

Matthias Michal¹
Thomas Heidenreich²
Ute Engelbach³
Cynthia Lenz³
Gerd Overbeck³
Manfred Beutel¹
Ralph Grabhorn³

Depersonalisation, soziale Ängste und Scham

Depersonalization, Social Phobia and Shame

Originalarbeit

Zusammenfassung

Zusammenhänge zwischen Depersonalisation (DP) und sozialer Phobie (SP) sowie sozialen Ängsten sind klinisch immer wieder beschrieben worden, ohne dass dies in empirischen Studien entsprechend berücksichtigt wurde. Ziel der vorliegenden Studie ist deshalb eine empirische Prüfung und Differenzierung dieser Zusammenhänge. In einer Stichprobe 100 stationärer Psychotherapiepatienten werden 45 Patienten mit pathologischer DP (DP-G) mit einer Gruppe von 55 Patienten ohne pathologische DP verglichen: erstens hinsichtlich der klassifikatorischen Diagnostik sowie zweitens nach dem Ausmaß ihrer sozialen Ängste (Soziale Interaktionsangst-Skala, SIAS, Soziale Phobie-Skala, SPS) und Schamempfindungen (Internalisierte Scham-Skala, ISS). In der DP-G wurde signifikant häufiger die Diagnose einer sozialen Phobie gestellt und das Ausmaß sozialer Ängste und Schamkognitionen war signifikant höher als bei Patienten ohne pathologische DP. Die Ergebnisse können als erste empirische Bestätigung für die postulierten Zusammenhänge gewertet werden und sprechen dafür, DP in Therapie und Forschung sozialer Ängste verstärkt zu berücksichtigen.

Abstract

Associations between depersonalization (DP) and social phobia (SP) were described in the early scientific literature. This connection, however, has not yet been considered in the recent empirical literature and clinical trials on SP. The aim of this study is to examine these associations. In a sample of 100 consecutive inpatients we compare 45 patients with pathological DP to 55 patients without pathological DP with respect to comorbidity and the degree of social anxieties assessed with the *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS) and with the *Social Phobia Scale* (SPS) and the extent of shame assessed with the *Internalized Shame Scale* (ISS). Social phobia was significantly more prevalent in the patients with pathological DP. Furthermore, the patients with pathological DP showed a significantly larger extent of social anxieties (SIAS, SPS) and shame (ISS). The results may be considered as a preliminary empirical support of the assumed associations and thus warrant an enhanced consideration of DP in therapy and research of social anxiety disorders.

Key words

Depersonalization · social anxiety · social phobia · shame

Institutsangaben

¹ Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

² Fachbereich Psychologie der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

³ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Korrespondenzadresse

Dr. med. Matthias Michal · Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie · Untere Zahlbacher Straße 8 · 55131 Mainz · E-mail: michal@psychosomatik.klinik.uni-mainz.de

Eingegangen: 12. Dezember 2005 · Angenommen: 11. Juli 2006

Bibliografie

Psychother Psych Med 2006; 56: 383–389 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-940124
ISSN 0937-2032

„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“ Harry Guntrip [1].

Einleitung

Mit Depersonalisation (DP) wird die veränderte Wahrnehmung des Selbst und mit Derealisation (DR) die veränderte Wahrnehmung der Außenwelt bezeichnet. Beide Phänomene werden üblicherweise als zusammengehörig angesehen [2]. In der Allgemeinbevölkerung liegt die Lebenszeitprävalenz für leichte transiente DP-DR bei bis zu 74% und die für pathologische DP-DR bei etwa 1–2% [3]. Für den Bereich der stationären Psychosomatik wurde jüngst bei 143 Aufnahmen eine 1-Monats-Prävalenz von 30% für pathologische DP-DR und von 62,9% für DP-DR jeglicher Schwere ermittelt [4].

Soziale Ängste sind im Rahmen von seelischen Störungen ein häufiges Phänomen [5]. Diagnostisch werden diese als Soziale Phobie (SP) verschlüsselt, wenn relevante Angst vor sozialen Situationen vorliegt, insbesondere davor beobachtet und als peinlich bewertet zu werden. Steht mehr die Furcht vor zwischenmenschlichen Beziehungen per se im Vordergrund, können die sozialen Ängste zum Kriterium einer vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung werden [6]. In epidemiologischen Studien werden Lebenszeitprävalenzen für die soziale Phobie von 2,6–13,3% berichtet [5]. In einer Stichprobe von $n=930$ stationären psychosomatischen Patienten wurden jüngst mittels Fragebogen soziale Ängste in klinisch signifikantem Ausmaß bei 45% der Patienten gefunden [5].

