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

How frequent is psychotherapy utilization in adolescence and young adults affected
by an anxiety disorder?

Anja Juliane Runge¹

Katja Beesdo¹

Roselind Lieb^{2,3}

Hans-Ullrich Wittchen^{1,2}

¹ Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität
Dresden, Deutschland

² Max Planck Institut für Psychiatrie, Klinische Psychologie und Epidemiologie,
München, Deutschland

³ Epidemiologie und Gesundheitspsychologie, Institut für Psychologie, Universität
Basel, Schweiz

Korrespondenz:

Juliane Runge, Dipl.-Psych.

Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Technische Universität Dresden

Chemnitzer Str. 46

01187 Dresden

Telefon: 0351 463 39638

Fax: 0351 46336984

E-Mail: runge@psychologie.tu-dresden.de

Zusammenfassung:

Hintergrund: Europäische Studien zeigen, dass ca. 14% der erwachsenen Bevölkerung mindestens einmal im Leben die Kriterien für eine Angststörung erfüllen. Ein Großteil der Betroffenen bleibt jedoch unbehandelt. Häufig ist die Behandlungswahrscheinlichkeit mit dem Geschlecht, dem Komorbiditätsgrad und den Alter assoziiert. Differenzierte Informationen über die Behandlungswahrscheinlichkeit bei von Angststörungen betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Abhängigkeit von der Störungsart sowie ihre Assoziation mit dem Lebensalter, Geschlecht und Komorbidität liegen bisher nicht vor.

Methode: Für eine für den Großraum München repräsentative Stichprobe 14-34-Jähriger (EDSP, N=3021) werden Prävalenz und Lebenszeitinzidenz der Angststörungen und ihre Behandlungsraten, differenziert für Lebensalter, Komorbidität und Geschlecht präsentiert.

Ergebnisse: Ca. ein Drittel der Befragten berichteten lebenszeitbezogen mindestens eine Angststörung. Fast die Hälfte der Betroffenen suchten irgendeine Behandlung (43%), ca. ein Drittel (28%) einen Psychotherapeuten auf. Mit Ausnahme der Sozialen Phobie und der nicht näher bezeichneten Phobischen Störung lagen hohe psychotherapeutische Behandlungsquoten vor (Range: 50-61%). Jugendliche berichteten seltener irgendeine oder eine psychotherapeutische Behandlung als Erwachsene, Frauen häufiger als Männer (OR = 1,83, 95%-CI 1,2-2,7). Bei Vorliegen einer komorbiden Angst- oder depressiven Störung stieg die Behandlungswahrscheinlichkeit an.

Diskussion: Verglichen mit europäischen Studien berichtete diese junge Stichprobe aus dem Großraum München relativ häufig irgendeine Behandlung oder eine psychotherapeutische Behandlung. Dies kann eine Folge des in München vorliegenden größeren Behandlungsangebotes sein. Dennoch ist festzustellen dass der Großteil der betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht behandelt wurde. Zur Prävention langfristiger Beeinträchtigungen sowie sekundärer psychischer Störungen in Folge der Angststörungen ist

eine verstärkte Ausrichtung des psychotherapeutischen Versorgungssystems auf diese junge Bevölkerungsgruppe anzuraten.

Summary:

Background: European studies show that about 14% of the adult population have been affected by an anxiety disorder once in their life, but that only about one third of those received any treatment. Frequently, treatment is associated with gender, comorbidity and age. Information about treatment use in already highly affected adolescents and young adults differentiated for the kind of anxiety disorder and its relationship with age, gender and comorbidity is still missing.

Method: On the basis of a sample of N=3021 14-34 years old adolescents and young adults, representative for the region of Munich, prevalence and lifetime Incidence of anxiety disorders as well as treatment use will be presented, differentiated for age, comorbidity and gender.

Results: About one third of all participants reported a lifetime diagnosis of any anxiety disorder. 43% of those affected received any kind of treatment, about one third received psychotherapy (28%). Except of social phobia and phobia not otherwise specified (NOS) treatment use was quite frequent (Range: 50-61%). Therapy use in general was more frequently reported by older individuals. Women reported slightly more psychotherapy utilization than men (OR = 1.83, 95%-CI 1.2-2.7). Comorbidity of anxiety or depressive disorders increased the probability of treatment use.

Discussion: Compared to European estimations, we found high treatment use, especially for psychotherapy, which may be due to the high density of treatment possibilities in the region of Munich. However, most people affected do not receive any treatment. Considering the long term effects of anxiety disorders, efforts should be undertaken to reach the young, not adequately supplied individuals to prevent proximate harm.

