten berichten Patienten darüber, daß ihnen Beruhigungsmittel (Benzodiazepine und Anxiolytika) verschrieben werden, selten an andere Substanzen.

Soziale Phobien nehmen in der Regel einen nach außen hin relativ mild erscheinenden und nur episodisch akzentuierten Verlauf. Das heißt, daß über die gesamte Krankheitsdauer hinweg gesehen selten massivste und lang andauernde psychosoziale Einschränkungen in der Lebensführung nachzuweisen sind.

# SEMINAR SOZIALE PHOBIE

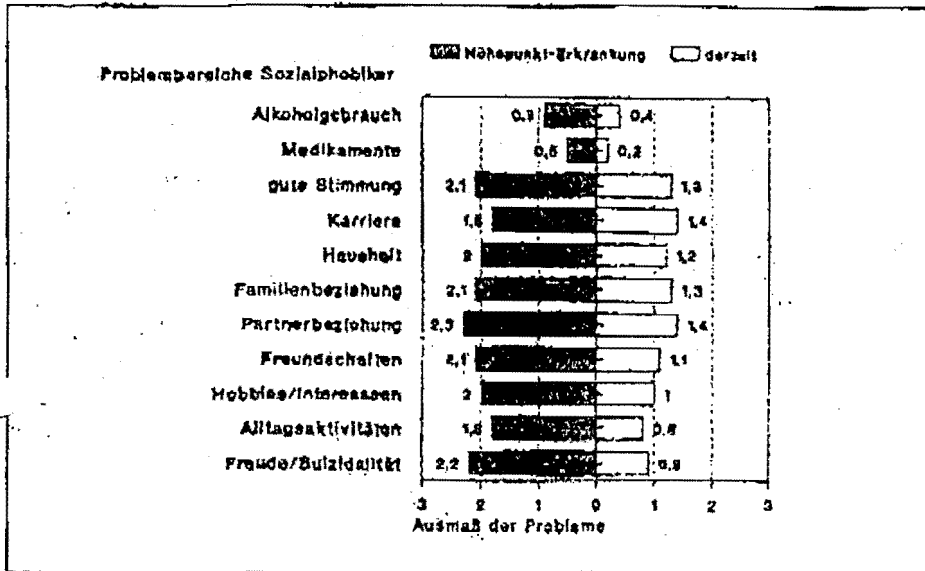


Abb. 1 Ausmaß der psychosozialen Probleme Sozialer Phobien in der Liebowitz Self-Rated Disability Scale (deutsch: Wittchen und Beloch 1994) für den Höhepunkt der lebenszeitbezogenen Krankheitsperiode sowie für die letzten 4 Wochen [aus (24)] (N: Soziale Phobie: 136). Das Ausmaß der Einschränkungen wird dreistufig von leicht (1) über deutlich (2) bis gravierend (3) beurteilt.

Für die Untersuchungen vermitteln insbes. das Bild einer insgesamt wenig dramatischen Beeinträchtigung.

Aufgrund einer kürzlich von unserer Arbeitsgruppe durchgeführten Untersuchung zu den gesundheitsökonomischen Implikationen der Sozialen Phobie (24) können wir zwischen-

zeitlich ein differenzierteres Bild der konkreten sozial-phobisch bedingten Einschränkungen und Behinderungen sozial-phobischer Patienten zeichnen. Sowohl reine sozial-phobische Störungen wie auch komorbide Soziale Phobien sind in der Regel mit einer hochsignifikanten Einschränkung der

allgemeinen Lebensqualität verbunden. Im Vergleich zu entsprechenden Kontrollgruppen zeigt sich, daß die allgemeine Lebensqualität [erfaßt mit der Short Form 36 (SF-36) (20)] um ca. 20% bei reinen Sozialen Phobien und um 35% bei komorbiden Sozialen Phobien reduziert ist. 23,1% aller reinen Sozialen Phobien (ohne Komorbidität) können als schwer beeinträchtigt, weitere 24,6% als deutlich in ihrer Lebensqualität eingeschränkt klassifiziert werden.

