

Kultur und Religion als Einflussfaktoren für Alexithymie in Zusammenhang
mit Angst, Depression, Körperbeschwerden, Stimmung und Hautzufriedenheit
in einer syrischen Populationsstudie im Vergleich zur deutschen
Eichstichprobe

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen



vorgelegt von Saad, Simon
aus Erwitte/ Nordrhein-Westfalen

Gießen 2017

Aus dem Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin,
Abteilung für Pädiatrie und Neonatologie,
unter der Leitung von Prof. Dr. Klaus-Peter Zimmer,
des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

Gutachter: Prof. Dr. Burkhard Brosig

Gutachter: Prof. Dr. Volker Roelcke

Tag der Disputation: 11.09.2018

INHALTSVERZEICHNIS

TABELLENVERZEICHNIS	6
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	6
1 Einleitung	7
2 Theoretischer Teil	9
2.1 Alexithymie	9
2.1.1 Definition und Phänomenologie	9
2.1.2 Primäre und sekundäre Alexithymie	10
2.1.3 Ätiologie	11
2.1.4 Kulturelle Aspekte im Zusammenhang für eine alexithyme Merkmalsausprägung	12
2.1.5 Religion als Einflussfaktor für eine alexithyme Merkmalsausprägung	13
2.2 Angst	14
2.2.1 Definition	14
2.2.2 Risikofaktoren und Vulnerabilität	15
2.2.3 Angst und Kultur	16
2.3 Depression	17
2.3.1 Definition und Symptomatik	17
2.3.2 Ätiologie und Risikofaktoren für Depression	17
2.3.3 Depression und Kultur	18
2.4 Körperbeschwerden	20
2.4.1 Körperbeschwerden und somatoforme Störung	20
2.4.2 Körperbeschwerden begründet durch Alexithymie am Beispiel von Hauterkrankungen	22
2.4.3 Transkulturelle Aspekte für Körperbeschwerden	22
2.5 Das Zusammenspiel zwischen Religion und Alexithymie/ Angst/ Depression und Körperbeschwerden	23

2.6	Kultur	25
2.7	Messmethoden.....	31
2.7.1	Die TAS-26 als Messmethode alexithymer Merkmalsausprägung 31	
2.7.2	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) als Methode zur Bestimmung von Angst und Depression.....	31
2.7.3	Der Gießener Beschwerdebogen (GBB-24) als Messmethode für Körperbeschwerden.....	32
2.7.4	Hautzufriedenheits- Fragebogen (Skin Satisfaction Questionnaire) zur Beurteilung von Hautempfindung, Zufriedenheit und Einstellung zur Haut.....	33
2.7.5	Self- Assessment Manikin (SAM) zur Messung subjektiver Gefühle	33
3	Zielsetzung der Arbeit	35
4	Material und Methoden	36
4.1	Übersetzung.....	36
4.2	Datenerhebung	36
4.3	Messinstrumente.....	37
4.3.1	Toronto Alexithymia Scale (TAS-26).....	37
4.3.2	Hospital Anxiety and Depression Scale- Deutsche Version (HADS-D)	39
4.3.3	Gießener Beschwerdebogen (GBB-24).....	40
4.3.4	Hautzufriedenheits Fragebogen (Skin Satisfaction Questionnaire) 41	
4.3.5	Self- Assesment Manikin (SAM).....	42
4.4	Statistische Analysen.....	43
4.5	Analysen im Vorfeld	44
5	Ergebnisse	45
5.1	Deskriptive Statistiken der Studienpopulation.....	45

5.2	Lagemasse von Alexithymie, Stimmung, Angst, Depression, Hautzufriedenheit und körperlichen Beschwerden in der syrischen Gesamtstichprobe	47
5.3	Korrelationstabelle	51
5.4	Vergleich der Untersuchungsgruppe mit der Eichstichprobe der Verfahren	53
5.5	Religionsvergleich hinsichtlich Angst, Depression, alexithymer Merkmale, Hautzufriedenheit und körperlicher Beschwerden	54
6	Diskussion	55
6.1	Unterschiede in der Merkmalsausprägung von Angst, Depression und Hautzufriedenheit zwischen Deutschen und Syrern.....	55
6.2	Einfluss von Kultur und Religion auf eine alexithyme Merkmalsausprägung anhand der Ergebnisse in Zusammenschau mit körperlichen Beschwerden.....	58
6.3	Inwiefern korreliert Alexithymie innerhalb der syrischen Population mit den Parametern Depression, Angst, Hautzufriedenheit, Stimmung und körperlichen Beschwerden.	65
6.4	Ausblick für weitere Studien.....	66
7	Zusammenfassung.....	68
	SUMMARY (ENGLISCHE ZUSAMMENFASSUNG).....	70
8	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	71
9	LITERATURVERZEICHNIS	73
10	ANHANG	82

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 2.1:	Typologie von Personen nach dem Verhältnis von objektivem Befund und subjektiven Beschwerden (nach Brähler und Schumacher 2001).....	21
Tab. 4.1:	Datenerhebung.....	37
Tab. 4.2:	Die 26 Items der TAS-26 mit der entsprechenden Itemnummer unterteilt in ihre Skalenzugehörigkeit.....	39
Tab. 4.3:	Wertebereiche für die HADS- Subskala	40
Tab. 4.4:	Wertebereiche für die HADS-Subskala	41
Tab. 4.5:	Die 30 Items des Hautzufriedenheitsbogens mit der entsprechenden Itemnummer unterteilt in ihre Skalenzugehörigkeit.....	42
Tab. 5.1:	Soziodemographische Daten der Untersuchungsstichprobe	45
Tab. 5.2:	Kreuztabelle Religion * Familienstand	46
Tab. 5.3:	Kreuztabelle Religion * Schulabschluss	46
Tab. 5.4:	Ergebnisse der psychometrischen Testverfahren zwischen den syrischen Religionsgruppen.....	47
Tab. 5.5:	Ergebnisse der psychometrischen Testverfahren getrennt nach Geschlecht	48
Tab. 5.6:	Ergebnisse der psychometrischen Parameter getrennt nach Religion innerhalb der weiblichen Geschlechtsgruppe	49
Tab. 5.7	Ergebnisse der psychometrischen Parameter getrennt nach Religion innerhalb der männlichen Geschlechtsgruppe.....	50
Tab. 5.8:	Korrelation zwischen TAS- ges und weiteren Variablen im Datensatz.....	52
Tab. 5.9:	Unterschiede zwischen der untersuchten Stichprobe in Syrien und der Eichstichprobe	53
Tab. 5.10:	Univariate Varianzanalyse: Vergleich zwischen Moslems und Christen.....	54

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 4.1:	Piktogramm " <i>Self assessment manekin</i> " (Morris, 1995).....	43
----------------	---	----

1 EINLEITUNG

Alexithymie ist ein Überbegriff für das Zusammenspiel von inadäquater Gefühlswahrnehmung und der Fähigkeit diese zu verbalisieren und dadurch psychisch zu verarbeiten. Für die Entwicklung somatischer Erkrankungen stellt die Alexithymie bei psychosomatischen Patienten einen entscheidenden prädisponierenden Faktor dar (Sifneos 1973). Bezüglich der Ätiologie liegt noch kein allumfassendes Model der Alexithymie vor. Aktuell geht man der Annahme nach, dass der Grad der individuellen Ausprägung von alexithymen Persönlichkeitsmerkmalen multifaktoriell bedingt ist. Deshalb werden in dieser Arbeit verschiedene Testbögen (HADS, GBB, SAM und Hautzuf) eingesetzt, um einen Zusammenhang zwischen einer alexithymen Merkmalsausprägung mit körperlichen Beschwerden, Stimmung und Hautzufriedenheit zu evaluieren. Es erfolgten bereits zuvor Studien, in welchen entwicklungspsychologische und Kindheitserlebnisse, soziodemographische und kulturelle Einflüsse, neurobiologische und vererbte Aspekte untersucht wurden, um psychosoziale und biologische Theorien bezüglich der alexithymen Merkmalsausprägung zu evaluieren. Insgesamt sind die genannten Erklärungskonzepte eher als komplementär, als sich gegenseitig ausschließend anzusehen. Es erfolgten bereits Studien bezüglich Religion als Entwicklungs- und Einflussfaktor für Alexithymie, jedoch gibt es keine Studien in welcher zwei unterschiedliche Glaubensrichtungen einer ethnischen Gruppierung miteinander verglichen wurden.

Diese Arbeit setzt die Frage an, ob ein Unterschied bezüglich einer alexithymen Merkmalsausprägung zwischen der deutschen und der syrischen Kultur vorliegt. Ergänzend wird innerhalb der syrischen Population dargestellt, in welchem Zusammenhang eine alexithyme Merkmalsausprägung mit körperlichen Beschwerden, Stimmung und Hautzufriedenheit steht. In einem letzten Schritt wird innerhalb der syrischen Population überprüft, ob Differenzen zwischen syrischen Christen und Moslems bestehen. In diesem Schritt wird die Bedeutung von Religion als separater Entwicklungsfaktor für eine alexithyme Merkmalsausprägung dargestellt.

Im ersten Teil der Arbeit erfolgt die Definition und Ätiologie von Alexithymie, Angst, Depression, Körper- sowie Hautbeschwerden. Danach werden Zielsetzung und

methodische Vorgehensweisen der durchgeführten Untersuchungen vorgestellt. Im letzten Teil der Arbeit werden die Ergebnisse berichtet und abschließend im Hinblick auf die Fragestellung diskutiert.

2 THEORETISCHER TEIL

2.1 Alexithymie

2.1.1 Definition und Phänomenologie

Der Ursprung des Alexithymie- Konzeptes ist verwurzelt in der Entwicklung der psychosomatischen Medizin. Die Griechen der Antike haben wesentlich mit Ihrer Medizin und ihren philosophischen Idealen die heutige westliche Medizin geprägt. Schon Hippocrates, Zalmoxis, Phytagoras, Plato und Aristoteles (Rigatos & Scarlos, 1987, Honkalampi et al. 2004) betonten wie wichtig die Harmonie zwischen Körper und Geist ist. So entwickelte sich in der Psychoanalyse auch die Auffassung, dass somatische Symptome Wegweiser für einen unbewussten seelischen Konflikt sind (Gottlieb 2003). Seit über 100 Jahren bemüht sich die psychosomatische Forschung die Zusammenhänge zwischen emotionaler Befindlichkeit und Affekten zu verstehen, und wie diese im Kontext mit der Auslösung und dem Verlauf körperlicher Erkrankungen stehen (Gündel & von Rad 2000).

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts wird durch unterschiedliche Forscher ein Typus von Patienten beschrieben, der durch einen mechanistischen Denkstil und ein „emotionales Analphabetentum“ auffiel. Zur Benennung dieses Phänomens gab es zahlreiche Bezeichnungen, z.B. „infantile Persönlichkeit“ (Ruesch 1948), „*pensée opératoire*“ (operatives Denken) (Marty and de M'uzan 1978), „Pinocchio-Syndrom“ (Sellschopp-Rüppell and von Rad 1977).

In der Bostoner Schule für Psychosomatik prägte Sifneos in den 1970er Jahren den heute noch gebräuchlichen Begriff „Alexithymie“ (Sifneos 1973). Das Wort Alexithymie stammt aus dem Griechischen (A= Negation, Lexis= Wort, Thymos= Gefühl) und bedeutet wörtlich übersetzt „nicht lesen können von Gefühlen“. Es ist ein Überbegriff für das Zusammenspiel von inadäquater Gefühlswahrnehmung und der Fähigkeit diese zu verbalisieren und dadurch psychisch zu verarbeiten.

Nemiah und Sifneos (1970) beschreiben die Auffälligkeit, dass Patienten mit somatischen Beschwerden nicht in der Lage sind ihre Gefühle adäquat wahrzunehmen und diese in Worten zu beschreiben.

Alexithymie wird als eine Kombination folgender affektiver und kognitiver Charakteristika definiert (Sifneos 1996; Taylor and Bagby 2000):

- (1) Schwierigkeiten, eigene Gefühle zu beschreiben und anderen mitzuteilen
- (2) Schwierigkeiten, eigene Gefühle zu identifizieren und von körperlichen Empfindungen zu unterscheiden
- (3) Mangel an Fantasie und Vorstellungsfähigkeit
- (4) Extern orientierter, rationaler Denkstil (*pensée opératoire*)

Als Folge der mangelhaften Verarbeitung emotionaler Stimuli, kommt es zu einer Reduktion kreativer Fantasie, die sich sowohl in einer Verminderung von Tagtraum Aktivitäten als auch in einem Fehlen von Träumen in der Nacht äußern kann. Es fehlt weiterhin an einer Gefühle, Stimmungen und affektiven Spannung symbolisierenden Sprache, wobei ein utilitaristischer, als kühl, technokratisch und mechanistisch zu charakterisierender Denkstil überwiegt (Ahrens & Deffner 1985). Insbesondere die veränderte, reduzierte emotionale Reaktion hinterlässt häufig beim Gesprächspartner ein Gefühl der Leere (Lane & Taitano 2002).

2.1.2 Primäre und sekundäre Alexithymie

Erstmalig beschreibt Freyberger (1977) den Unterschied zwischen primärer und sekundärer Alexithymie. Für die Entwicklung somatischer Erkrankungen stellt die primäre Alexithymie bei psychosomatischen Patienten einen entscheidenden prädisponierenden Faktor dar. Die Alexithymie ist in diesen Fällen schon vor einer somatischen Erkrankung vorhanden und bedingt diese.

Unter der sekundären Form der Alexithymie versteht Freyberger (1977) das Auftreten alexithymer Wesenszüge als transiente oder permanente Reaktion des Ichs zur Linderung schmerzhafter Affekte oder zur Abwehr negativer Affekte in existentiell bedrohlichen Situationen („*state-dependent reaction*“), z.B. bei Hämodialysepatienten (Fukunishi 1990). Sie entsteht somit bei Patienten mit einer primären somatischen Erkrankung und wird durch diese hervorgerufen. Sie kann temporär existieren und nach der Genesung der somatischen Erkrankung auch wieder rückläufig sein. Eine sekundär chronische Alexithymie liegt vor, wenn Alexithymie weiterhin über die Manifestierung der

somatischen Erkrankung hinaus bestehen bleibt. Die sekundäre Alexithymie ist ein psychischer Abwehrmechanismus gegen die aus der Erkrankung resultierenden Emotionen, die die betreffende Person nicht akzeptieren, beziehungsweise bewältigen kann.

2.1.3 Ätiologie

Wie kommt es nun zur Entwicklung alexithymer Persönlichkeitsmerkmale? Bisher liegt noch kein allumfassendes Model bezüglich der Ätiologie der Alexithymie vor. Aktuell wird eine multifaktorielle Genese für die individuelle Ausprägung von alexithymer Persönlichkeitsmerkmalen vermutet. Die Gewichtung einzelner Faktoren wurde in der Literatur kontrovers diskutiert. Es erfolgten Studien, in welchen entwicklungspsychologische und Kindheitserlebnisse, soziodemographische und kulturelle Einflüsse, neurobiologische und vererbte Aspekte untersucht wurden, um psychosoziale und biologische Theorien bezüglich der alexithymer Merkmalsausprägung zu evaluieren. Insgesamt sind die genannten Erklärungskonzepte eher als komplementär als sich gegenseitig ausschließend anzusehen.

Ziel in dieser innerhalb einer arabischen Population erhobenen Studie, ist eine erneute Evaluation bezüglich Kultur und Religion als ätiologische Faktoren für eine alexithyme Merkmalsausprägung.

Der psychosoziale Faktor gilt als einer der ätiologischen Hauptfaktoren. In Anbetracht der Tatsache, dass die oben genannten Erklärungskonzepte eher als komplementär als sich gegenseitig ausschließend anzusehen sind, wird dieser Hauptfaktor zum Verständnis der Alexithymie in diesem Abschnitt näher erläutert.

Ruesch (Ruesch 1948) untersuchte psychosomatische Patienten und behauptete, dass reife, bereits geformte Persönlichkeiten kommunikativ durch Worte, Gestik und Mimik nicht abgeführte, gleichsam angestaute Spannungen in zwischenmenschlichen Beziehungen bewältigen können. Für ihn stellt das infantile Wesensmerkmal das „Kernproblem“ der Patienten dar. Ein „primitives“ Strukturniveau ließ sich zumindest partiell im Sozialverhalten, wie auch in den Persönlichkeitsmerkmalen nachweisen. Als Grundlage dieses strukturellen Mangels sah Ruesch weniger spezifische (neurotische)

Konflikte, die mit den Krankheitserscheinungen in Verbindung standen, sondern vielmehr unreife Formen der Konfliktbewältigung und Abhängigkeitstendenzen, sowie eine geringe Frustrationstoleranz. Auch interpretierte er es als ein primäres Defizit, bei der Gruppe der psychosomatischen Patienten, angemessen auf neu auftauchende Affekte zu reagieren, weil eine abhängig-symbiotische Objektbeziehungen besteht. Dies hindert die Patienten ein Sicherheit vermittelndes Identitätsgefühl aufzubauen. Hieraus ließe sich erklären, warum eine Vielzahl psychosomatischer Patienten schwerlich autonome Kompetenzen entwickelten. Demnach seien unausgereifte Persönlichkeiten nicht in der Lage der Konfliktbewältigung, was als Konsequenz eine chronische Anspannung mit typischen somatischen Symptomen mit sich zieht. Lemche (Lemche et al. 2004) erkundete in einer Studie, die er an Kleinkindern durchführte, dass Kinder aus einer wohlbehüteten Umgebung (*securely attached children*), rascher Emotionen, Erkenntnisse und eine emotionsregulierte Sprache entwickeln, als Kinder aus minderbehüteten Haushalten. Wird nicht angemessen auf die Befindlichkeit und die Gefühle eines Kleinkindes von der zu betreuenden Person reagiert, erlernt das Kind falsche Ansätze zur Emotionsregulierung (*distressing affects*, Alexithymie als emotionale Dysregulation) (Bagby et al. 1990). Studien belegen eine verminderte alexithyme Merkmalsausprägung in Assoziation mit einer vermehrten Zuwendung durch die Mutter (Fukunishi et al. 1999). Statistisch signifikant sind die Ergebnisse bei Kindern von Müttern, deren Graviddität ursprünglich unbeabsichtigten war. Kinder die in eine Großfamilie mit mehreren Kindern hineingeboren werden, tragen ein erhöhtes Risiko im Erwachsenenalter an Alexithymie zu erkranken (Joukamaa et al. 2003). Kindheitserfahrungen einschließlich mangelhafter mütterlicher Fürsorge in Kombination mit allgemeinen familiären Missständen, einschließlich mentalen und körperlichen Missbrauchs im Adoleszenzalter sind ätiologische psychosoziale Faktoren für Alexithymie (Berenbaum, 1996; Fukunishi et al., 1999; Hund AR, 2006).

2.1.4 Kulturelle Aspekte im Zusammenhang für eine alexithyme Merkmalsausprägung

In einer kanadischen Studie wiesen asiatische Studenten höhere Alexithymiewerte als ihre Kommilitonen mit angelo-sächsischer und europäischer ethnokultureller Herkunft auf. Dion (Dion 1996) und Le (Le et al. 2002) wiesen ähnliche alexithyme

Merkmalsdifferenzen zwischen asiatischen und westlichen Kulturen nach und postulierten, dass Kulturen Einfluss auf die Fähigkeit eines Individuums nehmen, Emotionen zu empfinden, wahrzunehmen und diese auszudrücken. Da der kulturelle Aspekt nicht als singuläre Begründung für die Entstehung alexithymer Merkmale ausreicht, wurden die Einflüsse von Geschlecht und familiär sozialem Hintergrund berücksichtigt. Sie wiesen nach, dass es für Eltern aus der westlichen Kultur üblicher war, positive Emotionen zu verbalisieren und körperlich Zuneigung zu schenken, als asiatische Eltern dies taten. Zusätzlich wurde postuliert, dass der Faktor „männliches Geschlecht“ negativ mit „körperlicher Zuneigung“ der Eltern korreliert.

In Deutschland wurde der sozio-kulturelle Einfluss in Bezug auf Bürger der ehemaligen DDR und BRD durchgeführt. Über 40 Jahre wurden diese beiden Regierungen von zwei unterschiedlichen sozialen und politischen Regimen geführt. Brosig et al. (Brosig et al. 2004) belegte die Vermutung, dass ehemalige DDR Bürger aufgrund soziologischen Situation alexithymer sind. Im Gegensatz dazu berichten Franz et al. (Franz et al. 2008), jedoch ohne näher auf die Hintergründe einzugehen, dass der alexithyme Erkrankungsgrad bei ehemaligen DDR Bürgern niedriger ist. Beide Autoren verwendeten allerdings unterschiedliche Fragebögen (Brosig et al. TAS-26; Franz et al. TAS-20) und es bestanden unterschiedliche Zeitpunkte der Befragung. Joukamaa et al. (2003) bestätigte an einer finnischen Bevölkerungsstudie, dass in ländlichen Regionen die Alexithymiewerte erhöht sind. Es wurde vermutet, dass der traditionelle finnische Lebensstil, welcher gängiger in den ländlichen Regionen war, Ursache für eine vermehrte alexithyme Merkmalsausprägung war. Begründet wird dies damit, dass der traditionell finnische Lebensstil nicht zur freien Äußerung von Emotionen ermuntert. Dies betraf in der erhobenen Studie vor allem männlichen Probanden.

2.1.5 Religion als Einflussfaktor für eine alexithyme Merkmalsausprägung

In der Literaturrecherche finden sich nur wenige Quellenangaben, welche eine Merkmalsausprägung der Alexithymie im Kontext mit Religion stellen. Bezogen auf ältere Studienergebnisse, erhoben durch Roberts und Meyers (1954), besteht laut Gallemore keine Korrelation zwischen Religion und der Entwicklung mental psychischer Störungen (Gallemore et al. 1969). In einer Studie an Patienten, die in

Religionsgemeinschaften tätig waren und zeitgleich sowohl in psychotherapeutischer Behandlung als auch ein kirchliche Seelsorge in Anspruch genommen haben, konnte keine Assoziation zwischen einer alexithymen Merkmalsausprägung und einem spirituellem Wohlbefinden detektiert werden. (Rosik and Soria 2012).

In Zusammenschau der Datenlage finden sich jedoch keine Studienergebnisse, die explizit Unterschiede in einer alexithymen Merkmalsausprägung zwischen Moslems und Christen erheben. Somit konnte auch noch keine Aussage getroffen werden, inwiefern sich die beiden Religionsgruppen voneinander unterscheiden.

2.2 Angst

2.2.1 Definition

Angst bezeichnet ein Konstrukt, welches kognitiv physiologische Aspekte, sowie Verhaltensarten beinhaltet dessen Fokus in der Zukunft liegt. Es wird eine besorgte Erwartungshaltung gegenüber einer Gefahr oder eines Unglücks eingenommen. Die normale Angst ist eine universelle und wichtige Erfahrung, um in gefährlichen und lebensbedrohlichen Situationen einen Schutzmechanismus einzuleiten, der durch Optimierung der Leistung mittels Aktivierung des sympathischen Nervensystems das Überleben sichert (Essau 2001).

Als Angststörung werden verschiedene Krankheitsbilder bezeichnet, denen eine andauernde Störung und Fehlsteuerung des Angst-Stress-Reaktionssystems gemein ist (Margraf 2003). Die Angstreaktionen der Betroffenen sind nicht mehr angemessen (wenn sie ohne angemessenen Grund auftreten und übertrieben stark oder anhaltend sind) und führen zu weitreichenden Belastungen und Einschränkungen der individuellen Lebensführung (Jacobi et al. 2004a). Eine Panikattacke wird beschrieben als einzelne Episode mit intensiver Angst oder Unwohlsein mit Herzrasen, Brustschmerzen, Schweißausbrüchen, Zittern, Gefühl der Atemnot und des Erstickens, Übelkeit, Bauchschmerzen, Schwindel, Derealisationserleben, Angst vor Kontrollverlust und sogar mit Todesangst (American Psychiatric Association, 2000).

Gemäß ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) werden zu den Angststörungen Panikstörungen (F.41.0), generalisierte Angststörungen (F41.1), phobische Störungen (F.40),

Agoraphobie (F.40.0), soziale Phobien (F40.1), spezifische isolierte Phobien (F40.2), sonstige phobische Störungen sowie Mischbilder gezählt (WHO, 2007).

2.2.2 Risikofaktoren und Vulnerabilität

In diesem Absatz werden vereinzelt einige in der Literatur beschriebene Erklärungsmodelle für die Entwicklung von Angst erläutert.

Genetik und Umwelt:

Zwillingsstudien belegen eine genetische Disposition (Nevermann 2008). Studien belegen die Stabilität von Angststörungen über Generationen hinweg. Liegt das Erkrankungsalter unter 20 Jahren, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit um das 20- fache für Verwandte ersten Grades.

Temperament:

In verschiedenen wissenschaftlichen Artikeln wird immer wieder das Temperament als biologischer Vulnerabilitätsfaktor erwähnt. Fydrich (2009) meint, dass vor allem Weinen und Reizbarkeit im Kleinkindalter, Schüchternheit und Furchtsamkeit im Alter von zwei bis fünf Jahren, sowie Vorsicht im Sinne eines geringeren Explorationsverhalten und Rückzugsverhalten im frühen Schulalter, Risiken für die Entwicklung von Angststörungen, insbesondere einer Soziale Phobie, darstellen.

Kindheit und Adoleszenz – Erziehungs- und Sozialisationseinflüsse:

Hier steht die Bedeutung von Entwicklungsbedingungen und Lernerfahrungen, die besonders während der Kindheit gemacht wurden, im Vordergrund. Als Risikofaktoren gelten vor allem die Geschlechtszugehörigkeit, behaviorale Inhibition, Temperament, Sensibilität gegenüber Angst, frühkindlicher Bindungsstil, kognitive Denkfehler, soziale Gehemmtheit, elterliches Erziehungsverhalten und die psychische Erkrankung der Eltern. Zudem können eine niedrige Schulausbildung und (langfristiges) Schulversagen, Mobbing, geringes Einkommen der Eltern, frühe Trennung der Eltern, das Erleben von Missachtung und Probleme mit Gleichaltrigen als Risikofaktoren angesehen werden (Nevermann 2008; Becker 2009; Fydrich 2009).

Angst vor der Angst:

Die Patienten fürchten sich nicht vor der Situation an sich, sondern haben Angst vor der Angst (Reiss & Mc Nally 1985; Margraf & Schneider 2009)

Psychodynamische Modelle – Konfliktmodell:

Der Angsteffekt hat Signalfunktion. Bei psychischen Störungen steht die äußere Bedrohung symbolisch für eine innerpsychische, unbewusste Bedrohung. Durch einen äußeren Auslöser (etwa eine „Versuchungs-/ Versagungssituation“) wird ein intrapsychischer Konflikt angestoßen. Häufig wird dabei ein „alter“ infantiler Konflikt reaktualisiert. (Freud, 1926)

Psychophysiologisches Modell:

Dieses Modell geht von der zentralen Annahme aus, dass Panikanfälle durch die positive Rückkoppelung zwischen körperlichen Symptomen, deren Assoziation mit Gefahr und der daraus resultierenden Angstreaktion entstehen. Durch diesen Aufschaukelungs- und Rückkoppelungsprozess bei Panikanfällen kommt es zu einem psychophysiologischen Teufelskreis, der die Angst steigert (Ehlers & Margraf 1989).