THEORETISCHER HINTERGRUND

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen in Deutschland [Jacobi, 2004]. Aufgrund ihres frühen Beginns [Wittchen et al. 1999; Jacobi et al. 2004], liegen für Angststörungen bereits im Jugend- und jungen Erwachsenenalter hohe Lebenszeitprävalenzen von insgesamt ca. 14% vor [Manz et al., 2000; Wittchen et al., 1998]. Frauen sind in der Adoleszenz ebenso wie im Erwachsenenalter häufiger von Angststörungen betroffen als Männer [Wittchen et al. 1998; Alonso et al. 2000; Jacobi et al. 2004]. Bereits in der Adoleszenz treten Angststörungen schon in Kombination mit weiteren Angststörungen oder anderen psychischen Störungen auf [Wittchen 1991; Essau et al. 1998; Wittchen et al. 1998; Wittchen und Jacobi 2004]. Bei Vorliegen komorbider Störungen ist von einer erhöhten Beeinträchtigung auszugehen [Becker et al., 2002; Wittchen et al. 1998; Wittchen und Jacobi, 2005].

Epidemiologische Abschätzungen der Behandlungsraten für Erwachsene zeigen, dass zwar der Anteil behandelter Betroffener in Deutschland im internationalen Vergleich hoch ist [Jacobi und Wittchen, 2004], jedoch ca. zwei Drittel der Angststörungen unbehandelt bleibt [Wittchen und Jacobi, 2001]. Insgesamt weisen Studien an erwachsenen Stichproben darauf hin, dass Männer deutlich seltener eine Behandlung in Anspruch nehmen als Frauen [z.B. Alonso et al., 2000; Wang et al., 2005]. Bei Vorliegen komorbider Störungen wird häufiger eine Behandlung aufgesucht [Jacobi et al. 2004]. Insbesondere das Vorliegen depressiver Störungen erhöht den wahrgenommenen Behandlungsbedarf und die Behandlungswahrscheinlichkeit [Meredith et al., 1997; Mojtabai et al., 2002].

Erste Abschätzung der Behandlungsraten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen lassen erkennen, dass ähnlich den Befunden bezüglich der erwachsenen Bevölkerung ca. ein Drittel der von einer Angststörung betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine Behandlung aufsucht [Wittchen et al., 1998]. In den meisten Fällen wird dabei ein

Psychotherapeut kontaktiert. Genauere Analysen weisen jedoch darauf hin, dass nur ein geringer Anteil, ca. 8%, der Betroffenen eine adäquate Behandlung erfährt [Wittchen, 2000]. Aufgrund der schlecht ausgeprägten psychotherapeutischen Versorgungsstruktur für Kinder und Jugendliche, selbst in Bundesländern mit hoher Psychotherapeutendichte [Kassenärztlich Bundesvereinigung (KBV), 2005; Nübling et al., 2006], ist von einer schlechteren Versorgungslage insbesondere für minderjährige Betroffene auszugehen. Differenzierte Abschätzungen 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 in der Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter und ihren Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche [Wittchen und Jacobi, 2005] ist eine möglichst frühzeitige Behandlung von Angststörungen anzuraten. Eine differenzierte Beschreibung der aktuellen Versorgungsstruktur sowie besonders unterversorgter Gruppen dieser jungen Bevölkerungsgruppe ist eine notwendige Voraussetzung zur Optimierung der Versorgungssituation. Deshalb sollen in dieser Arbeit zunächst Prävalenz- und Inzidenzmuster für Angststörungen für Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 14 bis 34 Jahren berichtet werden. 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

1. Design und Rekrutierung

Die Daten wurden im Rahmen der Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP) Studie erhoben. Ziel dieser prospektiv-longitudinalen Studie ist die Identifikation und Analyse der Prävalenz, Inzidenz und Verlauf sowie der Risikofaktoren psychischer Störungen. Die Stichprobe (N=3021, 14-24 Jahre alt zur Baseline) ist repräsentativ für ihre Altersgruppe für den Großraum München. Da ein Schwerpunkt dieser Studie auf der Analyse auf der frühen Entwicklung psychischer Störungen und Substanzkonsum lag, wurde im Vergleich zu den zu baseline 16-20 bzw. 21-24 Jährigen doppelt so viele 14-15 Jährige in die Stichprobe mit einbezogen. Für die zu baseline 14-17 Jährigen wurden vier Erhebungswellen, für die 18-24 Jährigen drei Erhebungswellen in den Jahren 1995 bis 2004 durchgeführt. Ausführliche Informationen zur Stichprobe und Studiendesign können Wittchen et al. [1998] sowie Lieb et al. [2000] entnommen werden.

2. Instrumente

DSM-IV wurden mittels DIA-X/M-CIDI [Wittchen und Pfister, 1998] erhoben. Reliabilität und Validität der Sektionen zur Erhebung der Diagnosen der Angststörungen und Depression sind zufrieden stellend bis gut [Reed et al. 1998; Wittchen et al. 1998]. Die Diagnosen wurden jeweils für die zurückliegenden 12-Monate sowie für die Intervallzeiträume zwischen den Interviews (zur Baseline bezüglich der Lebensspanne) ermittelt. Das Inanspruchnahmeverhalten wurde jeweils am Ende des Interviews störungsunspezifisch für die Intervallzeiträume zwischen den Interviews erfasst.