Die Abbildung 2 zeigt ferner deutlich anhand der Disability Self-Rating Scale (DSRS) (17), in welchen Bereichen Soziale Phobiker primär Einschränkungen berichten. Gravierende Einschränkungen ergeben sich in der beruflichen Karriereplanung und beruflichen Leistungsfähigkeit, der Beziehungsgestaltung und dem Spektrum der Alltagsaktivitäten. Dabei ist auffällig, daß die aktuellen Einschränkungen durchgängig geringer als die Einschränkungen auf dem Höhepunkt der Erkrankung sind.

Aufgrund des Work Productivity Index (WPAI) (15), der zwischen 0 und 100 (vollständig arbeitsunfähig) variiert, konnten wir zeigen, daß die aktuelle Reduktion der Arbeitsproduktivität von reinen Sozialen Phobien unter Einschluß von Arbeitsfehlzeiten und Minderung der Produktivität durch die Symptomatik bei 11,4 liegt (Abb. 3). Diese Daten sind gut vergleichbar mit ambulant behandelten depressiven Patienten und sind hochsignifikant unterschiedlich zu den Befunden entsprechender Kontrollpersonen. Es kommt allerdings bei Sozialen Phobien erschwerend hinzu, daß es sich um eine in der Regel chronische Störung handelt, d.h. die Einschränkungen und Behinderungen halten über viele Jahre an, während bei depressiven Störungen durch den häufig episodischen Verlauf sich gute produktive Phasen mit stärker eingeschränkten, nichtproduktiven Phasen abwechseln. Darüber hinaus sind signifikant mehr Probanden mit Sozialer Phobie arbeitslos (11% gegenüber 3% in der Kontrollgruppe).

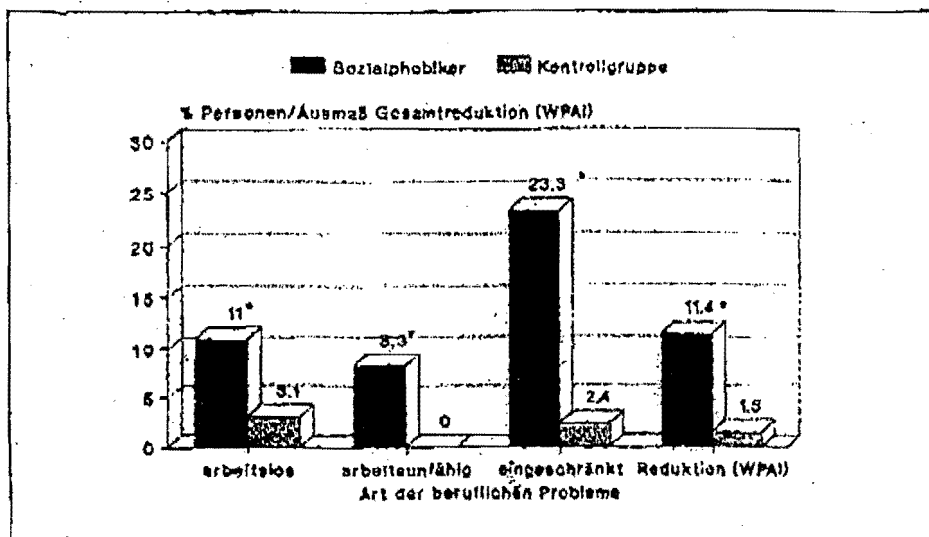


Abb. 3 Arbeits- und berufsbezogene Konsequenzen der Sozialen Phobie (N: 131) im Vergleich zur Kontrollgruppe (N: 65).

## SEMINAR SOZIALE PHOBIE



### Zusammenfassung

Der Überblick über die Epidemiologie der Sozialen Phobie hat gezeigt, daß Soziale Phobien ein außerordentlich häufiges Störungsbild darstellen, das die Betroffenen zumeist sehr früh in ihrem Leben einschränkt. Gerade aufgrund des frühen Beginns und der zunehmenden Anzahl von Einschränkungen und Problemen ergeben sich in der beruflichen Sozialisation offensichtlich kontinuierlich, aber langsam anwachsende Defizite und Probleme, die möglicherweise auch erklären, warum es häufig zur Entwicklung von Substanzmißbrauch und depressiven Episoden bei diesen Patienten kommt. Da Sozialphobiker selten über ihre Symptomatik beim Allgemeinarzt sprechen, sind die Behandlungsraten nach allen bislang vorliegenden Studien außerordentlich gering. Dies mag auch erklären, warum das Bild der Sozialen Phobie sowohl im allgemeinärztlichen wie auch im psychiatrischen Sektor selten als ernsthafte Störung zur Kenntnis genommen wird.

