

# Depersonalisation und Derealisation: Grundlagen und kognitiv-behaviorale Perspektive

Thomas Heidenreich<sup>a</sup> Johannes Michalak<sup>b</sup> Matthias Michal<sup>b, c</sup><sup>a</sup> Institut für Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Frankfurt/M.,<sup>b</sup> Arbeitseinheit Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ruhr-Universität Bochum,<sup>c</sup> Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Frankfurt/M., Deutschland

## Schlüsselwörter

Depersonalisation · Derealisation · Dissoziative Störungen · Kognitive Verhaltenstherapie

## Zusammenfassung

Depersonalisation (DP) und Derealisation (DR) sind dissoziative Störungen, die das subjektive Erleben von Irrealität entweder bezogen auf die eigene Person (DP) oder die Umwelt (DR) bezeichnen. Obwohl sowohl im DSM-IV als auch in der ICD-10 beschrieben, werden beide Störungen in der verhaltenstherapeutischen Forschung und Praxis bisher nur wenig beachtet und selten diagnostiziert. Die vorliegende Übersicht beschreibt zunächst DP und DR anhand ihrer aktuellen Fassung im DSM-IV und ICD-10. Untersuchungen zur Prävalenz, differentialdiagnostische Fragestellungen und Komorbiditäten werden vorgestellt und empirisch fundierte Instrumente zur Erfassung der DP/DR dargestellt. Anschließend werden die kognitiv-behaviorale Konzeption der DP/DR nach Hunter et al. [2003] sowie das Modell von Fiedler [1999] vorgestellt. Die Arbeit schließt mit einem Überblick zur Behandlung der DP/DR sowie einem kurzen Ausblick.

## Key Words

Depersonalisation · Derealisation · Dissociative disorders · Cognitive-behavioural therapy

## Summary

*Depersonalisation and Derealisation: Basics and Cognitive-Behavioural Perspective*

Depersonalisation (DP) and derealisation (DR) are dissociative disorders characterised by subjective experiences of unreality in either one's sense of self (DP) or the outside world (DR). Although both disorders are described in DSM-IV as well as ICD-10, there are few cognitive-behavioural approaches and DP and DR are rarely diagnosed in routine practice. This review presents DSM-IV and ICD-10 criteria for DP and DR. Epidemiological studies pertaining to prevalence, differential diagnosis and comorbidity are reviewed, and empirically validated instruments to assess DP/DR are introduced. The cognitive-behavioural conceptualisation of Hunter et al. [2003] is presented as well as the model developed by Fiedler [1999]. The review closes with an overview of the treatment of DP/DR and further perspectives.

## Störungsbild

Depersonalisation (DP) und Derealisation (DR) stellen dauerhafte oder ständig wiederkehrende Episoden eines veränderten Bewusstseinszustandes dar. Dieser ist durch ein Gefühl der Losgelöstheit oder der Unwirklichkeit und Entfremdung vom eigenen Selbst (DP) bzw. der Umwelt (DR) gekennzeichnet. In der Forschung werden DP und DR in der Regel

als zusammengehörig betrachtet (Depersonalisation/Derealisation, DP/DR). Die modernen Klassifikationssysteme, DSM-IV [American Psychiatric Association, 1994] und ICD-10 [WHO, 1991], unterscheiden sich in der Einordnung der DP/DR geringfügig: Während DP/DR in der ICD-10 unter den «neurotischen Störungen» (F4) als Depersonalisations-/Derealisationssyndrom zu finden ist, wird sie im DSM-IV als Depersonalisationsstörung zu den «dissoziativen Störungen»

**Tab. 1.** Diagnostische Kriterien (gekürzt) nach DSM-IV und ICD-10

DSM-IV: 300.6 Depersonalisationsstörung	ICD-10: F48.1 Depersonalisations-/Derealisationssyndrom
<p>A. Andauernde oder wiederkehrende Erfahrungen, sich von den eigenen geistigen Prozessen oder vom eigenen Körper losgelöst ... zu fühlen ...</p> <p>B. Während der Depersonalisationserfahrung bleibt die Realitätsprüfung intakt.</p> <p>C. Die Depersonalisation verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.</p> <p>D. Das Depersonalisationserleben tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer anderen psychischen Störung auf wie Schizophrenie, Panikstörung, Akute Belastungsstörung oder eine andere Dissoziative Störung und geht nicht auf direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück (z.B. Temporallappen-Epilepsie).</p>	<p>Für eine eindeutige Diagnose müssen zumindest eines der Kriterien 1 oder 2 sowie Kriterien 3 und 4 erfüllt sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Depersonalisationssymptome, d.h. der Betroffene empfindet seine eigenen Gefühle und Erfahrungen als losgelöst, fern, nicht als seine eigenen, verloren usw.</li> <li>2. Derealisationssymptome, d.h. Objekte, Menschen oder die Umgebung erscheinen unwirklich und fern usw.</li> <li>3. Der Betreffende akzeptiert, dass hier ein subjektiver und spontaner Wechsel eingetreten ist, der nicht von äußeren Kräften oder anderen Personen verursacht ist (d.h. es besteht Krankheitseinsicht).</li> <li>4. Klares Bewusstsein und Fehlen eines toxischen Verwirrheitszustandes oder Epilepsie.</li> </ol> <p><i>Differentialdiagnose:</i> ... Wenn das Depersonalisations-/Derealisationssyndrom Teil einer depressiven, phobischen, zwanghaften oder schizophrenen Störung ist, gelten diese Störungen als Hauptdiagnose.</p>

