

Sektion Forensische Psychotherapie
(Leiter: Prof. Dr. Friedemann Pfäfflin)

Emotionserkennung bei Personen mit transsexueller Symptomatik

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Daniela Michallik
Hamm/Westf.

2005

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Klaus-Michael Debatin

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Friedemann Pfäfflin

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Harald Traue

Tag der Promotion: 21.07.2006

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
1. Einleitung	5
1.1 Theoretische Grundlagen der Transsexualität	5
1.2 Theorie der Basisemotionen und FEEL-Test	14
1.3 Ziele und Hypothesen der Studie	15
2. Methoden	17
2.1 Ein- und Ausschlusskriterien für die Stichprobe	17
2.2 FEEL-Test (Facially Expressed Emotion Labeling-Test)	18
2.3 Bem Sex-Role-Inventory (BSRI)	20
2.4 Toronto Alexithymie Skala (TAS)	23
2.5 Symptom Check List – 90- Revised (SCL-90-R)	24
2.6 Abläufe der Untersuchung	25
2.7 Datenauswertung und Statistik	27
3. Ergebnisse	28
3.1 Beschreibung der Stichprobe	28
3.2 Wichtige Parameter des FEEL-Tests	32
3.3 Einflüsse auf das Emotionserkennungsverhalten	34
3.4 Übereinstimmung des Wunschgeschlechts (BSRI)	35
3.5 Hypothesenprüfung	38
4. Diskussion	40
4.1 Methodendiskussion	40
4.2 Diskussion der Ergebnisse der Hypothesenprüfung	40
4.3 Diskussion der Einflüsse der Komorbiditäten	41
4.4 Schlussfolgerungen	42
5. Zusammenfassung	43
6. Literatur	44
7. Danksagung	48
8. Anhang	49

Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
BSRI	Bem Sex-Role-Inventory
DSM-III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Version
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Version
FACS	Facial Action Coding System
FEEL	Facially Expressed Emotion Labeling
FM-TS/Männer	Frau zu Mann-Transsexuelle
GID	Gender Identity Disorder
GSI	Global Severity Index
ICD-10	International Classification of Diseases, 10 th revidition
JACFEE	Japanese and Caucasian Facial Expressions of Emotion
MF-TS/Frauen	Mann zu Frau-Transsexuelle
PSDI	Positive Symptom Distress Index
PST	Positive Symptom Total
RLE	Real Life Experience/Alltagstest
SCL-90-R	Symptom Check List - 90 - revised
SRS	Sex Reassignment Surgery/Geschlechtsangleichende Operation
TAS	Toronto Alexithymie Skala
TS	Personen mit transsexueller Symptomatik
TSG	Transsexuellen-Gesetz

1. Einleitung

In der vorliegenden Arbeit wird die Fähigkeit zur Erkennung von Emotionen bei Personen mit transsexueller Symptomatik (TS) untersucht. Dabei wird insbesondere geprüft, inwieweit sich das Emotionserkennungsverhalten in unterschiedlichen Stadien der transsexuellen Symptomatik verändert und ob Geschlechts bezogene Unterschiede deutlich werden.

1.1 Theoretische Grundlagen der Transsexualität

1.1.1 Definition und Diagnostik

Transsexualität ist gekennzeichnet durch die dauerhafte innere Gewissheit, sich dem anderen Geschlecht zugehörig zu fühlen. Als eigenständige psychiatrisch verbindliche Diagnose wurde Transsexualität erstmals 1980 in den Diagnoseschlüssel DSM-III der American Psychiatric Association im Kapitel „Psychosexuelle Störungen“ aufgenommen (APA, 1980). In der seit 1994 geltenden Version des DSM-IV (APA, 1994) findet man die Transsexualität in der umfassenderen Diagnosekategorie „Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen“, was der Vielfalt dieser Störungen hinsichtlich Schweregrad, Konstanz und Verlauf Raum gibt. Im Einzelnen wird für die in Nordamerika gültige DSM-IV gefordert:

- A. Eine starke und anhaltende gegengeschlechtliche Identifikation (nicht nur der Wunsch, einen vermeintlichen Vorteil davon zu haben, dem anderen Geschlecht anzugehören).
- B. Anhaltendes Unbehagen mit dem eigenen biologischen Geschlecht oder das Gefühl von Unstimmigkeit in der zugeschriebenen Geschlechtsrolle.
- C. Die Störung kommt nicht zusammen mit einer körperlichen Intersexualität vor.
- D. Die Störung führt zu klinisch signifikantem Distress oder Funktionsbeeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen.

Die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene und in den meisten europäischen Ländern verwendete ICD (International Classification of Diseases) ordnete erstmals 1991 und nun in ihrer aktuellen 10. Version die Transsexualität unter den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) die „Störungen der Geschlechtsidentität“ (F64) ein. Innerhalb der Kategorie F64 werden „Transsexualismus“ (F64.0), „Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen“ (F64.1), „Störungen der Geschlechtsidentität im Kindesalter“ (F64.2) und die beiden Restkategorien „andere Störungen der Geschlechtsidentität“ (F64.8)

und „nicht näher bezeichnete Störung der Geschlechtsidentität“ (F64.9) aufgeführt. Zur Diagnosestellung des Transsexualismus werden die folgenden Kriterien verlangt:

- Der Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden
- Der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen
- Das Bestehen der transsexuellen Identität seit mindestens zwei Jahren
- Der Ausschluss des Transsexualismus als Symptom einer anderen psychiatrischen Störung, wie z.B. einer Schizophrenie
- Der Ausschluss des Zusammenhanges des Transsexualismus mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien.

Die Hauptdifferentialdiagnose innerhalb des ICD-10 stellt sicherlich der „Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen“ (F64.1) dar, bei dem es sich im Gegensatz zum Transsexualismus ausschließlich um Männer handelt. Der Typus unterscheidet sich von jenen dadurch, dass sein Wunsch nach Angleichung seiner äußeren Geschlechtsmerkmale an das Geschlecht, das er imitiert, nicht durchgängig und irreversibel besteht. Das gelegentliche Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung im Freizeitbereich lässt sich mit seiner sonst gelebten, z.B. beruflichen Geschlechtsidentität, noch vereinbaren und hat oft durch den Abbau von Spannungen eine beruhigende Funktion. Beim fetischistischen Transvestitismus (F65.1; F65: Störungen der Sexualpräferenz) ist das cross-dressing (Tragen von Kleidung des anderen Geschlechts) von sexueller Erregung begleitet.

Becker et al. (1997) haben in Anlehnung an die erstmals 1979 veröffentlichten und 1980, 1981, 1990, 1998 und 2001 revidierten Standards of Care der Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (Meyer et al., 2001) die deutschen Standards der Behandlung und Begutachtung von TS erarbeitet. Diese Standards der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie der Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft fordern für die Diagnose der Transsexualität folgende Kriterien, die weitgehend den vorgenannten Kriterien des ICD-10 und DSM-IV entsprechen:

- Eine tief greifende und dauerhafte gegengeschlechtliche Identifikation
- Ein anhaltendes Unbehagen bezüglich der biologischen Geschlechtszugehörigkeit bzw. ein Gefühl der Inadäquatheit in der entsprechenden Geschlechtsrolle

- Ein klinisch relevanter Leidensdruck und/oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen.

Diese Kriterien verlangen diagnostische Maßnahmen wie die Erhebung der **biographischen Anamnese** mit den Schwerpunkten der Geschlechtsidentitätsentwicklung, der psychosexuellen Entwicklung - einschließlich der sexuellen Orientierung - und der gegenwärtigen Lebenssituation.

Daneben sollte eine **körperliche Untersuchung** mit Erhebung des gynäkologischen bzw. andrologischen/urologischen sowie endokrinologischen Befundes durchgeführt werden um Hinweise auf hormonelle Anbehandlungen, chromosomale Unregelmäßigkeiten und prognostische Abschätzung der körperlichen Anpassungsmöglichkeiten an die gegengeschlechtliche Rolle zu finden. Sie sollte besonders taktvoll durchgeführt werden oder gar an eine nicht behandelnde Person delegiert werden, um eine beginnende psychotherapeutische Beziehung nicht zu beeinträchtigen, da für viele TS die Inspektion ihres subjektiv falschen und abgelehnten Körpers mit viel Schamgefühl verbunden ist (Clement & Senf, 1996).

Besondere Bedeutung kommt einer umfassenden **klinisch-psychiatrischen/psychologischen Diagnostik** zu, welche beinhalten sollte:

- Das Strukturniveau der Persönlichkeit und deren Defizite
- Das psychosoziale Funktionsniveau
- Neurotische Dispositionen bzw. Konflikte
- Abhängigkeiten/Süchte
- Suizidale Tendenzen und selbst schädigendes Verhalten
- Paraphilien/Perversionen
- Psychotische Erkrankungen
- Hirnorganische Störungen
- Minderbegabungen

Dabei sollten insbesondere psychopathologische Auffälligkeiten bemerkt werden, die in einem direkten oder indirekten Zusammenhang mit dem Transsexualismus stehen können. So kann es zum Beispiel im Rahmen von Adoleszenzkonflikten zu Geschlechtsidentitätsstörungen kommen (Cohen-Kettenis, 2003). Dergleichen sind in der

Literatur Fälle von Pseudotranssexualismus bei schizophrenen Psychosen beschrieben (Bruene, 1996, Caldwell & Keshavan, 1991, Commander & Dean, 1990). Im Einzelnen sollten ausgeschlossen werden:

- Unbehagen, Schwierigkeiten oder Nicht-Konformität mit gängigen Geschlechtsrollenerwartungen, ohne dass es dabei zu einer überdauernden und profunden Störung der geschlechtlichen Identität gekommen ist
- Partielle oder passagere Störungen der Geschlechtsidentität, etwa bei Adoleszenzkrise
- Transvestitismus und fetischer Transvestitismus, bei denen es in krisenhaften Verfassungen zu einem Geschlechtsumwandlungswunsch kommen kann
- Schwierigkeiten mit der geschlechtlichen Identität, die aus der Ablehnung einer homosexuellen Orientierung resultieren
- Eine Psychotische Verknüpfung der geschlechtlichen Identität
- Schwere Persönlichkeitsstörungen mit Auswirkung auf die Geschlechtsidentität

Bei einer ausgeprägten Vielfalt an Verlaufsformen, Persönlichkeitsstrukturen, assoziierten psychosozialen Merkmalen und sexuellen Präferenzen entziehen sich Transgender-Phänomene jedoch längst der Zwangsjacke der psychiatrischen Klassifikationen (Ekins, 1997, Ekins & King, 1996, 1999, 2001). TS sehen ihr Problem in einem verwechselten Körper, nicht in einem kranken Geist. Sie möchten - wie jeder andere auch - frei und stolz leben ohne sich psychiatrischen und medizinischen Anforderungen zu unterwerfen. Ein aufmerksamer Therapeut kann enorm viel von diesen Patienten lernen, wenn er nicht die Findigkeiten und kreativen Kräfte seiner Klienten unter- und seine eigene Kompetenz überschätzt. Hinter jeder TS steht immer eine andere Geschichte, immer eine individuelle Person, die es gilt kennen zu lernen. Wie die Normalpopulation zeigen TS eine enorme Vielfalt in Bezug auf das Sexualverhalten: von ausgeprägter Schüchternheit bis zu extremer sexueller Aktivität.

Innerhalb der Gruppe der TS wird zwischen biologischen Männern mit dem Wunschgeschlecht einer Frau (MF-TS/Frauen) und biologischen Frauen mit dem Wunschgeschlecht eines Mannes (FM-TS/Männer) unterschieden. Bei MF-TS/Frauen ist die oben beschriebene Heterogenität von Persönlichkeiten nach Pfäfflin (2004a) besonders ausgeprägt. So sind einige schon damit zufrieden, wenn etwas gegen die tiefe Stimme und den Bart getan werden kann. Für andere besteht der größte Wunsch darin, die Brüste zu vergrößern, wobei sie gleichzeitig nicht daran interessiert sind, ihre Genitalien loszuwerden, um sich weiter an regelmäßiger Masturbation erfreuen zu können. Wieder andere wünschen

neben der plastischen Konstruktion einer Vagina die Transplantation von Uterus und Ovar, um schwanger werden und ein Kind gebären zu können. Nicht selten sind Partnerschaften mit MF-TS/Frauen geprägt von Konflikten, z.B. bei verstärktem Wunsch nach Cross-Dressing. Da dieses Verhalten jedoch auch als Reaktion des Mannes auf einen größer werdenden Unabhängigkeitswunsch seiner Partnerin verstanden werden kann, sollte der Partnerkonflikt zuerst gelöst werden. Der Erstkontakt mit einer Fachperson findet in dieser Gruppe der MF-TS/Frauen in der Regel jedoch erst statt, wenn bereits mehrere Schritte unternommen worden sind, z.B. nach Annahme eines weiblichen Vornamens, Cross-Dressing in der Öffentlichkeit und am Arbeitsplatz, oder aber nach der Einnahme von weiblichen Hormonen.

Im Gegensatz dazu konsultiert die insgesamt homogenere Gruppe der FM-TS/Männer durchschnittlich etwa 5 bis 7 Jahre früher eine Fachperson, oft schon vor dem heiratsfähigen Alter. Die Aversion gegen Geschlechtsverkehr ist nicht selten so tief verwurzelt, dass sie jeweiligen Einladungen gar keinen Platz einräumen, und nur im Rahmen einer Vergewaltigung schwanger werden, was die sexuelle Aversion nur noch verstärkt. Das maskuline Auftreten wird oft früh vom Umfeld wahrgenommen, meist aber von der Familie abgelehnt. Komorbiditäten finden sich weit weniger im Vergleich zu MF-TS/Frauen. Einige flüchten sich in Alkohol- und Drogensucht, wenn sie nicht als Männer akzeptiert werden, und freuen sich, wenn Angestellte der Suchtberatungsstellen den wahren Hintergrund erforschen und sie darin unterstützen, ihr gewünschtes Leben zu führen (Pfäfflin, 2004a).

Entsprechend der Varianz der Ausprägung der Transsexualität kann ein Therapeut auf diese Konfrontation mit dem Wunsch nach Gegengeschlechtlichkeit unterschiedlich reagieren: ablehnend ohne Unterstützung des Patienten, Unterstützung im Sinne der Regelung administrativer Vorgänge, völlig den Patienten in seinem Wunsch bestärkend oder eher forschend, warum es zu diesem Wunsch kam. Hilfreich ist in dieser Situation, nicht die Komplexität von Transsexualismus als Phänomen als solches erfassen zu wollen, sondern vielmehr die individuelle Person mit einer sich stets unterscheidenden Geschichte verstehen zu wollen (Pfäfflin, 2004a). Die beschriebenen Guidelines für Psychotherapeuten können nicht mehr als eine Orientierung bieten zur Reisebegleitung auf dem Weg zum anderen Geschlecht, dessen Route von den TS selbst vorgegeben wird.

1.1.2 Prävalenz und Geschlechtsrelation

Nach zehnjährigem Bestehen des Transsexuellen-Gesetzes (Bundestag, 1980) wurde eine Analyse zur bundesweiten Anwendung dieser Vorschrift vorgelegt, aus der sich Prävalenzen für die Bundesrepublik Deutschland (BRD) schätzen lassen (Osburg & Weitze, 1993). Im genannten Zeitraum hatten insgesamt 1416 Personen Anträge auf Vornamens- und/oder Personenstandsänderung gestellt, wonach 562 Entscheidungen zugunsten der Vornamensänderung nach § 1 TSG und 692 Entscheidungen zugunsten der Personenstandsänderung nach § 8 TSG getroffen wurden, und 74 Anträge auf Vornamensänderung nach § 1 TSG sowie 26 Anträge auf Personenstandsänderung nach § 8 TSG abgelehnt wurden. Insgesamt wurden 28 Anträge auf Vornamens- und/oder Personenstandsänderung zurückgenommen. Daraus ergibt sich für die BRD eine Zehnjahres-Prävalenz von 2,1 pro 100.000 volljährige Einwohner. Das Durchschnittsalter lag bei 33 Jahren; die Geschlechtsrelation von MF-TS/Frauen zu FM-TS/Männern betrug 2,3 : 1.

1.1.3 Behandlungsstufen

Eine sehr genaue Bestandsaufnahme auf der Basis aller Follow-Up-Studien mit mehr als fünf oder mehr dokumentierter Katamnesen operierter TS (Pfäfflin & Junge, 1998) zeigte eine günstige Prognose bei:

1. Kontinuierlichem Kontakt mit einer Behandlungseinrichtung
2. Alltagstest (Leben in der angestrebten Geschlechtsrolle)
3. Hormonbehandlung
4. Psychiatrische und/oder psychotherapeutische Beratung und/oder Behandlung
5. Geschlechtskorrigierender Operation
6. Qualität der Operation
7. Juristische Anerkennung des Geschlechtswechsels.

