

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DEPERSONALISATION UND DEREALISATION

Störungen des Ich-Bewusstseins – Entfremdungs-Erlebnisse – Unwirklichkeitsgefühl – Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit

Depersonalisation und Derealisation: zwei seelische Störungen mit nachhaltigen psychosozialen Konsequenzen, die entweder für sich allein oder zusammen mit anderen psychischen Krankheitsbildern vorkommen – nicht selten, aber selten erkannt und behandelt. So jedenfalls die Meinung der Fachleute selber. Dabei ist das Leidensbild ungewöhnlich und belastend, wie vor allem die früheren Fachbegriffe bestätigen: Störung des Ich-Bewusstseins, Entfremdungs-Erlebnisse, Unwirklichkeits-Gefühl, Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit u. a. Oder mit den Worten der Patienten: Ich bin nicht mehr ich selber, alles so eigentümlich und fremd um mich herum, fühle nichts mehr, bin abgelöst, komme mir vor, als sei ich nicht dabei, alles erscheint mir unvertraut oder roboterhaft, wie durch dickes Glas oder nur noch zweidimensional, unwirklich, wie in einem Film oder wie auf einer Bühne u.a.m. Kein Wunder, dass die Betroffenen höchst beunruhigt sind und zusätzlich mit hypochondrischen Befürchtungen, Angst, zwanghaftem Grübeln, Depressionen, Rückzug, Vermeidungs-Verhalten und Isolationsneigung reagieren.

Deshalb eine etwas ausführlichere Darstellung: wie man es früher sah und wie man es heute einordnet, weshalb und wo es vorkommt und ob man therapeutisch dagegen etwas unternehmen kann.

Erwähnte Fachbegriffe:

Depersonalisation – Derealisation – Störungen des Ich-Bewusstseins – Entfremdungs-Erlebnisse – Entfremdungs-Erscheinung – Depersonalisations-Neurose – Depersonalisations-Syndrom – Depersonalisations-Störung – Unwirklichkeits-Gefühle – Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit – Störungen der Ich-Vitalität – Störungen der Ich-Aktivität – Störungen der Ich-Konsistenz – Störungen der Ich-Kohärenz – Störungen der Ich-Demarkation

– Störungen der Ich-Abgrenzung – Störungen der Ich-Identität – Störungen des Ich-Bewusstseins – Störungen des Selbstbildes – Störungen des Selbstkonzeptes – Störungen des Persönlichkeitsbildes – Definition der Depersonalisation – Definition der Derealisation – historische Aspekte – allopsychische Depersonalisation – autopsychische Depersonalisation – dissoziative Störungen – Klassifikation von Depersonalisation/Derealisation heute – Beschwerdebild von Depersonalisation/Derealisation – Häufigkeit von Depersonalisation/ Derealisation – Krankheitsverlauf von Depersonalisation/Derealisation – Auslöser von Depersonalisation/Derealisation – geschlechtsspezifische Unterschiede von Depersonalisation/Derealisation – Differentialdiagnose von Depersonalisation/Derealisation: Trance-Praktiken, Temporallappen-Epilepsie, komplex-fokale Epilepsie, Intoxikation (Vergiftung) durch Alkohol, Rauschdrogen oder Medikamente, Panikattacken, soziale Phobien, spezifische Phobien, posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Schizophrenie, schizotypische Persönlichkeitsstörung, schizoide Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung u. a. – Co-Morbidität von Depersonalisation/Derealisation: Persönlichkeitsstörungen, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, anankastische Persönlichkeitsstörung, paranoide Persönlichkeitsstörung, schizotypische Persönlichkeitsstörung, histrionische (hysterische) Persönlichkeitsstörung, schizoide Persönlichkeitsstörung, antisoziale Persönlichkeitsstörung, passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung, Angststörungen, Depressionen, Panikattacken, chronische Schmerz-Syndrome, Tinnitus, Migräne, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, chronische Lungenkrankheiten, Schädel-Hirn-Traumata u. a. – Depersonalisation / Derealisation in der modernen Forschung: neuro-wissenschaftliche, psycho-physiologische, hirn-strukturelle, endokrine, elektro-physiologische, neuro-psychologische u. a. Untersuchungen – ätiologische Modelle über Depersonalisation/Derealisation: genetische, biographische, neuro-biologische, kognitiv-verhaltenstherapeutische, psychodynamische, psychologische u. a. Modelle – Therapie von Depersonalisation/Derealisation: medikamentös (Antidepressiva wie Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Benzodiazepin-Tranquilizer, Opioid-Rezeptor-Antagonisten, Antikonvulsiva (Carbamazepin, Valproat, Lamotrigin u. a.), transkranielle Magnetstimulation, Psychotherapie (z. B. kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie, Psychoedukation usw.) – u.a.m.

Was passiert, wenn man sich nicht gut fühlt? Wenn es einem unwohl ist, wenn man bestimmte Beschwerden oder Beeinträchtigungen hat, vielleicht sogar Schmerzen erleiden muss? Dann sagen wir, „was uns fehlt“ (was eigentlich eine irrtümliche Ausdrucksweise ist, denn es fehlt uns nichts, höchstens Gesundheit, es belastet uns ja etwas). Gleichwohl: In der Regel können wir gezielt ausdrücken, wo es körperliche Probleme gibt.

Körperlich – das aber ist das Stichwort. Denn wenn es sich um seelische Probleme oder – eigentlich besser fassbar – psychosoziale Beeinträchtigungen

handelt, dann wird es schon weitaus schwieriger. Kopf- oder Rückenschmerzen, Atemnot, Durchfall oder Lähmungen, alles relativ leicht beschreibbar. Wie aber steht es mit Ängsten, Stimmungsschwankungen, Freudlosigkeit, Verlangsamung, Unschlüssigkeit, Minderwertigkeits-, Schuld- und Schamgefühlen u.a.m.? Obgleich das eindeutige psychopathologische (also seelisch krankhafte) Hinweise sein können, werden sie erstaunlich selten beklagt. Warum? Weil sie viel schwerer fassbar, erkennbar, ja treffend zu beschreiben und sogar (vom Selbstwertgefühl her) zu akzeptieren sind.

Noch schwieriger wird es bei jenen Krankheitszeichen, die eigentlich unser „Ich“ ausmachen, aber kaum adäquat zu schildern, meist gar nicht bewusst sind, selbst wenn sie beeinträchtigt oder „krankhaft entgleist“ erscheinen. Dazu gehören vor allem die deshalb so benannten *Störungen des Ich-Bewusstseins*. Um was handelt es sich? so die erste Frage. Und die zweite, typisch für unsere Zeit und Einstellung: Ist es überhaupt von Bedeutung, stört oder beeinträchtigt es uns fassbar in irgendeiner Form?

Die Antwort sollten am besten diejenigen geben, die davon betroffen sind. Und das sind zum einen nicht wenige, zum anderen sehr bedauernswerte Opfer dieser krankhaften Entwicklung und nicht zuletzt die Ärzte und Psychologen, die sich mit diesem Leidensbild und ihren Konsequenzen diagnostisch und therapeutisch zu beschäftigen haben. Nachfolgend deshalb ein etwas ausführlicherer Beitrag, der vermutlich nur die dafür zuständigen Experten, vielleicht noch den einen oder anderen interessieren dürfte, der sich hier in irgendeiner, in der Regel also schwer fassbaren Form beeinträchtigt sieht.

STÖRUNGEN DES ICH-BEWUSSTSEINS

Die Störungen des Ich-Bewusstseins gehören in den Fachbereich der Psychiatrie, treffender: der Psychopathologie, also der psychiatrischen Krankheitslehre. Sie zählen zu den schwierigsten krankhaften Phänomenen im seelischen Bereich. Aus diesem Grund sind sie sogar manchen - eigentlich dafür zuständigen - Experten nicht gerade „alltags-geläufig“, meinen nicht wenige aus ihrer eigenen Zunft. Sie sind aber in der Tat auch überaus schwer zu erkennen, ja, zu begreifen, einzuordnen und gezielt zu behandeln. Was sagen deshalb die Psychopathologen, z. B. der Psychiater Prof. Dr. Christian Scharfetter von der Psychiatrischen Universitäts-Klinik Zürich in seinem Fachbuch *Psychopathologie* (Thieme-Verlag, Stuttgart 2003)? Der „Nestor der deutschsprachigen Psychopathologie“ ist sich der Schwierigkeiten dieser Materie bewusst. Deshalb bietet er erst einmal folgende Definitionen an:

- *Ich-Bewusstsein* ist die Gewissheit des wachen, bewusstseins-klaaren Menschen: „Ich bin ich selber“. Dabei ist zu betonen:

- Wir *haben* nicht Bewusstsein, sondern *sind* selber Bewusstsein. Wir *haben* nicht ein Ich-Bewusstsein, sondern *sind* Ich-Bewusstsein. Wir *haben* nicht ein Ich, sondern *sind* selber dieses Ich.

Das macht dieses Phänomen so schwer fassbar. Denn das Ich ist ein Abstraktum, das für das menschliche Selbst-Sein steht. In diesem Sinne werden hier „Ich“ und „Selbst“ auch bedeutungsgleich gebraucht (im Gegensatz beispielsweise zur psychoanalytischen Lehre, bei der diese beiden Begriffe unterschiedlich definiert sind).

Eine Zerlegung des Ich-Bewusstseins in verschiedene Dimensionen erscheint für den Gesunden nicht zwingend. Sie sind für ihn selbstverständlich, zumindest solange er sich in natürlicher Beziehung zu Menschen und Dingen seiner Umgebung befindet. Das kann sich aber rasch ändern, z. B. in einem Drogen-Rausch durch Haschisch, LSD u. ä., wo auch beim Gesunden in kurzer Zeit die Dimensionen des Ich-Bewusstseins in Frage gestellt werden können.

Bei seelisch Kranken sind diese Ich-Bewusstseins-Dimensionen aus pathologischen Ursachen heraus gestört. Einige Hinweise darauf finden sich im nachfolgenden Kasten.

