

1 Was ist Depersonalisation und Derealisation?

»Zunächst eine kurze Definition dessen, was wir als Depersonalisation bezeichnen. Ich verstehe darunter 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. [...] Verändert ist nicht das zentrale Ich, das Ich im eigentlichen Sinne, verändert ist vielmehr das Selbst, die Persönlichkeit, und das zentrale Ich nimmt jene Veränderung im Selbst wahr« (Schilder 1914, S. 54).

Diese treffende Definition der Depersonalisation stammt aus der Monografie »Selbstbewusstsein und Persönlichkeitsbewusstsein«, die 1914 von Paul Ferdinand Schilder (* 15. Februar 1886 in Wien; † 7. Dezember 1940 in New York), einem österreichischen Psychiater, Neurologen und Psychoanalytiker veröffentlicht wurde. Paul Schilder gilt als einer der wichtigsten Depersonalisationsforscher bis in unsere Zeit.

Paul Schilder beschreibt die Depersonalisations-Derealisationsstörung als eine durchgreifende Veränderung der Wahrnehmung der eigenen Person und der Außenwelt, die dadurch gekennzeichnet ist, dass man in seinem Handeln und Tun nicht mehr aufgeht, sich dies nicht mehr zu eigen macht, sondern nur noch wie ein Zuschauer teilnimmt. In seinem Buch lässt er in zahlreichen Krankengeschichten nicht nur Patienten ausführlich zu Wort kommen, teilweise in direkter Rede, sondern er berichtet auch von eigenen Depersonalisationserlebnissen im Zusammenhang mit übermäßigem Alkoholgenuss oder Erschöpfung in einer Psychotherapiesitzung:

»In leicht herausgetretenem Zustand (nach reichlich Weingenuss) überkommt mich ein eigenartiges Gefühl. Die Umgebung erscheint (innerlich) fern gerückt und von einem anderen, der nicht vollständig ich ist, wahrgenommen, und ich und die Stimme dessen, der mit mir spricht, ist fremd. Der Gang ist verändert und ungewohnt. Ich komme mir leicht und schwebend vor (soweit ich weiß, waren objektive Störungen nicht vorhanden). Die Gefühle sind gleichsam ferngerückt und von mir beobachtet. Wenn

ich spreche und gehe, so beobachte ich mein Sprechen und Gehen» (Schilder 1914, S. 95).

»Als ich vormittags eifrig mit Arbeit beschäftigt war, kommt mein Patient X. zu mir, [...]. Er erzählt mir Dinge, die ich schon oft gehört habe. Plötzlich höre ich meine Stimme wie die eines anderen und habe nicht den Eindruck selbst zu sprechen, obwohl ich ziemlich Kompliziertes leicht und sinngemäß beantwortete. Es ist alles in eine andere Sphäre gerückt. Seine Worte stören mich und klingen mir etwas laut ins Ohr. Er selbst kommt mir eigenartig und fremd vor, etwas starr und seltsam. Bald erscheint er mir etwas größer, bald etwas kleiner, meist aber innerlich etwas ferner gerückt. Die übrigen Gegenstände des Raumes gehen nicht gleichartige Veränderungen ein. Mein Körper erscheint mir nicht verändert, ich fasse absichtlich nach meiner Hand, nur habe ich das Gefühl, dass meine Miene etwas scharf sei. Die ganze Situation ist nicht gerade angenehm. Gesamtgefühl des Unwillens und Ärgers. – Während der ganzen Beobachtung entschwindet mir durchaus nicht das Bewusstsein, dass ich es bin, der hört und spricht, wiewohl ein eigenartiges ›Als-ob-ich-es nicht-wäre‹ vorhanden ist« (Schilder, 1914, S. 94).