Einigkeit besteht weiter darin, dass die Behandlung insgesamt nicht zu kurz sein sollte, sondern Monate bis Jahre braucht, bis TS eine stabile Lösung ihrer Identitätsproblematik erreicht haben. Kockott (1996) beschreibt das im Wesentlichen einheitliche, international übliche therapeutische Vorgehen für TS in fünf Behandlungsstufen:

Die **erste Stufe** der Behandlung umfasst einen Zeitraum des **Kennenlernens, der Diagnostik und Beobachtung**. Die Statuserhebung sollte dabei, wie oben bereits ausführlich beschrieben,

eine biographische Anamnese, eine allgemeine psychiatrisch-psychologische Diagnostik, eine körperliche Untersuchung und die Differentialdiagnostik umfassen.

Eine in dieser Phase begonnene psychotherapeutische Behandlung sollte neben der inneren Stimmigkeit und Konstanz der Symptomatik deren Ursachen abklären sowie ein Therapieziel definieren und dessen Realisierbarkeit überprüfen. Sie kann in Abhängigkeit von der Sicherheit der Diagnose „Transsexualität“ mehrere Monate bis ein Jahr in Anspruch nehmen. Dabei sollte die Psychotherapie gegenüber dem transsexuellen Wunsch neutral sein und weder das Ziel haben, dieses Bedürfnis zu forcieren noch es aufzulösen. Darüber hinaus soll sie sowohl dazu dienen, die Diagnose „Transsexualität“ zu sichern als auch zusammen mit dem Alltagstest/RLE dem Betroffenen zu helfen, die adäquate individuelle Lösung für sein spezifisches Identitätsproblem zu finden. Sie soll eine Bearbeitung relevanter psychischer Probleme des Patienten ermöglichen (Pfäfflin, 2004b).

In der **zweiten Behandlungsstufe**, dem **Alltagstest/Real Life Experience (RLE)**, wird der Patient aufgefordert, sich in Aussehen und Verhalten so weit wie möglich an die neue Rolle anzugleichen und sich zu offenbaren. Dies dient der Abschätzung, ob der Patient den Konsequenzen des vollständigen sozialen Rollenwechsels gewachsen ist, und die Transposition trotz harter Bedingungen dauerhaft ist. Eine psychotherapeutische Begleitung hilft, mit den Schwierigkeiten durch diese Veränderungen zurechtzukommen, auftretende Verlusterlebnisse zu überwinden oder andere Lösungen der Identitätsproblematik zu finden. Diese Phase beträgt in etwa ein bis zwei Jahre.

Die **dritte Stufe** beinhaltet die **Hormontherapie**, die zu irreversiblen oder nur begrenzt zurückzunehmenden körperlichen Veränderungen führt: Bei FM-TS/Männern kommt es nach unterschiedlich langer Hormonbehandlung zu einer dauerhaften deutlichen Vermännlichung der Stimme. MF-TS/Frauen erleben nach mehrmonatiger Hormontherapie die Entwicklung einer weiblichen Brust, die nur operativ wieder beseitigt werden kann. Deshalb muss die Indikation zu einer Hormonbehandlung unter strengen Maßstäben gestellt werden. In der Regel wird die endokrinologische Behandlung während der Phase der RLE begonnen, um geschlechtstypische Auffälligkeiten möglichst schnell der erprobten Geschlechtsrolle anzupassen, da der Betroffene mit weiblichen Körperformen bzw. einer tiefen männlichen Stimme im angestrebten Geschlecht überzeugender wirkt (Kockott, 1996). Andererseits kann eine zu früh begonnene Hormonbehandlung die Diagnostik erschweren und eine ungünstige

vorzeitige Festlegung bedeuten. Vor der Indikation zur hormonellen Behandlung müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der Therapeut kennt den Patienten in der Regel mindestens seit einem Jahr
- Der Therapeut hat die diagnostischen Kriterien überprüft
- Der Therapeut ist zu dem klinisch begründeten Urteil gekommen, dass bei dem Patienten die drei genannten Kriterien der Psychotherapie (die innere Stimmigkeit und Konstanz des Identitätsgeschlechts und seiner individuellen Ausgestaltung, die Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle und die realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen somatische Behandlungen) gegeben sind
- Der Patient hat das Leben in der gewünschten Geschlechtsrolle mindestens ein Jahr lang kontinuierlich erprobt

Man verspricht sich trotz der zu erwartenden Belastungen (z.B. erhöhtes Thromboserisiko, Spannen der Brüste, Stimmungsschwankungen) eine psychotonische Beruhigung der Patienten, die nicht selten nachdrücklich auf eine schnellstmögliche somatische Behandlung drängen, ohne bereits die Kriterien für eine operative Behandlung zu erfüllen.

Für die **vierte Stufe**, die **chirurgische Geschlechtsangleichung**, verlangt der behandelnde Chirurg üblicherweise zwei befürwortende, unabhängige und ausführliche Gutachten, aus denen zweifelsfrei die Zustimmung zu einem Geschlechts korrigierenden Eingriff ablesbar ist. In seiner Mitverantwortung bildet er sich eine eigene Meinung und entscheidet mit dem Betroffenen das für ihn geeignete Operationsverfahren, da Rückoperationen entweder überhaupt nicht oder äußerst schwierig und mit fraglichem Ausgang möglich sind. Operierten TS gelingt in der Regel eine gute psychosoziale Anpassung an die neue Geschlechtsrolle. Sie können sich postoperativ sozial integrieren, psychisch ausgeglichener werden und eine höhere Lebensqualität in Bezug auf Partnerschaft und sexuelle Aktivität erreichen als kurz vor der Operation (Pfäfflin & Junge, 1998). Vor allem die psychische Stabilität der Betroffenen nach der Operation reduziert erheblich die Selbstmordrate (Pfäfflin, 1993).

Nach der chirurgischen vierten ist in der **fünften Behandlungsstufe** eine psychotherapeutische Nachbetreuung empfohlen. Neue in den Vordergrund tretende Probleme, wie z.B. bei neuen Partnerschaften von MF-TS/Frauen, können eingehend bearbeitet werden.

1.1.4 Begutachtung

Im Rahmen des TSG werden bei Anträgen auf Vornamensänderung, auf Personenstandsänderung und bei Aufhebungen entsprechender Beschlüsse Sachverständige hinzugezogen. Sie sollen „aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer beruflichen Erfahrung mit den besonderen Problemen des Transsexualismus ausreichend vertraut sein“ (TSG § 4). Dabei kann der langjährige Behandelnde unter Umständen als nicht mehr unvoreingenommen betrachtet werden. Da aber andererseits bei der Beurteilung einer transsexuellen Entwicklung neben den phänomenologisch-symptomatischen und strukturellen Gesichtspunkten der Kontinuitätsaspekt eine herausragende Rolle spielt, wird eine Beurteilung durch den langjährigen Behandelnden eher die Realität abbilden als ein Sachverständiger, der die Entwicklung nur punktuell kennen lernt. Zumindest eines der beiden geforderten Gutachten sollte aus diesem Grund vom den Patienten langfristig Behandelnden eingeholt werden (Pfäfflin, 2004b).

Für ein **Vornamensänderungsverfahren** gemäß **TSG § 1** sind von Bedeutung die diagnostische Einschätzung, die Einschätzung des Verlaufs und die prognostische Einschätzung.

Im **Personenstandsänderungsverfahren gemäß TSG § 8** müssen die Gutachter zusätzlich zu den unter TSG § 1 genannten Punkten klären, ob eine dauerhafte Unfruchtbarkeit gegeben und „eine deutliche Annäherung an das körperliche Erscheinungsbild des anderen Geschlechts“ erzielt worden ist. Die Erfüllung der letztgenannten Voraussetzung richtet sich nach dem Stand des medizinischen Wissens und der gängigen Rechtsprechung.

Im Rahmen der **Aufhebung einer vorher ausgesprochenen Vornamens- oder Personenstandsänderung** auf Antrag des Betroffenen, der sich nicht länger seinem neuen, sondern wieder seinem alten Geschlecht zugehörig erlebt, bedarf es einer besonders sorgfältigen Fallprüfung, um die vorangegangenen Fehler zu vermeiden (Pfäfflin, 2004b).

Während beim Transvestitismus außer in Ausnahmefällen keine Behandlung indiziert ist, führt die Diagnose Transsexualität in der Regel sofern sich diese Begehren psychotherapeutisch nicht aufheben lässt, langfristig zur Einleitung einer irreversiblen somatischen Therapie. Wegen der weitgehenden Konsequenzen und im Rahmen der Gutachtertätigkeit erscheint es sinnvoll, sich weiterer diagnostischer Hinweise zu

versichern. Ein Baustein kann dabei das Emotionserkennungsverhalten sein, das man seit 2001 mittels FEEL-Test objektiv erfassen kann (Kessler et al., 2002).

1.2 Theorie der Basisemotionen und FEEL-Test

Das Erkennen von Emotionen ist aus anthropologischer Sicht zentral für die soziale Interaktion und wurde durch evolutionäre Prozesse geformt (Darwin, 1872). Einer der bedeutendsten Nachfolger Darwins ist Ekman, der wesentlich zum Wiedererstarken der in Vergessenheit geratenen Emotionspsychologie in den 1970er Jahren beitrug. Seine Theorie des Gesichtsausdrucks beinhaltet (Ekman & Friesen, 1975):

1. Beim Menschen gibt es eine begrenzte Anzahl so genannter Grund- oder Basisemotionen, zu denen mindestens Ärger, Ekel, Furcht, Freude, Traurigkeit und Überraschung gehören. Diese Emotionen bzw. die ihnen zugrunde liegenden Mechanismen haben sich im Laufe der Evolution durch natürliche Selektion herausgebildet.
2. Jede Basisemotion ist insbesondere durch ein spezifisches Gefühl, spezifische physiologische Veränderungen und einen spezifischen mimischen Ausdruck charakterisiert.
3. Wird eine Basisemotion ausgelöst, so wird gleichzeitig mit dem Gefühl das zugehörige angeborene Mimikprogramm aktiviert, wodurch unwillkürlich eine Tendenz entsteht, den für das jeweilige Gefühl charakteristischen mimischen Ausdruck zu zeigen.
4. Diese angeborene, unwillkürliche Tendenz zum mimischen Ausdruck kann aber willentlich kontrolliert werden. Darstellungsregeln sind: gelernte Normen oder Regeln, die spezifizieren, welcher Gesichtsausdruck in welchen Situationen angemessen oder unangemessen ist.

Zur Erfassung des zu jeder Basisemotion spezifischen Ausdrucks wurde das FACS/Facial Action Coding System (Ekman & Friesen, 1978) entwickelt. Die mimische Muskulatur wird danach in 46 Action Units (Muskelgruppen oder ein einzelner Muskel) unterteilt, durch deren Angabe von Kontraktion oder Relaxation jede Basisemotion beschrieben werden kann.

Dass Basisemotionen universell bzw. kulturunabhängig gezeigt und verstanden werden, untermauerte Ekman 1993 durch Untersuchungen mit Fotos dieser Basisemotionen, die in verschiedenen Kulturen vergleichbar leicht erkannt wurden. Des Weiteren gibt es empirische Belege dafür, dass die Dekodierfähigkeiten für Basisemotionen schon früh in der Kindheitsentwicklung vorhanden sind (Lenti et al., 1999).

Der in Kapitel 2.2 genauer beschriebene FEEL-Test (Kessler, 2002) misst objektiv die Fähigkeit einer Person, diese Basisemotionen zu erkennen.

1.3 Ziele und Hypothesen der Studie

1.3.1 Ziele

Die Unterscheidung zwischen den Geschlechtern wird ähnlich den Basisemotionen bereits früh erlernt. So zeigen 9-Monate-alte Säuglinge nach verloren gegangenem Interesse bei der Fixierung von Frauengesichtern signifikant längeres Interesse für Männergesichter als für Frauengesichter (Fagot & Leinbach, 1993).

Zudem sind nach Shields (1995) viele affektive Bedeutungen mit dem Geschlecht assoziiert. Intons-Peterson beobachtete 1988, dass sich Kinder über zehn Jahre des niedrigeren Wertes der Frauenrolle bewusst sind. Sobald sie sich allerdings mit einem der Geschlechter identifizieren, beeinflussen diese Werte ihr Selbstbild und Selbstkonzept, so dass sie zum Beispiel positiver gegenüber dem eigenen Geschlecht als gegenüber dem entgegen gesetzten Geschlecht eingestellt sind; diese positive Korrelation nimmt jedoch im Alter bei Mädchen im Vergleich zu Jungen wieder stärker ab (Yee & Brown, 1994). Es wird vermutet, dass das Selbstbild das Emotionserkennungsverhalten beeinflusst.

Des Weiteren wurde die Beziehung von Hormonen und Verhalten untersucht. Hierbei wurde ein wenn auch geringer signifikanter Einfluss von Androgenen und Östrogenen auf die Entwicklung geschlechtsspezifischen Verhaltens und Charakteristikums deutlich (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003). In klinischen Studien hatten Mädchen, die pränatal ungewöhnlich hohen Werten von Androgenen ausgesetzt waren, mehr maskuline und weniger feminine Interessen bezüglich Spielzeug, Kleidung, Make-up, Sport und Spielkameraden, hatten ein höheres Aggressionsniveau, waren aber auch unabhängiger und selbständiger als die Vergleichsgruppe (Berenbaum et al., 2000). Daneben wurde festgestellt, dass Mädchen mit einem männlichen Zwilling eher bereit waren, Richtlinien zu brechen oder zu beugen (Loehlin & Martin, 2000) und mehr maskuline Haltungen als Mädchen mit einem weiblichen Zwilling annahmen (Miller & Martin, 1995). Zudem gibt es Indikationen, dass TS emotional durch die gegengeschlechtliche Hormonbehandlung beeinflusst werden (Slabbekoorn et al., 2001). Es wird daher ein Zusammenhang zwischen der hormonellen Therapie und dem Emotionserkennungsverhalten vermutet.

1.3.2 Hypothesen

Entsprechend ICD-10 und DSM-IV sind die am meisten hervortretenden Charakteristika für Transsexualität oder Geschlechtsidentitätsstörung erstens eine starke und anhaltende gegengeschlechtliche Identifizierung und zweitens ein anhaltendes Unbehagen bezüglich der biologischen Geschlechtszugehörigkeit bzw. ein Gefühl der Inadäquatheit in der entsprechenden Geschlechtsrolle. Diese Umstände verursachen typischerweise ein hohes Stressniveau bei TS. Es wird angenommen, dass das dauerhafte Unbehagen und daraus resultierende Stressniveau die emotionale „responsiveness“ negativ beeinflussen. Daraus ergibt sich eine verminderte Fähigkeit, emotionale Gesichtsausdrücke anderer Personen vollständig zu identifizieren. Es wurde folgende Hypothese formuliert:

(1) TS erkennen im Gesicht ausgedrückte Basisemotionen schlechter als die Kontrollgruppe.

Entsprechend den Standards of Care for Gender Identity Disorders der Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (2001) ist der RLE eine wichtige Periode in der Behandlung und im Übergangsprozess der TS. Das Annehmen der gewünschten Geschlechtsrolle sollte erwartungsgemäss den früher erfahrenen Distress deutlich vermindern. Mit mehr Selbst-Akzeptanz und gleichzeitig größerer Akzeptanz durch das Umfeld sollte die Fähigkeit, die von anderen im Gesicht ausgedrückten Gefühle zu erkennen, verbessert werden. Folglich lautet die zweite Hypothese:

(2) Die Identifizierung des emotionalen Gesichtsausdrucks ist besser bei TS, die bereits den Rollenwechsel vollzogen haben, verglichen mit denjenigen, die damit noch nicht begonnen haben.

Der starke Wunsch, dem entgegen gesetztem Geschlecht anzugehören, verursacht Vorlieben. Obwohl bisher noch nichts darüber in der Literatur berichtet wurde, ist es denkbar, dass TS für emotionale Signale der Mitglieder ihres biologischen Geschlechts empfänglicher sind. Diese Neigung kann abhängig sein von dem Grad, in dem sie sich als männlich oder weiblich betrachten, messbar in der deutschen Version des BSRI (Schneider-Düker, 1978; vgl. 2.3). Die dritte Hypothese wird folglich in zwei Teile geteilt:

(3a) TS erkennen den emotionalen Ausdruck bei Angehörigen ihres Wunschgeschlechts besser als bei Personen des eigenen biologischen Geschlechts.