3. Design und Auswertung

Für die vorliegende Arbeit wurden kumulierte Lebenszeitinzidenzen (KLI) sowie 12-Monatsprävalenzen berechnet. Die KLI bzw. die 12-Monatsprävalenz beschreiben jeweils den Anteil der Personen, die mindestens einmal im Leben bzw. zu einem Zeitpunkt in den letzten 12-Monaten vor dem letzten verfügbaren Interview die diagnostischen Kriterien für die jeweilige psychische Störung erfüllten. Die Behandlungsrate wurde für Personen berechnet, die lebenszeitbezogen die Kriterien einer DSM-IV Angststörung erfüllten. Als „behandelt“ wurden jene Personen betrachtet, die mindestens einmal im Leben eine oder mehrere von 30 unterschiedlichen Einrichtungen wegen psychischer Probleme kontaktiert hatten. Zur Analyse des differenzierten Inanspruchnahmeverhaltens wurden folgende Kategorien von Behandlungseinrichtungen gebildet: Psychotherapeut (Arzt, Klinischer Psychologe oder andere), Psychiater, Sozial-psychiatrischer Dienst, Hausarzt (nur wegen psychischer Probleme), Schulpsychologe, psychotherapeutische/psychosomatische oder psychiatrische Ambulanz, Beratungsstellen, stationäre Einrichtungen (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).

Die Komorbidität mehrerer Angststörungen sowie von Angst- und depressiven Störungen wurde anhand des lebenszeitbezogenen Vorliegens der jeweiligen Störungen bestimmt. Zur altersgruppenspezifischen Auswertung wurden Altersgruppen anhand des Alters der letzten verfügbaren Beobachtung gebildet (Altersgruppen: <20, 20-24, 25-29 und 30-34 Jahre).

Die Berechnungen wurden mit dem Statistikprogramm STATA 9.2 [Statacorp, 2006] durchgeführt. Um der überproportionalen Erfassung der zur Baseline 14-15jährigen 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., 1998]. Häufigkeiten (N) werden ungewichtet berichtet. Assoziationen von Komorbidität, Geschlecht und Behandlungswahrscheinlichkeit wurden mittels logistischer Regression berechnet.

ERGEBNISSE

1. 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% (Tabelle 1). Am häufigsten wurde die Diagnose einer spezifischen Phobie, gefolgt von der Sozialen Phobie gestellt. Frauen waren zwei bis dreimal häufiger von Angststörungen betroffen als Männer. Im Vergleich der Altersgruppen war die 12-Monatsprävalenzen für die Agoraphobie und die soziale Phobie bei den unter 20Jährigen erhöht, während mit zunehmendem Alter für die letzten 12 Monate häufiger die Kriterien für eine Generalisierte Angststörung erfüllt waren. Eine 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 eine weitere Angststörung vor als bei älteren. Ältere Betroffene waren häufiger von zwei oder mehr komorbiden Angststörungen betroffen. Bzgl. der 12-Monatsprävalenz fanden sich bei älteren Studienteilnehmern häufiger „reine“ Angststörungen als bei jüngeren Probanden.

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

als jüngere. Über alle Altersstufen waren Frauen häufiger von komorbiden Angst- oder depressiven Störungen betroffen als Männer.

- hier bitte Tabelle 1 einfügen -

2. Behandlungsraten bei Angststörungen

Insgesamt suchten 42,6% aller Teilnehmer mit Angststörungen irgendeine Behandlung auf (Tabelle 2). Besonders häufig nahmen dabei Personen mit einer Panikstörung (74,4%), einer Zwangsstörung (71,5%), einer Posttraumatischen Belastungsstörung (69,6%), einer Generalisierten Angststörung (65,7%) oder einer sozialen Phobie (60,8%) irgendeine Behandlung in Anspruch. Für alle Angststörungen bis auf die Phobie NNB lässt sich ein Anstieg der Häufigkeit für irgendeine Behandlung mit zunehmendem Alter feststellen.

- hier bitte Tabelle 2 einfügen -

Eine Ausdifferenzierung nach Art der Behandlung zeigt, dass von Personen mit irgendeiner Angststörung mit 27,8% am häufigsten eine psychotherapeutische Behandlung aufgesucht wird (Tabelle 3). Dabei werden zumeist 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. Ca. 10% der Betroffenen konsultierte aufgrund ihrer psychischen Probleme einen Hausarzt, ca. 8% befanden sich mindestens einmal aufgrund psychischer Probleme in stationärer Behandlung. Im Allgemeinen berichteten ältere Betroffene häufiger irgendeine Behandlung, für die Inanspruchnahme einer Psychotherapie oder eines Psychiaters war erst für die Altersgruppen ab dem 24. Lebensjahr ein deutlicher Anstieg zu

verzeichnen. Für stationäre Aufenthalte, die Konsultation eines Schulpsychologen oder andere Behandlungen war dieser Alterseffekt nicht zu verzeichnen.