gezählt. Im Gegensatz zu anderen dissoziativen Störungen, die z.B. den Bewegungsapparat oder Sinneswahrnehmungen betreffen, lässt sich DP/DR den dissoziativen Bewusstseinsstörungen (wie auch die dissoziative Amnesie oder die dissoziative Identitätsstörung) zuordnen [vgl. Eckhardt-Henn, 2004; Gast et al., 2001]. Beide Störungen können analog den hierarchischen Diagnoseregeln anderer Störungen nur als eigenständige Diagnose diagnostiziert werden, wenn sie nicht »Teil« einer übergeordneten Störung sind bzw. nicht ausschließlich im Verlauf einer anderen Störung vorkommen (Tab. 1). Klinische Signifikanz kommt DP/DR zu, wenn sie in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen verursacht (DSM-IV, C-Kriterium). Hinsichtlich des Schweregrades wurden folgende Unterscheidungen vorgeschlagen [Gast et al., 2000]: Von einer *mäßigen* DP/DR wird gesprochen, wenn mehr als 4 kürzere oder längere Episoden von DP/DR auftreten, die evtl. durch Stress hervorgerufen wurden, und zusätzlich einer der folgenden Punkte zutrifft: Verschlechterung der sozialen Beziehungs- oder Arbeitsfähigkeit, nicht durch Stress ausgelöst, über 4 Stunden anhaltend oder mit Dysphorie verbunden; von einer *schweren* DP/DR wird gesprochen, wenn es sich um anhaltende Episoden von mindestens 24 Stunden handelt oder die Episoden täglich oder wöchentlich auftreten. Bei häufigen Episoden (>4) muss zusätzlich einer der folgenden Punkte zutreffen: Verschlechterung der sozialen Beziehungs- und der Arbeitsfähigkeit, nicht durch Stress ausgelöst, über 4 Stunden anhaltend oder mit Dysphorie verbunden.

Gemäß dem DSM-IV ist neben dem A-Kriterium zu fordern, dass die Realitätsprüfung intakt bleibt (im Gegensatz zu psychotischen Störungen). Analog wird auch in der ICD-10 in Abgrenzung zu psychotischen Störungen gefordert, dass

Krankheitseinsicht besteht. In der psychiatrischen Diagnostik wird DP/DR im Rahmen der Erstellung des psychischen bzw. psychopathologischen Befundes unabhängig von der vergebenen Diagnose dokumentiert und beschrieben. Zusammenfassend ist DP/DR demnach ein Phänomen, das erst ab einer bestimmten Ausprägung als pathologisch gilt. DP/DR tritt häufig sekundär z.B. im Rahmen einer Depression oder Panikstörung auf und wird dann nicht als eigenständige Störung diagnostiziert. Kommt klinisch signifikante DP/DR jedoch nicht ausschließlich im Zusammenhang mit einer anderen Störung vor, dann wird die DP/DR als eigenständige Diagnose als Depersonalisations-/Derealisationssyndrom (ICD-10 F48.1) oder Depersonalisationsstörung (DSM 300.6) verschlüsselt. Man spricht dann auch von primärer DP/DR.

Neben der dargestellten klassifikatorischen Diagnostik lassen sich aus kognitiv-behavioraler Sicht wie bei allen psychischen Phänomenen emotionale, kognitive und physiologische Besonderheiten feststellen (Tab. 2). Neben DP/DR-spezifischen Phänomenen wie etwa einem Verlust des Gefühls von Körpergrenzen oder dem Eindruck, dass die Welt zweidimensional erscheint, lassen sich auch unspezifische und im klinischen Alltag häufig anzutreffende Symptomkonstellationen finden, etwa aus dem Bereich der Depression und Angst. In der kognitiv-behavioralen Fallkonzeption (etwa anhand des Kanfer'schen SORKC-Modells) kann DP/DR an unterschiedlichen Stellen relevant werden: Als *interner Stimulus (S)* kann DP/DR spezifische Reaktionen wie intensive Angst oder auch, im Sinne eines Teufelskreises, vermehrte DP/DR hervorrufen. Als *Reaktion (R)* kann DP/DR auf den verschiedenen Verhaltensebenen (vgl. Tab. 2), konzipiert werden. Schließlich kann DP/DR als *Konsequenz (C)* aus anderen Reaktionen (etwa Einnahme von Drogen) verstanden werden.

**Tab. 2.** Wesentliche Symptome der Depersonalisation auf den verschiedenen Verhaltensebenen [nach Hunter et al., 2003]

Affektiv	Emotionale Taubheit Mangel an Empathie Gefühl der Isolation Depression Angst Traumähnliche Zustände Motivationsverlust Verlust einer Vorstellung der Konsequenzen des eigenen Verhaltens
Kognitiv	Konzentrationsstörungen «Leerer Kopf» oder Gedankenrasen Gedächtnisstörungen Beeinträchtigung des bildhaften Vorstellungsvermögens Schwierigkeiten bei der Verarbeitung neuer Informationen
Physiologisch/ perzeptuell	Partielle oder vollständige physiologische Taubheit Gefühl von Gewichtslosigkeit/Leichtigkeit Fehlendes Gefühl körperlicher Grenzen Sensorische Beeinträchtigungen (z.B. Geschmack, Tastsinn, Größer- und Kleinersehen) Sensorische Verzerrungen (z.B. Geräusche, Farbverlust) Benommenheit Welt erscheint flach und zweidimensional Objekte erscheinen nicht fest Erkennungsverlust von eigenem Spiegelbild und Stimme Veränderte Zeitwahrnehmung

## Epidemiologie von DP/DR

DP/DR ist in der epidemiologischen Forschung ein vernachlässigtes Thema, obwohl in der Literatur beschrieben wurde, dass es sich um das nach Angst und Depression dritthäufigste Syndrom bei stationären psychiatrischen Patienten handelt [Cattell und Cattell, 1974]. Die unseres Wissens einzige aktuelle Übersichtsarbeit zur Epidemiologie von DP/DR wurde von Hunter et al. [2004] vorgelegt. Die Autoren beziehen sich nahezu ausschließlich auf angloamerikanische Studien. Sie kommen zu einer Schätzung der *Lebenszeitprävalenz* für leicht ausgeprägte und vorübergehende DP/DR von 26–74%. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu betonen, dass es sich bei DP/DR um eine grundsätzlich menschliche Reaktionsweise (wie Angst oder depressive Stimmung) handelt, die nicht per se krankheitswertig ist. In einer nordamerikanischen ländlichen Gemeinde wurde eine 1-Jahres-Prävalenz von 23% für DP/DR jeglicher Schwere gefunden. Eine 1-Monats-Prävalenz für klinisch bedeutsame DP/DR von 1,7% fand sich in einer Londoner Studie [Hunter et al., 2004]. Unter stationär behandelten psychiatrischen Patienten fand sich pathologische DP/DR bei 1–16%. Hunter et al. merken jedoch an, dass die von ihnen berücksichtigten Studien aufgrund methodischer Mängel (fehlende strukturierte Interviews bei Aufnahme) gerade in diesem Bereich die wahre Prävalenz systematisch unterschätzen dürften. Ein weiterer wesentlicher Befund

von Hunter et al. war, dass die Prävalenzen davon abhängen, welche primären Diagnosen gestellt wurden. Insgesamt kommen sie zur Einschätzung, dass eine Vielzahl der von ihnen untersuchten Studien methodisch unzulänglich war, da z.B. die beurteilten Zeiträume, der Schweregrad und die Frage, ob es sich um primäre oder sekundäre DP/DR handelt, häufig nur unzureichend dargestellt wurden.

