

## 6 Angststörungen und Kultur

Thomas Stompe

Angst ist ein Gefühl, das auf eine Gefahr hinweist und uns in Alarmbereitschaft versetzt. Angst tritt zumeist in Situationen auf, die als bedrohlich, ungewiss und unkontrollierbar erlebt werden. Furcht hingegen wird durch konkrete Objekte oder Situationen ausgelöst. Da der Energieaufwand für eine Flucht gering ist, übersehene Bedrohungen aber äußerst folgenschwere Auswirkungen, im schlimmsten Fall den Tod des Individuums, nach sich ziehen können, ist die „Alarmanlage“ Angst sehr empfindlich eingestellt, was naturgemäß zu vielen Fehlalarmen führt. Angst ist tief evolutionsgenetisch verankert, findet sich bei den meisten höheren Tierarten und kann in allen uns bekannten Kulturen und Ethnien nachgewiesen werden (Panksepp 1998). Einige Ängste wie etwa die Furcht vor Schlangen sind genetisch determiniert, zahlreiche andere wurden im Laufe des Lebens erlernt. Im Gegensatz zu Tieren kann beim Menschen Angst auch durch Bedrohungen des Selbstbildes oder der Selbstachtung ausgelöst werden.

Neurobiologen nehmen an, dass bidirektionale Übergänge zwischen Zuständen hoher und niedriger Angst kontextabhängig durch sehr schnelle Veränderungen in basalen Amygdala-Neuronen ausgelöst werden (Canteras et al. 2010; Parkes u. Westbrook 2011). Ausgehend von der Amygdala werden das periaquäduktale Grau, der Locus coeruleus, der Nukleus parabrachialis sowie das vegetative Nervensystem über die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse aktiviert.

Die dadurch ausgelösten körperlichen Symptome der Angst wie erhöhte Aufmerksamkeit, weite Pupillen, höhere Empfindlichkeit der Seh- und Hörnerven,

erhöhte Reaktionsgeschwindigkeit, erhöhte Muskelanspannung, erhöhte Herzfrequenz und Blutdruck, flachere und schnellere Atmung sowie gesteigerte Energiebereitstellung in Muskeln sollen ein Lebewesen auf eine Kampf- oder Fluchtsituation vorbereiten. Auf der anderen Seite werden Körperfunktionen wie Blasen-, Darm- und Magentätigkeit während des Zustands der Angst gehemmt.

Emotionen entstehen im Spannungsfeld zwischen Kultur und Biologie, die Person in ihrem bio-psycho-soziokulturellen Sosein nimmt eine vermittelnde und performative Rolle ein. Gegen die Theorie der universalen Gleichförmigkeit von Emotionen, wie sie von Verhaltensforschern wie Ekman (1973) sowie Grammer und Eibl-Eibesfeldt (1993) vertreten wird, wurde von Linguisten wie Wierzbicka (1999) grundsätzliche Einwände erhoben. Wierzbicka merkt an, dass die westlichen Basisemotionen auch kulturelle Artefakte sein könnten. Vormoderne japanische Schriftsteller etwa nannten zumeist sieben Gefühle (*shichi jos*) für Erwachsene und alte Menschen (Kojima 1999), die folgendermaßen übersetzt werden können: *ki* (Freude), *do* (Ärger), *ai* (Traurigkeit), *raku* (Wohlbefinden), *as* (Liebe), *o* (Hass) und *yoku* (Begierde).

Einige Kulturen haben viele Begriffe für diskrete Emotionen, andere nur eine Handvoll: Ärger und Trauer werden in Uganda mit dem gleichen Begriff bezeichnet, gleiches gilt für Furcht und Scham bei den australischen Aborigines sowie für Hass und Ekel auf Samoa. Die sibirischen Ifaluk verbinden mehrere Emotionen zu einer einzigen komplexen, *fago* genannten Emotion. Fago umfasst die deutschen Begriffe „Mitleid, Traurigkeit, Liebe, Respekt und Dankbarkeit“ (Lutz 1988).

Emotionen stehen in engem Zusammenhang mit anderen psychischen Funktionen wie Wahrnehmung, Gedächtnis und Denken, die ihrerseits wiederum durch kulturell generierte Begriffssysteme vermittelt sind. Diese Begriffssysteme bilden semantische Netzwerke, die im Falle von Gefühlswörtern kulturell geprägte Variationen aufweisen können (Romney et al. 2000).

In jeder Kultur existiert ein mehr oder weniger explizites naives Laienverständnis darüber, was eine Emotion ist und welche Bedeutung ihr in bestimmten Situationen zukommt. Diese „Ethnotheorien“ beeinflussen das emotionale Leben der Mitglieder der jeweiligen Kultur. Viele Westeuropäer und Nordamerikaner etwa meinen, dass Emotionen unabhängig von Kognitionen sind. Gefühle sind irrational, unkontrollierbar, subjektiv, individuell, körperbezogen, natürlich und typisch weiblich. Andere Ethnien wiederum haben keinen übergeordneten Begriff für Gefühle. Emotionen werden als integrierter Bestandteil von Einstellungen, Bedürfnissen, Verhaltensweisen und Denkprozessen betrachtet. Es ist anzunehmen, dass konzeptionelle Unterschiede von Emotionen zu unterschiedlichen emotionalen Erlebnisweisen führen. Indem Ethnotheorien für objektive Wahrheiten gehalten werden, erzeugen sie die von ihnen beschriebenen emotionalen, physischen und sozialen Beziehungsmuster.

Auch der Ausdruck von Emotionen ist in vielen Fällen kulturell reglementiert. Yanomani-Frauen etwa messen die Liebe und das Interesse ihres Mannes an der Häufigkeit der Schläge und Brandmale, die dieser ihnen zugefügt werden. Bekannt ist die Disziplin der Kontrolle des Gefühlsausdrucks, die von Japanern erwartet wird. Aber auch im europäischen Rokoko oder im Amerika des 18. Jahrhunderts waren Männer und Frauen angehalten, den emotionalen Ausdruck in Stimme und Mimik zu unterdrücken. Ebenso unterliegt die Identifikation von Gefühlen in der Mimik kulturellen Einflüssen. So wurden amerikanischen Versuchspersonen Bilder von verschiedenen Gesichtsausdrücken der Fore aus Neuguinea vorgelegt. Nur 18% konnten Furcht korrekt identifizieren, lediglich 27% erkannten Überraschung richtig. Bessere Ergebnisse fanden sich bei Ekel (46%) und Ärger (51%). Umgekehrt benannten die Fore Fotos von Amerikanern mit ärgerlichem Gesichtsausdruck mit ihren Terminus für Traurigkeit (Russel u. Fernandez-Dols 1997). Insgesamt zeigten jedoch Metaanalysen, dass Emotionen auch zwischen Mitgliedern unterschiedlicher Kulturen besser erkannt werden als es der Zufallswahrscheinlichkeit entspricht (Elfenbein u. Ambady 2002).

Obwohl bei allen Menschen ein evolutionspsychologisch ableitbarer Grundbestand angstauslösender Situationen und Objekte existiert, gibt es erhebliche kulturelle und geschichtliche Varianten (z.B. Delumeau 1988). Für Emotionen gilt somit ähnlich wie für andere normopsychische und psychopathologische Phänomene die Regel, dass ihre Gestaltung von komplexen Interaktionen biologischer, kultureller und individueller Faktoren abhängt. Dies gilt es zu berücksichtigen bevor man sich den Erscheinungsformen pathologischer Ängste, den sogenannten Angststörungen, zuwendet.