- hier bitte Tabelle 3 einfügen -

Eine psychotherapeutische Behandlung wurde vor allem bei Vorliegen einer Zwangsstörung (60,7%), einer Posttraumatischen Belastungsstörung (57,8%), einer Panikstörung (57,6%) sowie einer Generalisierten Angststörung (50,7%) in Anspruch genommen (Tabelle 4). Frauen berichteten für die meisten Angststörungen häufiger einen Psychotherapeuten aufgesucht zu haben als Männer, allerdings war bei der Phobie NNB und der Generalisierten Angststörung ähnliche Behandlungsraten für beide Geschlechter zu finden.

- hier bitte Tabelle 4 einfügen -

3. Behandlungsraten in Abhängigkeit von der Komorbidität

Tabelle 5 zeigt die Raten für eine psychotherapeutische oder irgendeine Behandlung in Abhängigkeit vom Vorliegen komorbider Angststörungen. Eine deutliche Zunahme der Behandlungswahrscheinlichkeit mit ansteigender Komorbidität war zu beobachten. Eine signifikant höhere Behandlungswahrscheinlichkeit lag allerdings erst bei zwei oder mehr komorbiden Angststörungen vor (irgendeine Behandlung: OR = 5,69, 95%-CI 3,3 bis 9,8; psychotherapeutische Behandlung: OR = 4,77, 95%-CI 2,9 bis 7,7).

Ähnliche Ergebnisse wurden für komorbide Depressionen berichtet. Etwa die Hälfte (58,5%) aller mit einer komorbiden Depression Betroffenen nahm irgendeine Behandlung in Anspruch; 40,8% suchten einen Psychotherapeuten auf. Im Vergleich zu Personen ohne komorbide Depression wurde häufiger irgendeine (OR=2,95, 95%-CI 2,1 bis 4,0, $p < 0,001$)

oder eine psychotherapeutische (OR=2,86, 95%-CI 2,0 bis 4,0, $p<0,001$) Behandlung berichtet. Dieser Effekt war nicht für Betroffene unter 20 Jahren zu beobachten. Betroffene von 24 Jahren oder älter wiesen bei Vorliegen einer komorbiden Depression deutlich höhere Behandlungsraten auf als jüngere (OR = 2,65, 95%-CI: 1,5-2,6).

- hier bitte Tabelle 5 einfügen -

DISKUSSION

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

Verglichen mit den Prävalenzschätzungen für Erwachsene [vgl. Alonso et al. 2000; Wittchen et al. 1992] ist insbesondere die kumulierte Lebenszeitinzidenz in Anbetracht des jungen Alters der vorliegenden Stichprobe als hoch einzuschätzen. Trotz der Annahme eines frühen Hochrisikozeitraumes für Angststörungen [Wittchen, 1991; Jacobi et al. 2004], ist dieses Ergebnis beunruhigend, da mit einer weiteren, wenn auch geringeren, Zunahme von Angststörungen im weiteren Verlauf zu rechnen ist [Wittchen et al. 1999; Jacobi et al. 2004].

In Einklang mit Befunden zu einem späteren Hochrisikozeitraum der Generalisierten Angststörung wurde diese häufiger von älteren Teilnehmern berichtet. Die soziale Phobie sowie der Agoraphobie lagen häufiger bei den jüngeren Teilnehmern vor. Im Falle der Sozialen Phobie entspricht dies Befunden eines frühen Hochrisikozeitraumes der Störung [Wittchen 1991; Wittchen et al. 1999], für die Agoraphobie wäre allerdings aufgrund eines eher späteren Beginns höhere Prävalenzraten bei älteren Probanden zu erwarten gewesen [Goodwin et al., 2005]. Ein Drittel der Betroffenen erfüllte zusätzlich die diagnostischen Kriterien für mindestens eine weitere komorbide Angststörung, ein Viertel für 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 Risikofaktoren für sekundäre depressive Störungen diskutieren [Wittchen et al. 2003].