Für den deutschsprachigen Raum liegen zur Prävalenz der DP/DR nur wenige Studien vor: Neben einer Untersuchung aus dem Bereich der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie, die eine 6-Monats-Prävalenz von 60% für klinisch bedeutsame DP/DR berichtet [Koch et al., 2001], ist die Studie von Michal et al. [2005d] zu nennen. Die Autoren untersuchten 143 konsekutive Neuaufnahmen einer psychosomatischen Akutstation mittels des SKID-D (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV – Dissoziative Störungen) [Gast et al., 2000]) und fanden eine 1-Monats-Prävalenz pathologischer DP/DR von 30% und DP/DR jeglicher Schwere von 62,9%. Insgesamt wiesen 23,1% (N = 33) der Stichprobe primäre pathologische DP/DR im Sinne eines Depersonalisations-/Derealisationssyndroms (ICD-10 F48.1) auf und 7% (N = 10) sekundäre pathologische DP/DR z.B. im Rahmen von schweren dissoziativen Störungen, Angststörungen oder Depressionen. Im Gegensatz zum angloamerikanischen Sprachraum liegen für den deutschen Sprachraum keine Bevölkerungsstudien vor, so dass die genaue Prävalenz nicht angegeben werden kann [Eckhardt-Henn, 2004], sie dürfte aber ebenfalls zwischen 1–2% liegen.

Fiedler [1999] hat darauf hingewiesen, dass DP/DR in der Routinediagnostik in der Regel nicht erfasst wird, obwohl die Symptomatik von DP/DR standardmäßig im psychischen Befund zu dokumentieren ist. Ein Grund hierfür scheint zu sein, dass Behandler mit verschiedenem fachlichen und therapeutischen Hintergrund keine Notwendigkeit zu einer eigenständigen Betrachtung der DP/DR sehen. Seitens der kognitiven Verhaltenstherapie spiegelt sich dies z.B. darin wider, dass in den seit Anfang 2003 (bis Heft 2/2005) erschienenen 22 Originalarbeiten und 23 Übersichtsarbeiten von VERHALTENSTHERAPIE DP/DR in keinem der behandelten Zusammenhänge erwähnt wird. Ein weiterer Grund für die Vernachlässigung der DP/DR im therapeutischen Alltag dürfte darin liegen, dass die meisten Patienten diese Symptome nicht spontan ansprechen, weil ihnen die Verbalisierung schwerfällt, weil sie fürchten, für «verrückt» gehalten zu werden [vgl. Steinberg, 1991], oder weil die Phänomene für Patienten seit frühester Kindheit so «normal» sind, dass sie diese nicht als außergewöhnlich wahrnehmen [Chefetz, 2002].

Differentialdiagnostisch sind als organische Ursachen vornehmlich Intoxikationen, neurologische Störungen wie Epilepsie sowie Tumorerkrankungen und endokrinologische Störungen auszuschließen [Eckhardt-Henn, 2004]. Außerdem ist DP/DR als Nebenwirkung von unterschiedlichen Medikamenten in Betracht zu ziehen [Michal et al., 2006b]. Als psychische Erkrankungen sind somatoforme Störungen, Angst

und depressive sowie posttraumatische und psychotische Störungen und Zönästhesien abzugrenzen. Außerdem ist die Differenzierung von primärer und sekundärer DP/DR zu leisten [Michal et al., 2005d].

Komorbidität ist bei der DP/DR eher die Regel als die Ausnahme: In bis zu 60% der Fälle schwerer unipolarer Depression wurde DP/DR berichtet. Bei Panikstörungen, bei denen DP und DR im DSM-IV und in der ICD-10 unter den diagnostischen Kriterien genannt sind, ergaben Studien Prävalenzen mit einer sehr weiten Streuung von 7,8–82,6% [Hunter et al., 2004]. Von besonderem Interesse sind dabei Studien, die klare Hinweise darauf fanden, dass Panikpatienten mit DP/DR deutlich schwerer gestört waren als Panikpatienten ohne [Cassano et al., 1989; Segui et al., 2000]. DP/DR tritt auch bei sozialen Angststörungen gehäuft auf [Michal et al., 2005b]: Gerade das in jüngerer Zeit bei Patienten mit Sozialer Phobie beschriebene Phänomen der «observer perspective» [Spurr und Stopa, 2003], bei dem Patienten sich «von außen» wahrnehmen, entspricht einem DP/DR-Symptom. Aufgrund des im Vergleich zur Panikstörung deutlich schlechteren Stands der Forschung ist gerade für den Bereich der sozialen Angststörungen zu hoffen, dass weitere empirische Arbeiten diese Verbindung aufgreifen.

Hinsichtlich der Komorbidität der DP/DR mit Persönlichkeitsstörungen berichten Simeon et al. [2003] bei einer Stichprobe von 117 Patienten mit DP vorwiegend Persönlichkeitsstörungen aus dem furchtsam-ängstlichen Cluster. Die Komorbidität mit der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung lag mit 23% leicht über der mit Borderline-Störung (21%). Auch wenn im DSM-IV das Phänomen der DP/DR nur bei der Borderline- und schizotypen Persönlichkeitsstörung als Diagnosekriterium aufgelistet wird, sprechen diese Befunde dafür, dass DP/DR mindestens genauso stark mit dem furchtsam-ängstlichen Cluster assoziiert ist und dass folglich – mit Blick auf die Achse-II-Störungen – DP/DR ein eher unspezifisches Kriterium ist.

Nach einer Outcome-Studie zur kognitiv-behavioralen Therapie der Agoraphobie/Panikstörung von Michelson et al. [1998] steht das Ausmaß an Dissoziation in einem negativem Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg und ist mit einer erhöhten Rückfallgefährdung verbunden. Diese Befunde belegen, dass eine verstärkte Berücksichtigung von DP/DR im Rahmen kognitiv-behavioraler Forschung und Therapie zum Verständnis von Behandlungserfolg und -misserfolg von großer Bedeutung ist.

