

Der Langzeitverlauf unbehandelter Angststörungen: Wie häufig sind Spontanremissionen?

H.-U. Wittchen

Arbeitsgruppe Klinische Psychologie, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München

Zusammenfassung und Schlüsselwörter

Der Langzeitverlauf und die Häufigkeit sogenannter spontaner Remissionen wurde anhand von 77 Fällen mit einer Lifetime-Diagnose einer Angststörung untersucht. Die 77 Angstfälle wurden als Teil der Münchner Follow-up-Studie im Rahmen einer allgemeinen Bevölkerungsuntersuchung im Jahre 1974 identifiziert und wurden über einen Zeitraum von sieben Jahren (bis 1981) weiter untersucht. Die Diagnosen wurden einerseits durch ein standardisiertes diagnostisches Instrument (den DIS), andererseits über eine klinisch-psychiatrische Nachuntersuchung (1981) abgesichert. In Ergänzung hierzu wurde der Verlauf der psychopathologischen Symptome sowie die psychologische und psychosoziale Integration der Versuchspersonen beurteilt. Ergebnisse: Die Lebenszeit-Prävalenz, irgendeine Anstörung zu entwickeln, betrug 13,9%. Einfache und soziale Phobien wiesen eine Prävalenz von 8,0%, Agoraphobie von 5,7%, Zwangsstörungen von 2,0% und Panikstörungen von 2,4% auf. Die Inzidenz, d.h. das Auftreten neuer Fälle im Zeitraum zwischen der Erst- und Zweituntersuchung war niedrig, mit Ausnahme für Panikstörungen (1,2%, bei einer Gesamtprävalenz von 2,4%) und Agoraphobie (1,3% bei einer Gesamtprävalenz von 5,7%). Die Komorbidität war sowohl innerhalb der Angststörungen wie auch bezüglich anderer psychischer Störungen erhöht. 62% hatten mehr als eine Angstdiagnose, Major Depression und Abhängigkeit von Alkohol oder Medikamenten waren die häufigsten komorbiden Störungen, die in der überwiegenden Mehrzahl deutlich nach dem Beginn der Angststörung auftraten. Spontanremissionen wurden auf drei unterschiedlichen Ebenen definiert, von denen ein Kombinationsmaß als Hauptergebnis interpretiert wurde. Danach war die symptomatische Remission in allen Angstgruppen niedrig, während die psychosoziale Remissionsrate ein günstigeres Bild mit Remissionsraten zwischen 28,6% für Panikstörung und 53,1% für einfache und soziale Phobien ergab. Das kombinierte spontane Remissionsmaß ergab für keine der Zwangsstörungen, nur 14,3% der Panikstörungen, 19,2% der Agoraphobien und 18,8% der einfachen und sozialen Phobie eine volle Remission. Die Ergebnisse unterstreichen, daß Angststörungen zumeist in der Kindheit oder frühen Adoleszenz beginnen und dazu neigen, chronisch über den Großteil des Lebens zu persistieren und nur selten zu remittieren.

Angststörungen · Prävalenz · Komorbidität · Spontanverlauf · Spontanremission

Summary and Key Words

The long-term course and outcome and frequency of so-called spontaneous remission is evaluated in 77 subjects with a lifetime diagnosis of anxiety. The subjects were identified as part of the Munich Follow-up Study in a general population survey conducted in 1974 and were all followed up over a period of seven years (until 1981). Diagnoses were made according to DSM-III by the Diagnostic Interview Schedule. All subjects with a DSM-III anxiety diagnosis were in addition evaluated in a complex two-stage design with regard to their symptom course and outcome, psychological as well as psychosocial functioning. Results: The lifetime prevalence of having any anxiety disorder was 13.9%, simple and social phobia had a prevalence of 8.0%, agoraphobia 5.7%, obsessive-compulsive disorder 2.0%, and panic disorder 2.4%. The incidence of new cases with an anxiety disorder in the seven years' observation period was low, except for panic (1.2%) and agoraphobia (1.3%). Comorbidity within anxiety disorders was high (62% had more than one anxiety diagnosis). Major depression and substance use disorder were the most frequent comorbid conditions occurring in the vast majority after the onset of anxiety disorders. Spontaneous remission was defined on three levels. All groups of anxiety disorders had low remission rates. Symptomatic remissions (no diagnosis in the twelve months preceding the interview) were lowest for obsessive-compulsive disorder (8.3%), followed by panic (14.3%), simple and social phobia (21.9%), and agoraphobia (34.6%). Psychosocial remission rates were considerably higher ranging from 28.6% for panic and 53.1% for agoraphobia. The combined measure of both was used as a main outcome criterion for our study. According to both criteria, none of the obsessive-compulsive disorders and only 14.3% of the panic disorders could be regarded as remitted. Agoraphobia rates of spontaneous remission were 19.2% and 18.8% for simple and social phobia. These results indicate that anxiety disorders usually starting in childhood or early adulthood tend to be chronic disorders with a very low tendency for spontaneous remission.

Anxiety disorders · Prevalence · Comorbidity · Natural course and outcome · Remission

Einführung

Ein bedeutsamer, aber in der neueren Literatur nach wie vor uneinheitlich beurteilter Aspekt der Verlaufsforschung bei Angststörungen betrifft ihren *Spontanverlauf*, insbesondere den Anteil sogenannter «spontaner Remissionen». Mit Spontanverlauf wird im engeren Sinne der Verlauf *unbehandelter* psychischer Störungen angesprochen. Eine Erweiterung des derzeitigen Wissensstandes über den Spontanverlauf erscheint sowohl aus theoretischen (Ätiologie, Prognose, Beur-

teilung der Wirksamkeit therapeutischer Interventionen) wie auch praktischen (Indikation von Therapiemaßnahmen, Aufklärung des Patienten etc.) Überlegungen notwendig. In der Literatur finden sich auf der einen Seite Beurteilungen, die sich im weitesten Sinne an den provozierenden Aussagen Eysencks (1952) orientieren, daß fast zwei Drittel aller neurotischen Störungen spontan im Verlauf von zwei Jahren voll remittieren; auf der anderen Seite finden wir Arbeiten, die primär auf die relativ hohe Persistenz neurotischer Störungen abheben und daraus oft gleichzeitig die Notwendigkeit eines

höheren Angebots an Behandlungseinrichtungen ableiten. Die Beurteilungsgrundlage für beide Auffassungen kann als mager bezeichnet werden. Die vorliegenden epidemiologischen Studien geben keinen eindeutigen Aufschluß über diese Fragen [Angst et al., 1990; Fichter, 1990; Regier et al., 1990a, b; Schepanck, 1983]. Es fehlen mit wenigen Ausnahmen, wie z.B. den Studien von Vollrath und Augst (1989) sowie Agras et al. (1972), differenzierte Langzeituntersuchungen an repräsentativen Stichproben unbehandelter Fälle, die eine methodisch annähernd adäquate Beantwortung dieser Frage ermöglichen. Indirekt erlauben wohl die wenigen größeren epidemiologischen Longitudinal-Studien noch am ehesten eine einigermaßen befriedigende Antwort. Jablensky und Hugler (1982) kommen in ihrer Übersichtsarbeit über epidemiologische Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß mehr als ein Drittel aller Neurosen von begrenzter Dauer (bis zu vier Monaten) sind – ungeachtet eventueller Interventionen. Darüber hinaus schätzen sie anhand der vorhandenen älteren Literatur, daß weniger als ein Drittel der sogenannten neurotischen Erkrankungen länger als drei Jahre persistieren. Ein stimmiges Bild läßt sich aber aus dieser Übersichtsarbeit, allein wegen der Diskrepanz zu den Ergebnissen vieler klinisch-psychiatrischer und psychotherapeutischer Studien, schwerlich ableiten. So stellen Jablensky und Hugler auch abschließend fest, daß wegen der Heterogenität der Fallidentifikationsmethoden, der diagnostischen Gepflogenheiten, dem Mangel an standardisierten, reliablen Erfassungs- und Beurteilungsinstrumenten und dem Fehlen gemeinsam angewandter analytischer Techniken kaum gesicherte Aussagen gemacht werden können. Ein weiterer Nachteil dieser auf ältere epidemiologische Studien bezogenen Übersichtsarbeit ist ferner ihr Mangel an diagnostischer Differenziertheit innerhalb der Gruppe der Neurosen, da fast ausschließlich über Spontanremissionsraten für die Gesamtgruppe der Neurosen, nicht aber getrennt für verschiedene Formen – wie Angststörungen und Depressionen – berichtet wird.