Unsere Befunde und Interpretationen der Behandlungsraten Adoleszenter und junger Erwachsener müssen im Lichte einiger Einschränkungen betrachtet werden. (1) Zur Bildung der Altersgruppen wurde das Alter der Probanden bei der jeweils letzten verfügbaren Erhebung herangezogen. Haben Personen an späteren Erhebungswellen nicht weiter teilgenommen, werden sie automatisch den jüngeren Altersgruppen zugeordnet, da das Alter zur Baseline bei 14 bis 24 Jahren lag. Das Alter und der Erhebungszeitpunkt sind somit konfundiert. Reine Zeiteffekte, im Sinne einer Veränderung des Gesundheitssystems, bzw. reine Alterseffekte können in dieser Arbeit nicht endgültig abgeschätzt werden, sollen jedoch als mögliche Interpretationsansätze diskutiert werden (s.u.) (2) Das Inanspruchnahmeverhalten wurde nicht spezifisch für Angststörungen erfasst. Die Behandlungen können somit nicht eindeutig auf eine Angstsymptomatik zurückgeführt werden. Sie können auch aufgrund komorbider Störungen aufgesucht worden sein. (3) Zuletzt können mit den vorliegenden Angaben keine Aussagen über die Qualität oder Angemessenheit einer Behandlung getroffen werden. In diesem Sinne sind die vorliegenden Ergebnisse nur als Abschätzung einer maximalen Behandlungsrate im Sinne einer minimalen Intervention zu interpretieren.

Die ermittelten Behandlungsraten lassen zweierlei erkennen: Erstens weisen die vorliegenden Daten, verglichen mit internationalen Behandlungsraten von Erwachsenen [Alonso et al., 2000; Wittchen und Jacobi, 2005], auf eine vergleichsweise hohe Behandlung von Angststörungen in der deutschen Bevölkerung hin. Dieses Ergebnis entspricht Behandlungsraten, die im Bundesgesundheitssurvey 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 aufgesucht zu haben. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die vorliegende Stichprobe nur für den Großraum München, einem Gebiet mit besonders hoher Psychotherapeutendichte, repräsentativ ist. Die psychotherapeutische Behandlungsrate für das gesamte Bundesgebiet ist vermutlich als geringer einzuschätzen.

Zweitens wird dennoch der Großteil der Betroffenen nicht behandelt. Dies ist vor allem unter der Annahme, dass das Vorliegen einer Angststörung gemäß den DSM-IV Kriterien eine Behandlungsnotwendigkeit nahe legt und bereits effektive Behandlungsmaßnahmen für Angststörungen 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 tatsächlich auch eine adäquate Behandlung erfährt.

In der vorliegenden Arbeit wurden Alters- und Geschlechtseffekte, störungsspezifische Effekte, sowie Effekte komorbider Störungen auf die Behandlungsraten festgestellt. Sie sollen im Folgenden unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen, insbesondere der Konfundierung von Alters- und Zeiteffekten, diskutiert werden.

Bei fast allen Behandlungsformen, insbesondere der Psychotherapie und der Konsultation eines Psychiaters, wiesen die unter 20 Jährigen die geringsten Behandlungsraten auf. A) In Sinne eines Alterseffektes bietet eine eher auf erwachsene Betroffene ausgerichtete Versorgungsstruktur eine Erklärung. Der Anteil Kinder- und Jugendpsychotherapeutisch orientierter Psychotherapeuten ist zwar in den letzten Jahren gestiegen, jedoch ist dieser noch weit geringer als das für Erwachsene ausgerichtete

psychotherapeutische Behandlungsangebot [KBV, 2005]. Durch ein eher auf Erwachsene ausgerichtete allgemeines Versorgungssystem finden erwachsene Betroffene möglicherweise eher Zugang zu einer psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung. Zum anderen könnte der Anstieg der Behandlungsraten durch eine stärker Beeinträchtigung durch die Angststörung bei älteren Personen erklärt werden. Die dritte Lebensdekade stellt häufig neue Anforderungen an die Betroffenen, wie der Eintritt in die Erwerbsarbeit oder Partnerschaften, die sie mit einer Angststörung nicht mehr meistern können und deshalb schließlich Hilfe aufsuchen.

B) Im Sinne eines reinen Zeiteffektes können höhere Behandlungsraten älterer Probanden ebenso Hinweise auf eine Verbesserung der Versorgungsstruktur in den letzten 10 Jahren geben.

C) Höhere Behandlungsraten bei älteren Teilnehmer lassen vermuten, dass Betroffene möglicherweise erst nach andauernder Beeinträchtigung und in Folge möglicher sekundärer psychischer Störungen eine Behandlung aufsuchen. Wang et al. [2005] berichten eine Latenzzeit zwischen Störungsbeginn und erster Behandlung von 9 und 23 Jahren. Hierfür sprechen auch unsere Befunde zur Komorbidität. Für alle Behandlungsarten, auch für die Psychotherapie, stieg der Anteil behandelter Personen mit zunehmender Komorbidität von Angststörungen an. Die Behandlungswahrscheinlichkeit stieg auch, entsprechend den Ergebnissen anderer Studien [Meredith et al., 1997; Mojtabai et al. 2002] bei Vorliegen einer depressiven Störung an. Vermutlich ist eine erhöhte Beeinträchtigung durch zunehmende Komorbidität Ursache für das gesteigerte Inanspruchnahmeverhalten. Insbesondere depressive Störungen weisen eine hohe Beeinträchtigung, einen erhöhten wahrgenommen Behandlungsbedarf sowie selbst hohe Behandlungsraten auf [Mojtabai et al. 2002; Wittchen et al. 1998; Wittchen und Jacobi, 2005]. Da in der vorliegenden Arbeit kein diagnosespezifisches Inanspruchnahmeverhalten untersucht wurde, können wir keine