## Diagnostik von DP/DR

Für das DP/DR-Screening haben sich Selbstbeurteilungsinstrumente bewährt. Am weitesten verbreitet in der DP/DR-Forschung ist die Dissociative Experiences Scale [DES; Bernstein und Putnam, 1986; Michal et al., 2004a]. Die DES liegt als Fragebogen zu dissoziativen Symptomen auch auf Deutsch

vor [FDS; Freyberger et al., 1999]. Mittels 44 Items erfasst der FDS unterschiedliche dissoziative Symptome wie pseudoneurologische Konversionssymptome, Amnesie, Absorption und DP/DR. Mittlerweile ist auch die verkürzte Screeningversion, der FDS-20, publiziert [Spitzer et al., 2004].

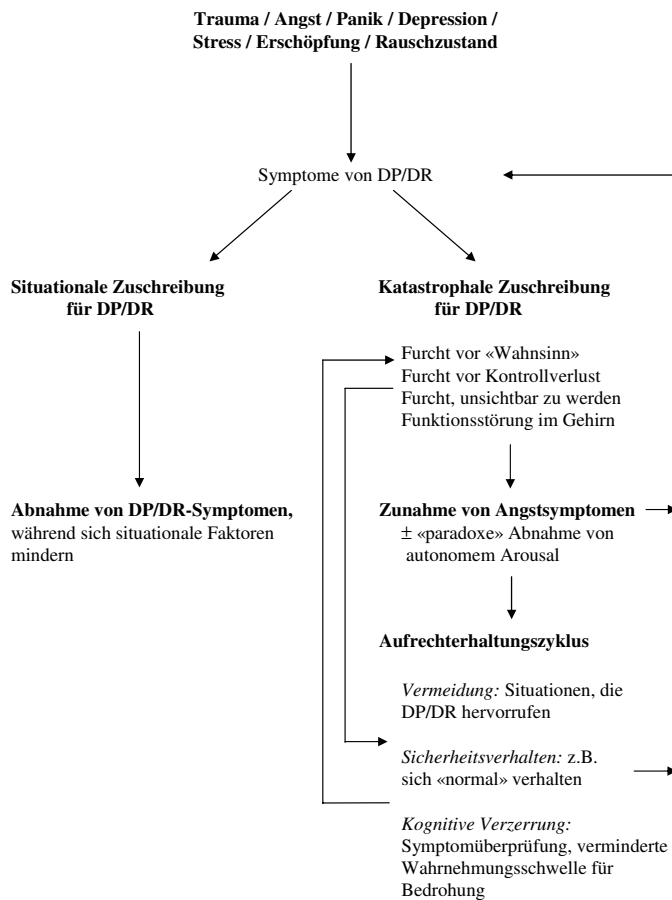
Ein spezifischeres Instrument zur Erfassung von DP/DR ist die Cambridge Depersonalization Scale [CDS; Sierra und Berrios, 2000; Michal et al., 2004b]. Die deutsche Version der CDS steht gratis im Testarchiv des Zentrums für Psychologische Information und Dokumentation ([www.zpid.de/](http://www.zpid.de/)) zur Verfügung. Die CDS erfasst statt mit 6 Items, wie die Subskala Depersonalisation/Derealisation des FDS, mit 29 Items die komplexe Phänomenologie von DP/DR und weist möglicherweise bessere Screeningeigenschaften als der FDS auf [Michal et al., 2004a, 2005a].

An diagnostischen Fremdbeurteilungsverfahren ist als Goldstandard das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV – Dissoziative Störungen [SKID-D; deutsche Version von Gast et al., 2000] zu nennen, welches analog der SKID-I/II-Logik aufgebaut ist. Das SKID-D erfasst die 5 dissoziativen Hauptsymptome in je 5 Kapiteln (Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsunsicherheit und Identitätsänderung). Im Kapitel Depersonalisation (SKID-D: DP) sind 8 Standardfragen zu den Symptomen der DP vorgegeben (z.B. «Haben Sie sich jemals so gefühlt, als ob Sie sich von einem Punkt außerhalb Ihres Körpers beobachten, als ob Sie sich aus der Entfernung sehen oder einen Film über sich sehen?»). Im Kapitel Derealisation (SKID-D: DR) wird mit 5 Standardfragen DR exploriert (z.B. «Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass Ihnen vertraute Umgebungen und Menschen ungewohnt oder unwirklich erscheinen?»). Als weit kürzere Alternative einer strukturierten Fremdexploration kann für den deutschen Sprachraum das Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde [AMDP-System; AMDP, 2000] genannt werden. Einen guten Überblick über die psychometrische Diagnostik dissoziativer Symptome im Allgemeinen vermittelt Spitzer [2004].

## Theoretische Ansätze zu DP/DR

Das Phänomen der DP/DR fand Ende des 19. Jahrhunderts Eingang in die wissenschaftliche Literatur. Störungen der Sensorik, des Gedächtnisses, der Emotionsverarbeitung und des Körperbildes wurden in der psychiatrischen Literatur als ursächlich für DP/DR angesehen [Berrios und Sierra, 1997]. Paul Schilder (1886–1940), einer der wegweisenden Autoren auf diesem Forschungsfeld, hat sich in noch heute aktueller Weise phänomenologisch, psychologisch und neurobiologisch mit DP/DR beschäftigt. Schilder [1914, S. 112] sah Depersonalisation als eine Art Vermeidungsverhalten an, als «Flucht vor dem vollen Erleben» der Wirklichkeit, die freilich dysfunktional ist, da sie «den Kranken nicht das [verschafft], was sie wünschen, denn der eigentliche Zustand der Depersonalisa-





**Abb. 1.** Kognitiv-behaviorales Modell der Depersonalisations-Störung nach Hunter et al. [2003, S. 1458].

tion ist den Kranken ... unendlich viel peinlicher als der tiefste Schmerz». Von psychoanalytischen Theoretikern wird DP/DR als komplexe Abwehrformation konzeptualisiert, für die neben traumatischen Ereignissen im engeren Sinne überwiegend eine gestörte Selbstwertregulation mit dazugehöriger Schamproblematik verantwortlich gemacht wird [Michal et al., 2005a]. Neueren Untersuchungen zufolge [Simeon et al., 2000] spielen schwere Traumata bei der Genese von DP/DR eher keine spezifische Rolle, während interpersonelle Traumatisierungen (z.B. emotionale Misshandlung) häufig zu beobachten sind.