## 6.1 Angststörungen

Unter Angststörungen versteht man eine Gruppe von Störungen, in deren Zentrum das subjektive, verhaltensmäßige und körperliche Erleben einer dysfunktionalen Angst steht. Diese tritt in einer unangemessenen Situation auf oder ist in Relation zur auslösenden Ursache unangemessen stark. Angststörungen unterscheiden sich damit von der normalen und biologisch notwendigen Angst, die Menschen eine reale Gefahr signalisieren soll. Eingeteilt werden Angststörungen in objektbezogene und objektlose Ängste (s. Abb. 27).

Bei den objektlosen Ängsten unterscheidet man nach Dauer und Intensität der Angst Panikstörungen und generalisierte Ängste, bei den objektbezogenen Ängsten solche mit externen (Phobien) und internen Auslösereiz (somatoforme Störungen). Letztere werden im DSM-IV und im ICD-10 zu den neurotischen Störungen gerechnet. Bei der Gruppe der Phobien werden die Agoraphobie, die Sozialphobie und einfache Phobien wie Klaustrophobie, Höhenangst oder verschiedene Tierphobien unterschieden. Häufig werden auch traumareaktive Störungen wie die Posttraumatische Belastungsstörung zu den Angststörungen

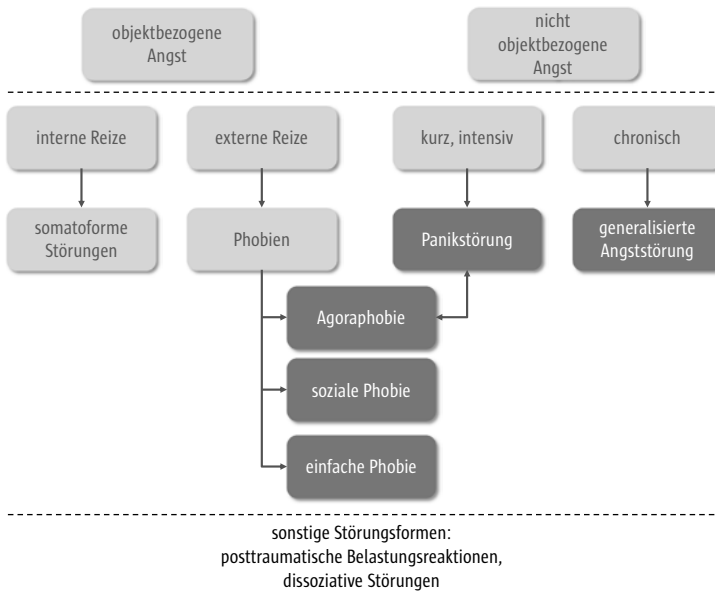


Abb. 27 Systematik der Angststörungen

gezählt. In der Folge werden wir uns auf die Kerngruppe der Angststörungen (Panikstörung, generalisierte Angststörung und Phobien) beschränken, da die Posttraumatische Belastungsstörung und die somatoforme Störung an andere Stelle in diesem Band besprochen werden.

Epidemiologische und kulturvergleichende Forschungen zeigen, dass Angststörungen universell vorkommen. Wie der 15 Regionen einschließende World Mental Health Survey der WHO (Demyttenaere et al. 2004) ergab, schwankt die 12-Monats-Prävalenz zwischen 2,4% und 18,2% (s. Abb. 28).

Daraus resultiert eine durchschnittliche 12-Monats-Prävalenz von 6,6%. Deutlich über dem Median lagen die Niederlande (8,8%), der Libanon (11,2), Frankreich (12,0%) und die USA (18,2%), nahe am Median Italien (5,8%), Spanien (5,9%), Deutschland (6,2%), Mexiko (6,8%), die Ukraine (7,1%), deutlich darunter Nigeria (3,3%) und China (Beijing 3,2%, Shanghai 2,4%). Diese Ergebnisse lassen sich aus zwei ergänzenden Perspektiven interpretieren.

Angst manifestiert sich auf kognitiver, affektiver, somatischer und Verhaltensebene (s. Abb. 29).

Es muss beachtet werden, dass Kulturen und Ethnien einzelne Abschnitte des sogenannten „Teufelskreis der Angst“ (Margraf u. Schneider 1989) unterschiedlich stark gewichten. In China, einem Land mit niedriger Prävalenz für Angststörungen, wird fast ausschließlich die somatische Komponente des „Teufelskreises der Angst“ betont, die psychische Komponente wird geradezu negiert. Wie bereits Kleinman (1986) zeigte, führt dies etwa bei Depressionen,

## 6.1 Angststörungen

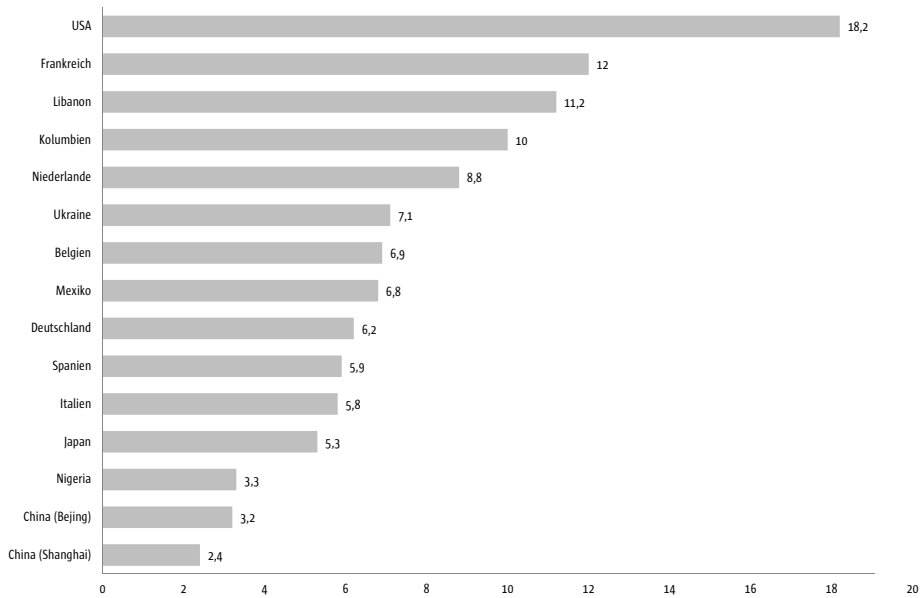


Abb. 28 12-Monatsprävalenz aller Angststörungen nach DSM-IV (nach Demyttenaere et al. 2004)

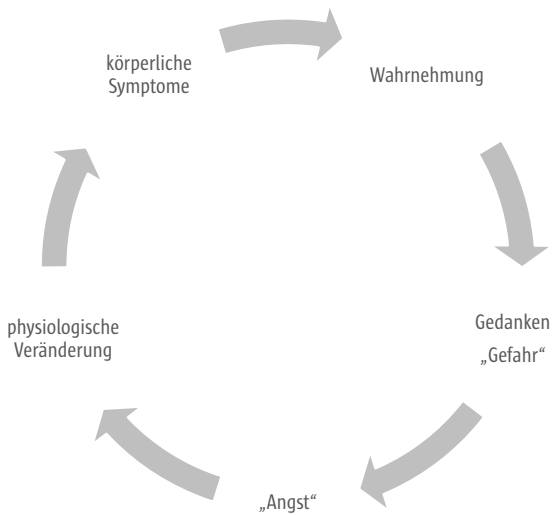


Abb. 29 Der Teufelskreis der Angst

wo Somatisierung eine ähnlich große Rolle wie bei Angststörungen einnimmt, zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenz. In Nigeria findet sich eine ähnliche Konstellation. Patienten erleben Angst körpernah als Insekten oder Parasiten, die durch das Gehirn oder durch andere Körperpartien kriechen (Agorastos u. Ströhle 2011).