(3b) Entsprechend ihrer im BSRI gemessenen Ausprägung an Weiblichkeit oder Männlichkeit erkennen TS besser den Gesichtsausdruck des jeweiligen Geschlechts

2. Methoden

2.1 Ein- und Ausschlusskriterien für die Stichprobe

2.1.1 Probanden

Das Projekt wurde mit Genehmigung der unabhängigen Ethikkommission durchgeführt. Alle Studienteilnehmer gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie und zur anonymen Veröffentlichung der Daten (siehe Anhang).

Eingeschlossen wurden alle Probanden, die sich im Zeitraum vom 13.06.2002 bis zum 06.02.2003 wegen transsexueller Symptomatik in der Sektion Forensische Psychotherapie vorstellten oder sich bereits diesbezüglich in Behandlung befanden, und die sich mit der Teilnahme an der Studie schriftlich einverstanden erklärten.

Ausgeschlossen wurden Probanden, deren transsexuelle Symptomatik sich diagnostisch nicht verifizieren ließ. Komorbidität stellte kein Ausschlusskriterium dar, obwohl sich in der Literatur Hinweise auf Defizite in der Emotionserkennung finden bei Patienten mit Hirnläsion (Adolphs et al., 1999), Schlaganfall (Braun et al., 2005) und chronischem Alkoholismus (Philippot et al., 1999, und Hermstein, 2002) sowie bei Depressiven (Bouhuys et al., 1997), Schizophrenen (Hall et al., 2004), Angstpatienten (Kessler et al., 2004) oder Essgestörten (Kucharska-Pietura et al., 2004). Dies bot die Möglichkeit, die beschriebenen Tendenzen der Verschlechterung des FEEL-Scores bei derartigen Störungen zu überprüfen.

Die Untersuchungen erfolgten in den Räumen der Forensischen Psychotherapie der Universität Ulm. Es stimmten n=48 Personen mit transsexueller Symptomatik einer Untersuchung im Rahmen der Studie zu. Die Zahl derer, die nicht zustimmten lag unter 5, wobei dies an praktischen Gründen lag (vorher geplante Heimreise).

2.1.2 Kontrollgruppe

Als Kontrollgruppe diente die Eichstichprobe des FEEL-Tests (Kessler et al., 2002).

2.2 FEEL-Test (Facially Expressed Emotion Labeling-Test)

Der FEEL-Test wurde 1999/2000 in der Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Ulm im Rahmen einer Dissertation entwickelt (Kessler, 2003); er erfasst die Fähigkeit einer Person, mimisch ausgedrückte Basisemotionen zu erkennen. Auf einem Computerbildschirm erscheinen farbige Porträtfotos aus dem JACFEE (Japanese and Caucasian Facial Expressions of Emotion)-Bildsatz (Matsumoto & Ekman, 1988), auf denen Personen eine Basisemotion durch ihre Mimik ausdrücken. Der Proband wählt aus den verwendeten klassischen sechs Basisemotionen (Freude, Trauer, Ärger, Ekel, Angst und Überraschung) diejenige aus, die er erkannt hat. Die Testsoftware wurde für die Untersuchung auf einem Laptop installiert, so dass für jeden Probanden dieselben technischen Voraussetzungen gewährleistet waren.

2.2.1 Ablauf des Tests

Das FEEL-Programm beginnt mit einem etwa 2 Minuten in Anspruch nehmenden Vortest, in dem die sechs Basisemotionen gezeigt werden. Dieser soll dazu dienen, den Probanden mit dem grundsätzlichen Ablauf des Tests, z.B. der Art der Stimuluspräsentation, vertraut zu machen. Nach dem Vortest steht der Versuchsleiter für Fragen direkt zum Ablauf des Tests zur Verfügung. Der Haupttest setzt sich aus 42 Bildern (sechs Emotionen mit jeweils sieben Bildern) zusammen. Vor der Präsentation des eigentlichen Stimulus (emotionaler Gesichtsausdruck) erscheint zunächst für 1,5 Sekunden das Bild der die Emotion darstellenden Person mit neutralem Gesichtsausdruck. In dieser Zeit soll der Patient die Person „kennen lernen“ (z.B. auffallende Haarfarbe, Attraktivität). Außerdem soll verhindert werden, dass ein Gesicht aufgrund seiner Physiognomie emotional interpretiert wird. Das Vorgehen, zunächst das neutrale Gesicht und anschließend das emotionale Gesicht zu zeigen, entspricht einer Annäherung an natürliche Bedingungen, unter denen sich eine Emotion oftmals auf einem zuvor neutralen Gesicht entwickelt. Nach der Präsentation des neutralen Gesichts erfolgt eine Pause von einer Sekunde, in der der Bildschirm bis auf einen schwarzen Fixpunkt im oberen Drittel grau ist. Schließlich erfolgt die kurze Darstellung des Stimulus (Bild mit emotionalem Gesichtsausdruck) für 300 ms. Dies soll zur Realitätsnähe des Tests beitragen: Gewöhnlich dauert ein Gesichtsausdruck ein bis zwei Sekunden. Dieser ist jedoch eingebettet in fortlaufende Bewegungen des Gesichts. Zusätzlich wird die Aufmerksamkeit durch ergänzende Informationen über Körpersprache, die Stimme und den gesprochenen Inhalt beansprucht. Nach O’Sullivan (1982) können durch die kurze Darbietung die mikromomentanen Ausdrücke innerhalb sozialer Interaktionen berücksichtigt werden.

Zuletzt erscheint auf dem Bildschirm ein Schema, auf dem die sechs Antwortmöglichkeiten als Schriftfelder dargestellt sind. Der Proband klickt auf das Feld mit der Emotion, die er erkannt hat. Dafür wurde eine Grenze von zehn Sekunden festgesetzt, die in der Reliabilitätsstichprobe und der Vorstudie (vgl. 2.7) nicht überschritten wurde. Zwischen der Darstellung der Basisemotionen erfolgt eine variable Pause zwischen vier und sechs Sekunden, in der der Bildschirm wieder grau ist.

Die Reihenfolge der Bilder wird für jeden Testdurchlauf per Zufallsgenerator ermittelt. Kein Test gleicht folglich dem anderen; Reihenfolgeeffekte werden so vermieden. Da den Versuchsteilnehmern 42 Bilder gezeigt werden und es für jedes richtig erkannte Bild einen Punkt gibt, waren beim FEEL-Test Punktzahlen von 0 bis 42 möglich. Insgesamt nimmt der FEEL-Test durch die Beschränkung der Antwortzeit maximal 13 Minuten und 30 Sekunden in Anspruch.

2.2.2 Testgütekriterien und laufende Anwendungen

Der FEEL-Test läuft mit allen Instruktionen komplett auf dem PC ab. Auch die Auswertung wird durch das Programm vorgenommen, womit er die Kriterien eines objektiven Tests erfüllt (Durchführungs- und Auswertungsobjektivität). Im Rahmen einer Reliabilitätsstudie wurde der Test von einer Stichprobe gesunder Probanden ($n=48$, Durchschnittsalter = 32 Jahre) bearbeitet. Die Versuchspersonen erreichten durchschnittlich 34 Punkte von 42 möglichen. Der Test kann also für gesunde Probanden als leicht eingestuft werden. Mit einer Reliabilität von $r=.72$ und einem Cronbach Alpha von $r=.77$ weist der FEEL-Test die bisher höchsten Reliabilitätsmaße aller Tests seiner Art auf. Da für einen Test mindestens eine Reliabilität von $r=.6$ gefordert wird, um Gruppenunterschiede zu messen (Lienert & Raatz, 1994), eignet sich der FEEL-Test für Untersuchungen an klinischen Stichproben. Erste Ergebnisse zeigen, dass alkoholabhängige Patienten durchschnittlich zehn Punkte schlechter abschneiden als die gesunde Ulmer Reliabilitätsstichprobe (Hermstein, 2002). Ebenso erzielten Patienten mit einem Schlaganfall durchschnittlich fünf Punkte weniger als die Kontrollgruppe (Braun, 2005).

2.3 Bem Sex-Role-Inventory (BSRI)

Das englischsprachige Geschlechtsrollen-Inventar wurde von Bem (1974) entwickelt und unterschied sich grundsätzlich von den bis dahin gebräuchlichen Maskulinitäts-Femininitäts-Skalen (Schneider-Düker & Kohler, 1988). Bem betrachtet Maskulinität und Femininität nicht mehr als Gegenpole eines Kontinuums, sondern als zwei unabhängige Dimensionen, die beide gleichermaßen zur Beschreibung einer Person herangezogen werden können. In Abhängigkeit von diesen beiden Dimensionen entwarf sie das Konzept der psychischen Androgynität, das sie durch ihr Inventar zu operationalisieren suchte. Androgynität bedeutet für sie, dass das Selbstkonzept einer Person sowohl männliche als auch weibliche Komponenten enthält.

Bem geht davon aus, dass der hinsichtlich einer Geschlechtsrolle typisierte Mensch die von der Gesellschaft gesetzten geschlechtsspezifischen Standards erwünschten Verhaltens internalisiert hat. Entsprechend wurde bei der Konstruktion des Inventars nach Eigenschaften gesucht, die bezüglich ihrer sozialen Erwünschtheit zwischen den Geschlechtern besonders gut trennen können. Diese sind eingebettet in geschlechtsneutrale Items, die von beiden Geschlechtern gleichermaßen als sozial erwünscht angesehen werden, so dass sich zunächst drei Skalen ergeben, die jeweils zwanzig Eigenschaften umfassen: Maskulinität, Femininität und Soziale Erwünschtheit. Die vierte Skala, Androgynität, wird durch die Differenz der Summenscores der beiden geschlechtsspezifischen Skalen gebildet. Je größer diese Differenz, desto mehr ist das Individuum auf eine bestimmte Geschlechtsrolle festgelegt.

Die hier verwendete deutsche Adaptation des Bem Sex-Role-Inventory (Schneider-Düker, 1978) besteht aus einer Liste 60 sozial erwünschter, in Tabelle 1 einzeln aufgeführter Eigenschaften, für die eine Testperson angeben soll, in welchem Ausmaß diese auf sie zutreffen (siehe Anhang). Die zu untersuchende Person kann die Selbstbeurteilung auf einer sieben-stufigen Skala differenzieren. Sie vergibt:

- 1 Punkt, wenn die Eigenschaft auf sie nie oder fast nie zutrifft,
- 2 Punkte, wenn die Eigenschaft auf sie gewöhnlich nicht zutrifft,
- 3 Punkte, wenn die Eigenschaft auf sie manchmal aber selten zutrifft,
- 4 Punkte, wenn die Eigenschaft auf sie gelegentlich zutrifft,
- 5 Punkte, wenn die Eigenschaft auf sie oft zutrifft,
- 6 Punkte, wenn die Eigenschaft auf sie meistens zutrifft,
- 7 Punkte, wenn die Eigenschaft auf sie immer zutrifft.

Tabelle 1: Ordnung der im Bem Sex-Role-Inventory durch die Testperson zu beurteilenden Eigenschaften (Items) hinsichtlich der Hauptskalen Maskulinität, Femininität und soziale Erwünschtheit

(-) = negative Polung

Maskulinität	Femininität	Soziale Erwünschtheit
Hat Führungseigenschaften	Romantisch	Gesellig
Tritt bestimmt auf	Abhängig	Nervös (-)
Ehrgeizig	Weichherzig	Gesund
Respekt einflössend	Glücklich	Steif (-)
Kann andere kritisieren, ohne sich dabei unbehaglich zu fühlen	Bemüht sich, verletzte Gefühle zu besänftigen	Gründlich
Verteidigt die eigenen Meinung	Feinfühlig	Teilnahmslos (-)
Entschlossen	Sinnlich	Vertrauenswürdig
Sachlich	Fröhlich	Überspannt (-)
Nicht leicht beeinflussbar	Nachgiebig	Zuverlässig
Unerschrocken	Bescheiden	Unpraktisch (-)
Intelligent	Empfänglich für Schmeicheleien	Fleißig
Hartnäckig	Empfindsam	Niedergeschlagen (-)
Ist bereit, etwas zu riskieren	Selbst aufopfernd	Geschickt
Kraftvoll	Benutzt keine barschen Worte	Eingebildet (-)
Furchtlos	Verspielt	Gesetzestreu
Scharfsinnig	Verführerisch	Stumpf (-)
Wetteifernd	Achtet auf die eigene äußere Erscheinung	Gewissenhaft
Sicher	Leidenschaftlich	Unhöflich (-)
Zeigt geschäftsmäßiges Verhalten	Herzlich	Aufmerksam
Konsequent	Liebt Sicherheit	Vergesslich (-)

In einem zweiten Teil des Tests soll die Testperson für 40 schon bekannte Eigenschaften angeben, ob sie von der jeweiligen Eigenschaft mehr, oder weniger davon haben möchte, oder ob sie genug davon hat. Sie vergibt:

- 1 Punkt, wenn sie mehr von der Eigenschaft haben möchte,
- 2 Punkte, wenn sie genug von der Eigenschaft hat,
- 3 Punkte, wenn sie weniger von der Eigenschaft haben möchte.

Diese Skala ermöglicht zum einen die Aussage, ob der Proband mit seiner derzeitigen Geschlechtsrolle zufrieden ist; zum anderen verdeutlicht sie, ob die Person eher eine geschlechtstypische, geschlechtsneutrale oder androgyne Persönlichkeit verkörpern möchte.

Die internen Konsistenzen (Cronbach alpha) der deutschen Fassung wurden für die drei Skalen als ausreichend hoch betrachtet (m: 0.85, f: 0.74, SE: 0.74). Als Validitätskriterium diente das biologische Geschlecht: Männer haben auf der m-Skala und Frauen auf der f-Skala auf dem Niveau $p < .001$ signifikant höhere Werte. Dabei ist die Stichprobe verschiedener Arbeitsgruppen nicht als repräsentativ anzusehen, umfasst aber größere Stichproben.

Insgesamt nimmt das Beantworten der beiden Testteile des BSRI durchschnittlich 10 Minuten in Anspruch; im standardisierten Fragebogen der Abteilung sind diese Fragen jedoch bereits integriert (vgl. 2.6.1 und 2.6.2).

2.4 Toronto Alexithymie Skala (TAS)

Die TAS (Taylor et al., 1985, Taylor et al., 1990) wurde entwickelt zur Quantifizierung der Alexithymie, eines Persönlichkeitsmerkmals, das insbesondere bei psychosomatischen Patienten zu beobachten ist. Es handelt sich dabei um einen spezifischen Stil, vielleicht eine Unfähigkeit, Gefühle hinreichend wahrzunehmen und zum Ausdruck zu bringen („emotionale Sprachlosigkeit“). Die TAS umfasst die vier faktorenanalytisch ermittelten Skalen:

1. Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen
2. Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen
3. Extern orientierter Denkstil (*pensée opératoire*)
4. Reduzierte Tagträume

In der vorliegenden Untersuchung wurde die autorisierte deutsche Version der TAS von Kupfer et al. (2000) verwendet. Es handelt sich um ein voll standardisiertes Verfahren zur Selbstbeurteilung. Der Fragebogen umfasst 26 als Selbstaussagen formulierte Items, die hinsichtlich Zustimmung auf 5-Punkte-Skalen von 1 = „Trifft gar nicht zu“ bis 5 = „Trifft völlig zu“ zu beantworten sind. Beispiele wären: „Wenn ich weine, weiß ich immer warum“ oder „Mir ist oft unklar, was ich gerade fühle“. Die vollständige TAS ist im Anhang abgedruckt. Für deren Beantwortung werden etwa 5 Minuten benötigt.

Die 26 Items der TAS wurden von Kupfer anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (N=2047) überprüft und validiert (Kupfer et al., 2000). Dabei konnte die 4-faktorielle Struktur der TAS-26 repliziert werden. Die internen Konsistenzen (Cronbach alpha) lagen für die vier Einzelskalen und die aus den Items der ersten drei Skalen gebildete Gesamtskala in einem zufrieden stellenden Bereich zwischen $r=,67$ und $r=,84$. Die Skala „reduzierte Tagträume“ korrelierte mit den restlichen drei Skalen negativ, weshalb sie nicht zum Gesamtscore der TAS gezählt und nicht im Rahmen des Alexithymiekonzeptes erfasst wird. Zur Korrelation mit dem Ergebnis des FEEL-Tests bildeten wir einen TAS-Score, der nur die Werte der ersten drei Skalen enthält. Weiterhin wurden alle vier Einzelskalen jeweils mit den Ergebnissen des FEEL-Tests (Punkte, Zeiten, etc.) korreliert.