Weitere Quellen, die häufig zur Beurteilung des Spontanverlaufs von Angststörungen herangezogen werden, sind retrospektive Befragungen bestimmter Gruppen Betroffener, wie z.B. die Untersuchung von Marks und Hurst [Marks, 1987] aus dem Jahre 1970 bei Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, sowie die vielfältigen Behandlungsstudien über die Effektivität pharmakologischer oder psychologischer Interventionen [vgl. Überblicke von Matthews et al., 1981; Barlow et al., 1986; Breier et al., 1986; Lydiard und Ballenger, 1987; Marks, 1987; Sheehan, 1987; Wittchen und von Zerssen, 1987; Hand, 1988; Wittchen, 1988a]. Beide Arten von Studien beinhalten in der Regel Informationen über die Krankheitsvorgeschichten sowie die Ergebnisse von Nachuntersuchungen nach zumeist kurzen Zeitintervallen von sechs bis zwölf Monaten. Derartige Daten können jedoch kaum als hinreichende Grundlage für unser Wissen über den Spontanverlauf von Angststörungen herangezogen werden, da sie in vielfältiger Weise durch methodologische Probleme wie Selektionskriterien der Patienten, Design, Länge der Follow-up-Strecke, nosologisches Konzept, diagnostische Kriterien oder Kriterien für Besserung konfundiert sind [siehe zusammenfassend Wittchen und von Zerssen, 1987; Wittchen, 1988a]. Zudem wird von einzelnen Autoren [z.B. Hand, 1988] darauf hingewiesen, daß viele Angstkranke das «offizielle» System der

Krankenversorgung meiden. Idealerweise sollten Ergebnisse über den Spontanverlauf unbehandelter Störungen also auf repräsentative Stichproben begründet werden.

Fragestellungen

Anhand von Befunden des epidemiologischen Teils der Münchner Follow-up-Studie (MFS) wird folgenden Fragen nachgegangen:

1. Wie hoch ist die Prävalenz von Angststörungen in der Indexuntersuchung der MFS (1974) und zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (1981)? Wieviele neue Fälle sind in der Kohorte im Zeitraum zwischen den beiden Untersuchungen aufgetreten (Inzidenz)?
2. Welche psychopathologischen Phänomene und Komplikationen (Komorbidität) treten im Verlauf von Angststörungen auf?
3. Unterscheiden sich die Verlaufscharakteristika von Panikstörungen, Agoraphobien, Einfachen und Sozialen Phobien sowie Zwangsstörungen?
4. Wie häufig sind spontane Remissionen bei Angststörungen im Untersuchungszeitraum?

Methodik

Design der Münchner Follow-up-Studie (MFS)

Im epidemiologischen Teil der MFS wurde 1974 eine repräsentative Bevölkerungstichprobe von 2524 Personen aus der Allgemeinbevölkerung (Alter 18–64 Jahre) persönlich mit einem aufwendigen Interview unter Einschluß standardisierter psychopathologischer Skalen untersucht. Die Ausschöpfungsrate dieser Erstuntersuchung betrug 78,9%. Das Untersuchungsgebiet 1974 umfaßte die gesamte BRD unter Einschluß von West-Berlin. Aufgrund der Auswertung der psychopathologischen Skalen wurden alle identifizierten psychisch auffälligen Fälle sowie eine Zufallsstichprobe (38,9%) der bei der Erstuntersuchung unauffälligen Probanden über einen Zeitraum von durchschnittlich 7,1 Jahren verfolgt (Erhebung von Krankenkassendaten, Lebensereignissen, etc.). 1981 wurde in einem aufwendigen zweistufigen Verfahren mit persönlichen Untersuchungen durch Klinische Psychologen (Grunderhebung sozialer, psychologischer und psychopathologischer Daten anhand strukturierter und standardisierter Verfahren) und einer zweiten, zeitlich unabhängigen Untersuchung durch erfahrene Psychiater jeder Fall differenziert und persönlich an seinem Wohnort nachuntersucht. Aus unterschiedlichen methodologischen Erwägungen wurden dabei Personen mit einem IQ < 85 sowie Probanden über 64 Jahre ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit für die Zweituntersuchung umfaßte somit 657 Personen. Die Ausschöpfungsrate bei der Zweituntersuchung betrug 76,2%. Auswertbar waren 483 Datensätze. Eine ausführliche Diskussion der Methodik der MFS findet sich in Wittchen und von Zerssen (1987), sowie Wittchen und Essau (1991).

Erhebungsinstrumente

Die diagnostische Einordnung der Probanden wurde auf der Grundlage der deutschen Version des Diagnostic Interview Schedule (DIS, Version 2 [Wittchen und Rupp, 1981; Semler et al., 1987]) vorgenommen. Dieses voll-standardisierte diagnostische Interview erlaubt eine computerisierte Diagnosenstellung nach DSM-III für Angst-, Somati-

Tab. 1. Soziodemographische Charakteristik der Gesamtstichprobe, aller Fälle mit psychischen Störungen sowie der Angstfälle

	Gesamt-Stichprobe (n = 483) ^a		Alle Fälle (n = 133) ^b		Angstfälle (n = 77)	
	n	%	n	%	n	%
Geschlecht						
männlich	232	48,0	40	30,1	22	29,0
weiblich	251	52,0	93	69,9	55	71,0
Alter						
25 – 34	80	16,6	17	12,8	10	13,0
35 – 44	170	35,2	52	39,1	31	40,0
45 – 54	130	26,9	37	27,8	22	29,0
55 – 63	103	21,3	27	20,3	14	18,0
Durchschnitts- alter (\bar{x} , SD)	44,85	9,6	45,38	9,02	45,14	8,7
Familienstand						
ledig	37	7,7	9	6,8	4	5,0
verheiratet	389	80,5	96	72,2	63	82,0
getrennt	7	1,4	3	2,3	–	–
verwitwet	20	4,1	12	9,0	5	6,0
geschieden	30	6,2	13	9,8	5	6,0
Soziale Schicht^c						
I	18	3,8	5	3,8	5	7,0
II	73	15,3	14	10,8	9	12,0
III	216	45,2	60	46,2	35	47,0
IV	157	32,8	48	36,9	26	35,0
V	14	2,9	3	2,3	–	–

^a 5 Probanden machten keine Angaben zur sozialen Schicht

^b 3 Probanden machten keine Angaben zur sozialen Schicht

^c Nach Hollingshead & Redlich (1958)

sierungs-, affektive, psychotische sowie Abhängigkeitsstörungen sowohl für die gesamte Lebensspanne (lifetime) als auch für verschiedene Querschnittsdefinitionen (vier Wochen, sechs Monate, ein Jahr). Zusätzlich werden in diesem Interview Daten über Alter bei Beginn von Kernsymptomen und Störungen, Daten über das erste und letzte Auftreten, sowie für ausgewählte Bereiche auch Informationen über Verlauf, Häufigkeit von Phasen etc. erhoben. Zusätzlich zu dieser standardisierten diagnostischen Erhebung wurden alle auffälligen Probanden bei der Zweituntersuchung von einem klinisch erfahrenen Psychiater auf der Grundlage eines strukturierten Befragungsbogens bezüglich des Störungsverlaufs (1974–1981) sowie spezifischer psychopathologischer (Klinische Selbstbeurteilungsskalen, von Zerssen, 1986) und Verlaufsaspekte beurteilt.

In Ergänzung zur psychopathologischen Ebene wurden Lebensereignisse und deren Bewertung über den 7-Jahres-Zeitraum anhand der Münchner Ereignisliste (MEL [Maier-Diewald et al., 1983]), die sozialpsychologische Situation der Probanden und Fälle bei der Nachuntersuchung mit dem Social Interview Schedule (SIS [Hecht et al., 1987]) sowie das Inanspruchnahmeverhalten erhoben. Als ein gemischt psychopathologisch-psychosoziales Kriterium für die Remission zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung wurde ferner die Global Assessment Scale (GAS [Spitzer et al., 1978]) eingesetzt, um eine grobe Abschätzung der psychosozialen Integration unter krankheitsbedingten Einschränkungen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung zu erhalten.