Chinesen und Nigerianer zeichnen sich darüber hinaus durch ein stark am Kollektiv orientiertes Selbstkonzept aus (Markus u. Kitayama 1991). Wie bereits Parin et al. (1993) am Beispiel der nigerianischen Dogon beschrieben haben reagieren Angehörigen von Ethnien, in denen ein sogenanntes Gruppen-Ich verbreitet ist, flexibler auf Belastungen, was wiederum ein protektiver Faktor gegen die Entwicklung von Angststörungen sein könnte.

Im oberen Bereich der Prävalenz finden sich mit den USA und den europäischen Staaten Länder, in denen Angststörungen vorwiegend über psychische Symptome ausgedrückt werden, weshalb die Betroffenen in den von westlichen Psychiatern entwickelten Fragebögen hoch scoren.

Die großen kulturvergleichenden Untersuchungen der letzten 30 Jahre waren methodisch wesentlich stringenter als ältere Studien. Letztere sind nur beschränkt miteinander vergleichbar, da zumeist unterschiedliche Diagnosekriterien und Durchführungsmethoden zur Anwendung kamen und Komorbiditäten mit anderen Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen, Depressionen etc. nicht berücksichtigt wurden. Aber auch die neuen kulturvergleichenden Studien können nur bedingt Auskunft über die wirkliche Häufigkeit der Angststörungen geben. Der wissenschaftstheoretische Hintergrund dieser epidemiologischen Untersuchungen ist absolutistisch ausgerichtet (s. Stompe, in diesem Band). Variablen wie die unterschiedliche semantische Organisation des Gefühlswortschatzes der einzelnen Sprachen, kulturelle Normalitätsannahmen, Krankheitskonzepte sowie kollektive Werte und kognitive Muster bleiben dabei zwangsläufig unberücksichtigt. Darüber hinaus existieren auch transkulturelle Unterschiede der Psychopathologie der Angststörungen, was die Entwicklung valider Erhebungsinstrumente schwierig gestaltet. Um ein angemessenes universalistisches Forschungsdesign zu entwickeln, wären im Vorfeld großer kulturvergleichender, epidemiologischer Untersuchungen qualitative Studien vor Ort erforderlich. Durch die Anwendung der Grounded Theory und anderer inhaltsanalytischer Verfahren könnten kulturspezifische Fragebögen entwickelt werden, die eine valide Erfassung von Angststörungen erlauben. Verabschieden müsste man sich allerdings von der Idee, dass ein Fragebogen für sämtliche Kulturen anwendbar ist. Im Vorfeld der eigentlichen epidemiologischen Untersuchung müsste viel Zeit und Energie in methodische Fragestellungen investiert werden, um die strukturelle und inhaltliche Äquivalenz der kulturspezifischen Untersuchungsinstrumente sicher zu stellen. Während der absolutistische Ansatz häufig am Problem der Validität der Fragebögen scheitert, wird bei einem universalistischen Ansatz die Reliabilität der zentrale Diskussionspunkt sein.

In der Folge werden die Phänomenologie der einzelnen Angststörungen sowie ihre kulturelle Verteilung und Ausgestaltung besprochen.

## 6.2 Panikattacken und Panikstörungen

Bei der Panikstörung spielt die positive Rückkoppelung von Angst, die dadurch ausgelöst körperlichen (physiologischen) Veränderungen und die kognitiv verzerrten Bewertungen der Situation eine ausschlaggebende Rolle. Am besten ist dies am Modell des „Teufelskreis der Angst“ von Margraf und Schneider (1989) nachzuvollziehen (s. Abb. 29).

Die Komponenten Wahrnehmung, Gedanken, physiologische Veränderungen und körperliche Symptome interagieren miteinander. Der Teufelskreis kann an jeder Stelle in Gang kommen. So kann das Wahrnehmen eines beschleunigten Herzschlages zu dem Gedanken führen, dass „etwas mit dem Herz nicht in Ordnung ist“, was wiederum das Gefühl der Angst aktiviert, den Herzschlag beschleunigt und eine raschere und flachere Atmung (Hyperventilieren), psychomotorische Unruhe mit Schwitzen, Schwindelgefühlen oder Parästhesien an den Extremitäten auslösen kann. Die Wahrnehmung der körperlichen Veränderungen steigert wiederum die Angst und verstärkt die Überzeugung, dass ganz offensichtlich gerade etwas Schlimmes droht (Herzinfarkt, Ohnmacht).

Margraf und Schneider (1989) unterscheiden zwei Ursachen für Panikattacken: Die Erwartungshaltung nach einem Angstanfall kann in vergleichbaren Situationen zu neuerlichen Panikattacken führen (Die Angst vor der Angst). Bevorstehende als belastend empfundene Situationen wie etwa Referate, bedeutungsvolle Gespräche, oder Prüfungen, führen zu einem erhöhten Stressniveau und begünstigen das Auftreten eines Angstanfalles. In beiden Fällen wird die Schwelle für Angstanfälle herabgesetzt, es kommt stressbedingt zur vermehrten Ausschüttung von Adrenalin und anderen Hormonen, die aversive körperliche Empfindungen hervorrufen können (schwitzen, zittrig sein, u.a.), deren Wahrnehmung und kognitive Bewertung („Ich falle gleich tot um“) wiederum den Teufelskreis der Angst antreiben.

Es gibt allerdings auch Angstanfälle, die nicht unbedingt auf eine bewusst wahrgenommene gesteigerte Angst folgen. Nach Margraf und Schneider beginnen unerwartete Angstanfälle nicht mit Angst, sondern mit inneren Reizen, ihrer Wahrnehmung und ihrer Bewertung bzw. Verknüpfung mit Gefahr. Diese inneren Reize sind häufig körperliche Empfindungen, können aber auch Gedanken oder Vorstellungen sein („ich bin krank“). Es gibt eine Vielzahl solcher Reize. Zum einen handelt es sich dabei oft um normale körperliche Vorgänge, die von den meisten Menschen gar nicht wahrgenommen werden (z.B. Extrasystolen beim Herzschlag oder Mitralklappenprolaps), zum anderen können körperliche Belastungen, starke Gefühle (große Freude oder Ärger), falsches Atmen oder falsche Ernährung zu körperlichen Sensationen führen, die vom Patienten als bedrohlich perceived werden und einen Angstanfall hervorrufen.

Panikreaktionen und -erkrankungen sind aus allen Kulturen und Ethnien bekannt (Pfeiffer 1994). Ethnopsychiatrische Untersuchungen fanden ausgeprägte

Angstreaktionen bereits bei Jäger- und Sammlerkulturen. Cree-Indianer etwa mussten in Zeiten der Wildarmut allein auf die Jagd gehen. Dabei stellten sich bei einigen Personen heftige Angstanfälle ein, was eine erhebliche Minderung des individuellen Nahrungsgewinns zu Folge hatte (Saindon 1933). In vieler Hinsicht vergleichbar ist die Kayak-Angst (*pibloktoq*) der Inuits (Gussow 1985). Diese Form der Angstattacke tritt vorwiegend dann auf, wenn das Boot auf der spiegelglatten See still liegt und der Jäger den Blick unbeweglich fixiert, um auf das Auftauchen einer Robbe rasch reagieren zu können. Die Attacken dauern wenige Minuten, in einzelnen Fällen über eine Stunde, und gehen mit einer Bewusstseinsstörung einher. Vor dem eigentlichen Ereignis wird häufig über Müdigkeit und Depressivität berichtet. Oft entkleiden sich die Betroffenen zu Beginn der Attacke. Das erste Stadium geht mit einem Gefühl von Schwindel und Benommenheit einher. Eine Empfindung aufsteigender Kälte ruft die Vorstellung hervor, dass das Boot leckt und mit Wasser vollläuft. Die Panik steigert sich bis zur Bewegungsunfähigkeit und zu illusionären Verkennungen der Umwelt. Anwesende berichten über Glossolalie sowie choreatische Bewegungen. Wenn der Jäger den Anfall überlebt, d. h. nicht ertrinkt, besteht für die Zeit der Panikattacke eine Amnesie, in den darauf folgenden Tagen wird über Übelkeit, Harndrang, Fieber, Schweißausbrüche und Fieber berichtet.