STÖRUNGEN DES ICH-BEWUSSTSEINS aus psychopathologischer Sicht

- **Störungen der Ich-Vitalität:** Das Gefühl der eigenen Lebendigkeit geht zurück oder verloren, kann aber auch unrealistisch gesteigert sein (z. B. in der manischen Hochstimmung). Entfremdung vom eigenen Selbst-Sein und seiner Welt kann den Weg in den Wahn bahnen. – Beispiele: Störungen der Ich-Vitalität bis hin zu Ich-Vitalitäts-Verlust sind möglich bei Depressionen jeder Art, bei Schizophrenien und schizophrenie-artigen toxischen (Vergiftungs-)Psychosen u. a.
- **Störungen der Ich-Aktivität:** Vom gestörten Denken, Fühlen, Wahrnehmen über die Bewegung (z. B. gehemmt, gebremst, verzögert, blockiert) bis zum Verlust der selbstverständlichen Gewissheit, sich selber noch wahrzunehmen, zu erleben, erfahren, fühlen, aber auch zu denken, etwas zu tun oder unternehmen zu können. Bei schweren Störungen des Leibgefühls ist sogar die Orientierung im eigenen Körper nicht mehr möglich. Das führt dann zu entsprechenden Reaktionen wie Stereotypien, d. h. automatenhafte Nachahmung von Bewegungen anderer bzw. Wiederholung vorgespochener Laute oder Worte bis hin zur seelisch-körperlichen Erstarrung oder gar zum Verstummen; aber auch zum Gegenteil, einem Erregungszustand. Beispiele: Schizophrenien, toxische (Vergiftungs-)Psychosen, epileptische Psychosen, Depressionen u. a.

- **Störungen der Ich-Konsistenz und Ich-Kohärenz:** Der Betroffene erlebt sich nicht mehr als Einheit, als zusammengehöriges Ganzes von bestimmter (menschlicher) Beschaffenheit und Kontinuität/Kohärenz, sondern innerlich zerrissen, auseinander gezogen, geteilt, verdoppelt, zersplittert, aufgelöst. Folge: Erstarrung oder Panik. Vielleicht sogar Verdoppelungs- oder Vervielfachungs-Wahn, Untergangswahn u. a. Beispiele: Schizophrenie und schizophrenie-artige Vergiftungs-Psychosen.

- **Störungen der Ich-Demarkation (Ich-Abgrenzung):** Der Betroffene ist sich nicht mehr seines Eigenbereichs bewusst und damit auch nicht mehr sicher, was er selber ist. Er kann nicht mehr zwischen Ich und Nicht-Ich unterscheiden, abgrenzen, markieren. Die Ich-Grenze wird entweder zur Mauer (= Einsamkeit, Isolation, Autismus) oder bricht zusammen (schutzloses Überschwemmtwerden „von außen“). Auf jeden Fall kann man nicht mehr unterscheiden: Was ist Realität, was bilde ich mir ein? Die Realitäts-Kontrolle geht verloren, der Betroffene fühlt sich ausgesetzt, schutzlos allen Außeneinflüssen preisgegeben.

Folge: Entfremdung, Verlorenheit, Ausgesetztheit, Verlust der zwischenmenschlichen Kommunikations-Fähigkeit und damit Vereinsamung, Rückzug, Isolation mit Mutismus (Verstummen), Autismus (krankhafte Selbstbezogenheit), ggf. seelisch-körperlicher Erstarrung (Stupor) oder Erregung (Raptus). Oder als Wahnbildung gefühlter Fremdheit, Unvertrautheit (Wahn-Stimmung), des schutzlosen Ausgeliefertseins (Fremdbeeinflussung oder gar Verfolgungswahn) u. a. Beispiele: meist schizophrene oder schizophrenie-artige toxische (Rauschdrogen-)Psychosen.

- **Störungen der Ich-Identität:** Gestörtes Bewusstsein der eigenen Identität, was Gestalt, Geschlecht, Mimik, Abstammung, Funktion, Rolle und Kontinuität betrifft (normalerweise von Geburt bis heute der gleiche Mensch). Folge: Unsicherheit über das Selbst-Sein, Gefühl der Ferne, Distanz, Fremdheit, Unvertrautheit sich selber gegenüber (siehe Depersonalisation) bis hin zur entsetzten Gewissheit: „Ich bin gar nicht mehr ich selber“.

Anstelle der verloren gegangenen Identität kann eine neue treten, aber nur wahnhaft. Der Kranke wähnt jetzt ein anderer zu sein, als er in Wirklichkeit ist. Beispiele: Meist Schizophrenie, aber auch (früher endogen genannte) Depression, körperlich begründbare Psychosen u. a.

- **Depersonalisation:** siehe dieses Kapitel.

- **Derealisation:** siehe dieses Kapitel.

Weitere Störungen des Ich-Bewusstseins

Laut Psychopathologie gehören außerdem zu den Störungen des Ich-Bewusstseins auch Störungen des Selbstbildes/Selbstkonzeptes/Persönlichkeitsbildes. Oder konkret: Wie einer sich selber sieht, was er von sich hält, welches Persönlichkeitsbild er von sich hat.

Dazu zählen beispielsweise Wesensänderung/Persönlichkeitswandel, Zwänge, eingebrochenes Selbstwertgefühl, Störungen der Ich-Stärke u. a.

Weitere Einzelheiten, insbesondere zum Thema *Wahn* siehe das ausführliche Kapitel in dieser Serie.

Zu den wissenschaftlich interessantesten, klassifikatorisch schwierigsten, für die Betroffenen aber auch leidvollsten Phänomenen in diesem Sinne gehören die beiden Syndrome (also Beschwerdebilder mit zusammengehörigen Krankheitszeichen) 1. Depersonalisation und 2. Derealisation. Im Einzelnen:

DEPERSONALISATION UND DEREALISATION

Als erstes eine populär-medizinische Kurz-Definition, damit man sich unter diesen beiden Phänomenen etwas vorstellen kann, bevor sich eine ausführlichere Darstellung mit geschichtlichen Aspekten, Definitionen, Klassifikationen, epidemiologischen Erkenntnissen, mit Beschwerdebild, Verlauf, Differentialdiagnose, Therapie u. a. anschließt.

Die kürzeste **Definition** einer Depersonalisation lautet: „Ich bin nicht mehr ich selber“. Und die der *Derealisation*: „Alles so eigentümlich und fremd um mich herum“. Dass es damit nicht getan ist, beweisen die folgenden Seiten, aber jetzt weiß man wenigstens in etwa, um was es sich handelt.

Oder nicht? Denn wenn man die Experten dazu konkret befragen würde, d. h. Nervenärzte, Psychiater, psychotherapeutisch tätige Psychologen u. a., sehr viel treffenderes käme dabei wohl nicht heraus, vermuten die Fachleute selber. Denn es hat etwas Eigenartiges auf sich mit diesen beiden psychopathologischen (seelisch krankhaften) Phänomenen, nicht nur als Leidensbild für die Patienten, auch als Krankheits- oder Störungsbild für die Therapeuten.

Einerseits gehört es zur Grundlage der Psychopathologie (also psychiatrischen Krankheitslehre), wird auch dort regelmäßig abgehandelt, meist auch als gar nicht so selten registrierbar eingestuft, als durchaus belastend akzeptiert – aber auch irgendwie unzureichend konkretisiert. Es herrscht eine „eigentümliche Vernachlässigung dieser Phänomene in Klinik und Wissenschaft“

stellen auch Privatdozent Dr. med. Matthias Michal und Dr. Manfred E. Beutel von der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Mainz in ihrem aufschlussreichen Beitrag über *Depersonalisation/Derealisation – Krankheitsbild, Diagnostik und Therapie* in der Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 55 (2009) 113 fest, die Grundlage nachfolgender Ausführungen.

Das zeigt sich schon in den Angaben über die Häufigkeit dieser Leidensbilder, die sogar in der US-amerikanischen „Bibel“ der Psychiatrie, dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – DSM-IV als „unbekannt“ eingestuft wird. Dabei gibt es schon seit rund vier Jahrzehnten Hinweise darauf, dass diese Phänomene nicht selten vorkommen, wenngleich zu meist im Rahmen anderer seelischer Leiden, weniger als eigenständige Störung. Und dies, obwohl die ersten Beschreibungen deutlich älter sind, als die der meisten anderen psychischen Erkrankungen (s. u.).

Deutlich wird diese Vernachlässigung an der so genannten Publikations-Praxis, oder auf deutsch: Wie viele wissenschaftliche Arbeiten wurden in welchem Zeitrahmen zu diesem Thema veröffentlicht? Die Antwort: für sich genommen zwar in den letzten 25 Jahren weltweit fast 400, was aber gemessen an rund 1.000-mal so vielen wissenschaftlichen Veröffentlichungen im gleichen Raum über seelische Störungen generell ein erstaunlich geringer Prozentsatz ist. Immerhin scheint das Interesse ein wenig anzuziehen.

Historische Aspekte

Das Phänomen der Depersonalisation und Derealisation dürfte so alt sein wie die Menschheit. Sicher gibt es auch schon frühere Beschreibungen, wissenschaftlich fassbar aber scheint es erstmals(?) 1873 geworden zu sein, als ein ungarischer HNO-Arzt es im Rahmen eines psychosomatischen Beschwerdebildes mit Angst, Erschöpfung und Niedergeschlagenheit als „Unwirklichkeitsgefühl“ schilderte. Für dieses Syndrom wurde dann Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts wohl erstmals der Begriff der „Depersonalisation“ eingeführt, entlehnt aus der schöngeistigen Literatur, die „Entfremdungs-Erlebnisse“ bzw. generell ein „Entfremdungs-Erleben“ schon früher durchaus einprägsam und zutreffend schilderte. Später, im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts soll dann aus britischer Feder schließlich die Derealisation als Fach-Bezeichnung für verändertes Erleben der Außenwelt eingeführt worden sein.

Diese Entfremdungs-Phänomene können sämtliche seelischen, psychosomatisch interpretierbaren, körperlichen und psychosozialen Bereiche betreffen.

Eine sehr eindrucksvolle Schilderung gibt beispielsweise der Arzt Dr. P. Schilder in seiner Monographie über „Selbstbewusstsein und Persönlichkeitsbewusstsein“ als „einen Zustand, in dem das Individuum sich gegenüber seinem früheren Sein durchgreifend verändert fühlt. Diese Veränderung erstreckt sich

sowohl auf das Ich, als auch auf die Außenwelt und führt dazu, dass das Individuum sich als Persönlichkeit nicht anerkennt. Seine Handlungen erscheinen ihm automatisch. Er beobachtet als Zuschauer sein Handeln und Tun. Die Außenwelt erscheint ihm fremd und hat ihren Realitätscharakter verloren“. Sehr gut schon damals beobachtet und heute von den Betroffenen beispielsweise als „Zuschauer-Position“ oder „im Theater vor einer Bühne sitzend“ beschrieben.