Depersonalisation (DP) und Derealisation (DR) sind normale Reaktionsmöglichkeiten. Diese Phänomene sind genauso menschlich wie das Erleben von Fieber, Schmerz, Angst oder Wut. Diese Zugehörigkeit der Depersonalisation zu den allgemein menschlichen Erlebnismöglichkeiten zeigt sich auch in unserer Alltagssprache, wo Phänomene der Depersonalisation als Redensarten ihren Niederschlag gefunden haben. Wir sprechen vom »benebelt sein«, wenn jemand sich verwirrt oder angetrunken fühlt, oder vom »neben sich stehen«, wenn einer sich als überwältigt und fassungslos erlebt. Als Redensarten werden diese Beschreibungen meist aber nur symbolisch verwendet, ohne dass der Sprecher damit sagen will, dass er sich, wie in der Depersonalisation, tatsächlich so wahrnimmt, »als ob er neben sich stehe« oder »als ob er wie durch eine Art von Nebel oder Schleier« von seiner Umwelt abgetrennt sei.

Bevor wir aber uns eingehender mit den Ursachen der Depersonalisation (und Derealisation) beschäftigen, möchte ich genauer beschreiben, was eigentlich unter Depersonalisation und Derealisation verstanden und wie das Krankheitsbild der Depersonalisations-Derealisationsstörung definiert wird. Der Einfachheit halber verwende ich nachfolgend die Abkürzung DDS für die Depersonalisations-Derealisationsstörung bzw. das Depersonalisations-Derealisationssyndrom.

Auf welche Art und Weise ist nun in der Depersonalisation und Derealisation die Wahrnehmung des Selbst (→ Depersonalisation, DP) und der

Umwelt (→ Derealisation, DR) verändert. Typischerweise finden sich Betroffene in den folgenden Aussagen wieder (► Kasten 1), die dem Fragebogen »Cambridge Depersonalisation Scale« entnommen sind (Michal et al. 2004, Sierra & Berrios 2000)².

Kasten 1: Items der Cambridge Depersonalization Scale (CDS)

- Aus heiterem Himmel fühle ich mich fremd, als ob ich nicht wirklich wäre oder als ob ich von der Welt abgeschnitten wäre.
- Was ich sehe, sieht »flach« oder »leblos« aus, so als ob ich ein Bild anschauе.
- Vertraute Stimmen (einschließlich meiner eigenen) klingen entfernt oder unwirklich.
- Ich erlebe mich wie abgetrennt von meiner Umgebung oder diese erscheint mir unwirklich, so als ob ein Schleier zwischen mir und der äußeren Welt wäre.
- Es kommt mir vor, als ob Dinge, die ich kürzlich getan habe, bereits lange Zeit zurücklägen. Zum Beispiel etwas, was ich heute Morgen getan habe, kommt mir vor, als ob ich es bereits vor Wochen gemacht hätte.
- Ich komme mir wie abgetrennt von Erinnerungen an Ereignisse meines Lebens vor, so als ob ich nicht daran beteiligt gewesen wäre.
- Es kommt mir vor, als ob ich mich außerhalb meines Körpers befände.
- Wenn ich mich bewege, habe ich nicht den Eindruck, dass ich meine Bewegungen steuere, so dass ich mir »automatenhaft« und mechanisch vorkomme, als ob ich ein »Roboter« wäre.
- Ich muss mich selbst anfassen, um mich zu vergewissern, dass ich einen Körper habe und wirklich existiere.

Wie man an dieser Auflistung sieht, können in der Depersonalisation sämtliche Bereiche des Selbsterlebens betroffen sein. Dabei steht Depersonalisation (DP) für die veränderte Wahrnehmung des körperlichen und seelischen Selbst, Derealisierung (DR) hingegen für die veränderte Wahr-