Beschreibung der Probanden

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die soziale und soziodemographische Charakteristik der Probanden in der epidemiologischen Feldstudie sowie über die Gruppe aller Fälle mit einer psychiatrischen Diagnose und, in Vorwegnahme der weiter diskutierten Befunde, eine

Charakteristik der 77 identifizierten Fälle mit einer Angstdiagnose. Die 77 Angstfälle (s.w.u.) unterscheiden sich, wie auch die übrigen Fälle mit einer psychischen Störung, lediglich durch einen höheren Anteil von Frauen, während alle übrigen Variablen keine auffälligen Abweichungen von der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe erkennen lassen.

Indikatoren für den Spontanverlauf

Im Gegensatz zu Interventionsstudien, bei denen eine experimentell-kontrollierbare Beeinflussung des Krankheitsverlaufs angestrebt wird, steht bei der Untersuchung des Spontanverlaufs die Frage im Vordergrund wie Krankheiten unter «natürlichen», d.h. nicht systematisch variierten Bedingungen verlaufen. Unter natürlichen Bedingungen ist neben den vielfältigen sozialen und psychologischen Aspekten insbesondere auch das medizinische und psychosoziale Versorgungssystem zu verstehen. Im Zusammenhang damit ist zu beachten, daß bei einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobenuntersuchung auch eine Reihe von Fällen mit psychischen Störungen erfaßt wird, die aufgrund ihres Störungsbildes professionelle Hilfe, bzw. psychotherapeutische und/oder psychiatrische Interventionen erhalten hat. Auch in unserer Stichprobe ergab sich, daß elf der 77 Angstfälle zumindestens zeitweilig eine störungsspezifische pharmakologische oder psychotherapeutische Therapie sowie zwölf weitere – zum Teil mehrfach – eine zeitweilige Intervention seitens ihres Hausarztes erhalten hatten. Da eine zentrale Fragestellung unserer Studie die Ermittlung spontaner, d.h. nicht durch Behandlung induzierter Remissionen ist, waren wir zunächst versucht, diese behandelten Fälle auszuschließen. Da aber die genauere Analyse der Behandlungscharakteristika ergab, daß mit einer Ausnahme keine der erfolgten Behandlungen als kontinuierlich oder adäquat (z.B. zu kurze Verschreibungsdauer oder Abbruch der Therapie seitens der Patienten) bezeichnet werden konnte [vgl. Wittchen, 1988c], haben wir uns entschlossen, alle behandelten Fälle in unserer Untersuchungsstichprobe zu belassen.

Zur Beurteilung des Spontanverlaufs zwischen 1974 und 1981 wurden alle Informationsquellen herangezogen, die eine Charakterisierung des Krankheitsverlaufs ermöglichen. Hierzu gehören die DIS-Variablen «Alter bei Beginn der Störung», «Zeitdauer zwischen Beginn der Störung und Nachuntersuchung», «Einschätzung des Schweregrades und der psychosozialen Einschränkungen im Störungsverlauf» (Klinikerbeurteilung) sowie Entwicklung und Zeitpunkt des Auftretens anderer psychischer Störungen (DIS). Die Krankheitsdauer wurde durch die Differenz zwischen dem letzteren Auftreten der Störung und dem ersten Auftreten berechnet. Diese Abschätzung wurde in Form eines klinischen Konsensus-Ratings durchgeführt, bei dem die DIS-Ergebnisse sowie die klinischen Beurteilungen der Nachuntersuchungen durch Psychiater und Klinischen Psychologen mitberücksichtigt wurden. Der Verlauf der Symptome und die Charakterisierung nach Verlaufsmustern wurde aufgrund einer quartalsweise durchgeführten Charakterisierung des Krankheitsverlaufs vorgenommen. Als «objektive» Ankerpunkte für diese retrospektive Beurteilung wurden Krankenkassendaten über Krankenhausaufenthalte und Arztbesuche verwendet. Eine ausführliche Beschreibung der Methodik findet sich bei Wittchen und von Zerssen (1987).

Ergebnisse

1. Prävalenz psychischer Störungen in der MFS, Prävalenz- und Inzidenzraten bei der Erst- und Zweituntersuchung

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Lebenszeit- und Sechs-Monate-Querschnittsprävalenz psychischer Störungen

Tab. 2. Lifetime und 6-Monate-DIS/DSM-III-Prävalenzen in der MFS

DIS/DSM-III Diagnosen	Prävalenz-Raten		6-Monate	
	Lifetime f %		f %	
<i>Affektive Störungen</i>	75	12,90	41	6,93
Major Depression	54	8,96	20	2,98
Dysthymie	21	3,95	21	3,95
Bipolare Störungen	1	0,24	1	0,24
<i>Angststörungen</i>	77	13,87	45	8,13
Panikstörungen	14	2,39	6	1,08
Einfache Phobie	45	8,01	24	4,06
Agoraphobie	31	5,74	19	3,59
Zwangsstörungen	12	2,03	10	1,79
<i>Substanzmißbrauch/ Abhängigkeit</i>	(73)	(13,51)	(10)	(1,55)
Alkohol ^a	(67)	(13,04)	(7)	(1,15)
Drogen/Medikamente	10	1,79	4	0,60

^a Das Lifetime-Rating für Alkoholmißbrauch- und Abhängigkeit wurde gegenüber dem DIS modifiziert

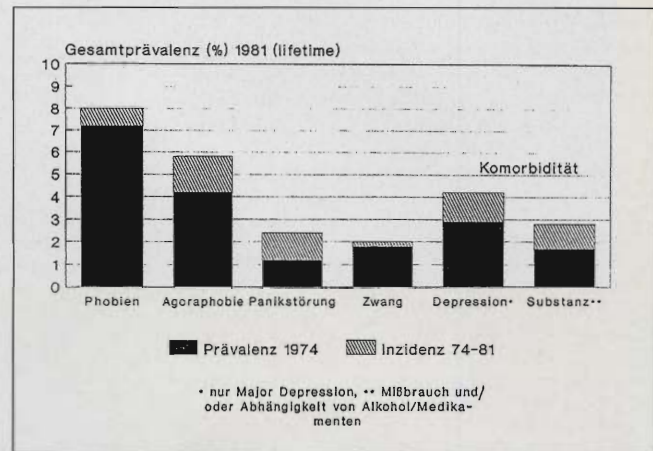
f = Häufigkeit, ungewichtet
% = Prävalenzgewicht

in der Allgemeinbevölkerung auf der Grundlage der DIS/DSM-III-Diagnose. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung 1981 haben danach, vergleichbar den Befunden von Regier (1990a) und Robins et al. (1984) 12,9% der Durchschnittsbevölkerung der BRD im Alter von 18 bis 65 Jahren irgendwann im Verlauf ihres Lebens die Kriterien einer affektiven Störung erfüllt. Dabei wurden am häufigsten die Kriterien der Diagnose «Major Depression» (8,96%) erfüllt. Angststörungen weisen eine etwas höhere Prävalenz mit insgesamt 13,9% auf. Unter den Angststörungen dominieren Einfache und Soziale Phobien mit 8% sowie Agoraphobie mit 7,5%. Mißbrauch bzw. Abhängigkeit von Alkohol und von Medikamenten wurden bei 13,5% der Stichprobe ermittelt; hierbei handelt es sich in erster Linie um Mißbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol.

Die Sechs-Monate-Querschnittsrate ist deutlich geringer. In den sechs Monaten vor der Nachuntersuchung erfüllten 6,9% die Kriterien für eine affektive Störung, 8,1% für irgendeine der Angststörungen und lediglich 1,6% aktuell die Kriterien für Mißbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol oder Medikamenten. Zwischen allen Diagnosen psychischer Störungen (aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden andere Diagnosen nicht gesondert aufgeführt; siehe hierzu Wittchen und von Zerssen, 1988) sind erhebliche Überschneidungen (Korbidität, vgl. [Burke et al., 1990]) zu beachten. Das heißt, daß viele Fälle im Verlauf ihres Lebens und im Querschnitt die Kriterien von *mehr als einer* der aufgeführten psychischen Störungen erfüllten (s.w.u.).

Die Konzipierung der MFS als Langzeitstudie ermöglicht auch eine Abschätzung der Inzidenz, d.h. dem Auftreten neuer Krankheitsfälle in dem Beobachtungszeitraum zwischen 1974 und 1981.