Auch in bäuerlichen und städtischen Kulturen treten Panikattacken ubiquitär auf (s. Abb. 30).

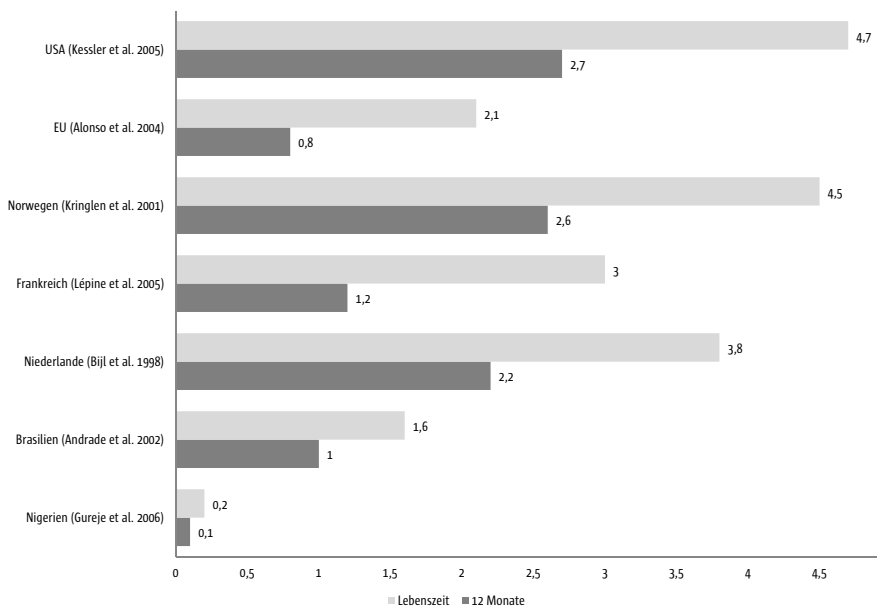


Abb. 30 Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz von Panikstörungen (%)



Die vorliegenden Untersuchungen zeigen, dass Panikerkrankungen in modernen Industriestaaten häufiger auftreten als in Schwellenländern wie Brasilien oder in Entwicklungsländern wie Nigeria. Wenn man davon ausgeht, dass es distale Ursachen wie genetische und familiendynamische Faktoren (hier vor allem frühkindliche Verluste) und proximale Auslöser wie berufliche Belastungen gibt, so wären die Unterschiede in der Prävalenz wohl eher auf die unmittelbaren Lebensumstände zurückzuführen. Auffällig ist, dass die 12-Monats-Prävalenz und die Lebenszeitprävalenz in Brasilien und Nigeria deutlich näher beieinanderliegen als in den europäischen Staaten und den USA. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Panikerkrankungen in Brasilien und Nigeria zwar deutlich seltener sind, jedoch häufiger zur Chronifizierung neigen.

Nicht nur bei der Prävalenz sondern auch bei der Phänomenologie von Panikattacken finden sich teilweise erhebliche Unterschiede. Kulturvergleichende Untersuchungen in den Vereinigten Staaten fanden höhere Raten von Parästhesien bei Afro-Amerikanern, Zittern bei karibischen Ladinos, Benommenheit bei einigen asiatischen Ethnien und Todesangst bei Arabern (Friedman u. Paradis 2002; Guarnaccia et al. 1996; Hinton u. Good 2009; Wagner et al. 2008). Diese kulturspezifischen Unterschiede werden auf dominante katastrophische Kognitionen zurückgeführt (Lewis-Fernandez et al. 2010). Werden derartige, vom Betroffenen gefürchtete Symptome „entdeckt“, führt eine erhöhte Aufmerksamkeit in eine positive Rückkoppelungsschleife, was wiederum eine Steigerung der Intensität der Symptomatik bedingt.

Eine weitere Ursache sind lokale Unterschiede im Verständnis körperlicher Funktionen (*lokale Ethnophysiologien*). Gewisse Symptome sind dabei regelhaft mit anderen assoziiert. Dadurch schildern die Betroffenen in nicht-westlichen Ländern mitunter Erlebnisse, die von den Schemata der westlichen Ethnophysiologie deutlich abweichen. Kambodschaner etwa berichten, dass eine windähnliche Substanz (*khyal*) den Körper durchflutet (Hinton et al. 2006). Diese sogenannten Khyal-Attacken sind charakterisiert durch eine Mischung von spezifischen Paniksymptomen wie Schwindel und kulturspezifischen Symptomen, die der Khyal-Dysregulation zugeschrieben werden wie Tinnitus und Nackensteife. Diese beiden Symptome wiederum sind der Ausdruck katastrophischer Kognitionen über die Auswirkungen der Khyal-Dysregulation: ein Druckanstieg von Khyal während der akuten Angst kann zu einer Ruptur der Blutgefäße im Nacken, zu einem Gehörschaden oder einer Ohnmacht führen.

Andere Beispiele sind die oben beschriebene Kayak-Angst sowie *trúng gió* (windassoziierte Panikattacken mit Kopfschmerzen) in Vietnam oder *ataques de nervios* in Lateinamerika (Hinton et al. 2003; Guarnaccia et al. 1993; Lewis-Fernandez et al. 2002). Im karibischen Raum werden die *Ataques de nervios* als Ausdruck eines Kontrollverlustes gewertet. Ausgelöst werden sie durch starke Stressoren wie den unerwarteten Tod von Angehörigen. Häufig beschrieben werden Zittern, unkontrolliertes Weinen oder Schreien, selbst- oder fremd-aggressives Verhalten sowie Depersonalisation und Derealisation. Weiterhin

sind während des Anfalls Hitzegefühle in Kopf, Nacken und Brust charakteristisch.

In ethnopsychiatrischen Studien werden also Symptome gefunden, die in den internationalen Diagnosesystemen nicht angeführt sind. Dieser Umstand könnte in manchen Ländern zu einer Unterschätzung der Häufigkeit von Panikattacken führen.

### 6.3 Generalisierte Angststörung

Unter die generalisierten Angststörungen werden anhaltende Symptome von Angst und Besorgnis zusammengefasst, die sich nicht auf bestimmte Situationen beschränken. Die Welt kann als bedrohlich und voller Risiken erscheinen. Unglücksfälle, Schicksalsschläge und Krankheiten werden für die eigene Person und für Angehörige befürchtet. Der Fokus der Sorge kann wechseln. Häufig sind starke Grübelneigung und Rückzug aus allen sozialen Bezügen zu finden. Permanente Anspannung und Nervosität führen fast zwangsläufig zu körperlichen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Muskelverspannungen, gastrointestinalen Beschwerden und Schlafstörungen. An psychischen Symptomen finden sich Schwindelgefühle, Unsicherheit, Schwäche, Benommenheit, Derealisations- und Depersonalisationsgefühle, die Angst, verrückt zu werden oder zu sterben.