Multifaktorielle Modelle:

Es wird ein multikausaler Verursachungszusammenhang angenommen, bei dem neben biologischen und psychischen auch soziale Faktoren eine Rolle spielen und sich gegenseitig beeinflussen. Dabei werden u.a. allgemeine Lebens- und Entwicklungsbedingungen, vor allem so genannte *live events* und andere besondere Belastungsfaktoren, miteinbezogen.

2.2.3 Angst und Kultur

Trotz intensiver Literaturrecherche findet sich kein Modell, in welcher primär die Kultur Einfluss auf die Angstentwicklung nimmt. Es gibt multiple Studien, die jeweils die Angstausrprägung in vereinzelt Kulturen miteinander vergleichen, jedoch werden keine Erklärungsmodelle erläutert. Berücksichtigt man die oben genannten Modelle, so ist sicherlich nachvollziehbar, dass es kulturelle Unterschiede gibt. Man kann davon

ausgehen, dass die unterschiedlichen Kulturen die einzelnen Erklärungsmodelle beeinflussen, wodurch sie wiederum indirekt Einfluss auf die Angstentwicklung nehmen.

2.3 Depression

2.3.1 Definition und Symptomatik

Der Begriff Depression leitet sich von lateinisch *deprimere* ‚niederdrücken‘ ab. Depression wird in der Regel durch Verlustereignisse in der Vergangenheit ausgelöst. Die unipolare Major Depression ist eine psychische Störung und zeichnet sich durch multiple Symptome ab. Charakteristisch ist das gemeinsame Auftreten psychischer und körperlicher Beeinträchtigungen (Hautzinger 2005). Die Symptomatik präsentiert sich auf der affektiven (z.B. Niedergeschlagenheit, Traurigkeit), kognitiven (z.B. Grübeln, Konzentrationsprobleme), motivationalen (z.B. Interesselosigkeit), verhaltensbezogenen (z.B. sozialer Rückzug, Suizidversuch) und somatischen (z.B. Schlafstörungen, Appetitverlust) Ebene. Es müssen nicht zwingend alle Symptome bei jedem Patienten vorliegen, und sind nicht spezifisch für die Major Depression (Hautzinger & de Jong-Meyer 2003). Unabhängig davon, welche Symptome im individuellen Fall im Vordergrund stehen, wird aufgrund von Depressionen ein hohes subjektives Leiden empfunden (Schauenburg et al. 1999). Die subjektiv empfundene Lebensqualität von Patienten, die unter einer Major Depression leiden, ist stark vermindert (Wittchen & Jacobi 2006).

2.3.2 Ätiologie und Risikofaktoren für Depression

Die Prävalenz für eine Depression ist multifaktorieller Genese Neben sozialen und ökonomischen (Wittchen & Jacobi 2006) Faktoren scheinen Lebensalter und Geschlecht (Wittchen 2006) eine Rolle bei der Entstehung unipolarer Depressionen zu spielen. Eine vertrauensvolle und verlässliche persönliche Beziehung gilt als ein protektiver Faktor für die Entstehung und für die Rückfallprophylaxe. Dem entsprechend gilt als gesichert, dass getrennt und allein lebende Menschen ohne soziale Beziehungen weit häufiger erkranken. Verheiratete Personen, Personen mit höherer Bildung, beruflicher sicherer Anstellung und aus einem eher ländlichen Lebensraum wiesen in der *„Epidemiological Catchment*

Area Study“ (Hautzinger, 1998) die geringsten Depressionsraten auf. Im Vorfeld depressiver Episoden finden sich gehäuft belastende Lebensereignisse, die von der Person beeinflussbar waren und solche, die unabhängig vom Wollen und Können der Person waren. Als bedeutendster Risikofaktor gilt die familiäre Vorbelastung. Während Angehörige ersten Grades gesunder Kontrollpersonen ein Erkrankungsrisiko von 7 % bei einer unipolaren Depression aufweisen, beträgt es bei Angehörigen depressiv erkrankter Menschen etwa 20 %

2.3.3 Depression und Kultur

Die Frage, inwiefern Depression durch einen kulturellen Kontext beeinflusst wird, rückt in der aktuellen psychopathologischen Forschung in den Vordergrund (Kirmayer & Jarvis 2006; Aichberger et al. 2008; Chentsova-Dutton & Tsai 2009) führen ethnographische, biomedizinische und kulturpsychologische Ansätze auf, die diese Frage auf unterschiedliche Weise methodisch bearbeiten.

2.3.3.1 Ethnographischer Ansatz

Der ethnografische Ansatz interessiert sich dafür, wie Personen aus unterschiedlichen Kulturkreisen ihr Leiden und ihre Symptome empfinden und mittels von Metaphern und Idiomen erklären und zum Ausdruck bringen. In der Regel werden diesbezüglich qualitative Interviews oder Verhaltensbeobachtungen an kleinen Stichproben durchgeführt. Der ethnographische Ansatz orientiert sich nicht an den diagnostischen Kriterien von DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 2000) oder ICD-10 (WHO, 1992).

Eine wesentliche Erkenntnis ethnographischer Studien zeigt, dass somatische und interpersonale Aspekte der Depression in nicht-westlichen kulturellen Kontexten eine größere Rolle spielen. Chinesische Patienten beklagen vor allem körperliche Erschöpfung, Schwäche und Schmerzen (Kleinman 1982). Nepalesische Patienten berichten vor allem über körperliche Taubheit und Kribbeln (Kohrt et al. 2005). Depressive Symptome werden zudem weniger als Krankheit im medizinischen Sinn gesehen, sondern eher als Ausdruck von familiären Konflikten, die interpersonale Lösungsstrategien erfordern (Karasz 2005). Ein interpersonales Phänomen ist der Einfluss von Depression auf ein gesellschaftliches Verhalten in einer Kultur. So wird

beschrieben wie im Hochland von Ecuador (Tousignant & Maldonado 1989), depressive Symptome als Signal an andere Gruppenmitglieder dienen, nach einem Verlust wieder Gleichheit und Reziprozität innerhalb der Gruppe herzustellen.

2.3.3.2 Biomedizinischer Ansatz

Der biomedizinische Ansatz interessiert sich dafür, ob zwischen den Kulturen Unterschiede in den Prävalenzraten depressiver Störungen oder einzelner depressiver Symptome vorliegen und ob es kulturübergreifende Schutz- und Risikofaktoren für Depression gibt. Mittels strukturierter Interviews oder Screening-Fragebögen an großen, möglichst repräsentativen Stichproben, wurde wiederholt nachgewiesen, dass die Prävalenzraten für depressive Störungen erheblich zwischen Nationen variieren (Simon et al. 2002; Andrade et al. 2003).

2.3.3.3 Kulturpsychologischer Ansatz

Der kulturpsychologische Ansatz interessiert sich dafür, welche Mechanismen für kulturelle Unterschiede in depressionsrelevanten Merkmalen verantwortlich sind, und welche Aspekte des kulturellen Kontexts Depression beeinflussen. Dieser relativ junge Denkansatz wurde bisher vor allem in Vergleichen von ostasiatischen und nordamerikanischen Stichproben angewendet. Dabei geht man von der Annahme aus, dass sich diese Kulturkreise hinsichtlich relevanter kultureller Kontextvariablen unterscheiden. Zum Beispiel ist die amerikanische Kultur von einer Erwartung geprägt, sich selbst, das eigene Leben und die eigene Zukunft positiv zu sehen, während in der ostasiatischen Kultur eher Selbstkritik und Mäßigung erwartet werden (Heine 2001). Es lässt sich vermuten, dass Amerikaner, die dieser positiven Lebenseinstellung nicht entsprechen, eher depressive Symptome entwickeln als Asiaten. Tatsächlich deuten Hinweise darauf hin, dass ein negatives Selbstbild (Saint Arnault et al. 2005) oder Pessimismus (Hardin & Leong 2005) in amerikanischen Stichproben stärker mit Depressivität korreliert als in ostasiatischen Stichproben. Eine andere Kontextvariable bezieht sich auf Normen hinsichtlich des Erlebens und des Ausdrucks von Emotionen. Diese Variable variiert zwischen beiden Kulturkreisen. Die kulturpsychologische Hypothese geht der Annahme, dass Depression mit der Schwierigkeit verbunden ist, den jeweiligen kulturellen Normen („*cultural norm hypothesis*“) zu entsprechen (Chentsova-Dutton et al. 2007). Somit besteht die Vermutung, dass eine Depression bei

amerikanischen Patienten mit einer verminderten und bei Patienten ostasiatischer Herkunft mit einer erhöhten emotionalen Reaktivität einhergeht. Genau diesen Interaktionseffekt von Nation und Depression auf emotionale Reaktivität konnten Chentsova- Dutton et al. (2007) bestätigen.

2.4 Körperbeschwerden

2.4.1 Körperbeschwerden und somatoforme Störung

Körperliche Beschwerden können als subjektiv erlebte körperbezogene Missempfindungen aufgefasst werden, zu denen neben Schmerzen auch andere Wahrnehmungen wie Brennen, Kribbeln, Jucken und irritierende Veränderungen von Körperfunktionen oder -regionen gehören (z.B. Herzklopfen, kalte Füße oder Schwächegefühl) (Barkmann et al. 2007)

In der klinischen *Praxis* tritt häufig die Situation auf, dass subjektiv empfundene Beschwerden und objektiver Befund wenig miteinander korrespondieren. Trotz massiver diagnostischer Abklärung kann in diesen Fällen kein pathologischer Befund erhoben werden. Demzufolge ist es unerlässlich, zwischen einer subjektiven Ebene, die nur vom Patienten zu erfassen ist, und einer objektiven Ebene die medizinisch zu evaluieren gilt, zu differenzieren. Die Korrelation zwischen subjektiven Beschwerden und objektivierbarem Befund kann von hoher Übereinstimmung bis zu offenkundiger Diskrepanz reichen. In Tab. 2.1 sind schematisch die vier prinzipiellen Kombinationsmöglichkeiten dargestellt wie sie von Brähler unterschieden werden (Brähler & Scheer 1995; Brähler & Schumacher 2001). Aus diesem Klassifikationsschema ergeben sich vier Personengruppen. Es wird im Anschluss der „gesunde Kranke“ kurz charakterisiert.

Tab. 2.1: Typologie von Personen nach dem Verhältnis von objektivem Befund und subjektiven Beschwerden (nach Brähler und Schumacher 2001)

		Objektiver körperlicher Befund	
		Ja	Nein
Subjektive körperliche Beschwerden	Ja	„normale Kranke“	„gesunde Kranke“
	Nein	„kranke Gesunde“	„normale Gesunde“

Personen ohne körperlichen Befund aber mit subjektiven Beschwerden

Personen der Gruppe der „gesunden Kranken“ klagen häufig über einzelne oder mehrere körperliche Beschwerden, ohne dass sich auch nach umfangreicher medizinischer Abklärung ein pathologischer organischer Befund als Ursache erheben ließ. Aus organmedizinischer Sicht sind diese Patienten als gesund einzustufen. Sie leiden jedoch an einer sehr ernst zu nehmenden psychischen Beeinträchtigung, die als somatoformen Störung bezeichnet wird.

Unter dem Begriff der Somatisierung wird die Klage über körperliche Beschwerden ohne organischen Befund, oder die übertriebene beziehungsweise unangemessene Klage von Beschwerden, die durch den vorhandenen Befund nicht genügend zu erklären sind, verstanden. Als Ursache für Somatisierung sieht Ford (1986) vor allem psychologische Gründe und Gründe des persönlichen Vorteils, welche intrapsychische Konflikte, interpersonale Beziehungen und soziale Probleme betreffen können. Zu den psychologischen Gründen zählt die Funktion des Symptoms als Ersatz für einen unangenehmen emotionalen Zustand. Nach Grande (1998) können Symptomklagen Ausdruck und regressive Wiederbelebung des Wunsches nach Versorgung und narzisstischer Zufuhr darstellen. Sie können Enttäuschung und Rache gegenüber dem Objekt ausdrücken, welches das Gefühl der Hilflosigkeit erzeugt hat. Diese Bezugsperson, die früher versagt hat, und das Gefühl der Hilflosigkeit erzeugt hat, wird durch das Scheitern an der Krankheit des Patienten nun selbst hilflos.

Somit sollte für die Medizin gelten, wie bereits von Brähler gefordert, dass sie das Körpererleben genauso ernst nimmt wie den objektiven Befund. Ansonsten geht sie an der durch das subjektive Erleben konstituierten Wirklichkeit des Patienten vorbei. Für den Patienten macht es keinen Unterschied, ob seine Krankheit als psychogen oder organisch verursacht diagnostisch eingeordnet wird.

2.4.2 Körperbeschwerden begründet durch Alexithymie am Beispiel von Hauterkrankungen

Wie im Kapitel 2.4.1 beschrieben treten im Gegensatz zum „gesunden Kranken“ beim „normalen Kranken“ körperliche Beschwerden mit organischem Korrelat auf. Es liegen Theorien vor, dass organisch objektivierbare Beschwerden (zum Beispiel Hauterkrankungen) begründet liegen können durch psychogenen Erkrankungen wie zum Beispiel bei der Alexithymie.

Studien die Zusammenhänge zwischen Alexithymie und dermatologischen Krankheitsbilder evaluieren sind bisher rar. Willemsen et al. (Willemsen et al. 2008) werteten in einer Metaanalyse die in einer Datenbank gelisteten Studien zum Thema Alexithymie und Dermatologie aus. Als Resümee nach Sichtung der 16 gefundenen Veröffentlichungen zeigen sie, dass Alexithymie auf dem Feld der Dermatologie ein wichtiger Faktor zu sein scheint. Neben den Faktoren Angst und Depression werden Zusammenhänge zwischen spezifischen dermatologischen Krankheitsbildern und Alexithymie vermutet. Es gibt Studien über spezifische dermatologische Krankheitsbilder, die verstärkt alexithyme Merkmale aufweisen, wie zum Beispiel bei Neurodermitis (Tantam et al. 1982) oder bei *Alopecia areata*. Im Gegensatz dazu, konnte kein Zusammenhang bei *Acne vulgaris* (Sunay et al. 2011) und seborrhoischer Keratose (Cömert et al. 2013) nachgewiesen werden. Alexithyme Merkmale bei Patienten mit Psoriasis sind nicht die einzige Voraussetzung für eine Krankheitsentstehung, tragen jedoch zum Krankheitsschweregrad dazu bei (Masmoudi et al. 2009).

2.4.3 Transkulturelle Aspekte für Körperbeschwerden

In der Literatur werden verschieden transkulturelle Aspekte des Erlebens von Körperbeschwerden behandelt. In diesem Kapitel wird kurz auf Körperbeschwerden in der Form von Schmerz eingegangen. Es scheint, dass das Schmerzerleben teilweise durch kulturelle, religiös- philosophische und spirituelle Überformen beeinflusst werden kann. In den fernöstlichen philosophischen Lehren (Laotse, Konfutse, Buddha) werden Normen bezüglich der äußersten Zurückhaltung von Schmerzkommunikation vorgegeben. Zudem kann das Schmerzerleben durch das Herabsetzen der bewussten Wahrnehmungsquelle

mittels schamanistischen und meditativen Praktiken beeinflusst werden (Miltner et al. 1988).

2.5 Das Zusammenspiel zwischen Religion und Alexithymie/ Angst/ Depression und Körperbeschwerden

Inwiefern steht Religion im Kontext mit Alexithymie, Angst, Depression und Körperbeschwerden? Aufgrund der Komplexität und der multiplen Einflussfaktoren, wird hier zum groben Verständnis zuerst der Aspekt des religiösen Copings kurz erläutert, um daran das Zusammenspiel der einzelnen Faktoren besser verständlich zu machen.

Religiöses Coping:

Der Begriff „Coping“ stammt aus dem Englischen von der Formulierung „*to cope with*“ und bedeutet "etwas bewältigen" oder "überwinden". Coping bezeichnet dabei das Bemühen einer Person, mit internen und externen Anforderungen die ihre (aktuellen) adaptiven Ressourcen übersteigen, umzugehen (Lazarus & Folkman 1984).

Bei Befragungen von Patienten über die Bewältigung einer Erkrankung wird von diesen Religiosität und Spiritualität als wichtiger Aspekt benannt (Zwingmann; 2005). Sie berichten dabei, dass Religiosität eine wichtige Rolle beziehungsweise sogar eine Hauptressource zur Unterstützung bei der Verarbeitung und dem Zurechtkommen mit ihrer Erkrankung darstellt (Zwingmann et al. 2006; Zwingmann et al. 2008). Eine Schlüsselfunktion des religiösen Glaubens ist das Gefühl von Kontrolle (Koenig 2001). Laut Kremer (2004) lassen sich aus dem Fundus der biblischen Geschichten drei biblisch-religiöse Bewältigungsstile ableiten: präventive Strategien, sinnsuchend-deutende und die Strategie des Gebetes. Unter präventiven Bewältigungsstrategien ist das Verhalten zu verstehen, durch das eine Krisensituation vermieden werden soll, die in der subjektiven Einschätzung des Betroffenen als unabänderlich erscheint. Durch sinnsuchend-deutende Bewältigungsstrategien wird versucht, einer Krisensituation einen Sinn abzugewinnen. Es handelt sich hierbei um kognitive Strategien und der Deutung des Leidens als Versuchung („Der Sinn des Leidens ist die Versuchung durch Gott“), der Erhöhung („nur wer ganz unten war, kann nach ganz oben kommen“), der Selbstbescheidung (Leiden als Kehrseite bisherigen Glücks) oder der Erziehung (Züchtigung durch Leid). Bei der Strategie „Gebet“ kann man zwischen Klage- und Dankgebet (Klage als Hilferuf –

Rettung – Dank für Rettung) oder dem Bußgebet (die Person bekennt sich schuldig und erwartet von Gott die Beseitigung des Strafgerichts) unterscheiden. In jedem der drei Ansätze geht es darum, die Möglichkeit zu haben, Not und Leid in positiver Weise anzunehmen.

Pargament et al. (1988) identifizierte drei Arten religiösen Copings, die sich in der Verantwortlichkeit des Individuums bei der Bewältigung von Belastungen unterscheiden: das gemeinschaftliche oder interaktive religiöse Coping (*collaborative style*), das selbstbestimmte religiöse Coping (*selfdirecting style*) und das hinauszögernde/defensive religiöse Coping (*deferring style*) (Mehnert et al. 2003). Die Methode des gemeinschaftlichen oder interaktiven Copings beinhaltet, Gott als Partner zu sehen, der auf die gleiche Weise für die Bewältigung und die Folgen der jeweiligen Situation verantwortlich ist. Aber auch die eigene Verantwortlichkeit, alles zu tun, was in der eigenen Macht steht, wird einbezogen. Die Methode des selbstbestimmten Copings beinhaltet zwar die Existenz Gottes, dieser ist aber nicht am Prozess der Bewältigung beteiligt, wodurch die Verantwortung für die Folgen vollkommen in der Hand des Individuums liegt. Beim hinauszögernden Verhalten geht es darum, sich vollständig auf Gottes Tun und Handeln zu verlassen. Das Individuum trägt selbst keine Verantwortung für das Geschehene oder die damit verbundenen Folgen (Nairn & Merluzzi 2003).

Pargament et al. (2000) entwickelte auf dieser Grundlage 21 verschiedene Arten von Coping Strategien, die sich auf die fünf Schlüsselfunktionen Sinn, Kontrolle, Trost, Vertrautheit und Lebensveränderung verteilen. Die Methoden lassen sich in Prozesse unterteilen, die sich sowohl förderlich auf die Belastungsbewältigung und das psychische Befinden der Personen auswirken (z.B. der Glaube an einen gerechten und liebenden Gott, die Wahrnehmung von Gott als unterstützenden Partner, die Teilnahme an religiösen oder kirchlichen Ritualen im Sinne emotionaler Unterstützung und sozialer Integration sowie die Suche nach spiritueller Unterstützung), als auch gegensätzlich mit gegenteiligen Effekt (z.B. die Bewertung eines strafenden Gottes, sich von Gott „im Stich gelassen“/verlassen fühlen, das Empfinden einer unsicheren Beziehung zu Gott, die fehlende Verbundenheit zu einer religiösen Gemeinschaft) (Mehnert et al. 2003).

Pargament unterscheidet zwischen positiven und negativen Coping Strategien (Pargament et al. 2000). Die Bezeichnung „positiv“ bezieht sich dabei auf die positive und zugewandte Auseinandersetzung mit Gott und der Kirchengemeinde. Der Begriff „negatives religiöses Coping“ bezeichnet laut Pargament ein „Sich-Abwenden“ von Gott

oder das Hadern mit Gott und die Auseinandersetzung mit einem negativen Gottesbild und nicht die damit möglicherweise verbundenen dysfunktionalen Konsequenzen.

Wichtig ist der Aspekt der individuellen Religiosität. Selbst in der gleichen Religionsangehörigkeit liegen individuell unterschiedliche Coping Strategien in Bezug auf das interaktive religiöse Coping (*collaborative style*), das selbstbestimmte religiöse Coping (*selfdirecting style*) und das hinauszögernde/defensive religiöse Coping (*deferring style*) vor. Zudem unterscheiden sich individuell sowohl das religiöse Verständnis, als auch das Verhältnis zu Gott (liebender gerechter Gott vs. strafender Gott), wodurch es wiederum zu einem positiven oder negativen Coping kommen kann.

Mit dem theoretischen Ansatz des Copings zeigt sich die Komplexität des Zusammenspiels zwischen Religion und den Faktoren Angst, Depression und Körperbeschwerden. Das Konzept des religiösen Copings ist ein gravierender theoretischer Denkansatz, der das Zusammenspiel von Religion zur Bewältigung von gegenwärtigen Körperbeschwerden, Angst (z.B. Todesfurcht) und Depression verständlich macht.

Es gibt multiple Studien zur Ermittlung eines Zusammenhanges zwischen Todesangst und Religiosität. Aufgrund der multiplen Religionen, mit unterschiedlichen Auffassungen von Leben und Tod (Reinkarnation, Strafe oder Erlösung), zeigten sich altersabhängige Unterschiede in der Korrelation zwischen Todesangst und Religion. Die Angst vor dem Tod kann zu einer vermehrten Religiosität führen. Eine vermehrte Religiosität kann vor Furcht vor der Bestrafung im Jenseits zu einer stärkeren Todesangst führen (Florian & Kravetz, 1983). Im Gegensatz dazu zeigen religiöse Individuen durch den Glauben an eine „Belohnung nach dem Tod“ keine Todesangst (Collett & Lester 1969).

2.6 Kultur

Kultur wird, sowohl in der Wissenschaft als auch im Alltagsleben, als sehr umfangreich und uneinheitlich verstanden. Oft wird Kultur im Alltag mit Kunst, Literatur, Verhaltensregeln oder Zivilisation gleichgesetzt. Selbst die Wissenschaft ist bisher noch

zu keiner einheitlichen Definition gelangt, da Kultur je nach wissenschaftlicher Ausrichtung und Disziplin anders definiert wird.

Hofstede (2009) beschreibt Kultur als Programmierung des Geistes, die die Mitglieder einer Gruppe von Menschen einer anderen unterscheidet. Alexander Thomas (1993) definiert Kultur als ein universelles, für eine Gesellschaft, Organisation und Gruppe aber sehr typisches Orientierungssystem. Dieses Orientierungssystem wird aus spezifischen Symbolen gebildet und in der jeweiligen Gesellschaft tradiert. Es beeinflusst das Wahrnehmen, Denken, Werten und Handeln aller ihrer Mitglieder und definiert somit deren Zugehörigkeit zur Gesellschaft. Kultur als Orientierungssystem strukturiert ein für die sich der Gesellschaft zugehörig fühlenden Individuen spezifisches Handlungsfeld und schafft damit die Voraussetzung zur Entwicklung eigenständiger Formen der Umweltbewältigung.

Der Wirtschaftswissenschaftler Keller (1982) interpretiert Kultur als menschengeschaffen, und damit das Ergebnis kollektiven gesellschaftlichen Handelns und Denkens einzelner Menschen. Sie ist überindividuell und ein soziales Phänomen, das den Einzelnen überdauert. Sie wird getragen und überliefert von den Mitgliedern einer sozialen Gruppe, aber ihre Kontinuität ist nicht angewiesen auf die andauernde Existenz eines einzelnen Individuums. Sie wird erlernt durch die Weitergabe von Überzeugungen und Verhaltensweisen an die nachfolgende Generation. Kultur wird symbolisch übermittelt, in Form von Sprache, Kunst, Literatur und Ritualen. Sie fungiert verhaltenssteuernd durch festgelegte Normen, Regeln und Verhaltenskodizes einer sozialen Gruppe, mit deren Hilfe das tatsächliche Verhalten ihrer Mitglieder im Sinne eines funktionsfähigen Systems gelenkt wird. Kulturen bilden eine wohlstrukturierte Gesamtheit von möglichst nicht-widersprüchlichen Überzeugungen, Normen und Verhaltensweisen mit dem Streben nach innerer Konsistenz und Integration. Die Kultur dient als Instrument, mit dem eine Gesellschaft die Anpassung an die Umwelt bewerkstelligt. Sie ist langfristig adaptiv wandlungsfähig, d.h. die Werte, Normen und Verhaltensweisen neigen dazu, sich den sich verändernden Verhältnissen und Forderungen der klimatischen, physikalischen, technologischen, ökonomischen und sozialen Umwelt anzupassen (Keller, 1982). Auch für Loenhoff (1992) ist die Kultur als ein dynamisches, funktions- und adaptionsfähiges System zu verstehen. Ebenso betrachtet Warthun (1997) Kultur als ein dynamisches System und einen fortwährenden Prozess, den der Mensch selbst aktiv gestaltet. Somit kann man Kulturen nicht als statisch intern homogene Konstrukte mit dauerhaften unveränderbaren Eigenschaften betrachten.

Kultur sollte verstanden werden als ein sozial geteilter Fundus an Deutungsmöglichkeiten, die in einer sozialen Gruppe verfügbar sind. Dieser Fundus verändert sich über die Zeit. Die Mitglieder der jeweiligen sozialen Gruppe nutzen Angebote aus diesem Fundus, sind aber durch diesen Fundus in keiner Weise determiniert (Roelcke, 2017). Diese Dynamik wird vor dem Hintergrund der Globalisierung kontrovers diskutiert. Kulturen stellen keine geschlossenen Gebilde mehr dar, die mit der territorialen und sprachlichen Ausdehnung eines Volkes deckungsgleich sind. Heute sind sie durch Mischungen und Durchdringungen gekennzeichnet. Durch bikulturelle Ehen, Mobilität von Arbeit, modernste Kommunikationstechnologie etc. ist es dem Menschen möglich geworden, sich in einer komplexen Welt zurechtzufinden und sich über diese immer neu zu definieren.

