

# Frauen, das ängstliche Geschlecht?

---



Abb. 1

**Bachelorarbeit**  
**Medizinische Universität Graz**  
**Gesundheits- und Pflegewissenschaft**

Kerstin Stumptner

0734552

Begutachter:

Ao. Univ.-Prof. Dr. phil. Anna Gries  
Institut für Physiologie, Harrachgasse  
21/V, 8010 Graz

Titel der Lehrveranstaltung:

Physiologie

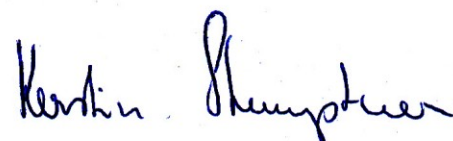
10. Dezember 2010

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 1. Dezember 2010

Kerstin Stumptner

Handwritten signature of Kerstin Stumptner in blue ink.

## **INHALTSVERZEICHNIS**

<b>1. EINLEITUNG .....</b>	<b>1</b>
<b>2. METHODOLOGIE .....</b>	<b>3</b>
<b>3. WAS IST ANGST? .....</b>	<b>4</b>
<b>4. NEUROBIOLOGIE DER ANGST .....</b>	<b>7</b>
<b>5. ANGSTSTÖRUNGEN.....</b>	<b>10</b>
<b>5.1 Einteilung der Angststörung .....</b>	<b>12</b>
5.1.1 Agoraphobie .....	13
5.1.2 Soziale Phobie.....	14
5.1.3 Spezifische Phobie.....	15
5.1.4 Panikstörung.....	16
5.1.5 Generalisierte Angststörung.....	17
<b>6. ZUSAMMENHANG VON ANGST UND GESCHLECHT .....</b>	<b>18</b>
<b>7. RISIKOFAKTOREN.....</b>	<b>19</b>
7.1 Rolle der Frau .....	19
7.2 Höhere Stressbelastung von Frauen .....	20
7.3 Unterschiedliches Körperbewusstsein .....	21
7.4 Genetische Disposition.....	22
7.5 Hormonelle Einflüsse.....	24
7.6 Lebensbedingungen .....	25
<b>8. THERAPIE.....</b>	<b>28</b>

<b>8.1</b>	<b>Psychopharmaka</b> .....	<b>28</b>
<b>8.2</b>	<b>Psychotherapie</b> .....	<b>31</b>
<b>8.3</b>	<b>Selbsthilfe</b> .....	<b>33</b>
8.3.1	Die Gedanken verändern .....	33
8.3.2	Angsttagebuch .....	34
8.3.3	Selbsthilfegruppen .....	35
8.3.4	Entspannungstechniken .....	35
8.3.5	Ernährung und Bewegung .....	36
<b>9.</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>37</b>
<b>10.</b>	<b>RESÜMEE</b> .....	<b>41</b>
<b>11.</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	<b>43</b>

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	...Abbildung
bzw.	...beziehungsweise
etc.	...et cetera
S.	...Seite
SSRI	...selektive Serotonin- Wiederaufnahme- Inhibitoren
TZA	...trizyklische Antidepressiva
v.a.	...vor allem
z.B.	...zum Beispiel

## Fremdwörterverzeichnis

- Gender *„umfasst die gesellschaftlich, sozial und kulturell geprägten Geschlechtsrollen von Frauen und Männern, die erlernt und somit grundsätzlich veränderbar sind; aus ihnen resultieren unterschiedliche Bedürfnisse, Interessen und Kompetenzen von Frauen und Männern, Mädchen und Jungen. Die Gender-Perspektive richtet ihren Blickwinkel auf beide Geschlechter in ihren unterschiedlichen Lebenssituationen mit verschiedenen Interessen und nimmt sie in ihrer Differenz wahr, ohne sie als tradierte Rollenzuweisung zu verfestigen“*
- Thalamus *„größte graue Kernmasse des Zwischenhirns, durch Marklamellen in vordere, mediale und laterale Kerngruppen unterteilbar; steht über entsprechende Fasersysteme mit anderen Teilen des ZNS, v. a. Großhirnrinde, extrapyramidalem System, Kleinhirn und Rückenmark in Verbindung und dient als Umschaltstation für optische und akustische Bahnen“*
- Hypothalamus *„unterhalb des Thalamus gelegener Teil des Diencephalons; Regulation des vegetativen Nervensystems: Wärmeregulation, Wach- und Schlafrythmus, Blutdruck- und Atmungsregulation, Nahrungsaufnahme, Wasserhaushalt, Sexualfunktion“*
- Amygdala *„durch feine Marklamellen in mehrere Kerngruppen geteilter Kern des Telencephalons; an der Innenseite des Temporallappens an der Spitze des Unterhorns des Seitenventrikels liegend; gehört*

*zum limbischen System; Beteiligung an Lern- und Gedächtnisprozessen, Speicherort für das deklarative Gedächtnis von Daten und Fakten sowie für Gedächtnisinhalte emotionalen Inhalts, Produktion und Steuerung von Emotionen (insbesondere Angst), Zentrum der furcht- und angstgeleiteten Verhaltensbewertung und Verhaltenssteuerung, Analyse möglicher Gefahren“*

Cerebraler Kortex

*„Großhirnrinde; Schicht grauer Substanz an den Großhirnhemisphären des Gehirns“*

Adrenalin

*„Hormon des Nebennierenmarks“*

Noradrenalin

*„endogenes Katecholamin, das als Neurotransmitter noradrenerger Nerven an adrenerge Rezeptoren bindet; insbesondere Zunahme des peripheren Widerstands und Blutdrucks“*

Serotonin

*„einer der wichtigsten Neurotransmitter im ZNS; nimmt durch komplexe Projektionen Einfluss auf Stimmung, Schlaf-Wach-Rhythmus, Nahrungsaufnahme, Schmerz-wahrnehmung und Körpertemperatur, herausragende Rolle bei der Affektregulation, Impulskontrolle und der Entwicklung von Zwangsstörungen; Serotoninmangel wird als pathogenetischer Faktor bei der Entstehung von Depression diskutiert“*

Cortisol

*„Die Cortisolsekretion unterliegt der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und schwankt stark zirkadian. Die Cortisolsekretion ist ein Indikator der zentralen hormonalen Stressregulation“*

GABA-System	<i>„Abkürzung für Gammaaminobuttersäure(-acid); Neurotransmitter, der in ca. 30 % der Synapsen im ZNS nachweisbar ist; GABA-Rezeptor als Wirkort von Arzneimitteln“</i>
Östrogen	<i>„weibliche Sexualhormone“</i>
Progesteron	<i>„physiologisches Gelbkörperhormon“</i>
Vulnerabilität	<i>„Anfälligkeit, Verletzbarkeit“</i>
Resorption	<i>„Aufnahme von Stoffen (z. B. Nährstoffe, Medikamente) über die Haut od. Schleimhaut (Magen-Darm-Trakt, Atmungsorgane) oder aus Geweben in die Blut- od. Lymphbahn“</i>

(Pschyrembel Online, 2010)

## Abbildungsverzeichnis

- Abb.1.....Deckblatt  
<[www.relief-for-anxiety.com/anxiety-disorder](http://www.relief-for-anxiety.com/anxiety-disorder)>, Stand 13.11.2010
- Abb. 2 'Symptome der Angst'.....Seite 4  
<<http://panik-attacken.bloggaworld.de/>>, Stand 13.11.2010
- Abb. 3 'Entstehung von Angst'.....Seite 8  
<[www.mobbing-wiki.de/index.php?title=Stress](http://www.mobbing-wiki.de/index.php?title=Stress)>, Stand 13.11.2010
- Abb. 4 'Der Angstkreis'.....Seite 11  
<[www.neuro24.de/angstst\\_rungen.htm](http://www.neuro24.de/angstst_rungen.htm)>, Stand 13.11.2010
- Abb. 5 'Lebenszeitprävalenz psychiatrischer Erkrankungen'.....Seite 13  
<<http://www.dfponline.at/dynasite.cfm?dsmid=103363&dspaid=850876>>  
Stand 13.11.2010
- Abb. 6 'Wirkung SSRI'.....Seite 29  
<<http://i75.servimg.com/u/f75/13/35/12/43/bild310.gif>>, Stand 16.11.2010
- Abb. 7 'Angsttagebuch'.....Seite 34  
< [http://www.dr-mueck.de/HM\\_Images/Bilderbox/0angst-tagebuch-4.jpg](http://www.dr-mueck.de/HM_Images/Bilderbox/0angst-tagebuch-4.jpg)>  
Stand. 15.11.2010

## 1. EINLEITUNG

Seelische Erkrankungen treten bei Frauen deutlich häufiger auf als bei Männern. Neben Unterschieden in Häufigkeit und Ausprägung hat die Forschung auch wichtige Erkenntnisse über geschlechtsspezifische Ursachen und Therapiemöglichkeiten psychischer Erkrankungen geliefert. In der Behandlung betroffener Frauen findet dieses Wissen jedoch selten Anwendung. Während Männer Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit sehen, verfolgen Frauen eher ein ganzheitliches Konzept von Gesundheit.

Um den Bedürfnissen von Männern und Frauen gerecht zu werden, muss sich die Medizin auf diese Geschlechtsunterschiede einstellen. Die noch junge Disziplin „Gendermedizin“ berücksichtigt daher auch die biologischen, sozialen, physischen und psychischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Die unterschiedlichen Gesundheitskonzepte von Mann und Frau haben Folgen im Gesundheitswesen.

Während Ärzte bei der Diagnose von psychischen Erkrankungen bei Männern ihr Augenmerk vor allem auf die körperliche Gesundheit richten, wird bei Frauen häufiger auf mögliche psychiatrische oder psychosomatische Faktoren geachtet. Die Auswirkungen lassen sich besonders in der Behandlung erkennen. Beruhigungs- und Schlafmittel, Antidepressiva und Neuroleptika werden heute bei weiblichen Patienten doppelt so häufig verschrieben wie bei Männern. (vgl. Westfälische Wilhelms-Universität Münster, 2002)

Der Anstieg der Inzidenz und Prävalenz von psychischen Krankheiten ist nicht nur auf Österreich beschränkt. Dieser Trend wird in zahlreichen Ländern der westlichen Welt beobachtet. In den letzten Jahrzehnten ist es in Österreich zu einem deutlichen Anstieg psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit gekommen. Psychische Erkrankungen sind die häufigste Ursache für Erwerbsunfähigkeitspensionen bei Frauen (34,6 %) und die zweithäufigste Ursache bei Männern (22,6 %)

(vgl. Gartlehner 2009, S. 2)

Diese oben genannten Fakten haben mich dazu veranlasst, das Thema „psychische Erkrankungen bei Frauen“ näher zu betrachten. Die Tatsache, dass Frauen doppelt so häufig von Angststörungen betroffen sind wie Männer, war schließlich ausschlaggebend, mich damit näher auseinanderzusetzen.

Der Inhalt dieser Arbeit behandelt „Angststörungen bei Frauen“. Ich persönlich finde es überaus wichtig, dass geschlechtsspezifische Erkenntnisse in der Praxis genutzt und Vorurteile gegenüber psychisch kranken Frauen abgebaut werden. Ich möchte mit der Behandlung dieses Themas dazu beitragen, negative Stereotype wie: Angststörung - typisch Frau, psychisch Kranke sind verrückt, unzurechnungsfähig etc., abzubauen. Durch die Arbeit soll das Verständnis für psychische Krankheiten und für deren Behandlung verbessert werden.

## 2. METHODOLOGIE

Es wurde eine Literaturrecherche in den Bibliotheken des Frauengesundheitszentrums Graz, der medizinischen Universität Graz und der Karl-Franzens Universität Graz, durchgeführt. Zusätzlich wurde in den Internetdatenbanken CINAHL, Ovid SP und auf PubMed nach passenden Materialien gesucht.

Für meine Arbeit ergeben sich folgende Fragen:

- Welche frauenspezifischen Merkmale und Risikofaktoren lassen sich hinsichtlich Angsterkrankungen erkennen?
- Welche Unterstützungsmöglichkeiten bieten sich für Frauen mit Angststörungen an?

Ziel meiner Arbeit ist es, die Besonderheiten von Angsterkrankungen bei Frauen und frauenspezifische Probleme und Bedürfnisse aufzuzeigen. Im nächsten Schritt wird erklärt, wie Frauen mit Angststörungen sich selbst helfen können.

Bezüglich des Aufbaus meiner Arbeit ist zu sagen, dass ich zum besseren Verständnis erst eine allgemeine Erklärung von Angst vornehme. Darauf folgt ein kurzer allgemeiner Teil, in dem die Entstehung der Angst und neurobiologische Ursachen von Angststörungen behandelt werden. Im Weiteren werden die unterschiedlichen Typen der Angststörungen, mit spezifischem Augenmerk auf Frauen erklärt. Einen großen Teil der Arbeit nimmt die Beschreibung der Risikofaktoren zur Entstehung von Angstkrankheiten ein. Folglich werden die Unterstützungsmöglichkeiten erläutert. Abschließend werden die Aspekte diskutiert und es wird eine Zusammenfassung der wichtigsten Punkte vorgenommen.