Wie Abbildung 31 zeigt, finden sich in Industrieländern aber auch Schwellenländern wie Brasilien vergleichbare Raten.

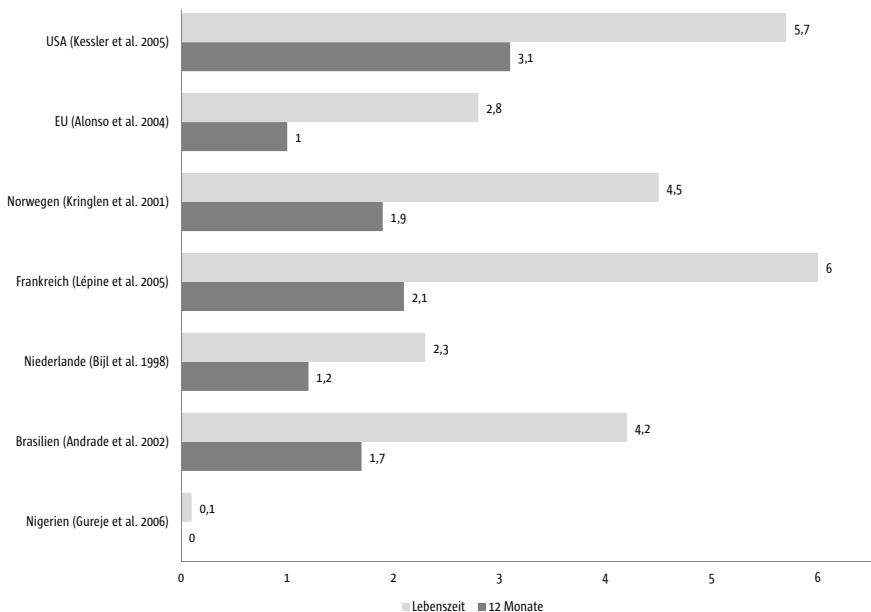


Abb. 31 Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz der Generalisierten Angststörung (%)

In Nigeria dagegen ist die generalisierte Angststörung ein äußerst seltenes Krankheitsbild. Auch in anderen Studien an asiatischen und afrikanischen Populationen finden sich relativ niedrige 12-Monats-Prävalenzen: 0,4% in Mexiko (Medina Mora et al. 2005), 0,8% in China (Shen et al. 2006), 1,0% in Südkorea (Cho et al. 2007), 1,2% in Japan (Kawakami et al. 2005) und 1,4% in Südafrika (Williams et al. 2008). In Australien ist die Rate mit 3,6% ähnliche wie in Europa und in den USA (Hunt et al. 2002). In einer großen populationsbasierten Untersuchung in 17 Ländern war die 12-Monatsprävalenz in entwickelten Industriestaaten doppelt so hoch wie in den Entwicklungsländern (Lee et al. 2009).

Die Ursachen für die unterschiedlichen Verteilungen sind noch unklar. Es kann zwar nicht ausgeschlossen werden, dass es sich um echte Prävalenzunterschiede handelt, es finden sich aber Hinweise, dass, ähnlich wie bei Panikstörungen, Menschen in traditionellen Kulturen mehr somatische als psychische Ängste erleben, weshalb die Häufigkeit der generalisierten Angststörung in Entwicklungsländern vermutlich unterschätzt wird (El-Rufaie et al. 1999; Hirai et al. 2006; Hoge et al. 2006).

## 6.4 Soziale Phobie

Zentrales Merkmal der sozialen Phobie ist eine übermäßige Angst in zwischenmenschlichen Situationen, in denen sich der Betroffene im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und der Bewertung durch andere erlebt. Es handelt sich zum Beispiel um das Redenhalten vor Publikum oder das Essen und Trinken in Gegenwart anderer Menschen. Bei manchen Betroffenen können allerdings bereits die Anwesenheit anderer eine Überforderung darstellen. Soziophobe Menschen befürchten, unzulänglich zu sein, den Erwartungen der Umwelt nicht zu entsprechen, sich zu blamieren oder zumindest peinlich aufzufallen, in Summe jedenfalls, negativ bewertet zu werden. Patienten mit sozialen Phobien sind aufgrund ihrer hohen Selbstansprüche besonders empfindlich gegenüber Kritik. Sie zeigen häufig Defizite in ihrer sozialen Kompetenz, starke Selbstzweifel und Selbstkritik. Im DSM-IV wird zwischen isolierten sozialen Phobien, die auf bestimmte Situationen begrenzt sind und der generalisierten sozialen Phobie, bei der nahezu alle zwischenmenschlichen Begegnungen als angstaussendend erlebt werden, unterschieden. Auffällig ist bei beiden Gruppen ein hohes Maß von Selbstaufmerksamkeit in sozialen Situationen. Charakteristische Symptome sind starke Ängste, sich in bestimmten sozialen Kontexten zu zeigen, Angst vor starken körperlichen Reaktionen wie Herzrasen, Schwitzen, Übelkeit, Atemnot oder Stimmversagen, die in exponierten Situationen auftreten können, dementsprechendes Vermeidungsverhalten und damit oft Defizite bei der Übernahme sozialer Verantwortung. Häufig finden sich mangelndes Selbstbewusstsein, Versagensängste und Unterlegenheitsgefühle, Furcht vor Kritik, Erröten, Zittern der Hände, Vermeidung von Blickkontakt, Übelkeit sowie Harndrang.

Den sozialen Phobien kommt vor allem in Japan und Korea eine große Bedeutung zu. Nach Kimura (1995) gibt es unter den zahlreichen neurotischen Symptomen keines, das die Strukturen der Subjektivität der Japaner so deutlich widerspiegelt wie die Sozialphobie (japanisch *Taijin-kyofu*). Sie ist nach Ansicht der lokalen Experten in Japan deutlich häufiger anzutreffen als im Westen. Während die Menschen in Europa und Nordamerika befürchten, in einem ungünstigen Licht zu erscheinen, fürchten sie in Ostasien darüber hinaus, den anderen durch den eigenen Blick oder Geruch zur Last zu fallen. Den Grund dafür sieht Kimura in der Zugehörigkeit Japans zu den Schamkulturen. Das Selbst hat den Grund seines Bestehens nicht innerhalb des Subjekts, sondern konstituiert sich erst in Relation zur sozialen Gruppe. Der Blick der Anderen entscheidet in Japan daher in weitaus höherem Ausmaß über die Befindlichkeit des Individuums als im Westen. Bereits Kinder lernen, auf nonverbale Signale zu achten und daraus die psychischen Vorgänge des Gegenübers empathisch zu erschließen. Gemäß der konfuzianischen Haltung zur Harmonie bedarf es einer ständigen Berücksichtigung der Bedürfnisse und Gefühle der anderen. Die Ich-Grenzen verfließen bis zur Identifikation. In Japan leiden Menschen mit Sozialphobien darüber hinaus unter einem narzisstischen Konflikt. Selbstgefälligkeit und der Drang, sich von anderen zu unterscheiden, trifft auf den gefühlsmäßigen Egalitarismus des Japaners, dem es wichtig ist, sich selbst als Menschen zu erleben, der sich von anderen nicht unterscheidet. Die Reaktionsbildung auf diese innerpsychischen Spannungen bedingt das häufige Vorkommen von Sozialphobien in Japan, aber auch in anderen ostasiatischen Staaten.