Abbildung 1, in der die Gesamtprävalenz (1981), unterteilt in Prävalenzrate 1974 und Inzidenz (1974–1981) angegeben ist, läßt erkennen, daß lediglich für Panikstörungen (Zuwachs von sechs Fällen = 42,9%, entspricht einer Inzidenzrate von 1,2%) sowie bezüglich sekundär auftretender Depressionen und Substanzstörungen erhöhte Raten von Neuerkrankun-

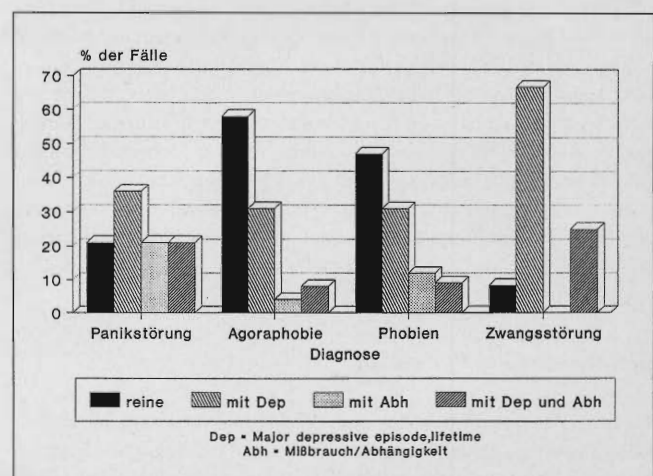
**Abb. 1.** Prävalenz und Inzidenz von Angststörungen bei der Erst- (1974) und bei der Zweituntersuchung (1981).

gen (zwischen 1974 und 1981) zu beobachten sind. Zu beachten ist bei den Befunden zur Depression und Abhängigkeit, daß hier lediglich die Zahlen zur Prävalenz von Depressionen bei den 77 Angstfällen einbezogen sind.

2. Korbidität

Korbidität, hier definiert als das Auftreten von mehr als einer psychischen Störung im Verlauf des Lebens, ist bei allen Angststörungsgruppen, besonders aber bei Panik- und Zwangsstörungen, ausgeprägt. Abbildung 2 zeigt, daß Panikstörungen (zwei Probanden ohne Korbidität) und Zwangsstörungen (ein Proband ohne Korbidität) fast nie als «reine» Störung vorkommen. In der Regel sind sie mit affektiven Störungen, insbesondere mit einer sekundären Major Depression, häufig aber auch mit Mißbrauch/Abhängigkeit von Alkohol und/oder Medikamenten assoziiert. Sechs der 14 Panikfälle erhielten eine Alkoholmißbrauchsdiagnose, zwei Mißbrauch von Barbituraten. Bei Agoraphobien fand sich bei fünf Fällen Alkoholabhängigkeit und bei drei Mißbrauch vom Barbituratypus.

Darüber hinaus sind auch innerhalb der Angststörungen Mehrfachdiagnosen zu beachten. Nur 18 (58,4%) der 31 Agoraphobien, 32 (71,1%) der 45 Einfachen und Sozialen Phobien sowie 6 (42,9%) der 14 Panikstörungen treten ohne wei-

**Abb. 2.** Korbiditätsmuster spezifischer Angststörungen (n = 77).

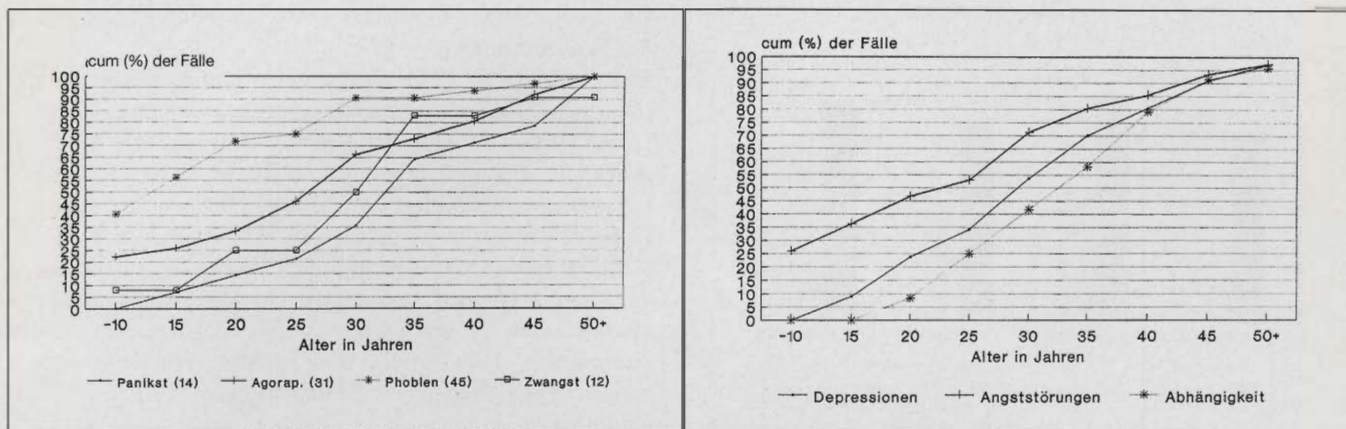


Abb. 3.a. Ersterkrankungsalter Angststörungen: Kumulativer % von Fällen je Altersstufe.
 b. Alter bei Störungsbeginn: Kumulativer % von Fällen in jeder Altersstufe.

tere Angststörungen auf. Häufige Kombinationen innerhalb der Angststörungen sind die Kombination Agoraphobie und Einfache Phobie, Panikstörungen mit Agoraphobie und Panikstörungen mit Einfacher Phobie.

3. Störungsbeginn und zeitlicher Verlauf

Bis zum Alter von 20 Jahren erfüllen bereits fast zwei Drittel aller Einfachen und Sozialen Phobien die Kriterien für eine psychische Störung. Die kumulative Häufigkeitskurve in Abbildung 3a läßt darüber hinaus einen zweiten Anstieg zwischen 25 und 30 Jahren erkennen, dieser Effekt ist jedoch statistisch nicht zu sichern. Demgegenüber ergab sich für Panikstörungen sowie Zwangsstörungen ein deutlich späterer Störungsbeginn. Der stärkste Anstieg der Kurve bei Panikstörungen findet sich zwischen 25 und 35 Jahren, ein zweiter «Peak» findet sich bei älteren Probanden. Die Krankheitsbeginn-Kurve der Agoraphobien liegt deutlich unter der für Einfache bzw. Soziale Phobien.

Im Vergleich mit den Alterskurven für Affektive Störungen sowie Substanzmißbrauch und -abhängigkeit (Abb. 3b) zeigen sich bis zu einem Lebensalter von 30 Jahren deutliche Unterschiede; während bis zum Alter von 40 Jahren bereits 75% der Angststörungen (alle Angstdiagnosen n=77) erkrankt waren, erfüllten zu diesem Zeitpunkt erst 54% der

Fälle erstmalig die Kriterien für eine Depression und weniger als 43% die Kriterien für eine Substanzstörungsdiagnose. Die Verlaufskurven gleichen sich erst etwa bei den 40jährigen an. Die *Verlaufsbeurteilung* der Angstfälle nach den Befunden des DIS sowie der retrospektiven klinischen Verlaufsbeurteilung unter Zuhilfenahme objektiver Indikatoren (Krankenkassendaten, Arbeitsunfähigkeitszeiten) ergab folgendes Bild: Nehmen wir zunächst – unter Annahme eines kontinuierlichen Störungsverlaufs – die Zeitdifferenz zwischen Erstmanifestation und Zeitpunkt des letzten Auftretens einer kriteriumsgemäß ausgeprägten Angststörung als Maßzahl für die Krankheitsdauer, so ergibt sich für Einfache und Soziale Phobien eine mittlere Störungsdauer von 24,3 Jahren (SD=13,8), gefolgt von Agoraphobie mit 17,6 (13,4) Jahren sowie Panikstörungen mit sechs Jahren. Zwangsstörungen wiesen eine durchschnittliche Dauer von 13 Jahren auf. Wie die Säulenabbildung 4 zeigt, traten depressive Episoden bzw. Substanzmißbrauch/Abhängigkeit mit wenigen Ausnahmen sekundär auf, d.h. eindeutig nach dem Beginn der Angststörung (Angst [A] vor Depression [D]). Lediglich für Einfache und Soziale Phobien (28%) und Zwangsstörungen (31%) finden sich bei etwas mehr als 25% der Fälle auch depressive Episoden vor dem Beginn der Angststörung (Depression [D] vor Angst [A]).