Ähnlich fasste es auch Dr. K. Haug vor rund acht Jahrzehnten auf, unterteilt in autopsychische, somatopsychische und allopsychische Depersonalisations-Phänomene. Autopsychische („selbst-seelische“) Depersonalisation äußert sich in der Abschwächung der Gefühlsregungen im Sinne von „ich fühle nichts mehr“ bzw. in der Abgelöstheit von den eigenen Erinnerungen wie „es kommt mir vor, als wenn ich nicht dabei gewesen wäre“. Der Verlust des sinnlichen Vorstellungs-Vermögens wird „übersetzt“ in „ich scheine nicht fähig zu sein, mir Dinge bildlich vorzustellen, z. B. das Gesicht eines vertrauten Freundes oder eines vertrauten Ortes“. Und was die eigene Intentionalität, also zielgerichtete Fähigkeit zu einer Absicht anbelangt, so empfindet der Betroffene sein Bewegungsmuster wie ein „Automat“.

In somatopsychischer („seelisch-körperlicher“) Hinsicht geht es vor allem um ein verändertes Körper-Erleben: „Ich fühle mich ausgehöhlt“ oder „so leicht, als ob ich keinen Körper hätte“ bzw. „es kommt mir vor, als ob es der Schmerz eines anderen wäre“.

Die allopsychische Depersonalisation geht dann in der Derealisation auf: „Gefühl, wie durch dickes Glas zu sehen“ oder „als ob alles nur noch zweidimensional sei“ bis hin zu einem grundlegend veränderten Umwelt-Bezug: als sei alles so unwirklich, als ob man in einem Film mitspiele.

Diese an sich historischen Schilderungen zeigen aber auch, was der modernen Symptomatik-Dokumentation leider immer häufiger abzugehen pflegt, nämlich eine plastische, alltags-bezogene Darstellung, wie sie gerade bei seelischen Störungen mit psychosomatischen und psychosozialen Konsequenzen besonders wichtig ist, will man sich in diese schwer nachvollziehbare „Leidens-Materie“ eindenken, einfühlen und damit diagnostisch und therapeutisch hilfreich einbringen.

Fazit: Unter einer Depersonalisation verstand man schon früher das Gefühl von „ich bin nicht mehr ich selber“, „irgendetwas ist mit mir los, das mich vom normalen Fühlen, Denken und damit Kommunizieren, einordnen, Leistungs-Erbringen usw. abzudrängen droht“.

Bei genauem Nachfragen zeigte sich dann schon damals, dass diese Entfremdung von sich selber (De-Personalisation) auch eine Entfremdung der menschlichen und sachlichen Umwelt nach sich zieht (De-Realisation). Das fassen die Psychiater inzwischen unter den Ich-Erlebnisstörungen zusammen,

also sich selbst ferne, entfremdet, unvertraut, schattenhaft, unlebendig und unwirklich vorkommend. Sehr treffend auch die Konsequenz, ausgedrückt in der Charakterisierung: Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit“ oder allgemein-verständlich: Alles ist plötzlich anders – aber wie und warum eigentlich? Und vor allem: Was heißt das für mich und wie gehe ich damit um – insbesondere im Alltag.

Klassifikations- und Diagnose-Vorschläge heute

Wenn Depersonalisation und Derealisation selbst heute kein Thema vorrangigen wissenschaftlichen Interesses zu sein scheinen, gibt es gleichwohl über die entsprechenden Consensus-Konferenzen (die sich also international um eine diagnostische Übereinstimmung bemühen) konkrete Vorschläge, vor allem von den beiden ton-angebenden Institutionen Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 und Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) mit ihrem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR. Beide streben zwar eine zunehmende Vereinheitlichung ihrer Lehr-Empfehlungen weltweit an, was auch mehr und mehr zu gelingen scheint, belasten aber ihr Ziel-Publikum von Ärzten, Psychologen, Pflegekräften, Sozialarbeitern u. a. dennoch mit unterschiedlichen Einordnungen, manchmal sogar Definitions-Variationen.

So finden sich Depersonalisations- und Derealisations-Syndrome bzw. -Störungen in der ICD-10 der WHO in dem Kapitel „Sonstige neurotische Störungen“ (wobei – nebenbei bemerkt – die Neurosen ja sowohl von der WHO als auch APA fast ersatzlos gestrichen und die natürlich fortbestehende Patienten-Klientel auf andere Krankheitsbilder/Störungen aufgeteilt wurden, ein letztlich noch nicht abschließend verarbeitetes Kapitel moderner Klassifikations-Versuche).

In der DSM der APA kommen die Depersonalisationsstörungen (früher als Depersonalisations-Neurose oder Depersonalisations-Syndrom bezeichnet, die Derealisation nur untergeordnet) im Kapitel der so genannten dissoziativen Störungen unter (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie).

Nachfolgend eine kurze tabellarische Übersicht.

Diagnostische Kriterien nach ICD-10 und DSM-IV	
Depersonalisations- und Derealisations- Störungen nach ICD-10 der WHO	Die Depersonalisationsstörung nach DSM-IV-TR der APA

1. Depersonalisation: Der Betroffene beklagt, dass seine geistige Aktivität, sein Körper oder die Umgebung sich in ihrer Qualität verändert haben, unwirklich, wie in weiter Ferne oder automatisiert erlebt werden. Er kann das Gefühl haben, nicht länger sein eigenes Denken, seine eigenen Vorstellungen oder Erinnerungen zu erleben, dass seine Bewegungen und sein Verhalten irgendwie nicht seine eigenen seien, dass sein Körper leblos, losgelöst oder sonst anormal sei, dass die Umgebung ohne Farbe und das Leben künstlich oder wie auf einer Bühne erscheine, auf der Menschen erfundene Rollen spielen.

In einigen Fällen fühlt sich der Betroffene, als ob er sich mit Abstand selbst zuschauen, oder als ob er tot sei.

Am häufigsten ist die Klage über den Gefühlsverlust.

2. Derealisation: Der Betroffene klagt, dass die Objekte, Menschen und/oder die Umgebung unwirklich und fern erscheinen, dabei künstlich, farblos, wenn nicht gar leblos u. a. Alles kann verzerrt, stumpf oder wie auf einer Bühne gespielt imponieren.

Wichtig: Alles bei klarem Bewusstsein und ohne toxischen (Vergiftungs-)Verwirrheitszustand, ohne Epilepsie u. a. Der Betroffene akzeptiert, dass hier ein subjektiver und spontaner Wechsel eingetreten ist, der nicht von äußeren Kräften oder anderen Personen verursacht ist. Es besteht also eine Krankheits-Einsicht (ja, hier stimmt mit mir etwas nicht; und nicht etwa: was geschieht hier beispielsweise durch „böse Mächte“ mit mir?).

Diese Diagnose sollte nicht gestellt werden, wenn das Syndrom im Rahmen einer anderen psychischen Störung auftritt (...), infolge einer Intoxikation mit Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen, bei einer Schizophrenie (...), einer affektiven Störung, einer Angststörung oder bei anderen Zuständen (wie einer deutlichen Müdigkeit, einer

A. Andauernde oder wiederkehrende Erfahrungen, die sich von den eigenen geistigen Prozessen oder vom eigenen Körper losgelöst oder sich wie ein außenstehender Beobachter der eigenen geistigen Prozesse oder des eigenen Körpers zu fühlen (z. B. sich fühlen, als sei man in einem Traum).

B. Während der Depersonalisations-Erfahrung bleibt die Realitätsprüfung intakt.

C. Die Depersonalisation verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

D. Das Depersonalisations-Erleben tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer anderen psychischen Störung auf wie Schizophrenie, Panikstörung, Akute Belastungsstörung oder eine andere Dissoziative Störung, und geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Drogen, Medikamente) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück (z. B. Temporallappen-Epilepsie).

Hypoglykämie oder unmittelbar vor oder nach einem epileptischen Anfall). Diese Syndrome treten im Verlauf vieler psychischen Störungen auf (...).

Auch die modernen Klassifikationen geben also sehr differenzierte Symptome (Krankheitszeichen) an. Doch werden Depersonalisation und Derealisation als eigenständige Störungen nur dann akzeptiert, wenn sie auch ein eigenständiges Krankheitsbild darstellen, und nicht „nur“ Symptom eines anderen Leidens wie Schizophrenie, Depression, Angststörung, Alkohol- oder Rauschdrogen-Vergiftung u. a. Das wirft eigene Probleme in Bezug auf Erkennen und Abgrenzen (Fachbegriff: Differentialdiagnose) auf, wie später noch ausführlicher dargestellt werden soll.

Unterschiedliche Einteilungs-Empfehlungen

So nimmt es nicht Wunder, dass die Depersonalisation und Derealisation zwar meist als Ich-Erlebnisstörungen eingeteilt und akzeptiert, daneben aber noch andere Klassifikations-Vorschläge diskutiert wurden. Im Einzelnen:

- So empfahl man beispielsweise drei verschiedene Aspekte der Depersonalisation zu unterscheiden:
 1. Eine *innere Distanz* zwischen der Beobachtungs-Instanz („innerer Zeuge“) und dem beobachteten Teil des Selbst (wie erwähnt: verschiedene Definitionen, am besten verständlich als Gesamtheit des Psychischen bei einem Menschen). Diese innere Distanz kann bis zum Gefühl der Fremdheit wachsen. Sie kann sich auf das eigene körperliche Spüren, die Gefühlszustände und die Ich-Zustände beziehen. Diese Art von Depersonalisation entspricht also einer Form von Selbst-Distanz bzw. Selbst-Entfremdung. Manchmal kann dies auch in eine überzogene Selbst-Beobachtung oder Selbst-Kontrolle münden.
 2. Bisweilen wird die Depersonalisation auch mit einer Art *reduzierten Vitalität* gleichgesetzt: Die vitalen Gefühle, das körperliche Spüren, die Gefühle überhaupt fühlen sich nicht so lebendig an, wie man es sonst gewohnt ist.
 3. Ein dritter Typ von Depersonalisation betrifft nach dieser Unterscheidung vorwiegend das Gefühl von *Irrealität: Mein Gesicht, meine Hände, mein Körper erscheinen in irgendeiner Weise verschieden von der bisher gewohnten Art*. Dieses Gefühl *bezieht sich hauptsächlich auf konkrete Objekte, also den Körper oder Teile von ihm, weniger auf mentale (geistig-seelische) Fakte*. Diese Form von Depersonalisation ist fast immer mit Derealisation kombiniert: Die Umgebungs-Objekte scheinen verändert, anders ge-

genüber dem Zustand vorher, umwelt-entfremdet, unvertraut und unwirklich (z. B. wie künstlich, aus Plastik, wie gemalt, nicht wirklich usw.).