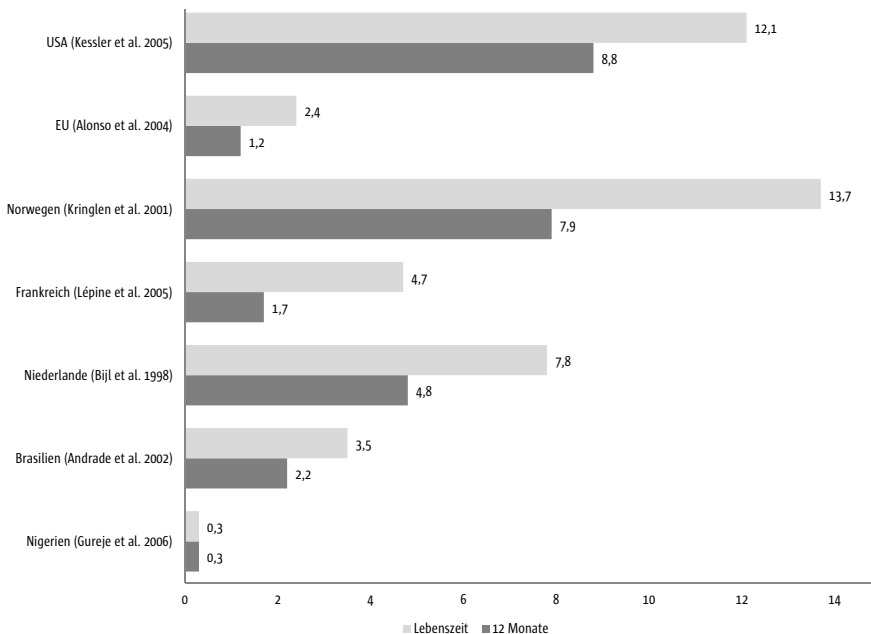


Abb. 32 Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz der Sozialphobie (%)

Wenn man die vorliegenden populationsbasierten Untersuchungen zur Prävalenz der sozialen Ängste betrachtet, so zeigt sich ein ähnliches Muster wie bei den Panikstörungen (s. Abb. 32).

Sowohl die Lebenszeit- als auch die 12-Monats-Prävalenz ist in den europäischen Ländern und in den USA deutlich höher als in Brasilien und in Nigeria. Im Gegensatz zu den oben angeführten Annahmen japanischer und koreanischer Autoren finden sich auch in den ostasiatischen Staaten niedrigere Raten als in den Westlichen Ländern: 0,2% in Südkorea (Cho et al. 2007) und in China (Shen et al. 2006), 0,8% in Japan (Kawakami et al. 2005). Dies zeigt deutlich, dass mit den gängigen Definitionen der sozialen Phobie viele Fälle aus nicht-westlichen Kulturen nicht erfasst werden können. Eine deutliche Unterschätzung der realen Prävalenz ist die Folge.

## 6.5 Agoraphobie

Hauptmerkmal ist die Angst, einer möglichen Gefahrensituation nicht entkommen oder sich nur unter peinlichen Umständen in Sicherheit bringen zu können. Die Betroffenen zeigen ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, da in exponierten Situationen in unterschiedlichem Ausmaß Panikattacken auftreten können (s. Abb. 27). Die Angst kann auf das Betreten öffentlicher Plätze oder Geschäfte beschränkt sein, wobei es vor allem gilt, große Menschenansammlungen zu vermeiden. In ausgeprägten Fällen tritt die Angst allerdings schon innerhalb der Wohnung auf, sodass diese nicht mehr verlassen wird. Die Agoraphobie ist von vegetativen Symptomen wie Palpationen, Schweißausbrüchen, Tremor und Mundtrockenheit begleitet. Weiter können Hitze- oder Kältegefühle, Parästhesien oder Gefühllosigkeit, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühle, Thoraxschmerzen, Übelkeit oder abdominelle Missempfindungen auftreten. An psychischen Symptomen schildern die Betroffenen Schwindelgefühl, Unsicherheit, Schwäche, Benommenheit sowie Depersonalisations- und Derealisationsgefühle. Ein weiteres Merkmal sind Erwartungsängste, die als intensives Angsterleben bereits vor dem Eintritt der entsprechenden Situation auftreten. Kern der Ängste agoraphobischer Patienten ist es, in einen akuten, körperlich bedrohlichen (Herzinfarkt, Schlaganfall) oder zumindest peinlichen Zustand (Durchfall, Erbrechen, spontaner Harnabgang) zu geraten. Besonders angstmachend ist die Vorstellung, beim Auftritt der Symptome nicht unverzüglich und ohne Aufsehen zu erregen, die entsprechende Situation verlassen zu können. Neben der eigentlichen phobischen Angst ist die Vermeidung der angstausslösenden Situationen das zweite wesentliche Merkmal der Agoraphobie.

Im Gegensatz zu den meisten anderen Angststörungen lässt sich beim transkulturellen Vergleich der Prävalenz der Agoraphobie kein nachvollziehbares Muster erkennen. Europäische Staaten wie Niederlande und Norwegen zeigen relativ hohe Raten, die USA dagegen deutlich niedrigere (s. Abb. 33).

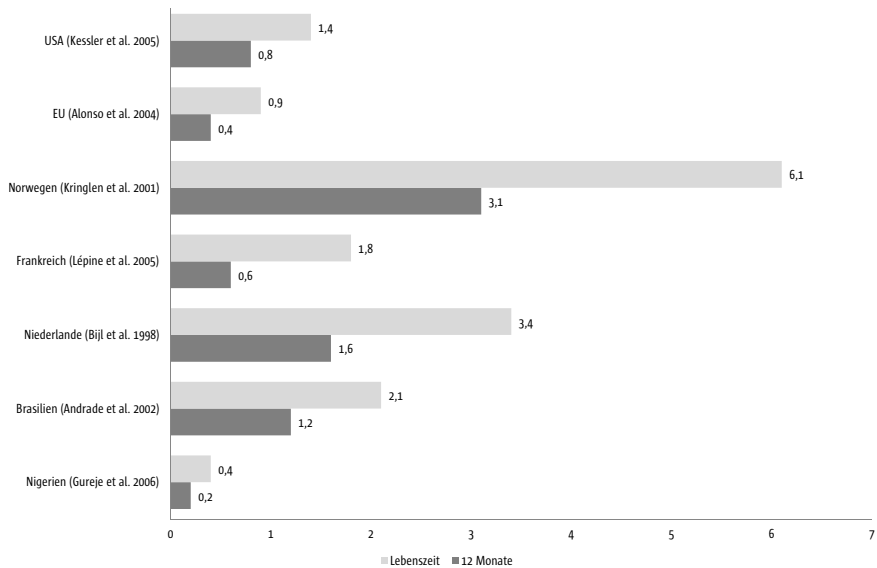


Abb. 33 Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz der Agoraphobie (%)

Auch andere Untersuchungen bieten ein nicht näher interpretierbares Bild: In China beträgt die 12-Monats-Prävalenz 0% (Shen et al. 2006), in Japan 0,3% (Kawakami et al. 2005), in Australien 0,5% (Andrews et al. 2001), in Mexiko 0,7% (Medina-Mora et al. 2005), in Neuseeland 1,2% (Wells et al. 2006), bei den Mapuche Indianern in Chile 3,3% (Vincente et al. 2005) und in Südafrika 4,8% (Williams et al. 2008).