Insgesamt nimmt das Beantworten der Fragen der TAS durchschnittlich 5 Minuten in Anspruch.

2.5 Symptom Check List – 90- Revised (SCL-90-R)

Die heute gültige Form der SCL-90-R wurde von Derogatis (1977) an einer Stichprobe von $n=1002$ ambulanten Psychatriepatienten entwickelt. Sie bietet einen Überblick über die psychische Problem- und Symptombelastung einer Person und besteht aus insgesamt 90 Fragepositionen, wovon 83 neun Subskalen abbilden:

- Skala 1: Somatisierung (12 Fragepositionen)
- Skala 2: Zwanghaftigkeit (10 Fragepositionen)
- Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt (9 Fragepositionen)
- Skala 4: Depressivität (13 Fragepositionen)
- Skala 5: Ängstlichkeit (10 Fragepositionen)
- Skala 6: Aggressivität/Feindseeligkeit (6 Fragepositionen)
- Skala 7: Phobische Angst (7 Fragepositionen)
- Skala 8: Paranoides Denken (6 Fragepositionen)
- Skala 9: Psychotizismus (10 Fragepositionen)

Sieben zusätzliche Fragepositionen schließen Beschwerden im Bereich Appetit- oder Schlafverhalten ein. Der Proband hat jede Frage auf einer 5-Punkte-Skala, reichend von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“ einzuschätzen.

Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten über alle Items:

- Der GSI (global severity index) misst die grundsätzliche psychische Belastung,
- der PSDI (positive symptom distress index) misst die Intensität der Antworten,
- der PST (positive symptom total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Die verwendete autorisierte Version des SCL-90-R für den deutschsprachigen Raum zeigt eine gute interne Konsistenz (Cronbach alpha) in verschiedenen Probandenkollektionen (Franke, 1995). Sie liegt für die einzelnen Skalen zwischen $r=.79$ und $r=.89$, insbesondere für den GSI zwischen $r=.97$ und $r=.98$. Die Reliabilität der SCL-90-R kann also durchgängig als gut bewertet werden.

Insgesamt nimmt das Beantworten der SCL-90-R durchschnittlich 7 Minuten in Anspruch; im standardisierten Fragebogen der Abteilung sind diese Fragen ebenfalls bereits integriert (vgl. 2.6.1 und 2.6.2).

2.6 Abläufe der Untersuchung

2.6.1 Probanden, die sich erstmalig in der Sektion Forensische Psychotherapie vorstellten

Die Probanden, die sich erstmalig wegen transsexueller Symptomatik in der Abteilung vorstellten, erhielten den standardisierten Fragebogen der Abteilung, den sie vor dem diagnostischen Gespräch ausfüllten. Da dieser sowohl die Fragen des SCL-90 als auch BSRI umfasst, beantworteten diese Personen nach dem diagnostischen Gespräch in einem separaten Zimmer der Abteilung lediglich die Fragen der TAS bevor sie den FEEL-Test absolvierten (Abb. 1). Die Untersuchung dauerte in diesen Fällen insgesamt etwa 18 Minuten.

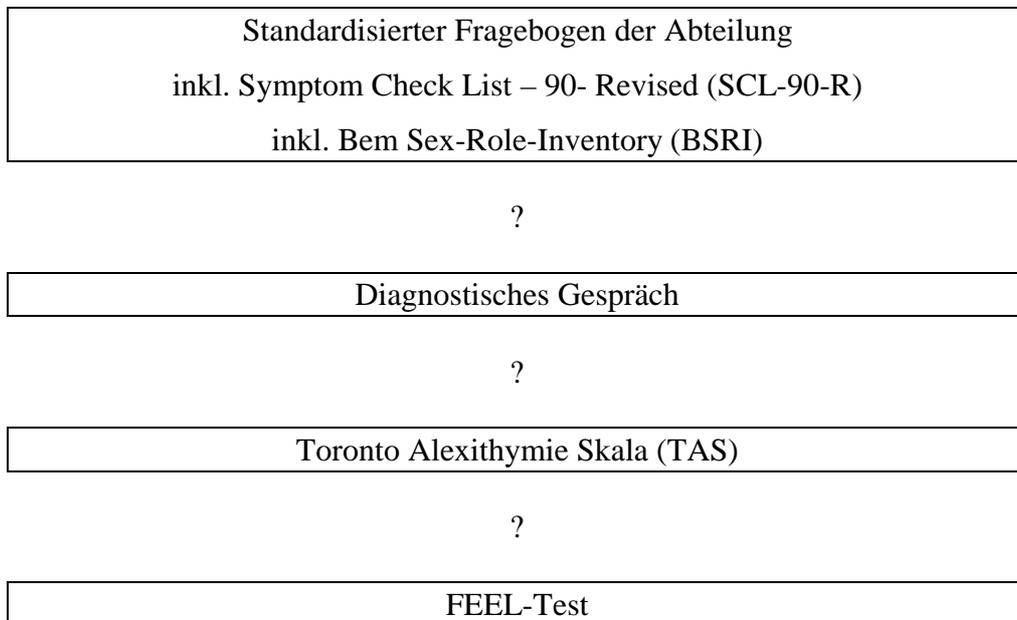


Abb. 1: Untersuchungsablauf der Probanden, die sich erstmalig in der Sektion Forensische Psychotherapie vorstellten

2.6.2 Probanden, die in der Sektion Forensische Psychotherapie behandelt wurden

Andere Probanden, die im Rahmen der laufenden Behandlung an der Untersuchung teilnahmen, beantworteten nach Abschluss des therapeutischen Gespräches in einem separaten Zimmer der Abteilung die Fragen des SCL-90-R, BSRI und TAS bevor sie den FEEL-Test absolvierten. Abbildung 2 stellt den Ablauf der Untersuchung dieser Personen dar.

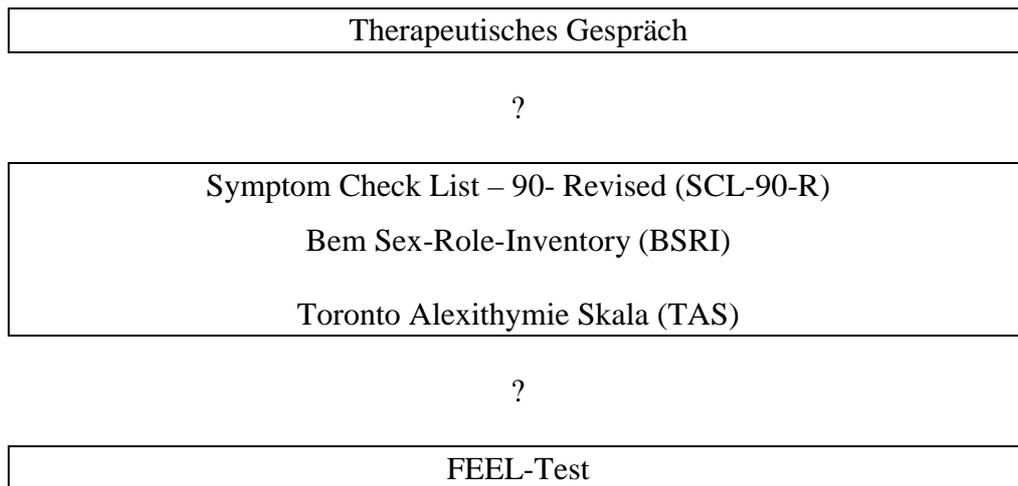


Abb. 2: Untersuchungsablauf der Probanden, die in der Sektion Forensische Psychotherapie behandelt wurden

Es wurde darauf geachtet, dass sich Proband und Untersucher während der Testabnahme ungestört im Zimmer befanden. Die Untersuchung dauerte in diesen Fällen insgesamt etwa 40 Minuten. Die Ergebnisse des FEEL-Tests wurden den Probanden auf Wunsch sofort im Anschluss an die Untersuchung mitgeteilt und mit ihnen besprochen.

2.7 Datenauswertung und Statistik

Das FEEL-Programm macht eine primäre Auswertung gleich am Ende des Tests möglich. Folgende Werte werden direkt auf dem Bildschirm angezeigt: Gesamtpunktzahl (maximal 42 Punkte), Punkte pro Emotion (maximal sieben) und durchschnittliche Beantwortungszeit. Zudem lässt sich mittels einer speziellen Grafik feststellen, welche Emotionen miteinander verwechselt wurden.

Alle gesammelten Daten lassen sich mittels Exportierfunktion des FEEL-Tests für jeden Probanden als Matrix im Textformat (.txt) ausgeben. Die Datenauswertung erfolgte über das Statistikprogramm SPSS, da sich die oben erwähnte Matrix dort leicht einlesen lässt.

Je nach Fragestellung wurden für die deskriptive Statistik berechnet: Minimum, Maximum, Mittelwert, Median, Standardabweichung, Schiefe und Exzess.

Die Korrelationen wurden nach Pearson oder nach Spearman-Rho zweiseitig mit einem Signifikanzniveau von 0,01 bzw. 0,05 berechnet. Die Berechnung der Gruppenunterschiede zwischen Kontrollgruppe und Probanden erfolgte mittels t-Test.

3. Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Stichprobe

3.1.1 Probanden-Kollektiv

An der Untersuchung nahmen n= 48 Probanden teil, die sich in der Sektion Forensische Psychotherapie wegen transsexueller Symptomatik entweder neu vorstellten oder sich bereits in Behandlung befanden. Ein Proband wurde von der Untersuchung ausgeschlossen, da sich die Verdachtsdiagnose der Transsexualität nach ICD-10, F64.0 nicht bestätigte.

Der jüngste Proband war 14, der älteste 60 Jahre alt; das durchschnittliche Lebensalter betrug 32 Jahre. Dies entspricht in etwa der Altersverteilung der Kontrollgruppe von 55 Personen der Normalpopulation ohne transsexuelle Symptomatik, in der das durchschnittliche Lebensalter ebenfalls 32 Jahre mit einer Streuung von 21 bis 56 Jahren betrug (Kessler, 2002).

61,7% der Probanden (n=29) waren Männer, die als Wunschgeschlecht das einer Frau angaben; 38,3% (n=18) waren Frauen, die sich mit dem männlichen Geschlecht identifizierten (Abb. 3). Diese Geschlechtsrelation entspricht exakt der Verteilung in der Kontrollgruppe mit 62% Männern und 38% Frauen.

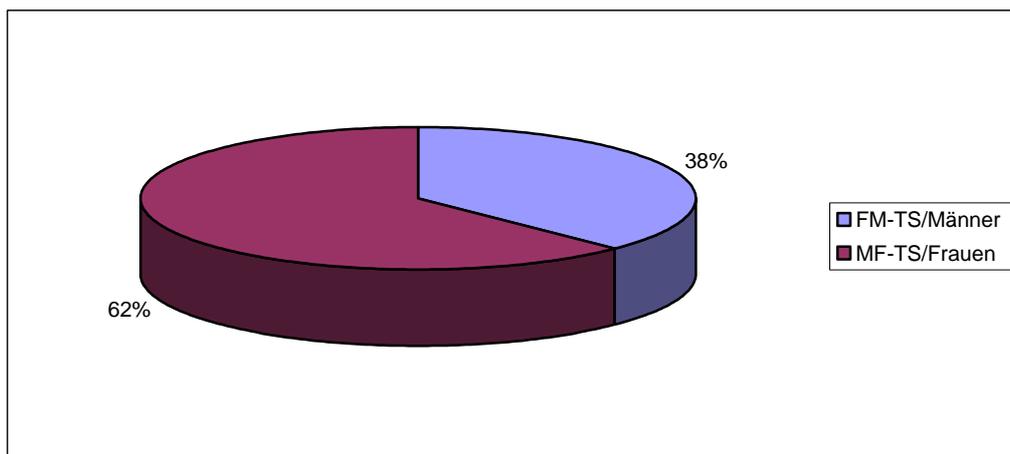


Abb. 3: Geschlechtsrelation innerhalb des Probandenkollektivs von MF-TS/Frauen (Mann-zu-Frau-Transsexuellen) zu FM-TS/Männern (Frau-zu-Mann-Transsexuellen)

3.1.2 Einteilung der Probanden nach Behandlungsphasen

Die Probanden wurden anhand des in der Sektion Forensische Psychotherapie stattfindenden Interviews je nach Behandlungsphase der transsexuellen Symptomatik bestimmten Untergruppen zugeteilt:

- Phase 1:** Probanden mit transsexueller Symptomatik vor Rollenwechsel (n=11)
- Phase 2:** Probanden mit transsexueller Symptomatik nach vollzogenem Rollenwechsel, aber noch ohne Hormontherapie (n=10)
- Phase 3:** Probanden mit transsexueller Symptomatik nach vollzogenem Rollenwechsel und nach Beginn der gegengeschlechtlichen Hormontherapie (n=18)
- Phase 4:** Probanden nach Rollenwechsel, in laufender gegengeschlechtlicher Hormontherapie und nach Geschlechts angleichender Operation/SRS (n=8)
- Phase 5:** Proband nach SRS mit Wunsch nach Rückkehr in die ursprüngliche, biologische Geschlechtsrolle (n=1).

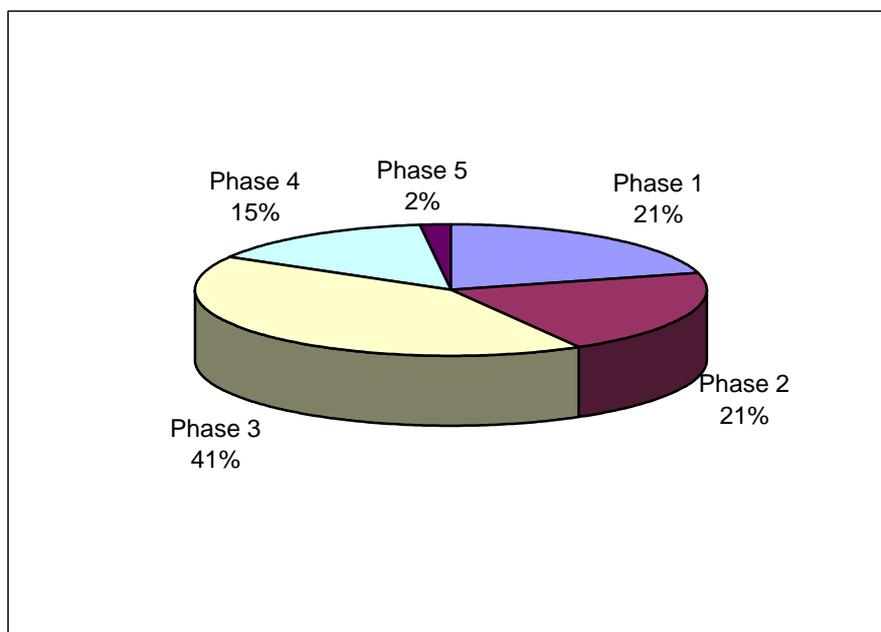


Abb. 4: Einteilung der Probanden nach Behandlungsphasen

Innerhalb der Gruppen der Geschlechtsorientierung (FM-TS/Männer oder MF-TS/Frauen) kann ebenfalls nach Behandlungsphasen differenziert werden (Abb. 5):

N=7 MF-TS/Frauen hatten ein gegengeschlechtliches Wunschgeschlecht, aber den Rollenwechsel noch nicht vollzogen (Phase 1), n=4 Probanden hatten diesen bereits vollzogen (Phase 2), n=13 Probanden nahmen zusätzlich Hormone (Phase 3), n=4 Probanden waren bereits Geschlechts- angleichend operiert worden (Phase 4), und n=1 Probandin wünschte sich nach erfolgter Operation wieder eine Anpassung an das ursprüngliche biologische Geschlecht (Phase5).

Innerhalb der FM-TS/Männer befanden sich n=4 Probanden in Phase 1, n=6 Probanden in Phase 2, n=5 Probanden in Phase 3 und n=3 Probanden in Phase 4. Kein Proband innerhalb dieser Gruppe konnte Phase 5 zugeordnet werden (n=0).