- Später wurden im Rahmen der hierarchisch angelegten Diagnose-Regeln die Begriffe der primären und sekundären Depersonalisation eingeführt. Unter einer *primären Depersonalisation* verstand man die eigenständige Störung, während die *sekundäre Depersonalisation* im Rahmen bzw. als Symptom einer anderen Störung auftritt. In Bezug auf Letzteres zeigten sich allerdings keine Unterschiede von primärer bzw. sekundärer Depersonalisation was den Schweregrad des Entfremdungs-Erlebens sowie das Ausmaß der gleichzeitig vorhandenen Angst und Depressivität anbelangt.
- Weitere Unterscheidungs- oder Aufteilungs-Vorschläge basieren auf Depersonalisation und Derealisation als Folge eines traumatischen Ereignisses (Fachbegriff: peritraumatische Dissoziation). – Als enge Verbindung zwischen phobischer Angst und Depersonalisation (Fachbegriff: phobisches Angst-Depersonalisations-Syndrom mit zusätzlichen Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, mit Grübelneigung und depressiver Verstimmung). – Als eigenartiger Diskrepanz zwischen der beklagten traurigen Verstimmung und einem aber nur geringen objektiv erheblichen Befund (als „Entfremdungs-Depression“ bezeichnet, da von Gefühllosigkeit, Unfähigkeit zu lebhaften Vorstellungsbildern, Energielosigkeit, rascher Erschöpfbarkeit und einen alles durchdringenden Verlust der Lebendigkeit geprägt).
- Schließlich findet man nicht selten im Alltag von Klinik und Praxis/Ambulanz den Begriff „Dissoziation“ bzw. „dissoziative Störung“. Das aber sollte man auseinander halten, empfehlen die Experten. Denn wenn auch im DSM-IV-TR der APA (s. o.) die Depersonalisationsstörung unter den dissoziativen Störungen gelistet wird, unterscheiden sich jedoch beide nicht unerheblich. Depersonalisation ist ein Zustand der Abgelöstheit, während die eigentlichen dissoziativen Störungen einen Zustand der Abschottung repräsentieren. Als Beispiel nennen die Doktoren M. Michal und M. E. Beutel in ihrem zitierten Weiterbildungs-Artikel das Erinnerungs-Vermögen: Bei einer dissoziativen Störung des Gedächtnisses findet sich eine vollständige oder selektive Amnesie (Erinnerungslosigkeit, also „Abschottung“ von den persönlichen Erinnerungen). Bei einer Depersonalisation bleibt dagegen der kognitive (geistige) Zugriff auf die Gedächtnisinhalte erhalten. Was sich jedoch verändert ist die emotionale (Gemüts-)Einstellung zur Erinnerung durch das Phänomen der Abgelöstheit (sprich: „es kommt mir vor, als ob ich nicht dabei gewesen wäre, auch wenn ich mich noch daran erinnern kann“).

Wer diesen Ausführungen bis hierher gefolgt ist, wird allerdings zugeben müssen: ein schwieriges Kapitel der Psychopathologie, kein Wunder, dass es selten (und ungern?) differenzierter angegangen, abgeklärt, beschrieben und eingeteilt wird. Dabei gibt es allerdings eine Reihe von Selbst-Beurteilungs- sowie

Fremd-Beurteilungs-Instrumenten zur Erfassung von Depersonalisation und Derealisation, zur Diagnose und zur Einteilung des Schweregrades mit mehr oder weniger trennscharfen Test-Aufgaben und einem zeitlichen Aufwand von drei bis 30 Minuten je nach Erfahrungs-Instrument.

Wie häufig sind Depersonalisation und Derealisation?

Die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) macht es einerseits kurz („unbekannt“, was die Lebenszeit-Prävalenz anbelangt), kommt allerdings zur Belastung „zu irgendeinem Zeitpunkt im Leben zu beachtlichen Häufigkeits-Angaben (s. u.). Die Experten M. Michal und M. E. Beutel von der Universität Mainz bieten in ihrem Übersichts-Artikel mit konkreten Studien- bzw. Literatur-Angaben ein ebenfalls breites Spektrum, wobei ihre anschließende Interpretation eine nachvollziehbare Erklärung nachreicht.

So finden sich für leichter ausgeprägte, so genannte transiente (vorübergehende) Depersonalisations-/Derealisations-Phänomene eine Lebenszeit-Prävalenz zwischen 26 und 74%, wobei die Betonung auf leicht und vorübergehend liegt. Ernstere Beeinträchtigungen sind dafür deutlich seltener, je nach Studie bzw. sogar Nationalität. Hier geht es um einen Häufigkeits-Rahmen von 0,8 bis 5,5%. In einer aktuellen und repräsentativen fragebogen-basierten Untersuchung in der deutschen Allgemeinbevölkerung zwischen 14 und 90 Jahren variierte die Häufigkeit zwischen 1,9 und 9,7%, je nach Belastung bzw. Beeinträchtigung. Auf jeden Fall scheint sich damit die Depersonalisation/Derealisation in jenem Häufigkeits-Rahmen zu befinden, wie wir dies von den Zwangsstörungen kennen (die etwa 2% der Bevölkerung belasten sollen).

Nun gibt es aber auch Hinweise, die dieses Phänomen prozentual zur Bedeutungslosigkeit degradieren, z. B. in der Studie einer großen Ersatzkasse zur ambulanten Versorgung mit 0,007% der erfassten 1,5 Millionen Versicherten. Das stimmt aber nach Aussage der Experten mit Sicherheit nicht. Wo liegt dann aber das Problem dieser Unter-Diagnostizierung der Depersonalisationsstörungen?

- Auf Seiten der Therapeuten, ob Ärzte oder Psychologen, schlägt sicher die fehlende Vertrautheit mit den kennzeichnenden Merkmalen einer Depersonalisations-Störung zu Buche, gleichgültig, ob man jetzt die ICD-10 der WHO oder das DSM-IV-TR der APA zugrunde legt. Oder kurz: ein schwieriges, schwer fassbares Kapitel der Psychopathologie – mit der Konsequenz: selten erfragt, selten erfasst, selten berücksichtigt und vor allem therapiert.
- Natürlich sind diese Phänomene nicht gänzlich unbekannt, doch spricht man ihnen weniger eine eigen-fundierte Selbstständigkeit zu, sondern glaubt eher an ein Symptom im Rahmen einer fest definierten und allseits bekannten seelischen Störung wie Depression oder Angststörung, Schizophrenie oder Suchtkrankheit. Das wird nebenbei unterstützt durch die meis-

ten Lehrbuch-Hinweise und diagnostischen Leitfäden der Psychiatrie und medizinischen Psychologie.

- Nicht uninteressant, vor allem aber folgenschwer ist jedoch die Einstellung der Betroffenen selber. D. h. die Mehrzahl dieser Patienten berichtet kaum spontan von ihren Depersonalisations- und Derealisations-Belastungen, vor allem aus zwei Gründen: Zum einen glauben sie, man könne sie ohnehin nicht verstehen ihnen vor allem nicht glauben, zumal es nachvollziehbarerweise schwer fällt, diese Phänomene in Worte zu fassen, besonders, wenn man krankheitsbedingt belastet und rhetorisch ohnehin nicht besonders begabt sei. Zum anderen, weil man – nicht ohne Grund – fürchtet, für „verrückt“ gehalten und damit als minderwertig und zumindest nicht ernst zu nehmen abgewertet zu werden. Oder kurz: Scham. Mitmenschen mit einer seelischen Störung gehen bekanntlich nicht durch dieselbe Türe wie Kranke mit einem körperlichen Leiden, das muss nicht weiter erörtert werden.

Nun kann im Rahmen einer ambulanten Behandlung, also Praxis oder Ambulanz, auch beim Facharzt, manches untergehen, vor allem was verfügbare Zeit, Kraft und eine Reihe weiterer stress-bedingten Folgen anbelangt. Wie steht es aber im klinischen Bereich, auf einer psychiatrischen Station, die nicht unter diesem Druck diagnostizieren und therapieren muss? Hier gelten die gleichen Einschränkungen bezüglich der Fachleute wie bereits oben dargestellt. Dort aber, wo man sich genauer mit diesem Thema beschäftigt, finden sich in einem Viertel bis einem Drittel der untersuchten Patienten Depersonalisations- / Derealisations-Störungen, wobei es je nach Spezial-Station eigenständige Leiden und/oder sekundäre krankhafte Phänomene im Rahmen einer anderen psychischen Erkrankung sein können. Dies gilt nicht nur für die Erwachsenen-Psychiatrie, sondern auch für die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie, in einzelnen Fällen sogar noch deutlich über den erwähnten Prozentzahlen.

Interessant sind dabei auch neuerdings Hinweise, dass soziokulturelle Faktoren durchaus Einfluss haben können. Gemeint sind zum Beispiel Unterschiede in Nationen, in denen eher eine individualistische Kultur herrscht (wie z. B. in England), im Gegensatz zu mehr kollektivistischen Gesellschaften (in diesem Zusammenhang beispielsweise Kolumbien). Hier herrscht allerdings noch weiterer Forschungsbedarf.

Um aber auf die eingangs erwähnte Häufigkeits-Andeutung der APA zurückzukommen, so enden wir dieses Kapitel mit deren dann doch eindrucksvollen Vermutung: „Zu irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Leben erleben etwa die Hälfte aller Erwachsenen eine einzelne, kurze Episode von Depersonalisation, der üblicherweise eine schwere Belastung voraus geht. Eine vorübergehende Erfahrung von Depersonalisation entwickelt sich in ungefähr einem Drittel der Fälle, in denen Personen lebensbedrohlichen Gefahren ausgesetzt waren und bei annähernd 40% jener Patienten, die wegen einer psychischen Störung behandelt werden müssen“.

Oder kurz: Depersonalisation und Derealisation sind in der Tat nicht selten, werden aber wohl erst nach und nach diagnostisch konkret erfasst – und damit wohl auch erst nach und nach im notwendigen Rahmen gezielt behandelt.

Beschwerdebild

Über das Beschwerdebild von Depersonalisation und/oder Derealisation wurde schon im einleitenden historischen Kapitel berichtet, ergänzt durch den Kasten über die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 und DSM-IV. Um es noch einmal kurz zusammen zu fassen: Störungen des Ich-Bewusstseins, Entfremdungs-Erlebnisse, Unwirklichkeits-Gefühle, Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit u. a.

Oder in früheren griffigen Einzel-Schilderungen: Die eigenen Handlungen erscheinen wie automatisch, man beachtet sein Tun wie ein fremder Zuschauer, die Außenwelt wirkt fremd und hat ihren Realitätscharakter verloren, man kommt sich vor, als sei man nicht dabei gewesen, sieht sich nicht einmal in der Lage, die Dinge bildlich vorzustellen, empfindet sich wie ein Automat, fühlt sich ausgehöhlt oder zumindest so leicht, als ob man keinen Körper hätte, als ob man in einem Film mitspielt, fühlt sich selbst wie von ferne, entfremdet, unvertraut, schattenhaft, unlebendig, unwirklich u. a. – So die früheren Symptom-Schilderungen.