Aus kognitiv-behavioraler Sicht finden sich bis in die jüngste Zeit lediglich Einzelfallstudien zur Behandlung der DP/DR, die die Anwendung klassischer behavioraler Strategien wie negative Verstärkung [Blue, 1979] oder Imagination in sensu [Sookman und Solyom, 1978] beschreiben. Keine dieser Arbeiten versucht, ein kohärentes konzeptuelles Modell vorzulegen.

#### Das Modell von Hunter et al.

Ein solches kohärentes kognitiv-behaviorales Modell wurde in jüngerer Zeit von Hunter et al. [2003] vorgestellt. Es orien-

tiert sich stark an kognitiven Modellen zu Angststörungen, wie sie in den letzten 20 Jahren z.B. für Panikstörung, Soziale Phobie, Generalisierte Angststörung und Gesundheitsangst in der Oxforder Arbeitsgruppe um Clark, Wells und Salkovskis entwickelt wurden [Wells, 1997]. Hunter et al. gehen davon aus, dass die DP/DR trotz der im DSM-IV erfolgten diagnostischen Zuordnung zu den dissoziativen Störungen stärkere Überlappungen mit Angststörungen aufweist. Dementsprechend versucht ihr Modell, DP/DR im Rahmen kognitiv-behavioraler Konzeptionen von Angststörungen zu fassen und damit die erheblichen Fortschritte im Verständnis z.B. der Panikstörung für DP/DR fruchtbar zu machen.

Hunter et al. gehen davon aus, dass vorübergehende DP/DR-Symptome von den Betroffenen als Hinweise dafür, «wahn-sinnig» zu werden, die Kontrolle zu verlieren, unsichtbar zu werden oder an einer Erkrankung des Gehirns zu leiden, fehlinterpretiert werden. Diese katastrophalen Zuschreibungen führen zu einer Zunahme von Angstsymptomen, die wiederum zur Verschlimmerung und Aufrechterhaltung der DP/DR-Symptome beitragen. Dabei besteht die Möglichkeit, dass eine «paradoxe» Abnahme des autonomen Arousal mit der Zunahme der Angst bzw. Angstsymptomatik einhergeht. Ausgehend von kognitiven Modellen zur Aufrechterhaltung der Angst vermuten Hunter et al., dass eine Person auch hier bestimmte Verhaltensweisen und kognitive Verzerrungen ausbilden kann, die im Rahmen eines Aufrechterhaltungszyklus zur Verschlimmerung der weiteren Symptomatik beitragen können (Abb. 1).

Eine erste Komponente im Aufrechterhaltungszyklus beschreibt das Vermeidungsverhalten bezüglich Situationen, in denen DP/DR-Symptome hervorgerufen wurden: Im Rahmen der DP/DR scheint sich die Vermeidung besonders auf soziale Situationen zu beziehen. Die bei DP/DR erlebten Gefühle der Losgelöstheit (detachment) von eigenen Erfahrungen sowie die Selbstentfremdung können zudem zu Motivationsverlust und einer damit einhergehenden Abnahme an Aktivität und Produktivität führen [Simeon und Hollander, 1993; zit. n. Hunter et al., 2003]. In Verbindung mit der Unfähigkeit, sich an angenehmen Aktivitäten zu erfreuen, kann diese Demotivation zusätzlich zu schlechterer Stimmung und Frustration führen, was wiederum dazu beitragen kann, dass das Vermeidungsverhalten noch ausgeprägter wird [Hunter et al., 2003].

Eine zweite Komponente des Aufrechterhaltungszyklus der DP/DR beinhaltet Sicherheitsverhaltenweisen, durch welche die Betroffenen glauben, befürchtete Konsequenzen verhindern zu können. Die katastrophale Interpretation der erlebten DP/DR-Symptome («wahn-sinnig» zu sein) führt dazu, dass die Betroffenen versuchen, sich «normal» zu verhalten (um ihre Symptome zu verbergen) bzw. die Rolle einer «normalen» Person einzunehmen. So distanzieren sie sich von ihrem realen Selbst und begünstigen die Zunahme der erlebten Losgelöstheit oder Entfremdung von der eigenen Person [Hunter et al., 2003].

Die dritte Komponente des Aufrechterhaltungszyklus beinhaltet kognitive sowie Aufmerksamkeitsveränderungen wie z.B. eine Zunahme der Symptomüberprüfung (monitoring) im Rahmen einer gesteigerten selbstfokussierten Aufmerksamkeit, was wiederum die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass DP/DR-Symptome wahrgenommen werden und die Wahrnehmungsschwelle für Bedrohung herabgesetzt wird. Nach Hunter et al. können die genannten Faktoren und Feedback-Schleifen die Aufrechterhaltung der DP/DR erklären.

Hunter et al. [2003] leiteten aus ihrem kognitiv-behavioralen Modell der DP/DR eine Reihe von Behandlungsimplicationen ab und überprüften diese in einer kürzlich erschienenen Studie [Hunter et al., 2005]. Als wesentliches Ergebnis ergaben sich bedeutsame Reduktionen in der DP/DR-Symptomatik und anderen Maßen wie Angst und Depression. Diese Veränderungen waren auch nach einem Zeitraum von 6 Monaten stabil. Die Behandlungsimplicationen werden in einem späteren Abschnitt ausführlich dargestellt.