Es gibt wenige Studien, die sich mit den kulturellen Hintergründen der Agoraphobie auseinandersetzen. Eine Untersuchung an 5.491 Studenten (Arrindell et al. 2003) fand eine positive Korrelation zwischen der Agoraphobie-Skala der Fear Survey Schedule III und den alters- und geschlechtsadjustierten nationalen Maskulinitäts- und Femininitätsscores nach Hofstede (2001). Der nationale Maskulinitäts/Femininitäts-Score bezieht sich auf das Ausmaß, in welcher eine Kultur an geschlechtstypischen Verhaltensnormen festhält. Arrindell et al. (2003) schließen aus ihren Ergebnissen, dass ein eher weiblich orientierter Sozialisationsstil eine höhere Akzeptanz femininer Züge wie Unterwürfigkeit, Abhängigkeit und Sicherheitsbedürfnis nach sich zieht. Im Erwachsenenalter entwickeln sich aus diesen Persönlichkeitszügen häufiger agoraphobe Ängste als bei Menschen, die eine den männlichen Schemata entsprechende Sozialisation durchlaufen haben.

### 6.6 Einfache (spezifische) Phobien

Diese Störungsbilder zeichnen sich durch anhaltende Angst vor einem umschriebenen Objekt oder einer begrenzten Situation aus. Ein Teil dieser Ängste

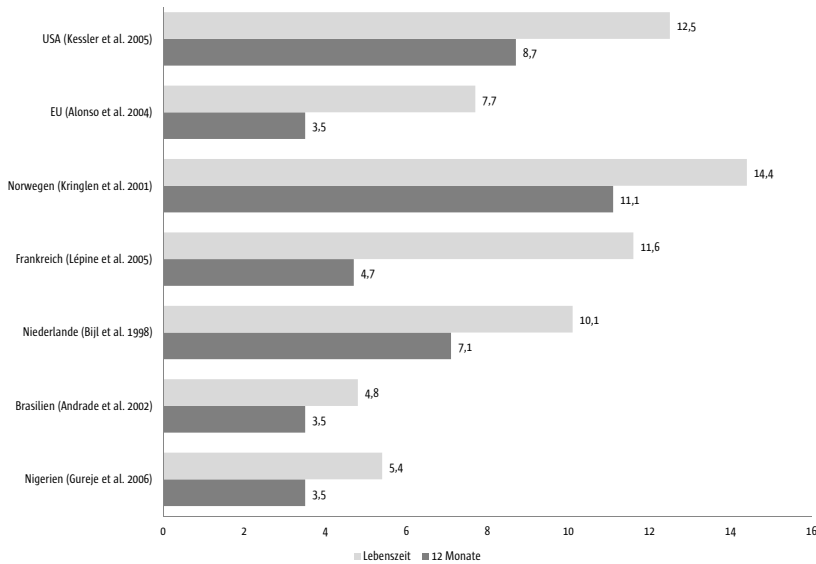


Abb. 34 Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz der spezifischen Phobien (%)

ist stammesgeschichtlich erklärbar wie etwa phobische Ängste vor bestimmten Tieren (Spinnen, Schlangen, Hunden etc.) oder Situationen der natürlichen Umwelt (Höhen, Wasser, Gewitter etc.). Andere beziehen sich auf die Bedrohung der Integrität des menschlichen Körpers (Blut, Injektionsnadeln, Zahnarztbesuche) oder auf spezielle, mit dem modernen Leben verbundene Situationen (Flugzeuge, Aufzüge, Tunnels, Autofahrten). Die Intensität der Angst nimmt mit der Nähe zum auslösenden Stimulus zu. Wenn dieser vermieden werden kann, haben die Betroffenen hingegen keinen besonderen Leidensdruck. Spezifische Phobien, die in alltagsrelevanten Situationen auftreten, können jedoch zu ausgeprägten Leidenszuständen und zu dysfunktionalem Bewältigungsverhalten (Konsum von Alkohol oder Benzodiazepinen) führen.

Ähnlich wie bei den meisten anderen Formen von Angststörungen finden sich spezifische Phobien deutlich häufiger bei Europäern und Nordamerikanern als bei Brazilianern und Nigerianern (s. Abb. 34).

Auch in China mit 1,9% (Shen et al. 2006) und Japan mit 2,7% (Kawakami et al. 2005), 4% in Mexiko (Medina-Mora et al. 2005) und 4,2% in Südkorea (Cho et al. 2007) ist die 12-Monats-Prävalenz deutlich niedriger als in den Westlichen Staaten.

Der Inhalt der phobischen Ängste unterliegt kulturellen Variationen, die Datenlage dazu ist allerdings relativ schlecht. Untersuchungen in den USA zeigen, dass Afro-Amerikaner häufiger Angst vor Tieren haben, während sich Weiße mehr vor umschriebenen Situationen (Flugangst, Höhenangst, Angst vor medizinischen Eingriffen) fürchten (Chapman et al. 2008).

Zusammenfassend zeigen sich bei allen Angststörungen deutliche Unterschiede in der Prävalenz bei verschiedenen Kulturen, Ethnien und Nationen. Während dies ursprünglich auf die Verwendung unterschiedlicher Klassifikationen, Definitionen und Untersuchungsinstrumente in den einzelnen Studien zurückgeführt wurde, zeigt sich nun, dass auch dann deutliche Differenzen vorhanden sind, wenn es gelingt, die genannten Faktoren zu kontrollieren. Kritik an den absolutistischen Forschungsmethoden der transkulturellen Epidemiologie kommt vor allem von Seiten der Ethnopsychiatrie. Inzwischen ist die Erkenntnis, dass westliche Konzepte nicht voraussetzungslos auf andere Kulturen anwendbar sind, allgemein akzeptiert. Ob dies zu Konsequenzen in Forschung und Therapie führt, bleibt abzuwarten.

## Literatur

- Agorastos A, Ströhle A (2011) Angststörungen. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg.) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Urban u. Fischer München
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo IJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martínez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA (2004) ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 420, 21–7
- Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R (2002) Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37(7), 316–325
- Andrews G, Henderson S, Hall W (2001) Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry* 178, 145–153
- Arrindell WA, Eisemann M, Richter J, Oei TP, Caballo VE, van der Ende J, Sanavio E, Bagés N, Feldman L, Torres B, Sica C, Iwakaki S, Hatzichristou C (2003) Cultural Clinical Psychology Study Group. Masculinity-femininity as a national characteristic and its relationship with national agoraphobic fear levels: Fodor's sex role hypothesis revitalized. *Behav Res Ther* 41, 795–807
- Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G (1998) Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33, 587–595
- Canteras NS, Resstel LB, Bertoglio LJ, Carobrez Ade P, Guimarães FS (2010) Neuroanatomy of anxiety. *Curr Top Behav Neurosci* 2, 77–96
- Chapman LK, Kertz SJ, Zurlage MM, Woodruff-Borden J (2008) A confirmatory factor analysis of specific phobia domains in African American and Caucasian American young adults. *J Anxiety Disord* 22, 763–771
- Cho MJ, Kim JK, Jeon HJ, Suh T, Chung IW, Hong JP, Bae JN, Lee DW, Park JI, Cho SJ, Lee CK, Hahm BJ (2007) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults. *J Nerv Ment Dis* 195, 203–210
- Delumeau J (1988) Angst im Abendland. Die Geschichte kollektiver Ängste im Europa des 14. bis 18. Jahrhunderts. Rowohlt Frankfurt am Main
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, Angermeyer MC, Bernert S, de Girolamo G, Morosini P, Polidori G, Kikkawa T, Kawakami N, Ono Y, Takeshima T, Uda H, Karam EG, Fayyad JA, Karam AN, Mneimneh ZN, Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, de Graaf R, Ormel J, Gureje O, Shen Y, Huang Y, Zhang M, Alonso J, Haro JM, Vilagut G, Bromet EJ, Gluzman S, Webb C, Kessler RC, Merikangas KR, Anthony JC, Von Korff MR, Wang PS, Brugha TS, Aguilar-Gaxiola S, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Zaslavsky AM, Ustun TB, Chatterji S, WHO World Mental Health Survey Consortium (2004) Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 291, 2581–2590