### 3. WAS IST ANGST?

Angst geht auf das althochdeutsche Wort „angust“ zurück, das abgeleitet wird vom lateinischen Hauptwort „angustiae“ bzw. aus dem Zeitwort „angere“. Es bedeutet so viel wie Enge, Enge der Brust, die Kehle zuschnüren, das Herz beklemmen. (Morschitzky 2009, S. 1).

Jeder von uns kennt das Gefühl der Angst. Angst und Angstreaktionen sind im Grunde normal. Sie treten genauso wie Gefühle der Freude, Traurigkeit und Wut bei jedem Menschen auf. Immer wenn wir in Gefahr sind oder wir uns bedroht fühlen, tritt die Angst auf. Zu den typischen Angstmerkmalen gehören: körperliche Missempfindungen wie Schwitzen, Herzklopfen, Atemnot, Zittern, ängstigende Gedanken und Gefühle von Unheil und Bedrohung. Um der unangenehmen Situation zu entgehen, reagieren wir mit Flucht und Vermeidung. Angst betrifft uns immer ganzheitlich. Körper, Gedanken und Gefühle sowie unser Verhalten sind in diesen Prozess involviert. (vgl. Wittchen et al. 1997, S. 1-2)

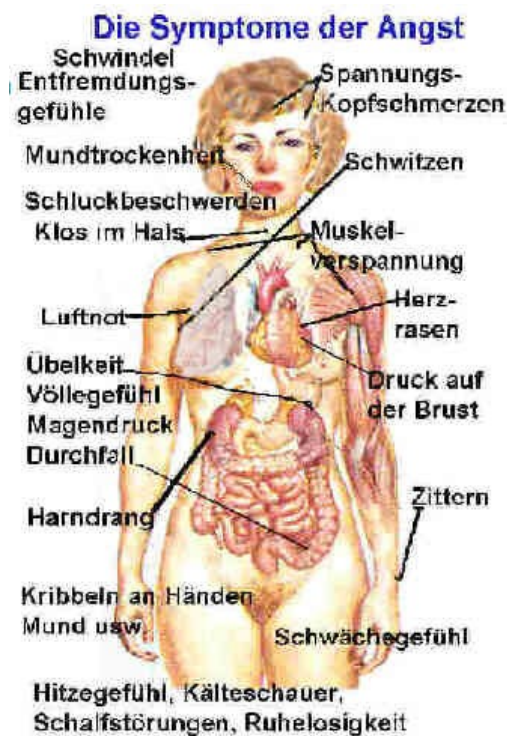


Abb.2  
Symptome der Angst

An dieser Stelle müssen die zwei Begriffe „Angst“ und „Furcht“ auseinandergehalten werden.

*„Furcht kennzeichnet das Gefühl, das eine eindeutige konkrete Bedrohung begleitet. Furcht kann zu Kampf, Flucht oder Apathie führen. Die Furcht zeigt an, dass sich ein Individuum einer aktuellen Bedrohung bewusst ist und dass es reagiert, um sich zu schützen.“*

*„Angst ist ein unangenehmer Gefühlszustand; sie wird durch eine vage oder unklare Bedrohung ausgelöst und wird begleitet von körperlichen Reaktionen, die auftreten, wenn Furcht ausgelöst wird.“*

(Wolf 2006, S. 17)

Ein Leben ohne Angst gibt es nicht. Sie gehört zum Menschsein und ist eines unserer grundlegendsten Gefühle. Angst als Folge davon, dass bestimmte Situationen als gefährlich eingeschätzt werden, veranlasst den Menschen, sich so zu verhalten, dass Gefahren überwunden oder vermieden werden können. Ohne die Angstreaktion bei Gefahr wäre der Mensch schutzlos. (vgl. Morschitzky 2009, S. 1).

Angst als solches ist also eine durchaus sinnvolle Reaktion, die uns beim Überleben helfen kann, wenn Gefahr in Verzug ist. Ein mittleres Maß an Angst ist wichtig, denn sie unterstützt die Leistungsfähigkeit des Menschen, indem sie Wachheit, Vorsicht und sämtliche Funktionen unseres Körpers auf ein Maximum steigert. (vgl. Wolf 2006, S. 22)

Angst ist zwar ein sehr unangenehmes Gefühl, sie ist jedoch nicht gefährlich. Die drei Reaktionsebenen der Angst sind: die körperliche Komponente, die Gedanken- und Verhaltenskomponente.

Auf der körperliche Ebene wird Angst mit Gefühlen wie: Schwindel, Atemnot, Herzrasen, Engegefühl in der Brust, Zittern, Schwächegefühl, Entfremdungsgefühl etc. beschrieben. Diese Symptome sind ungefährlich, vom

Erleben her werden sie jedoch als besonders alarmierend wahrgenommen. Die Betroffenen fürchten oft, einen Herzinfarkt, einen Schlaganfall oder eine sonstige schwere Krankheit zu haben. Es handelt sich dabei um Reaktionen des vegetativen Nervensystems, die kaum willentlich zu kontrollieren sind.

Unter der „Gedankenebene“ der Angst versteht man bestimmte Gedanken, Vorstellungen und Bewertungen von Menschen mit Angststörungen. Die Betroffenen stellen sich eine bestimmte Situation vor und malen sie sich in katastrophalem Ausmaß aus. Mit diesem dramatischen Denken schaukelt sich die Angst noch höher auf.

Angst hat auch eine Verhaltensebene. Angst wird oft von Zittern oder unsicherer Stimme begleitet. Unruhiges Umher- oder Weglaufen, Konzentrationsschwierigkeiten, fehlendes Durchhaltevermögen und erschwerte Konversation machen die Angst noch unangenehmer.

Die Angst mit seinen physiologischen, kognitiven und motorischen Ebenen ist eine Reaktion der „ganzen“ Person und stellt eine Leib-Seele Einheit dar.

(vgl. Schmidt-Traub 1995, S. 12ff)

## 4. NEUROBIOLOGIE DER ANGST

Die zentrale Annahme verschiedener psychologischer Modelle besagt, dass Angstanfälle durch positive Rückkoppelung zwischen körperlichen Symptomen, deren Assoziation mit Gefahr und der daraus resultierenden Angstreaktion entstehen. (vgl. Margraf & Schneider 1990, S. 22)

Neurobiologische Erklärungen von Ängsten besagen, dass alle psychischen Prozesse mit ununterbrochenen Aktivitätsmustern des Gehirns einhergehen. Morschitzky (2009, S. 199) beschreibt 5 Aspekte der Angstenstehung, bei denen körperliche Grundlagen eine Rolle spielen:

- a) *„vererbte Reaktionsbereitschaft (angeborene Schreck- und Angstreaktionen),*
- b) *neuroanatomische Ursachen (Gehirnstrukturen),*
- c) *biochemische Ursachen (Neurotransmitterwirkungen),*
- d) *metabolische Ursachen (Stoffwechselveränderungen),*
- e) *neuroendokrinologische Ursachen (hormonell bedingte Veränderungen im vegetativen Nervensystem).“*

Von entscheidender Bedeutung für die Entstehung von Angst ist der limbische Kortex, auch als „emotionales Gehirn“ bezeichnet. Das limbische System zieht sich wie ein Saum um bestimmte Zentren des Gehirns. Das System besteht aus ausgedehnten Nervenzellansammlungen im Mittel- und Zwischenhirn und Gebieten des Endhirns, zu dem Teile des Thalamus und Hypothalamus und die Amygdala gehören. (vgl. Kleespies 2003, S. 26)

Das „Angstgefühl“ und die damit verbundenen körperlichen Symptome ergeben sich aus einem rasch ablaufenden Prozess, den Morschitzky (2009) wie folgt zusammenfasst:

Wie in Abb. 3 sichtbar, wird ein Reiz aus der Umwelt, sei es visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch oder gustatorisch von den Sinnesorganen an das Gehirn weitergeleitet.

Im Thalamus, dem „Tor zum Bewusstsein“, laufen alle Meldungen von den Sinnesorganen zusammen und werden an den cerebralen Kortex (Großhirnrinde) und an die Amygdala weitergeleitet. In der Großhirnrinde werden die Sinnesreize zu Bildern zusammengesetzt und interpretiert. Die Informationen gelangen weiter zum limbischen System. Das limbische System, auch als „Mandelkern“ bezeichnet entscheidet sich für die passende gefühlsmäßige Reaktion (z.B. Angst). Über Eiweiße (Neuropeptide) wird der Hypothalamus zur Aktivierung von körperlichen Vorgängen stimuliert. Reize erhalten durch das limbische System eine gefühlsmäßige Bewertung.

Im Hypothalamus werden körperliche Vorgänge eingeleitet, beispielsweise die hormonelle und vegetative Aktivierung sowie die Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin im Nebennierenmark oder Kortisol in der Nebennierenrinde.

Diese Vorgänge haben sowohl auf den sympathischen Zweig des vegetativen Nervensystems, der der Aktivierung dient, als auch auf den parasympathischen Zweig, der Beruhigung und Erholung bei Angst einleitet, Einfluss. (vgl. Morschitzky 2009, S. 199)

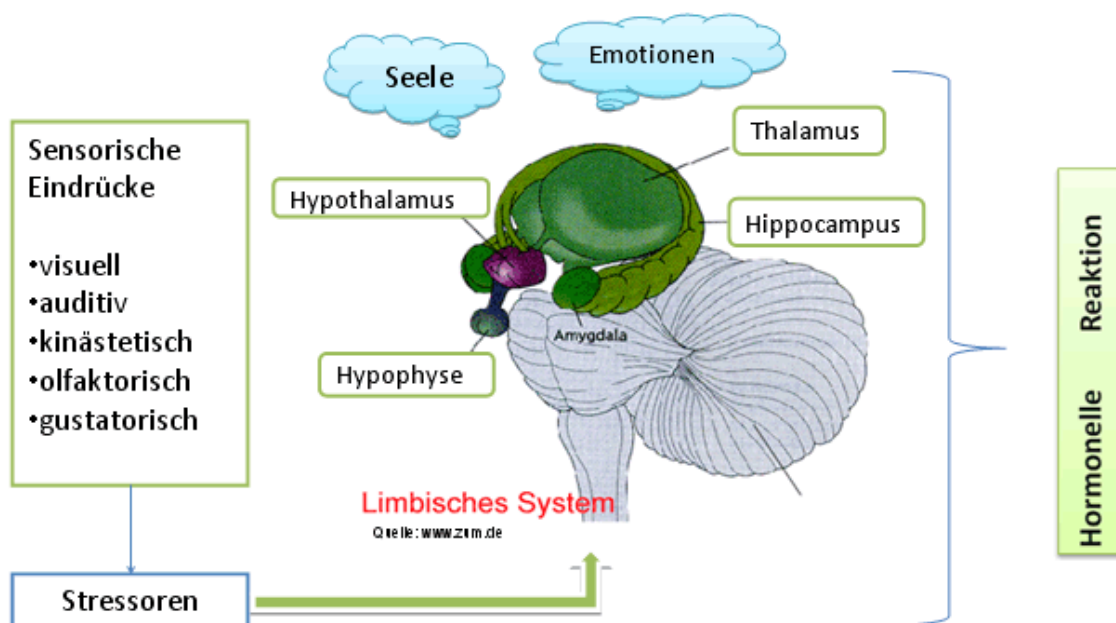


Abb. 3  
Entstehung von Angst

Aus biologischer Sicht handelt es sich bei Angsterkrankungen um eine Störung im Reizleitungssystem des Gehirns. Das Gleichgewicht chemischer Botenstoffe, die Informationen zwischen den Nervenzellen übertragen, ist gestört. Bestimmte Situationen werden vom zentralen Nervensystem falsch interpretiert. Das Gehirn meldet Angst, obwohl gar keine Bedrohung vorhanden ist. Insbesondere die Dysfunktion des serotonergen, noradrenergen sowie des sogenannten GABA-Systems (Gamma-Aminobuttersäure, ist die wichtigste inhibitorische Transmittersubstanz im Zentralnervensystem) werden als ursächliche Faktoren von Angststörungen angenommen. (vgl. Lieb in Pawlik 2006, S. 619f)

Biologische Hypothesen gehen davon aus, dass sich beim weiblichen Geschlecht neurophysiologisch rascher Stress-Reaktionen auslösen lassen als bei Männern. Das weibliche Geschlecht reagiert demnach auf viele Aufgaben mit einer diffuseren, weniger umschriebenen Aktivierung des Gehirns. Die rechte Hälfte des Gehirns, die die Gefahren wahrnimmt und Angst und Miss-Stimmung vermittelt, wird bei vielen Aktivitäten bei der Frau stärker angeregt als bei Männern. (vgl. Ernst 2001, S. 8)

Bei der Beantwortung der Frage, welche Faktoren an der Entstehung einer Angststörung beteiligt sind, kann davon ausgegangen werden, dass es nicht nur einen einzigen Faktor gibt. An der Entstehung sind viele unterschiedliche biologische, psychologische, interne und externe Faktoren beteiligt. (vgl. Lieb in Pawlik 2006, S. 619f)

## 5. ANGSTSTÖRUNGEN

Als Angststörung wird eine Gruppe von psychischen Störungen definiert, die sich dadurch auszeichnen, dass bei ihnen ein Gefühl übermäßiger, sehr starker und pathologischer Angst vorliegt. Eine reale Bedrohung gibt es jedoch nicht.