Paul Schilder (1886–1940), von dem eine der frühen wissenschaftlichen Beschreibungen der sozialen Angststörung stammt, sah eine sehr enge Verbindung zwischen der sozialen Phobie („soziale Neurose“) und dem Depersonalisations-Derealisations-Syndrom [7,8]. Beide Störungen können als Ausdruck einer defizitären Selbstwertorganisation betrachtet werden, wobei der zentrale Affekt die Scham ist. Diese Schamangst wird sowohl für soziale Angststörungen [9,10] als auch für pathologische DP-DR als wesentlich erachtet [11,12]. Der Schamaffekt gilt als ein selbstreflexiver Affekt, der durch eine negative Bewertung durch das Selbst respektive durch die Identifizierung mit dem realen oder imaginierten Anderen ausgelöst wird [13]. Vor dem Hintergrund der Schamproblematik verwundert es nicht, dass bei der DP-DR soziale Situationen am häufigsten vermieden werden [14] – Situationen, die bei der SP per definitionem ängstigend und damit Ziel der Vermeidung sind. Aber auch auf der phänomenologischen Ebene überschneiden sich beide Störungsbilder: Patienten mit DP-DR beschreiben oft, dass „sie sich selbst von außen sehen“ oder „sich sehen, als ob sie einen Film über sich sehen“. In der älteren Literatur zur DP-DR wurde dieses Phänomen *Autoskopie* genannt [15]. In der jüngeren kognitiv-behavioralen Literatur zur sozialen Phobie [16,17] wurde eben dieses Phänomen als sog. Beobachterperspektive („*observer perspective*“) bezeichnet und als typisches Merkmal der sozialen Phobie beschrieben. Weiterhin wird der dysfunktionalen Selbstaufmerksamkeit eine die Störung aufrechterhaltende Rolle zugesprochen, sowohl bei der sozialen Phobie („*self-focused attention*“

[17]) als auch bei der DP-DR ([15] „zwanghafte Selbstbeobachtung“).

Hinsichtlich der Komorbidität von DP-DR und der SP liegen bisher nur Zahlen für definierte Stichproben primärer Depersonalisationsstörung vor. Die Arbeitsgruppe um Simeon fand mittels strukturierter Befunderhebung bei 30 Patienten mit primärer Depersonalisationsstörung eine aktuelle Komorbidität von 43% mit der sozialen Phobie und von 30% für die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung [18]. In einer weiteren Studie mit 117 Fällen von primärer Depersonalisationsstörung wurde eine aktuelle Komorbidität von 30% mit der sozialen Phobie und von 23% mit der vermeidenden Persönlichkeitsstörung gefunden [19]. Wie häufig andererseits in Stichproben von Patienten mit definierter sozialer Phobie pathologische DP-DR vorkommt, kann bis heute nicht gesagt werden, da entsprechende Studien fehlen [20,21].

Weiterhin gleichen sich hinsichtlich des Ersterkrankungsalters die *soziale Phobie* und die *Depersonalisationsstörung*, da beide bereits in der Kindheit oder der frühen Adoleszenz beginnen. In einer Musterstichprobe von Patienten mit sozialer Phobie [6] begann die SP mit komorbider vermeidender Persönlichkeitsstörung bei 33,3% vor dem 10. Lebensjahr und bei 54,2% zwischen dem 11. und 20. Lj.; in einer Stichprobe von 43 Patienten mit pathologischer DP-DR [4] begann diese bei 25,6% vor dem 11. Lebensjahr, bei 53,5% vor dem 16. Lj. und bei 81,4% vor dem 21. Lj. Dieser Beginn in der frühen Adoleszenz weist darauf hin, dass beide Störungen mit der phasenspezifischen Aufgabe der Entwicklung einer eigenen Identität – des Realitätsgefühls für das eigene Selbst – zusammenhängen [22].

Fragestellung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist erstens eine empirische Überprüfung des klinisch und in der älteren Literatur beschriebenen Zusammenhangs von DP-DR mit sozialen Ängsten und der Schamthematik. Zum Zweiten soll geprüft werden, inwieweit Zusammenhänge zwischen DP-DR, sozialen Ängsten und Scham insofern spezifisch sind, als sie einen über die generelle psychopathologische Symptombelastung hinausgehenden Varianzanteil aufklären.