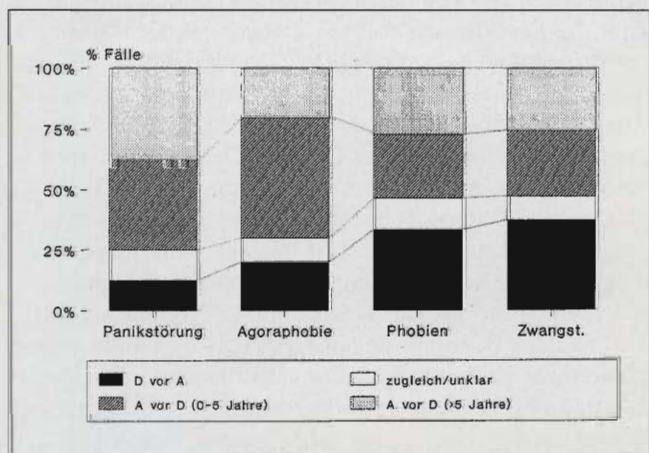


Abb. 4. Reihenfolge des Auftretens von Angststörungen (A) und Depressionen (D).

Eine genauere Analyse dieser Fälle ergibt ein heterogenes Bild. Drei der Angstfälle berichten über den Beginn depressiver Symptome in einer Dysthymie, zeitgleich mit phobischer bzw. zwanghafter Symptomatik. Zwei Fälle mit Agoraphobie, die einen Beginn depressiver Symptome vor der Panikstörung angaben, hatten bereits einzelne Panikattacken vor Beginn der Depression, ohne jedoch bereits das Vollbild einer Panikstörung erfüllt zu haben. Würden diese Fälle nach DSM-III-R klassifiziert, bei der bereits eine einzelne Panikattacke zur Erstellung der Diagnose ausreichen würde, wären sie als primäre Angststörung einzuordnen. Weitere fünf Fälle mit einer Depression, die vor einer Angststörung (vier davon mit Einfacher Phobie) auftritt, wiesen klar abgegrenzte und voll remittierte depressive Episoden im Zusammenhang mit schwerwiegenden Lebensereignissen auf (Operation, Todesfall etc.).

Die Analyse des Zeitabstands zwischen Angst und Depression ergibt, daß depressive Episoden sich relativ rasch nach dem Beginn einer Panikstörung entwickeln. Innerhalb von 3,4 Jahren nach Beginn der Panikstörung hatten bereits acht der zwölf Panikfälle eine sekundäre Depression. Die entspre-

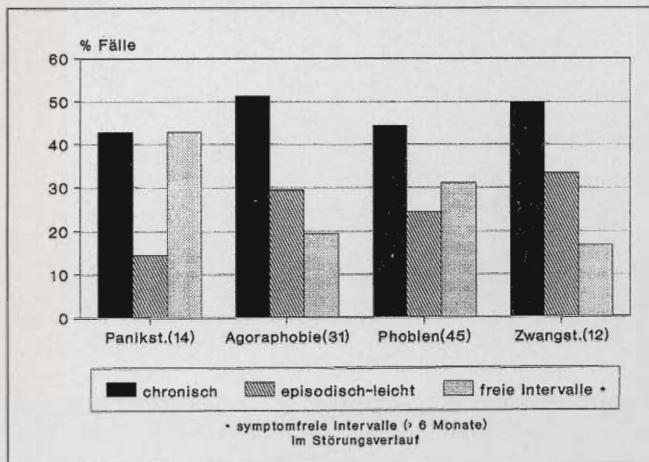


Abb. 5. Beurteilung des Verlaufstyps der Angststörungen.

chenden Zeitabstände für Agoraphobie betragen 5,2 Jahre, für Einfache Phobie 8,7 Jahre. Die Kategorie «zeitgleich/unklar» in Abbildung 4 bezeichnet diejenigen Fälle, die aufgrund des diagnostischen Instruments einen Beginn der Depression bzw. der Angst im gleichen Monat angaben. Obwohl die Kliniker bei ihrer Verlaufsbeurteilung dazu neigten, fast alle diese Fälle als primäre Angststörung einzuordnen, erscheint uns diese Einordnung nicht hinreichend verlässlich retrospektiv zutreffend zu sein. Anzumerken ist ferner, daß nur drei Fälle, einer davon mit Phobien, sowie zwei mit Agoraphobie, von den Klinikern als mögliche Mischbilder von ängstlich-depressiver Symptomatik eingeordnet wurden.

4. Verlaufsformen der Angstsymptomatik während des siebenjährigen Beurteilungszeitraums

Die Daten für eine differenziertere Verlaufsbeurteilung der Angstfälle wurden durch eine quartalsweise Aufschlüsselung der Angst-Symptomatik (gemäß DSM-III-Kriterien) während des Untersuchungszeitraums 1974–1981 nach drei Schweregraden (leicht–mittel–schwer) vom nachuntersuchenden Psychiater erhoben. Dabei wurden die im Rahmen der ersten Nachuntersuchung durch die Klinischen Psychologen erhobenen Daten zu Lebensereignissen sowie die Krankenkasseninformationen (Arbeitsunfähigkeitszeiten, stationäre und ambulante Behandlungsvorfälle) als Ankerpunkte für die Beurteilung und Einordnung der Symptomatik zu jedem Quartal verwendet. Auf dieser Grundlage wurden dann in einem Konsensus-Rating aller beteiligten Untersucher [vgl. Wittchen und von Zerssen, 1987] drei Verlaufstypen abgeleitet.

Der *chronische Verlaufstyp* charakterisiert alle diejenigen Fälle, die entweder aufgrund ihrer spezifischen Angstsymptomatik und/oder aufgrund zusätzlich auftretender Komplikationen (z.B. Vermeidungsverhalten, fortschreitende soziale Isolation) während des Beurteilungszeitraums 1974–1981 eine im wesentlichen gleichbleibende Beeinträchtigung durch die Symptomatik aufwiesen. Die Beeinträchtigungen mußten mindestens auf der Schweregradsstufe 2 (mittelgradige Beeinträchtigung) liegen. Wie die Abbildung 5 erkennen läßt, wird die Mehrzahl der Fälle aller vier Gruppen diesem Verlaufstyp zugeordnet (51,3% der Agoraphobien, 50% der

Zwangsstörungen, 44,4% der Einfachen Phobien und 42,8% der Panikstörungen).

Der *episodisch leichte Verlaufstypus* ist durch deutliche Fluktuationen im Beurteilungszeitraum gekennzeichnet. Fluktuationen werden definiert als drei- bis sechsmonatige Veränderungen der Beeinträchtigungen von mehr als zwei Skalenstufen (z.B. leicht zu schwer [drei Monate] und zurück zu leicht). In dieser Verlaufsform sind auch drei Fälle zu finden, die kurzzeitig einzelne Quartale mit voller Remission aufwiesen, in der Mehrzahl jedoch persistierten – in Abgrenzung zum chronischen Typus – psychopathologische Auffälligkeiten leichter Ausprägung. Dieser episodisch-leichte Verlaufstyp wurde vergleichsweise selten bei Panikstörungen (14,3%, 2 Fälle) identifiziert.

Die Kategorie «*Symptomfreie Intervalle*» beschreibt Personen, die längerdauernde Zeiträume (mehr als sechs Monate) aufweisen, bei der eine vollständige Remission beobachtet wurde. Die Hälfte aller Panikfälle wurde dieser Kategorie zugeordnet. Dieser Verlaufstyp schließt übrigens auch eine Reihe von Fällen mit einer Panikstörung ein, die zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nicht mehr vollständig die Kriterien einer Panikstörung erfüllten (keine Panikattacken in den letzten zwölf Monaten), also Fälle, die nach den weiter unten diskutierten Remissionskriterien als «remittiert» bezeichnet werden könnten. Dieser Verlaufstyp darf allerdings nicht gleichbedeutend mit günstigem Verlauf oder gar spontaner Remission gesetzt werden, da einerseits wie auch bei dem episodisch-leichten Verlaufstyp durchaus fluktuierend schwerste oder mittelgradige Beeinträchtigungen über mehr als 50% der Nachuntersuchungszeit bestanden haben können. Andererseits muß, wie im Beispiel der oben erwähnten drei Panikfälle, das Nicht-Auftreten von Panikanfällen keinesfalls ein Zeichen für Gesundheit bedeuten.