In den Klassifikationssystemen werden unterschiedliche Formen von Angststörungen angeführt. Typische Symptome von Angststörungen sind: Beklemmung, Furcht, panische Angst, Herzklopfen, Konzentrationsschwierigkeiten, Schwindel und häufig auch das Gefühl der Unwirklichkeit. Bei den körperlichen Symptomen gibt es kaum Geschlechtsunterschiede und auch in den unterschiedlichen Kulturen sind die Symptome der jeweiligen Erkrankung vergleichbar. Unterschiede zeigen sich jedoch im Verhalten und im Umgang mit Angststörungen. Zusätzlich zu den körperlichen Symptomen hat die Angst bedeutsame Auswirkungen auf den Alltag der Betroffenen. Die Beeinträchtigung des Alltagslebens kann so belastend sein, dass sie zur Arbeitsunfähigkeit führt.

(vgl. Lieb in Pawlik 2006, S. 616f) (vgl. Riecher-Rössler & Rohde, S. 65)

Laut WITTCHEN und JACOBI (2004, S. 7) handelt es sich deshalb bei Angststörungen um ausgesprochen teure Störungsbilder.

Ein weiteres Kennzeichen von Angststörungen ist das sogenannte Vermeidungsverhalten: Statt sich den Ängsten zu stellen, vermeiden die Betroffenen Situationen, die Angst auslösen könnten. Eine immer stärkere Verstrickung in ihre Angst ist die Folge. (vgl. Jacobi, S. 57)



Abb. 4  
Der Angstkreis

Abbildung 4 zeigt den „Teufelskreis“ von körperlichen Symptomen, die wahrgenommen und negativ bewertet werden, wodurch es zu vermehrter Angst kommt und entsprechend zu einer stärkeren physiologischen Veränderung. (vgl. Schmidt-Traub 1995, S. 18)

Der Angstkreis soll deutlich machen, dass körperliche Symptome der Angst stärker werden, wenn man besonders auf sie achtet. Da es keine Erklärung für die Symptome gibt, werden sie als gefährlich interpretiert und führen zu Angst. Je größer die Angst desto stärker werden die Symptome.

Die Diagnose einer Angststörung wird bei Frauen annähernd doppelt so häufig gestellt wie bei Männern, insbesondere wenn man städtische Gegenden mit ländlichen vergleicht.

Dennoch ist diese Störung noch immer unterdiagnostiziert. Nur ein Teil der behandlungsbedürftigen Menschen bekommt eine wirksame Therapie. Im Gegensatz zu Männern suchen Frauen häufiger Hilfe wegen ihrer Symptome auf und nehmen auch öfter eine fachspezifische Behandlung in Anspruch. Dies erklärt auch die Tatsache, dass Männer durchschnittlich längere Verläufe von Angststörungen haben. Untersuchungen zeigen, dass bei Frauen häufiger mehrere psychiatrische Störungen gleichzeitig auftreten und insgesamt öfter frühere psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen und positive Familienanamnesen bezüglich psychischer Erkrankungen zu erkennen sind. (vgl. Wedekind & Bandelow in Rohde & Marneros 2007, S. 94f)

## 5.1 Einteilung der Angststörung

Die Diagnose von Angststörungen findet nach den Kriterien der heute gebräuchlichsten Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV statt.

Das ICD-10 wurde in Anlehnung an das amerikanische psychiatrische Diagnoseschema DSM erstellt. Das ICD-10 ist nicht ganz so präzise wie DSM, ist aber für den klinischen Alltag praktikabler.

Laut ICD-10 werden die Angststörungen folgendermaßen eingeteilt:

### Phobische Störungen:

- Agoraphobie (Platzangst)
- Soziale Phobien (Angst im Umgang mit Menschen)
- Spezifische Phobien (vor Tieren, Höhen etc.)
- Sonstige phobische Störungen

### Sonstige Angststörungen:

- Panikstörung
- Generalisierte Angststörung (fast ständige Angst)
- Angst und depressive Störung, gemischt
- Andere gemischte Angststörungen
- Sonstige spezifische Angststörungen

(vgl. Morschitzky 2009, S. 25)

Eine groß angelegte Studie (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders 2004) in sechs europäischen Ländern zeigt, dass Männer weitaus häufiger Opfer von Alkohol, Tabak und sonstigen Drogen sind. Umgekehrt leiden Frauen signifikant häufiger unter Angststörungen (siehe Abb. 5).

(vgl. Stein, Lanzenberger & Kasper 2009)

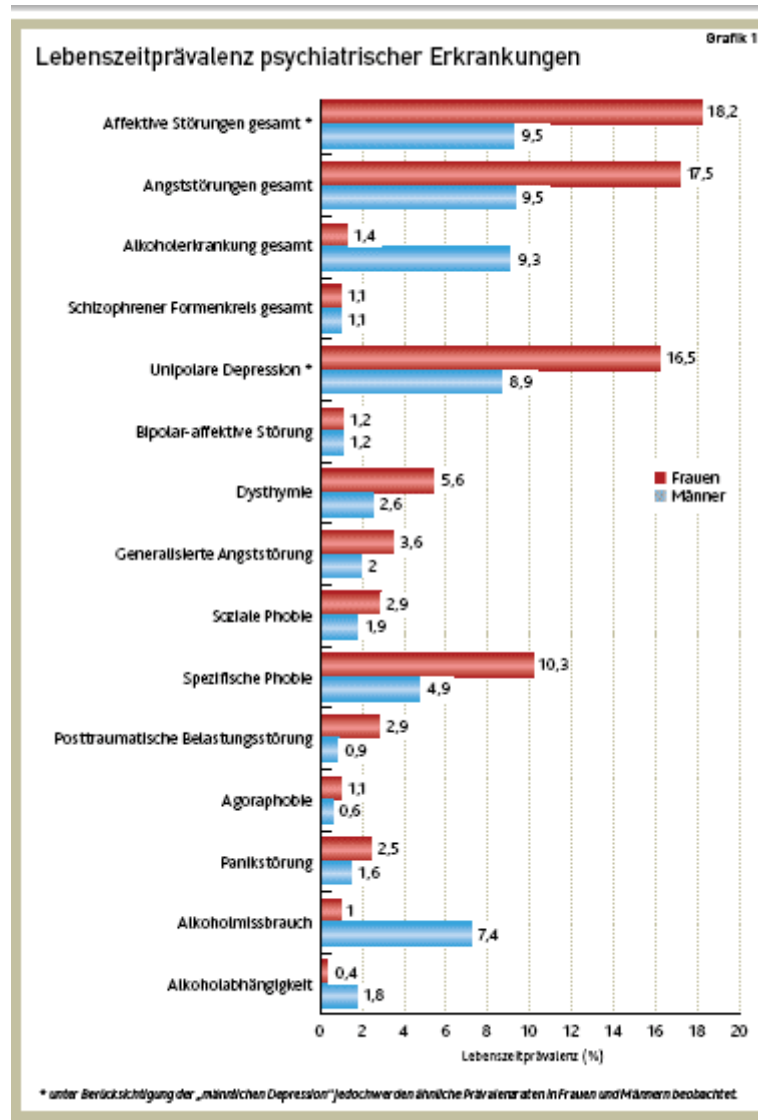


Abb. 5  
Lebenszeitprävalenz  
psychiatrischer Erkrankungen

### 5.1.1 Agoraphobie

Als Agoraphobie wird jegliche Angst vor Orten oder Situationen oder das Vermeiden dieser verstanden. Die eigentliche Bedeutung des Begriffs ist „Platzangst“.

Die Betroffenen meiden immer häufiger Orte wie Straßen, Plätze, Kaufhäuser, Verkehrsmittel, Fahrstühle, Restaurants, Reisen oder Spaziergänge. Die Kommunikation mit anderen Menschen wird drastisch eingeschränkt.

(vgl. Kleespies 2003, S. 106)

Im Extremfall kann es dazu kommen, dass die eigene Wohnung nicht mehr verlassen wird. Der Anteil der Frauen erhöht sich bei der Agoraphobie auf etwa 80 %. Häufig werden schwerwiegende Lebensereignisse wie Schwangerschaft, Geburt oder Tod sowie Krisen durch Trennung oder Scheidung kurz vor Ausbruch der Agoraphobie festgestellt.

Die Angst ist in Begleitung einer vertrauten Person meist geringer. Dies führt dazu, dass die Patienten immer mehr in eine Abhängigkeit verfallen. Bei der Agoraphobie wird der Einfluss der weiblichen Geschlechtsrolle auf die Psyche besonders deutlich. Sogenannte „weibliche Eigenschaften“ wie Hilflosigkeit, Abhängigkeit und Passivität treten stark hervor. Die Verantwortung für das eigene Leben wird meist völlig abgegeben. (vgl. Jakobi 2005, S. 40f)

Frauen vermeiden häufiger agoraphobe Situationen wie Männer. Männer mit einer Agoraphobie tun sich schwer, alleine zu Hause zu sein, Frauen hingegen bleiben vermehrt im Eigenheim und vermeiden deutlich häufiger öffentliche Verkehrsmittel und fremde Orte. Frauen fühlen sich durch die Agoraphobie insgesamt stärker eingeschränkt und benötigen öfter eine Begleitperson. (vgl. Wedekind & Bandelow in Rhode & Marneros 2007, S. 102)

### 5.1.2 Soziale Phobie

Unter sozialer Phobie versteht man die anhaltenden Angst- und Vermeidungsreaktionen, die durch tatsächliche oder befürchtete Konfrontation mit sozialen- oder Leistungssituationen hervorgerufen werden. Die Betroffenen reagieren bei tatsächlicher oder befürchteter Konfrontation mit Angst, die sich bis zur Panikattacke entwickeln kann.

Sich in Gegenwart anderer zu äußern, vor anderen zu sprechen, zu essen, zu schreiben oder an Veranstaltungen, geselligen Kontakten oder Prüfungen teilzunehmen wird von den Betroffenen gefürchtet. Jedoch ist die soziale Phobie von der einfachen „Schüchternheit“ deutlich abzugrenzen.

(vgl. Wittchen & Jacobi 2004, S. 9)

Obwohl auch von dieser Form der Angststörung Frauen deutlich häufiger betroffen sind, suchen eher Männer einen Arzt oder Psychologen auf. Der Grund dafür ist vermutlich, dass sichtbare Symptome wie Schüchternheit, Zurückhaltung oder Passivität bei Frauen weniger auffallen und sie daher auch weniger soziale Sanktionen zu befürchten haben. (vgl. Jakobi 2005, S. 43)

Frauen mit sozialen Störungen haben ein erhöhtes Risiko, zusätzlich an einer Agoraphobie zu leiden.

(vgl. Wedekind & Bandelow in Rhode & Marneros 2007, S. 98)

### 5.1.3 Spezifische Phobie

Eine spezifische Phobie ist gekennzeichnet durch eine dauerhafte, unangemessene und intensive Furcht vor spezifischen Objekten oder Situationen und dessen Vermeidung. Die Ängste werden unterteilt in Angst vor Tieren wie Spinnen, Mäusen, Schlangen, Ratten etc.; Angst vor Naturereignissen wie Gewitter oder Feuer; extreme Angst vor Ärzten oder Krankenhäusern; den Anblick von Blut, Spritzen oder Verletzungen sowie situationsbezogene Phobien wie Höhen-, Prüfungs- oder Flugangst (vgl. Wittchen & Jacobi 2004, S. 10).

Wenn ein Mensch unter mehreren Phobien gleichzeitig leidet, spricht man von Multiplen Phobien. Phobien sind sehr häufig, etwa 10 % der Bevölkerung leiden darunter, das untermauert die ECA Studie, die in 5 Großstädten von 5 US-Bundesstaaten an über 18000 Personen durchgeführt wurde. (vgl. Morschitzky 2009, S. 185)

Das weibliche Geschlecht ist etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Die meisten Phobien beginnen schon im Alter von fünf bis zehn Jahren. Bei den Jungen verschwinden die Ängste, im Gegensatz zu den Mädchen, zumeist in der Pubertät.

Auch bei den Phobie-Arten lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen. So tritt die extreme Angst vor Tieren, die die meisten Kinder kennen, im Erwachsenenalter fast ausschließlich bei Frauen auf.

(vgl. Jakobi 2005, S. 41)

Spezifische Phobien bei Frauen haben meist andere Inhalte wie bei Männern. Während das weibliche Geschlecht vermehrt mit Tierphobien und Ängsten vor dem Fliegen zu tun hat, leiden Männer häufiger unter Höhenangst und der Angst, alleine zu Hause zu sein.

(vgl. Wedekind & Bandelow in Rhode & Marneros 2007, S. 96)

#### 5.1.4 Panikstörung

Bei der Panikstörung handelt es sich um eine schwere Erkrankung, die durch wiederkehrende, unerwartete, nicht durch äußere Umstände ausgelöste Panikattacken gekennzeichnet ist.