endgültige Aussage dazu treffen, ob erst aufgrund der depressiven Symptomatik die Hilfe aufgesucht wurde. Ungeachtet dessen ist zu betonen, dass auch oder insbesondere bei bestehen komorbiden Störungen ein Großteil der Betroffenen unversorgt bleibt.

Störungsspezifisch ließen sich besonders geringe Behandlungsraten im Allgemeinen und bezüglich der Psychotherapie für die Spezifische Phobie und die Phobie NNB feststellen. In diesem Zusammenhang beschreibt die Phobie NNB Fälle von Agoraphobie, deren agoraphobisches Vermeidungsverhalten auf eine einzelne Situation begrenzt ist [Wittchen et al., 1998]. Möglicherweise sind geringere Behandlungsraten dieser Störungen Folge einer vergleichsweise geringeren Beeinträchtigung psychosozialer Lebensbereiche durch die phobische Symptomatik [Wittchen et al., 1998].

In Übereinstimmung mit anderen epidemiologischen Studien [Wang et al. 2005] liegen auch in dieser Studie deutliche Geschlechtseffekte für die Behandlungswahrscheinlichkeit vor: Männer scheinen, unabhängig von der Behandlungsart, seltener eine Behandlung in Anspruch zu nehmen. Ursache einer geringeren Behandlungsrate bei Männern kann Folge von Unterschieden im Hilfesuchverhalten zwischen den Geschlechtern sein, welche auf einer unterschiedlichen Symptomwahrnehmung oder der Geschlechterrolle beruht [Möller-Leimkühler, 2000].

Zusammenfassend ist festzustellen, dass zwar ein Großteil der von einer Angststörung betroffenen Adoleszenten und jungen Erwachsenen (im Großraum München) keine Behandlung erfährt, verglichen mit internationalen Studien der Anteil psychotherapeutisch Behandelte jedoch erfreulich hoch ist. In Anbetracht der möglichen negativen Folgen von Angststörungen sollte jedoch dennoch eine weitere Steigerung der

Behandlungsrate angestrebt werden. Die Arbeiten von Goodwin et al. [2001; 2002] weisen darauf hin, dass eine Therapie der primären Angststörung möglicherweise das Risiko für eine sekundäre Depression senken kann. Offensichtlich suchen aber viele Jugendliche und junge Erwachsene erst eine Behandlung auf, wenn sie bereits komorbide Störungen ausgebildet haben. Es ist es zwingend erforderlich, vorhandene Barrieren für eine Behandlungssuche insgesamt, aber insbesondere für eine frühzeitige 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, 01EB 9901/6, EB01016200, 01EB0140 und 01EB0440. Teil der Erhebungen und der Analysen wurden zusätzlich durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) LA1148/1-1, WI2246/1-1, 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, Dipl.-Stat. Michael Höfler, Dipl.-Psych. Holger Sonntag, Dipl.-Psych. 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. Scientific advisors are Dr. Jules Angst (Zurich), 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 M C, 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. Psychotherapeutische Praxis 2002; **1**: 26-34.
- Essau C, Karpinski NA, Peterman F, et al.: Häufigkeit und Komorbidität von Angststörungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. Verhaltenstherapie 1998; **8**: 180-187.
- Goodwin R, Olfson M: Treatment of panic attack and risk of major depressive disorder in the community. Am J Psychiatry 2001; **158**: 1146-1148.
- Goodwin RD, Faravelli S, Rosi S, et al.: The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. Eur Neuropsychopharmacol 2005; **15**: 435-443.
- Goodwin RD, Gorman JM: Psychopharmacologic Treatment of Generalized Anxiety Disorder and the risk of Major Depression. American J Psychiatry 2002; **159**: 1935-1937.
- 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, Hölting C, et al.: Prevalence, co-morbidity 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.
- Jacobi F, Wittchen HU: “Diagnoseträger” und Patienten. PsychotherapeutenFORUM 2004; **3**, 17-22.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung: Bundesarztregister. 2005. Köln: KBV.