In Zusammenschau dieser kultur- und sozialwissenschaftlichen Auffassungen in Bezug auf die syrische Bevölkerung und ihr komplexes Gesellschaftssystem kann man nicht pauschal von einer „syrischen Kultur“ sprechen. In Syrien definieren sich die einzelnen Bevölkerungsgruppen mittels ihrer ethnischen Zugehörigkeit über ihre Muttersprache und Religionszugehörigkeit, wobei innerhalb der gemeinsamen Sprache religiöse Unterschiede eine quasi-ethnische Abgrenzung bewirken können. Die syrische Bevölkerung besteht aus einem Konglomerat ethnischer Gruppierungen zu denen Araber, Kurden, Armenier, Turkmenen, Tscherkessen, Aramäer und Assyrer zählen. Zudem kommen kriegsbedingt palästinensische und irakische Flüchtlinge hinzu. Bedingt durch die ethnische Vielfalt werden in Syrien, dessen Amtssprache Hocharabisch ist, zusätzlich Westarmenisch, ein kurdischer Dialekt, Turkomanisch, Tscherkessisch sowie ein Dialekt der neuwestaramäischen Sprache gesprochen. Zusätzlich besteht eine Diversität in Bezug auf Religionsgruppen. In Syrien leben sunnitische Muslime (ca. 74%), Alawiten (12%), Schiiten (2%), Aleviten, Christen (ca. 10%), Drusen, Jesiden und Juden. Vor allem in Bezug auf die islamische Religion besteht keine interne homogene Gruppierung, vielmehr werden in verschiedenen islamischen Gruppen unterschiedliche Rituale und Feiertage verfolgt. Zudem sprechen die einzelnen muslimischen Gruppierungen den jeweils anderen Gruppierungen ab, dem Islam zugehörig zu sein. Ebenso ist die Bevölkerungsgruppe der „Christen“ in Syrien keineswegs homogen, vielmehr gibt es neben syrisch-orthodoxen Christen armenisch-apostolische Christen und Maroniten, um nur die größten Gruppen zu nennen. Deshalb sollte man nicht unter diesen Umständen pauschal von einer einheitlichen syrischen Kultur sprechen.

Zudem wird die Verwendung des Kultur Begriffes aus ethnologischer Sichtweise kritisch hinterfragt. Die Ethnologie findet ihre Ursprünge in der Kolonialzeit. Viele Ethnologen standen im Dienst der Kolonialverwaltung. Die Beschreibungen fremder Völker waren oft eine Projektion der Persönlichkeit des Forschers auf die Fremden: eine Projektion seiner Überheblichkeit, seiner romantischen Vorstellungen oder seiner politischer Gesinnung. Edward Said (1978/94) hat dies am Beispiel unseres Bildes über den so genannten Orient aufgezeigt. Für ihn war der Zusammenhang zwischen Wissenschaft und Politik offenbar. Er postuliert, dass die Bewohner des Orients von westlichen Gelehrten dargestellt wurden unfähig zu sein, sich selbst zu verwalten, um so die Herrschaft über sie zu legitimieren. Mit der Stereotypisierung anderer Volksgruppen, zeigte Said, lassen sich Privilegien der eigenen Gesellschaft rechtfertigen. Nichts eigne sich besser als jedem Volk eine eigene stereotypisierte Kultur zuzuschreiben. Diese Konstruktion des Orients, als gegenüber dem Westen rückständig und unterlegen, wurde instrumentalisiert, um die orientalisches konstruierten Gebiete zu kontrollieren und zu beherrschen um die kolonialen Verhältnisse zu legitimieren (Said 2003). Seit den 80er-Jahren wird der Kulturbegriff eifrig in der Ethnologie diskutiert. Inzwischen haben sich die meisten Ethnologen von der Vorstellung von homogenen, in sich geschlossenen Kulturen, die leicht von anderen Kulturen abgrenzbar sind, verabschiedet. Man erkannte, dass man in der Vergangenheit Unterschiede innerhalb einer "Kultur" unterkommuniziert und Unterschiede gegenüber anderen "Kulturen" überkommuniziert habe. Als "Kultur" hätte man bezeichnet, was die eine "Kultur" von der anderen "Kultur" unterschieden habe. Eine der vehementesten Kritikerinnen, Lila Abu-Lughod (1991), postuliert, dass die Ethnologie dazu beigetragen habe, "die Anderen" zu konstruieren und sie damit mehr zu exotisieren als sie wirklich sind. Auf diese Weise entstünden verzerrte Bilder von der Wirklichkeit. Abu-Lughod gehört zu den Ethnologinnen, die inzwischen davon sprechen, der Kulturbegriff werde wie der alte Rassenbegriff verwendet. Ethnologen würden die kulturellen Unterschiede zwischen Gruppen hervorheben und als selbstverständlich darstellen. Sie räumt jedoch ein, dass der Kulturbegriff im Gegensatz zum Rassenbegriff Verhalten als gesellschaftlich erlernt und nicht als biologisch vorbestimmt ansieht. Im ethnologischen Diskurs hat Kultur eigenständige "Substantialität" und Bedeutung weitgehend verloren. Grenzen zwischen "verschiedenen" Kulturen scheinen kaum noch spezifizierbar, weil Heterogenität nicht mehr eine Funktion zwischen verschiedenen Kulturen ist, sondern in jede Kultur selbst hineingelegt wurde.

In Zusammenschau der diversen ethnischen und religiösen Gruppierungen in Syrien und den o.g. ethnologischen Aspekten soll der Begriff ‚Kultur‘ in dieser Arbeit nicht einer Instrumentalisierung stereotypischen Gedankengutes dienen.

Für ein besseres Verständnis der in dieser Arbeit thematisierten kulturellen Unterscheidungen ist es hilfreich, die Kulturdimension nach Hofstede (1997) näher zu betrachten. Sein Ziel war es, Dimensionen zu identifizieren, die man dazu verwenden kann, Nationen charakteristischerweise voneinander zu unterscheiden. Er differenzierte vier Dimensionen die er Machtdistanz, Unsicherheitsvermeidung, Individualismus-Kollektivismus und Maskulinität-Feminität nannte. Die Dimension Individualismus-Kollektivismus wird im Folgenden näher beschrieben.

Einige Autoren befassen sich in der Kulturpsychologischen Forschung mit der Unterscheidung von individualistischen und kollektivistischen Kulturen (Diener 1995, Markus & Kitayama 1991). Den Individuen der kollektivistischen Kulturen wird eine extreme emotionale Verbundenheit mit ihrer Ingroup zugeschrieben (Rodriguez Mosquera 1999), welche im Zusammenhang mit der Betonung von Integrität, Loyalität und Solidarität gegenüber anderen Personen des jeweiligen Kollektivs steht. Die Gruppeninteressen sind den Bedürfnissen eines Individuums übergeordnet (Haun & Wertenbruch 2013). Dem Individuum wird abverlangt als Mitglied seiner Bezugsgruppe auf das Wohlergehen anderer Gruppenmitglieder zu achten. Im Gegenzug ist man Teil der Gruppe, was eine wichtige Ressource darstellt, die zum Tragen kommt, wenn man selbst Hilfe benötigt. Markus und Kitayama (1991) beschreiben die Konstruktion des Selbst in kollektivistischen Kulturen als interdependent, da in kollektivistischen Kulturen die Identität einer Person stark von ihrer Zugehörigkeit zu einer Gruppe oder einem Kollektiv sowie von ihrer Position darin abhängt. Die Interdependente Sicht auf das Selbst heißt: das Selbst erhält seine Bedeutsamkeit in Relation zu den Beziehungen, in die es eingebettet ist. Die Aufgabe eines jeden Individuums in dieser Gesellschaftsform ist durch Anpassung Mitglied sein. Dies bedeutet mitunter, persönliche Wünsche zugunsten der Harmonie zurückzustellen, was in kollektivistischen Kulturen einen großen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden hat (Kwan et al. 1997). Das Individuum selbst zeigt sich deshalb typischerweise bescheiden und diskret, anstatt auffällig oder auf den eigenen Vorteil bedacht, wie es in individualistischen Gesellschaften eher beobachtet wird.

Im Gegensatz dazu gehen die Individuen der individualistischen Kultur persönlichen Zielen nach, unabhängig davon, ob diese mit den Zielen ihrer Ingroup kompatibel sind

oder nicht. Ihr Verhalten wird über Situationen hinweg von ihrer eigenen Einstellung beeinflusst. Sie wägen Vorteile und Kosten einer Beziehung im Sinne der Austauschtheorie ab. Wenn die Kosten die Vorteile überwiegen, wird die Beziehung aufgegeben, während Kollektivisten den Fokus auf den Bedürfnissen der Mitglieder einer Ingroup setzen und die Beziehung trotz überwiegender Kosten aufrechterhalten. (Triandis 1995). Ihr Wohlbefinden resultiert aus dem Erreichen persönlicher Ziele (Oyserman, 2002).

2.7 Messmethoden

2.7.1 Die TAS-26 als Messmethode alexithymer Merkmalsausprägung

Zur Messung von Defiziten in der Wahrnehmung und Verarbeitung, sowie eines angemessenen Ausdrucks von Emotionen wurde in dieser Untersuchung die TAS-26 (Kupfer et al. 2000) genutzt. Die TAS-26 wurde in ihrer englischen Originalversion von Taylor und Mitarbeitern (Taylor et al. 1985; Taylor et al. 1990) entwickelt und von Kupfer et al. (2000) als deutsche Version skaliert, statistisch validiert und normiert, sowie an einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung in Deutschland vorgestellt. Dieser Test erfasst mittels 26 Items auf einer 5-stufigen Likertskala den Grad der Unfähigkeit eines Individuums, Gefühle adäquat bei sich wahrzunehmen, diese sprachlich präzise auszudrücken und damit psychisch zu verarbeiten.

In der Literatur konnte keine arabisch sprachige Version der TAS-26 gefunden werden. Die deutsche Version diente in dieser Untersuchung als Vorlage für die arabische Übersetzung.

2.7.2 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) als Methode zur Bestimmung von Angst und Depression

Es gibt verschiedene Testinstrumente zur Bestimmung von Depression und Angst. In einer Studie erfolgte eine Gegenüberstellung der Testinstrumente *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS-D), *Beck Depression Inventory* (BDI) und der *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CED-D). Als Resultat zeigten sich keine gravierenden Differenzen der unterschiedlichen Testinstrumente zur Primärdiagnostik und zum Screening von Depression und Angst (Andriushchenko et al. 2003). Es erfolgten vereinzelte Studien zur Beurteilung der HADS als Screening Tool für Depression in Gegenüberstellung zu anderen Testverfahren (PHQ-9, BDI-II, MADRS). Die HADS erwies sich als gleichwertig und valide im Vergleich zu den anderen Testverfahren (Hansson et al. 2009; Orive et al. 2010; Kjaergaard et al. 2014).

In dieser Arbeit entschieden wir uns zur Datenerhebung für die HADS-D. In Form eines Selbstevaluierungsbogens, ist er ein valides Testinstrument zur Erstdiagnose und zur Beurteilung des Schweregrades von Angststörung und Depression in sowohl somatischen

wie auch psychiatrischen Patienten (Bjelland et al. 2002). Die HADS-D ist ein Selbstevaluierungsbogen der 1983 von Snaith und Zigmond entwickelt worden ist (Zigmond and Snaith 1983; Snaith and Zigmond 1986; Snaith 2003). Dieser dient der Selbstbeurteilung von Angst und Depressivität bei Erwachsenen mit körperlichen Beschwerden beziehungsweise Erkrankungen. Die HADS-D ist die übersetzte deutsche Version des englischen HADS. Diese kann als Screening Verfahren sowie zur dimensional Schweregradbestimmung, auch in der Verlaufsbeurteilung, eingesetzt werden. Als Maß für die allgemeine psychische Beeinträchtigung kann der Gesamtsummenwert eingesetzt werden. Itemauswahl und -formulierung berücksichtigen besonders die spezifischen Anforderungen eines durch körperliche Krankheit bestimmten Settings. Zur Vermeidung einer Verfälschung der Testergebnisse durch somatische Komorbidität, wird gezielt nur auf psychische Angst- und Depressionssymptome fokussiert. Er ist in der Lage differenziert Depression und Angststörung zwischen psychiatrischen und somatischen Patienten zu detektieren (Christodoulou et al. 2010). In Anbetracht der internationalen Erfahrungen mit der HADS, eignet sich dieser retrospektiv nicht nur als valides Testverfahren zur Detektion von Depression, sondern auch als Item zur Verlaufsbeurteilung der Merkmalsausprägung bei Patienten unter psychotherapeutischer oder medikamentöser Therapie (Herrmann 1997). Es bewährten sich bereits multiple valide international übersetzte Versionen des Fragebogens. Auch gibt's es eine valide arabische Version der HADS (el-Rufaie and Absood 1987; el-Rufaie and Absood 1995). Zum Zeitpunkt der Konzeptentwicklung war noch nicht bekannt, dass bereits eine arabische Version vorliegt, so dass durch uns eine erneute Übersetzung mit Gegenübersetzung des Fragebogens ins Arabische erfolgte. Es wurde dabei vermehrt auf eine inhaltliche, als auf eine wortwörtliche Übersetzung geachtet. Als Vorlage diente uns die deutsche Version der HADS (Herrmann 1997).

2.7.3 Der Gießener Beschwerdebogens (GBB-24) als Messmethode für Körperbeschwerden

Zur Erfassung des körperlichen Befindens dient in dieser Untersuchung die Kurzversion des Gießener Beschwerdebogens GBB-24, welcher 1979 entwickelt wurde (Brähler & Scheer 1979). Der GBB-24 dient der Ermittlung subjektiv wahrgenommener körperlicher Beschwerden, für die keine organische Ursache festgestellt werden kann. Der

Selbstevaluierungsbogen setzt sich aus insgesamt 24 Items, die auf vier Subskalen (Erschöpfung [E], Magenbeschwerden [M], Gliederschmerzen [G] und Herzbeschwerden [H]) verteilt werden, zusammen. Sie werden auf der Gesamtskala Beschwerdedruck (Klagsamkeit) zusammengefasst. Liegt eine hohe Ausprägung der Gesamtskala Beschwerdedruck und eine breite Symptomatik in den Subskalen vor, lässt sich mit erhöhter Wahrscheinlichkeit auf eine psychosomatische Ursache der Beschwerden schließen.

2.7.4 Hautzufriedenheits- Fragebogen (*Skin Satisfaction Questionnaire*) zur Beurteilung von Hautempfindung, Zufriedenheit und Einstellung zur Haut

Der Hautzufriedenheit-Fragebogen (Hautzuf) dient der Beurteilung spezifischer psychosozialer Aspekte von Hautempfindung, Zufriedenheit und Einstellung zur Haut, sowohl von Patienten als auch von Gesunden (Grolle et al. 2003). Zu Beginn erfragt der Hautzuf einige demographische Daten: Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung, Hauterkrankungen sowie deren Behandlung. Er beinhaltet 30 Items die in 5 Skalen (Selbstberührung, Partnerberührung, Elternberührung, Schamgefühl und eigenes Ekelempfinden) unterteilt werden.

Sowohl die Durchführung, als auch die Auswertung sind standardisiert, so dass eine Objektivität angenommen werden kann. Aufgrund der in vielen Fällen nicht möglichen exakt wortgetreuen Übersetzung, wurde mehr Wert auf die Verständlichkeit und Lesbarkeit des Fragebogens gelegt. Hautzuf-Item 22 (Nach einem Orgasmus liebe ich es, noch weiter zärtlich zu sein) wurde nicht übersetzt und in der Folge nicht erhoben, weil es im Kontext der syrisch-arabischen Kultur als sexuell offensiv verstanden werden könnte und deshalb die Akzeptanz der gesamten Unternehmung infrage gestellt hätte.

2.7.5 Self- Assessment Manikin (SAM) zur Messung subjektiver Gefühle

Das sogenannte *Self-Assessment Manikin* (SAM) wurde als dreidimensionales Piktogramm von Lang (1980) konstruiert. Ein Piktogramm (s. Abb. 4.1) dient anstelle von Wörtern als eine nonverbale Methode zur Messung des emotionalen Zustandes des

Patienten. Es ist ein günstiges, einfaches, schnelles und sprachfreies Verfahren, welches die drei Dimensionen Freude (*Pleasure*), Erregung (*Arousal*) und Dominanz (*Dominance*) anhand der Darstellung eines Männchens in verschiedenen Ausprägungen erfasst (Bradley & Lang 1994). Es basiert auf der Erkenntnis, dass sich ein großer Teil der Varianz emotionaler Befindlichkeit im Wesentlichen auf drei zentrale Basisdimensionen beschränkt.

Da das Verfahren kein sprachbasiertes ist, kann es in diesem Falle für die arabisch sprachige Studiengruppe angewandt werden. Auch Kinder, alte Menschen und Menschen mit Sprachstörungen werden so nicht von der Datenerhebung ausgeschlossen, wodurch die Stichprobe die Population besser repräsentieren kann.

3 ZIELSETZUNG DER ARBEIT

Durch die Entwicklung der Toronto Alexithymie Skala (TAS-26) von Taylor und Mitarbeiter wurde ein Fragebogen mit 26 Items konzipiert, der als Marker der Alexithymie dient (Taylor et al. 1985). Die TAS-26 ermöglichte die detailliertere Analyse der Zusammenhänge von Faktoren die zur Entstehung der Alexithymie führen. Es gibt verschiedene Studien, die den Zusammenhang zwischen Alexithymie und Alter, Kultur und Geschlecht in verschiedenen Populationen wiedergeben. Jedoch konnten keine Populationsstudien die in einem arabischen Land durchgeführt wurden gefunden werden. In dieser Studie wird eine Population von Patienten in verschiedenen medizinischen Settings (Beschreibung der Population im Absatz 4.2) in Syrien erhoben. Für diese Studie sind bestimmte Aspekte wesentlich, die vorgehende Hypothesen bestätigen oder widerlegen könnten. In den Datensätzen der syrischen Patientenpopulation werden auch Differenzen in den verschiedenen Glaubensrichtungen innerhalb einer islamisch geprägten Kultur untersucht. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass Syrien ein präsidial geführtes Land ist, das versucht, bestimmte demokratische Prinzipien zu berücksichtigen, jedoch den Standard westlicher Staatsformen nicht erfüllt, was für die sozio-kulturellen Ansätze (Brosig et al. 2004; Franz et al. 2008) in Verbindung zur Alexithymie von Interesse sein könnte.

Hauptfragestellungen dieser Arbeit sind:

1. Gibt es Unterschiede in den mit den Fragebögen erhobenen Variablen zwischen der syrischen Stichprobe und der ursprünglichen deutschen Eichstichprobe?
2. Inwiefern unterscheiden sich Moslems und Christen in den erhobenen Merkmalen?
3. Inwiefern korreliert Alexithymie innerhalb der syrischen Population mit den Parametern Depression, Angst, Hautzufriedenheit, Stimmung und körperlichen Beschwerden.

4 MATERIAL UND METHODEN

4.1 Übersetzung

Die deutschen Versionen der Fragebögen TAS-26, HADS-D, Haut-Zuf, GBB, und SAM wurden von einem Übersetzerteam, bestehend aus einem syrischen Gymnasiallehrer für arabisch und einem in Deutschland niedergelassenen syrischen Internisten mit praktischer Erfahrung als Internist in Syrien, in mehreren Sitzungen in Syrien ins Arabische übersetzt. Diese Konversion wurde von zehn in Deutschland praktizierenden syrischen Ärzten hinsichtlich der Verständlichkeit der Items überprüft. Zusätzlich fand in Anwesenheit von Prof. Brosig eine arabische Rückübersetzung durch einen arabischen Medizinstudenten (M. Ibrahim) statt. Aufgrund der in vielen Fällen nicht möglichen exakt Wort-getreuen Übersetzung, wurde mehr Wert auf die Verständlichkeit und Lesbarkeit des Fragebogens gelegt. Hautzuf-Item 22 (Nach einem Orgasmus liebe ich es, noch weiter zärtlich zu sein) wurde nicht übersetzt und in der Folge nicht erhoben, weil es im Kontext der syrisch-arabischen Kultur sexuell offensiv verstanden werden könnte und deshalb die Akzeptanz der gesamten Unternehmung infrage gestellt hätte.

4.2 Datenerhebung

Ein großer Wert wurde in eine flächendeckende Datenerhebung gelegt. Es sollte eine gleichmäßige Verteilung an Altersklassen, Ausbildungsgraden, Konfession, Groß- und Kleinstädtern erzielt werden. Die Verteilung zwischen Moslems und Christen ist auch geographisch abhängig. Großstädte werden durch islamische Gemeinden dominiert, im Vergleich dazu siedeln sich die Christen in den Großstädten in den alten christlichen Stadtvierteln oder in kleinen christlichen Gemeinden (zum Beispiel „Wadi Nassara“ im Tal der Christen im mittleren Westen Nahe der Mittelmeerküste) an. Kafaram ist eine rein christliche Gemeinde im Wadi Nassara. Aus zwei Aspekten war diese Region interessant. Christen siedelten sich dort in kleinen Nischen an, und bildeten ihre eigenen sozialen, kulturellen, religiösen und emotionalen Riten aus. Durch diese Studie sollte in Bezug auf das Alexithymiemodell in Erfahrung gebracht werden, ob Unterschiede zwischen der islamischen und christlichen Konfession innerhalb eines arabischen Landes bestehen.

Tab. 4.1: Datenerhebung

100 Fragebögen	syrisches Ärztezentrum in Homs (Urologie, Dermatologie, Innere Medizin, Orthopädie, Allgemeinchirurgie)
50 Fragebögen	Universitätskrankenhaus Damaskus (Allgemeinchirurgie)
50 Fragebögen	niedergelassene Internisten in Aleppo
50 Fragebögen	Allgemeinmediziner in Kafaram (christl. Gemeinde)

4.3 Messinstrumente

4.3.1 Toronto Alexithymia Scale (TAS-26)

Informationen zur Beschreibung und Auswertung stammen aus dem Manual des TAS-26 Fragebogens (Kupfer et al. 2000; 2001).

Skala 1: Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen

In dieser Skala erfassen die Items die Schwierigkeit bei der Identifikation von Gefühlen und die Schwierigkeit der Identifikation von körperlichen Vorgängen. Somit wird nicht allein die Bewertungskomponente von Emotionen erfasst, sondern auch die Problematik beim Verständnis physiologischer Komponenten von Emotionen. Erhöhte Werte in dieser Skala bedeuten, dass der Proband Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung eigener Gefühle hat. Im Extremfall ist er nicht in der Lage emotionale und physiologische Begleiterscheinungen adäquat einzuordnen.

Skala 2: Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen

Diese Skala erfasst Probleme Emotionen zu zeigen und zu beschreiben. Sie bezieht sich unter Berücksichtigung des kommunikativen Aspekts von Emotionen auf den Ausdruckscharakter von Emotionen. Die erste Skala korreliert hoch mit dieser Skala, da neben der Problematik Emotionen überhaupt wahrzunehmen (Skala 1), natürlich auch der Ausdruck von Emotion eingeschränkt ist. Hohe Werte in dieser Skala deuten auf

Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen hin, aufgrund einer partiell, im Extremfall fehlenden, eingeschränkten Kommunikation.

Skala 3: Extern orientierter Denkstil

Mit den Items dieser Skala wird der automatistisch- mechanistische Denkstil operationalisiert. Den Probanden reicht eine eher oberflächliche Betrachtungsweise von problematischen Situationen oder Abläufen. Probanden mit hohen Werten auf dieser Skala geben somit an, sich nicht für analytisches Denken bzw. für eine Reflexion von Lösungswegen in problematischen Situationen zu interessieren. Das bedeutet, dass das Interesse an einem analytischen Denken stark eingeschränkt ist. Dies könnte zu Problemen bei Anpassungsanforderungen führen, da Erfahrungswerte zu Erwartungen über Folgen eines bestimmten Verhaltens nicht verfügbar sind.

Gesamtskala: Alexithymie

Neben diesen Einzelskalen kann aus sämtlichen Items der 3 Einzelskalen eine Gesamtskala gebildet werden. Die Gesamtskala ergibt einen Globalwert für die Ausprägung einer Alexithymie. Insbesondere für die Unterteilung von Probanden in hoch- und niedrigalexithyme Untergruppen scheint die Gesamtskala am besten geeignet.

Auswertung

Die Auswertung erfolgt mittels Addition der Einzelantworten für die jeweilige Skala. Dabei bedeuten die Antwortkategorien:

- 1 = trifft gar nicht zu
- 2 = trifft eher zu
- 3 = teils/teils
- 4 = trifft eher zu
- 5 = trifft völlig zu

Ein Teil der Items ist für die Skalenauswertung umzupolen (zu invertieren, in folgender Aufstellung mit „(-)“ gekennzeichnet). Für die Items I9, I11, I12, I13, I15, I21, I24 gilt somit 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1.

Zur Ermittlung der Skalenwerte, werden die Antworten für die Einzelitems für jede Skala summiert.

Tab. 4.2: Die 26 Items der TAS-26 mit der entsprechenden Itemnummer unterteilt in ihre Skalenzugehörigkeit

Skala 1	Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen	I4+I10+I14+I17+I20+I25+I26
Skala 2	Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen	I3+I8+I12(-)+I22+I23
Skala 3	Extern orientierter Denkstil	I9(-)+I11(-)+I15(-)+I21(-)+I24(-)

Durch Zusammenfassung der 3 Skalen kann ein Gesamtwert angegeben werden:

$$\text{Skala 1} + \text{Skala 2} + \text{Skala 3} = \text{Gesamtskala} = \text{alexithyme Merkmalsausprägung}$$

Es wird empfohlen, die Skalenwerte durch die Anzahl der jeweils beantworteten Items zu dividieren. So bleiben die Skalenmittelwerte verschiedener Probanden auch bei missing data vergleichbar.

$$\text{Skala 1} = [(I4+I10+I14+I17+I20+I25+I26)]/7$$

$$\text{Skala 2} = [(I3 +I8-I12+I22+I23)] +6/5$$

$$\text{Skala 3} = [(-I19-I11-I13-I15-I21-I24)] +36/7$$

$$\text{Gesamt} = [(I4+I10+I14+I17+I20+I25+I26+I3+I8-I12+I22+I23-I19-I11-I13-I15-I21-I24) +42]/18.$$

Cut- off Punkt:

In Anlehnung an Taylor (Taylor et al., 1997) wird empfohlen Probanden ab einem Gesamtwert von $RW/n \geq 3.00$ (bzw. $RW \geq 54$) als alexithym zu bezeichnen.

4.3.2 Hospital Anxiety and Depression Scale- Deutsche Version (HADS-D)

Die HADS-D enthält 14 Items (je 7 pro Subskala in alternierender Abfolge) mit vierstufigen Item spezifischen Antwortmöglichkeiten (0-3) und wechselnder Schlüsselrichtung. Damit ergibt sich je Subskala (Angstskala = HADS-D/A; Depressionsskala = HADS-D/D) durch Addition ein möglicher Wertebereich von 0-21.

Die Items der Depressionsskala fragen nach sogenannten “endomorphen“ Symptomen eines zentralen Verlustes an Motivation und Lebensfreude (“anhedonia“).

Die Erhebung von 'Angst' und 'Depression' sind folgendermaßen strukturiert:

A1: Allgemeine Befürchtungen und Sorgen sowie Nervosität

A2, A3: Allgemeine Befürchtungen

A4, A5, A6: motorischer Spannungen bzw. Entspannungsdefizite.

A7: Prävalenz von Paniksymptomen, die im Kontext somatoformer Beschwerden zu sehen sind.