Sie erreichen ihren Höhepunkt innerhalb von 1 – 3 Minuten und klingen in der Regel innerhalb von 10 – 30 Minuten wieder ab. Selten können sie auch einige Stunden andauern. Typisch ist der plötzliche Beginn mit Symptomen wie Herzrasen, Brustschmerz, Hitzewallungen, Kurzatmigkeit, Beklemmungsgefühlen, Zittern, Hyperventilation und Schwindel. Betroffene berichten zudem von Hilflosigkeit, Angst vor Kontrollverlust, Angst verrückt zu werden oder körperlich zusammenzubrechen oder sogar von Todesangst.

(vgl. Hättenschwiler & Höck 2002, S. 125f)

Menschen mit einer Panikstörung entwickeln eine sogenannte Erwartungsangst vor dem Auftreten weiterer Attacken. Organische Ursachen oder Nebenwirkungen von Medikamenten oder Substanzen lassen sich bei dieser Störung ausschließen. (vgl. Wittchen & Jacobi 2004, S. 8)

Auch bei Panikstörungen sind Frauen etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer.

Um einer erneuten Paniksituation aus dem Weg zu gehen, meiden viele den Ort, an dem der Anfall erstmals auftrat. Hier spricht man von einem Vermeidungsverhalten. (vgl. Jacobi 2005, S. 38f)

Das Ersterkrankungsalter liegt in der Jugend und im frühen Erwachsenenalter.

(vgl. Wittchen & Jacobi 2004, S. 8)

Meistens tritt eine Panikstörung bei Frauen früher (25 bis 35 Jahre) als bei Männern (30 bis 45 Jahre) auf.

Frauen berichten bei einer Panikstörung von einer höheren Anzahl von Paniksymptomen. (vgl. Wedekind & Bandelow in Rhode & Marneros 2007, S. 95)

### 5.1.5 Generalisierte Angststörung

Angst darf auf keinen Fall nur als pathologisches Problem gesehen werden. Ist die Angst aber durch langandauernde, exzessive Ängste, Sorgen und Anspannungsgefühle gekennzeichnet, so spricht man von einer generalisierten Angststörung. Als besonderes Kennzeichen der generalisierten Angststörung gilt eine ständige Angstanspannung. Die Begleitsymptome unterstreichen die Anspannung. Nervosität, Schwitzen, Muskelzittern, Herzklopfen, Schwindelgefühle werden zusätzlich als belastend empfunden. Die Symptome müssen über mehrere Wochen andauern um von einer Angststörung zu sprechen. Lange Phasen, in denen die Symptome beinahe völlig verschwinden, können sich mit Phasen starker Angst und Sorge abwechseln. (vgl. Kleespies 2003, S. 97f)

Der Alltag gibt Betroffenen ebenso Anlass zur Beunruhigung wie besondere Ereignisse. Gedankenspiele wie: „Meinem Kind wird doch nichts zustoßen?; habe ich das Bügeleisen ausgeschaltet?; leidet mein Partner unter einer tödlichen Krankheit?; werden mich die anderen mögen?“; quälen die Erkrankten.

Die generalisierte Angststörung ist die bisher am wenigsten untersuchte Form der Angststörungen. Die Ergebnisse der wenigen internationalen Studien belegen aber auch hier, dass Frauen doppelt so häufig betroffen sind wie Männer. (vgl. Jakobi 2005, S. 44f)

Die Störung tritt von allen Angststörungen am spätesten, selten vor dem 25. Lebensjahr auf. Einen wesentlich früheren Gipfel bezogen auf das Erstmanifestationsalter haben Frauen. Bei ihnen wird die Störung in etwa mit 35 Jahren, bei Männern erst mit 45 Jahren diagnostiziert.

(vgl. Wedekind & Bandelow in Rhode & Marneros 2007, S. 95)

## 6. ZUSAMMENHANG VON ANGST UND GESCHLECHT

In der Literatur existieren verschiedene Erklärungsansätze, warum Frauen nahezu doppelt so häufig von Angststörungen betroffen sind wie Männer. Theoretische Erklärungsmodelle bestehen für psychosoziale, biologische und sozialwissenschaftliche Ursachen. Männer und Frauen werden über die Geschlechtszugehörigkeit sozialen Rollen, Aufgaben und Lebensbereichen zugeordnet. (vgl. Riecher-Rössler & Rohde 2001, S. 104)

Sie sind für psychische Störungen in unterschiedlichem Maße anfällig. Angststörungen sind bei Frauen, noch vor den Depressionen, die häufigsten psychiatrischen Störungen, bei Männern, nach dem Alkoholmissbrauch die zweithäufigsten psychischen Störungen. (vgl. Morschitzky 2009, S. 185)

Das Ergebnis einer Befragung der Schweizer Bevölkerung ergab, dass Frauen ein störungsanfälligeres psychisches und körperliches Befinden haben; sie sind aber eher bereit, Hilfe zu suchen. Sie erwähnen häufiger als Männer, dass sie unter Kopfschmerzen, Schlafproblemen, Schwäche und Energielosigkeit leiden. Sie sind unzufriedener mit ihrem Aussehen und sind eher durch sozial akzeptierte Drogen wie Nikotin und Medikamente gefährdet.

In jedem Lebensalter werden sie häufiger wegen psychischen Problemen behandelt. (vgl. Riecher-Rössler & Rhode 2001, S. 50)

Fakt ist, dass Angsterkrankungen zwischen den Geschlechtern ungleich verteilt sind. Welcher Anteil davon der Neurobiologie und welcher Anteil gesellschaftlichen Faktoren zugeschrieben werden darf, ist immer noch Gegenstand wissenschaftlicher Arbeiten.

Kulturell geformtes, geschlechtsspezifisches Rollenverhalten, bestimmte Lebenserfahrungen und hormonelle Faktoren werden als Einflussfaktoren angenommen. (vgl. Morschitzky 2009, S. 381)

## 7. RISIKOFAKTOREN

In folgendem Kapitel wird auf die wesentlichen Risikofaktoren eingegangen.

Psychosoziale Erklärungen gehen auf die geschlechtsspezifischen Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster ein. Darunter fällt das erlernte Rollenverhalten oder das unterschiedliche Körperbewusstsein von Männern und Frauen.

Biologische Erklärungsmuster beschäftigen sich mit der genetischen Disposition sowie den physiologischen und hormonellen Regulationsmechanismen.

Sozialwissenschaftliche Erklärungen setzen sich mit den spezifischen Lebensbedingungen und Teilhabechancen von Männern und Frauen auseinander. (vgl. Wittchen & Jacobi 2004, S. 15)

### 7.1 Rolle der Frau

Im Bereich der Angstforschung kamen Experten zu der Erkenntnis, dass besonders das Vermeidungsverhalten als eine typisch weibliche Reaktion auf Stress zu beobachten ist. Männer lernen früh, sich aktiv mit ihren Ängsten auseinanderzusetzen. Die weibliche Rolle fördert hingegen abhängig machendes Verhalten in bedrohlich erscheinenden Situationen. Die Erfahrungen im Umgang mit Ängsten, Sorgen oder Krankheiten in der Familie beeinflusst die Entwicklung der Kinder entscheidend. Kinder lernen von Eltern, Vorbildern oder den Medien, welche Problemlösungskompetenzen bei Gefahren zur Verfügung stehen. Auch heute wird dabei Jungen wesentlich mehr zugetraut als Mädchen. Letztere werden viel häufiger dazu erzogen, ihre Fähigkeiten zur Problemlösung zu unterschätzen und sich zu sorgen, statt aktiv zu handeln. (vgl. Jacobi 2005, S. 66f)

Entsprechend sind emotionale, nach innen gerichtete und selbstwertmindernde Problemlösungsmuster wie: Grübeln, Selbstentschuldigung, Vermeidung ausgeprägter als bei Männern. Im weitesten Sinne können ineffektive Bewältigungsstrategien psychische Störungen begünstigen.

Der Wandel der Frauenrolle stellt einen weiteren Risikofaktor dar. Die gesellschaftlichen Autonomieanforderungen an die Frauen steigen stetig an, die traditionellen Rollenvorstellungen haben sich aber nicht aufgelöst. Dies führt zu einer enormen Belastung der Frauen. (vgl. Möller-Leimkühler in Rohde & Marneros 2007, S. 479)

## 7.2 Höhere Stressbelastung von Frauen

Aufgrund ihrer sozialen Rolle sind Frauen häufiger als Männer chronischen Belastungen ausgesetzt. Die Veränderungen in der Arbeits- und Familienwelt stellen Belastungsquellen dar. Die Mutterrolle, die im Vergleich zur Vaterrolle mit höherer psychischer Belastung einhergeht und die Hauptverantwortung für das Wohlergehen von Partner, Kindern oder Eltern fordern die Frauen. Die nachstehend beschriebenen Belastungen begünstigen die Entwicklung von Angststörungen bei Frauen.

Besonders Mütter von Kleinkindern sind durch den starren Rhythmus, den Babies brauchen, einer starken Belastung ausgesetzt.

Die familiäre Fürsorge liegt meist auch in den Händen der Frauen. Das Erkennen und Vordiagnostizieren von Krankheiten, das Arrangieren eines Arztbesuches und schließlich die Krankenpflege sind Aufgaben, die eher mit dem weiblichen Geschlecht assoziiert werden. (vgl. Schmid-Traub 1995, S. 25)

Die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf kann zum Dauerstress führen. Mit der Zahl der Familienmitglieder steigt die Wahrscheinlichkeit einer Angsterkrankung, insbesondere wenn es Pflegefälle oder andere Belastungen in der Familie gibt. (vgl. Morschitzky 2009, S. 381)

Nicht nur in der Familie, meist auch im Freundeskreis, sind Frauen die ersten Ansprechpartner für Probleme. Einerseits können Frauen einfühlsamer auf die ihnen zugetragenen Probleme eingehen, andererseits werden sie aber von den Problemgesprächen mehr belastet, weil sie mehr Mitgefühl investieren.

Auch in heutiger Zeit wird Jungen oder Männern noch weniger Sensibilität zugestanden wie Frauen. „Ein Junge weint nicht, hat keine Angst etc.“ sind Aussagen, die immer noch weit verbreitet sind. Nicht zuletzt deshalb können sich Männer schlechter zu ihrer Angst bekennen. Frauen gestehen sich psychische Störungen leichter ein und melden sich auch wesentlich häufiger zur Therapie als Männer.

Ab der Pubertät ist bei Frauen eine höhere biologische Anfälligkeit gegenüber Angststörungen zu erkennen. Menstruation, Schwangerschaft und Geburt stellen eine intensive körperliche Belastung dar.

Von Frauen und Mädchen wird von klein auf erwartet sanft, gefühlsbetont und lieb zu sein. Es fällt ihnen deshalb schwer, ihre Angstgefühle in Wut zu äußern. Im Allgemeinen kann sich das weibliche Geschlecht auch weniger durchsetzen und abgrenzen. (vgl. Schmid-Traub 1995, S. 25)

Nicht zuletzt können Angststörungen auch durch die Erfahrung häuslicher Gewalt ausgelöst werden. (vgl. Morschitzky 2009, S. 381)

### 7.3 Unterschiedliches Körperbewusstsein

Während Männer in unserer Gesellschaft stark und furchtlos sein sollen, dürfen Frauen viel eher schwach und ängstlich sein. Auffallend ist, dass Frauen wesentlich früher einen Arzt aufsuchen als das männliche Pendant. Sie suchen bereits bei „leichteren“ Störungen professionelle Hilfe, sie nehmen bereitwilliger Psychopharmaka und stehen einer Psychotherapie offener gegenüber als Männer. (vgl. Morschitzky 2009, S. 381)

Frauen zeigen ein anderes „Hilfesuch – Verhalten“ als Männer. Der weibliche Anteil von Angsterkrankten mit Behandlungsbedarf liegt demnach deutlich höher als jener der Männer. Ob dies einer größeren Offenheit von Frauen gegenüber psychischen Problemen und deren Behandlung zuzuschreiben ist oder ob stärkere Belastungen eine Rolle spielen, kann nicht eindeutig beurteilt werden. Vermutet werden ein allgemein stärker ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein bei Frauen und eine geringere Bewertung von seelischen Einflüssen auf die Gesundheit von Männern. (vgl. Wittchen & Jacobi 2004, S. 21)

Gerade Frauen beurteilen ihre Lebensqualität und Beeinträchtigungen mehr nach dem Vorliegen psychischer Probleme, nach Partnerschaft oder Berufsstatus. (vgl. Gamma & Angst in Rhode & Marneros 2007, S. 95)

Für Männer stellen Arbeitslosigkeit oder ohne Partner zu sein einen stärkeren Vulnerabilitätsfaktor für Angststörungen dar. (vgl. Klose & Jacobi in Rhode & Marneros 2007, S. 95)

Trotz höherer Lebenserwartung erleben Frauen ihren individuellen Gesundheitszustand schlechter als Männer.

Das Bild von der Angst als „typisch weiblich“ ist deswegen so verankert, weil bei Männern die Hemmschwelle immer noch höher liegt, wenn es darum geht, sich seelische Probleme einzugestehen und Hilfe zu suchen.