Die modernen Hinweise in der ICD-10 der WHO lauten dagegen (in Stichworten): Als ob sich geistige Aktivität, Körper oder Umgebung in ihrer Qualität verändert hätten, unwirklich, wie in weite Ferne gerückt, alles wie automatisiert erlebt, nicht mit dem eigenen Körper vereinbar, ja, der Körper leblos, losgelöst oder sonst wie anormal sei, die Umgebung ohne Farbe und das Leben künstlich wie auf eine Bühne erscheine, der Betroffene eine frei erfundene Rolle spiele, sich mit Abstand selber zuschauen und gefühllos, wenn nicht gar tot sei, dass Objekte, Menschen oder die Umgebung unwirklich und fern erscheinen, dabei künstlich, wenn nicht gar leblos seien, alles wie verzerrt, stumpf oder wie auf einer Bühne gespielt imponiere u. a. Und das alles – wohl gemerkt – mit Krankheits-Einsicht, d. h. „hier stimmt etwas nicht, und zwar mit mir und durch mich, und nicht etwa durch fremde „böse Mächte“ eingefädelt“.

Im DSM-IV der APA spricht man von der andauernden oder wiederkehrenden Erfahrung, dass die eigenen geistigen Prozesse oder der Körper losgelöst und wie außerhalb, wie im Traum befindlich wahrgenommen werde. Oder Details wie: unheimlich erscheinende Veränderung der Größe oder Form von Objekten (Fachbegriffe: Makropsie oder Mikropsie, d. h. alles größer oder kleiner); oder andere Leute können einem unvertraut oder roboterhaft erscheinen. Häufig damit verbunden sind Angst und depressive Symptome, zwanghaftes Grübeln, hypochondrische Befürchtungen, eine Störung im Zeit-Erleben usf.

Und schließlich von verschiedenen Autoren die Hinweise auf eine dadurch wachsende innere Distanz bis zum Gefühl der eigenen Fremdheit, was Körper, Gefühl und Ich-Zustand anbelangt, also eine Selbst-Entfremdung mit überzogener Selbst-Beobachtung oder Selbst-Kontrolle, die Vitalität reduziert bis hin zu jenem Zustand, bei dem man sich überhaupt nicht mehr fühlt, d. h. sogar Gesicht, Hände, Körper u. a. als unreal empfindet. Auch die Umgebung erscheint dann in diese Entfremdung einbezogen und wirkt unvertraut, unwirklich, künstlich.

Kein Wunder bei dieser erschreckenden Vielfalt von innerer und äußerer Entfremdung, dass sich die Betroffenen – je nach Intensität des Leidensbildes – beeinträchtigt, belastet, gequält, bisweilen sogar in einem regelrechten Wahn verfangen fühlen. Weitere Einzelheiten zu der Frage: selbstständiges Phänomen oder im Rahmen eines konkreten anderen seelischen Leidens siehe später.

Krankheitsverlauf

Der Erkrankungs-Beginn von Depersonalisations- bzw. Derealisations-Störungen wird als relativ früh angenommen. Meist kommen die Betroffenen zwar im Erwachsenenalter in Behandlung, doch wird der wirkliche Beschwerde-Beginn in die Zeit des Heranwachsenden, ja in Jugendzeit, manchmal sogar Kindesalter verlegt. Dadurch liegt das durchschnittliche Erst-Erkrankungsalter bei etwa 16 Jahren.

Der Verlauf ist meist chronisch mit wechselnder Beschwerde-Intensität, bisweilen aber auch episodisch, und dann von recht unterschiedlicher Dauer, d. h. entweder sehr kurz, z. B. nur sekundenlang, mitunter aber auch recht lange, d. h. über Jahre hinweg. Je früher der Beginn, desto schwerer offenbar der weitere Verlauf.

Als **Auslöser** werden zumeist psychosozialer Stress, Rauschdrogen (z. B. Haschisch/Marihuana), ferner Depressionen, Panikattacken oder auch körperliche Erkrankungen genannt. Häufig können aber auch keine direkten Auslöser benannt werden. Depersonalisationen im Gefolge von lebensbedrohlichen Situationen, z. B. Krieg, schwerer Unfall, Opfer eines Gewaltverbrechens u. a. entwickeln sich üblicherweise plötzlich im Rahmen dieses Traumas, also einer seelischen und/oder körperlichen Verwundung.

Geschlechtsspezifisch sollen – im Gegensatz zu anderen seelischen Störungen wie beispielsweise Depressionen und Angsterkrankungen – beide Geschlechter etwa gleich häufig betroffen sein.

Was könnte es sonst noch sein?

Bei den Depersonalisations- und Derealisationsstörungen ist besonders auf eine exakte Differentialdiagnose zu achten: Was könnte es sonst noch sein?

Als erstes führt die Amerikanische Psychiatische Vereinigung (APA) spezifische kulturelle Aspekte an: Dazu gehören willkürlich herbeigeführte Erfahrungen von Depersonalisation oder Derealisation als Teil meditativer oder Trance-Praktiken, wie sie in vielen Religionen und Kulturen vorkommen. Dabei sollen Frauen mindestens doppelt so häufig wie Männer beteiligt sein. Hier sollte man natürlich kein psychopathologisches Phänomen diagnostizieren.

Ansonsten sind es vor allem die körperlichen Folgen bestimmter medizinischer Krankheiten. Dazu gehört zum einen die Epilepsie, konkret die Temporallappen-Epilepsie, heute komplex-fokale Epilepsie genannt. Die Unterscheidung basiert auf Vorgeschichte, Labor- und vor allem EEG-Befund. Zu denken ist auch an eine akute Intoxikation (Vergiftung) durch Alkohol, vor allem aber eine Vielzahl weiterer Substanzen aus der Gruppe der Rauschdrogen. Dabei ist nicht nur die akute Intoxikation, sondern auch der Entzug von Bedeutung. Allerdings können bestimmte Substanzen auch die Symptome einer bereits bestehenden Depersonalisation intensivieren. Hier käme dann eines zum anderen.

Wie bereits erwähnt ist es vor allem eine Reihe von seelischen Störungen, bei denen Depersonalisations- und Derealisations-Phänomene durchaus häufig dazu gehören, wenn man nur gezielt danach fragt. Beispiele: Panikattacken, soziale Phobien, spezifische Phobien, posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen sowie Schizophrenien u. a. Dabei gibt es aber charakteristische Unterscheidungsmerkmale: Im Gegensatz zur Schizophrenie wird beispielsweise bei einer Depersonalisations-Störung die Realitätsprüfung intakt bleiben und auch als solche ausdrücklich betont (man sitzt also nicht in einem Theater, sondern man kommt sich nur so vor). Die Gefühlsleere, die mit einer Depersonalisation verbunden ist, kann zwar wie eine Depression erscheinen, doch das Gefühl des Losgelöst-Seins vom eigenen Selbst hat der Depressive nicht.

Gleichwohl ist es mitunter recht schwierig, das eine vom anderen so zu trennen, dass entweder die Diagnose einer eigenen Depersonalisations-/Derealisations-Störung gesichert werden kann oder dass man diese Symptome in den erwähnten psychischen Krankheiten aufgehen sieht. Dass hier ein nicht geringes Maß an fachlicher Erfahrung notwendig ist, versteht sich von selber – und erklärt auch die oben erwähnten diagnostischen Schwierigkeiten im Alltag von Klinik und vor allem Praxis.

Co-Morbidität: Wenn eine Krankheit zur anderen kommt

Bei den Depersonalisations- und Derealisationsstörungen muss man also in einem hohen Prozentsatz der Fälle mit anderen psychischen Störungen rech-

nen, mit einer Co-Morbidität. Am häufigsten finden sich offenbar Angststörungen, konkret soziale Phobien, generalisierte Angststörungen, Panikattacken und spezifische Phobien. Bei den Depressionen vor allem die Dysthymie, die Major Depression und Anpassungsstörungen. Im Weiteren somatoforme Störungen, körperdysmorphe Störungen, Zwangsstörungen, schizophrene Psychosen, Rauschdrogen- und Alkoholabhängigkeit sowie hypochondrische Syndrome. Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.

Eine besondere Stellung nehmen in diesem Fall die Persönlichkeitsstörungen ein. Beispiele in abnehmender Häufigkeit: ängstlich-vermeidende, Borderline-, anankastische, paranoide, schizotypische, histrionische (hysterische), schizoide, antisoziale, passiv-aggressive u. a. Persönlichkeitsstörungen. Einzelheiten zu diesen Krankheitsbildern siehe ebenfalls die spezifischen Kapitel in dieser Serie.

In einigen Untersuchungen wurde gefunden, dass vor allem die Kombination von Depersonalisation und Derealisation mit Angststörungen und Depressionen besonders negativ ausfallen kann, was Beschwerdebild und Therapie-Erfolg anbelangt. Bei Panikattacken mit Depersonalisation und Derealisation ist beispielsweise mit frühem Krankheitsbeginn, schneller Entwicklung und ausgeprägtem Leidensbild, zusätzlichen phobischen Belastungen und einem folgeschweren Vermeidungsverhalten zu rechnen. Kommen zu den Depersonalisationsstörungen noch Depressionen hinzu, verlängert sich die Phasendauer und verschlechtert sich der Behandlungserfolg mit Antidepressiva, Schlafentzug und Elektrokrampftherapie.

Bei dem Zusammenfallen mit körperlichen Krankheitsbildern sind es vor allem chronische Schmerz-Syndrome, die hier eine besonders folgenreiche Rolle spielen, nicht zuletzt Tinnitus und Migräne. Ähnliches gilt offenbar für Bluthochdruck, Diabetes mellitus, chronische Lungenkrankheiten und Schädel-Hirn-Traumata. Hier herrscht allerdings noch weiterer Forschungsbedarf, um der belastenden Situation der Betroffenen diagnostisch und therapeutisch gezielt zu Hilfe zu kommen.

Neuro-Wissenschaftliche Befunde

Während früher die meisten seelischen Störungen vor allem neurosen-psychologisch, psychodynamisch, psychosomatisch und psychosozial untersucht, gedeutet und (mit den damaligen Erkenntnis-Möglichkeiten) erklärt wurden, schieben sich inzwischen immer mehr biologische Aspekte in den Vordergrund. Und hier vor allem neurowissenschaftliche Studien bzw. Befunde. Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht nach M. Michal und M. E. Beutel in dem erwähnten Fachbeitrag:

- **Psycho-physiologische Untersuchungen**

Ein charakteristisches Kennzeichen der Depersonalisation ist die Klage der Betroffenen, keine Gefühle empfinden zu können; und das bei doch erhaltener psycho-motorischer (seelisch-körperlicher) Ausdrucksfähigkeit. Dieser Widerspruch führt oft dazu, dass den Patienten nicht geglaubt wird, wie schon frühere Experten anmahnten. Damals aber blieb es überwiegend den Ärzten und Psychologen vorbehalten, das Leid dieser Kranken nachzuvollziehen. Inzwischen kann dieses Phänomen des „Gefühlsverlustes“ auch psycho-physiologisch und durch bildgebende Verfahren objektiviert werden.