Methodik

Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus insgesamt 100 Patienten, die von der Bettenstation der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Frankfurt/M. konsekutiv rekrutiert wurden. Von den 100 Patienten weisen gemäß dem *Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen* (SKID-D [23]) 28 Patienten keine DP-DR, 27 Patienten leichte DP-DR, 26 Patienten mäßige DP-DR und 19 Patienten schwere DP-DR auf. Die $n=55$ Patienten ohne oder nur mit leichter DP bilden die Vergleichsgruppe (V-G), die $n=45$ Patienten mit pathologischer DP-DR die DP-Gruppe (DP-G). Die V-G unterscheidet sich nicht von der DP-G hinsichtlich soziodemografischer Daten wie Alter ($35,5 \pm 13,0$ vs. $31,6 \pm 13,4$; $t=1,455$; $p=0,15$), Geschlechter-

verteilung (15 ♂:40 ♀ vs. 9 ♂:36 ♀; $\chi^2 = 0,718$; $df = 1$; $p = 0,40$) und Bildung (Hauptschule/Realschule/Abitur/Hochschule 10/19/13/13 vs. 13/11/14/7 $\chi^2 = 3,396$; $df = 3$; $p = 0,34$). Weitere Details der Stichprobe werden im ersten Abschnitt des Ergebnisteils beschrieben.

Instrumente

Depersonalisation und *Derealisation* wurden im Rahmen des psychischen Befundes mittels der entsprechenden Kapitel des SKID-D erhoben. Die psychometrischen Gütekriterien dieses Instruments können als gut gelten [23]. Unter Berücksichtigung definierter Kriterien erfolgt eine vierstufige Schweregradeinteilung (1 = keine, 2 = leichte, 3 = mäßige, 4 = schwere Symptomatik). Grad 3 und 4 gelten als pathologisch. Für die hier getroffene Einstufung wurde die aktuelle Prävalenz, d. h. zumindest eine Episode musste im letzten Monat vorgekommen sein, herangezogen. Nach der Festlegung des Schweregrades der Depersonalisation und Derealisation entsprechend den Kriterien des SKID-D, fassten wir diese beiden Einstufungen zu einer globalen Schweregradeinteilung zusammen. Hierfür war die im SKID-D jeweils höchsterreichte Einstufung entscheidend [4, 24, 25].

Die anderen Diagnosen wurden mittels klinischer Interviews erhoben, im Behandlungsverlauf überprüft und nach ICD-10 verschlüsselt.

Die *SCL-90-R* [26] wurde zur Abbildung allgemeiner psychopathologischer Syndrome und des Beschwerdeausmaßes in den letzten 7 Tagen eingesetzt.

In der Selbstausskunft der Patienten wurde DP-DR mit der deutschen Version der *Cambridge Depersonalisation Scale* (CDS) erfasst [24]. Die CDS bildet in 29 Items die 6-Monats-Prävalenz typischer Symptome der DP-DR hinsichtlich Häufigkeit und Dauer ab. Die Werte des Gesamtscores CDS reichen von 0–290. Die Testgütekriterien sind wie die der englischen Originalversion gut ($\alpha = 0,95$; Retestrelabilität 10–14 Tage: $r_{tt} = 0,89$). Außerdem wurde noch die aus 9 Items bestehende Kurzska CDS-9 berechnet, die sich durch sehr gute Screeningeigenschaften auszeichnet [24].

Das Spektrum sozialer Ängste wurde mit der deutschen Version der *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS) und der *Social Phobia Scale* (SPS) beschrieben [27]. Die SIAS erfasst Angst in sozialen Interaktionssituationen, d. h. Ängste bezüglich der Initiation oder der Aufrechterhaltung von Interaktionen mit anderen Personen [28]. Die Selbsteinschätzung erfolgt anhand von 20 Items auf einer 5-stufigen Likertska mit den Ausprägungen von „0 = überhaupt nicht“ bis „4 = sehr stark“. Die SIAS trennt bei einem Cut-off-Wert von $SIAS \geq 30$ zwischen klinischer Stichprobe und Patienten mit SP. Patienten mit sozialer Phobie haben im Mittel einen Score $40,8 \pm 16,6$ in der SIAS [27]. Die Skala SPS erfasst Angst in sozialen Leistungssituationen. Skala und Auswertung sind analog der SIAS aufgebaut. Ein Cut-off-Wert von 20 konnte optimal zwischen Patienten mit SP und verschiedenen Vergleichsgruppen trennen. Patienten mit sozialer Phobie weisen im Mittel einen Score von $28,6 \pm 16,2$ in der SPS auf [27].