5. Zusammenfassende Beurteilung der Angstfälle bei der Nachuntersuchung 1981: Remissionskriterien und Indikatoren: Wie häufig sind spontane Remissionen?

Die vorangehende Diskussion der Verlaufstypen hat als ein Hauptproblem die Festlegung klarer Kriterien für Spontanremission verdeutlicht. Eine ausschließlich diagnosenbezogene Definition der Remissionskriterien, z.B. «remittiert sind Fälle, die in den zwölf Monaten vor der Nachuntersuchung nicht mehr die Kriterien der Störung erfüllen» vernachlässigt die Komorbidität und einen möglichen Syndromwandel, z.B. das Auftreten depressiver Episoden, das Auftreten von Abstinenz- oder Nebenwirkungssymptomen. Diese Problematik tritt besonders aufgrund der DSM-III-Definition für die Panikstörung auf, da (übrigens im Gegensatz zu DSM-III-R) die Dauer der Störung ausschließlich aufgrund des Auftretens von Panikattacken definiert wird. Da derartige diagnostenspezifische Remissionsraten nur beschränkte Aussagekraft haben und zudem andere relevante Remissionskriterien, wie das Bestehen weiterer psychopathologischer Syndrome sowie massiver psychosozialer Einschränkungen, z.B. aufgrund des Vermeidungsverhaltens, nicht hinreichend berücksichtigt werden können, haben wir zur Beurteilung der Spontan-Remissionsrate eine komplexere Outcome-Beurteilung bevorzugt.

Tab. 3. Zusammenfassende Outcome-Beurteilung der Angstfälle bei der Nachuntersuchung (1981): Remissionskriterien und Indikatoren

	Panikstörung (n = 14)		Agoraphobie (n = 26)		Einf./Soz. Phobie (n = 32)		Zwang (n = 12)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Remissionskriterium</i>								
A: Psychopathologisch	2	14,3	9	34,6	7	21,9	1	8,3
B: Psychosozial	}		}		}		}	
GAS-Wert >79	4	28,6	13	50,0	17	53,1	5	41,7
GAS-Wert 65-69	5	35,7	5	19,2	6	18,8	2	11,1
GAS-Wert <69	5	35,7	8	30,8	9	28,1	5	41,7
C: Kombiniert	2	14,3	5	19,2	6	18,8	0	0
<i>Indikatoren Mittelwerte (SD)</i>								
SIS-Score-Coping	15,4 (15,7)		13,1 (17,0)		13,4 (16,7)		16,0 (11,0)	
Depressivität (D)	14,8 (7,4)**		7,8 (7,0)		9,1 (6,4)**		10,7 (5,4)**	
Somat. Beschwerden (BL)	31,4 (15,6)**		25,5 (14,2)**		27,0 (14,0)**		24,3 (16,2)**	
GAS-Wert	64,8 (20,2)**		73,9 (15,6)**		75,3 (16,5)*		69,3 (17,1)*	

Signifikanztest (t-Test) jeweils im Vergleich zu einer nach Alter, Geschlecht und Familienstand vergleichbaren psychisch unauffälligen Kontrollgruppe *: p < 0,01, **: p < 0,001

Die folgende abschließende Outcome-Beurteilung ist nicht wie die vorausgehenden Analysen diagnosenspezifisch aufgebaut, sondern mit Ausnahme der Zwangsstörungen fallbezogen (vgl. die veränderten Gruppengrößen in Tabelle 3). Das heißt, im Falle von Mehrfachdiagnosen bei einem Patienten innerhalb der Angststörungen, wurde nach folgender Hierarchieregel verfahren. Als hierarchisch höchste Diagnose wurde die Panikstörung, gefolgt von Agoraphobie und Einfacher bzw. Sozialer Phobie definiert. Die Kategorie der 32 Angstfälle mit Einfacher bzw. Sozialer Phobie besteht somit nur aus Fällen, die weder eine Panikstörung noch eine Agoraphobie aufweisen, da diese Fälle entweder in die Klasse Panikstörung oder Agoraphobie eingeordnet werden.

Zur Beurteilung der Spontanremissionsfrage wurden zwei Kriterien sowie die Kombination dieser beiden Kriterien gewählt. Das erste Kriterium (A) ist psychopathologischer Art. Als voll remittiert wird danach ein Angstfall bezeichnet, wenn er in den zwölf Monaten vor Durchführung der Nachuntersuchung aufgrund des DIS nicht mehr die Kriterium für eine der Diagnosen (Angststörung, Depression, Substanzmißbrauch/Abhängigkeit) erfüllt. Nach diesem Kriterien können lediglich zwei Patienten mit Panikstörung, neun (=34,6%) der Agoraphobien und sieben (=21,9%) der Fälle mit einer Einfachen und Sozialen Phobie als voll remittiert bezeichnet werden. Von den zwölf Zwangsstörungsfällen erfüllt lediglich einer (=8,3%) das Remissionskriterium A.

Das zweite Remissionskriterium B ist psychosozialer Art und wurde anhand der Global Assessment Scale (GAS [Spitzer et al., 1978]) definiert. Als voll remittiert werden danach Angstfälle bezeichnet, die keine symptombedingten psychosozialen Einschränkungen in den vier Wochen vor der Nachuntersuchung 1981 aufweisen (ein GAS-Wert >79). Nach dem Remissionskriterium B ergibt sich ein mit Ausnahme der Panikstörungen günstigeres Bild. 28,6% der Panikstörungen, 13 der Agoraphobiefälle (50%), 17 der Fälle mit Einfacher und Sozialer Phobie (53,1%) sowie fünf der Zwangsstörungsfälle (41,7%) können hiernach als remittiert bezeichnet werden. Bemerkenswert ist der relativ hohe Anteil von Angstfällen mit gravierenderen, klinischen Populationen ähnlichen Einschränkungen (GAS <69). Entsprechend der GAS-Definition bedeutet ein GAS unter 69, daß zumindest folgende Kri-

terien erfüllt sind: «Proband kommt nur mit einigen Schwierigkeiten im psychosozialen Bereich zurecht (z.B. wenig Freunde und flacher Affekt, depressive Stimmungslage, pathologische Ängste und Zweifel an sich selbst) sowie mittelgradige Symptome». In diese Gruppe gravierender Auffälligkeiten fallen ein Drittel der Panikstörungen, 30,8% der Agoraphobien und 28,1% der Einfachen und Sozialen Phobie.

Fassen wir abschließend als Hauptergebnis unserer Studie Kriterium A und B zusammen und bestimmen wir den Prozentsatz der Angstfälle, die entweder nach Kriterium A oder B als voll remittiert betrachtet werden können, ergibt sich für alle Untersuchungsgruppen im Kriterium C eine extrem niedrige Spontanremissionsrate. Keine der Zwangsstörungen, 14,3% der Panikstörungen (zwei Fälle), 19,2% der Agoraphobien und 18,8% der Einfachen und Sozialen Phobien sind danach als vollremittiert zu bezeichnen.

Der sich aus der einzelnen und der kombinierten Betrachtung der Remissionskriterien ergebende ungünstige Outcome der 77 Angstfälle wird auch durch eine Reihe weiterer, zusätzlicher Outcome-Indikatoren, die in unserer Studie untersucht wurden, gestützt. Alle Fallgruppen weisen im Vergleich zu einer in bezug auf Alter, Geschlecht und Familienstand vergleichbaren Kontrollgruppe ohne psychische Auffälligkeiten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung abnorme Mittelwertserhöhungen bezüglich des Ausmaßes ihrer Beeinträchtigung durch körperliche Allgemeinbeschwerden (Beschwerdenliste BL [von Zerssen, 1974]), ihrer Depressivität (beurteilt über die Depressivitätsskala [von Zerssen, 1974]), sowie ihrer psychosozialen Integration (GAS-Score) auf.

Diskussion

Die empirische Bestimmung von Spontanremissionsraten und Verlaufsmustern unbehandelter psychischer Störungen unterliegt im Falle unserer Studie einigen Restriktionen, die vor einer zusammenfassenden Interpretation berücksichtigt werden sollten. Dabei sind zumeist drei Arten von Restriktionen zu beachten.