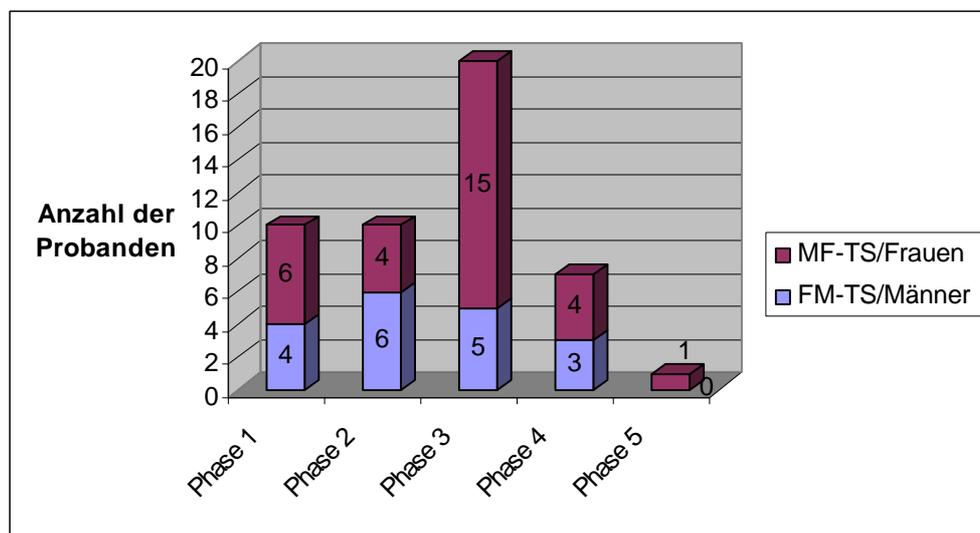


Abb. 5: Gegenüberstellung der Probandenanzahl von MF-TS/Frauen (Mann-zu-Frau-Transsexuellen) und FM-TS/Männern (Frau-zu-Mann-Transsexuellen) innerhalb der jeweiligen Behandlungsphase

Innerhalb der Gruppe der **MF-TS/Frauen** ist die jüngste Probandin 14, die älteste 60 Jahre alt. Das Lebensalter liegt im Durchschnitt bei 35,6 Jahren bzw. einem Median von 36 Jahren mit einer Standardabweichung von 11 Jahren (Abb. 6).

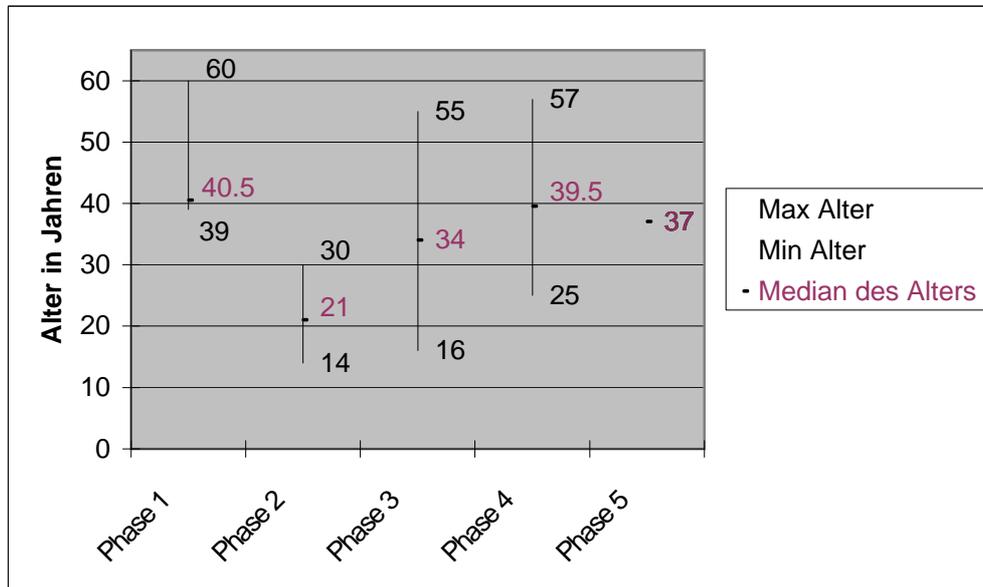


Abb. 6: Altersverteilung der MF-TS/Frauen (Mann-zu-Frau-Transsexuelle) auf die einzelnen Behandlungsphasen.

Im Vergleich dazu verteilt sich das Alter (Minimum, Maximum und Median) innerhalb insgesamt jüngeren Gruppe der **FM-TS/Männer** auf die einzelnen Behandlungsstadien homogener (Abb. 7). Das Lebensalter dieser Gruppe liegt im Durchschnitt bei 26,7 Jahren bei einem Median von 24 und einer Standardabweichung von 8 Jahren. Innerhalb dieser Gruppe ist der jüngste Proband 16, der älteste 47 Jahre alt.

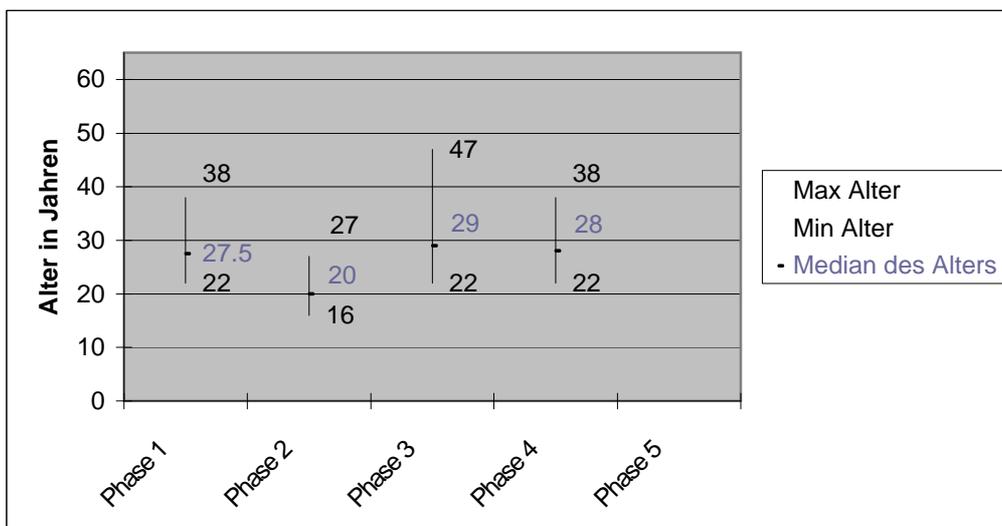


Abb. 7: Altersverteilung der FM-TS/Männer (Frau-zu-Mann-Transsexuelle) auf die einzelnen Behandlungsphasen.

Die Beobachtung von Pfäfflin (2004a), dass die Gruppe der FM-TS/Männer tendenziell homogener ist und sich etwa 5 bis 7 Jahre früher einer Fachperson vorstellt, kann in dieser Untersuchung ebenfalls beobachtet werden. Das Durchschnittsalter dieser Gruppe lag im Median mit 24 Jahren genau 12 Jahre unter dem der Gruppe der MF-TS/Frauen (36 Jahre) und wies eine mit 8 Jahren geringere Streuung auf gegenüber der Standardabweichung von 11 Jahren in der Vergleichsgruppe.

3.2 Wichtige Parameter des FEEL-Tests

3.2.1 Reaktionszeit

In durchschnittlich 2,75 Sekunden mit einer Standardabweichung von 1,06 Sekunden erkannten die Probanden der Stichprobe die Emotion. Die schnellste Antwort lag dabei in 1,52 Sekunden, die langsamste in 7,80 Sekunden vor.

3.2.2 Verteilung der Variablen der Emotionserkennung

Für die Berechnung der Testleistungen wird die klassische Punkteverteilung von 0 bis 42 Punkten betrachtet. Der minimale FEEL-Score von 20 Punkten und der maximale von 41 Punkten wurden von je einem Probanden realisiert (Abb. 8). Durchschnittlich wurde ein Wert von 33,6 Punkten mit einer Standardabweichung von 4,6 Punkten erreicht.

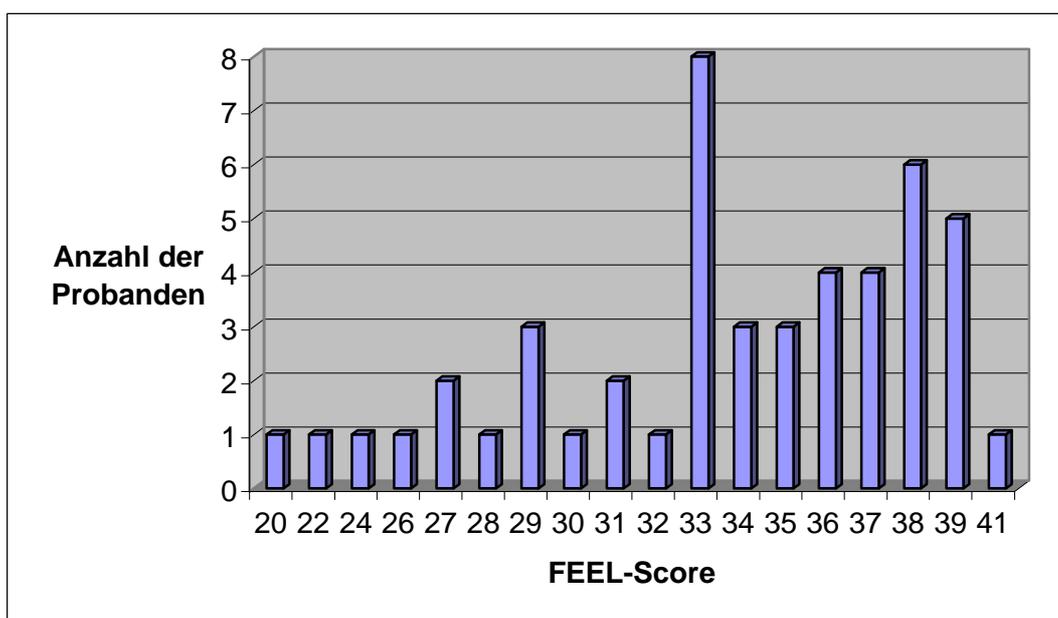


Abb. 8: Rohwertverteilung des FEEL-Score

Betrachtet man den FEEL-Score der einzelnen Emotionen, werden unterschiedliche Schwierigkeitsgrade deutlich:

Tabelle 2: FEEL-Score der einzelnen gezeigten Emotionen

(SD*= Standardabweichung)

gezeigte Emotion	Minimum	Maximum	Mittelwert	SD*
Freude	5	7	6,77	0,47
Ärger	1	7	6,21	1,32
Überraschung	4	7	5,94	0,91
Trauer	1	7	5,54	1,82
Ekel	0	7	4,90	1,73
Angst	0	7	4,25	2,17

Zur Verdeutlichung der Schwierigkeit, einzelne Emotionen zu erkennen, wird dargestellt, wie viel Prozent der Probanden die Bilder dieser Emotion jeweils falsch erkannt haben:

Tabelle 3: Schwierigkeit der Erkennung einzelner Emotionen

Gezeigte Emotion	Probanden in %, die die Bilder dieser Emotion falsch erkannt haben
Freude	3,29
Ärger	11,29
Überraschung	15,14
Trauer	20,86
Ekel	30,00
Angst	39,29

3.2.3 Unterschiede im Erkennen von Emotionen männlicher und weiblicher Gesichter

Die 42 Items des FEEL-Tests werden je zur Hälfte von weiblichen und männlichen Darstellern gezeigt. Dabei wurden die Emotionen annähernd gut in männlichen und weiblichen Gesichtern erkannt (Details vgl. 3.3.3)

Tabelle 4: FEEL-Score in Bezug auf das Geschlecht der Darsteller

(SD*= Standardabweichung)

Emotion gezeigt von	Minimum	Maximum	Mittelwert	SD*
Frauengesicht	9	21	16,69	2,67
Männergesicht	10	21	16,92	2,80

3.3 Einflüsse auf das Emotionserkennungsverhalten

3.3.1 Alexithymie (TAS)

Sowohl die Probanden als auch die Kontrollgruppe wurden bezüglich der Alexithymie mittels der deutschen Version der TAS (Kupfer et al., 2000) überprüft. Obwohl TS etwas höhere Werte erzielten (45,7 gegenüber 37,2; $p < 0,001$), liegen diese jedoch noch unterhalb der Grenze für klare Alexithymie (< 61).

3.3.2 Psychiatrische Erkrankungen (SCL-90-R)

Im Folgenden soll nur auf dem Signifikanzniveau von $p = .05$ relevante Ergebnisse eingegangen werden.

TS, die im SCL-90-R wegen phobischer Angst auffielen, schnitten im FEEL-Test statistisch signifikant (34,8 gegenüber 33,4; $p = .002$) besser ab als die diesbezüglich unauffälligen Probanden. In der Stichprobe erreichten hingegen TS, die im SCL-90-R Ängstlichkeit zeigten, einen statistisch signifikant (31,0 gegenüber 33,7; $p = .017$) niedrigeren FEEL-Score als die diesbezüglich gesunden Probanden. Fasst man nun die Probanden mit phobischer Angst und Ängstlichkeit als Angstpatienten zusammen, ergeben sich keine auf dem Signifikanzniveau von $p = .05$ signifikanten Veränderungen im FEEL-Score. Damit konnte das Ergebnis der vorangegangenen Arbeit (Kessler et al., 2004) nicht bestätigt werden.

In der Untersuchung fielen TS mit Hinweis auf eine Psychose durch einen statistisch signifikant (32,8 gegenüber 33,6; $p = .002$) niedrigeren FEEL-Score auf, womit sich das Ergebnis in der vorangegangenen Arbeit (Hall et al., 2004) bestätigte.

Wie bereits in vorangegangenen Arbeiten gezeigt, beeinflusst das Vorliegen einer Depression das Emotionserkennungsverhalten. In dieser Stichprobe wird dieses Ergebnis jedoch auf dem Signifikanzniveau von $p = .05$ nicht bestätigt.

3.4 Überprüfen des Wunschgeschlechts (BSRI)

3.4.1 Weibliches Wunschgeschlecht

Aufgrund vollständig ausgefüllter Fragebögen konnten bei n=25 Probanden mit weiblichem Wunschgeschlecht das Selbst- und Wunschbild über BSRI ermittelt werden. 4 Fragebögen waren nicht oder nur unvollständig ausgefüllt zurückgegeben worden.

Bei 96% (n=24) der Probanden zeigte sich ein androgynes, d.h. sowohl männliche als auch weibliche Komponenten enthaltendes, bzw. weibliches **Selbstbild**. Im Einzelnen sahen sich 68% androgyn, 28% bereits weiblich (Abb. 9). Ein Proband, der der Gruppe 3 (Probanden mit transsexueller Symptomatik nach vollzogenem Rollenwechsel und nach Beginn der gegengeschlechtlichen Hormontherapie) zugeordnet wurde, sah sich selbst überwiegend männlich.

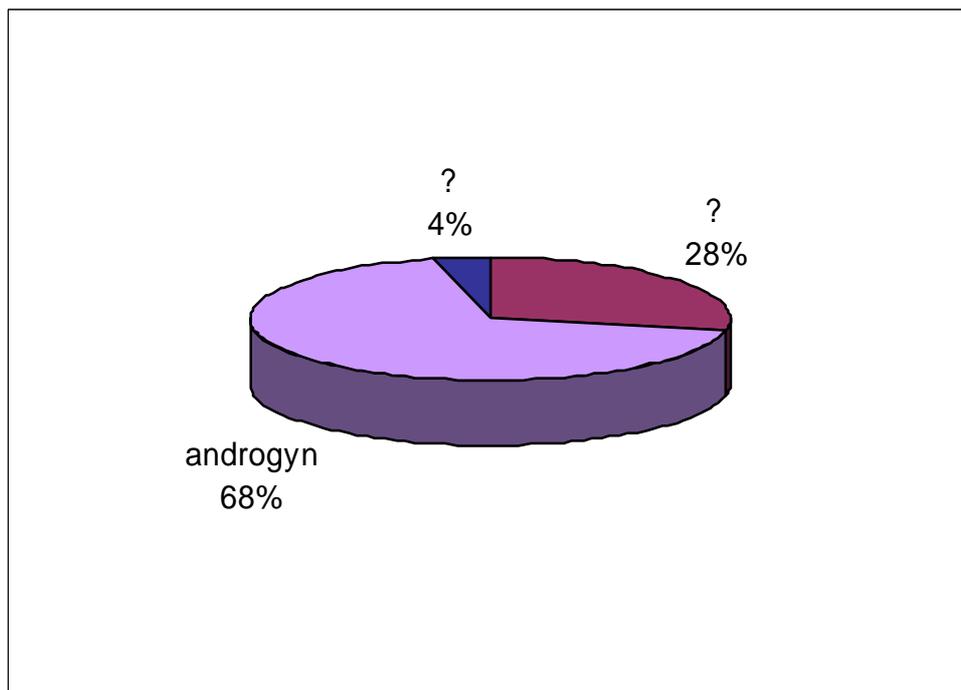


Abb. 9: Selbstbild der Mann-zu-Frau-Transsexuellen

(♂ = männliches Selbstbild, ♀ = weibliches Selbstbild)

Im BSRI zeigten insgesamt 92% (n=23) der Probanden ein androgynes bzw. weibliches **Wunschbild**. Im Einzelnen wären 80% der Probanden gerne androgyn, 12% weiblich (Abb. 10). N=2 Probanden wären jedoch gerne männlicher als ihr derzeitiges Selbstbild; sie wurden in der Auswertung den Phasen 2 (Probanden mit transsexueller Symptomatik nach vollzogenem Rollenwechsel, aber noch ohne Hormontherapie) und Phasen 3 (Probanden mit transsexueller Symptomatik nach vollzogenem Rollenwechsel und nach Beginn der gegengeschlechtlichen Hormontherapie) zugeordnet.