Zur Erfassung der internalisierten Schamgefühle wurde die deutsche Version der *Internalisierten Scham-Skala* (ISS) verwendet

[29], die sich bereits in mehreren Studien bewährte [30]. Die deutsche Version umfasst 35 Items mit einem 5-stufigen Antwortformat von „1 = nie“ bis „5 = fast immer“ und guten Kennwerten ($\alpha = 0,94–0,97$, $r_{tt} = 0,81–0,94$). Die Items beschreiben Empfindungen, Kognitionen und Verhaltensweisen, die phänomenologisch mit dem Schamaffekt in Verbindung gebracht wurden. Für stationäre Patienten wurde ein Mittelwert von $107,0 \pm 27,8$ berichtet [29].

Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte überwiegend mit SPSS 12.0, nur die χ^2 -Tests wurden mit dem Programm BIAS 8.02 für Windows (www.bias-online.de) durchgeführt. Nach der Prüfung der entsprechenden Voraussetzungen kamen parametrische Verfahren zum Einsatz. Demnach werden die Daten deskriptiv durch Mittelwert \pm Standardabweichung ($M \pm SD$) dargestellt. Für inferenzstatistische Prüfungen wurde das Signifikanzniveau auf $\alpha = 5\%$ festgesetzt. Die Signifikanzprüfung erfolgte generell zweiseitig. Bei Vergleichen, die eine größere Anzahl zu überprüfender Hypothesen umfassten, erfolgte eine Bonferroni-Adjustierung. Um neben der statistischen Signifikanz auch Anhaltspunkte auf die Größe der Gruppenmittelwertsunterschiede zu erhalten, wurden Effektstärken nach Cohen [31] berechnet ($d = MW \text{ der DP-G} - MW \text{ der V-G} / \text{gepoolte SD}$). Nach Cohen gilt $d > 0,5$ als ein mittlerer und $d > 0,8$ als ein starker Effekt [31].

Ergebnisse

Klinisch-diagnostische Unterschiede

In der DP-G hatten 31 Patienten die Diagnose eines Depersonalisations-Derealisations-Syndroms (ICD-10 F48.1), bei 14 Patienten wurde die pathologische DP-DR als sekundär im Rahmen einer anderen Störung beurteilt. Der Schweregrad der DP-DR wurde gemäß SKID-D in beiden Gruppen folgendermaßen eingestuft: Kapitel DP des SKID-D $3,4 \pm 0,5$ für die DP-G versus $1,5 \pm 0,5$ für die V-G ($t = -15,907$; $p < 0,001$), Kapitel Derealisation des SKID-D $3,3 \pm 0,6$ für die DP-G versus $1,5 \pm 0,5$ für die V-G ($t = -11,153$; $p < 0,001$). Die Patienten der DP-G haben im Mittel einen CDS-Wert von $97,0 \pm 52,9$ versus $36,8 \pm 30,9$ in der V-G ($t = -6,750$; $p < 0,001$) sowie einen CDS-9-Wert von $34,5 \pm 19,3$ versus $9,3 \pm 10,2$ in der V-G ($t = -7,830$; $p < 0,001$). Somit bestätigt die Selbstbeurteilung der Patienten mittels der CDS die Ergebnisse des SKID-D-Interviews.

Tab. 1 zeigt, dass in der DP-G signifikant mehr Angststörungen und darunter insbesondere soziale Phobien diagnostiziert wurden. Hinsichtlich anderer symptombezogener Diagnosen ergaben sich, soweit aufgrund der geringen Zellenbesetzung zu berechnen, in den χ^2 -Tests keine signifikanten Unterschiede. Außerdem erfüllten in der DP-G signifikant mehr Patienten die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung (PS) (29 von 45 Patienten in der DP-G versus 22 von 55 Patienten in der V-G, $\chi^2 = 5,918$; $df = 1$; $p = 0,015$). In Tab. 2 werden die einzelnen Persönlichkeitsstörungen aufgeführt und – soweit statistisch möglich (Voraussetzung: max. 20% der Zellen dürfen einen Erwartungswert < 5 aufweisen) – χ^2 -Tests berechnet. Signifikante Unterschiede für einzelne PS ergaben sich dabei nicht.