D1, D2, D3, D6: Freudlosigkeit und Verminderung des Antriebs

D4: Verminderung des Antriebs

D5, D7: Interessenverlust

Die Testergebnisse sind bei der individuellen Anwendung vielmehr als Orientierungshilfen in der psychologischen Einschätzung für den Alltag zu sehen. Sie sind nicht diagnoseweisend. Nach praktischen Belangen wurden von Zigmond und Snaith drei Wertebereiche für die HADS-Subskala angegeben (Zigmond and Snaith 1983):

Tab. 4.3: Wertebereiche für die HADS- Subskala

0-7	unauffällig
8-10	als grenzwertig
>11	auffällig

4.3.3 Gießener Beschwerdebogen (GGB-24)

Die Kurzform des GGB besteht aus 24 Items. Diese gehen alle in die Skalenberechnung ein. Die vier Skalen Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden werden aus jeweils sechs Items gebildet. Die Zuordnung der Items zu den Skalen zeigt Tab. 4.4.

Das Ausmaß der Belästigung durch die aufgeführten Beschwerden wird durch folgende fünf Antwortmöglichkeiten erfasst: nicht – kaum – einigermaßen – erheblich – stark.

Tab. 4.4: Wertebereiche für die HADS-Subskala

Skala 1: Erschöpfung (E) 1. Schwächegefühl 4. Schlafbedürfnis 15. Erschöpfbarkeit 16. Müdigkeit 17. Benommenheit 19. Mattigkeit	Skala 2: Magenbeschwerden (M) 3. Völlegefühl 9. Erbrechen 10. Übelkeit 12. Aufstoßen 13. Sodbrennen 21. Magenschmerzen
Skala 3: Gliederschmerzen (G) 5. Gliederschmerzen 7. Rückenschmerzen 8. Nackenschmerzen 14. Kopfschmerzen 18. Müdigkeit in den Beinen 23. Druckgefühl im Kopf	Skala 4: Herzbeschwerden (H) 2. Herzklopfen 6. Schwindelgefühl 11. Kloßgefühl im Hals 20. Stiche in der Brust 22. Atemnot 24. Herzbeschwerden

AUSWERTUNG

Jeder Antwortstufe wird ein Zahlenwert von 0 (nicht) bis 4 (stark) zugeordnet. Aus der Summe der zu dieser Skala gehörenden sechs Itemwerte wird der Skalawert ermittelt. Nicht ausgefüllte Items werden als 0 gewertet. Die Ausprägung jeder der vier Skalen liegt bei sechs Items demnach zwischen 0 und 24. Der Beschwerdedruck (Skala 5) besteht aus der Summe der Skalenwerte 1 bis 4 und kann entsprechend Werte zwischen 0 und 96 annehmen. Die Skalenwerte einer Testperson können mit den im Handbuch angegebenen Normwerten, welche nach Alter und Geschlecht getrennt angegeben sind, verglichen werden. Dadurch ist es möglich, das Beschwerdeausmaß einer Person mit dem Bevölkerungsdurchschnitt zu vergleichen.

4.3.4 Hautzufriedenheits Fragebogen (*Skin Satisfaction Questionnaire*)

Der Fragebogen besteht aus 30 Items, die in 5 Skalen unterteilt werden (s. Tab. 4.5). Es gibt vier Antwortalternativen (von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft zu“).

Tab. 4.5: Die 30 Items des Hautzufriedenheitsbogens mit der entsprechenden Itemnummer unterteilt in ihre Skalenzugehörigkeit

Skalen	Zugehörige Items	Bedeutung
Hautzuf 1	1, 4, 5, 8, 9, 10 (I1+I4+I5+I8+I9+I10)	Angaben zur Selbstberührung. Diese Skala untersucht die Bedeutung und Häufigkeit der Selbstberührung. Beispiel: „Ich berühre mich gerne selbst.“
Hautzuf 2	6, 11, 12, 14, 25, 26(invertiert) (I6+I11+I12+I14+I25-I26+4)	Angaben zum Ausmaß der elterlichen Berührung. Beispiel: „Meine Eltern haben oft mit mir geschmust.“
Hautzuf 3	13, 20, 21, 22, 29, 30 (I13+I20+I21+I29+I30) I22 wurde nicht erhoben	Angaben zur partnerschaftlichen Berührung. Hier wird die Bedeutung der Berührung des und durch den Partner untersucht. Beispiel: „Ich bin ein Mensch, der gar nicht zu viel Körperkontakt vom Partner bekommen kann.“
Hautzuf 4	2, 3, 7, 15, 16, 17 (I2+I3+I7+I15+I16+I17)	Angaben zum eigenen Schamempfinden Beispiel: „In peinlichen Situationen könnte ich im Boden versinken.“
Hautzuf 5	18, 19, 23, 24, 27, 28 (I18+I19+I23+I24+I27+I28)	Angaben zum eigenen Ekelgefühl Beispiel: „Ein verschmutztes Glas ist mir sehr unangenehm.“

4.3.5 Self- Assessment Manikin (SAM)

Die Skalierung der verschiedenen Dimensionen lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Valenzdimension wird durch Veränderung des Gesichtsausdrucks (Lächeln = "angenehm", trübsinnigen Ausdruck = "unangenehm") repräsentiert.
- Bei der Darstellung der Erregungsdimension ist die Bauchregion mit Zacken und Punkten versehen, die an Zahl und Größe abnehmen, je weniger Erregung ausgedrückt werden soll. Gleichzeitig verändert sich die Augenpartie von weit geöffnet (= "erregt") bis hin zu geschlossenen Augen (= "ruhig").

- Die Dominanzdimension ("klein" vs. "groß") wird über eine Größenzunahme beziehungsweise Größenabnahme der Figur repräsentiert. Diese Dimension reflektiert die Position des Probanden in einem sozialen Kontext.

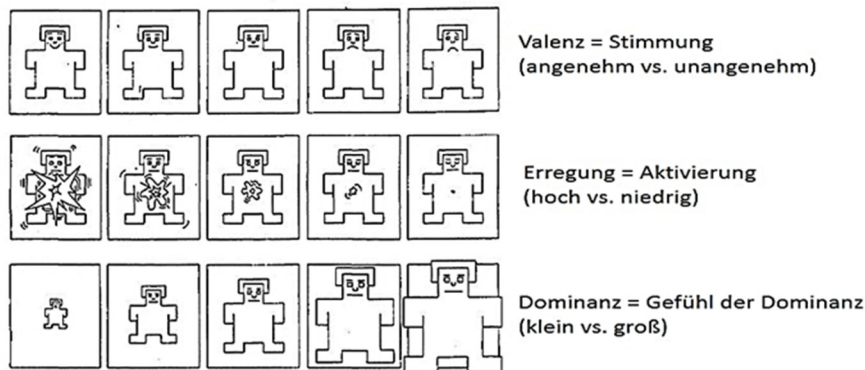


Abbildung 4.1: Piktogramm "Self-Assessment Manikin" (Morris, 1995)

Die Probanden können ihren Gefühlsausdruck mit einem Kreuz auf oder zwischen den entsprechenden Figuren einstufen, woraus sich eine 5-stufige Skala ergibt.

4.4 Statistische Analysen

Die statistische Auswertung erfolgt mit dem Statistikprogramm SPSS 22. Der Fehler erster Art wird auf das $\alpha = .05$ Niveau festgelegt.

In einem ersten Schritt werden für eine Übersicht über die Ergebnisgrundlage die deskriptiven Lagemaße (M , SD) und die bivariaten Korrelationen über alle Untersuchungsvariablen bestimmt (TAS-26, HAD-S, SAM, GBB-24, Hautzufriedenheitsbogen). Die Korrelationen werden anhand der Formel nach Pearson bestimmt und auf Signifikanz getestet. Zudem wurde zur Neutralisierung der Alphafehler – Kumulierung die Bonferroni- Methode angewendet.

Für den explorativen Vergleich der Ausprägung der untersuchten Variablen zwischen der Untersuchungsgruppe und den Normstichproben der jeweiligen Verfahren werden deskriptive Maße (Mittelwert, Standardabweichung und Varianz) ermittelt und anhand einer Einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) überprüft.

In einem letzten Analyseschritt soll überprüft werden, ob sich Moslems und Christen (siehe Religionsgruppen) systematisch in Bezug auf Angst, Depressivität, Alexithymie, Körperbeschwerden und affektive Reaktion (Freude, Erregung und Dominanz mittels

SAM-Test) unterscheiden. Hierzu wird eine Univariate Varianzanalyse berechnet (ANOVA).

Unterschiede zwischen zwei Gruppen mit normalverteilten Werten wurden mittels T-Test (two-sided students t-test) auf statistische Signifikanz getestet.

4.5 Analysen im Vorfeld

Zur Überprüfung der faktoriellen Validität der übersetzten Fragebögen wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse mit Varimaxrotation gerechnet. Die Ergebnisse zur extrahierten Dimensionalität der einzelnen Untersuchungsinstrumente finden sich im Anhang. (Da sie nicht Teil der primären Fragestellung der vorliegenden Arbeit sind, wird auf eine weitere Diskussion dieser Ergebnisse hier verzichtet.)

5 ERGEBNISSE

5.1 Deskriptive Statistiken der Studienpopulation

Es nahmen 254 Teilnehmer an der Befragung teil. Insgesamt konnten die Daten von 253 Probanden ($n = 253$) ausgewertet werden. Tabelle 5.1 zeigt einen Überblick über die soziodemographischen Merkmale. Sowohl in der Geschlechterverteilung als auch in der Schulqualifikation lag eine relativ ausgeglichene Verteilung vor. Ca. 65 % der Probanden waren Moslems. In Bezug auf den Familienstand war die Stichprobe ebenfalls ausgeglichen. Es erfolgte keine Erhebung der Altersgruppen, jedoch kann aufgrund der Datenerhebung durch die Kliniken (keine Datenerhebung in einer pädiatrischen Klinik) davon ausgegangen werden, dass es sich bei den Probanden um eine Altersgruppe zwischen 18 - 80 Jahren handelt.

Tab. 5.1: Soziodemographische Daten der Untersuchungsstichprobe

		<i>n</i>	Anteil in Prozent
Geschlecht	Männer	130	51.4
	Frauen	123	48.6
Familienstand	ledig	68	26.8
	verheiratet	132	52
	verlobt	27	10.6
	geschieden	19	7.5
	verwitwet	8	3.1
Schulabschluss	ohne	62	24.4
	mittlere Reife	69	27.7
	Abitur	60	23.6
	Universitätsabschluss	63	24.8
Religion	Moslem	166	65.4
	Christ	88	34.6

Anmerkung: n = Anzahl der Probanden.

Tabelle 5.2 zeigt einen Überblick über den Familienstand der Probanden in den jeweiligen Religionsgruppen. Der Großteil der Befragten beider Religionsgruppen war verheiratet. In der Gruppe der Moslems lag ein größerer Anteil geschiedener Probanden (10.2 %) als bei der christlichen Population (2.3 %) vor.

Tab. 5.2: Kreuztabelle Religion * Familienstand

Religion		ledig	verheiratet	verlobt	geschieden	verwitwet
Moslem	Anzahl	36	91	16	17	6
	Prozent	21.7	54.8	9.6	10.2	3.6
Christ	Anzahl	32	41	11	2	2
	Prozent	36.4	46.6	12.5	2.3	2.3

Die Tabelle 5.3 zeigt, dass unter den Christen im Vergleich zu den Moslems ein höherer Anteil (33 % vs. 20.5 %) einen Universitätsabschluss hatte und ein geringerer Anteil keinen Schulabschluss (11.4 % vs. 31 %) besaß. Insgesamt konnte bei den Christen unter den Studienteilnehmer ein höheres Bildungsniveau beobachtet werden als bei den Moslems.

Tab. 5.3: Kreuztabelle Religion * Schulabschluss

Religion	Schulabschluss	Anzahl	Angabe in Prozent %
Moslem	ohne	52	31
	mittlere Reife	48	29
	Abitur	32	19.7
	Universität	34	20.5
Christ	Ohne	10	11.4
	Mittlere Reife	21	23.9
	Abitur	28	31.8
	Universität	29	33

5.2 Lagemasse von Alexithymie, Stimmung, Angst, Depression, Hautzufriedenheit und körperlichen Beschwerden in der syrischen Gesamtstichprobe

In Tabelle 5.4 sind die mittleren Antworttendenzen der einzelnen Religionsgruppen innerhalb der eingesetzten Testverfahren abgebildet. Es zeigt sich bei den Moslems eine höhere Antworttendenz in den Lagemassen für eine alexithyme Merkmalsausprägung und körperlichen Beschwerden. In Bezug auf die Lagemasse für Stimmung (HADS) und die Parameter des Hautzufriedenheitsbogens bewegt sich die mittlere Antworttendenz zwischen Moslems und Christen in einem ähnlichen Bereich. Die statistische Relevanz wurde mittels einer univariaten Varianzanalyse geprüft (s.u. Tab. 5.10: Univariate Varianzanalyse: Vergleich zwischen Moslems und Christen).

Tab. 5.4: Ergebnisse der psychometrischen Testverfahren zwischen den syrischen Religionsgruppen

Parameter	Moslem (<i>M/SD</i>)	Christ (<i>M/SD</i>)	Gesamtstichprobe (<i>M/SD</i>)
Valenz (SAM 1)	2.96±0.88	2.77±0.89	2.9±0.89
Erregung (SAM 2)	3.3±1.03	3.69±1.13	3.43±1.08
Dominanz (SAM 3)	3.03±0.96	3.09±0.96	3.05±0.96
Angst (HADS)	11.02±3.36	10.81±0,36	10.94±3.3
Depression (HADS)	11.35±3.63	12.35±3.2	11.70±3.66
TAS- Skala 1	2.93±0.56	2.79±0.61	2.88±0.58
TAS- Skala 2	3.05±0.6	2.84±0,64	2.98±0.62
TAS- Skala 3	2.75±0.64	2.47±0,07	2.65±0.68
tassk	2.9±0.39	2.69±0,46	2.83±0.42
Selbstberührung (Haut- Zuf.)	1.63±0.07	1.696±0,10	1.64±0.95
Elternberührung (Haut- Zuf.)	2.20±0.59	2.369±0,08	2.26±0.75
Partnerberührung (Haut- Zuf.)	2.29±0.07	2.498±0,09	2.35±0.87
Ekel (Haut- Zuf.)	2.85±0.07	2.84±0,05	2.85±0.63
Scham (Haut- Zuf.)	2.26±0.05	2.05±0,08	2.19±0.71
Erschöpfung (GBBs1s)	6.94±4.47	6.51±4.07	6.83±4.33
Magenbeschwerden (GBBs2s)	4.73±4.38	4.06±4.23	4.50±4.33
Gliederschmerzen (GBBs3s)	6.40±4.42	6.07±4.25	6.29±4.35
Herzbeschwerden (GBBs4s)	4.90±4.29	4.4±4.93	4.73±4.52
Gesamtbeschwerdedruck	22.97±15.8	21.4±15.45	22.34±15.67

Anmerkung: SAM = Self Assessment Manikin, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, TAS = Toronto Alexithymie Scale, tassk = Toronto Alexithymie Skala Gesamtwert, GBBs1s = Gießener Beschwerdebogen Skala 1, Gbbs2s = Gießener Beschwerdebogen Skala 2, GBBs3s = Gießener Beschwerdebogen Skala 3, GBBs4s = Gießener Beschwerdebogen Skala 4, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, Anzahl Moslems *n* = 166 und Christen immer *n* = 88.

In Tabelle 5.5 sind die mittleren Antworttendenzen getrennt nach Geschlecht innerhalb der eingesetzten Testverfahren abgebildet. Bezüglich einer alexithymen Merkmalsausprägung bewegen sich die Antworttendenzen in einem ähnlichen Bereich. Es zeigen sich unterschiedliche Antworttendenzen im Hautzufriedenheits- und im Gießener Beschwerdefragebogen. Die weiblichen Probanden beklagen häufiger Beschwerden wie Erschöpfung, Magen-, Glieder- und Herzschmerzen. Zudem ist bei Ihnen im Vergleich zu den männlichen Probanden das Schamgefühl stärker ausgeprägt.

Tab. 5.5: Ergebnisse der psychometrischen Testverfahren getrennt nach Geschlecht

Parameter	Weiblich (<i>M/SD</i>)	Männlich (<i>M/SD</i>)
Angst (HADS)	10.52±0.31	11.28±0.32
Depression (HADS)	11.82±0.35	11.84±0.35
TAS- Skala 1	2.9±0.05	2.8±0.05
TAS- Skala 2	2.96±0.06	2.92±0.06
TAS- Skala 3	2.64±0.06	2.6±0.06
tassk	2.83±0.04	2.77±0.04
Selbstberührung (Haut- Zuf.)	1.63±0.09	1.69±0.09
Elternberührung (Haut- Zuf.)	2.33±0.07	2.24±0.07
Partnerberührung (Haut- Zuf.)	2.28±0.08	2.5±0.08
Ekel (Haut- Zuf.)	2.9±0.06	2.79±0.06
Scham (Haut- Zuf.)	2.25±0.06	2.06±0.07
Erschöpfung (GBBs1s)	7.44±0.41	6.06±0.41
Magenbeschwerden (GBBs2s)	5.08±0.41	3.77±0.41
Gliederschmerzen (GBBs3s)	6.81±0.41	5.67±0.41
Herzbeschwerden (GBBs4s)	5.58±0.42	3.78±0.42
Gesamtbeschwerdedruck	24,91±1.47	19.28±1.48

Anmerkung: SAM = Self Assessment Manikin, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, TAS = Toronto Alexithymie Scale, tassk = Toronto Alexithymie Skala Gesamtwert, GBBs1s = Gießener Beschwerdebogen Skala 1, Gbbs2s = Gießener Beschwerdebogen Skala 2, GBBs3s = Gießener Beschwerdebogen Skala 3, GBBs4s = Gießener Beschwerdebogen Skala 4, *M* = Mittelwerte, *SD* = Standardabweichung, Anzahl weiblicher Probanden *n* = 123, Anzahl männlicher Probanden *n* = 130.

In Tabelle 5.6 wird die mittlere Antworttendenz der syrischen christlichen Frauen der Antworttendenz der syrisch muslimischen Frauen gegenüber gestellt. In Bezug auf körperliche Beschwerden zeigt sich über alle Parameter hinweg eine erhöhte Antworttendenz bei den muslimischen Frauen. Signifikante ($p \leq .05$) Unterschiede finden sich jedoch nur in Bezug auf die Alexithymie Gesamtskala. Hochsignifikante Unterschiede ($p \leq .01$) liegen nicht vor.

Tab. 5.6: Ergebnisse der psychometrischen Parameter getrennt nach Religion innerhalb der weiblichen Geschlechtsgruppe

Parameter	Weiblich		<i>p</i>
	Christ (<i>M/SD</i>)	Moslem (<i>M/SD</i>)	
Valenz (SAM 1)	2.73±0.84	2.84±0.95	0.517
Erregung (SAM 2)	3.68±1.18	3.29±1.82	0.078
Dominanz (SAM 3)	2.86±0.98	3.18±0.97	0.079
Angst (HADS)	10.41±3.02	10.55±2.91	0.814
Depression (HADS)	12.11±3.54	11.55±3.63	0.405
TAS- Skala 1	2.86±0.63	2.99±0.54	0.224
TAS- Skala 2	2.87±0.62	3.08±0.63	0.072
TAS- Skala 3	2.52±0.72	2.73±0.60	0.086
tassk	2.75±0.45	2.9±0.39	0.022
Selbstberührung (Haut- Zuf.)	1.58±0.91	1.65±1.03	0.738
Elternberührung (Haut- Zuf.)	2.34±0.83	2.29±0.83	0.726
Partnerberührung (Haut- Zuf.)	2.31±0.78	2.23±0.94	0.627
Ekel (Haut- Zuf.)	2.91±0.6	2.93±0.59	0.849
Scham (Haut- Zuf.)	2.18±0.82	2.38±0.65	0.153
Erschöpfung (GBBs1s)	7.39±4.5	7.61±4.75	0.801
Magenbeschwerden (GBBs2s)	4.7±5.18	5.39±4.57	0.440
Gliederschmerzen (GBBs3s)	6.7±4.61	7.12±4.63	0.632
Herzbeschwerden (GBBs4s)	5.41±5.8	5.7±4.7	0.980
Gesamtbeschwerdedruck	24.2±17.79	25.82±17.19	0.618

Anmerkung: SAM = Self Assessment Manikin, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, TAS = Toronto Alexithymie Scale, tassk = Toronto Alexithymie Skala Gesamtwert, GBBs1s = Gießener Beschwerdebogen Skala 1, Gbbs2s = Gießener Beschwerdebogen Skala 2, GBBs3s = Gießener Beschwerdebogen Skala 3, GBBs4s = Gießener Beschwerdebogen Skala 4, *M* = Mittelwerte, *SD* = Standardabweichung, *p*- Wert = Signifikanz, Anzahl christlicher Probanden *n* = 46, Anzahl moslemischer Probanden *n* = 77.

Tabelle 5.7 zeigt die Unterschiede der psychometrischen Testverfahren getrennt nach Religion innerhalb der männlichen Geschlechtergruppe. Die christlichen Männer weisen signifikante ($p \leq .05$) höhere Werte in den Parametern Erregung, Dominanz, Depression und Elternberührung auf. Im Gegensatz dazu lieferten die Moslems signifikante ($p \leq .05$) höhere Werte auf in Bezug auf Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen (TAS- Skala 2: $p = .044$). Zudem weisen die männlichen Moslems hochsignifikante ($p \leq .01$) Unterschiede im Alexithymie Gesamtwert ($p = .002$) auf.

Tab. 5.7 Ergebnisse der psychometrischen Parameter getrennt nach Religion innerhalb der männlichen Geschlechtsgruppe

Parameter	Männlich		<i>p</i>
	Christ (<i>M/SD</i>)	Moslem (<i>M/SD</i>)	
Valenz (SAM 1)	2.82±0.96	3.06±0.82	0.141
Erregung (SAM 2)	3.7±1.09	3.32±0.88	0.035
Dominanz (SAM 3)	3.34±0.88	2.91±0.94	0.014
Angst (HADS)	11.24±3.37	11.44±3.69	0.755
Depression (HADS)	12.62±3.81	11.23±3.63	0.047
TAS- Skala 1	2.7±0.59	2.87±0.58	0.123
TAS- Skala 2	2.8±0.66	3.03±0.57	0.044
TAS- Skala 3	2.42±0.69	2.77±0.68	0.007
tassk	2.64±0.46	2.88±0.38	0.002
Selbstberührung (Haut- Zuf.)	1.71±1.08	1.61±0.85	0.580
Elternberührung (Haut- Zuf.)	2.38±0.62	2.11±0.7	0.042
Partnerberührung (Haut- Zuf.)	2.61±0.69	2.35±0.93	0.115
Ekel (Haut- Zuf.)	2.81±0.72	2.78±0.64	0.830
Scham (Haut- Zuf.)	1.96±0.69	2.14±0.69	0.152
Erschöpfung (GBBs1s)	5.76±3.44	6.34±4.16	0.435
Magenbeschwerden (GBBs2s)	3.36±2.74	4.09±4.12	0.435
Gliederschmerzen (GBBs3s)	5.38±3.74	5.81±4.03	0.566
Herzbeschwerden (GBBs4s)	3.29±3.5	4.11±3.68	0.226
Gesamtbeschwerdedruck	17.79±11.71	20.35±14.12	0.308

Anmerkung: SAM = Self Assessment Manikin, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, TAS = Toronto Alexithymie Scale, tassk = Toronto Alexithymie Skala Gesamtwert, GBBs1s = Gießener Beschwerdebogen Skala 1, Gbbs2 s = Gießener Beschwerdebogen Skala 2, GBBs3s = Gießener Beschwerdebogen Skala 3, GBBs4s = Gießener Beschwerdebogen Skala 4, *M* = Mittelwerte, *SD* = Standardabweichung, *p*- Wert = Signifikanz, Anzahl christlicher Probanden $n = 42$, Anzahl moslemischer Probanden $n = 88$.

5.3 Korrelationstabelle

Tabelle 5.8 stellt den Zusammenhang zwischen dem alexithymen Gesamtbeschwerdeindex und Angst, Depressivität, Gesamtbeschwerdedruck und Hautzufriedenheit innerhalb der Gruppen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p \leq .05$ und $p \leq .001$ dar. Als relevant wurden die Parameter gedeutet in welchen eine Korrelation $\geq .4$ vorlag ($r = \geq .4$).

In der Gruppe der Moslems zeigt sich eine statistisch höchst signifikante ($p \leq .001$) und negativ relevante Korrelationen zwischen dem TAS Gesamtwert (tas-ges) und dem HADS Parametern Angst ($r = -.48^{**}$) und Depressivität ($r = -.45^{**}$). Bei den Christen zeigt sich eine statistisch höchst signifikante ($p \leq .001$) und negativ relevante Korrelation nur in Bezug auf Angst ($r = -.4^{**}$).

In Bezug auf die Parameter des Hautzufriedenheitsbogens, korreliert der Index für eine alexithyme Merkmalsausprägung lediglich in der Gruppe der Muslime höchst signifikant ($p \leq .001$) mit einem Schamgefühl ($r = 0.47$). Sämtliche sonstige Parameter des Hautzufriedenheitsbogens hängen nicht relevant mit dem TAS Gesamtwert zusammen.

Es zeigen sich nur bei den Moslems statistisch höchst signifikante ($p \leq .001$) und klinisch relevante Korrelationen in Bezug auf Herzbeschwerden ($r = 0.4^{**}$) und Gesamtbeschwerdedruck ($r = 0.4^{**}$), wo hingegen die Ergebnisse unter den Christen keine signifikante Korrelation zwischen den Parametern des Gießener Beschwerdebogens und TAS- Ges ergaben.

Über alle Fragebögen hinweg zeigte sich, dass der Zusammenhang von TAS- Gesamt mit den jeweiligen anderen Tests bei Muslimen stärker ausgeprägt war.

Tab. 5.8: Korrelation zwischen TAS- ges und weiteren Variablen im Datensatz

Parameter	Alle	Moslem	Christ
	Kor	Kor	Kor
Valenz (SAM 1)	0.19*	0.17*	0.23*
Erregung (SAM 2)	-0.23**	-0.11	-0.15
Dominanz (SAM 3)	-0.17*	-0.1	-0.29**
Angst (HADS)	-0.41**	-0.48**	0.40**
Depression (HADS)	-0.43**	-0.45**	-0.39**
Selbstberührung (Haut- Zuf.)	0.18*	0.31*	0.10
Elternberührung (Haut- Zuf.)	-0.19**	-0.20*	-0.15*
Partnerberührung (Haut- Zuf.)	-0.15*	-0.04	-0.12
Ekel (Haut- Zuf.)	0.02	0.05	0.01
Scham (Haut- Zuf.)	0.36**	0.47**	0.25**
Erschöpfung (GBBs1s)	0.31**	0.32**	0.31**
Magenbeschwerden (GBBs2s)	0.29**	0.34**	0.26**
Gliederschmerzen (GBBs3s)	0.31**	0.36**	0.28**
Herzbeschwerden (GBBs4s)	0.34**	0.40**	0.3**
Gesamtbeschwerdedruck	0.35**	0.40**	0.32**

Anmerkung: Kor = Korrelation, SAM = Self Assessment Manikin, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, GBBs1s = Gießener Beschwerdebogen Skala 1, Gbbs2s = Gießener Beschwerdebogen Skala 2, GBBs3s = Gießener Beschwerdebogen Skala 3, GBBs4s = Gießener Beschwerdebogen Skala 4, * = $p \leq .05$, ** = $p \leq .001$, Anzahl Moslems $n = 166$ und Anzahl Christen immer $n = 88$, **fett hervorgehobene Schrift Korrelation > 0,4.**

5.4 Vergleich der Untersuchungsgruppe mit der Eichstichprobe der Verfahren

In Tabelle 5.9 sieht man die Unterschiede zwischen der untersuchten Stichprobe und der Eichstichprobe. In der Mehrheit der Parameter zeigt sich ein höchst signifikanter Unterschied. Insbesondere zeigt sich im Vergleich zur grenzwertig ausgeprägten Merkmalsausprägung von Angst ($MW = 6.83$) und Depression ($MW = 5.05$) in der deutschen Eichstichprobe, dass in der syrischen Stichprobe eine stärker ausgeprägte Auffälligkeit in Bezug auf die Parameter Angst ($MW = 10.94$) und Depression ($MW = 11.7$) vorliegt. Insgesamt klagen die Syrer signifikant vermehrt über körperliche Beschwerden und weisen eine höhere alexithyme Merkmalsausprägung auf. In Bezug auf die Hautzufriedenheit weisen die Syrer signifikant niedrigere Werte als die Deutschen auf.