2 Unter den **Zusatzmaterialien** finden Sie mehrere Fragebögen zur Erfassung der Depersonalisation und Derealisierung.

nehmung der Umwelt. In der älteren psychiatrischen Literatur finden sich die Fachbegriffe *autopsychische* Depersonalisation, womit die veränderte Wahrnehmung der eigenen Gefühle, der Erinnerungen und des Vorstellungsvermögens gemeint ist. *Somatopsychische* Depersonalisation steht für die veränderte Wahrnehmung des Körpers (z. B. sich abgelöst vom Körper fühlen, wie hinter oder neben mir stehend, wie aufgelöst, so als ob ich nur noch aus Augen bestünde, hohl, nur eine Hülle, ganz federleicht usw.). Die sogenannte *allopsychische* Depersonalisation steht für die veränderte Wahrnehmung der äußeren Welt, die heute als Derealisation bezeichnet wird (»mir kommt alles künstlich wie ein Bild vor, unecht, zweidimensional, wie eine Kulisse«; »ich fühle mich wie in der Truman-Show«, »wie in Matrix³«). Da Depersonalisation und Derealisation sehr eng zusammenhängen und meist auch gemeinsam auftreten, wird der Kürze halber in der Literatur, und so auch hier, Depersonalisation als der beide Phänomene umfassende Oberbegriff verwendet (Michal & Beutel 2009).

Ein weiterer Begriff, der in der Literatur oft im Zusammenhang mit der Depersonalisation auftaucht, ist derjenige der Dissoziation oder dissoziativen Störung. Man versteht darunter eine Gruppe von Erkrankungen, deren gemeinsames Kennzeichen »der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen« ist (vgl. ICD-10⁴: F44). Beispiele für dissoziative Störungen sind z. B. die dissoziative Amnesie. Deren wichtigstes Kennzeichen ist »der Erinnerungsverlust für meist wichtige, kurz zurückliegende Ereignisse, der nicht durch organische psychische Störungen bedingt und zu schwerwiegend ist, um durch übliche Vergesslichkeit oder Ermüdung erklärt werden zu können. Die Amnesie zentriert sich gewöhnlich auf traumatische Ereignisse wie Unfälle oder unerwartete Trauerfälle und ist in der Regel unvollständig und selektiv. Ausmaß und Vollständigkeit der Amnesie variieren häufig von Tag zu Tag und bei verschiedenen Untersuchern« (vgl. ICD-10: F44.0). Am Beispiel der seelischen Funktion des Gedächtnisses

3 Die »Truman-Show« ist ein Spielfilm, bei dem der Protagonist in einer Filmkulisse lebt, ohne es zu wissen. In dem Spielfilm »Matrix« wird u. a. die Frage nach der Wirklichkeit thematisiert.

4 Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis (2004). Bern: Huber

bzw. des Erinnerns lässt sich sehr gut der Unterschied zwischen einer dissoziativen Amnesie und der Depersonalisation aufzeigen. Bei der dissoziativen Amnesie hat der Betroffene keinen Zugriff mehr auf die Informationen in seinem Gedächtnisspeicher. Er weiß z. B. nicht mehr, was er die letzten Tage gemacht hat, wohingegen bei der Depersonalisation die gefühlsmäßige Einstellung zu den Gedächtnisinhalten verändert ist. Bei einer Depersonalisations-Derealisationsstörung kann sich der Betroffene noch an die Tatsachen und Fakten erinnern, aber es kommt ihm so vor, als ob die Geschehnisse sehr weit zurückliegen, ja fast so weit, als ob das Erlebte eigentlich gar nichts mehr mit ihm selbst zu tun hätte.