1. Die kleine Stichprobengröße: Im Rahmen unserer epidemiologischen Studie konnten 77 Fälle mit einer Lebens-

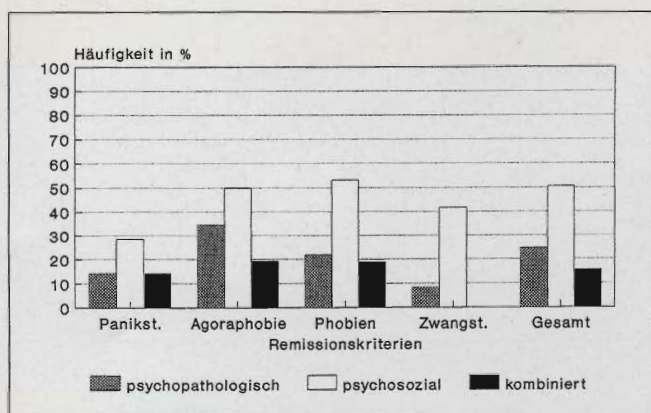


Abb. 6. Spontane Remissionshäufigkeit nach diagnostischen, psychosozialen und kombinierten Remissionskriterien (vgl. Tab. 3).

zeitdiagnose einer Angststörung identifiziert werden. Diese relativ kleine Gruppengröße ermöglichte keine differenzierteren statistischen Analysen und schon gar nicht die systematische Untersuchung spezifischer Hypothesen zum Krankheitsverlauf und zum Einfluß kausal bedeutsamer Faktoren auf die Entstehung, den Verlauf und den Outcome. Zusätzlich wurde durch den hohen Anteil von Komorbidität sowohl mit anderen psychischen Störungen wie auch innerhalb der Angststörungen eine statistisch saubere Auswertung nach einzelnen Störungsgruppen besonders erschwert.

- Wie alle epidemiologischen Langzeituntersuchungen sind auch die typischen Einschränkungen überwiegend retrospektiver Beurteilungen zum Krankheitsverlauf zu beachten. Obwohl in der vorliegenden Studie objektive Datenquellen, wie z.B. Krankenkassendaten über Inanspruchnahme psychosozialer und medizinischer Dienste sowie die Ergebnisse der Erstuntersuchung von 1974 verfügbar waren, sind ein Großteil der beschriebenen Auffälligkeiten doch primär auf retrospektive Urteile der Probanden bzw. deren klinischen Beurteilung begründet.
- Kritisch kann auch hinterfragt werden, ob die gewählten Remissionskriterien hinreichend valide sind. Alternative Formulierungen, wie Behandlungsbedürftigkeit, Schweregradsbeurteilung seitens der Kliniker etc., erschienen uns aber noch problematischer.

Als Hauptbefund unserer Studie läßt sich herausstellen, daß spontane Remissionen bei Angststörungen selten sind (vgl. zusammenfassend Abb. 6). Kennzeichnend für alle Angststörungen ist eine oft jahrzehntelange Persistenz der Angstsymptome bzw. des psychosozialen Vermeidungsverhaltens. Dabei ist der Krankheitsverlauf stabil und, mit Ausnahme der Panikstörungen, selten mit dramatischen Exazerbationen oder länger andauernden vollen Remissionen assoziiert. Angesichts des ansteigenden Anteils von Fällen, die im Verlauf der Angststörung zusätzlich eine sekundäre Depression sowie Mißbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten entwickeln, kann der Krankheitsverlauf unbehaltener Angststörungen somit insgesamt als langfristig «ungünstig» bezeichnet werden.

Aufgrund der sorgfältigen, mehrstufigen Vorgehensweise bei Falldefinitionen und Diagnosenstellung können wir ferner davon ausgehen, daß tatsächlich psychiatrisch relevante und zum Großteil auch behandlungsbedürftige Störungen erfaßt

wurden. Diesbezüglich ist auffällig, daß im Verlauf der sieben Jahre (1974–1981) stationäre bzw. ambulante psychiatrische, psychologische und psychotherapeutische Behandlungen die Ausnahme geblieben sind. Eine kontinuierliche (mehr als 20 Behandlungssitzungen) psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erhielt keiner der untersuchten 77 Angststörungen. Relativ häufig waren allerdings kurze, zumeist pharmakologische Behandlungsversuche bei Allgemeinärzten.

Der geringe Anteil von Fällen in der Bevölkerung mit einer störungsspezifischen Inanspruchnahme entsprechender Dienste stimmt gut mit den Untersuchungsergebnissen von Marks und Herst (1970), der Vermutung von Hand (1988) sowie den Befunden von Agras et al. (1969, 1972) überein, die in einem Zehn-Jahres-Zeitraum nur bei 12% unbehaltener Angstneurosen und Phobien die Inanspruchnahme professioneller Hilfe verzeichneten. Somit können die von uns beschriebenen Angstfälle mit wenigen Ausnahmen auch zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung als psychiatrisch, psychotherapeutisch oder psychologisch unbehandelt gelten. Unklar bei dieser Beurteilung ist, welcher Stellenwert der Behandlung beim Hausarzt zukommt. Bei fast einem Drittel der Angstfälle waren deutliche Hinweise zu finden, daß die psychische Problematik vom Hausarzt erkannt wurde und – allerdings nur sporadisch – Bemühungen unternommen wurden, eine Behandlung einzuleiten. Die Therapie des Hausarztes war nach Schilderung der Probanden nach den verfügbaren Unterlagen jedoch zumeist ausschließlich psychopharmakologisch und wurde vom Patienten selten als hilfreich erlebt [vgl. hierzu Wittchen, 1988c].

Die differentialdiagnostische Betrachtung der Angstfälle ergab ferner, daß mit Ausnahme von Panikstörungen, Angststörungen zumeist schon in der Kindheit oder Adoleszenz erstmals in klinisch relevanter Art auftreten und dann unbehandelt in der Mehrzahl chronisch über Jahrzehnte persistieren. Panikstörungen, insbesondere solche mit agoraphobem Vermeidungsverhalten, weisen trotz vergleichsweise kürzerer Krankheitsdauer ein höheres Risiko sekundärer Komplikationen auf als Einfache und Soziale Phobien; zudem ist das Ausmaß psychosozialer Beeinträchtigungen besonders hoch und die Remissionsrate von Panikstörungen besonders niedrig. Gleiches gilt auch für Zwangsstörungen, die alle durch ein hohes Ausmaß an Komorbidität und eine niedrige Remissionstendenz gekennzeichnet waren.

Im Zusammenhang mit psychosozialen Einschränkungen und angstspezifischem Vermeidungsverhalten, die in einer Reihe anderer Publikationen bereits ausführlicher dargestellt wurden [Wittchen, in Druck; Wittchen et al., 1987; Wittchen, 1988; Hecht et al., 1989] ist ferner darauf hinzuweisen, daß das Auftreten sekundärer Depressionen offensichtlich gravierend und andauernd die psychosoziale Integration und das Copingverhalten verschlechtert. Selbst noch mehr als ein Jahr nach Abklingen depressiver Episoden sind depressive Residualsymptome zu erheben, die zu erheblichen Einschränkungen in verschiedenen sozialen Rollenbereichen führen.

Sollten sich unsere Befunde in anderen, größer angelegten Studien, wie z.B. dem derzeit laufenden National Survey of Health and Stress in den USA bestätigen lassen, hätten unsere Befunde, neben ihrer für die ätiologische und Grundlagenforschung bedeutsamen Implikationen, Konsequenzen für:

- a) Psychotherapeutische und speziell verhaltenstherapeutische Aufklärungsstrategien und -inhalte bei Angstpatienten. Nachdrücklicher als bisher ist dem Mythos zu widersprechen, daß in der Kindheit oder Adoleszenz auftretende Angststörungen schnell von alleine spontan remittieren. Zudem sollte deutlicher auf das erhebliche Risiko bezüglich der Entwicklung sekundärer Störungen wie Depression und Abhängigkeit hingewiesen werden.
- b) Indikationsentscheidungen. Angesichts des hohen Anteils chronischer Verläufe und der Komorbidität ist unter Berücksichtigung der überzeugenden Effektivität von kognitiv-behavioralen Therapieverfahren zu erwarten, daß früher einsetzende systematische verhaltenstherapeutische Strategien zu einer Besserung der Prognose von Angststörungen beitragen können. Überlegungen zu einer frühzeitigeren Indikation sollten angesichts des Umstands, daß der Hausarzt bei der von uns untersuchten Stichprobe eine zentrale Anlaufstelle war, auch die allgemeinärztliche Überweisungspraxis mitberücksichtigen.