Tab. 5.9: Unterschiede zwischen der untersuchten Stichprobe in Syrien und der Eichstichprobe

Parameter	MW untersuchte Stichprobe	MW Eichstichprobe	p
Valenz (SAM 1)	2.9	x	
Erregung (SAM 2)	3.43	x	
Dominanz (SAM 3)	3.05	x	
Angst (HADS)	10.94	6.83	$\leq .001$
Depression (HADS)	11.70	5.05	$\leq .001$
TAS- Skala 1	2.88	2.05	$\leq .001$
TAS- Skala 2	2.98	2.6	$\leq .001$
TAS- Skala 3	2.65	2.71	,134
tassk	2.83	2.42	$\leq .001$
Selbstberührung (Haut- Zuf.)	1.64	2.60	$\leq .001$
Elternberührung (Haut- Zuf.)	2.26	3.42	$\leq .001$
Partnerberührung (Haut- Zuf.)	2.35	3.42	$\leq .001$
Ekel (Haut- Zuf.)	2.85	3.53	$\leq .001$
Scham (Haut- Zuf.)	2.19	2.53	$\leq .001$
Erschöpfung (GBBs1s)	6.83	4.61	$\leq .001$
Magenbeschwerden (GBBs2s)	4.50	2.69	$\leq .001$
Gliederschmerzen (GBBs3s)	6.29	5.4	$\leq .001$
Herzbeschwerden (GBBs4s)	4.73	2.97	$\leq .001$
Gesamtbeschwerdedruck	22.34	15.66	$\leq .001$

Anmerkung: MW = Mittelwerte, p = Signifikanz, SAM = Self Assessment Manikin, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, TAS = Toronto Alexithymie Scale, tassk = Toronto Alexithymie Skala Gesamtwert, GBBs1s = Gießener Beschwerdebogen Skala 1, Gbb2s = Gießener Beschwerdebogen Skala 2, GBBs3s = Gießener Beschwerdebogen Skala 3, GBBs4s = Gießener Beschwerdebogen Skala 4, $n = 54$ für alle Parameter bis auf Dominanz, dort $n = 253$, x = keine repräsentativ erhobenen Werte vorhanden.

5.5 Religionsvergleich hinsichtlich Angst, Depression, alexithymer Merkmale, Hautzufriedenheit und körperlicher Beschwerden

Nach Bonferroni korrigiertem Alpha Niveau ($\alpha \geq 0.002$) zeigt sich in der univariaten Varianzanalyse, dass auf der Skalenebene extern orientierter Denkstil und alexithymer Gesamtbeschwerdedruck in der syrischen Population ein statistisch signifikanter Unterschied vorliegt.

Tab. 5.10: Univariate Varianzanalyse: Vergleich zwischen Moslems und Christen

Abhängige Variable	Quadratsumme SS	df	Mittel der Quadrate MS	F	p- Wert
Valenz (SAM 1)	2.06	1	2.060	2.628	0.106
Erregung (SAM 2)	9.11	1	9.11	8,034	0.005
Dominanz (SAM 3)	0.16	1	0.161	0.176	0.675
Angst (HADS)	2.57	1	2.567	0.235	0.628
Depression (HADS)	57.84	1	57.843	4.37	0.038
TAS- Skala 1	1.19	1	1.19	3.552	0.061
TAS- Skala 2	2.76	1	2.76	7.366	0.007
TAS- Skala 3	4.43	1	4.426	10.013	0.002
tassk	2.52	1	2.518	14.838	0.0001
Selbstberührung (Haut- Zuf.)	0.01	1	0.006	0.007	0.934
Elternberührung (Haut- Zuf.)	1.44	1	1.44	0.112	0.111
Partnerberührung (Haut- Zuf.)	1.44	1	1.44	1.888	0.102
Ekel (Haut- Zuf.)	0.01	1	0.01	0.03	0.863
Scham (Haut- Zuf.)	1.75	1	1.75	3.48	0.063
Erschöpfung (GBBs1s)	6.12	1	6.12	0.326	0.57
Magenbeschwerden (GBBs2s)	25.98	1	25.98	1.388	0.24
Gliederschmerzen (GBBs3s)	6.47	1	6.47	0,341	0.56
Herzbeschwerden (GBBs4s)	14.17	1	14.17	0.720	0.397
Gesamtbeschwerdedruck	194.62	1	194.61	0.792	0.374

Anmerkung: *df* = Freiheitsgrade, *F* = Teststatistik, *MW* = Mittelwerte, *p* – Wert = Signifikanz, SAM = Self Assessment Manikin, HADS= Hospital Anxiety and Depression Scale, TAS = Toronto Alexithymie Scale, tassk = Toronto Alexithymie Skalagesamtwert, GBBs1s = Gießener Beschwerdebogen Skala 1, Gbb2s= Gießener Beschwerdebogen Skala 2, GBBs3s = Gießener Beschwerdebogen Skala 3, GBBs4s = Gießener Beschwerdebogen Skala 4, fett hervorgehobene Schrift = $\alpha \geq 0.002$.

6 DISKUSSION

Aufgrund multipler psychologischer, philosophischer und theologischer Erklärungsansätze für die Entstehung und Entwicklung der in dieser Studie gemessenen Parameter, konnte im Rahmen dieser Arbeit nur ein Teilaspekt dieser Faktoren berücksichtigt werden. Die Berücksichtigung aller Erklärungsansätze würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. In dieser Diskussion werden die Ergebnisse in Bezug auf die im theoretischen Teil beschriebenen Konzepte erläutert und diskutiert.

6.1 Unterschiede in der Merkmalsausprägung von Angst, Depression und Hautzufriedenheit zwischen Deutschen und Syrern

Die erste Leitfrage sollte klären ob sich die syrische und deutsche Population in ihrer alexithymen Merkmalsausprägung, körperlichen Beschwerden, Angst, Depression, Stimmung und Hautzufriedenheit unterscheiden. In der Mehrheit der Parameter zeigt sich ein signifikanter Unterschied. Die Unterschiede der alexithymen Merkmalsausprägung werden im Zusammenhang mit den körperlichen Beschwerden separat in Absatz 6.2 erläutert.

Es zeigt sich, dass Syrer im Vergleich zu den Deutschen ängstlicher und depressiver sind. Wie im theoretischen Teil bereits erläutert, tragen unterschiedliche Aspekte zur Entwicklung von Angst bei. In verschiedenen wissenschaftlichen Artikeln wird Temperament als Vulnerabilitätsfaktor erwähnt. Fydrich (2009) zufolge, stellt Vorsicht im Sinne eines geringeren Explorationsverhalten und Rückzugsverhalten im frühen Schulalter ein Risiko für die Entwicklung von Angststörungen dar. An dieser Stelle stellt sich die Frage, inwiefern die Kultur (Syrer vs. Deutscher) Einfluss auf das Explorations- und Rückzugsverhalten nimmt? Syrien ist ein vom Geheimdienst kontrollierter Staat, in welchem eine Meinungsfreiheit, wie sie in Deutschland herrscht, nicht geduldet wird. Kritische Fragen bezüglich des politischen Systems und negative Äußerungen werden bestraft. In Anbetracht dieses Aspekts könnte man vermuten, dass im Jugend- und Adoleszenzalter ein Explorationsverhalten nur bis zu einem gewissen Masse in Syrien geduldet wird. Zudem kann man vermuten, dass aufgrund des streng organisierten,

allgegenwärtig anwesenden Geheimdienstes ursächlich ist für das Vorliegen einer latent permanenten Angst. Die Angst davor beobachtet zu werden, und gegebenenfalls zur Rechenschaft gezogen zu werden, mit den Konsequenzen einer Bestrafung. Die Frage, ob die Bestrafungen Rechtens sind, ist nicht Inhalt dieser Arbeit und wird dementsprechend nicht weiter diskutiert.

Als weiterer Aspekt wurden Sozialisationseinflüsse wie eine niedrige Schulausbildung, (langfristiges) Schulversagen, geringes Einkommen der Eltern sowie ein niedrigerer Lebensstandard als Risikofaktoren angesehen (Nevermann 2008; Fydrich 2009; Becker 2009). Bezüglich der Qualität der Schulausbildung liegen keine repräsentativen Studien vor, die das deutsche und das syrische Bildungssystem miteinander vergleichen, so dass dieser Aspekt nicht wissenschaftlich widerlegt in Betracht gezogen werden kann. Dieser Aspekt kann jedoch innerhalb der syrischen Population anhand dieser Studie beurteilt werden. Es präsentiert sich innerhalb der syrischen Population zwischen Moslems und Christen wider Erwarten, trotz eines höheren Bildungsniveaus der Christen im Vergleich zu den Moslems, kein signifikanter Unterschied für eine ängstliche Merkmalsausprägung. Dieses Ergebnis innerhalb der syrischen Population widerspricht der These, dass eine niedrigere Schulausbildung zur Angstentwicklung beiträgt.

Als weiterer Faktor für die Angstentwicklung wird ein niedriger Lebensstandard aufgeführt (Nevermann 2008; Fydrich 2009; Becker 2009). Generell ist der deutsche Lebensstandard qualitativ besser und das Durchschnittseinkommen der Deutschen (Brutto Jahreseinkommen im Jahr 2013: 43.980\$) höher als das der Syrer (Brutto Jahreseinkommen im Jahr 2013: 2.750 \$) (<http://durchschnittseinkommen.net/liste-durchschnittseinkommen/>). Das Durchschnittseinkommen der Syrer ist so gering, dass ein großer Anteil der Bevölkerung am Existenzminimum lebt. Zudem kann man vermuten, dass das Rentensystem finanziell nicht das Rentendasein absichert, und Rentner in Syrien finanziell von den berufstätigen Kindern unterstützt werden. Diese Vermutung im Sinne einer zukünftigen Existenzangst könnte ein Grund sein. Ein weiterer Aspekt könnte sein, dass in Syrien kein zum deutschen vergleichbares Versicherungssystem vorliegt. Ein Schicksalsschlag, gesundheitlicher oder finanzieller Art, kann ein Leben am Existenzlimit bedeuten.

Diese Tatsachen können Ursache dafür sein, dass die syrische Bevölkerung generell ängstlicher ist als die Deutsche. Jedoch sollte an dieser Stelle erwähnt werden, dass die für diese Studie angewendeten Fragebögen keine Evaluation der Lebensqualität der einzelnen Probanden beinhalten.

Schlussendlich kann man davon ausgehen, dass die unterschiedlichen Kulturen die einzelnen Erklärungsmodelle der Angstentwicklung in unterschiedlichem Masse beeinflussen, wodurch sie wiederum indirekt Einfluss auf die Angstentwicklung nehmen.

Bezüglich der Hautzufriedenheit zeigen die Ergebnisse in den Parametern Schamgefühl, Ekel, Selbstberührung, Partnerberührung und Elternberührung in der syrischen Population eine geringere Ausprägung als in der deutschen Vergleichspopulation. Um diese Ergebnis zu interpretieren sollte man berücksichtigen, dass die kulturelle Bedeutung von Emotionen Einfluss nimmt auf die Wahrnehmung und Expression dieser. Fischer et al. (1999) stellte fest, dass in Ehrenkulturen (z.B. Spanien) eher ein Schamgefühl geäußert wird, als in einem Land der individualistischen Kultur (z.B. Niederlande). Er begründet dies dadurch, dass die Spanier die Äußerung ihres Schamgefühls als Zeichen der Ehrlichkeit verspürten. Die Ehre als persönliches Attribut kann als Ergebnis der Ehrlichkeit angesehen werden. Würde man von dieser Feststellung ausgehen, so müsste man doch erwarten, dass die Syrer, die von einer Ehrenkultur geprägt sind, höhere Werte des Schamgefühls angeben. In dieser Studie jedoch ist genau das Gegenteil der Fall. Die Syrer weisen ein niedrigeres Schamgefühl im Vergleich zu den Deutschen auf, so dass sich die Frage stellt, ob das Erklärungsmodell von Fischer et al. (1999) streitbar ist. Es wäre interessant zu evaluieren warum die Ausprägung unter den Syrern niedriger ist. Spielt vielleicht in Bezug auf diesen Parameter die Zugehörigkeit einer Gruppe eine stabilisierende Rolle? In einer kollektivistischen Kultur tritt Scham zum Beispiel bei einem Ehr- oder Achtungsverlust in einem sozialen Umfeld auf. Schamempfinden bezieht sich auf das Nicht-Erreichen des erwarteten Ich- Ideals. Geht man nun der Annahme, dass nur ein extremes Fehlverhalten mit einem Ehr- oder Achtungsverlust innerhalb einer sozialen Gruppe sanktioniert wird, könnte man vermuten, dass ein Schamgefühl in diesen sozialen Gruppen eher selten auftritt. Wäre dieses der Fall, kann man nicht geradeheraus postulieren, dass die Schamausprägung sich durch die gängigen Dichotome von individualistischer und kollektivistischer Kultur erklären lässt, da sich innerhalb der unterschiedlichen Kollektive und Individuen die Auffassung von Regeln und Ich Idealen unterscheiden.

Die Ergebnisse dieser Studie weisen auf, dass die Syrer signifikant depressiver sind als die Deutschen. Alexander et al. (1999) vermuten, dass Scham eher eine Rolle in der Entstehung depressiver Symptomatik spielen könnte. Andrews, Qian und Valentine (2002) untersuchten den Beitrag von Körperscham, Charakterscham und

Verhaltensschemen zur depressiven Symptomatik. Sie fanden heraus, dass Scham als dispositioneller Faktor zur Entwicklung einer Depression beiträgt. Somit scheint plausibel, dass die stärkere Merkmalsausprägung eines Schamgefühls zu einer erhöhten Manifestation von Depression führt.

Laut Hautzinger (1998) gilt als gesichert, dass getrennt und allein lebende Menschen ohne soziale Beziehungen weit häufiger erkranken. Personen mit höherer Bildung, beruflicher sicherer Anstellung und aus einem eher ländlichen Lebensraum wiesen in der „*Epidemiological Catchment Area Study*“ (Hautzinger, 1998) die geringsten Depressionsraten auf. Diese könnte ein Grund sein, warum die Syrer höhere Werte aufweisen.

6.2 Einfluss von Kultur und Religion auf eine alexithyme Merkmalsausprägung anhand der Ergebnisse in Zusammenschau mit körperlichen Beschwerden.

In diesem Abschnitt wird unter Berücksichtigung der ätiopathologischen Faktoren auf die erste Leitfrage in Bezug auf die unterschiedliche alexithyme Merkmalsausprägung zwischen Deutschen und Syrern eingegangen. Ergänzend wird in diesem Abschnitt auf die zweite Leitfrage eingegangen, ob sich syrische Christen von syrischen Moslems in Bezug auf eine alexithyme Merkmalsausprägung unterscheiden. Dieser Schritt wurde bewusst gewählt, da sich signifikante Unterschiede bezüglich der 2. Leitfrage nur in Bezug auf alexithyme Merkmale zeigen. Der Einfluss von Kultur und Religion auf eine alexithyme Merkmalsausprägung wird in diesem Absatz in Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden erläutert.

Es ist zu vermerken, wie bereits unter 2.6 erläutert, dass der Begriff Kultur in dieser Arbeit fälschlicherweise pauschalisiert wird. Aufgrund der in der syrischen bestehenden Vielfalt an Ethnien, Idiomen, religiösen und ideologischen Gruppierungen kann man nicht pauschal von einer homogenen syrischen Kultur sprechen. Ergänzend ist anzuführen, dass für den Begriff ‚Kultur‘ keine einheitliche Definition vorliegt, und dass sogar von einigen Vertretern aus dem Gebiet der Ethnologie die Berechtigung der Rede von Kultur hinterfragt wird, so dass es nicht möglich ist Kultur als messbare Einflussgröße zu bestimmen.

Als kritisch zu werten ist die Signifikanz und der Einfluss von Kultur und Religion in Bezug auf die Situationsbewertung. Zum Beispiel kann ein nur in Badehose gekleideter Mensch als ‚normal‘ wahrgenommen werden. Die Bewertung ist situationsabhängig (ob am Strand, im Kaufhaus, etc.). In streng islamischen Kontexten, z.B. Saudi Arabien fällt die Bewertung möglicherweise anders aus als in einem europäischen Land. Die konkrete psychische und physische Verfassung eines Menschen, ist Resultat davon, wie der Betroffene die jeweilige Situation wahrnimmt und deutet. Die Art der Wahrnehmung von Welt und Selbst ebenso wie die Deutung des Wahrgenommenen sind wesentlich geprägt durch das Reservoir an plausiblen und sozial geteilten Deutungsmöglichkeiten, damit verbundenen Praktiken und Artefakten, das einer sozialen Gruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt zur Verfügung steht. Dieses Reservoir – die Kultur einer Gruppe – ist keineswegs statisch, sondern wie bereits oben unter Kapitel 2.6 erwähnt in einem ständigen Wandel. Ein Mitglied einer sozialen Gruppe ist nicht determiniert durch die jeweilige Kultur, sondern bedient sie sich nach sozialer Position und biographischer Situation Elementen aus ihrem Deutungsreservoir und formt sie eventuell auch kreativ um (Roelcke, 2017). Wie bereits erwähnt liegen in Syrien verschiedene Kulturen und Subkulturen vor, wodurch eine erhöhte Varianz an Deutungsreservoirs vorliegt. Berücksichtigt man die potenzielle Divergenz des Deutungsreservoirs in der syrischen Population, so kann man nicht davon ausgehen, dass die kulturelle Dimension der Krankheitserfahrung mittels standardisierten Fragebögen zu erfassen sind.

Der Begriff Kultur dient hier vielmehr als Überbegriff für menschliche Gruppierungen in festgelegten geopolitischen Flächengebieten, in diesem Falle in Deutsche und Syrer. Die Testergebnisse sind eine nüchterne Validation bezüglich einer unterschiedlichen alexithymen Merkmalsausprägung zwischen Deutschen und Syrern. Um nur wenige Beispiele zu nennen, kann man nicht negieren, dass sich zwischen diesen beiden Gruppierungen tendenziell psychosoziale (Fundamentalismus vs. Toleranz; Individualismus vs. Kollektivismus; soziale Gleichberechtigung der Frau vs. Diskriminierung), politische (Demokratie vs. Totalitärer Staat) und religiöse (Fundamentalismus vs. Aufklärung) Differenzen in ihrer Ausprägung und Ausübung vorliegen. In Bezug auf diese Differenzen wird der Begriff Kultur in dieser Arbeit pauschal genutzt. Er soll nicht als Werkzeug ideologischen oder rassistischen Gedankengutes dienen, sondern dient hier der Verständnis Simplifizierung.

Die Ergebnisse weisen auf, dass im Vergleich zur deutschen Population eine stärkere alexithyme Merkmalsausprägung in der syrischen Population vorliegt. Zusätzlich weisen die Ergebnisse dieser Studie auf, dass syrische Moslems im Vergleich zu syrischen Christen alexithymer sind, und signifikant höhere Werte in Bezug auf ein vermehrt extern orientiertes Denken aufweisen. Als Ursache für die stärkere Ausprägung einer alexithymer Merkmalsausprägung wurden bereits die psychosozialen Faktoren erläutert. Lemche (Lemche et al. 2004) erkundete in einer Studie, dass Kinder aus einer wohlbehüteten Umgebung (*securely attached children*), rascher Emotionen, Erkenntnisse und eine emotionsregulierte Sprache entwickeln, als Kinder aus minderbehüteten Haushalten. Hier stellt sich die Frage, inwiefern eine wohlbehütete Umgebung für ein Kind in einer geheimdienstkontrollierten Gesellschaft möglich ist? Zudem gestaltet es sich schwierig für die Eltern mit einem niedrigen Einkommen, welches in Leben am Existenzminimum mit sich führt, seinem Kind eine wohlbehütete Umgebung zu gewährleisten.

Wird nicht angemessen auf die Befindlichkeit und die Gefühle eines Kleinkindes von der zu betreuenden Person reagiert, erlernt das Kind falsche Ansätze zur Emotionsregulierung (*Distressing affects*, Alexithymie als emotionale Dysregulation) (Bagby et al. 1990). Studien belegen eine verminderte alexithyme Merkmalsausprägung in Assoziation mit einer vermehrten Zuwendung durch die Mutter (Fukunishi et al. 1999). Im Vergleich zur deutschen Eichstichprobe zeigt sich bei den Syrern in den Ergebnissen des Hautzufriedenheitsbogens, dass das Ausmaß elterlicher Berührung niedriger war. Dieser Aspekt kann als Faktor für eine Entwicklung alexithymer Merkmale beigetragen haben.

In früheren Studien konnte nachgewiesen werden, dass Kinder von Müttern, dessen Gravidität ursprünglich unbeabsichtigt war eine höhere Prävalenz aufweisen an Alexithymie zu erkranken (Joukamaa et al. 2003). Dieser Aspekt konnte mittels der benutzten Testverfahren an der syrischen Population nicht erhoben werden. Wie steht es jedoch um Kinder von Müttern oder Elternpaaren, die aus einer Zwangsehe, oder arrangierten Ehe hervorgehen. Man kann davon ausgehen, dass der Großteil der verheirateten Syrer, sowohl Christen wie auch Moslems, in einer arrangierten Ehe leben. Dieses ist ein sehr interessanter Aspekt, der bei der Datenerhebung weiterer Studien herangezogen werden könnte.

Joukamaa postuliert, dass Kinder die in eine Großfamilie mit mehreren Kindern hineingeboren werden, ein erhöhtes Risiko tragen im Erwachsenenalter an Alexithymie

zu erkranken (Joukamaa et al. 2003). Leider ist es uns entgangen eine genauere Befragung durchzuführen, die diesen Aspekt berücksichtigt. Es ist bekannt, dass in allen mehrheitlich muslimischen Ländern bis auf Tunesien, Türkei und die Länder der ehemaligen Sowjetunion die Polygamie legal ist und praktiziert wird. Es stellt sich hier die Frage, ob die Polygamie zur Entstehung einer Großfamilie beiträgt. Wenn dies der Fall wäre, dann könnte man postulieren, dass die Polygamie an der Entwicklung alexithymer Merkmale beteiligt sein könnte. Dies wäre auch eine Begründung, warum unter den Moslems die alexithyme Merkmalsausprägung signifikant stärker ist als bei den Christen.

Als weiterer psychosozialer Aspekt gilt der mentale und körperliche Missbrauch im Adoleszenzalter (Berenbaum, 1996; Fukunishi et al., 1999; Hund AR, 2006). Auch dieser Aspekt wird leider in dieser Studie nicht genauer beleuchtet. Es kann vermutet werden, dass Kulturen sich in der Art und Weise und im Verständnis in Bezug auf Kindererziehung (z.B. Schläge als erzieherische Maßnahme) unterscheiden. Dieser Aspekt wurde zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht berücksichtigt. Zu klären wäre, ob eine Kindesmisshandlung (verbal oder nonverbal) im Rahmen einer Erziehungsmaßnahme erfolgte, könnte die o.g. These untermauert werden.

Es wird vermutet, dass es in der asiatischen Kultur eher zur alexithymer Merkmalsausprägung kommt, weil es für Eltern aus der westlichen Kultur üblich ist positive Emotionen zu verbalisieren und körperliche Zuneigung zu schenken als asiatische Eltern dies tun (Dion 1996, Le et al. 2002). Auch in den Ergebnissen dieser Studie zeigt sich, dass die Syrer weniger körperliche Zuneigung durch ihre Eltern angeben als im Vergleich zu den Deutschen. Man sollte an dieser Stelle jedoch kritisch erwähnen, dass dies ein subjektiv empfundener Messparameter ist, der innerhalb unterschiedlicher Individuen unterschiedlich wahrgenommen und empfunden wird.

Betrachtet man den Aspekt des religiösen Coping Strategien in Kontext mit Individualismus vs. Kollektivismus, könnte man vermuten, dass in individualistischen Kulturkreisen die Form eines selbstbestimmten religiösen Copings vorliegt, in welcher Gott nicht am Prozess der Bewältigung beteiligt ist. Die Verantwortung liegt vollkommen in der Hand des Individuums. Diese Strategie könnte die Ursache sein, warum bei der deutschen ‚individualistischen Kultur‘ das extern orientierte Denken schwächer ausgeprägt ist, weil ein analytisches Denken bzw. die Reflexion von Lösungswegen in problematischen Situationen notwendig ist. Im Gegensatz dazu trägt das Individuum in

einer kollektivistischen Gesellschaftsform selbst keine Verantwortung für das Geschehene oder die damit verbundenen Folgen (Nairn & Merluzzi 2003). Die Folgen für das Ereignis werden komplett in Gottes Verantwortung gelegt. Diese Form des religiösen Copings könnte eine Ursache sein für das stärker extern orientierte Denken unter den Syrern sein. Um diesen theoretischen Denkansatz abzuschließen stellt sich die Frage nach dem ursprünglichen Auslöser dieser Kausalkette wie beim Henne-Ei-Problem.

Individualismus ↔ *deffering style Coping* ↔ extern orientiertes Denken ↓

Kollektivismus ↔ *collaborative style Coping* ↔ extern orientiertes Denken ↑

Nicht zu ignorieren ist die Tatsache, dass in Syrien ein totalitärem Staatssystem der mittels Geheimdienstapparat eine Form des politischen Fundamentalismus praktiziert wird, in welchem politische Überzeugungen, Anschauungen und Grundsätze kontrolliert werden, wodurch der Part des extern orientierten Denkens zusätzlich limitiert wird.