2 Das Symptom, die Diagnose und die Krankheit

Zur Untersuchung bei einem Psychiater, Psychotherapeuten, Neurologen oder Nervenarzt gehört in der Regel die Erhebung eines psychischen oder psychopathologischen Befundes (»psychopathologisch« bedeutet krankhafte Veränderung der seelischen Funktionen). Im Rahmen dieser Befunderhebung beurteilen sie unter anderem auch, ob der Patient Symptome von Depersonalisation und Derealisation aufweist. Im deutschen Sprachraum werden diese Symptome den sogenannten Ich-Störungen zugerechnet, im anglo-amerikanischen den Wahrnehmungsstörungen. Da sehr häufig Patienten nicht spontan über diese Symptome klagen, sollte der Arzt gezielt danach fragen. Werden solche Symptome berichtet, sollte der Arzt den Patienten ermuntern, so ausführlich und konkret wie möglich seine Symptome zu schildern. Wichtig ist dabei auch, dass der Arzt etwas über den zeitlichen Verlauf der Symptome erfährt: Also, handelt es sich um eine Art von anfallsweisem Auftreten, bei dem die Symptome nur für ein paar Sekunden oder Minuten da sind, oder handelt es sich um längere über Stunden anhaltende Zustände, oder gar um einen über Monate und Jahre anhaltenden Dauerzustand? Diese Informationen sind für den Arzt wichtig, weil sie bereits Hinweise auf die zugrundeliegende Erkrankung liefern können. Zum Beispiel kommt es bei der Panikstörung nur zu kurzdauern den Anfällen von Depersonalisation/Derealisation, die üblicherweise noch von anderen Angstsymptomen begleitet sind. Genauso kommt es bei der Temporallappenepilepsie gleichfalls nur zu kurzdauernden Anfällen von Depersonalisation/Derealisation. Bei der Migräne hingegen können auch über Stunden andauernde Depersonalisationszustände auftreten. Es gibt aber auch das Krankheitsbild der **Depersonalisations-Derealisationsstörung** (DDS). Bei Patienten mit einer DDS ist das ganze Erleben von Depersonalisation und/oder Derealisation gekennzeichnet. Man spricht dann auch von primärer Depersonalisation, wohingegen Symptome von Depersonalisation, die ausschließlich im Rahmen einer anderen Erkrankung auftreten (z. B. Panikstörung, Epilepsie), als sekundäre *Depersonalisation* bezeichnet werden.

Das oben genannte Krankheitsbild der Depersonalisation-Derealisationssstörung ist eine offizielle Diagnose. Seelische Erkrankungen werden weltweit nach dem Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verschlüsselt. Dieses Klassifikationssystem heißt »Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme« (engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD). Es ist das wichtigste und weltweit anerkannte Klassifikationssystem für Krankheiten in der Medizin. Die aktuell gültige Ausgabe ist die zehnte Version (ICD-10). In den Vereinigten Staaten von Amerika ist das in der Forschung mehr verwendete Diagnosesystem der American Psychiatric Association (APA, Amerikanische Psychiatrische Vereinigung) gebräuchlich (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM; deutsch: Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen). Aktuell liegt die fünfte Version vor (DSM-5, APA 2013).

Die diagnostischen Kriterien

Kasten 2 zeigt die diagnostischen Kriterien des Depersonalisation-Derealisationssyndroms (ICD-10: F48.1) und der Depersonalisation-Derealisationsstörung (DSM-5: 300.6). Im ICD-10 wird die DDS unter den sonstigen neurotischen Störungen gemeinsam mit der Neurasthenie (chronisches Erschöpfungssyndrom) gelistet und im amerikanischen DSM-5 unter den sogenannten dissoziativen Störungen.

Kasten 2: Diagnostische Kriterien der Depersonalisations-Derealisationsstörung nach DSM-5 und ICD-10

DSM-5: 300.6 Depersonalisations-, Derealisationsstörung	ICD-10: F48.1 Depersonalisations-, Derealisationssyndrom
A. Andauernde oder wiederkehrende Erfahrungen von Depersonalisation, Derealisation oder beidem: 1. Depersonalisation: Erfahrungen von Unwirklichkeit, Entferntsein, oder das Gefühl, ein	A. Entweder 1 oder 2: 1. Depersonalisation: Die Betroffenen klagen über ein Gefühl von entfernt sein, von »nicht richtig hier« sein. Sie klagen z. B. darüber, dass ihre