Der frühe Beginn und das hohe Ausmaß an sekundären Komplikationen bei diesem Störungsbild unterstreichen die Notwendigkeit einer frühen Intervention, um sekundärpräventiv der Entwicklung von sekundären und schwereren sozialen und psychopathologischen Komplikationen vorzubeugen. Unsere Zusatzuntersuchungen (24) über die gesundheitsökonomischen Komplikationen unterstreichen auch, daß auch aus dieser Perspektive die Soziale Phobie als ernsthaftes und behandlungsbedürftiges Störungsbild einzuordnen ist, da es zu erheblichen Fehlzeiten und Einschränkungen in der Arbeitsproduktivität führen kann.

### LITERATUR

1. Agaz S, Sylvester D, Oliveau D. The epidemiology of common fears and phobias. *Comp Psychiatry* 1969; 10: 151-6.
2. Blind RC, Ora H, Newman SC. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 24-32.
3. Canino GI, Bird HR, Shrout PE et al. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 727-35.
4. Dagonda M, Angst J. The Zurich Study; XX. Social phobia and agoraphobia. *Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993; 243: 95-102.
5. Davidson JR, Krishnan KR, Charles HC et al. Magnetic resonance spectroscopy in social phobia: preliminary findings. *J Clin Psychiatry* 1993; 54 Suppl: 19-25.
6. Faravelli C, Degl'Innocenti DG, Giardinelli L. Epidemiology of anxiety disorders in Florence. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 308-12.
7. Hwu HG, Yeh EK, Chang LY. Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 136-47.
8. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S et al. 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.
9. Lepine JP, Pariente P, Houlenger JP et al. Anxiety disorders in a French general psychiatric outpatient sample: comparison between DSM-III and DSM-III-R criteria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1989; 24: 301-8.
10. Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF. Social phobia: review of a neglected anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 729-36.
11. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU et al. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* (in press).
12. Mullaney JA, Tippett CJ. Alcohol dependence and phobias: clinical description and relevance. *Br J Psychiatry* 1979; 135: 563-73.
13. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL et al. Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980-1982. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 959-67.
14. Oakley-Brown MA, Joyce PR, Wells JE et al. Christchurch psychiatric epidemiology study part II: six month and other period prevalences of specific psychiatric disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 1989; 23: 327-40.
15. Reilly MC, Zbrozek AS, Duker EM. The validity and reproducibility of a work productivity and impairment instrument. *Pharmacoeconomics* 1993; 4: 353-65.
16. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristic and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 381-9.
17. Schoeler FR, Johnson J, Hornig CD, et al. Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(4): 282-3.
18. Semler G, Wittchen HU. Das Diagnostik Interview Schedule - Erste Ergebnisse zur Reliabilität und differentiellen Validität der deutschen Fassung. In: Gemeindepyschologische Perspektiven. Kommer D, Röhrle B (Hrsg). Köln 1983; 109-17.
19. Wacker HR, Mülleijans R, Klein KH, Battegay R. Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 1992; 2: 91.
20. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection. *Med. Care* 1992; 30: 473-83.
21. Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR, et al. Christchurch psychiatric epidemiologic study. I. Methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 1989; 23: 315-26.
22. Wittchen HU. Chronic difficulties and life events in the long-term course of affective and anxiety disorders: Results from the Munich Follow-up Study. In: From Social Class to Social Stress - New Developments in Psychiatric Epidemiology. Angermeyer MC (ed.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1987; 176-96.
23. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *J Psychiatr Res* 1994; 28 (1): 57-84.
24. Wittchen HU, Beesch E. The impact of social phobia on quality of life. *Clin Psychopharmacol* (in press).
25. Wittchen HU, Essau CA, Zerssen D von, et al. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992; 241: 247-58.
26. Wittchen HU, Semler G. Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 1.0). Weinheim: Beltz 1990.

Korrespondenzadresse:  
Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen  
Leiter der Arbeitsgruppe Klinische Psychologie  
Max-Planck-Institut für Psychiatrie  
Klinisches Institut  
Kraepellinstr. 2-10  
D-80304 München