Es stellt sich die Frage, warum die syrischen Moslems eine signifikant höhere alexithyme Merkmalsausprägung vorweisen als die Christen. Auch in Bezug auf die Thematik und die Nutzung des Terminus ‚Religion‘ ist es nicht die Intention pauschal zwischen Christentum und Islam zu differenzieren. Dies ist auch nicht möglich, da beide Konfessionen in sich nicht als intern homogene Gruppierungen anzusehen sind. In Syrien leben sunnitische Muslime (ca. 74%), Alawiten (12%), Schiiten (2%), Aleviten, Christen (ca. 10%), Drusen, Jesiden und Juden. Vor allem in Bezug auf islamischen Religionsgruppen, besteht keine interne homogene Gruppierung, in welchen unterschiedliche Rituale und Feiertage verfolgt werden. Zudem sprechen die einzelnen muslimischen Gruppierungen den jeweils anderen Gruppierungen ab, dem Islam zugehörig zu sein. Ebenso ist die Bevölkerungsgruppe der „Christen“ in Syrien keineswegs homogen, so unterteilt sich das Christentum in beispielsweise der melkitischen, armenisch-apostolischen, chaldäischen, syrisch-orthodoxen, syrisch-katholischen oder griechisch-katholischen Kirche. Religion als homogenen Einflussfaktor bei einer solch inhomogenen religiösen Gruppierung zu bestimmen ist deshalb nicht möglich. Vielmehr geht es in dieser Arbeit darum eine unterschiedliche alexithyme Merkmalsausprägung aufzuweisen mittels einer nüchternen Evaluation. Wie

bereits oben in Bezug auf den Begriff Kultur, lässt sich auch in Bezug auf die Thematik ‚Religion‘ nicht negieren, dass eine Differenz in Form von Ausübung und Importanz (religiöse Coping Strategien; Individualismus vs. Kollektivismus; Fundamentalismus vs. Toleranz) zwischen den Christen und den Moslems vorliegt. Es ist explizit zu erwähnen, dass die Datenlage dieser Studie nicht konstatiert, dass die Zugehörigkeit einer Religionsgruppierung zu einer höheren Merkmalsausprägung einzelner Faktoren führt, sondern nur dass eine Differenz zwischen den zwei großen Konfessionen vorliegt.

Die im theoretischen Teil erwähnten Formen des religiösen Copings könnten ein Erklärungsansatz sein. Um festzustellen, inwiefern die Rolle des religiösen Copings zur Entwicklung alexithymer Merkmale beiträgt, müsste ein separates Testverfahren entwickelt werden, in welchem die religiösen Copingstrategien des befragten Individuums befragt werden. Somit lassen sich jetzt nur Vermutungen aufstellen, da unklar ist inwiefern sich Christen und Moslems in Ihren Coping Strategien unterscheiden. Zudem ist es eher unwahrscheinlich in einem Land wie Syrien, in welchem verschieden Religionsgruppierungen beheimatet sind (z.B. Sunniten, Schiiten, Alawiten, Drusen, Christen) alle Religionsgruppen sich der gleichen Coping Strategie bedienen. Schenkt man der im Nahen Osten allgegenwärtig formulierten Redewendung „*In schā'a llāh*“ („So Gott will“) Beachtung, so wäre es interessant in zukünftigen Studien zu evaluieren, ob bei den Moslems eine Form des hinauszögernden/defensiven religiösen Copings vorliegt.

Ein weiterer interessanter Punkt ist sicherlich die Prozedur der Gesichtverschleierung. Zu welchem Grad ist die mütterliche Zuwendung eingeschränkt, wenn die Mimik, die auch eine Form der Expression von Zuwendung ist, durch einen Gesichtsschleier verborgen bleibt? Wird die Prozedur der Verschleierung auch in der häuslichen Umgebung angewandt? In zukünftigen Erhebungen wäre es sinnvoll diesen Aspekt zu berücksichtigen um zu beurteilen, ob die Prozedur der Verschleierung Einfluss nimmt auf die in dieser Studie gemessenen Parameter.

In der statistischen Auswertung zeigt sich, dass in Syrien unter den Christen ein höherer Bildungsgrad als bei den Moslems vorlag. Dies könnte auch ein Grund für eine stärkere alexithyme Merkmalsausprägung in der Gruppe der Moslems sein.

Für die Entwicklung somatischer Erkrankungen stellt die Alexithymie bei psychosomatischen Patienten einen entscheidenden prädisponierenden Faktor dar (Freyberger 1977). Dies könnte ein Erklärungsansatz sein, warum in der syrischen Population auch ein erhöhter körperlicher Beschwerdedruck vorliegt. Man sollte an dieser Stelle jedoch erwähnen, dass diese Studie nicht die Genese der körperlichen Beschwerden klärt. Vergleicht man die deutsche mit der syrischen Medizin, so nimmt die Präventivmedizin in Deutschland immer mehr an Bedeutung zu, während man vermuten kann, dass im syrischen Gesundheitssystem kaum Präventivmedizin betrieben wird. Zudem kann vermutet werden, dass syrische Patienten aufgrund ihrer reduzierten finanziellen Mittel im Rahmen des niedrigeren Einkommens, eher im fortgeschrittenen Stadium einer Erkrankung einen Arzt suchen. Der Deutsche ist im Gegensatz dazu aufgrund seiner Krankenversicherung in der Lage frühzeitig einen Arzt aufzusuchen, bevor sich die Symptome einer Erkrankung stärker ausprägen. Sinnvoll wäre es in zukünftigen Studien zur Bestimmung körperlicher Beschwerden eine Beurteilung der aktuellen gesundheitlichen Verfassung des Patienten durch den behandelnden Arzt, sowie der Grund des Arztbesuchs (Prävention vs. Akutbehandlung) in den Fragebögen wie dem GBB zu inkludieren. Die hier beschriebene Vermutung, dass syrische Patienten erst in einem fortgeschrittenen Stadium einer Erkrankung mit ausgeprägteren körperlichen Beschwerden einen Arzt konsultieren, kann Ursache dafür sein, dass die syrischen Probanden insgesamt ängstlicher waren als die Deutschen. Als Ursache könnte der Gedanke einer finanziellen Limitation bezüglich der Behandlung einer Erkrankung zu einer stärkeren Angst- und Depressionssymptomatik beitragen.

Kleinmann (1982) postuliert, dass somatische und interpersonale Aspekte der Depression in nicht-westlichen kulturellen Kontexten eine größere Rolle spielen. Betrachtet man die Ergebnisse dieser Studie, in welcher sich erhöhte signifikante Werte für Depression und körperlichen Beschwerden unter den Syrern messen, wäre dieser ethnographische Ansatz eine Erklärung für die stärkere Ausprägung körperlicher Beschwerden im Rahmen der gemessenen Depression.

Mit dem bereits im theoretischen Teil erläuterten theoretischen Ansatz des religiösen Copings zeigt sich die Komplexität des Zusammenspiels zwischen Religion und Körperbeschwerden. Religiosität ist eine Hauptressource zur Unterstützung bei der Verarbeitung und dem Zurechtkommen einer Erkrankung (Zwingmann et al. 2006; Zwingmann et al. 2008). Betrachtet man die Typologie von Personen nach dem Verhältnis von objektivem Befund und subjektiven Beschwerden (nach Brähler und Schumacher 2001), könnte man vermuten, dass religiöse Coping Strategien zur

Entstehung subjektiver körperlicher Beschwerden ohne objektiven körperlichen Befund („der gesunde Kranke“) beitragen. Zum Beispiel wäre es doch möglich, dass der „gesunde Kranke“ der sich in einer interaktiven/gemeinschaftlichen Beziehung zu Gott (collaborative style) befindet, körperliche Beschwerden beklagt um eine engere Bindung zu seinem Gott aufzubauen.

6.3 Inwiefern korreliert Alexithymie innerhalb der syrischen Population mit den Parametern Depression, Angst, Hautzufriedenheit, Stimmung und körperlichen Beschwerden.

Die dritte Leitfrage soll den Zusammenhang einer alexithymen Merkmalsausprägung mit körperlichen Beschwerden, Stimmung und Hautzufriedenheit in der syrischen Bevölkerung klären. Es zeigt sich unter den Moslems in den Parametern wie Angst und Depression, eine relevante und signifikant negative Korrelation zur alexithymen Merkmalsausprägung. Unter den Christen konnte nur eine negativ relevante Signifikanz zwischen einer alexithymen Merkmalsausprägung und Angst festgestellt werden. Die negative Korrelation wird dadurch verständlich, dass alexithyme (gefühlslinde) Patienten nicht in der Lage sind, Emotionen wie in diesem Fall Angst und Depression zu verbalisieren.

In Bezug auf Herzbeschwerden und körperlichen Gesamtbeschwerdedruck zeigt sich nur bei den Moslems ein signifikanter Zusammenhang zur alexithymen Merkmalsausprägung. Dies bedeutet, dass an Alexithymie erkrankte Moslems vermehrt Herzbeschwerden und körperliche Gesamtbeschwerden beklagen. Erklärungsansätze hierfür wurden bereits in Absatz 7.2 erläutert.

Ein signifikant relevanter Zusammenhang zwischen Hautempfindungen und Alexithymie konnte nur in Bezug auf Schamgefühl bei den Moslems festgestellt werden. Es konnte unter den alexithymen Christen und Moslems kein signifikanter Zusammenhang zu Ekel, Partnerberührung und Elternberührung festgestellt werden.

6.4 Ausblick für weitere Studien

- Da keine Datenerhebung in einer pädiatrischen Klinik stattfand, kann man in dieser Studie davon ausgehen, dass keine Erhebung der Altersgruppe bis 18 Jahren erfolgte. Mit der Vermutung, dass die Entwicklung der ätiopathologischen Faktoren für eine alexithyme Merkmalsausprägung größtenteils im Jugend- und Adoleszenzalter stattfindet, wäre es sinnvoll eine ergänzende Studie in dieser Altersgruppe durchzuführen. In Ergänzung zu dieser Studie wäre das Ergebnis repräsentativ für alle Altersgruppen der syrischen Bevölkerung.
- Aufgrund der aktuellen politischen Situation im Rahmen des Bürgerkrieges befinden sich tausende syrische Flüchtlinge auf der Flucht. Mittels des übersetzten Fragebogens, könnte man eine Vergleichsstudie an syrischen Patienten durchführen um zu evaluieren, ob eine posttraumatische Belastungsstörung als Einflussfaktor zur alexithymen Merkmalsausprägung beiträgt. Zudem müsste man davon ausgehen, dass für syrische Flüchtlingskinder, die der deutschen Sprache noch nicht mächtig sind, die Kommunikation erschwert ist. Dadurch erschwert sich die Äußerung der emotionalen Befindlichkeit gegenüber der deutschen Umgebung. Dies könnte laut der Feststellung von Bagby et al. (1990) zu einer alexithymen Merkmalsausprägung im Erwachsenenalter führen, weil die Kinder falsche Ansätze zur Emotionsregulierung erlernen, wenn nicht angemessen auf ihre Befindlichkeit eingegangen wird.
- Eine Evaluation inwiefern Polygamie und arrangierte Ehen zur Entwicklung alexithymer Merkmalsausprägung bei Kindern beitragen.
- Mentaler und körperlicher Missbrauch im Adoleszenzalter (Berenbaum 1996; Fukunishi et al. 1999, Hund AR, 2006) führt zur Entstehung alexithymer Merkmale. Es kann davon ausgegangen werden, dass Kulturen sich in der Art und Weise und im Verständnis in Bezug auf Kindererziehung unterscheiden. Wenn es möglich wäre eine klärende Frage zu postulieren, ob eine Kindesmisshandlung (verbal oder nonverbal) im Rahmen einer Erziehungsmaßnahme erfolgte, könnte dadurch die o.g. These untermauert werden. Zudem könnte auch komplementär festgestellt werden, ob eine transkulturelle unterschiedliche Kindererziehung zu einer unterschiedlichen alexithymen Merkmalsausprägung zwischen verschiedenen Kulturen führt. Eine solche Frage könnte zum Beispiel im Hautzufriedenheitsbogen hinzugefügt werden

(z.B.: Ich wurde hin und wieder in Form einer erzieherischen Maßnahme geschlagen und/oder verbal unangemessen angegangen.). Dies wäre jedoch nur sinnvoll, wenn man den Hautzufriedenheitsbogen komplementär zum TAS 26 anwendet, da die Frage nicht der Evaluation der Hautzufriedenheit dient, sondern nur als Hilfsparameter zur Detektion von ätiologischen Faktoren für eine alexithyme Merkmalsausprägung dient.

- In zukünftigen religiösen Vergleichsstudien wäre die Feststellung der unterschiedlichen Coping Strategien der Probanden sinnvoll. Diesbezüglich könnte als Instrument zur Erfassung religiöser Copingstrategien der von Pargament et al. (2000) entwickelte RCOPE Fragebogen angewandt werden.

7 ZUSAMMENFASSUNG

Alexithymie ist ein Überbegriff für das Zusammenspiel von adäquater Gefühlswahrnehmung und der Fähigkeit diese zu verbalisieren und dadurch psychisch zu verarbeiten. Für die Entwicklung somatischer Erkrankungen stellt die Alexithymie bei psychosomatischen Patienten einen entscheidenden prädisponierenden Faktor dar. Bezüglich der Ätiologie liegt noch kein allumfassendes Model der Alexithymie vor. Aktuell geht man der Annahme nach, dass der Grad der individuellen Ausprägung von alexithymen Persönlichkeitsmerkmalen multifaktoriell bedingt ist. Es erfolgten bereits zuvor Studien, in welchen entwicklungspsychologische und Kindheitserlebnisse, soziodemographische und kulturelle Einflüsse, neurobiologische und vererbte Aspekte untersucht wurden, um psychosoziale und biologische Theorien bezüglich der alexithymen Merkmalsausprägung zu evaluieren. Insgesamt sind die genannten Erklärungskonzepte eher als komplementär, als sich gegenseitig ausschließend anzusehen. Es erfolgten bereits Studien bezüglich Religion als Entwicklungs- und Einflussfaktor für Alexithymie, jedoch gibt es keine Studien in welcher zwei unterschiedliche Glaubensrichtungen einer ethnischen Gruppierung miteinander verglichen wurden.

In dieser Arbeit werden verschiedene Testbögen (TAS-26, HADS, GBB, SAM und Hautzuf) in einer syrischen Population (254 Probanden) angewendet, um zu evaluieren ob ein Unterschied bezüglich einer alexithymen Merkmalsausprägung zwischen der deutschen und der syrischen Kultur vorliegt. Zudem wird innerhalb der syrischen Population überprüft, ob Differenzen zwischen syrischen Christen (88 Probanden) und Moslems (166 Probanden) bestehen.

Die Ergebnisse weisen auf, dass die Syrer im Vergleich zu den Deutschen ängstlicher und depressiver sind, sowie vermehrt über körperlich Beschwerden klagen. Zudem liegt bei den Syrern eine stärkere alexithyme Merkmalsausprägung vor. Im Gegensatz dazu weisen die Deutschen höhere Werte in Bezug auf Selbst-, Partner-, und Elternberührung, sowie Scham und Ekel auf. Im Religionsvergleich innerhalb der syrischen Population zeigt sich, dass Moslems im Vergleich zu Christen alexithymer sind, und signifikant höhere Werte in Bezug auf ein vermehrt extern orientiertes Denken aufweisen. Die

Ergebnisse dieser Studie unterstützen somit die Vermutung, dass sowohl unterschiedliche Kulturen als auch Religionen Einfluss auf eine alexithyme Merkmalsausprägung nehmen.

SUMMARY (ENGLISCHE ZUSAMMENFASSUNG)

Alexithymia is an over term for the inability to identify and describe emotions in the self. For the development of somatic diseases, Alexithymia is being counted in psychosomatic patients as a significant predisposing factor. Regarding the etiology of Alexithymia, there is currently no all-encompassing model existing. It is assumed that the individual level of expressing alexithymic traits is multifactorial. In before studies psychology of development, childhood experiences, socio-demographic, cultural factors, neurobiological and hereditary aspects were examined to evaluate the influence of psychosocial and biological factors for the expression of alexithymic characteristics. Overall, the above-mentioned declaration concepts should be seen as complementary rather than as mutually exclusive. Studies already took place concerning religion as a factor of influence and development for Alexithymia, however there were no studies in which two different persuasions of an ethnic group was compared with one another.

In this study different test sheets (TAS-26, HADS, GBB, SAM and Skin Satisfaction Questionnaire) were used in a Syrian population (254 test people) to evaluate if differences in developing alexithymic characteristic between the German and the Syrian culture are present.

Besides it is examined within the Syrian population, whether differences between Syrian Christians (88 test people) and Muslims (166 test people) exist.

The results exhibit, that the Syrians in comparison to the Germans are more fearful and depressive, and deplore more physical complaints. In contrast, the Germans exhibit higher values regarding self-, partner- and parental contact, as well as shame and disgust. In the religion comparison within the Syrian population the Muslims show in comparison to the Christians a higher alexithymic expression and significantly higher values regarding externally oriented thinking. Thus the results of this study support the assumption that both, different cultures and religions, take influence on an alexithymic characteristic development.

8 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ANOVA	analysis of variance
BDI-II	Beck Depression Inventory
BRD	Bundesrepublik Deutschland
bzw.	beziehungsweise
CED-D	Center for Epidemiological Studies Depression Scale
DDR	Deutsche Demokratische Republik
<i>Df</i>	Freiheitsgrade
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (engl. für „Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“) ist ein Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (Amerikanische Psychiater-Vereinigung)
Elternber	Elternberührung
<i>F</i>	Teststatistik
GBB	Gießener Beschwerdebogen (Fragebogen)
GBBs1s	Gießener Beschwerdebogen Skala 1
Gbbs2s	Gießener Beschwerdebogen Skala 2
GBBs3s	Gießener Beschwerdebogen Skala 3
GBBs4s	Gießener Beschwerdebogen Skala 4
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale, deutsche Version (D)
Haut- Zuf	Hautzufriedenheitsbogen (Fragebogen)
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
Kor	Korrelation
M	Mittelwerte
MADRS	Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale
<i>MW</i>	Mittelwerte
<i>p</i> - Wert	Signifikanz
Partnerber	Partnerberührung
PHQ-9	Patient Health Questionnaire (Evaluierungsbogen für Depression)

RW/n	Rohwert
SAM	Self- Assessment Manikin
SD	Standardabweichung
Selbstber	Selbstberührung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences. SPSS bezeichnet eine Marke der Softwarefirma IBM, unter welcher Statistik- und Analyse-Software entwickelt und vertrieben wird
TAS	Toronto Alexithymie Skala
tassk	Toronto Alexithymie Scale
u.a.	unter anderem
vs.	Versus
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

9 LITERATURVERZEICHNIS

- Abu-Lughod L (1991) Writing against culture. In: Fox (red): Recapturing Anthropology. School of American Research Press, S. 143-144.
- Ahrens S, Deffner G (1985) Alexithymia: Results and methods of a research field of psychosomatic medicine. *Psychother Psychosom Med Psychol* 35, 147–59.
- Aichberger MC, Schouler-Ocak M, Rapp MA, Heinz A (2008) Transcultural aspects of depression. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 51, 436–42.
- Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, et al. (2003) The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 12, 3–21.
- Andriushchenko AV, Drobizhev MI, Dobrovol'skiĭ A V (2003) A comparative validation of the scale CES-D, BDI, and HADS(d) in diagnosis of depressive disorders in general practice. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova* 103, 11–8.
- Saint Arnault D, Sakamoto S, Moriwaki A (2005) The association between negative self-descriptions and depressive symptomology: does culture make a difference? *Arch Psychiatr Nurs* 19, 93–100.
- Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD, Loiselle C (1990) Cross-validation of the factor structure of the Toronto Alexithymia Scale. *J Psychosom Res* 34:47–51.
- Barkmann C, Schulte-Markwort M, Brähler E (2007) Körperliche Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse eines bevölkerungsrepräsentativen Surveys. *Zeitschrift für Psychiatr Psychol und Psychother* 55, 49 – 58.
- Becker E. S (2009) Generalisierte Angststörung. In: Margraf, J./Schneider, S. (Hg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter - Spezielle Indikationen - Glossar*. 3. vollständig bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, 87–103.
- Berenbaum H (1996) Childhood abuse, alexithymia and personality disorder. *J Psychosom Res* 41, 585–95.
- Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D (2002) The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 52, 69–77.
- Bradley MM, Lang PJ (1994) Measuring emotion: the Self-Assessment Manikin and the Semantic Differential. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 25, 49–59.
- Brähler E, Scheer JW (1979) Scaling of psychosomatic by means of the Giessen inventory (GBB) (author's transl). *Psychother Med Psychol (Stuttg)* 29, 14–27.

-
- Brähler E, Scheer JW (1995) Der Gießener Beschwerdebogen (GEB). Handbuch, Hans Huber Verlag, Bern Göttingen Toronto Seattle, 10-33.
- Brähler E, Schumacher J (2001) Befund und Befinden: Psychologische Aspekte körperlicher Beschwerden. In: Brähler E und Strauß B (Hrsg.): Handlungsfelder der psychosozialen Medizin. Göttingen: Hogrefe, 208 – 241.
- Brosig B, Kupfer JP, Wölfelschneider M, Brähler E (2004) Prävalenz und soziodemographische Prädiktoren der Alexithymie in Deutschland - Ergebnisse einer Repräsentativerhebung. Zeitschrift für Klin Psychol Psychiatr und Psychother 52, 237 – 251.
- Chentsova-Dutton Y E, Chu J P, Tsai J L, Rottenberg J, Gross J J, Gotlib I H (2007) Depression and emotional reactivity: Variation among Asian Americans of East Asian descent and European Americans. Journal of Abnormal Psychology, 116 (4), 776-785.
- Chentsova-Dutton Y E, Tsai J L (2009) Understanding depression across cultures. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Hrsg.), Handbook of depression. 2. Aufl. New York, NY: Guilford Press, 363–385.
- Christodoulou C, Michopoulos J, Tournikioti K, et al. (2010) Hospital anxiety and depression scale. A quantitative analysis in medical outpatients, psychiatric outpatients and normal subjects. Psychiatriska 21, 279–86.
- Collett LJ, Lester D (1969) The fear of death and the fear of dying. J Psychol 72, 179–81.
- Cömert A, Akbaş B, Kılıç EZ, et al. (2013) Psychiatric comorbidities and alexithymia in patients with seborrheic dermatitis: a questionnaire study in Turkey. Am J Clin Dermatol 14, 335–42.
- Diener C (1995) Factors predicting the subjective well-being of nations. Journal of Personality and Social Psychology, 69(5), 851-864.
- Dion KL (1996) Ethnolinguistic correlates of alexithymia: toward a cultural perspective. J Psychosom Res 41, 531–9.
- Ehlers A, Margraf J (1989) The psychophysiological model of panic attacks. In P.M.G. Emmelkamp, W. T. Everaerd, F. Kraaimaat, & M. van Son (Eds.), Fresh perspectives on anxiety disorders, Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1-29.
- el-Rufaie OE, Absood G (1987) Validity study of the Hospital Anxiety and Depression Scale among a group of Saudi patients. Br J Psychiatry 151, 687–8.
- el-Rufaie OE, Absood GH (1995) Retesting the validity of the Arabic version of the Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale in primary health care. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 30, 26–31.

-
- Essau CA, Barrett P (2001) Developmental issues in the assessment of anxiety. In C. A. Essau & F. Petermann (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents. Epidemiology, risk factors and treatment*. Hove, East Sussex: Brunner Routledge, 75-110.
- Florian V, Kravetz, S (1983) Fear Of Personal Death: Attribution, Structure, And Relation To Religious Belief, *Journal of Personality and Social Psychology* 44, 600-607.
- Ford CV (1986) The somatizing disorders. *Psychosomatics* 27, 327–331, 335–337.
- Franz M, Popp K, Schaefer R, et al. (2008) Alexithymia in the German general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 43, 54–62.
- Freud S: Das Unbewußte. In: *Das Unbewußte. Schriften zur Psychoanalyse*. S. Fischer Verlag 1963, Seite 14, zuerst erschienen in: *Zeitschrift f. Psychoanalyse* 1915, Bd. III; *Gesammelte Werke*, S. Fischer, Bd. X
- Freyberger H (1977) Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychother Psychosom* 28, 337–42.
- Fukunishi I (1990) Psychosomatic aspects of patients on hemodialysis. 3. Clinical usefulness of alexithymia. *Psychother Psychosom* 54, 214–20.
- Fukunishi I, Sei H, Morita Y, Rahe RH (1999) Sympathetic activity in alexithymics with mother's low care. *J Psychosom Res* 46, 579–89.
- Fydrich T (2009) Soziale Phobie. In: Margraf, J./Schneider, S. . (Hg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter - Spezielle Indikationen - Glossar*. 3., vollständig bearb. und erw. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer, 45–64.
- Gallemore JL, Wilson WP, Rhoads JM (1969) The religious life of patients with affective disorders. *Dis Nerv Syst* 30, 483–7.
- Gottlieb RM (2003) Psychosomatic medicine: the divergent legacies of Freud and Janet. *J Am Psychoanal Assoc* 51, 857–81.
- Grande T (1998) Zur auslösenden Konfliktsituation bei einem Typ der somatoformen Schmerzstörung. In: Rudolf G, Henningsen P (Hrsg.): *Somatoforme Störungen. Theoretisches Verständnis und therapeutische Praxis*. Stuttgart, New York: Schattauer, 105.
- Grolle M, Kupfer J, Brosig B, Niemeier V, Henninghausen L, Gieler U (2003) The skin satisfaction questionnaire- an instrument to assess attitudes toward the skin in healthy persons and patients. *Dermatology and Psychosomatics*. 4, 14-20.
- Gündel H, von Rad M (2000) Current neurological findings support psychosomatic assumptions. *Psychother Psychosom Med Psychol* 50, 271–2.
- Hansson M, Chotai J, Nordstöm A, Bodlund O (2009) Comparison of two self-rating scales to detect depression: HADS and PHQ-9. *Br J Gen Pract* 59, 283–8.

-
- Hardin EE, Leong FTL (2005) Optimism and pessimism as mediators of the relations between self-discrepancies and distress among Asian and European Americans. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (1), 25-35.
- Haun D., Wertenbruch M. (2013). Forschungen und Entwicklungen zum Konzept der Ehre als Potential für Konflikte zwischen Kulturen. In: ÖIF-Dossier n°31, Wien
- Hautzinger M. (1998) Depression. Fortschritte der Psychotherapie. Bd. 4. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Hautzinger M, de Jong-Meyer R (2003) Depressionen. In H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. 4. Auflage, Göttingen: Hogrefe, 215–257.
- Hautzinger M (2005) Depressionen. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.). *Handbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie*, Göttingen: Hogrefe, 449-462.
- Heine S J (2001) Self as cultural product: an examination of East Asian and North American selves. *J Pers* 69, 881–906.
- Heine SJ, Kitayama S, Lehman DR, Takata T, Ide E, Lueng C, Matsumoto H (2001) Divergent consequences of success and failure in Japan and North America: An investigation of selfimproving motivations and malleable selves. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 599- 615.
- Herrmann C, Buss U (1994): Vorstellung und Validierung einer deutschen Version der “Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HAD-Skale); Ein Fragebogen zur Erfassung des psychischen Befindens bei Patienten mit körperlichen Beschwerden. *Diagnostica* 40, 143-154.
- Herrmann C (1997) International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale--a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 42, 17–41.
- Hofstede G (1997) *Lokales Denken – globales Handeln. Kulturen, Zusammenarbeit und Management*. München: Beck
- Hofstede G/ Hofstede GJ (2009) *Lokales Denken, globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management*. 4. Auflage, München 2009, S.4
- Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Antikainen R, et al. (2004) Relationships among alexithymia, adverse childhood experiences, sociodemographic variables, and actual mood disorder: a 2-year clinical follow-up study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics* 45, 197–204.
- Hund AR ED (2006) Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: mediating influence of alexithymia and distress. [*Child Abuse Negl*. 2006] - PubMed - NCBI. *Child Abus Negl* 393–407.