DSM-5: 300.6 Depersonalisations-, Derealisationsstörung	ICD-10: F48.1 Depersonalisations-, Derealisationssyndrom
<p>außenstehender Beobachter gegenüber den eigenen Gedanken, Gefühlen, Empfindungen, Körper oder Handlungen zu sein (z. B. Wahrnehmungsveränderungen, gestörtes Zeitempfinden, Empfindung des Selbst als unwirklich oder abwesend, emotionale und oder körperliche Taubheit).</p> <p>2. Derealisation: Erfahrungen von Unwirklichkeit und Entferntsein in Bezug auf die Umgebung (z. B. Personen oder Dinge werden als unwirklich, traumartig, wie hinter einem Nebelschleier, leblos oder verzerrt empfunden).</p> <p>B. Während der Depersonalisation oder Derealisation bleibt die Realitätsprüfung intakt.</p> <p>C. Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.</p> <p>D. Die Störung ist nicht auf physiologische Effekte einer Substanz (z. B. Droge, Medikation) oder einen anderen medizinischen Krankheitsfaktor (z. B. epileptische Anfälle) zurückzuführen.</p>	<p>Empfindungen, Gefühle und ihr inneres Selbstgefühl losgelöst seien, fremd, nicht ihr eigen, unangenehm verloren oder dass ihre Gefühle und Bewegungen zu jemand anderen zu gehören scheinen, oder sie haben das Gefühl, in einem Schauspiel mitzuspielen.</p> <p>2. Derealisation: Die Betroffenen klagen über ein Gefühl von Unwirklichkeit. Sie klagen z. B. darüber, dass die Umgebung oder bestimmte Objekte fremd aussehen, verzerrt, stumpf, farblos, leblos, eintönig und uninteressant sind, oder sie empfinden die Umgebung wie eine Bühne, auf der jedermann spielt.</p> <p>B. Die Einsicht, dass die Veränderungen nicht von außen durch andere Personen oder Kräfte eingegeben wurden, bleibt erhalten.</p> <p>Kommentar: Diese Diagnose sollte nicht gestellt werden, wenn das Syndrom im Rahmen einer anderen psychischen Störung auftritt, (...), in Folge einer Intoxikation mit Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen, bei einer Schizophrenie (...), einer affektiven Störung, einer Angststörung oder bei anderen Zuständen</p>

DSM-5: 300.6 Depersonalisations-, Derealisationsstörung	ICD-10: F48.1 Depersonalisations-, Derealisationssyndrom
E. Die Störung wird durch keine andere seelische Erkrankung besser erklärt, wie z. B. eine Schizophrenie, Panikstörung, Depression, akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörung oder eine andere dissoziative Störung.	(wie einer deutlichen Müdigkeit, einer Hypoglykämie oder unmittelbar vor oder nach einem epileptischen Anfall). Diese Syndrome treten im Verlauf vieler psychischer Störungen auf und werden dann am besten als zweite oder als Zusatzdiagnose bei einer anderen Hauptdiagnose verschlüsselt

Typischerweise empfinden die Betroffenen die Symptome als quälend. Häufig fühlen sich Betroffene durch die Symptome im zwischenmenschlichen und oder beruflichen Bereich beeinträchtigt. Sehr häufig sind vor allem Ängste, »verrückt« zu werden, die Kontrolle über den Verstand zu verlieren und peinlich aufzufallen (»man könnte mir ansehen, dass etwas mit mir nicht stimmt«). Im späteren Verlauf der Erkrankung leiden die Betroffenen vor allem unter dem Gefühl der Isolation und der Angst, ihr Leben oder den Sinn ihres Lebens zu verpassen. Mit Bezug auf die Arbeits- oder Studier- und Lernfähigkeit beklagen die Betroffenen oft, dass sie Schwierigkeiten haben, sich zu konzentrieren, neue Informationen aufzunehmen und zu behalten. Im zwischenmenschlichen Bereich, fühlen sich die Betroffenen oft durch Ängste in sozialen Situationen, ihre »Gefühllosigkeit« oder dem Gefühl, »nicht authentisch zu sein«, beeinträchtigt.