#### *Das Modell von Fiedler*

Ein weiteres kognitiv-behavioral fundiertes Modell wurde von Fiedler [1999] auf der Basis von Theorien zu Trauma und Dissoziation skizziert. Demnach wird die durch ein traumatisches Ereignis ausgelöste Angst durch Dissoziation aus dem Bewusstsein ferngehalten (im Sinne der sog. peritraumatischen Dissoziation). Dieser autoregulative Ablauf ermöglicht den Betroffenen ein vordergründig «angstfreies» Bewältigen belastender Ereignisse. Durch die Dissoziation bleibt das Angst-erleben aber im impliziten Gedächtnis vorhanden und bricht sich erneut Bahn bzw. verlangt nach expliziter Integration, wenn die Person zur Ruhe kommt. Depersonalisation wird dann in diesem Sinne als «Flashback emotionaler Angstreaktion» verstanden. Im Unterschied zum Modell von Hunter et al., bei dem die katastrophisierende Bewertung als ursprüngliches perpetuierendes Agens betrachtet wird, ist hier der dysfunktionale Versuch, ein traumatisches Ereignis zu bewältigen, der Ausgangspunkt der Störung. Durch die Benennung von DP/DR als «Flashback emotionaler Angstreaktion» – das einst äußere Ereignis wird zu einem inneren, vor welchem man sich durch DP/DR zu schützen versucht – wird die Chronizität der DP/DR ebenso erklärbar wie durch den von Hunter et al. aufgezeigten Teufelskreis.

#### **Objektivierende Befunde zu DP/DR**

Die Relevanz von DP/DR hinsichtlich neurobiologischer und psychophysiologischer Aspekte unterstreichen verschiedene Studien: Für die emotionale Verarbeitung wurde in zwei Studien eine reduzierte autonome Reagibilität beschrieben [Griffin et al., 1997; Sierra et al., 2002]. Bildgebende Verfahren fanden darüber hinaus verringerte Aktivierungen limbischer Strukturen und eine verstärkte Aktivität hemmender präfrontaler Regionen [Phillips et al., 2001]. Des Weiteren liegt eine

PET-Studie vor, die ein verändertes Aktivierungsmuster in sekundären somatosensorischen, visuellen und akustischen Arealen nachweist, die für die Integration eines einheitlichen Körperschemas verantwortlich sind [Simeon et al., 2000]. In einer Studie, in der DP/DR mittels Hypnose experimentell induziert wurde, fand sich auf Schmerzreize hin eine im Vergleich zum normalen Bewusstseinszustand veränderte neuronale Aktivierung [Röder et al., in press]. Summa summarum weisen sämtliche Studien darauf hin, dass bei DP/DR grundlegende Funktionen wie das Affektsystem, Körperschema und Schmerzverarbeitung verändert sind.

#### *Therapeutische Implikationen*

Mangels empirischer Forschung lassen sich derzeit keine evidenzbasierten Aussagen darüber treffen, welche Behandlungsstrategien bei DP/DR als eigenständiger Diagnose oder bei DP/DR im Rahmen anderer Störungen angewendet werden sollten.

Für die kognitiv-behaviorale Behandlung von DP/DR sollten in jedem Falle spezifische Interventionen verfügbar sein, denn der Leidensdruck durch DP/DR ist unabhängig von der diagnostischen Zuordnung bedeutsam: So kann DP/DR das Störungsbild bei einer Major Depression maßgeblich prägen, auch wenn die diagnostischen Kriterien keine eigenständige Verschlüsselung erlauben. Darüber hinaus kann DP/DR in einem weiteren Sinne auch als Störungen aufrechterhaltendes Vermeidungsverhalten verstanden werden, das den Patienten vor beängstigenden Affekten schützt (im Sinne einer «kognitiven Vermeidung»). Um vor diesem Hintergrund Anhaltspunkte für spezifische Interventionen im Rahmen kognitiv-behavioraler Behandlung zu geben, fassen wir deshalb im Folgenden wesentliche Behandlungsgrundsätze zusammen:

Im Rahmen der Psychoedukation bzw. Patientenschulung sollte zunächst eine «Entkatastrophisierung» der DP/DR-Symptome angestrebt werden [Fiedler, 1999; Hunter et al., 2003]. Die Patienten sollten informiert werden, dass ihre oftmals vielfältigen und verwirrenden Beschwerden einem klinisch bekannten Syndrom entsprechen, das in der Allgemeinbevölkerung häufig anzutreffen ist (wenn auch in einer leichteren und kürzer anhaltenden Form). DP/DR sollte in diesem Zusammenhang als «Schutzmechanismus» dargestellt werden, der es ermöglicht, eine Distanzierung von überwältigenden Gefühlen herzustellen [Eckhardt-Henn, 2004; Michal et al., 2006a; Schilder, 1914].

Ein zweites wesentliches Element der kognitiv-behavioralen Therapie der DP/DR sind sorgfältige Verhaltensanalysen, die ein Verständnis für das Auftreten von DP/DR liefern können [Fiedler, 1999]. Von besonderer Bedeutung ist hierbei das Führen von Tagebüchern [Hunter et al., 2003]: Dieses ermöglicht das Erkennen von Variabilität in der Symptomatik, die von vielen Patienten zunächst nicht wahrgenommen wird. Häufig zeigt sich dadurch auch eine systematische Kovariation der DP/DR mit alltäglichen Aktivitäten und Erlebnissen. Schließlich können in diesem Zusammenhang erste Ansätze

zu einer Verhaltensmodifikation besprochen werden, etwa wenn ein häufiger Wechsel zwischen einer starken Schonhaltung und Aktivitätsschüben erkennbar wird.

Ein drittes Therapieelement besteht in der Reduktion von Vermeidung: Menschen mit DP/DR vermeiden häufig soziale Situationen, da sie in diesen verstärkte soziale Ängste und DP/DR erleben [Michal et al., 2005b]. Die Konfrontation sollte dabei graduert erfolgen und auf bewährte Behandlungselemente bei Sozialer Phobie zurückgreifen [vgl. Stangier et al., 2003]. Insbesondere die zusätzliche Berücksichtigung von Sicherheitsverhaltensweisen kann die Konfrontation noch effektiver gestalten.

Als weiteres wesentliches Behandlungselement nennen Hunter et al. [2003] die Reduktion dysfunktionaler Selbstaufmerksamkeit. Analog zur Konzeption der Sozialen Phobie durch Clark und Wells [1995] verstehen sie darunter Strategien, die es Patienten ermöglichen, sich selbst und ihre belastenden Symptome weniger ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken. «Grounding» und «Refocusing»-Techniken, wie sie auch bei anderen dissoziativen Störungen eingesetzt werden, seien demnach auch bei DP/DR hilfreich. Hunter et al. nennen als Beispiele das Aufmerksamkeitstraining nach Wells [1990] sowie das «Task concentration training» nach Bögels et al. [1997]. Eine Darstellung für den deutschen Sprachraum findet sich bei Stangier et al. [2003]. Auch die in jüngerer Zeit intensiv untersuchten achtsamkeitsbasierten Behandlungsverfahren [Heidenreich und Michalak, 2003] könnten in diesem Zusammenhang eine Behandlungsoption darstellen.