- Lieb R, Isensee B, von Sydow, Kirsten, et al.: The Early Developmental Stages of Psychopathology Study (EDSP): A methodological update. Addictive Behaviour of Adolescents and Young Adults 2000; **6**: 170-182.
- Manz R, Junge J, Margraf J: Angst und Depression bei Schülern. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2000; **28** (4): 263-273.
- 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. Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie 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, Klinisches Institut, 1995
- Reed V, Gander F, Pfister H, et al.: To what degree the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) correctly identify DSM-IV disorders? Testing validity issues in a clinical sample. Int J Methods Psychiatr 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).
- 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 2005; **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 2005; **62**: 629-640.
- Wittchen HU: Der Langzeitverlauf unbehandelter 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. Unmet need in Psychiatry. Problems, resources, responses. G. Andrews and S. Henderson. Cambridge, Cambridge University Press, 2000; **pp** 256-276.
- 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.
- 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, 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, 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, Lieb R, Schuster P, et al.: When is onset? Investigations into early developmental stages of anxiety and depressive disorders. Childhood onset of "adult" psychopathology, clinical and research advances. J. L. Rapoport. Washington, American Psychiatric Press, 1999, **pp** 259-302.

Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G: Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. Psychol Med1998; **28**: 109-126.

Wittchen, HU, Perkonig A, Lachner G, et al.: Early developmental stages of psychopathology study (EDSP): Objectives and design. European Addictive Research 1998; **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 1998; **55**(11): 1017-1024.

Tabelle 1. Zwölf-Monatsprävalenz sowie kumulierte Lebenszeitinzidenz der Angststörungen nach Altersgruppen und Geschlecht

	Total (N=3021)				Geschlecht								Altersgruppen (N=3021)															
					Männer (N=1533)				Frauen (N=1488)				< 20 Jahre (N=362)				20-24 Jahre (N=1097)				24-29 Jahre (N=1006)				30-34 Jahre (N=556)			
	KLI		12-MP		KLI		12-MP		KLI		12-MP		KLI		12-MP		KLI		12-MP		KLI		12-MP		KLI		12-MP	
	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w
Irgendeine																												
Angststörung*	951	30,1	326	10,6	330	19,9	100	6,3	621	40,0	226	14,7	102	26,9	47	12,4	371	31,5	114	10,5	315	30,5	110	11,0	163	29,0	55	9,6
Panikstörung ¹	101	3,4	27	0,9	25	1,9	8	0,6	76	4,9	19	1,2	5	1,5	2	0,5	27	2,3	6	0,5	49	4,5	14	1,2	20	3,6	5	0,9
Agoraphobie ²	100	3,3	24	0,8	30	1,9	8	0,6	70	4,7	16	1,0	15	4,6	5	1,8	32	2,7	10	1,0	33	3,2	4	0,5	20	3,8	5	0,8
Spezifische																												
Phobie	498	14,8	189	6,1	169	9,6	56	3,5	329	19,9	133	8,6	64	16,8	28	7,5	212	16,9	65	5,7	150	14,6	67	7,0	72	12,5	29	4,9
Soziale Phobie	209	6,6	57	1,8	70	4,2	20	1,3	139	8,9	37	2,2	18	4,9	12	3,2	83	7,1	21	2,3	73	6,9	16	1,5	35	6,3	3	0,7
Phobie NNB	273	8,6	44	1,5	94	5,4	13	0,8	179	11,8	31	2,2	28	6,9	9	2,1	114	9,8	18	1,9	84	8,2	10	1,1	47	8,6	7	1,5
generalisierte																												
Angststörung	106	4,0	22	0,7	32	2,3	6	0,4	74	5,5	16	1,1	6	1,4	1	0,1	23	2,0	8	0,6	50	4,9	10	1,0	27	5,2	13	1,9
PTB	85	3,1	36	1,2	30	1,4	7	0,5	65	4,8	29	1,9	6	1,5	3	0,7	18	1,7	10	1,0	44	4,4	17	1,7	17	3,3	3	0,7
Zwangsstörung	55	1,8	20	0,7	19	1,1	6	0,4	36	2,5	14	0,9	4	1,2	2	0,7	18	1,6	6	0,5	24	2,2	8	0,7	9	1,8	6	1,0
Komorbide Angststörungen [#]																												
keine	636	66,6	259	79,1	237	71,2	86	84,7	399	64,4	173	76,7	66	63,6	35	74,4	257	70,9	89	75,7	202	64,6	89	79,3	111	65,8	46	83,7
eine	208	21,5	50	15,8	68	21,2	8	7,9	140	21,6	42	19,1	29	29,2	9	18,4	80	20,4	22	21,0	67	20,7	12	12,6	32	21,7	7	14,2
zwei oder mehr	107	11,9	17	5,1	25	7,6	6	7,5	82	14,0	11	4,1	7	7,2	3	7,2	34	8,8	3	3,2	46	14,7	9	8,2	20	12,5	2	2,1
komorbid mit																												
Depression [#]	352	39,2	73	23,7	101	36,7	21	28,1	251	57,3	52	40,0	27	26,6	8	20,3	116	30,2	24	20,5	142	46,3	28	26,9	67	42,2	13	23,5