Auffallend ist, dass Männer anders mit Angst umgehen als Frauen. Sie treten die Flucht nach vorne an, stürzen sich in Arbeit oder führen riskante Sportarten aus. Frauen hingegen neigen dazu, sich in ihr Schneckenhaus zurückzuziehen. Sie mögen kaum noch aus dem Haus gehen, vermeiden „gefährliche“ Situationen und werden immer zurückhaltender. (vgl. Bröhm 1997, S. 14f)

Laut Rohde & Marneros (2007, S. 306) sind Frauen, mit Ausnahme der visuellen Wahrnehmung, tatsächlich sensibler als Männer. Sie reagieren sensitiver auf sensorische Stimulation wie etwa durch Töne, Gerüche, Geschmack und taktile Reize.

Diese erhöhte Sensibilität könnte mitunter Auslöser für z.B. Panikattacken sein.

#### 7.4 Genetische Disposition

Umweltfaktoren, Lebenserfahrungen und festgesetzte Denkmuster gelten als Auslöser für genetisch begünstigte Angststörungen. Die Wissenschaft geht aber nicht davon aus, dass sich allein durch eine genetische Veranlagung eine komplexe Angststörung entwickelt.

Nicht die Angststörung selbst ist angeboren, eine höhere Angstbereitschaft und eine physiologische Labilität sind erblich bedingt.

So haben viele Panikpatienten einen angeborenen niedrigen Blutdruck oder neigen zu einer leichten Veränderlichkeit der Blutgefäße. Belastung führt dann zu noch stärkerer Gefäßerweiterung und damit zu Schwindel. Durch Herzrasen wird die durch zu niedrigen Blutdruck bedingte Sauerstoffunterversorgung ausgeglichen. Weiters können eine Übersensibilität gegenüber Kohlendioxidüberschuss, was oft zu Atmungsveränderungen führt, eine hohe psychische Sensibilität und eine sehr bildhafte Vorstellungsfähigkeit vererbt sein. Die Angstinhalte sind durch die Vorbilder von Kindheit an überliefert und nicht angeboren. (vgl. Morschitzky 2009, S. 199f)

Genetische Faktoren bei Angsterkrankungen und Phobien zeigen geschlechtsspezifische Unterschiede. Während bei Kindern und Jugendlichen vermehrt Umweltfaktoren für die Entstehung von Angststörungen verantwortlich sind, sind es bei Erwachsenen genetische Faktoren.

Eine genetische Komponente ist am besten bei spezifischen Phobien belegt. Vor allem Tierphobien, wovon übermäßig viele Frauen betroffen sind, sind erblich. (vgl. Wedekind & Bandelow in Rhode & Marneros 2007, S. 100f)

Weitere Studien weisen auf einen moderaten Beitrag bei der Entwicklung spezifischer Phobien hin. In einer großen Studie an weiblichen Zwillingen zeigte sich, dass eineiige Zwillinge eher Phobien vom Tier-Typ, Blut-Injektion-Verletzungs-Typ und situativen Typ (z.B. große Höhen) miteinander teilen als zweieiige Zwillinge. (vgl. Kendler, et al. in Butcher, Mineka & Hooley 2009, S. 232).

Allerdings wurden auch Belege dafür gefunden, dass individuelle Umwelteinflüsse eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung spezifischer Phobien spielen, was wiederum die Theorie von Phobien als gelerntes Verhalten unterstützt. (vgl. Butcher, Mineka & Hooley 2009, S. 232)

## 7.5 Hormonelle Einflüsse

Wissenschaftler sehen in der Bedeutung der Hormone Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Geschlechtshormone spielen eine wichtige Rolle in der Regulation von Neurotransmittersystemen. Diese Systeme haben wiederum Einfluss auf die Vermittlung von Angst. Es wird angenommen, dass die Hormone Östrogen und Progesteron die Entwicklung von Angstsymptomen beeinflussen.

Die zyklischen Schwankungen im weiblichen Hormonhaushalt sind für die größere Sensibilität der Frauen verantwortlich. Die Pubertät, Schwangerschaft oder Geburt gehen mit hormonellen Veränderungen einher und stellen besondere Risikoperioden dar. (vgl. Jacobi 2005, S. 64)

In Bezug auf äußere Reize lässt sich eine unterschiedliche Vulnerabilität im Stresssystem von Männern und Frauen feststellen. Bei Frauen steigt nach der Pubertät die Stressantwort im Sinne einer höheren Ausschüttung von Adrenokortikotropem Hormon (ACTH) und Kortisol. Ebenso lässt sich eine Verzögerung der Rückbildung der Stressantwort im Vergleich zu Männern erkennen. (vgl. Stein, Lanzenberger & Kasper 2009)

Der Ersterkrankungsgipfel von Frauen liegt bei 20 – 25 Jahren. Zwischen 40 und 50 Jahren, wenn sich der Hormonhaushalt umstellt und die Kinder aus dem Haus gehen, lässt sich ein weiterer Gipfel erkennen. (vgl. Schmid-Traub 1995, S. 32)

Panikattacken und andere Angstsymptome treten vermehrt vor der Menstruation oder nach einer Geburt auf. Während einer Schwangerschaft kann es sowohl zu Verbesserungen aber auch zu Verschlechterungen und Neuauftreten von Angststörungen kommen. (vgl. Wedekind & Bandelow in Rohde & Marneros 2007, S. 101) Typisch ist eine prämenstruelle Verschlechterung bei Angststörungen und Depressionen. Auch um die Zeit des Eisprungs erleben einige Patientinnen eine Veränderung. (vgl. Rohde in Rohde & Marneros, S. 542)

Die häufigsten seelischen und psychosozialen Beschwerden in dieser Phase sind innere Unruhe und Anspannung, Ruhelosigkeit, Nervosität, Reizbarkeit, Aggressivität; Verstimmungen und Leistungsabfall. (vgl. Faust 2010, S. 3)

Obwohl der Eintritt der Wechseljahre für Frauen mit Stimmungsschwankungen oder gar einer Verschlechterung einer bereits bestehenden psychischen Erkrankung verbunden sein kann, führt das endgültige Versiegen der Hormonproduktion eher zu einem Ausgleich in der affektiven Statistik der Geschlechter. 40-80 % aller Mütter erleiden kurz nach der Geburt eines Kindes ein vorübergehendes Stimmungstief, die sogenannten Heultage. Über den Mechanismus, der diese Stimmungsschwankungen verursacht, ist allerdings wenig bekannt. (vgl. Stein, Kasper & Lanzenberger 2010)

## 7.6 Lebensbedingungen

Der ständige Wandel unserer Zeit fordert Anpassungsfähigkeit. Aktivität, Spontanität, Tempo, Vielseitigkeit und Selbständigkeit werden vom Einzelnen erwartet. Wir müssen lernen, mit Veränderungen umzugehen. Es ist schwieriger sich auf unvorhersehbare Situationen einzustellen, da wir nicht darauf vorbereitet sind. Die Veränderung als solche macht keine Angst. Wenn wir aber unsere Fähigkeit, mit neuen Situationen umzugehen, als gering einschätzen oder die tatsächlichen Gefahren überschätzen, dann haben wir Angst. (vgl. Wolf 2010)

Entgegen allen Vermutungen gibt es bei Panik- und Agoraphobie - Patienten keine wissenschaftlich gesicherten Nachweise auf eine besonders schwere Kindheit, die mit Gewalt in der Erziehung, sexuellen Übergriffen, häufigen Wohnortwechseln oder anderen harten Schicksalsschlägen einherginge.

Folglich sind es wohl hauptsächlich gelernte Fehleinschätzungen von körperlichen Beschwerden, die bei angstsensiblen Personen Panik auslösen und keine tief sitzenden Abnormitäten der Persönlichkeit.

Mädchen werden in unserem Kulturraum zu stärkerem Gehorsam und Zurückhaltung erzogen. Sie sind abhängiger von ihren Eltern und später vom Partner und Freunden. Im Vergleich zu Jungen wirken sie hilfloser, ängstlicher und weichen Angstsituationen eher aus. Ab dem Jugendalter sind viele Mädchen unzufrieden mit ihrem Körper, mit sich selbst, ihrer Lebensführung und ihrer Gesundheit.

Sie bekommen öfters die Diagnose „psychisch gestört“ und werden viel häufiger mit Psychopharmaka behandelt als Jungen und Männer.

Mit dem Berufseinstieg haben Frauen einen weiteren Grund zur Unzufriedenheit. In allen Industrienationen kämpfen Frauen gegen geringere Aufstiegschancen und schlechtere Bezahlung. Das stellt eine schmerzliche Erfahrung dar und ist dem Selbstwertgefühl wenig förderlich.

Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass alleinstehende und verheiratete Frauen mehr soziale Kontakte halten. Sie sprechen gerne mit Freundinnen über Probleme und Sorgen. Dies kann auf der einen Seite entlastend wirken, auf der anderen Seite können besonders einfühlsame Frauen Gefahr laufen, sich durch zahlreiche Problemgespräche zu überfordern. Belastungen, Ängste und andere Gefühle werden von Frauen und Männern unterschiedlich erlebt. So zeigt das weibliche Geschlecht stärkere wechselhaftere Empfindlichkeiten für Stress und Angst. Bei Bedrohung zeigen sowohl Männer als auch Frauen Kampf- oder Fluchtverhalten. Auf alltägliche Belastungen reagieren Frauen stärker mit Angst und sie greifen vermehrt auf soziale Bindungen und Unterstützung zurück.

Gegenüber Männern können sich Frauen ihre Angst besser eingestehen und gehen auch 3 bis 4 Mal häufiger in Therapie. (vgl. Schmidt-Traub 2008, S. 30ff)

Vor dem Ausbruch einer Angststörung sind die Patienten nicht nennenswert auffällig. Es gibt keine höheren Scheidungs- und Trennungsquoten. Einige hatten jedoch Alkohol-, Drogen oder Medikamentenprobleme. Aus der Panikforschung ist bekannt, dass früherer Alkohol- oder Drogenmissbrauch die Panikneigung deutlich erhöht. Auffallend ist auch, dass Betroffene vor und nach dem Ausbruch der Angstanfälle sehr viel mehr rauchen und wesentlich größere Mengen Kaffee zu sich nehmen als Personen ohne Angsterkrankung. (vgl. Schmid-Traub 1995, S. 28).

Angststörungen verselbständigen sich und breiten sich auf verschiedene Lebensbereiche aus. Die Betroffenen Personen haben oft Schwierigkeiten in ihrem normalen Berufs- und Privatleben, da sie vermeintliche Angstsituationen meiden.

Eine Berufsgruppe die besonders häufig von Angsterkrankungen betroffen ist, sind Frauen, die im Rotlichtmilieu tätig sind. Erhebliche Risikofaktoren dafür sind Gewalterfahrungen, die Arbeitsbedingungen und die Herkunft der Prostituierten, wie die Universität Zürich beschreibt. Die Ergebnisse zeigen, dass rund die Hälfte der Befragten eine psychische Störungen aufwies. 30 % wiesen die Kriterien einer Depression und 34 % die Kriterien einer Angststörung auf. Das sind wesentlich mehr als in der Gesamtbevölkerung.

(vgl. Rössler et al. 2010)

## 8. THERAPIE

Krankhafte Angst verschwindet nicht von selbst. Ohne professionelle Behandlung führt die Angst zu einer immer größeren Beeinträchtigung. Ohne Therapie können Angsterkrankungen Monate oder Jahre dauern. Die „Anfälle“ werden immer häufiger. Voraussetzung für eine völlige Genesung ist eine konsequente Therapie. Wichtig ist, dass die Behandlung über den vom Arzt empfohlenen Zeitraum durchgeführt und nicht bereits abgebrochen wird, wenn sich die Betroffenen „gesund“ fühlen. (vgl. Broschüre Frauengesundheitszentrum, S. 11ff)

Angststörungen können im Allgemeinen sehr gut und mit dauerhaftem Erfolg behandelt werden.

Im Anschluss werden verschiedene Therapiemaßnahmen erläutert.

### 8.1 Psychopharmaka

In der Pharmakologie wird der „Gender-Aspekt“ zunehmend gewürdigt. Bezogen auf Psychopharmaka ist jedoch noch relativ wenig über den Einfluss geschlechtsspezifischer Faktoren bekannt. Die Testung neuer Medikamente wird heute sowohl an Männern als auch an Frauen durchgeführt. Dennoch ist wesentlich mehr über die Pharmakologie von Männern als von Frauen bekannt. Weder über die Dosierempfehlung noch über die unterschiedliche Reaktion von Männern und Frauen auf einzelne Präparate gibt es aussagekräftige Ergebnisse. (vgl. Rädler, Jahn & Wiedemann in Rohde & Marneros 2007, S. 377ff)

Zur Behandlung von Angststörungen stehen verschiedene Medikamentengruppen zur Verfügung.

Die gängigsten und am besten erforschten Antidepressiva sind selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSRI), trizyklische Antidepressiva (TZA) und Monoamino-Oxidase-Hemmer (MAO-I). (vgl. Morschitzky 2004)

Die SSRI gehören zu den neuartigen bzw. modernen Arten von Antidepressiva.

Wie in Abb. 5 ersichtlich, wirken SSRI indem sie die Wiederaufnahme des Botenstoffes Serotonin, der im menschlichen Organismus als Neurotransmitter fungiert hemmen.