Für die Diagnose eines Depersonalisations-Derealisationssyndroms ist es erforderlich, dass die Symptome von Depersonalisation und Derealisation nicht durch einen organischen Krankheitsprozess erklärt werden. Die wichtigsten organischen Erkrankungen, die ausgeschlossen werden sollten, sind Anfallskrankheiten wie die Temporallappenepilepsie oder andere Epilepsieerkrankungen, bestimmte Migräneformen und Schädigung des Gehirns durch Blutungen oder Tumore. Weiterhin sollten chronische organische Schlafstörungen (z. B. ein Schlafapnoesyndrom) ausgeschlossen sein, weil chronischer Schlafmangel auch zu Depersonalisation und Derealisation führen kann. Der Ausschluss einer organischen Ursache erfolgt meist in

Form einer Blutentnahme und Laboruntersuchung (z. B. zum Ausschluss einer Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion), einer Aufzeichnung der Hirnstrommuster mit Hilfe eines Elektroenzephalogramms (EEG) und/oder einer Magnetresonanztomographie (MRT) zur Darstellung des Gehirns. Wenn Betroffene ausschließlich unter einer visuellen Wahrnehmungsstörung leiden (z. B. alles »wie zweidimensional« sehen oder »wie durch dickes Glas«), kann auch die Konsultation eines Augenarztes sinnvoll sein (Michal et al. 2006c). Tatsächlich waren auch die meisten Patienten, die mich wegen eines Depersonalisation-Derealisationssyndroms aufsuchten, wegen ihrer Beschwerden zumindest einmal bei einem Augenarzt gewesen. Allerdings ohne dass ein Augenarzt jemals etwas Besonderes feststellen konnte. Meiner Erfahrung nach ist eine organische Ursache für einen langandauernden Zustand von Depersonalisation oder Derealisation extrem selten.

Da Symptome von Depersonalisation bei vielen unterschiedlichen Krankheiten vorkommen können, betonen beide Diagnosesysteme, dass Symptome von Depersonalisation und Derealisation nur dann als eine eigenständige (= primäre) Störung diagnostiziert werden können, wenn diese Symptome nicht ausschließlich als Begleitsymptome einer anderen seelischen oder körperlichen Erkrankung vorkommen. Zum Beispiel tritt kurzeitige Depersonalisation/Derealisation sehr häufig im Rahmen von Panikattacken auf. Es handelt sich dabei um heftige Angstanfälle, die meist nur 5–30 Minuten andauern, aber mit einer längeren Erwartungsangst (d. h. Angst vor dem erneuten Auftreten einer Panikattacke) einhergehen. Im Rahmen solcher Panikattacken kommt es nicht selten zu kurzzeitiger, Minuten dauernder, Depersonalisation. Tage, Monate oder gar Jahre dauernde Depersonalisation/Derealisation fällt jedoch nicht darunter.

Aufgabe des Arztes oder Psychologen ist es, durch eine gründliche Befragung nach allen weiteren Krankheitssymptomen zu klären, ob die Depersonalisation/Derealisation ausschließlich als Symptom einer anderen psychischen Störung auftritt oder als eigenständige Störung. Grundsätzlich ist nämlich davon auszugehen, dass Patienten, die unter einer Depersonalisation-Derealisationsstörung leiden, in den meisten Fällen auch Diagnosen anderer seelischer Erkrankungen, meist einer Angststörung oder Depression, aufweisen.

Das gleichzeitige Vorkommen unterschiedlicher Diagnosen wird in der Medizin als Komorbidität bezeichnet und ist bei seelischen Erkrankungen eher die Regel als die Ausnahme. Die Rede von der Komorbidität suggeriert