Literatur

- Agras WS, Sylvester D, Oliveau D: The epidemiology of common fear and phobia. *Compr Psychiatry* 1969;10:151–156.
- Agras WS, Chapin N, Oliveau DC: The natural history of phobia: Course and prognosis. *Arch Gen Psychiatry* 1972;26:315–317.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. APA, 1980 (revised 1987).
- Angst J, Dobler-Mikola A: The Zurich study – V. Anxiety and phobia in young adults. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1985;234:408–416.
- Angst J, Vollrath M, Merikangas KR, Ernst C: Comorbidity of anxiety and depression in the Zurich Cohort Study of young adults, in Maser JD, Cloninger CR (eds): *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC, Am Psychiatric Press, 1990, pp 123–153.
- Barlow DW, DiNardo PA, Vermilyea BB, Vermilyea J, Blanchard E: Comorbidity and depression among the anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:63–72.
- Breier A, Charney DS, Heninger GR: Agoraphobia with panic attacks. Development, diagnostic stability, and course of illness. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:1029–1036.
- Burke KC, Burke JD, Regier DA, Rae DS, et al: Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry* 1990a;47:511–518.
- Burke JD, Wittchen HU, Regier DA, et al: Extracting information from diagnostic interviews on cooccurrence of symptoms of anxiety and depression, in Maser JD, Cloninger CR (eds): *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*. Washington, DC, Am Psychiatric Press, 1990b, pp 649–669.
- Eder-Debye R, Lässle R, Wittchen HU, Cording-Tömmel C, Krieg JC, Bronisch T, von Zerssen D: Inanspruchnahmeverhalten und versorgungsstrukturelle Folgerungen, in Wittchen HU, von Zerssen D (eds): *Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen*. Berlin, Springer, 1988, pp 305–377.
- Fichter MM: *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*. Berlin, Springer, 1990.
- Hand I: Verhaltenstherapie bei schweren Phobien und Panik – psychologische und medizinische Aspekte, in Hand I, Wittchen HU (eds): *Verhaltenstherapie in der Medizin*. Heidelberg, Springer, 1989, pp 43–61.
- Hecht H, Faltermaier T, Wittchen HU: Social Interview Schedule (SIS). Halbstrukturiertes Interview zur Erfassung der aktuellen sozialpsychologischen Situation, in Wittchen HU (ed): *Materialien zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Regensburg, Roderer, 1987.
- Hecht H, von Zerssen D, Krieg JC, et al: Anxiety and depression: Comorbidity, psychopathology, and social functioning. *Compr Psychiatry* 1989;30:420–433.
- Jablensky A, Hugler H: Möglichkeiten und Grenzen psychiatrischer epidemiologischer Surveys für geographisch definierte Populationen in Europa. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1982;50:215–239.
- Krieg JC, Bronisch T, Wittchen HU, von Zerssen D: Anxiety disorders: A long term prospective and retrospective follow-up study of former inpatients suffering from an anxiety neurosis or phobia. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76:36–47.
- Lydiard RB, Ballenger JC: Antidepressants in panic disorder and agoraphobia. *J Affective Disord* 1987;13:135–168.
- Marks IM: *Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety, and their disorders*. New York, Oxford, 1987.
- Marks IM, Herst ER: A survey of 1,200 agoraphobics in Britain. *Soc Psychiatry* 1970;5:16–24.
- Regier DA, Narrow WE, Rae DS: The epidemiology of anxiety disorders: The Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatry Res* 1990a;24(Suppl 2):3–14.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990b;264(19):2511–2518.
- Regier DA, Burke JD, Burke KC: Comorbidity of affective and anxiety disorders in the NIMH Epidemiological Catchment Area Program, in Maser JD, Cloninger CR (eds): *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990c, pp 113–121.
- Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD Jr, Regier DA: Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:949–958.
- Schepank HGF: Report of an epidemiological field study about neuroses and psychosomatic disorders. *Psychother Psychosom* 1983;40:158–165.
- Semler G, Wittchen HU, Joschke K, Zaudig M, von Geiso T, Kaiser S, von Cranach M, Pfister H: Test-retest reliability of standardized psychiatric interview (DIS/CIDI). *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1987;236:214–222.
- Sheehan DV: Benzodiazepines in panic disorder and agoraphobia. *J Affective Disord* 1987;13:169–181.
- Spitzer RL, Endicott J, Fleiss L: The global assessment scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1978;33:766–771.
- Von Korff M, Eaton W, Keyl P: The epidemiology of panic attacks and panic disorder: Results of three community surveys. *Am J Epidemiol* 1983;122:970–981.
- Vollrath M, Angst J: Outcome of panic disorder and depression in a seven-year follow-up: Results of the Zurich study. *Acta Psychiatr Scand* 1989;80:591–596.
- Von Zerssen D: Clinical Self-Rating Scales (CSRS) of the Munich Psychiatric Information System (PSYCHIS München), in Sartorius N, Ban TA (eds): *Assessment of Depression*. Berlin, Springer, 1986, pp 270–303.
- Wittchen HU: Epidemiology of panic attacks and panic disorders, in Hand I, Wittchen HU (eds): *Panic and phobia*. Heidelberg, Springer, 1986, pp 18–28.
- 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 Angermeyer M (ed): *From social class to social stress – new developments in psychiatric epidemiology*. Heidelberg, Springer, 1987, pp 176–196.
- Wittchen HU: Natural course and spontaneous remissions of untreated anxiety disorders: Results of the Munich Follow-up Study (MFS), in Hand I, Wittchen HU (eds): *Panic and phobias 2*. Heidelberg, Springer, 1988a, pp 3–17.
- Wittchen HU: Lebensereignisse und chronisch belastende Lebensbe-

dingungen – Ihre Bedeutung für Verlauf und Outcome affektiver Störungen, in Wittchen HU, von Zerssen D (eds): *Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen*. Berlin, Springer, 1988b, pp 295–305.

Wittchen HU: Zum Spontanverlauf unbehandelter Fälle mit Angststörungen bzw. Depressionen, in Wittchen HU, von Zerssen D (eds): *Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen*. Berlin, Springer, 1988c, pp 252–284.

Wittchen HU, Bronisch T: Use, abuse, and dependence of alcohol in West Germany – Lifetime and six-month prevalence in the Munich Follow-up Study, in Helzer J, Canino G (eds): *Cross-National comparison of rates of alcoholism*. Oxford, Oxford University Press, 1991 (in press).

Wittchen HU, Burke J, Semler G, Pfister H, von Cranach M, Zaudig M: Recall and dating reliability of psychiatric symptoms. Test-retest reliability of time related symptom questions in a Standardized Psychiatric Interview (CIDI/DIS). *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:437–443.

Wittchen HU, Essau CA: Comorbidity of anxiety disorders and depression: does it affect course and outcome? *Psychiatr & Psychobiol* 1989;4:315–323.

Wittchen HU, Essau CA, Krieg C: Comorbidity: Similarities and differences in treated and untreated groups. *Br J Psychiatry* 1991;159(Suppl 12):23–33.

Wittchen HU, Hand I, Hecht H: Prävalenz, Komorbidität und Schweregrad von Angststörungen. *Zschr Klin Psychol* 1989;18:117–133.

Wittchen HU, Hecht H: Sozialpsychologische Aspekte des Verlaufs und Outcome, in Wittchen HU, von Zerssen D (eds): *Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen*. Berlin, Springer, 1988, pp 285–294.

Wittchen HU, Hecht H, Zaudig M, Vogl G, Semler G, Pfister H: Häufigkeit und Schwere psychischer Störungen in der Bevölkerung: Eine epidemiologische Feldstudie, in Wittchen HU, von Zerssen D (eds): *Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen*. Berlin, Springer, 1988, pp 232–251.

Wittchen HU, Rupp HU: *Diagnostic Interview Schedule: German Version 2*. Munich, Max-Planck-Institute für Psychiatry, 1981.

Wittchen HU, von Zerssen D (eds): *Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen – Eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung*. Berlin, Springer, 1988.