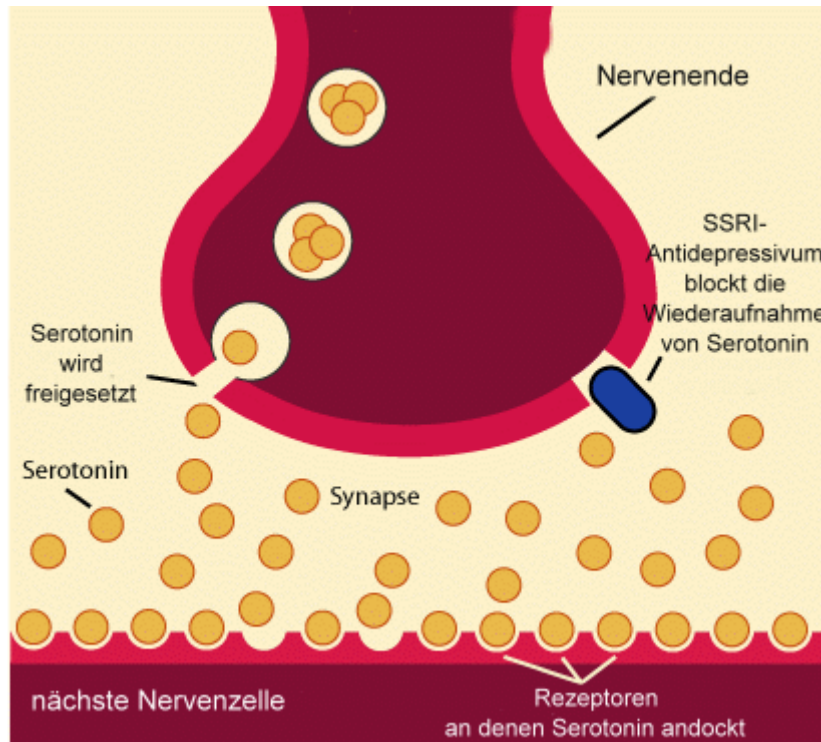


Abb. 6  
Wirkung SSRI

Benzodiazepine (Tranquilizer) sind klassische Beruhigungsmittel und sollten aufgrund des Risikos der physischen Abhängigkeit nur kurzzeitig eingesetzt werden.

Die sogenannten trizyklischen Antidepressiva werden neben der Behandlung von Depressionen auch bei bestimmten Angststörungen wie Panikattacken und Agoraphobie eingesetzt. Durch diese Medikamente können Angstanfälle gedämpft oder gemildert werden. Sie haben einen angst- und spannungslösenden Effekt und machen nicht abhängig. Oft wirken sie aber erst nach einer Einnahmezeit von zwei bis drei Wochen.

Damit das System der Botenstoffe wieder ins Gleichgewicht kommt, muss die Behandlung über mehrere Monate fortgesetzt werden. Zu Beginn der Anwendung können Nebenwirkungen wie Schwindel, Schweißausbrüche, Zittern, Kopfschmerzen, Benommenheit oder Verstopfung auftreten. (vgl. Bröhm 1997, S. 118)

SSRI werden aufgrund der guten Wirksamkeit und der im Vergleich zu den TZA besseren Verträglichkeit mittlerweile als Therapie der ersten Wahl angesehen. Das spätere Absetzen der Antidepressiva muss langsam und stufenweise erfolgen, um panikähnliche Nebenwirkungen wie Unruhe, Anspannung, Reizbarkeit, Mißgestimmtheit und Angstsymptome zu vermeiden. Von einem selbstständigen Absetzen des Antidepressivums ist abzuraten, auch wenn schon länger keine Angstsymptome mehr aufgetreten sind. (vgl. Balance Verein 2009)

Beruhigungsmittel und andere Psychopharmaka werden besonders häufig an Frauen verschreiben. Kritiker von Antidepressiva bringen zahlreiche Argumente vor, die gegen einen Einsatz dieser sprechen. Sie sind der Meinung, dass die Ursache für die steigende Zahl medikamentenabhängiger Frauen, die frauenspezifische Verordnung von Beruhigungsmitteln in größerem Umfang und über einen längeren Zeitraum ist. Ein weiteres Argument ist, dass Frauen deutlich mehr und meist auch billigere Medikamente erhalten. Es wird die Pharmaindustrie kritisiert die unterschiedliche weibliche Lebensphasen wie: Menstruation, Schwangerschaft, Wechseljahre etc. ausnutzt, um unspezifische Befindlichkeitsstörungen mit Psychopharmaka oder anderen Arzneimitteln zu behandeln. Psychopharmaka können weitere negative Auswirkungen auf Frauen haben. Das weibliche Gehirn ist besser durchblutet als das männliche. Deshalb werden bei Frauen deutlich mehr Wirkstoffe ins Gehirn geschwemmt. Die Resorption von Medikamenten wird außerdem beeinflusst vom durchschnittlich geringeren Körpergewicht und Blutvolumen und von der größeren Fettveranlagung von Frauen. Da Medikamente noch immer häufiger an Männern getestet werden, ist die Dosierung meist an deren Konstitution angepasst.

Das führt dazu, dass Medikamente bei Frauen zum Teil überdosiert werden. Der Nachteil von Psychopharmaka liegt auch in der Gefahr einer weiteren Abhängigkeit bis hin zur Tablettensucht. Auch das weibliche Hormonsystem kann dadurch empfindlich gestört werden. (vgl. Jacobi 2005, S. 147f)

Die Wirksamkeit von Psychopharmaka kann sich im Laufe des Lebens verändern, nicht nur aufgrund des Alterns, sondern auch aufgrund unterschiedlicher Sexualhormonspiegel z.B. im Rahmen der Menopause. Es wird vermutet, dass Frauen auf SSRI besser ansprechen als Männer, allerdings nur in reproduktiven Jahren. Die Wirksamkeit der SSRI scheint während der Menopause nachzulassen. (vgl. Stein, Lanzenberger & Kasper 2009)

## 8.2 Psychotherapie

Auch in der Psychotherapie gewinnt die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Fragestellungen erst in den letzten Jahren an Bedeutung. Das vorhandene Wissen über die Einflussfaktoren bei Entstehung und Verlauf psychischer Störungen fordert nun vermehrt eine geschlechtersensible Psychotherapie. Die Frage nach dem Einfluss von Geschlechtsunterschieden auf den Therapieerfolg ergab, dass das Geschlecht des Patienten wenig prognostischen Wert für den Therapieerfolg hat.

Ältere Ergebnisse über den Einfluss des Geschlechts des Therapeuten auf den Therapieerfolg zeigen eine Überlegenheit weiblicher Therapeuten. In neueren Studien konnte dies nicht mehr bestätigt werden.

Insgesamt ist zu sehen, dass in den letzten Jahren die geschlechtsspezifische Weiterentwicklung von psychotherapeutischen Konzepten stärker berücksichtigt wird. (vgl. Backenstraß & Mundt in Rohde & Marneros 2007, S. 401f)

Generell raten Angstexperten, dass die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung die erste Methode der Wahl sein sollte. Die Therapie lehrt Betroffene den Zusammenhang zwischen ihren Angstgedanken und Angstgefühlen kennenzulernen.

Sie lernen Methoden der Gedankenkontrolle, um die Angstgedanken und den „Teufelskreis“ während einer Attacke zu unterbrechen. Die Patienten gewöhnen sich an die beängstigende Situation, die dadurch zunehmend harmloser erscheint. Für Frauen scheint sich die Verhaltenstherapie sehr gut zu eignen.

Hier wird versucht, erlerntes geschlechtsspezifisches – bei Frauen ängstliches – Agieren und Reagieren wieder zu verlernen und durch neue Strategien zu ersetzen. Weniger die bestehenden Probleme sondern die Vorschläge zur Lösung stehen im Mittelpunkt. (vgl. Jacobi 2005, S. 150ff)

Beim Expositionsverfahren werden die Patienten mit genau den Situationen konfrontiert, die Angst machen. Dabei lernen sie, dass durch die Angst nichts passiert, die Ängste wieder abklingen und sie selbst die Gedanken und Gefühle aktiv beeinflussen können.

Die systematische Desensibilisierung ist eine Art abgestuftes Entspannungsverfahren. Eine erlernte Entspannungstechnik soll die Betroffenen in kritischen Situationen nicht mit Angst, sondern mit Entspannung reagieren lassen. (vgl. Bröhm 1997, S. 102)

Tiefenpsychologische Verfahren beruhen auf psychoanalytischen Erklärungen für Angststörungen. Der Konflikt, der der Angst zugrunde liegt, wird aufgedeckt und bearbeitet. Vorrangig ist dabei die Verbesserung der Fähigkeit zur Angstbewältigung. Diese Therapie dauert meist mehrere Jahre. (vgl. Welz 2010)

Allen gemeinsam ist die bewusste Auseinandersetzung mit den eigenen Ängsten. Dadurch kommt es bei den meisten schon nach kurzer Zeit zu einem deutlichen Rückgang der Symptome. Nicht zu verschweigen ist, dass der Weg aus einer Angststörung ziemlich beschwerlich sein kann. In vielen Fällen kann es Jahre dauern und mit Wut, Scham, Trauer oder Verzweiflung einhergehen. Die Kraft und der Mut sich den Ängsten zu stellen, ist bei den meisten ängstlichen Menschen vorhanden. Sie verschwenden jedoch viel Energie auf die Vermeidung von Angst statt sich auf eine Konfrontation einzulassen. (Jacobi 2005, S. 154)

### 8.3 Selbsthilfe

Das folgende Kapitel listet einige allgemeine Strategien zur Bewältigung von Ängsten auf. Je nach Erkrankung und Bedarf sind sie individuell anwendbar. Diese Selbsthilfe-Informationen können und sollen aber keine psychologische Beratung oder Psychotherapie ersetzen. Vielmehr bieten diese Strategien Hilfe zur Überwindung seelischer Krisen, persönlicher und psychischer Probleme.

#### 8.3.1 Die Gedanken verändern

Unser Denken bildet den Grundstein für das, was wir fühlen. Wenn jemand ständig denkt, das Leben wäre negativ, dann wird irgendwann das Gefühl auch dementsprechend sein. Wichtig ist also die negativen, angsterzeugenden Gedanken zu identifizieren und den Bezug zur Realität zu überprüfen. Es geht darum, sich bewusst zu machen, dass in schwierigen Situationen nicht nur negative, sondern genauso wahrscheinlich, auch positive Entwicklungen eintreten können. Ein regelmäßiges Üben kann so negative Zukunftphantasien in positive verwandeln.

Es ist stets daran zu denken, dass Angstgefühle und dabei auftretende körperliche Symptome nichts anderes als eine übersteigerte Körperreaktion in einer Stresssituation sind. Die sind zwar unangenehm, aber weder gefährlich noch schädlich. Wichtig ist, sich darauf zu konzentrieren, was um einen herum und mit dem Körper wirklich geschieht – nicht auf das, was in der Vorstellung noch alles geschehen könnte. Die Angst braucht Zeit, vorüberzugehen. Ein Weglaufen vor der Angst oder ein Bekämpfen sind die falschen Wege. Die Angst nimmt von selbst wieder ab wenn man aufhört, sich in Gedanken weiter hineinzusteigern. Es kommt nicht darauf an, die Angst zu vermeiden, sondern zu lernen, mit der Angst umzugehen. Trotz aller Schwierigkeiten darf man nicht vergessen, sich die Fortschritte, die gemacht wurden, vor Augen zu halten.

(vgl. Wittchen et al. 1997, S. 23)

### 8.3.2 Angsttagebuch

Die Führung eines Angsttagebuches sollte konsequent erfolgen. Täglich muss aufgeschrieben werden, wann, in welchen Situationen und wie stark die Angst auftritt. Dadurch lassen sich Zusammenhänge, die vorher vielleicht nicht bewusst waren, erkennen. (vgl. Wittchen et al. 1997, S. 21) Ein solches Tagebuch kann dem Arzt bei der Diagnose helfen und eine gute Grundlage für die Entwicklung einer individuellen Therapie sein. Zudem sind Fortschritte bei der Überwindung der Ängste besser sichtbar.

## Angsttagebuch

Name:..... Vorname:..... Behandlungswoche-Nr.....

Führen Sie täglich Ihren „Angsttagebuch“. Kreuzen Sie darin an, wie „gut“ bzw. „ängstlich“ Sie sich morgens, mittags, nachmittags, abends und nachts fühlen. So verschaffen Sie sich einen genauen Überblick über die tatsächliche Entwicklung Ihres Befindens. Zugleich schärfen Sie Ihre Aufmerksamkeit für die angenehmen Zeiten. Notieren Sie unbedingt, was Ihre Stimmung jeweils beeinflusst hat und mit welchen Mitteln Sie selbst Ihre Stimmung verändern konnten. So werden Sie sich über kurz oder lang weniger hilflos fühlen. Nicht zuletzt hilft die Dokumentation Ihnen bzw. Ihrem Arzt oder Psychotherapeuten zu beurteilen, wie gut Sie auf dem Weg der Besserung bereits vorankommen.