Der unvorbereitete Einsatz von Entspannungsverfahren ist jedoch problematisch, da diese DP/DR provozieren können [Fiedler, 1999; Golombek, 2001]. Zur Senkung des physiologischen Anspannungsniveaus empfiehlt Fiedler [1999] andere «entspannende» Aktivitäten wie Spazierengehen, Sport oder handwerkliche Tätigkeiten, die nicht mit einer potentiell Dissoziationen auslösenden Reizarmut einhergehen [Michal et al., 2005c].

Auch das Hinterfragen katastrophisierender Annahmen spielt eine wichtige Rolle in der Therapie der DP/DR [Hunter et al., 2003]. Hierzu ist es notwendig, in der Diagnostikphase die vom Patienten befürchteten schlimmstmöglichen Konsequenzen ihrer DP/DR zu erfragen. Diese negativen Annahmen können dann in Verhaltensexperimenten überprüft werden.

## Literatur

AMDP – Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation psychiatrischer Befunde: Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, ed 7. Göttingen, Hogrefe, 2000.  
American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, ed 4. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.  
Bernstein EM, Putnam FW: Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986;174(12):727–35.

Berrios GE, Sierra M: Depersonalization: a conceptual history. *Hist Psychiatry* 1997;8(30 Pt 2):213–229.

Blue FR: Use of directive therapy in the treatment of depersonalization neurosis. *Psychol Rep* 1979;45: 904–906.

Bögels SM, Mulken S, De Jong PJ: Task concentration training and fear of blushing. *Clin Psychol Psychother* 1997;4(4):251–258.

Bohus M: Borderline-Störungen. Göttingen, Hogrefe, 2002.

Cassano GB, Petracca A, Perugi G, Toni C, Tundo A, Roth M: Derealisation and panic attacks: a clinical evaluation on 150 patients with panic disorder/agoraphobia. *Compr Psychiatry* 1989;30:5–12.

Cattell JP, Cattell JS: Depersonalization: psychological and social perspectives; in Arieti S, Brody EB (eds): *American Handbook of Psychiatry*, vol 3. Adult Clinical Psychiatry, ed 2. New York, Basic Books, 1974, pp 766–799.

Weitere Hinweise für psychotherapeutische Herangehensweisen lassen sich – bei entsprechenden Symptomen – der Literatur zum Umgang mit schweren dissoziativen Störungen (Dissoziative Identitätsstörung, Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung), Posttraumatischen Belastungsstörungen und Borderline-Störungen entnehmen [vgl. Bohus, 2002; Eckhardt-Henn, 2004; Gast et al., 2001; Vogelsang, 2004].

Hinsichtlich begleitender Pharmakotherapie kann festgehalten werden, dass es derzeit keine etablierten medikamentösen Behandlungsansätze für DP/DR gibt. Dementsprechend ist momentan kein Medikament speziell für die Behandlung von DP/DR zugelassen. Möglicherweise tut sich mit dem Opiatantagonisten Naltrexon eine Erfolg versprechende Behandlungsoption auf: Simeon und Knutelska [2005] fanden in einer offenen Studie mit 14 Patienten eine 30%ige Symptombreduktion durch Naltrexon. Hingegen konnten weder mit dem Antiepileptikum Lamotrigin noch mit dem SSRI Fluoxetin Effekte erzielt werden, die über dem Effekt von Placebos lagen [Simeon et al., 2004]. In Abhängigkeit von der zusätzlich vorhandenen Symptomatik können Patienten jedoch unter Umständen von medikamentöser Therapie der Depression oder Angst profitieren [Eckhardt-Henn, 2004; Simeon, 2004].

## Ausblick

In der vorliegenden Übersicht wurden wesentliche Fakten zu DP/DR vorgestellt. Verschiedene Studien konnten die Bedeutsamkeit einer Berücksichtigung von DP/DR belegen – unabhängig davon, ob es sich um eine «primäre» oder «sekundäre» DP/DR handelt. Das Modell von Hunter et al. [2003] sowie die Überlegungen von Fiedler [1999] stellen erste Ansätze dar, kognitiv-behaviorale Theoriebildung zum Verständnis dieser Phänomene einzusetzen. Von besonderem Interesse sind weiterhin neurobiologische und psychophysiologische Ansätze, die erste Hinweise auf eine Objektivierbarkeit der für DP/DR charakteristischen emotionalen Taubheit liefern konnten [Simeon, 2004]. DP/DR sollte aus unserer Sicht – gerade auch im Rahmen kognitiv-behavioraler Theoriebildung und Therapie – stärkere Berücksichtigung finden, um bestehende Behandlungsansätze auch bei anderen Störungen, wie etwa der Panikstörung, weiter zu optimieren.