-
- Jacobi F, Klose M, Wittchen H-U (2004a) Mental disorders in the community: healthcare utilization and disability days. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 47, 736–44.
- Jacobi F, Wittchen H-U, Holting C, et al. (2004b) Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34, 597–611.
- Joukamaa M, Kokkonen P, Veijola J, et al. (2003) Social situation of expectant mothers and alexithymia 31 years later in their offspring: a prospective study. *Psychosom Med* 65, 307–12.
- Joukamaa M, Kokkonen P, Karvonn JT, Veijola J, Läksy K, Jokelainen J, Järvelin MR JM (2001) Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Compr Psychiatry*. 2001 Nov-Dec; 42(6), 471–476.
- Karasz A (2005) Cultural differences in conceptual models of depression. *Soc Sci Med* 60, 1625–35.
- Keller v., E (1982) Management in fremden Kulturen, Ziele, Ergebnisse und methodische Probleme der kulturvergleichenden Managementforschung, Veröffentlichungen der Hochschule St. Gallen für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Schriftenreihe Betriebswirtschaft, Band 10, Bern und Stuttgart 1982, 114 ff.
- Kirmayer LJ, Jarvis GE (2006). Depression across cultures. In DJ Stein, DJ Kupfer & AF Schatzberg (Hrsg.), *The American Psychiatric Publishing textbook of mood disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 699–715
- Kjaergaard M, Arfwedson Wang CE, Waterloo K, Jorde R (2014) A study of the psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II, the Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale, and the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample from a healthy population. *Scand J Psychol* 55, 83–9.
- Kleinman A (1982) Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China. *Cult Med Psychiatry* 6, 117–90.
- Koenig HG (2001) Religion and medicine II: religion, mental health, and related behaviors. *Int J Psychiatry Med* 31, 97–109.
- Kohrt BA, Kunz RD, Baldwin JL, Koirala NR, Sharma VD, Nepal MK (2005) "Somatization" and "comorbidity": A study of jhum-jhum and depression in rural Nepal. *Ethos*, 33 (1), 125-147.
- Kupfer J, Brosig B, Brähler E (2000) Testing and validation of the 26-Item Toronto Alexithymia Scale in a representative population sample. *Z Psychosom Med Psychother* 46, 368–384.
- Kupfer J, Brosig B, Brähler E (2001) Toronto-Alexithymie-Skala-26. Deutsche Version. Manual. Hogrefe, Göttingen. Kremer R (2004). Klassifizierung von religiösen

-
- Bewältigungsstrategien. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 13(2/2004), 79-84
- Kwan V S Y, Bond M H, Singelis T M (1997) Pancultural explanations for life satisfaction: Adding relationship harmony to self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1038-1051.
- Lane RD, Taitano EK (2002) Alexithymie. Beitrag in: *Psychosomatische Medizin*. Herausgeber: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, v Uexküll T, Wesiack W. München & Jena: Urban & Fischer, 6. Aufl., 279-294.
- Lang P J (1980) Behavioral treatment and bio-behavioral assessment: computer applications. In J. B. Sidowski, J. H. Johnson, & T. A. Williams (Eds.), *Technology in mental health care delivery systems*, Norwood, NJ: Ablex, 119-137.
- Lazarus R S, Folkman S (1984) Stress, appraisal and coping by pediatric patients with chronic abdominal pain. *Journal of pediatric psychology*, 2007, 32 (2), 206-16.
- Le H-N, Berenbaum H, Raghavan C (2002) Culture and alexithymia: mean levels, correlates, and the role of parental socialization of emotions. *Emotion* 2, 341-60.
- Lemche E, Klann-Delius G, Koch R, Joraschky P (2004) Mentalizing language development in a longitudinal attachment sample: implications for alexithymia. *Psychother Psychosom* 73, 366-74.
- Loenhoff J (1992) Interkulturelle Verständigung. Zum Problem grenzüberschreitender Kommunikation, Opladen 1992, 139.
- Lumley MA, Ovies T, Stettner L, et al. (1996) Alexithymia, social support and health problems. *J Psychosom Res* 41, 519-30.
- Margraf J. & Schneider S. (2003). Angst und Angststörungen. In J. Hoyer & J. Margraf (Hrsg.), *Angstdiagnostik. Grundlagen und Testverfahren*, Berlin: Springer, 3-30.
- Margraf J, Schneider S (2009) Panikstörung und Agoraphobie. In: Margraf, J./Schneider, S. (Hg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter - Spezielle Indikationen - Glossar*. 3., vollständig bearb. und erw. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer, 3-30.
- Markus H R, Kitayama S (1991) Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Marty P, de M'uzan M (1978) Operative thinking (*pensée opératoire*). *Psyche* (Stuttg) 32, 974-84.
- Masmoudi J, Maalej I, Masmoudi A, et al. (2009) Alexithymia and psoriasis: a case-control study of 53 patients. *Encephale* 35, 10-7.
- Mehnert A, Rieß S, Koch U (2003) Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung Maligner Melanome. *Verhal und Verhal* 24, 147 - 166.

-
- Miltner W, Larbig W, Braun C. (1988) Biofeedback of somatosensory event-related potentials: Can individual pain sensations be modified by biofeedback-induced self-control of event-related potentials? *Pain*, 1988, 35 (3), 205-213,
- Morris J D I (1995) Observations: SAM: The Self-Assessment Manikin - An Efficient Cross Cultural Measurement of Emotional Response. *Journal of Advertising Research*, 35(6), 63-68.
- Nairn RC, Merluzzi T V (2003) The role of religious coping in adjustment to cancer. *Psychooncology* 12, 428-41.
- Nevermann C (2008) Angst. In: Gasteiger-Klicpera, B./Julius, H./Klicpera, C. (Hg.): *Sonderpädagogik der sozialen und emotionalen Entwicklung. Band 3: Handbuch Sonderpädagogik*. Göttingen: Hogrefe, 258-275.
- Nemiah JC., Sifneos PE (1970) Affect and fantasy with psychosomatic disorders. In: Hill, O.W. (Ed.) *Modern Trends in Psychosomatic Medicine, Vol 3*. London: Butterworths, 430 -439
- Orive M, Padierna JA, Quintana JM et al. (2010) Detecting depression in medically ill patients: Comparative accuracy of four screening questionnaires and physicians' diagnoses in Spanish population. *J Psychosom Res* 69, 399-406.
- Pargament KI, Kennell J, Hathaway W, Grevengoed N et al. (1988) Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27(1), 90-104.
- Pargament KI, Koenig HG, Perez LM (2000) The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* 56, 519-43.
- Reiss S, McNally RJ (1985) Expectancy model of fear. In: Reiss, S./Bootzin, R. R. (Hg.): *Theoretical Issues in Behavior Therapy*. New York: Academic Press, 107-121.
- Rodriguez Mosquera PM (1999) Honor and emotion: The cultural shaping of pride, shame and anger. Doctoral dissertation, University of Amsterdam. URL(Dokument): <http://hdl.handle.net/11245/1.159817>.
- Rosik CH, Soria A (2012) Spiritual well-being, dissociation, and alexithymia: examining direct and moderating effects. *J Trauma Dissociation* 13, 69-87.
- Rigatos GA, Scarlos DB, (1987) Psychosomatic concepts in writings of the ancient Greek Philosophers (Vith to IIIrd cent. B.C.), 43.
- Ruesch J (1948) The infantile personality. The core problem of psychosomatic medicine. *Psychosom Med* 10, 134-44.
- Roelcke V (2017) *Vom Menschen in der Medizin: Für eine kulturwissenschaftlich kompetente Heilkunde*, Gießen: Psychosozial Verlag, 10-11.

-
- Said E (1978/94) *Orientalismen. Vestlige oppfatninger av Orienten*. Oslo: Cappelen (Original: *Orientalism. Western Conceptions of the Orient*. New York: Pantheon.)
- Saied E (2003) *Orientalism*. London: Penguin Books, 41, 95, 122, 210.
- Schauenburg H, Beutel M, Bronisch T, Hautzinger M, Leichsenring F, Reimer C, Rürger U, Sammet I, Wolfersdorf M (1999) Zur Psychotherapie der Depression. *Psychotherapeut*, 44, 127-136.
- Sellschopp-Rüppell A, von Rad M (1977) Pinocchio - a psychosomatic syndrome. *Psychother Psychosom* 28, 357-60.
- Sifneos PE (1973) The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 22, 255-62.
- Sifneos PE (1996) Alexithymia: past and present. *Am J Psychiatry* 153, 137-42.
- Simon GE, Goldberg DP, Von Korff M, Ustün TB (2002) Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychol Med* 32, 585-94.
- Snaith RP (2003) The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health Qual Life Outcomes* 1, 29.
- Snaith RP, Zigmond AS (1986) The hospital anxiety and depression scale. *Br Med J (Clin Res Ed)* 292, 344.
- Sunay D, Baykir M, Ateş G, Ekşioğlu M (2011) Alexithymia and acne vulgaris: a case control study. *Psychiatry Investig* 8, 327-33.
- Tantam D, Kalucy R, Brown DG (1982) Sleep, scratching and dreams in eczema. A new approach to alexithymia. *Psychother Psychosom* 37, 26-35.
- Taylor GJ, Bagby RM (2000) An overview of the alexithymia construct. In: Baron R., Parker JDA (ed) *Handb. Emot. Intell.*, 40-67
- Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP, Parker JD (1990) Validation of the alexithymia construct: a measurement-based approach. *Can J Psychiatry* 35, 290-7.
- Taylor G J, Ryan D, Bagby RM (1985) Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom* 44, 191-9.
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1997) *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: Cambridge University Press, doi:10.1017/CBO9780511526831
- Thomas A (1993) Psychologie interkulturellen Lernens und Handelns. In: Thomas Alexander (Hg.): *Kulturvergleichende Psylosophie- Eine Einföhlung*. Göttingen, 380.

-
- Tousignant M, Maldonado M (1989) Sadness, depression and social reciprocity in highland Ecuador. *Soc Sci Med* 28, 899–904.
- Warthun N (1997) *Interkulturelle Kommunikation in der Wirtschaft, Eine Studie zu den Erfahrungen deutscher Führungskräfte*, Bochum 1997, 10
- Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J (2008) Alexithymia and dermatology: the state of the art. *Int J Dermatol* 47, 903–10.
- Wittchen HU, Jacobi F (2006) Epidemiologie. In G. Stoppe, A. Bramsfeld & F.W. Schwartz (Hrsg.). *Volkskrankheit Depression?* Springer: Berlin, 15-37.
- World Health Organization. (1992). ICD-10. The ICD- 10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genf: World Health Organization, <http://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/F01-F99/F40-F48>
- Zigmond AS, Snaith RP (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 67, 361–70.
- Zwingmann C (2005) Erfassung von Spiritualität/Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 241-246.
- Zwingmann C, Müller C, Körber J, Murken S (2008) Religious commitment, religious coping and anxiety: a study in German patients with breast cancer. *European journal of cancer care*, 17 (4), 361-70.
- Zwingmann C, Wirtz M, Müller C, Körber J, Murken S (2006) Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. *Journal of behavioral medicine*, 29 (6), 533-47.

10 ANHANG

TAS- 26 rotierte Komponentenmatrix: Vergleich der Faktorengleichung für die verwendeten Fragebogendaten in Bezug auf die Subgruppen Moslems, Christen und Gesamtpopulation

	SK	Eichstichprobe			SK1			Eichstichprobe			SK2			Eichstichprobe			SK3			
					Moslem	Christ	Gesamt				Moslem	Christ	Gesamt				Moslem	Christ	Gesamt	
TAS-1																				
TAS-2	4																			
TAS-3	2	0,4	0,648	0,245	0,709	0,45	0,126	0,254	0,136	-0,03	0,056	-0,119	0,022							
TAS-4	1	0,6	0,59	-0,109	0,47	0,33	-0,015	0,236	0,057	-0,08	-0,118	-0,376	-0,176							
TAS-5	4																			
TAS-6																				
TAS-7																				
TAS-8	2	0,26	0,366	0,317	0,291	0,71	0,344	0,469	0,441	-0,06	-0,091	0,058	0,006							
TAS-9	3	0,16	-0,115	-0,283	-0,171	-0,14	-0,027	0,144	-0,05	0,54	0,688	0,664	0,633							
TAS-10	1	0,69	0,535	0,568	0,43	-0,01	0,141	0,116	0,265	-0,01	0,112	0,329	0,22							
TAS-11	3	0,1	0,308	0,232	0,194	-0,1	0,058	-0,19	-0,07	0,53	0,648	0,692	0,694							
TAS-12	2	0,02	-0,11	0,075	0,002	-0,56	-0,146	-0,209	-0,221	-50	0,651	0,579	0,622							
TAS-13	3	0,13	0,158	0,07	0,115	-0,17	-0,035	0,109	-0,009	0,61	0,656	0,746	0,709							

TAS-14	1	0,59	0,541	0,632	0,504	0,24	0,172	0,279	0,305	0,04	0,202	0,248	0,282
TAS-15	3	0,02	0,262	-0,024	0,135	-0,03	-0,233	0,011	-0,159	0,62	0,51	0,628	0,588
TAS-16	4												
TAS-17	1	0,71	0,365	0,38	0,349	0,11	0,344	0,411	0,438	-0,02	-0,003	-0,244	-0,038
TAS-18	4												
TAS-19													
TAS-20	1	0,7	0,241	0,103	0,127	0,23	0,64	0,792	0,675	-0,03	-0,037	-0,028	-0,012
TAS-21	3	-0,11	-0,109	-0,227	-0,333	0,07	0,538	0,218	0,391	0,6	0,538	0,529	0,536
TAS-22	2	0,32	0,076	-0,007	-0,017	0,64	0,548	0,778	0,63	-0,04	-0,049	-0,058	-0,49
TAS-23	2	0,42	0,286	0,224	0,157	0,53	0,448	0,735	0,602	0,09	-0,179	0,052	-0,076
TAS-24	3	0,06	-0,122	0,102	-0,283	0,21	0,386	-0,074	0,256	0,56	0,586	0,56	,597-
TAS-25	1	0,72	0,161	0,538	0,15	0,18	0,613	0,28	0,592	-0,12	-0,061	-0,464	0,189
TAS-26	1	0,72	0,029	0,789	0,042	0,06	0,648	0,047	0,578	-0,07	0,05	-0,009	0,041

Legende: SK= Skalenzugehörigkeit, TAS-1= Frage #1 aus dem Toronto Alexethymie Fragebogen

fett/kursiv= nicht mit der Eichstichprobe übereinstimmende Daten in Bezug zur Skalenzugehörigkeit

fett= mit der Eichstichprobe übereinstimmende Daten in Bezug auf die Skalenzugehörigkeit

HADS rotierte Komponentenmatrix: Vergleich der Faktorengleichung für die verwendeten Fragebogendaten in Bezug auf die Subgruppen Moslems, Christen und Gesamtpopulation.

	SK	Faktor 1			Faktor 2		
		Moslem	Christ	Gesamt	Moslem	Christ	Gesamt
HADS-1	A1	<i>0,606</i>	<i>-0,506</i>	<i>0,57</i>	-0,011	0,091	-0,029
HADS-2	D1	-0,138	-0,12	-0,184	<i>0,614</i>	<i>-0,754</i>	<i>0,483</i>
HADS-3	A2	<i>0,71</i>	<i>-0,617</i>	<i>0,689</i>	-0,002	0,196	-0,046
HADS-4	D2	-0,29	0,434	-0,323	<i>0,622</i>	<i>-0,464</i>	<i>0,597</i>
HADS-5	A3	<i>0,519</i>	-0,023	<i>0,453</i>	-0,245	0,639	-0,213
HADS-6	D3	0,451	-0,182	0,443	-0,425	<i>0,599</i>	-0,37
HADS-7	A4	-0,215	<i>0,342</i>	-0,147	0,442	-0,176	0,487
HADS-8	D4	0,572	-0,494	0,583	-0,101	0,381	-0,15
HADS-9	A5	<i>-0,426</i>	<i>0,595</i>	<i>-0,489</i>	0,292	-0,151	0,235
HADS-10	D5	0,407	-0,506	0,505	-0,09	0,365	-0,12
HADS-11	A6	0,122	<i>0,608</i>	0,045	0,572	0,096	0,606
HADS-12	D6	-0,301	0,585	-0,275	<i>0,727</i>	-0,181	<i>0,716</i>
HADS-13	A7	<i>0,718</i>	-0,426	<i>0,731</i>	-0,02	0,504	-0,027
HADS-14	D7	0,092	0,603	0,024	<i>0,653</i>	0,195	<i>0,605</i>

Legende: SK= Skalenzugehörigkeit, HADS-1= Frage #1 aus dem Hospital Anxiety and Depression Selbstbeurteilungsfragebogen, A= Angst, D= Depression

fett= nicht mit der Eichstichprobe übereinstimmende Daten in Bezug zur Skalenzugehörigkeit

kursiv= mit der Eichstichprobe übereinstimmende Daten in Bezug auf die Skalenzugehörigkeit

GBB rotierte Komponentenmatrix: Vergleich der Faktorengleichung für die verwendeten Fragebogendaten in Bezug auf die Subgruppen Moslems, Christen und Gesamtpopulation

	SK	NW	Mosl	Chris	Ges	Moslem	Chris	Ges	Mosl	Chris	Ges
GBB1	1	0,58	0,045	0,413	0,218	0,396	0,192	0,611	0,087	0,34	-0,002
GBB2	4	0,69	0,44	0,582	0,57	0,338	0,394	0,405	0,241	0,383	0,203
GBB3	2	0,57	0,41	0,706	0,589	0,298	0,121	0,383	0,27	0,187	0,094
GBB4	1	0,62	0,199	0,169	0,211	0,471	0,187	0,503	0,334	0,757	0,216
GBB5	3	0,69	0,23	0,416	0,312	0,518	0,106	0,554	0,224	0,579	0,126
GBB6	4	0,43	0,647	0,678	0,641	0,326	0,216	0,194	0,044	0,213	0,129
GBB7	3	0,79	0,29	0,267	0,241	0,244	0,079	0,226	0,125	0,727	0,142
GBB8	3	0,76	0,23	0,046	0,154	0,05	0,307	0,187	0,242	0,725	0,249
GBB9	2	0,73	0,804	0,814	0,801	0,238	0,167	0,145	0,226	0,116	0,205
GBB10	2	0,75	0,845	0,801	0,839	0,178	0,223	0,148	0,197	0,167	0,173
GBB11	4	0,29	0,61	0,714	0,678	-0,037	0,371	0,137	0,286	0,119	0,239
GBB12	2	0,7	0,774	0,758	0,789	0,171	0,388	0,115	0,294	0,134	0,284
GBB13	2	0,62	0,427	0,512	0,499	0,2	-0,033	0,297	0,493	0,085	0,243
GBB14	3	0,33	0,528	0,09	0,359	0,151	0,552	0,073	0,502	0,41	0,568
GBB15	1	0,72	-0,099	-0,081	-0,027	0,595	0,148	0,753	0,42	0,276	0,216
GBB16	1	0,8	0,27	0,2	0,296	0,661	0,447	0,746	0,25	0,349	0,215
GBB17	1	0,55	0,45	0,365	0,449	0,622	0,408	0,567	0,222	-0,026	0,274
GBB18	3	0,4	0,255	0,259	0,264	0,751	0,652	0,598	0,151	0,314	0,335
GBB19	1	0,64	0,222	0,314	0,256	0,699	0,607	0,529	0,311	0,214	0,434
GBB20	4	0,66	0,321	0,362	0,382	0,344	0,63	0,448	0,569	0,033	0,535
GBB21	3	0,55	0,393	0,341	0,396	0,153	0,651	0,24	0,713	0,17	0,661
GBB22	4	0,71	0,428	0,484	0,482	0,287	0,676	0,321	0,66	-0,017	0,628
GBB23	3	0,22	0,069	0,057	0,055	0,305	0,821	0,196	0,695	0,3	0,789
GBB24	4	0,82	0,244	0,431	0,365	0,209	0,603	0,442	0,622	0,027	0,509

Legende: SK= Skalenzugehörigkeit, NW= Normwert, Mosl= Moslem, Chris= Christ, Ges= Gesamt, GBB1= Frage #1 aus dem Gießener Beschwerdebogen

Hautzufriedenheitsbogen rotierte Komponentenmatrix: Vergleich der Faktorengleichung für die verwendeten Fragebogendaten in Bezug auf die Subgruppen Moslems, Christen und Gesamtpopulation.

	SK1				SK2				Sk 3				SK4				SK5			
	NW	Mos	Chr	Ge	NW	Mos	Chr	Ges	NW	Mos	Chr	Ges	NW	Mos	Chr	Ges	NW	Mos	Chr	Ges
Hz1	0,812	0,815	0,72	0,788	0,043	0,07	0,086	0,088	0,149	0,014	0,249	0,112	0,053	-0,005	-0,102	0,046	-0,038	-0,175	0,048	-0,154
Hz2	0,075	0,13	0,162	0,168	0,072	-0,083	-0,034	-0,92	0,151	-0,072	0,17	0,171	0,056	0,181	0,55	-0,038	0,636	0,663	0,201	0,602
Hz3	0,118	0,001	0,054	0,029	0,093	0,021	0,017	-0,015	0,015	0,067	-0,058	-0,023	0,195	0,015	0,711	0,021	0,662	0,745	0,089	0,736
Hz4	0,568	0,529	0,58	0,551	0,176	0,233	0,29	0,244	0,154	0,101	0,105	-0,025	0,024	-0,092	0,219	0,046	0,271	0,268	-0,117	0,259
Hz5	0,858	0,842	0,83	0,852	0,032	-0,045	0,054	-0,011	0,16	0,135	0,048	-0,03	0,072	-0,087	-0,019	0,116	0,006	0,189	0,129	0,11
Hz6	0,073	0,117	0,15	0,13	0,777	0,688	0,736	0,708	0,152	-0,064	-0,195	-0,08	-0,058	0,024	0,009	####	0,146	0,074	0,099	0,055
Hz7	0,055	0,157	0,086	0,16	0,148	-0,01	-0,021	-0,017	0,012	0,039	0,134	0,071	0,083	0,072	0,199	-0,011	0,662	0,508	0,074	0,4
Hz8	0,833	0,848	0,83	0,849	0,038	0,077	0,093	0,076	0,111	0,042	0,135	0,095	0,114	0,054	-0,068	0,11	0,036	0,002	0,267	-0,025
Hz9	0,763	0,731	0,64	0,702	0,183	0,18	0,35	0,222	0,145	0,148	0,123	0,061	0,051	0,044	0,245	0,121	0,114	0,059	0,07	0,16
Hz10	0,871	0,862	0,82	0,846	0,036	0,115	0,145	0,124	0,13	0,048	0,14	0,171	0,091	0,162	-0,084	0,112	-0,023	-0,008	0,266	-0,028
Hz11	0,119	0,161	0,259	0,182	0,86	0,832	0,744	0,813	0,127	0,121	-0,028	-0,003	-0,017	0,021	-0,052	0,078	0,124	0,042	-0,073	0,033
Hz12	0,072	0,043	-0,01	0,016	0,861	0,848	0,856	0,857	0,185	0,101	-0,006	0,058	-0,046	0,127	-0,063	0,067	0,12	0,025	-0,111	0,022
Hz13	0,27	0,234	0,177	0,219	0,334	0,181	0,176	0,158	0,551	0,707	-0,095	-0,109	0,014	-0,116	0,143	0,689	0,205	0,06	0,66	<i>0,105</i>
Hz14	0,067	0,058	0,079	0,068	0,849	0,857	0,816	0,839	0,179	0,106	0,093	0,074	-0,022	0,067	0,095	0,13	0,168	0,103	0,179	0,117
Hz15	0,001	-0,092	-0,05	-0,092	0,064	0,275	-0,007	0,158	0,069	0,095	-0,066	-0,002	0,067	0,052	0,783	-15	0,722	0,696	-0,179	0,749
Hz16	0,019	-0,122	-0,09	-0,139	0,017	0,271	0,046	0,205	0,084	0,382	0,143	0,17	0,093	0,27	0,645	0,27	0,698	0,412	-0,078	0,552
Hz17	-0,02	-0,073	-0,12	-0,115	0,087	0,433	0,042	0,299	0,211	0,31	0,148	0,186	-0,1	0,268	0,578	0,231	0,646	0,281	0,015	0,435

Hz18	-0,005	-0,036	0,093	0,009	0,003	0,123	-0,094	0,024	0,126	0,047	0,732	0,694	0,623	0,646	0,31	0,076	0,34	0,278	0,218	0,312
Hz19	0,063	0,11	-0,03	0,005	-0,05	0,105	-0,035	0,048	-0,011	-0,06	0,742	0,722	0,686	0,795	0,081	0,027	0,117	0,176	0,341	0,163
Hz20	0,079	-0,036	0,147	0,006	0,128	0,177	0,062	0,13	0,733	0,774	0,86	0,06	0,094	0,016	0,321	0,72	0,102	0,034	0,58	0,163
Hz21	0,018	-0,16	-0,13	-0,16	0,228	0,238	0,242	0,231	0,681	0,669	0,231	0,078	0,015	0,048	0,27	0,579	0,255	0,246	0,199	0,274
Hz22	0,239				0,15				0,7				-0,009				0,117			
Hz23	0,13	0,079	0,233	0,133	-0,02	0,028	0,042	0,041	0,041	0,038	0,803	0,762	0,622	0,725	0,03	0,048	0,054	-0,057	-0,001	-0,02
Hz24	0,133	0,14	0,363	0,186	0,034	0,091	0,001	0,061	0,133	0,084	0,703	0,727	0,769	0,717	-0,008	0,029	0,015	-0,081	-0,057	-0,004
Hz25	0,118	0,152	0,415	0,233	0,741	0,707	0,579	0,699	0,145	0,11	0,245	0,152	0,062	0,04	-0,033	0,123	0,038	-0,066	0,134	-0,044
Hz26	-0,014	0,23	0,345	0,23	-0,73	-0,062	-0,305	-0,125	-0,047	0,123	0,388	0,342	0,118	0,289	-0,15	0,088	0,015	-0,28	-0,107	-0,19
Hz27	-0,081	0,54	0,307	0,05	-0,14	-0,113	-0,188	-0,134	-0,309	0,241	-0,013	0,137	0,484	0,186	0,311	0,155	0,009	0,117	-0,134	0,199
Hz28	0,062	-0,119	0,077	-0,072	-0,03	0,036	0,126	0,077	0,1	-0,041	0,605	0,606	0,756	0,61	0,256	-0,091	-0,012	0,128	-0,142	0,203
Hz29	0,16	0,328	0,122	0,257	0,031	-0,002	0,022	-0,008	0,6	0,69	0,199	0,134	0,125	0,99	-0,271	0,733	0,023	-0,117	0,737	-0,168
Hz30	0,179	0,285	0,033	0,208	0,138	-0,028	-0,027	-0,034	0,775	0,699	0,023	-0,036	-0,015	-0,046	-0,06	0,746	0,062	-0,126	0,789	-0,096

Legende: Hz1= Frage #1 aus dem Hautzufriedenheitsbogen, Sk=Skalenzugehörigkeit der Items, NW= Normwert, Mosl= Moslem, Chris= Christ, Ges= Gesamt,

fett= nicht mit der Skalenzugehörigkeit der Eichstichprobe übereinstimmende Skalenzugehörigkeit der Daten ,

kursiv/fett= mit der Eichstichprobe übereinstimmende Daten in Bezug auf die Skalenzugehörigkeit

Frage HZ 22 wurde aus dem Hautzufriedenheitsbogen entnommen

Fragebogen Toronto-Alexithymie-Skala - 26

TAS-26

Im Folgenden geht es um den Umgang mit Gefühlen. Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen oder nicht zutreffen. Kreuzen Sie bitte *diejenige Antwort* an, die am besten auf Sie persönlich zutrifft (1 = trifft gar nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft teilweise zu/teilweise nicht zu, 4 = trifft eher zu, 5 = trifft völlig zu).