Datum:	Tageszeit	Einflüsse auf meine Ängste (wie ungenügende Ernährung, negative Gedanken, mangelnde Fitness)	Echtem bewusst	ängstlich	Wahrlich nicht	keine Angst	Sehr Müde	Mein Eigenbeitrag zur Angstverringering (wie Durchhalten, Bewegung, positive Gedanken, Medikation, Genuss...)
30.07.06	morgens	GESTRICE ANGST		X				THEO DR MÜCK / DEREN
	mittags	ATTACKE WACH						BERUHIGENDER RÜCKRUF
	nachmittags	RECHN! UN WZ? WURDE						
	abends							
	nachts							
01.08.06	morgens	PAUL! DEFEKTE						2 THERAPIE ANGEN
	mittags	AUTOSCHWELLEN / TER-						DR. MÜCK
	nachmittags	HEU DR. MÜCK						ANGSTREIPEIT GENSSEN
	abends						X	THERAPIE NACHWIRKUNG
	nachts							GENSSEN VERANDE-
02.08.06	morgens							RUNGEN WÄHR GEWÄRTEN
	mittags							WILLKOMMEN
	nachmittags	NUTZREISEN UND		X				VERSUCHT NICHT
	abends	KAFFEETRINKEN		X				ZU KATASTROPHISIEREN
	nachts	? ! ? !						E-MAIL "HILFERUF" DR MÜCK
03.08.06	morgens							
	mittags	HEUTE KEINE						BEWEGUNG MOGLICH
	nachmittags	(AUCH MAL SCHÖN)						ANGSTFREIHEIT GENOSSEN
	abends							ANGST AUSDRUCKSART -
	nachts							LICHT DABAU GEDACHT.
04.08.06	morgens	ÜBERSCHLAFEN		X				ANMELDUNG SPORT
	mittags	"ZU WIE AUF EIN-						STUDIO F. FITNESSSTRANG
	nachmittags	MAL VORGEHOMMEN"						
	abends	WASS ABPANGEN						
	nachts	EDOHORISCH !!						
05.08.06	morgens	LEINER INTERNA NACH		X				BEWEGUNG / WAH-
	mittags	EIN WENIG FREIHEIT						NER ISTE OF "WUR-
	nachmittags	BEWACHTUNG						TIGKEIT" DEIN
	abends	IST IN FLIEßCH		X				REINER MUSSE
	nachts	UND BLUT"						SELBSTBESCHAUUNG LACSEN
06.08.06	morgens							BEWEGUNG DIE
	mittags							"BAUK" UND INTER "SKIZZE"
	nachmittags							"BETRACHTET"
	abends							INRE AKTIONEN" VERMÄCHTET
	nachts							

Ein Service der Psychotherapeutischen Praxis von Dr. Dr. med. Herbert Mück, Köln  
(www.dr-mueck.de)

Abb. 7

### 8.3.3 Selbsthilfegruppen

In Österreich findet man ein großes Angebot an Selbsthilfegruppen, die sich mit Angst und Panik auseinandersetzen. Meistens sind die Gruppen offen für Frauen und Männer. Es existieren aber auch reine Frauengruppen.

Im Rahmen einer Selbsthilfegruppe bekommen die Betroffenen die Möglichkeit, über ihre Angst zu sprechen, Erfahrungen auszutauschen und gemeinsam mögliche Lösungsstrategien zu entwickeln. (vgl. Linzer Frauengesundheitszentrum 2010)

### 8.3.4 Entspannungstechniken

Stress und innere Anspannung können das Auftreten von Ängsten verstärken. In einem entspannten Zustand kommt es selten zu starken Angstreaktionen. Das Erlernen von Entspannungstechniken kann helfen, körperliche und emotionale Anspannungen zu verringern und stellt eine große Hilfe zur Bewältigung von Ängsten dar. Am besten bewährt haben sich das autogene Training und die progressive Muskelentspannung nach Jacobsen.

Beim Autogenen Training handelt es sich um eine Selbstentspannungsmethode. In einer Art Selbsthypnose lernt man, sich selbst Ruhe und Entspannung herbeizuführen. Die Beeinflussung bestimmter Körperfunktionen, die normalerweise unwillkürlich ablaufen, wie Herz-, Kreislauf- oder Atmungsreaktionen, wird erlernt. Besonders bei Angststörungen kann das Autogene Training mit regelmäßiger Übung nachweislich gute Erfolge erzielen.

Die Progressive Muskelentspannung ist eine Übung die leicht zu erlernen ist. Durch willkürliches Anspannen und Entspannen bestimmter Muskelgruppen kann nach relativ kurzer Zeit ein tiefer Entspannungszustand erreicht werden. Der Vorteil dieser Technik ist, dass sie an jedem Ort und in jeder Lage durchgeführt werden kann.

Aber auch mit anderen Methoden wie Meditation, Yoga, Tai Chi, Qigong etc. lassen sich individuelle Erfolge erzielen.

(vgl. Angst-Beratung. de 2010)

### 8.3.5 Ernährung und Bewegung

Bei Menschen die jahrelang unter Ängsten leiden, machen sich die Ängste auch im Bezug auf Ernährung und Bewegung bemerkbar.

Durch Alkohol, Zigaretten, übermäßiges und oftmals sehr kalorien- und zuckerhaltiges Essen versuchen sie sich zu beruhigen.

Viele Angstpatienten meiden körperliche Anstrengung, auch wenn sie früher gerne und viel Sport getrieben haben. Die meisten geben ihr Hobby nach Beginn einer Angststörung auf. Aus Angst verzichten sie auf sportliche Aktivitäten, was wiederum dazu führt, dass ihr Kreislauf eher instabil ist.

Angstpatienten sollten folgende Verhaltensweisen in ihrem Alltag berücksichtigen:

Regelmäßige Bewegung stärkt das Vertrauen zum eigenen Körper, stabilisiert das Kreislaufsystem und beeinflusst die Stimmung positiv. Zwei- bis dreimal die Woche für mindestens 30 Minuten spazieren gehen, walken oder Rad fahren fördert das Wohlbefinden.

Auf eine Flüssigkeitszufuhr von 2 bis 3 Liter täglich ist zu achten. Alkohol, Kaffee und Schwarztee sollten nur in kleinen Mengen genossen werden. Sie führen zur Erhöhung des Blutdruckes und zu Gefäßverengung. Das begünstigt wiederum das Auslösen einer Angstattacke. Auch das Rauchen sollte aufgegeben werden.

Der Konsum von Fabrikzucker lässt zunächst den Blutzuckerspiegel ansteigen. Wenn der Zuckerspiegel dann unter den Normalwert sinkt, entsteht eine Unterzuckerung, die mit Kreislaufveränderungen einhergeht. Wenn man unter Ängsten leidet, wirkt dies zusätzlich beunruhigend. (vgl. Wolf 2006, S. 109f)

## 9. DISKUSSION

Frauen sind in etwa doppelt so häufig von Angststörungen betroffen wie Männer. Das wird auch durch zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten bestätigt.

Trotzdem sind die Besonderheiten von psychischen Erkrankungen bei Frauen immer noch ein vernachlässigtes Gebiet in der deutschsprachigen Psychiatrie und Psychotherapie.

Die Ursachen der Häufigkeitsunterschiede von Angststörungen sind vielfältig. Es wird darüber diskutiert, dass bestimmte Diagnosen bei Frauen eher gestellt werden oder Frauen ihre Beschwerden besser wahrnehmen und sich trauen, offener darüber zu reden. Dass Frauen schneller und häufiger therapeutische Hilfe suchen als Männer gilt als weiterer Faktor in Bezug auf die Häufigkeitsunterschiede.

Andererseits werden Unterschiede erwähnt, die tatsächlich mit dem Geschlecht im Zusammenhang stehen. Diese sind zum Teil biologisch, zum Teil psychosozial und kulturell, meistens aber multifaktoriell zu erklären.

Auf die Frage, welche frauenspezifischen Merkmale und Risikofaktoren sich hinsichtlich Angsterkrankungen erkennen lassen, wurden folgende Antworten gefunden:

Schon die frühen Unterschiede in der psychischen Entwicklung und der Erziehung von Jungen und Mädchen stellen Risikofaktoren auf der psychosozialen Ebene dar. Mädchen werden eher zu „Hilflosigkeit“ und geringem Selbstvertrauen erzogen, Jungen hingegen zu aktiver Bewältigung. Frauen neigen dazu, Konflikte zu verinnerlichen und mit Schuldgefühlen und psychischen Störungen zu reagieren. Männer tendieren zu aktiven, zum Teil aggressiven Bewältigungsstrategien und zu Suchtmitteln.

Die Abhängigkeit von Frauen im Berufsleben oder in der Partnerschaft kann ebenso das Risiko einer Angststörung erhöhen. Belastungen wie z.B. Mutter, Ehefrau, Haushälterin, berufstätige Frau und Pflegende gleichzeitig zu sein, können zu massiver Überforderung führen. (vgl. Riecher-Rössler & Rohde 2007, S. VII f)

Als biologische Risikofaktoren lassen sich genetische und hormonelle Einflüsse nennen. Einen der Gründe für die höhere Anfälligkeit von Frauen für Angststörungen sehen Forscher in den genetischen Ursachen von Angst. Frauen haben eine höhere genetische Disposition in Bezug auf psychische Störungen. Aber allein durch genetische Veranlagung entwickeln sich keine komplexen Störungsbilder. Damit sich eine veranlagte Störung im Laufe des Lebens ausbildet, müssen mehrere Faktoren wie Umwelteinflüsse und Sozialisation einwirken. (vgl. Jacobi 2005, S. 63f)

Die Geschlechtshormone spielen eine wichtige Rolle in der Entwicklung von Angstsymptomen. Hormonelle Veränderungen wie in der Pubertät, rund um Schwangerschaft oder Geburt stellen für Frauen besondere Risikozeiten dar. Risikofaktoren der sozialwissenschaftlichen Ebene sind in den spezifischen Lebensbedingungen und Teilhabechancen von Frauen zu erkennen. Frauen sind zwar in fast jedem Beruf beschäftigt, es schafft aber selten eine Frau bis in die Chefetage aufzusteigen. Auf der einen Seite werden Frauen gleichberechtigt ausgebildet, auf der anderen Seite können sie ihre Möglichkeiten nur unter großen Mühen verwirklichen. (vgl. Jacobi 2005, S. 74)

Bei gleicher Ausbildung verdienen Frauen in einer Vollzeitstellung immer noch um 22 % weniger als Männer. (vgl. Die Presse 2009)

Das größte Karrierehindernis stellt die Gründung einer Familie dar. Obwohl die Möglichkeit besteht, dass auch Männer in Karenzurlaub gehen können, ist es in der Praxis nicht üblich. Frauen, die Familie und Karriere vereinbaren wollen, müssen perfekt planen.

Ursache und Entstehung von Angsterkrankungen sind multifaktoriell. Ein Zusammenspiel zahlreicher Faktoren ist verantwortlich für die Entwicklung dieser psychischen Störung. Häufig ist der Krankheitsverlauf chronisch und geht mit starker psychosozialer Beeinträchtigung einher. (vgl. Möller, Laux & Kapfhammer 2005, S. 1235)

Angst ist ein Warnsystem, das uns schützt. Wenn die Angst aber unkontrollierbar wird und die Gedanken bestimmt, hat sie ihre ursprüngliche Funktion verloren. Man spricht dann von irrationalen Ängsten, die das Krankheitsbild einer Angststörung darstellen.

Krankhafte Ängste sind kein Schicksal, das einfach hingenommen werden muss. Es gibt konkrete Hilfe und Unterstützungsmöglichkeiten für Betroffene. Übersteigerte und unangemessene Angst kann nur überwunden werden, wenn eine Konfrontation mit der Angst stattfindet. Dadurch wird erlebt, dass die Angst auszuhalten ist, ungefährlich ist und verschwindet, wenn sie zugelassen wird. Die Angstkonfrontation ist einer der wichtigsten Bausteine in der Angstbehandlung. Sie wird im Rahmen der Verhaltenstherapie angewendet, die sich am besten von allen Therapieverfahren für die Behandlung von Angstkrankheiten eignet. (vgl. Merkle 2010)

In der Behandlung von Angststörungen werden besonders bei Frauen Beruhigungsmittel und andere Psychopharmaka verschrieben. Vorsicht ist bei der Einnahme von Beruhigungsmitteln geboten, da diese relativ schnell zu körperlicher Abhängigkeit führen. Aufgrund der guten Wirksamkeit und der im Vergleich zu den trizyklischen Antidepressiva besseren Verträglichkeit werden in der heutigen Zeit am häufigsten Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren verschrieben. Generell können Angststörungen sehr gut und mit dauerhaftem Erfolg behandelt werden. Der Einsatz von Medikamenten als alleinige Therapie birgt jedoch ein hohes Rückfallrisiko. Auch eine zu leichtfertige Verschreibung von SSRI's, TZA's, MAO-Hemmern sowie Beruhigungsmitteln wie Benzodiazepinen wird immer wieder diskutiert. (vgl. Jacobi 2005, S. 146f, S. 155)

Neben professioneller Hilfe steht Frauen auch ein großes Angebot an Selbsthilfemaßnahmen zur Verfügung.