KLI - kumulierte Lebenszeitinzidenz, 12-MP - 12-Monatsprävalenz, PTB - Posttraumatische Belastungsstörung, * - mindestens eine der unten aufgeführten Angststörungen, 1 - mit/ ohne Agoraphobie, 2- ohne Panikstörung in der Vorgeschichte, # mit irgendeiner Angststörung

Tabelle 2. Behandlungsraten (irgendeine Behandlung) der Angststörungen nach Altersgruppen und Geschlecht¹

	Geschlecht						Altersgruppen							
	Gesamt		Männer		Frauen		< 20 Jahre		20-24 Jahre		24-29 Jahre		30-34 Jahre	
	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w
Irgendeine														
Angststörung*	394	42,6	115	26,8	279	45,4	32	30,6	130	33,2	156	49,8	76	45,6
Panikstörung ²	76	74,4	18	71,3	58	75,5	3	51,8	19	66,4	39	81,7	15	70,3
Agoraphobie ³	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
generalisierte														
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	49,0	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

PTB - Posttraumatische Belastungsstörung, * - mindestens eine der unten aufgeführten Angststörungen, 1 - Anzahl der betroffenen Personen für die jeweilige Angststörung ist Tabelle 1 zu entnehmen, 2 - mit/ ohne Agoraphobie, 3- ohne Panikstörung in der Vorgeschichte

Tabelle 3. Häufigkeiten für verschiedene Behandlungsformen bei Vorliegen irgendeiner Angststörung

	Altersgruppen									
	Gesamt		< 20 Jahre		20-24 Jahre		24-29 Jahre		30-34 Jahre	
	(N=951)		(N=102)		(N=371)		(N=315)		(N=163)	
	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w
Irgendeine Behandlung	394	42,6	32	30,6	130	33,2	156	49,8	76	45,6
Psychotherapie	249	27,8	18	16,4	67	17,4	107	34,0	54	33,0
Beratung	113	11,9	6	5,9	43	10,1	47	14,6	17	11,8
Psychiater	72	8,8	4	5,7	15	4,4	34	10,4	19	12,0
Hausarzt	93	10,1	4	2,7	27	6,3	39	12,1	23	13,3
stationär psychotherapeutische	76	8,4	9	8,5	20	5,8	31	9,6	16	9,5
Ambulanz	40	4,5	1	1,5	13	3,4	17	4,9	9	5,8
Selbsthilfeorganisationen	10	1,4	0	0,0	1	0,4	5	1,7	4	2,3
Schulpsychologe	43	4,6	4	4,3	21	5,8	12	4,1	6	4,1
andere Behandlungen [#]	40	4,2	4	3,3	13	3,7	17	5,1	6	3,2

[#] andere Behandlungen: Beschützende Wohngruppe, Berufsbildungseinrichtung für Behinderte, Werkstatt für Behinderte, Übergangsheim, Telefonseelsorge, andere ambulante Einrichtungen.

*Tabelle 4. Anteil der von einer Angststörung Betroffenen, die eine psychotherapeutische Behandlung erfahren haben
getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen¹*

	Geschlecht						Altersgruppen							
	Gesamt		Männer		Frauen		< 20 Jahre		20-24 Jahre		24-29 Jahre		30-34 Jahre	
	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w	N	%w
Irgendeine														
Angststörung*	246	27,8	60	20,1	186	31,6	18	16,4	67	17,4	107	34,0	54	33,0
Panikstörung ²	58	57,6	9	38,9	49	64,5	2	23,9	13	37,7	31	67,1	12	58,4
Agoraphobie ³	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
generalisierte														
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	40,0	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

PTB - Posttraumatische Belastungsstörung, * - mindestens eine der unten aufgeführten Angststörungen, 1 - Anzahl der betroffenen Personen für die jeweilige Angststörung ist Tabelle 1 zu entnehmen, 2 - mit/ ohne Agoraphobie, 3- ohne Panikstörung in der Vorgeschichte

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

	Geschlecht						Altersgruppen							
	Gesamt		Männer		Frauen		< 20 Jahre		20-24 Jahre		24-29 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	
Komorbidie Angststörungen														
keine	220	16,5	68	29,4	152	37,6	17	9,8	72	13,3	90	29,6	41	17,2
eine	90	34,8	28	48,3	62	47,3	9	24,5	33	25,7	29	43,7	19	25,6
zwei oder mehr	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>Psychotherapeutische Behandlung</i>	246		60		186		18		67		107		54	
Komorbidie Angststörungen														
keine	125	20,5	31	13,6	94	24,1	8	11,9	35	12,6	52	24,0	30	26,5
eine	58	33,1	17	30,1	41	34,5	6	16,5	16	23,2	23	38,1	13	41,5
zwei oder mehr	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