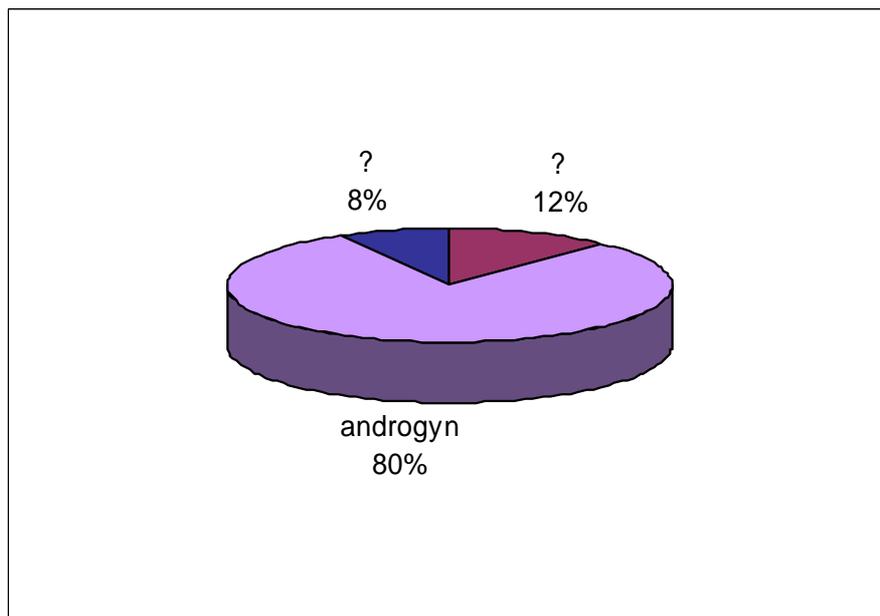


Abb. 10: Wunschbild der Mann-zu-Frau-Transsexuellen

(♂ = männliches Wunschbild, ♀ = weibliches Wunschbild)

3.4.2 Männliches Wunschgeschlecht

Aufgrund vollständig ausgefüllter Fragebögen konnten bei n=16 Probanden das Selbst- und Wunschbild gemäß BSRI ermittelt werden. 2 Fragebögen waren nicht oder nur unvollständig ausgefüllt zurückgegeben worden.

Bei 94% (n=15) der Probanden zeigte sich ein androgynes, d.h. sowohl männliche als auch weibliche Komponenten enthaltendes, bzw. männliches **Selbstbild**. Im Einzelnen sahen sich davon 88% androgyn, 6% (n=1) bereits männlich. Ein Proband, der der Phase 3 (Probanden mit transsexueller Symptomatik nach vollzogenem Rollenwechsel und nach Beginn der gegengeschlechtlichen Hormontherapie) zugeordnet wurde, sah sich selbst überwiegend weiblich.

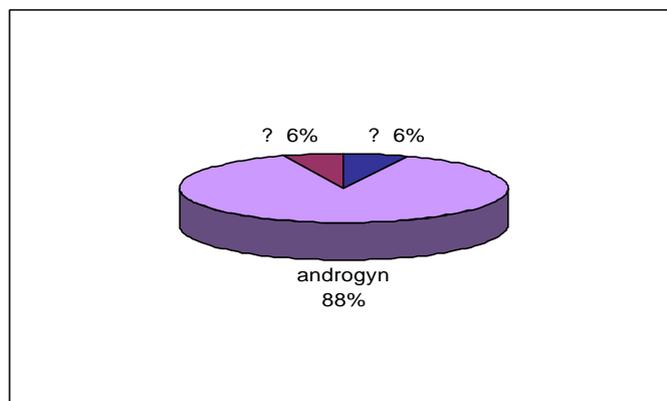


Abb. 11: Selbstbild der Frau-zu-Mann-Transsexuellen

(♂ = männliches Selbstbild, ♀ = weibliches Selbstbild)

Bei Überprüfung des Wunschbildes gemäß BSRI wiesen insgesamt 100% (n=16) der Probanden ein androgynes bzw. männliches **Wunschbild** aus. Im Einzelnen wären 50% der Probanden gerne androgyn und 50% männlich. Keiner der Probanden wäre gerne weiblicher.

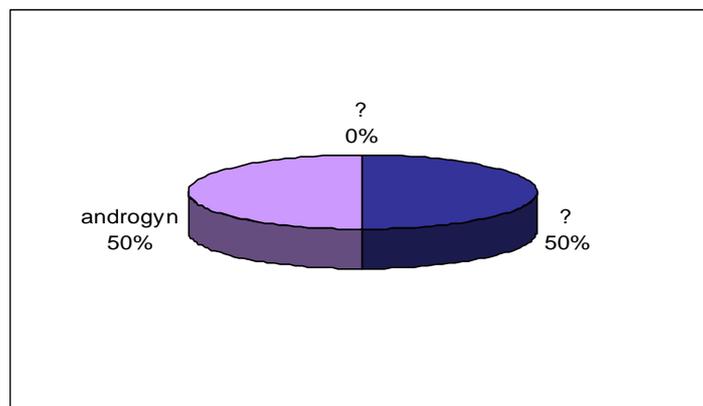


Abb. 12: Wunschbild der Frau-zu-Mann-Transsexuellen

(♂ = männliches Wunschbild, ♀ = weibliches Wunschbild)

3.5 Hypothesenprüfung

3.5.1 Hypothese 1

(1) TS erkennen im Gesicht ausgedrückte Basisemotionen schlechter als die Kontrollgruppe.

Da den Versuchsteilnehmern 42 Bilder gezeigt werden, und es für jedes richtig erkannte Bild einen Punkt gibt, waren beim FEEL-Test Punktzahlen von 0 bis 42 möglich. TS erreichten eine durchschnittliche Gesamtpunktzahl von 33,6 verglichen mit 35,8 in der Kontrollgruppe ($p < 0,01$). Folglich bestätigte sich statistisch die erste Hypothese, wobei allerdings die Gruppenunterschiede absolut gesehen sehr gering ausfielen (2 von 42 Punkten weniger bei TS). TS waren dabei im Einzelnen weniger erfolgreich in der Erkennung von Furcht, Ekel und Zorn.

3.5.2 Hypothese 2

(2) Die Identifizierung des emotionalen Gesichtsausdrucks ist besser bei TS, die bereits den Rollenwechsel vollzogen haben, verglichen mit denjenigen, die damit noch nicht begonnen haben.

Um diese Hypothese zu überprüfen, verglichen wir die im FEEL-Test erreichte Gesamtpunktzahl zwischen den Gruppen nach unterschiedlichen Behandlungsstufen des transsexuellen Prozesses. Im Grunde gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Probanden vor oder nach der RLE in Bezug auf die Gefühlserkennungsgesamtpunktzahl. Dies ist auch unabhängig von der Hormonbehandlung. Die zweite Hypothese kann zurückgewiesen werden: Der RLE selbst beeinflusst nicht das Emotionserkennungsverhalten von TS.

3.5.3 Hypothese 3

(3a) TS erkennen den emotionalen Ausdruck bei Angehörigen ihres Wunschgeschlechts besser als bei Personen des eigenen biologischen Geschlechts.

Da die eine Hälfte der Schauspieler, welche die Basisemotionen zeigten, weiblich und die andere Hälfte männlich waren, konnte verglichen werden, wie gut beide Probandengruppen - MF-TS/Frauen und FM-TS/Männer - die Gefühle in den Gesichtern ihres gewünschten Geschlechts im Vergleich zu denen ihres biologischen Geschlechts erkannten. Beide Gruppen nahmen sowohl weibliche als auch männliche Anregungen ohne signifikante Unterschiede

wahr. Es gab auch keine bedeutenden Unterschiede bezüglich der erreichten Gesamtpunktzahl der Gefühlserkennung zwischen MF-TS/Frauen und FM-TS/Männer. Der erste Teil der dritten Hypothese wird zurückgewiesen: Das Emotionserkennungsverhalten ist unabhängig von geschlechtsbezogenen Stimuli und von der gewünschten Geschlechtsrolle der TS.

(3b) Entsprechend ihrer im BSRI gemessenen Ausprägung an Weiblichkeit oder Männlichkeit erkennen TS besser den Gesichtsausdruck des jeweiligen Geschlechts.

Um zu testen, ob das Selbstbild der Maskulinität oder Femininität das Emotionserkennungsverhalten der Probanden beeinflusst, verglichen wir die Ergebnisse im BSRI mit der Gesamtpunktzahl und Punktzahl der einzelnen Basisemotionen im FEEL-Test jeweils separat für weibliche oder männliche Stimuli. Die Punktwerte im BSRI korrelierten nicht mit der Emotionserkennungsfähigkeit im FEEL-Test. Folglich kann auch der zweite Teil der dritten Hypothese zurückgewiesen werden: Ob ein Proband sich selbst als weiblicher oder männlicher betrachtet, heißt nicht, dass er besser Basisgefühle erkennt; dies ist auch unabhängig davon, ob diese von weiblichen oder männlichen Schauspielern gezeigt werden.

4. Diskussion

4.1 Methodendiskussion

Das methodologische Hauptproblem liegt in der Probengröße dieser Untersuchung. Obwohl die Gesamtanzahl von $n=47$ TS im Vergleich mit der Kontrollgruppe (Hypothese 1) als eine ausreichende Zahl angesehen werden kann, sind die Möglichkeiten, die Hypothesen zwischen den TS in verschiedenen Behandlungsstufen zu prüfen, beschränkt. Dies ist insbesondere der Fall bei der Überprüfung der Hypothese 2, bei der die Gruppe von $n=11$ Probanden vor RLE mit einer Gruppe von $n=36$ Probanden nach RLE verglichen wird, und ebenso bei der Überprüfung der Hypothese 3, wo $n=29$ MFT mit $n=18$ FMT verglichen werden.

4.2 Diskussion der Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Wenn man die statistische Bestätigung der ersten Hypothese näher betrachtet, muss man feststellen, dass der absolute Unterschied zwischen dem Probandenkollektiv, das lediglich 2 Punkte von insgesamt 42 möglichen Gesamtpunkten weniger erreicht hat, und dem Kontrollkollektiv als gering zu werten ist. Meines Erachtens hat dieses Ergebnis unabhängig von der statistischen Signifikanz keine klinische Bedeutung, da es keine Daten von anderen Untersuchungen gibt, die zeigen, dass solch geringe Unterschiede im FEEL-Test irgendeinen Effekt auf die täglichen emotionalen Interaktionen der Probanden haben.

Zudem verliert die von TS im FEEL-Test durchschnittlich erreichte Gesamtpunktzahl von 33,6 an Bedeutung, wenn man sie mit der durchschnittlichen Gesamtpunktzahl von 34,4 der großen, nicht-klinischen Kontrollgruppe vergleicht ($N=250$; Kessler et al., 2002). Der Unterschied zwischen TS und dieser Kontrollgruppe ist nicht signifikant ($p=.215$). In diesen größeren Zusammenhang gestellt kann folglich das Emotionserkennungsverhalten von TS als normal betrachtet werden. Selbst wenn TS Unannehmlichkeiten in ihrer Geschlechtsrolle zeigen, was Distress verursacht, gibt es keinen Effekt auf das Emotionserkennungsverhalten.

Die Ablehnung der zweiten Hypothese stützt die Annahme, dass die Emotionserkennung – die Entschlüsselung des Gesichtsausdrucks des Gegenübers – eine grundlegende Fähigkeit ist, die bereits in sehr frühen Lebensstadien entwickelt wird, was zum Beispiel von Ekman (1993) beschrieben wurde. Eine wahrgenommene Änderung des Umfelds – wie es für eine TS

geschieht, wenn sie den RLE beginnt – scheint kein zu Reiz sein, der groß genug ist, um die grundlegenden Fähigkeiten des Erkennen von Basisemotionen zu verändern.

Bei der Überprüfung der dritten Hypothese konnte die Annahme nicht gestützt werden, dass das gewünschte Geschlecht oder das Selbstbild bezüglich Maskulinität oder Femininität Wahrnehmungsspannungen im Emotionserkennungsverhalten verursachen. Bei jedoch diesbezüglich fehlenden Daten in der Literatur, ist es schwierig, die Ergebnisse in einen wissenschaftlichen Zusammenhang zu stellen. Brody und Hall (2000) fanden, über verschiedene Metaanalysen berichtend, dass Frauen Männern überlegen sind im Entschlüsseln von non-verbale emotionalen Hinweisen. Der hier ermittelte Geschlechtsunterschied war interessanterweise gegenüber dem Geschlecht der den Stimulus zeigenden Person verhältnismäßig konstant. Da jene berichteten Unterschiede zum Teil eine Folge von männlicher und weiblicher Sozialisierung sein können, stellt sich die Frage, in welchem Ausmaß eine TS entsprechend seinem biologischen Geschlecht oder seinem gewünschten Geschlecht sozialisiert worden ist. Ebenso muss die Feststellung, dass Frauen besser als Männer Gefühle entschlüsseln können, nicht notwendigerweise bedeuten, dass MF-TS/Frauen gleiches leisten. Eine mögliche Erklärung für das homogene Erkennen von männlichen und weiblichen Stimuli könnte die Tatsache sein, dass alle Bilder dem FACS (Ekman & Friesen, 1978) entnommen wurden, was die Gesichtsausdrücke vereinheitlicht, und so möglicherweise TS überfordert. Natürliche Abbildungen von Gefühlen könnten bei TS eine Geschlechtsneigung verursachen. Dies ist jedoch bisher nicht überprüft.

4.3 Diskussion der Einflüsse der Komorbiditäten

Auch hier liegt das Problem in der Probengröße dieser Untersuchung. Selbst wenn sich statistisch ein signifikanter Unterschied errechnen lässt, darf man bei $n=4$ Probanden mit phobischer Angst, $n=3$ Probanden mit Ängstlichkeit und $n=4$ Probanden mit Hinweis auf eine Psychose sicher keine Schlüsse auf einen Zusammenhang zwischen psychiatrischer Komorbidität und den Ergebnissen im FEEL-Test ziehen. Die in der Literatur beschriebenen Defizite in der Emotionserkennung bei Patienten mit Hirnläsion (Adolphs et al., 1999), Schlaganfall (Braun et al., 2005), chronischem Alkoholismus (Philippot et al., 1999, und Hermstein, 2002) sowie bei Essgestörten (Kucharska-Pietura et al., 2004) wurden in dieser Untersuchung nicht überprüft.

4.4 Schlussfolgerungen

Ich ziehe den Schluss, dass TS trotz ihres erfahrenen Distress' ohne signifikante Unterschiede zur Kontrollgruppe Basisemotionen, die in Gesichtern ausgedrückt werden, erkennen können. Diese Fähigkeit ändert sich nicht in verschiedenen Stadien im Übergang zwischen den Geschlechtern. Drittens gibt es keine offensichtliche Interaktion zwischen dem erwünschten Geschlecht der Probanden und dem Erkennen des Geschlechts der stimulierenden Person.

5. Zusammenfassung

Die Untersuchung überprüft die Fähigkeit von Personen mit transsexueller Symptomatik (TS) im Gesicht gezeigte Basisemotionen zu erkennen.