Tab. 1 Verteilung der häufigsten symptombezogenen Diagnosen nach ICD-10

	V-G n = 55 n (%)	DP-G n = 45 n (%)	χ^2	p
Depressive Störung (F32, F33, F34.1, F43.2)	39 (71 %)	30 (67 %)	0,057	p = 0,81
Angststörungen (F40–F41.8)	10 (18 %)	24 (53 %)	21,010	p < 0,001
davon soziale Phobie (F40.1)	3 (5 %)	13 (29 %)	8,445	p = 0,004
Cannabis/multipler Substanzabusus	1	9		
Bulimie	7 (13 %)	6 (13 %)	0,044	p = 0,83
somatoforme Störung	5	5		
F44.0–F44.7	2	3		
Anorexie	10 (18 %)	3 (7 %)	1,972	p = 0,16
Alkoholabusus	5			

V-G = Vergleichsgruppe der Pat. mit keiner oder nur leichter DP-DR; DP-G = Gruppe der Pat. mit pathologischer DP-DR; Diagnosen mit einer Zellenbesetzung < 4 werden nicht aufgeführt

Tab. 2 Verteilung der Persönlichkeitsstörungen (PS) nach ICD-10

	V-G n = 55	DP-G n = 45	χ^2	p
emotional-instabile PS	5	10	2,396	p = 0,121
ängstlich-vermeidende PS	5	8	0,973	p = 0,324
abhängige PS	2	6		
kombinierte PS	2	2		
histrionische PS	1	1		
narzisstische PS	7	1		
paranoide PS		1		

Vergleich des Ausmaßes von Scham und sozialer Angst bei Patienten mit pathologischer Depersonalisation

Tab. 3 zeigt, dass die DP-G hoch signifikant höhere Werte von mittlerer bis starker Effektstärke in den Skalen *SIAS* ($d = 0,68$), *SPS* ($d = 0,86$) und *ISS* ($d = 0,73$) hat als die V-G. Die Mittelwerte für *SIAS* und *SPS* sind in der DP-G sehr hoch und liegen deutlich über den jeweiligen Cut-off-Werten, wie sie für die soziale Phobie bestimmt wurden [27,28]. Außerdem hat die DP-G in der SCL-90-R einen signifikant höheren GSI ($d = 0,76$). Auf der Subskalenebene der SCL-90-R ergeben sich nach Bonferroni-Korrektur für die DP-G jedoch nur signifikant höhere Werte für *Zwanghaftigkeit* ($d = 0,71$), *Unsicherheit* ($d = 0,71$), *Depressivität* ($d = 0,83$), *Phobische Angst* ($d = 0,59$) und *Psychotizismus* ($d = 0,72$).

Dem Ansatz von Dally et al. [5] folgend kann der Anteil der Patienten mit klinisch bedeutsamen sozialen Ängsten dadurch bestimmt werden, dass man sich an den existierenden *Cut-off-Werten* für die Skalen *SIAS* und *SPS* orientiert. In der Gesamtstichprobe werden die Cut-off-Werte sowohl für die *SIAS* als auch die *SPS* von 45 % der Patienten überschritten. Jeweils einen der Trennwerte für *SIAS* und/oder *SPS* überschreiten 67 % der Patienten. Nur 33 % der Stichprobe überschreiten weder den Cut-off für *SIAS* noch denjenigen für *SPS*. In der DP-G überschreiten 40 von 45 Patienten (89 %) den jeweiligen Cut-off für *SIAS* und/oder *SPS*,

Tab. 3 Unterschiede in den psychometrischen Scores

	V-G n = 55	DP-G n = 45	t-Test t	p
SIAS	31,3 ± 17,8	43,1 ± 14,5	- 3,572	p = 0,001
SPS	21,3 ± 16,2	35,8 ± 13,7	- 4,750	p < 0,001
ISS	99,1 ± 33,3	122,0 ± 23,2	- 4,036	p < 0,001
SCL-90-R: GSI	1,3 ± 0,7	1,9 ± 0,7	- 4,009	p < 0,001
Somatisierung	1,2 ± 0,9	1,6 ± 1,0	- 2,043	n. s.
Zwanghaftigkeit	1,6 ± 1,0	2,3 ± 0,9	- 3,727	**
Unsicherheit	1,4 ± 1,0	2,1 ± 0,9	- 3,750	**
Depressivität	1,7 ± 1,0	2,6 ± 0,8	- 4,598	***
Ängstlichkeit	1,5 ± 1,0	2,0 ± 0,9	- 2,729	n. s.
Aggressivität	0,9 ± 0,8	1,3 ± 0,9	- 2,161	n. s.
Phobische Angst	0,9 ± 1,0	1,6 ± 1,2	- 3,042	*
Paranoide Angst	1,0 ± 0,9	1,5 ± 0,8	- 2,696	n. s.
Psychotizismus	0,8 ± 0,7	1,3 ± 0,7	- 4,009	**