Dazu gehört beispielsweise der Hautleit-Widerstand als Maß der emotionalen (Gemüts-)Erregung bei Depersonalisierten als Reaktion auf entsprechende Stimuli (in diesem Fall technisch gesetzte Reize, auf die eine seelisch-körperliche Reaktion erwartet wird). Dabei zeigte sich, dass sich beispielsweise bei Vergewaltigungs-Opfern mit einer posttraumatischen Belastungsstörung und peritraumatischen Dissoziation (ereignis-abhängiger Funktions-Abspaltung des Bewusstseins) in ihrer Hautleitfähigkeit unterschieden, je nachdem, ob Depersonalisations- und/oder Derealisations-Erlebnisse dazu kamen. Später ließ sich diese Erkenntnis auch auf Angststörungen, ja auf experimentelle Versuchsanordnungen mit Gesunden erweitern.

Noch eindrucksvoller sind die Ergebnisse der funktionellen Kernspintomographie (f-MRT), bei denen unter bestimmten Bedingungen eine reduzierte Aktivierung limbischer Gehirn-Strukturen bei gleichzeitig verstärkter Aktivierung präfrontaler (Stirnhirn-)Strukturen zu finden waren. Auch hier wurden sowohl (Zwangs-)Kranke als auch gesunde Versuchspersonen untersucht.

Depersonalisations-Phänomene gehen auch häufig mit einer ausgeprägten Veränderung des Körper-Bewusstseins einher, wie mehrfach anklang. So berichten manche Betroffenen, sie hätten keinen Körper mehr, oder der Körper hätte sein Gewicht verloren, ja, sei wie hohl, auf jeden Fall wie gefühllos, wenn nicht gar tot. Und sie verspürten weder Hunger, Durst noch Schmerzen. Diese Abgelöstheit vom eigenen Körper kann sich bis zur Autoskopie steigern (auch als Heautoskopie bezeichnet: Doppelgänger-Erlebnis, Wahrnehmung des eigenen Leibes außerhalb der eigenen Person als einer zweiten, aber identischen Person). Hier würde also die Depersonalisation (auch) als Körperschema-Störung begriffen (Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur). Auf jeden Fall versuchte man dieses Phänomen ebenfalls neurobiologisch zu untersuchen und fand beispielsweise in bestimmten Gehirn-Arealen, die als maßgeblich für die Integration des Körperschemas betrachtet werden, eine verminderte Glukose-Utilisation (schlicht gesprochen: weniger Verbrauch an dem „Brennstoff“ Zucker in diesen Regionen des Gehirns).

Auch experimentelle f-MRT-Studien über die neuronalen Mechanismen der Schmerz-Verarbeitung ergaben im Bewusstseinszustand der Depersonalisation eine Aktivitäts-Reduzierung in bestimmten Gehirn-Regionen, wobei die Untersuchten gleichzeitig von einer Abnahme des Schmerzempfindens sowie ei-

nem Zustand der Abgelöstheit vom eigenen Körper bis hin zur Autoskopie (s. o.) berichteten.

Kurz: Einer Depersonalisation scheinen auch funktionell objektivierbare Veränderungen des Körperbildes in den entsprechenden Gehirn-Strukturen zu Grunde zu liegen, d. h. ein seelisches Beschwerdebild wie dieses hat offenbar eine biologische Ursache bzw. Grundlage.

- **Hirn-strukturelle Auffälligkeiten**

Die obige Erkenntnis, dass hier für bestimmte Empfindungs-Ausfälle auch bestimmte Hirn-Areale zuständig sind, wird vor allem durch experimentelle Untersuchung mit der Magnetresonanztomographie gestützt, wobei auch immer häufiger traumatische und krankheits-bedingte strukturelle Gehirn-Schädigungen untersucht werden, so beispielsweise die mehrfach erwähnte Temporalappen-Epilepsie (Schläfenlappen-Epilepsie, heute komplex-fokale Epilepsie genannt) sowie bei Patienten mit Tumoren und Verletzungen temporaler (Schläfen-) und parietaler (Scheitellappen-) Regionen.

- **Endokrines System**

Die so genannte „endokrinologische Psychiatrie“ ist eine durchaus schon ältere Einzeldisziplin der „alten Seelenheilkunde“, die sie mit der Beschreibung der psychischen Besonderheiten und Krankheiten bei endokrinen Störungen (z. B. Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Bauchspeicheldrüse, Geschlechtsorgane u. a.) befasst. Die Grundfrage lautet: Inwieweit sind Persönlichkeit und bestimmte seelischen Störungen durch hormonelle Veränderungen beeinflusst? Dabei geht es natürlich nicht nur um sexuelle Hormone, sondern vor allem um das so genannte Katecholamin- und Glukokortikoid-System. Hier fanden sich bisher vor allem interessante Veränderungen des Botenstoffs Noradrenalin, der bekanntlich auf das Seelenleben einen erheblichen Einfluss hat, insbesondere was Angststörungen und Depressionen, aber auch die endokrine Stress-Reaktivität bei Borderline-Patienten anbelangt. Allerdings wirft das endokrine System und sein Einfluss auf das Seelenleben derzeit mehr Fragen auf als wegweisende Antworten.

- **Elektro-Physiologie**

Die Erkenntnis, dass Patienten mit einer Depersonalisation/Derealisation häufig leichte elektroencephalographische Besonderheiten zeigen, ist schon länger bekannt. Inzwischen liegen auch systematische Untersuchungen zu entsprechenden EEG-Veränderungen, insbesondere im Bereich der Hirnströme mit Theta-Wellen vor. Auch hier herrscht allerdings noch reichlich Forschungsbedarf.

- **Neuro-psychologische Befunde**

Depersonalisations-Betroffene klagen häufig über eine Beeinträchtigung ihrer Konzentrationsfähigkeit, Wahrnehmung, des Gedächtnisses und Vorstellungs-

vermögens. Das lässt sich offenbar mit entsprechenden neuro-psychologischen Untersuchungen bestätigen, insbesondere was das experimentell erfasste optische Vorstellungsvermögen anbelangt (Fachbegriff: visuelle Imaginations-Fähigkeit für das eigene Selbst und andere Menschen). Außerdem fand man, dass Depersonalisierte schlechtere Resultate im Bereich von Aufmerksamkeit, visuellem und verbalem Kurzzeitgedächtnis sowie räumlichen Vorstellungsvermögen zu verkräften haben. Das hieße, dass bei diesen Patienten die Fähigkeit beeinträchtigt ist, die Aufmerksamkeit gezielt auf etwas zu richten und vor allem durchzuhalten, so lange es notwendig ist. Ähnliches gilt offenbar auch für experimentelle Untersuchungen zur Ablenkbarkeit.

Kurz: Depersonalisation und Derealisation könnten auch mit einer hirn-funktionell gestörten Informations-Aufnahme verbunden sein (was aber ebenfalls noch umfassender nachzuprüfen wäre).

Ätiologische Modelle zu möglichen Störungs-Ursachen

An Untersuchungs-Befunden, die wertvolle Hinweise zu Funktion und Struktur des Gehirns bzw. entsprechender Störungen vermitteln, mangelt es also nicht. Was also stellt man sich modellhaft vor, was zu einer Depersonalisation und/oder Derealisation führen könnte – gleichsam gesamthaft gesehen?

- **Genetische Faktoren**

Bisher gibt es offenbar noch keine genetischen (Erb-)Studien, höchstens Untersuchungen, die andere Gebiete bearbeiten und eine Art Analogie-Schluss zulassen (sprich: könnte auch für dieses Phänomen gelten). Allerdings weisen einige Zwillings-Studien beim Einfluss der Gene zumindest auf die Ausprägung dissoziativer Symptome hin (zu den dissoziativen Phänomenen gehören beispielsweise Trance-Zustände, Schlafwandeln, Dämmerzustände, die multiple Persönlichkeit, psychogene Erregungszustände, Ortswechsel ohne Erinnerung u. a.). Allerdings besteht hier noch erheblicher Forschungsbedarf, wobei jedoch interessante Erkenntnisse und Hypothesen zur Frage der Erb-Umwelt-Wechselwirkung (z. B. was eine belastete Kindheit anbelangt) erörtert werden.

- **Biographische Belastungs-Faktoren**

Das leitet zu biographischen Überlegungen über, d. h. was Lebenslauf oder – wenn es nicht so problemlos verlaufen sollte – Lebens-Schicksal anbelangt. Hier geht es nicht zuletzt um einen emotionalen (Gemüts- bzw. Gefühls-) Missbrauch. Konkret: dass Menschen im Bereich klinisch relevanter (bedeutender, behandlungs-bedürftiger) Depersonalisation ihre Eltern als abweisender/strafender sowie kontrollierender und ängstlicher erlebten als solche ohne Depersonalisation. Das mag ja nun eine erhebliche subjektive Beurteilungskomponente enthalten, deutlicher aber fällt die Erkenntnis aus, dass Depersonalisations-Betroffene häufiger die Scheidung ihrer Eltern vor dem 18. Lebensjahr(!) zu verkräften haben, so eine entsprechende Studie.

- **Neuro-biologische Modelle**

Schon vor über 80 Jahren betrachtete der berühmte deutsche Psychiater Prof. Dr. Wilhelm Mayer-Gross das Phänomen einer Depersonalisation/ Derealisation als die unspezifische und präformierte funktionelle Antwort des Gehirns, die durch die verschiedensten Ursachen ausgelöst werden könnten. Damit hat er Recht behalten, wenn wir uns an die organischen Auslöser wie Temporallappen-Anfälle, Migräne, Hypoglykämie (Unterzuckerung), an Fieber oder gar „nur“ Übermüdung erinnern, von bestimmten auslösenden Rauschdrogen und Medikamenten ganz zu schweigen.