Es wurde zunächst angenommen, dass das dauerhafte Unbehagen in ihrer Geschlechtsrolle und das daraus resultierende Stressniveau diese Fähigkeit vermindert. Zusätzlich wurde erwartet, dass das Annehmen der gewünschten Geschlechtsrolle im Alltagstest (RLE) den früher erfahrenen Distress deutlich vermindert. Mit mehr Selbst-Akzeptanz und gleichzeitig größerer Akzeptanz durch das Umfeld sollte die Fähigkeit, die von anderen im Gesicht ausgedrückten Gefühle zu erkennen, verbessert werden. Schließlich wurde zugrundegelegt, dass TS emotionale Signale der Mitglieder ihres biologischen Geschlechts besser erkennen.

Um diese Hypothesen zu prüfen wurde der FEEL-Test (Facially Expressed Emotion Labeling) verwendet. 47 TS und eine Kontrollgruppe von 55 Personen der Normalpopulation ohne transsexuelle Symptomatik, die bezüglich Alter und Geschlecht auf das Probandenkollektiv abgestimmt wurden, waren in die Untersuchung eingeschlossen.

Es konnte gezeigt werden, dass die Kontrollgruppe signifikant besser die im Gesicht ausgedrückten Basisemotionen erkannten als die Gruppe der TS, wobei jedoch die absoluten Unterschiede sehr klein waren. Die Daten ließen daher keine Rückschlüsse zu, dass dies dem dauerhaften Unbehagen in ihrer Geschlechtsrolle oder anderen Gründe zugeschrieben werden kann. Was die zweite Hypothese betrifft, konnten keine Unterschiede zwischen den Gruppen an den unterschiedlichen Stadien der TS im Übergang zwischen den zwei Geschlechtern gefunden werden. Schließlich wurde auch die dritte Hypothese zurückgewiesen: TS erkannten in männlichen und weiblichen Gesichter ausgedrückte Basisemotionen unabhängig ihres gewünschten Geschlechtes.

6. Literatur

- Adolphs, R., et al. (1999): Recognition of facial emotion in nine individuals with bilateral amygdale damage. *Neuropsychologia*, 37: 1111-7.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. APA, Washington, D.C. , dt Beltz: Weinheim-Basel.
- American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. APA, Washington, D.C. , dt Beltz: Weinheim-Basel.
- Becker, S., Bosinski, H.A.G., Clement, U., Eicher, W., Görlich, T.M., Hartmann, U., Kockott, G., Langer, D., Preuss, W.F., Schmidt, G., Springer, A., & Wille, R. (1997): Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. *Psychotherapeut* 42: 256-262.
- Bem, S.L., (1974): The measure of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42: 156-162.
- Berenbaum, S.A., Duck, S.C., & Bryk, K. (2000): Behavioral effects of prenatal versus postnatal androgen excess in children with 21-hydroxylase-deficient congenital adrenal hyperplasia. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85: 727-733.
- Bouhuys, A.L., Geerts, E., & Mersch, P.P. (1997): Relationship between perception of facial emotions and anxiety in clinical depression: does anxiety-related perception predict persistence of depression? *Journal of Affective Disorders*, 43: 213-23.
- Braun, M., Traue, H.C., Frisch, S., Deighton, R.M., & Kessler, H. (2005): Emotion recognition in stroke patients with left and right heispheric lesion – Results with a new instrument – the FEEL test. *Brain and Cognition*, 58: 193-201.
- Brody, L.R, & Hall, J.A. (2000): Gender, Emotion, and Expression. In: Lewis, M., & Haviland-Jones, J.-M. (Hrsg.) *Handbook of emotions*, Guilford Press, New York, 338-349.
- Bruene, M. (1996): Wahnhafter „Pseudotranssexualismus“ bei schizophrener Psychose. *Psychiatrische Praxis*, 23: 246-247.
- Bundestag (1980): Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen.. *Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1980, Teil I*: 1654-1658.
- Caldwell, C.,_& Keshavan, M.S. (1991): Schizophrenia with secondary transsexualism. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36: 300-301
- Clement, U., & Senf, W. (1996): Diagnose der Transsexualität. In: Clement, U., & Senf, W. (Hrsg): *Transsexualität – Behandlung und Begutachtung*, Stuttgart: Schattauer, 8-17.
- Cohen-Kettenis, P.T. & Pfäfflin, F. (2003): *Transgenderism and Intersexuality in childhood and Adolescence: Making choices*. Thousand Oaks USA, London, UK, New Delhi, India: Sage publications.

- Commander, M., & Dean, C. (1990): Symptomatic trans-sexualism. *British Journal of Psychiatry*, 156: 894-896.
- Darwin, C. (1872): *Der Ausdruck der Gemüthsbewegungen bei dem menschen und den Thieren*. Schweizerbart'sche Verlagshandlung, Stuttgart.
- Derogatis, L.R. (1977): SCL-90-R, administration, scoring, and procedures, manual for the R(evised) version. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M.H. (1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), Huber, Bern, Göttingen, Toronto: 139-144.
- Ekins, R. (1997): *Male femaling. A grounded theory approach to cross-dressing and sex-changing*. London, New York: Routledge.
- Ekins, R., & King, D. (1996): *Blending genders. Social aspects of cross-dressing and sex-changing*. London, New York: Routledge.
- Ekins, R., & King, D. (1999): Towards a sociology of transgendered bodies. *Sociological Review*, 47: 580-602.
- Ekins, R., & King, D. (2001): Transgendering, migration and love of oneself as a woman: a contribution to a sociology of autogynephilia. *International Journal of Transgenderism*, 5(3) (<http://www.symposion.com/ijt/>).
- Ekman, P. (1993): Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48: 384-392.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1975): *Unmasking the face*. Prentice-Hall, Englewood-Cliffs, NJ.
- Ekman, P., & Friesen, W.V. (1978): *Facial Action Coding System*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
- Fagot, B.I , & Leinbach, M.D. (1993): Gender-role development in young children: From discrimination to labelling. *Developmental Review*, 13: 205-224.
- Franke, G.H. (1995): SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version. Weinheim: Beltz.
- Hall, J., et al. (2004): Social cognition and face processing in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 185: 169f.
- Hermstein, B. (2002): *Entwicklung eines Q-Sort Instruments zur Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei chronischen Alkoholikern*. Dissertation (hum. biol.) an der Universität Ulm.
- Intons-Peterson, M.J. (1988): *Gender concepts of Swedish and American Youth*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Kessler, H. (2003). Entwicklung und Reliabilitätsstudie des FEEL-Tests (Facially Expressed Emotion Labeling). Diss. med, Universität Ulm.
- Kessler, H., Bayerl, P., Deighton, R., & Traue, H.C. (2002). Facially Expressed Emotion Labeling (FEEL): PC-gestützter Test zur Emotionserkennung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23: 297-306.
- Kessler, H., Roth, J., von Wietersheim, J., Deighton, R.M., und Traue, H.C. (2004): Anxiety Disorders and Emotion Perception. Posterpräsentation anlässlich der Annual Conference der ISRE (International Society for Research on Emotions) in New York.
- Kockott, G. (1996): Die klinische Koordination der Behandlung und Begutachtung. In: Clement, U., & Senf, W. (Hrsg): *Transsexualität – Behandlung und Begutachtung*, Stuttgart: Schattauer: 8-17.
- Kucharska-Pietura, K., Nikolaou, V., Masiak, M., & Tressure, J. (2004): The recognition of emotion in the faces and voice of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35: 42-48.
- Kupfer, J., Brosig, B., Taylor, G.J., & Brähler, E. (2000): Überprüfung und Validierung der 26-Item Toronto Alexithymie-Skala an Hand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46: 368–384.
- Lenti, C, Lenti-Boero, D., & Giacobbe, A. (1999): Decoding of emotional expressions in children and adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 89: 808-14.
- Loehlin, J.C., & Martin N.G. (2000): Dimensions of psychological masculinity-femininity in adult twins from opposite-sex and same-sex pairs. *Behavior Genetics* 30: 19-28.
- Matsumoto, D., & Ekman, P. (1988): Japanese and Caucasian Facial Expressions of Emotion (JACFEE) and Neutral Faces (JACNeuF). Slideset available from Dr. Paul Ekman, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco, 401 Parnassus, San Francisco, CA 94143-0984.
- Meyer, W., Bockting, W.O., Cohen-Kettenis, P.T., Coleman, E., Di Ceglie, D., Devor, H., Gooren, L.J.G., Hage, J.J., Kirk, S., Kuiper, A.J., Laub, D., Lawrence, A., Menard, Y., Patton, J., Schaefer, L., Webb, A., & Wheeler, C.C. (2001): *The Standards of Care for Gender Identity Disorders of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*. 6th ed. (<http://www.symposion.com/ijt/>).
- Miller, E.M., & Martin, N. (1995): Analysis of the effect of hormones on opposite-sex twin attitudes. *Acta Genticay Medicay et Gmellologiae*, 44: 41-52.
- O’Sullivan, M. (1982): Measuring the ability to recognize facial expressions of emotion. In: Ekman, P. (Hrsg.) *Emotion in the human face*, 2. Auflage, Cambridge University Press, Cambridge: S. 281-317.
- Osburg, S., & Weitze, C. (1993): Betrachtungen über zehn Jahre Transsexuellengesetz. *Recht und Psychiatrie* 11: 94-107.

- Pfäfflin, F. (1993): Zur Suizidalität bei Transsexualität. *Suizidprophylaxe*, 20: 267-283.
- Pfäfflin, F. (2002): Sexuelle Funktionsstörungen, Störungen der Geschlechtsidentität, Deviationen. In: Ahrens, S., Schneider W. (Hrsg) *Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin*. Schattauer, Stuttgart, New-York: 308-315.
- Pfäfflin, F. (2004a): Understanding Transgendered Phenomena. In: Levin, S.B. (ed): *Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals*. Brunner-Routledge, New-York, Hove: 291-310.
- Pfäfflin, F. (2004b): Begutachtung der Transsexualität. In Foerster, K. (Hrsg): *Fenzlaff/Förster: Psychiatrische Begutachtung*., Münschen, Elsevier: 525-538.
- Pfäfflin, F. & Junge, A. (1998): Sex Reassignment. Thirty years of international Follow-Up Studies. SRS: A Comprehensive Review, 1961-1991, Electronic Book, Bookservice IJT (<http://www.symposion.com/ijt/>)
- Philippot, P., Kornreich, C., Blairy, S., Baert, I., Den Bulk, A., Le Bon, O., Streel, E., Hess, U., Pelc, I., & Verbanck, P. (1999): Alcoholic's deficit in the decoding of emotional facial expression. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23: 1031-1038.
- Schneider-Düker, M. (1978): Deutsche Neukonstruktion des Bem Sex-Role-Inventory. *Arbeiten der Fachrichtung Psychologie*, Nr. 51. Saarbrücken: Universität des Saarlandes.
- Schneider-Düker, M., & Kohler, A. (1988): Die Erfassung von Geschlechtsrollen. Ergebnisse zur deutschen Neukonstruktion des Bem Sex-Role-Inventory. *Diagnostica*, 34: 256-270.
- Shields, S.A. (1995): The role of emotion beliefs and values in gender development. In N. Eisenberg (Ed.), *London, Social Development: Review of Personality and Social psychology*, 15: 212-232.
- Slabbekoorn, D., Van Goozen, S., Gooren, L., Cohen-Kettenis, P. (2001): Effects of Cross-Sex hormone Treatment on Emotionality in Transsexuals. *IJT* 5,3. (http://www.symposion.com/ijt/ijtvo05no03_02htm)
- Taylor, G.J., Ryan, D.P., & Bagby, R.M. (1985): Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45:161–165.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Ryan, D.P., & Parker, J.D. (1990): Validation of the alexithymia construct: a measurement-based approach. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35: 290–296.
- Yee, M., & Brown, R. (1994): The development of gender differentiation in young children. *British Journal of Social Psychology*, 33: 183-196.
- World Health Organisation (1991): *International Classification of Diseases*, Geneva, WHO.

7. Danksagung

Bei den folgenden Personen möchte ich mich ganz herzlich bedanken:

Herrn Prof. Dr. med. Friedemann Pfäfflin für die einzigartige fachliche und menschliche Betreuung sowie das mir allzeit entgegenbrachte Vertrauen und im letzten Abschnitt vor allem die Geduld und den nötigen Druck

Adrian, der bis zum Schluss den Glauben an mich nicht verloren hat und mir in schweren Zeiten zur Seite stand

Dr. med. Henrik Kessler für die Unterstützung in Sachen FEEL-Test und SPSS, ohne dessen Einsatz vieles nicht so schnell und einfach funktioniert hätte

Frau Karin Findling, die immer für Fragen offen war und mit Rat und Tat zur Seite stand

Frau Edith Rottler für die Unterstützung bei der Auswertung der Fragebögen

Herrn Dipl. Ing. Ewald Gisler, ohne dessen Laptop diese Arbeit wohl immer noch nicht fertig wäre

Den Probanden, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre

8. Anhang

8.1. Positives Votum der Ethikkommission

		UNIVERSITÄT ULM Ethikkommission		
		Universität Ulm • Ethikkommission • 89069 Ulm		Vorsitzender: Prof. Dr. U.B. Brückner Sekretariat Frau A. Straub
Herrn Prof. Dr. F. Pfäfflin Abteilung Psychotherapie Am Hochsträß 8 89081 Ulm		Hausadresse: Helmholtzstraße 20 (Oberer Eselsberg) D-89081 Ulm Telefon: (0731) 50-22052 Telefax: (0731) 50-22036 Email: ethik-kommission@rektoramt.uni-ulm.de http://www.uni-ulm.de/ethikkommission		
Ihr Zeichen	Ihre Nachricht vom	Unser Zeichen UBB/str	Durchwahl 22052	Datum 03.09.2002
n/an die Mitglieder der Ethikkommission der Universität Ulm				
Antrag Nr. 156/2002 – Emotionserkennung bei Personen mit transsexueller Symptomatik				
Sehr geehrter Herr Kollege Pfäfflin,				
am 02.09.2002 wurde Ihr o.g. Antrag mündlich verhandelt. Es bestehen keine ethisch begründbaren Bedenken gegen die Durchführung der Studie. Damit wird die Begutachtung durch die Ethikkommission der Universität Ulm mit einem positiven Votum abgeschlossen.				
Entsprechend der ausschließlich beratenden Funktion der Ethikkommission betrifft dieses Votum nur die <i>ethische Beurteilung</i> der Konzeption, der geplanten Methoden, der Durchführung und Überwachung des betreffenden Projektes sowie der beabsichtigten Patientenaufklärung. Die ärztliche und juristische Verantwortung verbleibt uneingeschränkt beim Projektleiter und seinen Mitarbeitern.				
Die Ethikkommission der Universität Ulm arbeitet gemäß den nationalen gesetzlichen Bestimmungen und den ICH-GCP-Richtlinien. Den Beratungen der Ethikkommission der Universität Ulm liegt gemäß der gültigen Berufsordnung die maßgebende Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki in der revidierten Fassung von 1996 zugrunde.				
<ul style="list-style-type: none">• Wir gehen davon aus, daß die Patienten an keiner anderen Studie teilnehmen.• Bitte geben Sie uns jede Änderung in der Protokolldurchführung an. Es muß dann geklärt werden, ob das Votum der Ethikkommission noch Gültigkeit hat.• Über alle schwerwiegenden oder unerwarteten unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten und die Sicherheit der Studienteilnehmer oder die Durchführung der Studie beeinträchtigen könnten, muß der Vorsitzende der Ethikkommission unterrichtet werden.• Außerdem benötigt die Ethikkommission einen Bericht nach Abschluß der Studie.				
Für die Ethikkommission der Universität Ulm				
 Prof. Dr. U. B. Brückner Vorsitzender				
Mitglieder der Kommission: Prof. Dr. U.B. Brückner (Vorsitzender), Prof. Dr. W. Gaus, Prof. Dr. Dr. A. Grünert, Pfarrer H. Herberg, Prof. Dr. P. Kern, Prof. Dr. B. Kubanek, Dr.iur. H.-D. Lippert (Stellv. Vorsitzender), Frau Prof. Dr. H. Suger-Wiedeck				

8.2. Patienteninformation



Universitätsklinikum Ulm

Universitätsklinikum Ulm
Psychotherapie u. Psychosomatische Medizin - D-89081 Ulm

Psychotherapie und Psychosomatische Medizin

Ärztl. Direktor: Prof. Dr. Horst Kächele

Patienteninformation

“Test zur Erkennung von Emotionen”

Sektion Forensische Psychotherapie
Leiter: Prof. Dr. Friedemann Pfäfflin
Tel.: (+49) (0731) 500-25670/-1
Fax: (+49) (0731) 500-25672
E-mail: pfaeff@sjp.medizin.uni-ulm.de
D-89081 Ulm
Am Hochsträß 8

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Unser Anliegen ist es, die Fähigkeit zur Erkennung von Emotionen zu untersuchen. Hierfür bitten wir Sie, uns zunächst ein paar Fragen zu Ihrer derzeitigen persönlichen Situation zu beantworten. Des Weiteren bitten wir Sie, ein Emotionserkennungsverfahren am PC (FEEL = **F**acially **E**xpressed **E**motion **L**abeling) zu machen, in dem Sie häufig vorkommende Gefühle (Ärger, Angst, Ekel, Freude, Überraschung oder Trauer) an vorgegebenen Gesichtern erkennen sollen.