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
1 Wenn ich weine, weiß ich immer warum.	1	2	3	4	5
2 Tagträumen ist Zeitverschwendung.	1	2	3	4	5
3 Ich wünschte, ich wäre nicht so schüchtern.	1	2	3	4	5
4 Mir ist oft unklar, was ich gerade fühle.	1	2	3	4	5
5 Ich habe oft Tagträume über die Zukunft.	1	2	3	4	5
6 Ich glaube, ich kann genauso leicht wie andere Freundschaften schließen.	1	2	3	4	5
7 Es ist wichtiger, Lösungen für Probleme zu kennen, als zu wissen, wie die Lösungen entstanden sind.	1	2	3	4	5
8 Es ist schwierig für mich, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden.	1	2	3	4	5
9 Ich teile anderen Menschen gerne meinen Standpunkt zu Dingen mit.	1	2	3	4	5
10 Ich habe körperliche Empfindungen, die selbst Ärzte nicht verstehen.	1	2	3	4	5
11 Es reicht mir nicht, daß etwas funktioniert, ohne zu wissen, warum und wie es funktioniert.	1	2	3	4	5
12 Es fällt mir leicht, meine Gefühle zu beschreiben.	1	2	3	4	5
13 Ich analysiere Probleme lieber, als sie nur zu schildern.	1	2	3	4	5
14 Wenn ich aufgeregt bin, weiß ich nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin.	1	2	3	4	5

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
15 Ich nutze sehr viel meine Vorstellungskraft.	1	2	3	4	5
16 Ich verbringe viel Zeit mit Tagträumen, wenn ich nichts zu tun habe.	1	2	3	4	5
17 Ich bin oft verwirrt über meine körperlichen Empfindungen.	1	2	3	4	5
18 Ich habe selten Tagträume.	1	2	3	4	5
19 Ich ziehe es vor, Dinge geschehen zu lassen, als verstehen zu wollen, warum sie gerade passieren.	1	2	3	4	5
20 Ich habe Gefühle, die ich nicht richtig verstehen kann.	1	2	3	4	5
21 Gefühle verstehen zu können ist wesentlich.	1	2	3	4	5
22 Ich finde es schwierig zu beschreiben, wie ich anderen gegenüber fühle.	1	2	3	4	5
23 Andere sagen, ich soll meine Gefühle mehr zeigen.	1	2	3	4	5
24 Man sollte nach den genaueren Erklärungen suchen.	1	2	3	4	5
25 Ich weiß nicht, was in mir vorgeht.	1	2	3	4	5
26 Ich erkenne oft nicht, wann ich wütend bin.	1	2	3	4	5

Wir benötigen von Ihnen noch folgende Angaben:

Name / Code-Nr.:

Welchen Schulabschluß haben Sie? keinen
 Hauptschule
 Mittlere Reife / POS
 Abitur

Geschlecht männlich weiblich

Wie alt sind Sie? Jahre

Deutsche Version der Hospital Depression und Anxiety Scale (HADS)

		0	1	2	3
1.	Ich fühle mich angespannt und überreizt	überhaupt nicht	gelegentlich	von Zeit zu Zeit/	meistens, oft
2.	Ich kann mich heute noch so freuen wie früher	ganz genau so	nicht ganz so sehr	nur noch ein wenig	Kaum oder garnicht
3.	Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas schreckliches passieren könnte	überhaupt nicht	etwas, aber es macht mir keine Sorgen	ja, aber nicht allzu stark ja	, sehr stark
4.	Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen	ja, so viel wie immer	nicht mehr ganz so viel	inzwischen viel weniger	überhaupt nicht
5.	Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf	Nur gelegentlich/ Nie	von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft	Verhältnismäßig oft	einen Großteil der Zeit
6.	Ich fühle mich glücklich	Meistens	manchmal	selten	überhaupt nicht
7.	Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen	ja, natürlich	gewöhnlich schon	nicht oft	überhaupt nicht
8.	Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst	überhaupt nicht	manchmal	sehr oft	fast immer
9.	Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend	überhaupt nicht	gelegentlich	ziemlich oft	sehr oft
10	Ich habe das Interesse an meiner Erscheinung verloren	ich kümmere mich so viel darum wie immer	Möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum	ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte	ja, stimmt genau
11	Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein	überhaupt nicht	nicht sehr	ziemlich	ja, tatsächlich sehr

12	Ich blicke mit Freude in die Zukunft	ja, sehr	eher weniger als früher	viel weniger als früher	kaum bis gar nicht
13	Mich überkommt plötzlich ein panik-artiger Zustand	überhaupt nicht	nicht sehr oft	ziemlich oft	ja, tatsächlich sehr oft
14	Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen	oft	manchmal	eher selten	sehr selten

Modifiziert nach Herrmann-Lingen C. Buss U., Snaith R.P,1994

GBB-24 Fragebogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt....	nicht	kaum	einiger- maßen	erheblich	stark
1 Schwächegefühl	0	1	2	3	4
2 Schlafbedürfnis	0	1	2	3	4
3 Erschöpfbarkeit	0	1	2	3	4
4 Müdigkeit	0	1	2	3	4
5 Benommenheit	0	1	2	3	4
6 Mattigkeit	0	1	2	3	4
7 Völlegefühl	0	1	2	3	4
8 Erbrechen	0	1	2	3	4
9 Übelkeit	0	1	2	3	4
10 Aufstoßen	0	1	2	3	4
11 Sodbrennen	0	1	2	3	4
12 Magenschmerzen	0	1	2	3	4
13 Gliederschmerzen	0	1	2	3	4
14 Rückenschmerzen	0	1	2	3	4
15 Nackenschmerzen	0	1	2	3	4
16 Kopfschmerzen	0	1	2	3	4
17 Müdigkeit in den Beinen	0	1	2	3	4
18 Druckgefühl im Kopf	0	1	2	3	4
19 Herzklopfen	0	1	2	3	4
20 Schwindelgefühl	0	1	2	3	4
21 Kloßgefühl im Hals	0	1	2	3	4
22 Stiche in der Brust	0	1	2	3	4
23 Atemnot	0	1	2	3	4
24 Herzbeschwerden	0	1	2	3	4

modifiziert nach E. Brähler, A. Hinz, J. W. Scheer 1996

Hautzufriedenheitsbogen

Im Folgenden liegt Ihnen ein Fragebogen zur Hautzufriedenheit (HautZuf) vor, bei dem Sie zu verschiedenen Aussagen angeben sollen, ob sie für Sie eher „vollkommen“ oder eher „gar nicht“ zutreffen. Sie haben dazu fünf Abstufungsmöglichkeiten in Ankreuzform.

Entscheiden Sie sich möglichst ohne lange zu Überlegen für eine Antwortmöglichkeit und füllen Sie den Fragebogen bitte vollständig aus; Sie können beim Ausfüllen nichts falsch machen. Am Anfang finden Sie zunächst einige Fragen zu Ihrer Person in anonymer Form.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragen zu Ihrer Person:

Alter: ____ Jahre

Geschlecht: weiblich männlich

Familienstand: ledig verheiratet nicht-eheliche

Lebensgemeinschaft geschieden verwitwet

Schulabschluss: ohne Hauptschule Realschule Abitur

Beruf: _____

Hauterkrankungen: Ja Nein

wenn ja:

welche? _____

seit wann? _____

Besteht wegen der Hauterkrankung ärztliche Behandlung?

Ja Nein

		trifft gar nicht zu			trifft voll- kommen zu	
1.	Ich berühre mich gerne selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Körperliches wie Schweißgeruch stößt mich oft ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Beim Betrachten schmutziger Dinge bekomme ich Gänsehaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ich schaue mich gerne im Spiegel an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Mich selbst zärtlich zu berühren tut mir gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Im Arm meiner Eltern habe ich als Kind schnell Trost gefunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Es gibt öfter Menschen, die ich sehr ungepflegt und abstoßend finde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Mich selbst zu berühren beruhigt mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ich betrachte gerne meinen Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Mich selbst zu streicheln, finde ich sehr angenehm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Meine Eltern haben oft mit mir geschmust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Für meine Eltern war Körperkontakt mit mir immer selbstverständlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		trifft gar nicht zu			trifft voll- kommen zu	
13.	Eine zärtliche Berührung wirkt bei mir lange nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Meine Eltern haben mich oft in den Arm genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ein verschmutztes Glas ist mir sehr Unangenehm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Es ist mir unangenehm, öffentliche Toiletten zu benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Ein schmutziges Hotelzimmer reklamiere ich sofort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	In peinlichen Situationen könnte ich im Boden versinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Es kommt vor, dass ich am liebsten „nicht in meiner Haut stecken“ möchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Ich habe ein starkes Anlehnungsbedürfnis an meine/n Partner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Nähe und Geborgenheit sind für mich sehr wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Nach einem Orgasmus liebe ich es, noch weiter zärtlich zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	In Krisenzeiten fühle ich mich hässlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		trifft gar nicht zu			trifft voll- kommen zu	
24.	Ich erröte oft, wenn ich im Mittelpunkt stehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Mit meinen Eltern habe ich als Kind viel gerangelt und herumgetobt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Meine Eltern waren körperlich eher zurückhaltend und haben mich nur selten berührt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Es ist mir unangenehm, wenn andere (z.B. mein/e Partner/in) mich nackt sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Wenn mir etwas peinlich ist, werde ich schnell rot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Ich bin ein Mensch, der gar nicht zu viel Körperkontakt vom Partner bekommen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Bei einer zärtlichen Berührung durch meine/n Partner/in spüre ich häufig ein angenehmes Kribbeln in meiner Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nach Kupfer/Niemeier/Brosig/Gieler 2003 - AG Psychosomatische Dermatologie Gießen

Toronto Alexithymie Skala - Arabische Version (TAS - A)

الرجاء الإجابة عن هذه الأسئلة بصدق وعفوية بشكل تعبر عن مشاعرك وأحاسيسك . وضع إشارة × أمام العبارة التي تناسب

((بإمكانك عدم الإجابة عن الأسئلة كاملة))	لا توافق أبداً	توقف دون الوسط ٣٠-٤٠	توقف متوسط ٥٠-٧٠	توقف جيد ٧٠-٩٠	توقف تام ٩٠-١٠٠
	١ - أعرف السبب عندما أبكي ؟				
٢ - أحلام اليقظة إضاعة للوقت					
٣ - أتمنى أن لا أكون خجولاً إلى هذا الحد					
٤ - تراودني أحلام اليقظة كل يوم حول مستقبلي					
٥ - تراودني أحلام اليقظة كثيراً حول مستقبلي					
٦ - أنا واثق من نفسي بتكوين صداقات كبقية الناس					
٧ - المهم وضع الحلول لأية مشكلة وليست معرفة أسبابها وكيف نشأت					
٨ - من الصعب إيجاد الكلمات التي تعبر عن مشاعري وأحاسيسي					
٩ - أعبر عن رأي بصراحة ووضوح دون خوف أو خجل					
١٠ - أحسّ بالام جسمي أكثر مما يحسّ بها الطبيب الآلمي الجسدية لايفهمها حتى الأطباء					
١١ - لا يكفي معرفة كيف تسير الأمور بل أريد معرفة كيف ولماذا حدثت					
١٢ - أستطيع وصف مشاعري وأحاسيسي بسهولة					
١٣ - أحبّ إليّ تحليل أسباب أية مشكلة من وصفها					
١٤ - عندما أكون مطرباً ولا أعلم هل أكون حزيناً أو خائفاً أو غاضباً أو مقهوراً					
١٥ - أنا استغل عمق معرفتي و وتقديري للأمور					
١٦ - عندما أكون فارغ الأعمال أضيع أكثر الوقت بأحلام اليقظة					
١٧ - آلامي الجسمية تشتت أفكاري وتجعلني مضطرباً.					
١٨ - نادراً ما أتوهم وأحلم .					

((بإمكانك عدم الأجابة عن الأسئلة كاملة))	لا توافق أبداً	توقف دون الوسط ٣٠-٤٠	توقف متوسط ٥٠-٧٠	توقف جيد ٧٠-٩٠	توقف تام ٩٠-١٠٠
١٩ - أفضل أن أترك الأحداث تسير بشكل طبيعي ولا يهمني معرفة أسباب حدوثها					
٢٠ - تصيبي أحاسيس ، أعجز عن فهم أسبابها					
٢١ - فهمننا للأحاسيس والمشاعر شيء مهم					
٢٢ - أعجز عن وصف مشاعري تجاه الآخرين					
٢٣ - يطالبني الآخرون أن أعبر عن مشاعري وأحاسيسي بشكل أوضح					
٢٤ - على الإنسان أن يبحث عن الحقيقة ويوضحها					
٢٥ - أنا لأعلم ماذا يدور برأسي من أفكار					
٢٦ - غالباً ما أظهر بحالة عصبية دون أن أدري بذلك. تأمل ملء الاستمارة التالية بالمعلومات الشخصية المطلوبة					
الثقافة					
أمي (غير متعلم)					
دراسة ابتدائية					
دراسة متوسطة					
شهادة ثانوية					
إجازة جامعية					
الجنس () ذكر () أنثى					
العمر					
المذهب					

-
- ١ - إذا كان يوجد أسئلة غير واضحة تستطيع السؤال عند طبيبك المعالج أو الطبيب المختص هـ ٧٦٧٦٠٠٢
 - ٢ - الرجاء الإتصال بنا عند إنهاء الإجابة وتسليم الأوراق على الرقم: ٧٦٧٦٠٠٢
 - ٣ - عند فقدان الأسئلة مراجعة الطبيب مباشرة
-

هذه الأسئلة والأجوبة موضوعة تحت سرية تامة سرية المهنة وكل سؤال له حصانته وسريته التامة

- ٢ - الأسئلة المخرجة با استطاعتك أن لا تجيب عليها.

Hospital Anxiety and Depression Scale - Arabic Version (HADS - A)

عزيزي المريض . بما أنك حضرت ألينا للأسباب مرضية ، وحتى
نتمكن من مساعدتك عليك أن تجيب على أسئلتنا

ضع الإشارة التي تنطبق عليك شخصياً خلال الاسبوع الماضي

بصراحة ودقة حتى تتمكن من تشخيص المرض لديك ، وبما أنه معروف لدى الجميع أن أكثر الأمراض الجسدية / العضوية /
تسبب أمراضاً نفسية ، كما أن الأمراض الجسدية ناتجة عن أمراض نفسية أيضاً . وبالتالي فإن النوعين من الأمراض الجسدية
والنفسية مترابطان وكل منهما يسبب الآخر .

عزيزي المريض : يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية مبنياً من خلال الإجابة عليها الأعراض المرضية التي تعاني منها
خلال الاسبوع الأخير

من فترات مرضك يرجى وضع إشارة على الحالة التي تطابق حالتك وفق الجدول التالي وأن تكون الإجابة عفوية وسريعة.

س ٢: نشاطي قليل و مقيد.

السؤال ١: أحس بتوتر في أعصابي

بشكل دائم	<input type="checkbox"/>	بشكل دائم	<input type="checkbox"/>
أغلب الأحيان	<input type="checkbox"/>	أغلب الأحيان	<input type="checkbox"/>
بعض الأحيان	<input type="checkbox"/>	من حين لآخر	<input type="checkbox"/>
لا ينطبق	<input type="checkbox"/>	لا أحس أبداً	<input type="checkbox"/>
س ٤: أشعر بارتباك معوية تخيفني		س ٣: مازلت أشعر وأفرح كما كنت في الماضي	
لا أشعر	<input type="checkbox"/>	ينطبق بشكل تام	<input type="checkbox"/>
أشعر أحيانا / بين فترة وأخرى /	<input type="checkbox"/>	ينطبق نسبياً	<input type="checkbox"/>
أشعر في أكثر الحالات	<input type="checkbox"/>	ينطبق قليلاً	<input type="checkbox"/>
أشعر كثيراً	<input type="checkbox"/>	لا ينطبق بتاتا	<input type="checkbox"/>

س ٥: تراودني بعض الأفكار أحياناً بأني سأصاب بنكبة / كارثة / كبيرة.

- نعم كثيراً
- في أغلب الأحيان
- بعض الأحيان / دون مبالاة /
- لا تراودني أبداً

س ٦. فقدت الاهتمام بمظهري الخارجي ولا تأثير له بحياتي حالياً

س ٧. استطعت أن أفرح وأكون مرحاً وأتذوق الجمال

- لم أعد أهتم أبداً
- ليس كما هو لازم
- قليل الاهتمام
- اهتمت بمظهري كما كنت سابقاً
- كما كنت سابقاً
- أقل من السابق
- قليل جداً / نادراً /
- لا ينطبق أبداً

- س٨. كثير الخركة ولا أستطيع الهدوء.
- كثيراً
- إلى حتما
- قليلاً
- لا ينطبق
- س٩. تراودني أفكار مقلقة
- في أكثر الأوقات
- أحياناً
- من وقت للآخر
- لا تراودني
- س١٠. نظرتي للمستقبل فيها تفائل
- نعم كثيراً لتفاؤل
- متفائل أقل من السابق
- أقل بكثير من تالسابق
- متشائم
- س١١. أشعر حالياً بسعادة
- لا أشعر بالسعادة مطلقاً
- أشعر بالسعادة قليلاً
- بعض الأحيان
- أشعر بالسعاد بشكل دائمة
- س١٢. أصاب بنوبات خوف فجائية.
- نعم كثيراً
- أغلب الأحيان
- بين حين وآخر
- لا أصاب بتاتاً
- س١٣. أستطيع الجلوس باسترخاء دون تفكير أو مخاوف
- بشكل تام
- أغلب الأحيان
- ليس بشكل دائم
- لا ينطبق بتاتاً
- س١٤. أشعر بسعادة عند قراءة كتاب أو مشاهدة التلفزيون أو سماع الراديو
- بشكل دائم
- أغلب الأحيان
- من حين للآخر
- نادراً

Gießener Beschwerdebogen - Arabische Version (GBB - A)

على هذه الصفحة عدداً من الأعراض والأوجاع المرضية معطى الرجاء أن تقرأها و تفكر وأن تعمل اشارة × على الأعراض التي تتشابه بك وعلى شدتها					
تاريخ الميلاد		الجنس ذكر / أم أنثى		الاسم أو نمرة	
شديدة للغاية	قوية	متوسط الأعراض	بين الفترة والفترة	لا أشعر	أشعر بأن هذه الاعراض و الاوجاع تتناوب وتضايقتني وأحس بها
					١- ضعف ووهن جسدي و جسدي
					٢- قلبي يخفق علي ويرف بعدم إنتظام و يفزعني
					٣- أشعر بنفخة في بطني وأحساسي بالقيئة
					٤- متعب وأحتاج للنوم كثيراً
					٥- أوجاع في مفاصلي وعضلاتي وكل جسدي
					٦- دوخة دائمة
					٧- وجع في ظهري والعمود الفقري
					٨- وجع في فقرات الرأس والكتاف
					٩- أحس بالأقياء و المراجعة
					١٠- أحس بالأقياء
					١١- أشعر باختناق في حلقي وصدري
					١٢- أشعر بدوخة و إقياء
					١٣- حرقة بالمعدة ووشوه حامضة
					١٤- وجع رأس ودشوة

على هذه الصفحة عدداً من الأعراض والأوجاع المرضية معطى الرجاء أن تقرأها و تفكر وأن تعمل اشارة × على الأعراض التي تتشابه بك وعلى شدتها					
الأسم أو نمرة		الجنس ذكر / أم أنثى		تاريخ الميلاد	
شديدة للغاية	قوية	متوسط الأعراض	بين الفترة والفترة	لا أشعر	أشعر بأن هذه الاعراض و الالوجاع تتشابهني وتضايقني وأحس بها
					١٥- أتعب بسرعة
					١٦- تعبان للغاية
					١٧- أحس بأني كالدائخ دون تفكير أو قوة
					١٨- أشعرأني تعبان للغاية وأرجلي ثقيلة ولا تستطيع أن تحملني
					١٩- متعب وليس لي مروة (ارتخاء)
					٢٠- وجع ونخزات في صدري وقلبي
					٢١- أوجاع في معدتي وبطني
					٢٢- نوبات ضيق نفس
					٢٣- ضغط في رأسي وجع رأس
					٢٤- بين الفترة و الأخرى وجع في صدري وقلبي وأرجاعي تقلقني

HautZuf - Arabische Version

الرجاء الإجابة عن الأسئلة الشخصية التالية متمنين عدم الانزعاج أو الأحرار

وأن تكون الإجابة عفوية وسريعة وهذه ستبقى سرية. وشكراً.

- العمر: _____ المذهب: _____ الجنس: ذكر أنثى
- الوضع العائلي: عازب متزوج لي صديقة مطلق أرمل
- أمراض جلدية: نعم أو لا
- نوع المرض: نعم أو لا
- مدة الإصابة: _____
- هل تخضع لعلاج: نعم أو لا

- | بشكل دائم | كثيراً | أحياناً | قليلاً | لأداعب مطلقاً | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ١- أداعب جسدي بلطف |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٢- أكره رائحة تعرق البدن |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٣- عند رؤية المناظر القادرة
يقشعر شعر جسمي |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٤- استمتع بالوقوف أمام المرأة |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٥- عندما أتخس جسدي
أرتاح نفسياً |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٦- في طفولتي كنت استمتع
وأحس بالطمأنينة في حضن والدي |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٧- هناك أشخاص مظهرهم لا يريحني |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٨- عندما أداعب جسدي أشعر بالراحة |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٩- أنظر لجسدي بتأمل وسرور |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ١٠- عندما أتخس جسدي أشعر بلذة |

بشكل دائم	كثيراً	أحياناً	قليلاً	لأدأعب مطلقاً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١١ - أهلي كانوا يقبلوني كثيراً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١٢ - والديّ كانا يضموني إلى حضنهما بشكل طبيعي و عادي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١٣ - عندما تلمسني حبيبي مداعبة أيام أسرّ كثيراً ولمدى طويل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١٤ - والديّ كانا يجملاي بذراعهما ويضماني الى صدرهم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١٥ - الكأس الوسخ تسير القشعريرة في نفسي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١٦ - أكره استعمال المراحيض العامة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١٧ - غرفة الفندق الوسخة أحتج عليها متتقدماً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١٨ - في المواقف الحرجة أتمنى أن تنشق الأرض وتبلعني
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١٩ - قي بعض المواقف أريد أن أخرج من جلدي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٢٠ - أحب دائماً أن استرخي أو أرتكي على شريكة حياتي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٢١ - عندما أضمُّ بعطفٍ أشعر بالراحة والاطمئنان
					٢٢ -
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٢٣ - بالأوقات الحرجة و الصعبة أشعر ببشاعة نفسي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٢٤ - عندما تتوجه الأنظار إلى أشعر بالخجل والارتباك

بشكل دائم	كثيراً	أحياناً	قليلاً	لأدأعب مطلقاً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٢٥ - عندما كنت صغيراً كان والدي يتعاركان معي ويداعباني
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٢٦ - عندما كنت صغيراً كان والدي يعاملني بجدية ولا يداعبني
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٢٧ - لا أحب أن ترايني زوجتي أو صديقتي عارياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٢٨ - إذا تعرضت لموقف حرج احمر خجلاً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٢٩ - أرغب أن تضميني وتداعبني زوجتي أوحبيبتي بشكل دائم لأنني لا أشعر ابداً بالأكتفاء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٣٠ - عندما تداعبني زوجتي أو صديقتي وتلمس جسدي يشعر بدني بمتعة

Self Assessment Manikin - Arabic Version (SAM - A)

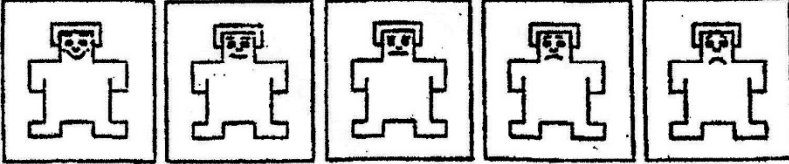
أمامك على الصفحة ثلاثة نماذج للرسم ————— يوم ترمز لحالتك
المرضية والجسدية والنفسية في هذا اليوم ، يرجى تحديد الصورة التي تنطبق عليك شخصياً
باستطاعتك وضع الإشارة بين مربعين متقاربين

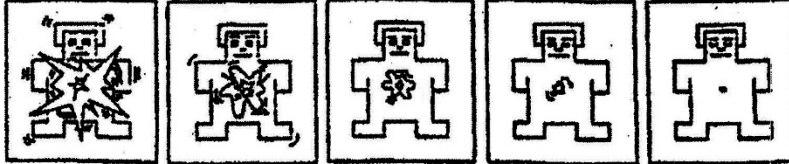
مسرور جداً	مسرور نسبياً	مسرور عادي	زعلان	زعلان كثيراً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
انزعاج وغضب	أقل شدة	متوسط	قليل	بسيط
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
قمة السيطرة	مكثراً	متوسط	أقل من الوسط	ضعيف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

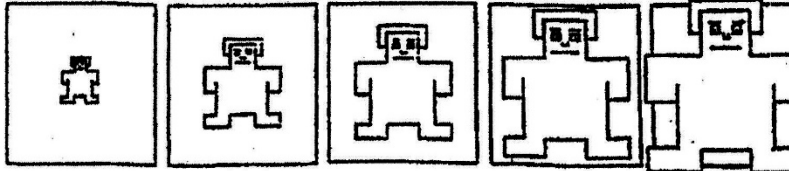
١ - احساسى و شعورى اليوم فرح أو زعلان

٢ - احساسى بالمرض والأوجاع التي تتأبني ومدى شدة الوجع

٣ - احساسى الشخصى عن قوتي اليوم و استطاعتي وكم أنا مسرور مع حالتي يومياً

1. 

2. 

3. 

ERKLÄRUNG ZUR DISSERTATION

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig

-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, oder habe diese nachstehend spezifiziert. Die vorgelegte Arbeit wurde weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Ort, Datum

Unterschrift

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei allen bedanken, die mich im Rahmen meines Promotionsprojektes bislang begleitet haben und immer noch begleiten.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Burkhard Brosig für die Überlassung des Themas und die Möglichkeit diese Arbeit mit den mir zur Verfügung gestellten Mitteln durchzuführen.

Herrn PD Dr. J. Kupfer danke ich für die Betreuung in Sachen quantitativer Methodik. Großen Dank an Lena Becker, an die ich mich immer bezüglich statistischer Fragestellungen wenden konnte. Jederzeit gewährte sie mir bei der Planung, Durchführung und Auswertung der vorliegenden Arbeit sachkundige und wertvolle Unterstützung.

Vor allem möchte ich mich bei meinen arabischen ärztlichen Kollegen in Homs/Syrien und den Patienten und Patientinnen bedanken, die mir diese Arbeit erst möglich gemacht haben.

Der größte Dank gilt meiner Familie, deren bedingungsloser und uneingeschränkter Unterstützung und Rückhalt ich mir schon mein ganzes Leben lang sicher sein konnte. Wenn Ihr diese Zeilen lest, denkt an Teta Asisas Lachen. Ein Lächeln sagt mehr als tausend Worte. Ich Liebe Euch.