Das hat die heutigen Wissenschaftler zu bestimmten neuro-biologisch orientierten Modell-Erklärungen animiert, die natürlich sehr schwierig ins Allgemeinverständliche zu übersetzen sind. Auf jeden Fall geht es beispielsweise hier um die Störungen von kortikalen (Gehirnrinde) und damit sensorischen (die Sinnesorgane betreffend) und limbischen (u. a. Sitz der Emotionen, Gefühle) Gehirn-Arealen. Dies hat zur Folge, dass die sensorischen (Sinnes-) Informationen ohne den emotionalen (Gefühls- bzw. Gemüts-)Hintergrund verarbeitet werden müssen. Das führt zu einem Verlust bestimmter Gefühle bis hin zu einem „Leere-Gefühl“ und habe auch weitere Konsequenzen, z. B. was die veränderte Schmerz-Wahrnehmung betrifft. Tatsächlich gibt es Untersuchungen zur Emotions-Verarbeitung bei Depersonalisations-Patienten, die hier ursächlich erklärend weiterhelfen könnten. Dass dabei noch Fragen offen bleiben (müssen), versteht sich von selber und stimuliert damit weitere Forschungs-Bemühungen auf diesem Gebiet.

- **Kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle**

Der Verhaltenstherapie gehört im Behandlungs-Bereich die Zukunft, so lautet eine oft gehörte Prognose. Das geht nicht zuletzt auf entsprechende Forschungs-Aktivitäten zurück, die auch die Depersonalisation betreffen. Wichtige (Fort-)Schritte in dieser Hinsicht finden sich vor allem bei kognitiven Modellen zu Angststörungen, Panikattacken, sozialen Phobien u. a.

So wird beispielsweise diskutiert, dass aktuelle Stressoren (stress-auslösende Ereignisse) manche Menschen dazu verleiten, alltägliche, normale Depersonalisations- und Derealisations-Phänomene gleichsam „katastrophisierend“ zu (miss-)deuten („jetzt verliere ich den Verstand“ oder „ich bin von einer schweren Gehirn-Erkrankung betroffen“). Das führt natürlich zu Angst, die wiederum die erwähnten Phänomene verstärkt, erweitert durch weitere dramatisierende Verhaltensweisen – ein Teufelskreis. Vor allem neigen die Betroffenen zu einer ausgeprägten Selbst- und Symptom-Beobachtungen, was seine eigenen Konsequenzen zu entwickeln pflegt.

Ein weiteres, so genanntes dysfunktionales Verhalten (was also negative Beurteilungen nach sich zieht) scheint sich vor allem in sozialen Situationen schwerwiegend auszuwirken, nämlich die übersteigerte Sorge, „seltsam“ auf-

zufallen. Das hat zur Folge, dass die Betroffenen sehr darauf bedacht sind, sich zwischenmenschlich „normal“ zu geben, damit niemand mit bekommt, „dass sie ihren Verstand zu verlieren drohen oder gar schon verloren haben“. Die Experten nennen dies eine gesteigerte Selbstbeobachtung mit verstärkter Verhaltens-Kontrolle, um den subjektiv angenommenen Rollen-Erwartungen zu genügen.

Es bedarf keiner längeren Diskussion, dass tragischerweise gerade die gesteigerte Selbst-Beobachtung und dieses forcierte „Rollen-Spiel“ die befürchtete Entfremdung mit allen Konsequenzen zu verstärken vermag. Die daraus entstehenden Beeinträchtigungen bis hin zum Rückzugsverhalten führen dann auch noch zum Verlust positiver Verstärker in Beruf und Privatleben, wie wir es alle brauchen. Das Ende ist eine depressive Spirale, die die ursprüngliche Ursache, nämlich Depersonalisation und Derealisation in Gang hält oder noch verstärkt.

- **Psychodynamische Modelle**

Unter Psychodynamik versteht man in der Psychoanalyse jene seelischen Phänomene, die sich aus den dynamischen Beziehungen der einzelnen Persönlichkeits-Anteile untereinander entwickeln. Grundlegend ist dabei die von Prof. Dr. Sigmund Freud entwickelte Vorstellung eines so genannten psychischen Apparates, der beispielsweise zwischen dem Unbewussten und Bewussten unterscheidet und damit Fehlleistungen, Verdrängung, aber auch Angst, Depressionen u. a. zu erklären versucht. Das hat schon sehr früh das Interesse an der Depersonalisation gefördert. So sprach man bereits Anfang des 20. Jahrhunderts aus psychodynamischer Sicht von der Depersonalisation als „Abwehrfunktion“, konkret als „Flucht vor dem vollen Erleben“, wobei diese „Flucht in die Depersonalisation den Kranken nicht das verschafft, was sie wünschen, denn der eigentliche Zustand der Depersonalisation ist den Kranken ... unendlich viel peinlicher als der tiefste Schmerz“ (P. Schinder, 1914). Diese Flucht besteht aus psychodynamischer Perspektive in einem inneren Widerspruch gegen das eigene Erleben, der Verleugnung der eigenen Wahrnehmungen und Gefühle. Die Folge ist ein Rückzug von der Außenwelt und schließlich vom eigenen Körper. Der Widerspruch besteht dann in der Neigung, „alles nur im Hinblick auf die eigene Person und nicht im Hinblick auf die Sache zu erleben“.

In der Folge wurden psychoanalytisch vor allem drei Aspekte der Abwehr diskutiert: Depersonalisation als 1. Affekt-Abwehr, 2. als Ausdruck einer gestörten Selbstwert- und Selbst-Regulation und 3. als Symptom eines (schizoiden) Rückzugs von der Umwelt. Im Einzelnen:

- Depersonalisation als Ausdruck einer umfassenden Abwehr gegen Affekte (in diesem Fall als heftige Gefühlswallung interpretierbar) heißt vor allem reaktiver Rückzug, wenn nicht gar „Gegenbesetzung“ gegen die Wahrnehmung der eigenen Gefühle, wie es die Psychoanalytiker ausdrücken. Auch wurde die Depersonalisation schon als Ausdruck einer narzisstischen Problematik gese-

hen: Der Patient leide unter allen durchdringenden Gefühlen von Wert- und Hilflosigkeit, weshalb er die Depersonalisation als Schutz gegen die Furcht vor Zurückweisung und Beschämung einsetze. Die Scham sei es, der Leid-Affekt einer Selbstwertstörung, der für die Depersonalisation entscheidend sei. Hier würde sowohl der Wunsch nach Selbst-Enthüllung und Zurschaustellung in Form der zwanghaften Selbst-Beobachtung als auch die Reaktion auf die Furcht vor Abweisung und Verlassenwerden deutlich. Und dies nicht zuletzt als Abwehr in Form schmerzlicher Abgelöstheit und Unwirklichkeit, sprich Depersonalisation und Derealisation. Die Konsequenz sei eine Teufels-Spirale der Scham: „Man ist aus Scham entfremdet und schämt sich dann wiederum seiner Leblosigkeit, Erstarrtheit und Fremdheit“ (L. Wurmser, 1997).

- Andere Autoren beschreiben den Vorgang gestörter Selbstregulation in Form der Depersonalisation als eine Störung, die durch einen narzisstischen Schock ausgelöst worden sei (Einzelheiten dazu siehe das entsprechende Kapitel über Narzissmus in dieser Serie). Auf jeden Fall droht dabei eine Spaltung des Ich in einen distanzierten Ich-Anteil, der den anderen, unannehmbaren Ich-Anteil beobachtet. Das finde sich sowohl bei neurotischen Entwicklungen als auch posttraumatischen Belastungen mit Depersonalisation und Derealisation.

Die Bedeutung der Depersonalisation für die so genannte Objekt-Bezogenheit (in der psychoanalytischen Lehre nicht nur ein Gegenstand, sondern auch eine Person, ja ein Phantasie-Gebilde, das zur Entwicklung des Ich wesentlich beiträgt) wird vor allem aus der so genannten schizoiden Abwehr von Objekt-Beziehungen erkenntlich. Solche Objekt-Beziehungen werden auf Grund des Übermaßes an eigener Bedürftigkeit und Angst vor Selbstverlust vermieden (Einzelheiten zur schizoiden Persönlichkeitsstruktur oder -störung siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie).

Kurz: Die psychodynamischen Modelle, denen vor allem psychoanalytische Aspekte der Abwehr zu Grunde liegen, sind nicht ohne psychologischen Reiz – aber für den Nicht-Fachmann meist auch nur schwer verstehbar, was auch ihren (leider) nur begrenzten Einfluss erklärt.

Zur Therapie von Depersonalisation und Derealisation

Wer diesen Ausführungen bis hierher gefolgt ist, wird den einleitenden Satz von Privatdozent Dr. Matthias Michal und Dr. M. E. Beutel von der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Mainz verstehen: „Die Depersonalisationsstörung wird traditionell als eine schwer behandelbare Störung angesehen“. Wer zweifelt daran. Schon früh empfohlen deshalb die dafür zuständigen Psychotherapeuten eine ausreichend lange Therapiedauer (z. B. doppelt so lang wie für eine Zwangsstörung benötigt, und hier weiß jeder Eingeweihte, dass schon dies Jahre dauern kann). Kein Wunder, dass man auch kürzere Behandlungs-Verfahren disku-

tierte, z. B. psychochirurgische Maßnahmen Ende der 40-er Jahre des letzten Jahrhunderts, z. B. die präfrontale Leukotomie (eine um 1935 entwickelte operative Durchtrennung der Nervenbahnen zwischen Stirnhirn und der psychisch wichtigen Thalamus-Region des Gehirns).

Dort, wo selbst in unserer Zeit psychotherapeutische Maßnahmen versucht und vor allem bis zum Ende dokumentiert wurden, zeigte sich leider ein ernüchternder Misserfolg. Das gleiche gilt übrigens für Psychopharmaka (selbst moderne SSRI-Antidepressiva, von der älteren Generation ganz zu schweigen), von Benzodiazepin-Tranquilizern, Neuroleptika und sogar einer Elektrokrampftherapie, die bei bestimmten Indikationen bisweilen erstaunliche Erfolge zeigen kann. Im Einzelnen:

- **Medikamentöse Behandlung**

Wie gesagt: Auch Arzneimittel, die für viele seelische Störungen trotz aller Kritik ein Segen sein können, sind für Depersonalisations- und Derealisations-Phänomene offenbar wenig ergiebig.

- Selbst die sonst so erfolgreichen **Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)** führen hier trotz ausreichender Behandlungsdauer und Dosierung nicht weiter. Das heißt, man muss sehr wohl differenzieren zwischen der erwünschten Haupt-Indikation Depersonalisation/Derealisation und sekundären Leidenskriterien wie Depressivität, Ängstlichkeit, Panikattacken, sozialphobische Ängste, Zwangsgedanken und -handlungen u. a. Letztere sprechen durchaus auf SSRI-Antidepressiva an, wie man auch bei den entsprechenden Hauptdiagnosen (also Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen) immer wieder registrieren kann. Kurz: Die einzelnen Co-Morbiditäten gehen durchaus befriedigend zurück, der primäre Wunsch, dies möge auch der Depersonalisation und Derealisation zu Gute kommen, wird hingegen nach den bisher vorliegenden Erkenntnissen durch Selbst- und Fremd-Evaluation (Selbst-Bewertung und Fremd-Beurteilung) nur bedingt bedient. Hier herrscht allerdings noch reichlich Forschungsbedarf, insbesondere was neuere SSRI-Antidepressiva betrifft.