Beides wird in etwa 20 bis 30 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen. Dabei wird der zweite Teil des Tests Ihnen rückmelden, wie ausgeprägt Ihre Fähigkeit ist Gefühle zu erkennen.

Freiwilligkeit

An diesem Forschungsprojekt nehmen Sie freiwillig teil. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Dieser eventuelle Widerruf hat keine Auswirkungen auf Ihre weitere medizinische Betreuung.

Erreichbarkeit des Prüfarztes

Sollten während des Verlaufes des Forschungsprojektes Fragen auftauchen, so können Sie jederzeit Herrn Prof. Dr. Pfäfflin unter der Telefonnummer (0731) 500-25670 erreichen. In Notfällen gilt folgende Nummer: (0731) 500-25671

Versicherung

Ihnen ist bekannt, dass Sie während der Teilnahme an dem Forschungsprojekt Versicherungsschutz genießen. Es gelten die allgemeinen Haftungsbedingungen. Einen Schaden, der Ihrer Meinung nach auf dieses Forschungsprojekt zurückzuführen ist, melden Sie bitte unverzüglich dem Prüfarzt.

Vertraulichkeit/Datenschutz

Alle Personen, welche Sie im Rahmen dieses Forschungsprojekts betreuen, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die studienbezogenen Untersuchungsergebnisse werden in der Patientenakte festgehalten. Sie sollen in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet werden.

Datum

Name des Aufklärenden

Universitätsklinikum Ulm
Anstalt des öffentlichen Rechts
Sitz Ulm

Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Hans-Jürgen Müller-Arens

Vorstand: Prof. Dr. Richard Hautmann (Vors.),
Prof. Dr. Guido Adler (Stellv.), Albert Schira,
Prof. Dr. Reinhard Marre, Anna Maria Eisenschink

Baden-Württembergische Bank Ulm
Kto.-Nr. 110 130 0000, BLZ 630 201 30
Sparkasse Ulm
Kto.-Nr. 106 478, BLZ 630 500 00

8.3. Einwilligungserklärung



Universitätsklinikum Ulm

Universitätsklinikum Ulm
Psychotherapie u. Psychosomatische Medizin - D-89081 Ulm

**Psychotherapie und
Psychosomatische Medizin**
Ärztl. Direktor: Prof. Dr. Horst Kächele

Sektion Forensische Psychotherapie
Leiter: Prof. Dr. Friedemann Pfäfflin
Tel.: (+49) (0731) 500-25670/-1
Fax: (+49) (0731) 500-25672
E-mail: pfaeff@sip.medizin.uni-ulm.de
D-89081 Ulm
Am Hochsträß 8

Einwilligungserklärung

“Test zur Erkennung von Emotionen”

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel der Untersuchung haben mir Herr Prof. Dr. Pfäfflin und Frau Michallik ausreichend erklärt.

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und habe hierauf Antwort erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu entscheiden.

Eine Kopie der Patienteninformation habe ich erhalten.

Ich willige in die Teilnahme am Forschungsprojekt ein.

Name des Patienten

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Information und Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Sie erhoben. Die Weitergabe, Speicherung und Auswertung dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Universitätsklinikum Ulm
Anstalt des öffentlichen Rechts
Stiz Ulm

Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Hans-Jürgen Müller-Arens

Vorstand: Prof. Dr. Richard Hautmann (Vors.),
Prof. Dr. Guido Adler (Stellv.), Albert Schira,
Prof. Dr. Reinhard Marre, Anna Maria Eisenschink

Baden-Württembergische Bank Ulm
Kto.-Nr. 110 130 0000, BLZ 630 201 30
Sparkasse Ulm
Kto.-Nr. 106 478, BLZ 630 500 00

8.4. Kurzanamnese



Universitätsklinikum Ulm

Universitätsklinikum Ulm
Psychotherapie u. Psychosomatische Medizin - D-89081 Ulm

Psychotherapie und Psychosomatische Medizin

Ärztl. Direktor: Prof. Dr. Horst Kächele

Sektion Forensische Psychotherapie
Leiter: Prof. Dr. Friedemann Pfäfflin
Tel.: (+49) (0731) 500-25670/-1
Fax: (+49) (0731) 500-25672
E-mail: pfaeff@sip.medizin.uni-ulm.de
D-89081 Ulm
Am Hochsträß 8

Kurzanamnese

“Test zur Erkennung von Emotionen“

Wunschgeschlecht _____ Alter _____
Biologisches Geschlecht _____
Chiffre _____ Datum _____

Wann traten die Symptome zum ersten Mal auf?

Im Alter von

- weniger als 10 Jahren
 10 bis 20 Jahren
 mehr als 20 Jahren

Seit wie viel Monaten befinden Sie sich deswegen in Behandlung?

Haben Sie Ihre Geschlechts-Rolle verändert? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat/Jahr haben Sie den Rollenwechsel vollzogen?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit regelmäßig ein?

Universitätsklinikum Ulm
Anstalt des öffentlichen Rechts
Sitz Ulm

Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Hans-Jürgen Müller-Arens

Vorstand: Prof. Dr. Richard Hautmann (Vors.),
Prof. Dr. Guido Adler (Stellv.), Albert Schira,
Prof. Dr. Reinhard Marre, Anna Maria Eisenschink

Baden-Württembergische Bank Ulm
Kto.-Nr. 110 130 0000, BLZ 630 201 30
Sparkasse Ulm
Kto.-Nr. 106 478, BLZ 630 500 00

8.5. Bem Sex-Role-Inventory (BSRI)

BSRI

Name:

Datum:

Biol. Geschlecht: männlich weiblich

Ambulanznummer:

Teil 1

Auf den folgenden Seiten sind eine Reihe von Eigenschaften aufgeführt. Sie sollen sich mit Hilfe dieser Eigenschaften selbst beschreiben.

Geben Sie bei jeder Eigenschaft anhand der folgenden Skala an, wie sehr die jeweilige Eigenschaft auf Sie zutrifft:

nie oder fast nie	gewöhnlich nicht	manchmal aber selten	gelegentlich	oft	meistens	immer
-------------------	------------------	----------------------	--------------	-----	----------	-------

Zum Beispiel:

Wenn Sie meinen, manchmal aber selten entspannt zu sein, kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an:

	nie oder fast nie	gewöhnlich nicht	manchmal aber selten	gelegentlich	oft	meistens	immer
entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie meinen, nie oder fast nie pedantisch zu sein, kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an:

	nie oder fast nie	gewöhnlich nicht	manchmal aber selten	gelegentlich	oft	meistens	immer
pedantisch.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Denken Sie daran, daß es keine richtige oder falsche Antwort gibt. Antworten Sie so, wie Sie sich zur Zeit sehen.

B S R I

Geben Sie bei jeder Eigenschaft an, wie sehr sie für Sie zutrifft:

	nie oder fast nie	gewöhn- lich nicht	manch- mal aber selten	gele- gentlich	oft	meistens	immer
1. vertrauenswürdig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. bin bereit, etwas zu riskieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. trete bestimmt auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. unhöflich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. stumpf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. weichherzig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. verteidige die eigene Meinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. vergeßlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. romantisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. bescheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. respektinflößend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ehrgeizig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. gründlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. leidenschaftlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. verspielt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. eingebildet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. sachlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. steif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. habe Führungseigenschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. herzlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. teilnahmslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. wetteifernd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. unerschrocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. gesund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. sinnlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. abhängig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. furchtlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. gesellig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. verführerisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geben Sie bei jeder Eigenschaft an, wie sehr sie für Sie zutrifft:

	nie oder fast nie	gewöhn- lich nicht	manch- mal aber selten	gele- gentlich	oft	meistens	immer
31. konsequent.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. selbstaufopfernd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. benutze keine barschen Worte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. kraftvoll.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. nervös.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. gesetzestreu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. glücklich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. zeige geschäftsmäßiges Verhalten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. sicher.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. nachgiebig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. gewissenhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. feinfühlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. fröhlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. überspannt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. achte auf die eigene äußere Erscheinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. empfindsam.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. hartnäckig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. bemühe mich, verletzte Gefühle zu besänftigen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. liebe Sicherheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. zuverlässig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. kann andere kritisieren ohne mich dabei unbehaglich zu fühlen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. scharfsinnig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. unpraktisch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. empfänglich für Schmeicheleien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. entschlossen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. geschickt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. nicht leicht beeinflussbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. aufmerksam.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. fleißig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. intelligent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil 2

Auf den zwei folgenden Seiten sind einige der Eigenschaften aufgeführt, die Sie schon kennen. Jetzt sollen Sie aber etwas ganz anderes angeben.

Geben Sie bitte für jede Eigenschaft an, ob Sie mehr oder weniger davon haben möchten, oder ob Sie davon genug haben.

Machen Sie ein Kreuz in der entsprechenden Spalte.

Zum Beispiel:

Wenn Sie weniger sentimental sein möchten:

	mehr	genug	weniger
sentimental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Wenn Sie von der Eigenschaft „kann leicht Gefühle ausdrücken“ mehr haben möchten:

	mehr	genug	weniger
kann leicht Gefühle ausdrücken.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B S R I

Geben Sie bitte für jede Eigenschaft an, ob Sie mehr oder weniger davon haben möchten, oder ob Sie davon genug haben:

	mehr	genug	weniger
61. habe Führungseigenschaften.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. romantisch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. trete bestimmt auf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. abhängig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. ehrgeizig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. weichherzig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. respektinflößend.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. bemühe mich, verletzte Gefühle zu besänftigen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. kann andere kritisieren ohne mich dabei unbehaglich zu fühlen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. glücklich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. verteidige die eigene Meinung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. feinfühlig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. entschlossen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. sinnlich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. sachlich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. fröhlich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. nicht leicht beeinflussbar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. nachgiebig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. unerschrocken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. bescheiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B S R I

Geben Sie bitte für jede Eigenschaft an, ob Sie mehr oder weniger davon haben möchten, oder ob Sie davon genug haben:

	mehr	genug	weniger
81. intelligent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. empfänglich für Schmeicheleien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. hartnäckig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. empfindsam.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. bin bereit, etwas zu riskieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. selbstaufopfernd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. kraftvoll.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. benutze keine barschen Worte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. furchtlos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. verspielt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. scharfsinnig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. verführerisch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. wetteifernd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. achte auf die eigene äußere Erscheinung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. sicher.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. leidenschaftlich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. zeige geschäftsmäßiges Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. herzlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. konsequent.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. liebe Sicherheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.6. Toronto Alexithymie Skala (TAS)

TAS

Toronto Alexithymie Skala (autorisierte dt. Version)

Anleitung:

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 nur diejenige Antwort an, die am besten auf Sie persönlich zutrifft:

- 1 - trifft gar nicht zu
- 2 - trifft eher nicht zu
- 3 - trifft teilweise zu und teilweise nicht zu
- 4 - trifft eher zu
- 5 - trifft völlig zu

	Zu jeder Vorgabe eine Antwortkennziffer ankreuzen	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
1	Wenn ich weine, weiß ich immer warum.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2	Tagträumen ist Zeitverschwendung.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3	Ich wünschte, ich wäre nicht so schüchtern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4	Mir ist oft unklar, was ich gerade fühle.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5	Ich habe oft Tagträume über die Zukunft.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6	Ich glaube, ich kann genauso leicht wie andere Freundschaften schließen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7	Es ist wichtiger, Lösungen für Probleme zu kennen, als zu wissen, wie die Lösungen entstanden sind.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8	Es ist schwierig für mich, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9	Ich teile anderen Menschen gerne meinen Standpunkt zu Dingen mit.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10	Ich habe körperliche Empfindungen, die selbst Ärzte nicht verstehen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11	Es reicht mir nicht, daß etwas funktioniert, ohne zu wissen, warum und wie es funktioniert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12	Es fällt mir leicht, meine Gefühle zu beschreiben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13	Ich analysiere Probleme lieber, als sie nur zu schildern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14	Wenn ich aufgeregt bin, weiß ich nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15	Ich nutze sehr viel meine Vorstellungskraft.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16	Ich verbringe viel Zeit mit Tagträumen, wenn ich nichts zu tun habe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17	Ich bin oft verwirrt über meine körperlichen Empfindungen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18	Ich habe selten Tagträume.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19	Ich ziehe es vor, Dinge geschehen zu lassen, als verstehen zu wollen, warum sie gerade passieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20	Ich habe Gefühle, die ich nicht richtig verstehen kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21	Gefühle verstehen zu können ist wesentlich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22	Ich finde es schwierig zu beschreiben, wie ich anderen gegenüber fühle.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23	Andere sagen, ich soll meine Gefühle mehr zeigen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24	Man sollte nach den genaueren Erklärungen suchen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25	Ich weiß nicht, was in mir vorgeht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26	Ich erkenne oft nicht, wann ich wütend bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

© Kupfer, Brähler, Universität Gießen, Leipzig

8.7. Symptom Check List – 90- Revised (SCL-90-R)

9. Symptomfragebogen

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten sieben Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.

Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
2. Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/>				
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht aus dem Kopf gehen	<input type="checkbox"/>				
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/>				
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	<input type="checkbox"/>				
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>				
7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="checkbox"/>				
8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind	<input type="checkbox"/>				
9. Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>				
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit oder Nachlässigkeit	<input type="checkbox"/>				
11. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbar zu sein	<input type="checkbox"/>				
12. Herz- oder Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>				
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>				
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="checkbox"/>				
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>				
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	<input type="checkbox"/>				
17. Zittern	<input type="checkbox"/>				
18. dem Gefühl, daß man den meisten Leuten nicht trauen kann	<input type="checkbox"/>				
19. schlechtem Appetit	<input type="checkbox"/>				
20. Neigung zum Weinen	<input type="checkbox"/>				
21. Schüchternheit und Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="checkbox"/>				
22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	<input type="checkbox"/>				
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>				
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/>				
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>				
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/>				
27. Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>				
28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>				
29. Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/>				
30. Schwermut	<input type="checkbox"/>				

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/>				
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>				
33. Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>				
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/>				
35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	<input type="checkbox"/>				
36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/>				
37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/>				
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig wird	<input type="checkbox"/>				
39. Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/>				
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>				
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>				
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>				
43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/>				
44. Einschlafschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>				
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	<input type="checkbox"/>				
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	<input type="checkbox"/>				
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/>				
48. Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/>				
49. Hitzewallungen oder Kälteschauern	<input type="checkbox"/>				
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	<input type="checkbox"/>				
51. Leere im Kopf	<input type="checkbox"/>				
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input type="checkbox"/>				
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/>				
55. Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>				
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="checkbox"/>				
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	<input type="checkbox"/>				
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	<input type="checkbox"/>				
60. dem Drang, sich zu überessen	<input type="checkbox"/>				

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/>				
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	<input type="checkbox"/>				
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	<input type="checkbox"/>				
64. frühem Erwachen am Morgen.....	<input type="checkbox"/>				
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten wie Berühren, Zählen, Waschen	<input type="checkbox"/>				
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	<input type="checkbox"/>				
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input type="checkbox"/>				
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	<input type="checkbox"/>				
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	<input type="checkbox"/>				
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	<input type="checkbox"/>				
71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist	<input type="checkbox"/>				
72. Schreck- und Panikanfällen	<input type="checkbox"/>				
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	<input type="checkbox"/>				
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	<input type="checkbox"/>				
75. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	<input type="checkbox"/>				
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	<input type="checkbox"/>				
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="checkbox"/>				
78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können	<input type="checkbox"/>				
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>				
80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	<input type="checkbox"/>				
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	<input type="checkbox"/>				
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	<input type="checkbox"/>				
83. dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzten, wenn Sie es zulassen würden	<input type="checkbox"/>				
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	<input type="checkbox"/>				
85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	<input type="checkbox"/>				
86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	<input type="checkbox"/>				
87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	<input type="checkbox"/>				
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	<input type="checkbox"/>				
89. Schuldgefühlen	<input type="checkbox"/>				
90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	<input type="checkbox"/>				