## 6.6 Einfache (spezifische) Phobien

- Ekman P (1973) Darwin and facial expression. Academic Press New York
- Elfenbein HA, Ambady N (2002) On the universality and cultural specificity of emotion recognition: a meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2, 203–235
- El-Rufai OE, Al-Sabosy MA, Bener A, Abuzeid MS (1999) Somatized mental disorder among primary care Arab patients: I. Prevalence and clinical and sociodemographic characteristics. *J Psychosom Res* 46, 549–555
- Friedman S, Paradis C (2002) Panic disorder in African-Americans: symptomatology and isolated sleep paralysis. *Cult Med Psychiatry* 26, 179–198
- Grammer K, Eibl-Eibesfeldt I (1993) Emotionspsychologische Aspekte im Kulturvergleich. In: Thomas A (Hrsg.) *Kulturvergleichende Psychologie*. 297–322. Hogrefe Göttingen Bern Toronto
- Guarnaccia PJ, Canino G, Rubio-Stipec M, Bravo M (1993) The prevalence of ataques de nervios in the Puerto Rico disaster study. The role of culture in psychiatric epidemiology. *J Nerv Ment Dis* 18, 157–165
- Guarnaccia PJ, Rivera M, Franco F, Neighbors C (1996) The experiences of ataques de nervios: towards an anthropology of emotions in Puerto Rico. *Cult Med Psychiatry* 20, 343–367
- Gureje O, Lasebikan VO, Kola L, Makanjuola VA (2006) Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. *Br J Psychiatry* 188, 465–471
- Gussow Z (1985) Pibloktoq (Hysteria) among the polar Eskimos: An ethnopsychiatric study. In: Simons RC, Hughes CC (Hrsg.) *The culture-bound-syndromes*. Kluwer Dordrecht
- Hinton D, Good B (Hrsg.) (2009) *Culture and Panic Disorders*. Stanford University Press Stanford
- Hinton D, Hinton S, Pham T, Chau H, Tran M (2003) ‚Hit by the wind‘ and temperature-shift panic among Vietnamese refugees. *Transcult Psychiatry* 40, 342–376
- Hinton DE, Pich V, Safren SA, Pollack MH, McNally RJ (2006) Anxiety sensitivity among Cambodian refugees with panic disorder: A factor analytic investigation. *J Anxiety Disord* 20, 281–295
- Hirai M, Stanley M, Novy D (2008) Generalized anxiety disorder in Hispanics: symptom characteristics and prediction of severity. *P Psychopathol Behav Assess* 2006, 49–56
- Hofstede G (2001) *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations Across Nations*. Sage Thousand Oaks
- Hoge EA, Tamrakar SM, Christian KM, Mahara N, Nepal MK, Pollack MH, Simon NM (2006) Cross-cultural differences in somatic presentation in patients with generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis* 194, 962–966
- Hunt C, Issakidis C, Andrews G (2002) DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med* 32, 649–659
- Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, Iwata N, Furukawa TA, Kikkawa T (2005) Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 59, 441–452
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62, 593–602
- Kimura B (1995) *Zwischen Mensch und Mensch. Strukturen japanischer Subjektivität*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt
- Kleinman A (1986) *Social origins of distress and disease: depression, neurasthenia, and pain in modern China*. Yale University Press London
- Kojima H (1999) Emotionale Entwicklung im kulturellen Kontext Japans. In: Friedlmeier W, Holodynski M (Hrsg.) *Emotionale Entwicklung*. Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg Berlin
- Kringlen E, Torgersen S, Cramer V (2001) A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 158(7), 1091–1098
- Lee S, Tsang A, Ruscio AM, Haro JM, Stein DJ, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet EJ, Demyttenaere K, de Girolamo G, de Graaf R, Gureje O, Iwata N, Karam EG, Lepine JP, Levinson D, Medina-Mora ME, Oakley Browne MA, Posada-Villa J, Kessler RC (2009) Implications of modifying the duration requirement of generalized anxiety disorder in developed and developing countries. *Psychol Med* 39, 1163–1176
- Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, Gaudin AF (2005) Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population. *Encephale* 31, 182–194

- Lewis-Fernández R, Guarnaccia PJ, Martínez IE, Salmán E, Schmidt A, Liebowitz M (2002) Comparative phenomenology of ataques de nervios, panic attacks, and panic disorder. *Cult Med Psychiatry* 26, 199–223
- Lewis-Fernández R, Hinton DE, Laria AJ, Patterson EH, Hofmann SG, Craske MG, Stein DJ, Asnaani A, Liao B (2010) Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V. *Depress Anxiety* 27, 212–229
- Lutz C (1988) *Unnatural emotions*. University Chicago Press Chicago
- Margraf J, Schneider S (1989) *Panik – Angstanfälle und ihre Behandlung*. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York
- Markus HR, Kitayama S (1991) Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Rev* 98, 224–253
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J (2005) Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 35, 1773–1783
- Panksepp J (1998) *Affective Neuroscience. The foundation of human and animal emotions*. Oxford University Press New York
- Parin P, Morgenthaler F, Parin-Matthey G (1993) *Die Weißen denken zu viel*. EVA München
- Parkes SL, Westbrook RF (2011) Role of the basolateral amygdala and NMDA receptors in higher-order conditioned fear. *Rev Neurosci*. 22(3), 317–33
- Pfeiffer W (1994) *Transkulturelle Psychiatrie*. Thieme Stuttgart New York
- Romney AK, Moore CC, Batchelder WH, Hsia T-L (2000) Statistical methods for characterizing similarities and differences between semantic structures. *PNA* 4, 518–523
- Russel J, Fernandez-Dols J (1997) *The psychology of facial expressions*. Cambridge University Press New York
- Saindon JE (1933) Mental disorders among the James Bay Cree. *Primitive Men* 6, 1–12
- Shen YC, Zhang MY, Huang YQ, He YL, Liu ZR, Cheng H, Tsang A, Lee S, Kessler RC (2006) Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. *Psychol Med* 36, 257–267
- Vicente B, Kohn R, Riosco P, Saldivia S, Torres S (2005) Psychiatric disorders among the Mapuche in Chile. *Int J Soc Psychiatry* 51, 119–127
- Wagner R, Silove D, Marnane C, Joukador I (2008) Impact of culture on the experience of panic symptoms in Arab and Australian patients at a psychological clinic. *Austr Psychol* 43, 127–131
- Wells JE, Browne MA, Scott KM, McGee MA, Baxter J, Kokaua J (2006) New Zealand Mental Health Survey Research Team. Prevalence, interference with life and severity of 12 month DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey. *Aust N Z J Psychiatry* 40, 845–854
- Wierzbicka A (1999) *Emotions across languages and cultures. Diversity and universals*. Cambridge University Press New York
- Williams DR, Herman A, Stein DJ, Heeringa SG, Jackson PB, Moomal H, Kessler RC (2008) Twelve-month mental disorders in South Africa: prevalence, service use and demographic correlates in the population-based South African Stress and Health Study. *Psychol Med* 38, 211–220