- Bei den **Benzodiazepin-Tranquilizern** gibt es ebenfalls kaum ausreichende Informationen. Möglicherweise sind sie gar nicht so ineffektiv, was aber durch die Gefahr einer Abhängigkeit wieder relativiert wird. Damit entfällt auch eine mittel- oder gar langfristige Handlungs-Empfehlung. Der Preis droht zu hoch zu werden (Suchtgefahr). Doch auch hier empfehlen sich gezielte Studien mit entsprechenden Kompromiss-Überlegungen.

- Auch so genannte **Opioid-Rezeptor-Antagonisten** wurden untersucht, wobei vor allem die Substanz Naltrexon in Einzelfällen diskussionswert sein könnte. Doch auch hier empfehlen sich erst einmal kontrollierte Studien.

- Eine Reihe von antiepileptisch wirkenden **Antikonvulsiva** hat inzwischen ihren festen Platz in der Behandlung rein seelisch Gestörter (wohl gemerkt

ohne Epilepsie) errungen. Beispiele: Carbamazepin (?) und vor allem Valproat in der Rezidiv-Prophylaxe von manisch-depressiven Störungen. Dazu ist auch die Substanz Lamotrigin gestoßen, die sich vor allem bei der Depressions-Rückfallvorbeugung bewährt hat. Tatsächlich war die Kombination eines SSRI-Antidepressivums mit Lamotrigin bei einer Reihe von Depersonalisations-Patienten durchaus erfolgreich, was weitere Untersuchungen nahe legt.

- **Transkranielle Magnetstimulation**

Die *repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)* wird vor allem in der Behandlung affektiver (Gemüts-)Störungen untersucht, z. T. mit ermunterndem Erfolg. So wurde auch in Einzelfallberichten eine Reduktion der Depersonalisation registriert, was zu weiteren Studien Anlass gibt.

- **Psychotherapie**

Von *psychotherapeutischen Behandlungs-Bemühungen* war bereits mehrfach die Rede. Moderne, empirisch abgesicherte Studien aus neuerer Zeit sind allerdings selten. Am ehesten geht man verhaltenstherapeutisch vor. Dies betrifft vor allem die *kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie*, die sich vor allem um eine „ent-katastrophisierende“ Einstellung bemüht, um das drohende Vermeidungs-Verhalten einzuschränken und immer wiederkehrende Symptom-Auslöser zu identifizieren lernen.

Vor allem psychodynamisch orientierte Therapeuten haben ja relativ viel zur Depersonalisation und Derealisation publizistisch beigetragen. Dies betrifft allerdings vor allem (positive) Einzelfall-Berichte, keine empirischen Studien. Deshalb wünscht man sich heute einen verstärkt integrativen psychodynamischen Therapie-Ansatz mit Psychoedukation (zur Anleitung der erwähnten Ent-Katastrophisierung) und gezielten Selbsthilfe-Techniken (zur Identifizierung von Auslösern, z. B. mittels eines Symptom-Tagebuchs).

Dabei gilt es ein altes, schon von Prof. Dr. Sigmund Freud 1914 empfohlenes Behandlungsziel anzusteuern, nämlich die Erarbeitung einer akzeptierenden Einstellung gegenüber der Depersonalisations- und Derealisations-Belastung. Stichwort: „Toleranz fürs Kranksein“. Wenn hier gewisse Fortschritte erzielt werden könnten, lassen sich die zu Grunde liegenden Konflikte und strukturellen Störungen gezielter bearbeiten (Fachbegriff: symptom-fokussiert). Den Betroffenen wäre es zu wünschen.

LITERATUR

Wie immer man die Phänomene der Depersonalisation und Derealisation beurteilt (Symptome, Syndrom, eigenständiges Krankheitsbild?), eines ist sicher: Sie wurden in den letzten Jahrzehnten in Wissenschaft, Diagnose, Therapie und ggf. Vorbeugung fast schon unverantwortlich vernachlässigt. Das zeigt

sich nicht zuletzt in einem – vor allem im deutschen Sprachraum – recht übersichtlichen Literatur-Angebot. Nachfolgend eine Auswahl, bei der Depersonalisation und Derealisation zwar zur Sprache kommen, im Konkreten aber begrenzt abgehandelt werden. Da sind die erwähnten historischen Publikationen bisher fast noch ergiebiger.

AMDP-Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation psychiatrischer Befunde: Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2000

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR. Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2003

Barz, H.: Psychopathologie und ihre psychologischen Grundlagen. Verlag Hans Huber, Bern 1997

Basch, K. W.: Lehrbuch der allgemeinen Psychopathologie. Thieme-Verlag, Stuttgart 1955

Beer, W. de: Bewusstsein und Bewusstseinsstörungen. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1966

Boor, W. de: Bewusstsein und Bewusstseinsstörungen. Karger-Verlag, Basel 1957

Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Neu bearbeitet von M. Bleuler. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1994

Bumke, O. (Hrsg.): Handbuch der Geisteskrankheiten. Springer-Verlag, Berlin 1932

Burchard, J. M. (Hrsg.): Psychopathologie. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1981

Burchard, J. M.: Lehrbuch der systematischen Psychopathologie. Band 1 bis 3. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1980 – 1987

CIPS-Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (Hrsg.): Internationale Skalen für Psychiatrie. Beltz-Verlag, Weinheim 2005

Eckhardt-Henn, A., S.O. Hoffmann: Depersonalisation und Derealisation. In: A. Eckhardt-Henn, R. Brunner (Hrsg.): Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2004

Emminghaus, H.: Allgemeine Psychopathologie. Zur Einführung in das Studium der Geistesstörungen. Vogel-Verlag, Leipzig 1878

Ey, H.: **Das Bewusstsein.** Verlag Walter de Gruyter, Berlin 1967

Fähndrich, E., R. D. Stieglitz: **Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes.** Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern 1998

Faust, V., H. Baumhauer: **Medikament und Psyche.** Wiss. Verlagsges. Stuttgart 1995

Förstl, H. (Hrsg.): **Neuropsychiatrie. Klinische Psychologie und Psychopathologie.** Thieme-Verlag, Stuttgart 2000

Freyberger, H. J. u. Mitarb. (Hrsg.): **Lexikon psychopathologischer Grundbegriffe.** Verlag Hans Huber, Bern 2001

Fröscher, W., F. Vassella (Hrsg.): **Die Epilepsien.** Verlag Walter de Gruyter, Berlin-New York 1994

Fuchs, T.: **Psychopathologie von Leib und Raum.** Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2000

Gast, U. u. Mitarb.: **SKID-D: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV-Dissoziative Störungen.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2000

Glatzel, J.: **Allgemeine Psychopathologie.** Enke-Verlag, Stuttgart 1978

Glatzel, J.: **Spezielle Psychopathologie.** Enke-Verlag, Stuttgart 1981

Hamilton, M.: **Klinische Psychopathologie.** Enke-Verlag, Stuttgart 1984

Haug, K.: **Die Störungen des Persönlichkeitsbewusstseins und verwandte Entfremdungserlebnisse.** Enke-Verlag, Stuttgart 1936

Hegemann, T. (Hrsg.): **Transkulturelle Psychiatrie.** Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001

Heinrich, K. (Hrsg.): **Psychopathologie der Regression.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 1984

Helmchen, H. u. Mitarb. (Hrsg.): **Psychiatrie der Gegenwart.** Band 1. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999

Hofstätter, P. R.: **Psychologie-Lexikon.** Humboldt-Verlag, München 1994

Jacobson, E.: **Depression: Eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer und psychotisch-depressiver Zustände.** Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1993

Janzarik, W. (Hrsg.): Psychopathologische Konzepte der Gegenwart. Enke-Verlag, Stuttgart 1982

Janzarik, W.: Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft. Enke-Verlag, Stuttgart 1979

Janzarik, W.: Psychopathologie und Praxis. Enke-Verlag, Stuttgart 1985

Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1973

Kafka, G. (Hrsg.): Handbuch der vergleichenden Psychologie. Reinhardt-Verlag München 1922

Kraepelin, E.: Compendium der Psychiatrie. Abel-Verlag, Leipzig 1883

Kranz, H. (Hrsg.): Psychopathologie heute. Thieme-Verlag, Stuttgart 1962

Meyer, J. E.: Depersonalisation. Wiss. Buchges. Darmstadt 1968

Müller, C. (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1986

Payk, Th. R.: Pathopsychologie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2002

Payk, Th. R., U. Trenckmann (Hrsg.): Psychopathologie in der klinischen Psychiatrie. Schattauer-Verlag, Stuttgart 1987

Peters, U.H.: Lexikon-Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie. Verlag Urban & Fischer, München-Jena 2007

Peters, U. H., V. Faust: Das Überlebenden-Syndrom. Gesundheitsschäden nach Verfolgung, Gefangenschaft und Folter. In: V. Faust (Hrsg.): Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995

Petrowitsch, L.: Psychologie der abnormen Persönlichkeiten. Wiss. Buchges. Darmstadt 1968

Petrowitsch, L. (Hrsg.): Zur Psychologie der Persönlichkeit. Wiss. Buchges. Darmstadt 1967

Petrowitsch, L.: Zur Psychopathologie und Klinik der Entfremdungsdepression. In: J. E. Meyer (Hrsg.): Depersonalisation. Wiss. Buchges. Darmstadt 1968

- Prost, W.:* **Emotionen.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2001
- Seidel, H., H. Szewczyk (Hrsg.):* **Psychopathologie.** VEB, Berlin 1978
- Scharfetter, C.:* **Allgemeine Psychopathologie.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2003
- Scharfetter, C.:* **Schizophrene Menschen.** Beltz-Verlag, Weinheim-New York 1995
- Schilder, P.:* **Selbstbewusstsein und Persönlichkeitsbewusstsein. Eine Psychopathologische Studie.** Springer-Verlag, Berlin 1914
- Schilder, P.:* **Medizinische Psychologie für Ärzte und Psychologen.** Springer-Verlag, Berlin 1924
- Schneider, K.:* **Klinische Psychopathologie.** Thieme-Verlag, Stuttgart 1992
- Weltgesundheitsorganisation (WHO):* **Internationale Klassifikation Psychischer Störungen – ICD-10.** Verlag Hans Huber, Bern-Toronto 1991
- Wittchen, H. U. u. Mitarb.:* **Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I und SKID-II).** Hogrefe-Verlag Göttingen 1997
- Zaudig, M. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Die Zwangsstörungen: Diagnostik und Therapie.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 1998