Die Änderung des Denkmusters ist eine wirksame Strategie um den Teufelskreis der Angst zu durchbrechen. Je mehr die Angst vor einer Panikattacke verloren geht, desto geringer wird die Angst.

Schon alleine das Wissen, dass eine Angstattacke keinen Herzinfarkt auslöst, nicht zu Ohnmacht führt, es nicht zum Erstickten kommt und man nicht verrückt wird, mindert die Angst.

Um sich der eigenen Ängsten bewusst zu werden, empfiehlt sich die Führung eines Angsttagebuchs. Durch die Dokumentation der eigenen Ängste wird klar, was einen beschäftigt oder was besonders beängstigend und bedrohlich auf einen wirkt. (vgl. Jacobi 2005, S. 196f)

Ein großes Angebot an Selbsthilfegruppen bietet Unterstützung für Betroffene. Körperliche und emotionale Anspannungen oder Erregungen werden durch Entspannungstechniken verringert. Die Empfindlichkeit für Belastungssituationen wird reduziert und ein Zustand der Entspannung und des Wohlbefindens herbeigeführt. Eine bewährte Methode zur Entspannung durch sanfte Bewegung ist die progressive Muskelentspannung. Auf mentaler Ebene hat sich das autogene Training zur Herbeiführung eines Entspannungszustandes bewährt.

Einer der besten „Stress-Killer“ ist regelmäßige Bewegung. Untersuchungen von Sportwissenschaftlern haben ergeben, dass sportliche Betätigung alltäglichen Stresssituationen entgegenwirkt und Angst ebenso mildert wie Depressionen. (vgl. Angst Portal.de 2010)

Gesundes Essen hält nicht nur den Körper fit. Eine Studie der Universität Melbourne legt nahe, dass auch die psychische Verfassung mit den Ernährungsgewohnheiten zusammenhängt. Ein hoher Konsum an Burgern, Weißbrot, Pizza, Pommes frites, Milchgetränken, Bier und stark zuckerhaltigen Nahrungsmitteln erhöhte bei Frauen die Wahrscheinlichkeit einer Angststörung und Depression um bis zu 50 Prozent. Reichlicher Verzehr von Gemüse, Obst, Rindfleisch, Lammfleisch, Fisch und Vollkornprodukten senkte hingegen die Wahrscheinlichkeit für Angststörungen und Depressionen um 30 Prozent. (vgl. Lundbeck 2010)

## 10. RESÜMEE

Ziel meiner Arbeit war es, Merkmale und Risikofaktoren von Angststörungen, die besonders das weibliche Geschlecht betreffen, herauszuarbeiten. Überaus wichtig war mir aber auch, die Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Durch diese Bachelorarbeit ist mir bewusst geworden, dass nicht nur die Angststörungen sondern psychische Störungen generell immer noch ein Tabu sind und nicht in unsere „Leistungs-Gesellschaft“ passen. Dabei handelt es sich bei Störungen dieser Art um ernstzunehmende Erkrankungen.

Bei Angsterkrankungen werden die Betroffenen im Alltag stark von ihren Ängsten behindert. Oft verändern sie ihr ganzes Leben, um nicht den Situationen zu begegnen, vor denen sie Angst haben. (vgl. Wolf 2006, S. 7)

Erschwerend kommt hinzu, dass das Umfeld nicht gerade mit Verständnis auf eine Angsterkrankung reagiert. Schnell wird von „Verrückten“ gesprochen, dabei sagt diese Störung nichts über die tatsächliche Geistesverfassung aus.

Vorurteile gegen psychisch Kranke stellen außerdem ein Hemmnis in der Behandlung dar. Sie bestimmen mit, ob eine psychiatrische Diagnose akzeptiert wird, ob die Patienten bei der Behandlung mitarbeiten und wie sich Menschen, die an einer psychischen Störung leiden, in der Welt bewegen können. (vgl. Mayer 2010)

Die Angst vor Diskriminierung und gesellschaftlicher Stigmatisierung ist bei Erkrankten groß. Das stellt eine zusätzliche Belastung für die Betroffenen dar und kann zu einer Verschlimmerung der Angststörung führen.

Deshalb sind Information und Aufklärung über psychische Krankheiten absolut notwendig, um seelischen und geistigen Erkrankungen das „Unheimliche“ zu nehmen.

Geschlechtsunterschiede bei Angststörungen sollten in Zukunft stärkere Berücksichtigung im klinischen Alltag, aber auch in der Forschung, Lehre und Weiterbildung finden.

Die Ursachen für eine Angststörung sind geschlechtsspezifisch unterschiedlich. Daher benötigen Frauen und Männer jeweils individuell angepasste Therapiemodalitäten. (vgl. Vogelgesang 2010)

Erwähnen möchte ich auch, dass die psychische Gesundheit von Männern selten Gegenstand wissenschaftlicher Forschung ist und kaum gesellschaftlich thematisiert wird. Eine verstärkte Forschung auf diesem Gebiet ist deshalb erstrebenswert. (vgl. Kasper 2010)

Um eine individuelle Behandlung möglich zu machen, bedarf es einer differenzierten Wahrnehmung von Mann und Frau.

Mit diesen hier vorliegenden Seiten wollte ich zu einem besseren Verständnis von psychischen Krankheiten im Allgemeinen und Angststörungen bei Frauen im Speziellen beitragen.

„Man muss sich einer Gefahr nicht bewusst sein,  
um sich zu fürchten.

Es sind die unbekanntes Gefahren,  
die uns die größte Angst einflößen.“

von Alexandre Dumas

## 11. LITERATURVERZEICHNIS

### BÜCHER

**Bröhm**, P 1997, *Leben ohne Angst*, Kreuz Verlag GmbH & Co. KG, Stuttgart.

**Butcher**, J.N, **Mineka**, S, **Hooley**, J.M 2009, *Klinische Psychologie*, 13. Auflage, Pearson Education Deutschland GmbH, München.

**Jacobi**, P 2005, *Ängste besiegen, Panik überwinden*, Rowohlt Verlag GmbH, Hamburg.

**Kleespies**, W 2003, *Angst verstehen und verwandeln*, Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, München.

**Margraf**, J, **Schneider**, S 1990, *Panik, Angstanfälle und ihre Behandlung*, 2. Auflage, Springer Verlag, Berlin Heidelberg.

**Moeller**, H.J, **Laux**, G, **Kapfhammer** H.P 2005, *Psychiatrie & Psychotherapie*, 2. Auflage, Springer Verlag, Heidelberg.

**Morschitzky**, H 2009, *Angststörungen, Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe*, 4. Auflage, Springer Verlag, Wien.

**Pawlik**, K (Hg.) 2006, *Handbuch Psychologie, Wissenschaft-Anwendung-Berufsfelder*, Springer Verlag, Heidelberg.

**Riecher-Rössler**, A, **Rohde**, A (Hg.) 2001, *Psychische Erkrankungen bei Frauen*, Verlag S. Karger, Freiburg.

**Rohde**, A, **Marneros**, A (Hg.) 2007, *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie*, Kohlhammer GmbH, Stuttgart.

**Schmidt-Traub**, S 1995, *Angst bewältigen, Selbsthilfe bei Panik und Agoraphobie*, Springer Verlag, Berlin Heidelberg.

**Schmidt-Traub**, S 2008, *Angst bewältigen, Selbsthilfe bei Panik und Agoraphobie*, 4. Auflage, Springer Verlag, Berlin Heidelberg.

**Wittchen**, H-U, **Benkert**, O, **Boerner**, R, **Gülsdorff**, B, **Philipp**, M, **Szegedi**, A 1997, *Panik-Ratgeber*, Verlag S. Karger, Basel.

**Wolf**, D 2006, *Ängste verstehen und überwinden*, 19. Auflage, PAL Verlagsgesellschaft, Mannheim.

### **ZEITSCHRIFTEN/PUBLIKATIONEN**

**Hättenschwiler**, J, **Höck**, P 2002 'Angststörungen, Diagnostik'. *Schweiz Med Forum*, Nr. 6, S. 125–126.

**Wittchen**, H-U, **Jacobi**, F 2004, Robert Koch-Institut (Hg.), 'Angststörungen'. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Nr. 21, S. 3-27.

**Kasper**, S 2010 'Somatoforme Störungen'. *CliniCum neuropsych*, Nr. 5, Editorial.

### **INTERNET**

Angst-Beratung. de 2010, 'Entspannungsverfahren' Stand 11.10.2010, <<http://www.angst-beratung.de/Entspannung.htm>>

Angst Portal.de 2010, 'Entspannungsmöglichkeiten' Stand 18.11.2010, <<http://angstportal.de/Entspannungsmoeglichkeiten.html>>

Balance Verein 2009, 'Angsterkrankungen' Stand 20.10.2010, <<http://www.depressionen-selbsthilfe.de/angst.htm>>

Die Presse 2009, 'Schlechte Chancen für gebildete Frauen' in Kepler Society Stand 17.11.2010, <<http://www.ks.jku.at/article.php?article=5719&cid=2>>

Ernst, C, 2001 'Geschlechtsunterschiede bei psychischen Erkrankungen', zit. n. Riecher-Rössler, A, Rohde, A (Hg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen*, Verlag S. Karger, Basel-Freiburg. Stand 7.11.2010,  
<<http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/frau2.pdf>>

Faust, V, 2010 'Frau und seelische Störung, Monatsblutung und psychosoziale Folgen' Stand 10.12.2010,  
<<http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/frau4.pdf>>

Gartlehner, G 2009 'Gibt es internationale Erklärungsmodelle für den Anstieg psychiatrischer Erkrankungen?' Stand 18.10.2010,  
<[http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/departement/evidenzbasierte\\_medizin/projekte/systematische\\_reviews\\_und\\_health\\_technology\\_assessments/pr\\_ve\\_nition\\_und\\_gesundheitsf\\_rderung/report\\_psychpres\\_090310.pdf](http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/departement/evidenzbasierte_medizin/projekte/systematische_reviews_und_health_technology_assessments/pr_ve_nition_und_gesundheitsf_rderung/report_psychpres_090310.pdf)>

Linzer Frauengesundheitszentrum 2010, 'Wenn die Angst das Leben bestimmt' Stand 10.11.2010,  
<<http://www.fgz-linz.at/selbsthilfe.html#1>>

Lundbeck 2010, 'Psyche: Wie wichtig ist der Speiseplan?' Stand 18.11.2010  
<<http://www.depression.at/scripts/index.php?content=2133&highlighted=98&authenticationid=&iWasAlreadyHere=true>>

Mayer, K.C 2010, 'Vorurteile und ihre Wirkungen in der Medizin' Stand 19.11.2010  
< <http://www.neuro24.de/vorurt.htm>>

Merkle, R 2010, 'Beratung und Hilfe zu Angst und Panik' Stand 17.11.2010,  
< <http://www.palverlag.de/Angst.html>>

Morschitzky, H 2004 'Angststörungen; Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe' Stand 9.11.2010,  
<<http://www.panikattacken.at/antidepressiva/antidepressiva.htm>>

Pschyrembel, W 2010 'Klinisches Wörterbuch Online' Stand 13.11.2010,  
<<http://han.meduni-graz.at/han/Pschyrembel/>, 13.11.2010>

Rössler et al. 2010 'Prostituierte leiden überdurchschnittlich an Angststörungen und Depressionen' Stand 8.11.2010,  
<<http://www.mediadesk.uzh.ch/articles/2010/prostituierte-leiden-ueberdurchschnittlich-an-angststoerungen-und-depressionen.html>>

Stein, P, Lanzenberger, R, Kasper, S 2009 'Wie Hormone auf das weibliche Gehirn wirken' Stand 15.11.2010,  
<<http://www.dfponline.at/dynasite.cfm?dsmid=103363&dspaid=850876>>

Stein, P, Kasper, S, Lanzenberger, R 2010, 'Sexualhormone und Gehirn', Stand 7.10.2010, <[http://www.femica.at/hormone/sexualhormone\\_gehirn/index.htm](http://www.femica.at/hormone/sexualhormone_gehirn/index.htm)>

Vogelgesang, M 2010, ' Angststörungen: Bei Frauen häufiger und anders als bei Männern', Stand 20.11.2010, <http://www.psychologie-aktuell.com/news/aktuelle-news-psychologie/news-lesen/article/2010/09/30/1285825912-angststoerungen-bei-frauen-haeufiger-und-anders-als-bei-maennern.html>

Wolf, D 2010, 'Angst vor Veränderungen' Stand 7.11.2010,  
<<http://www.angst-panik-hilfe.de/angst-vor-veraenderung.html>>

Welz, S 2010, 'TH-01 Überblick der Therapien', Stand 10.11.2010,  
<<http://angstportal.de/TH01---Ueberblick-der-Therapien.html>>

Westfälische Wilhelms-Universität 2002, 'Psychische Erkrankungen bei Frauen' Stand 18.10.2010,  
<<http://www.uni-protokolle.de/nachrichten/id/9280/>>

## **BROSCHÜRE**

Frauengesundheitszentrum Graz, *Angst und Panikstörung, Eine Information für Patienten und deren Angehörige*, Lundbeck Austria GmbH, Wien.