- Chefetz RA: Healing haunted hearts – toward a model for integrating subjectivity. Commentary on papers by Philip Bromberg and Gerald Stechler. *Psychoanal Dialogues* 2002;13:727–742.
- Clark DM, Wells A: A cognitive model of social phobia; in Heimberg RG, Hope D, Liebowitz M, Schneier F (eds): *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York, Guilford, 1995, pp 69–93.
- Eckhardt-Henn A: Dissoziative Störungen des Bewusstseins. *Psychotherapeut* 2004;49:55–66.
- Fiedler P: *Dissoziative Störungen und Konversion*. Weinheim, PVU, 1999.
- Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz R-D: Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS). Ein Selbstbeurteilungsverfahren zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Symptome. Deutsche Adaptation der Dissociative Experience Scale (DES) von E. Bernstein-Carlson und F.W. Putnam. Bern, Huber, 1999.
- Gast U, Oswald T, Zuendorf F, Hofmann A: SKID-D: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen. Göttingen, Hogrefe, 2000.
- Gast U, Rodewald F, Kersting A, Emrich H: Diagnostik und Therapie Dissoziativer (Identitäts-)Störungen. *Psychotherapeut* 2001;46:289–300.
- Golombek U: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilung – empirische Ergebnisse. *Psychiatr Prax* 2001;28:402–404.
- Griffin MG, Resick PA, Mechanic MB: Objective assessment of peritraumatic dissociation: Psychophysiological indicators. *Am J Psychiatry* 1997;154:1081–1088.
- Heidenreich T, Michalak J: Achtsamkeit («Mindfulness») als Therapieprinzip in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. *Verhaltenstherapie* 2003;13:264–274.
- Hunter EC, Phillips ML, Chalder T, Sierra M, David AS: Depersonalisation disorder: a cognitive-behavioural conceptualisation. *Behav Res Ther* 2003;41:1451–1467.
- Hunter EC, Sierra M, David AS: The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2004;39:9–18.
- Hunter EC, Baker D, Phillips ML, Sierra M, David AS: Cognitive-behaviour therapy for depersonalisation disorder: an open study. *Behav Res Ther* 2005;43:1121–1130.
- Koch E, Parzer P, Brunner R, Resch F: Zur Bedeutung von Depersonalisation und Derealisation im Jugendalter. *Persönlichkeitsstörungen* 2001;5:31–38.
- Michal M, Sann U, Niebecker M, Lazanowski C, Aurich S, Kernhof K, Overbeck G: Die Erfassung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms mit dem Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen. *Z Psychosom Med Psychother* 2004a;50:271–287.
- Michal M, Sann U, Niebecker M, Lazanowski C, Kernhof K, Aurich S, Overbeck G, Sierra M, Berrios GE: Die Erfassung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms mit der deutschen Version der Cambridge Depersonalization Scale (CDS). *Psychother Psychosom Med Psychol* 2004b;54:367–374.
- Michal M, Kaufhold J, Engelbach U, Lenz C, Lischke M, Overbeck G, Grabhorn R: Zur Validität der Skala Derealisation/Depersonalisation des Narzissmusinventars. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2005a;12:512–516.
- Michal M, Kaufhold J, Grabhorn R, Krakow K, Overbeck G, Heidenreich T: Depersonalization and Social Anxiety. *J Nerv Ment Dis* 2005b;193:629–632.
- Michal M, Roder C, Mayer J, Lengler U, Krakow K: Spontaneous dissociation during functional MRI experiments. *J Psychiatr Res* 2005c, doi: 10.1016/j.jpsychires.2005.04.011.
- Michal M, Sann U, Grabhorn R, Overbeck G, Röder CH: Zur Prävalenz von Depersonalisation und Derealisation in der stationären Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2005d;50(5):328–339.
- Michal M, Kaufhold J, Overbeck G, Grabhorn R: Narcissistic regulation of the self and interpersonal problems in depersonalized patients. *Psychopathology* 2006a;39(4):192–198.
- Michal M, Lüchtenberg M, Overbeck G, Fronius M: Gestörte visuelle Wahrnehmung beim Depersonalisations-Derealisationssyndrom. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 2006b;223(4):279–284.
- Michelson L, June K, Vives A, Testa S, Marchione N: The role of trauma and dissociation in cognitive-behavioral psychotherapy outcome and maintenance for panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther* 1998;36:1011–1050.
- Phillips ML, Medford N, Senior C, Bullmore ET, Suckling J, Brammer MJ, Andrew C, Sierra M, Williams SC, David AS: Depersonalization disorder: thinking without feeling. *Psychiatry Res* 2001;108:145–160.
- Röder C, Michal M, Overbeck G, van de Ven V, Linden D: Pain response in depersonalization – a functional imaging study using hypnosis in healthy subjects. *Psychother Psychosom*, in press.
- Schilder P: *Selbstbewusstsein und Persönlichkeitsbewusstsein*. Eine Psychopathologische Studie. Berlin, Springer, 1914.
- Segui J, Marquez M, Garcia L, Canet J, Salvador-Carulla L, Ortiz M: Depersonalization in panic disorder: a clinical study. *Compr Psychiatry* 2000;41:172–178.
- Sierra M, Berrios GE: The Cambridge Depersonalization Scale: a new instrument for the measurement of depersonalization. *Psychiatry Res* 2000;93:153–164.
- Sierra M, Senior C, Dalton J, McDonough M, Bond A, Phillips ML, O'Dwyer AM, David AS: Autonomic response in depersonalization disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:833–838.
- Simeon D: Depersonalisation Disorder: A Contemporary Overview. *CNS Drugs* 2004;18:343–354.
- Simeon D, Knutelska M: An open trial of naltrexone in the treatment of depersonalization disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2005;25:267–270.
- Simeon D, Guralnik O, Hazlett EA, Spiegel-Cohen J, Hollander E, Buchsbaum MS: Feeling unreal: A PET study of depersonalization disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157:1782–1788.
- Simeon D, Knutelska M, Nelson D, Guralnik O: Feeling unreal: A Depersonalization Disorder Update of 117 Cases. *J Clin Psychiatry* 2003;64: 990–997.
- Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, Knutelska M: Fluoxetine therapy in depersonalisation disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;185:31–36.
- Sookman D, Solyom L: Severe depersonalization treated by behavior therapy. *Am J Psychiatry* 1978;135:1543–1545.
- Spitzer C: Psychometrische Diagnostik dissoziativer Symptome und Störungen; in Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (Hrsg): *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. Stuttgart, Schattauer, 2004, pp 311–320.
- Spitzer C, Mestel R, Klingelhöfer J, Gansicke M, Freyberger HJ: Screening und Veränderungsmessung dissoziativer Psychopathologie: Psychometrische Charakteristika der Kurzform des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS-20). *Psychother Psychosom Med Psychol* 2004;54:165–172.
- Spurr JM, Stopa L: The observer perspective: effects on social anxiety and performance. *Behav Res Ther* 2003;41:1009–1028.
- Stangier U, Heidenreich T, Peitz M: *Soziale Phobien: Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmニュアル*. Weinheim, Beltz, 2003.
- Steinberg M: The Spectrum of Depersonalization: Assessment and Treatment. *Annu Rev Psychiatry* 1991;10:223–247.
- Vogelsang M: Verhaltenstherapie bei dissoziativen Störungen. *Psychotherapeut* 2004;49:139–147.
- Wells A: Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: an attentional training approach to treatment. *Behav Ther* 1990;21:273–280.
- Wells A: *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester, Wiley, 1997.
- WHO – World Health Organisation: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva, World Health Organisation, 1991.