Bonferroni-Korrektur für die 9 Subskalen der SCL-90-R: n. s. $p > 0,05$, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

wohingegen dies hoch signifikant seltener in der V-G, nämlich nur bei 27 von 55 Patienten (49 %), der Fall ist ($\chi^2 = 15,97$; $df = 1$; $p < 0,001$). Gleichzeitig beide Trennwerte von *SIAS* und *SPS* werden von 30 Patienten aus der DP-G (66,7 %) und von 15 Patienten der V-G (27,3 %) überschritten ($\chi^2 = 13,97$; $df = 1$; $p < 0,001$).

Erscheinungsformen sozialer Ängste und Schamempfindungen bei pathologischer Depersonalisation

Die Items der verwendeten Instrumente bilden eine Vielzahl unterschiedlicher Empfindungen, Kognitionen, Situationen und Verhaltensweisen in den Erlebnissbereichen sozialer Ängste und der Scham ab. Durch eine Analyse auf Itemebene werden die spezifisch mit pathologischer DP-DR assoziierten Erscheinungsformen sozialer Ängste und Schamempfindungen differenzierter erkundet als dies durch eine ausschließliche Betrachtung der Summenwerte möglich ist. In einem ersten Schritt berechneten wir hierzu zunächst einen t-Test mit Bonferroni-Korrektur für die Anzahl der jeweiligen Tests. Um zu überprüfen, ob die so gefundenen Unterschiede spezifisch sind, d. h. über die Auswirkungen von allgemeiner psychopathologischer Symptombelastung bzw. Depressivität hinausgehende Varianz erklären können, führten wir in einem zweiten Schritt Kovarianzanalysen für die im t-Test nach der Bonferroni-Korrektur signifikanten Items durch. Für die Kovarianzanalyse der Items der *ISS* als abhängige Variablen wurde der GSI der SCL-90-R als Kovariate festgelegt. Für die Kovarianzanalyse der Items der *SIAS/SPS* als abhängige Variablen hingegen wurde die Skala *Depressivität* der SCL-90-R als Kovariate bestimmt, und nicht der GSI, da in diesen auch die SCL-90-R-Subskala „Unsicherheit im sozialen Kontakt“ mit eingeht, die sich inhaltlich stark mit *SIAS/SPS* überschneidet, sodass die kovarianzanalytische Berücksichtigung mit hoher Wahrscheinlichkeit für die Fragestellung relevante Varianzanteile eliminieren würde. Dieses zweistufige Vorgehen kontrolliert demnach sowohl den Alpha-Fehler als auch einen möglichen unspezifischen Einfluss der generellen Symptombelastung. In den Tab. 4 u. 5 werden zur weiteren Veranschaulichung der Gruppenunterschiede statt der Mittelwerte die Effektstärken (d) der Mittelwertsunterschiede angegeben.

Tab. 4 Erscheinungsformen sozialer Ängste bei pathologischer DP-DR

		ES d	t-Test t	p	Kovarianzanalyse		R ^{2†}
					F	p	
SIAS							
6	Ich werde angespannt, wenn ich einen Bekannten auf der Straße treffe.	0,83	-4,535	***	14,40	0,001	0,20
7	Wenn ich mit anderen zusammen bin, fühle ich mich unwohl.	0,69	-3,649	**	7,47	0,007	0,16
8	Ich fühle mich angespannt, wenn ich mit einer Person alleine zusammen bin.	0,89	-4,896	***	15,13	0,001	0,19
19	Ich fühle mich angespannt, wenn ich zu einer Gruppe dazukomme.	0,73	-4,007	**	5,51	0,021	0,24
SPS							
3	Es kann sein, dass mir plötzlich meine eigene Stimme bewusst wird, und wie andere mir zuhören.	0,78	-4,162	***	10,83	0,001	0,15
8	Ich würde angespannt werden, wenn ich im Bus oder Zug anderen Leuten gegenüberstehen müsste.	0,76	-3,944	**	8,87	0,004	0,17
9	Ich bekomme Panik, wenn ich glaube, andere könnten sehen, wie ich ohnmächtig werde oder mir übel wird oder ich krank werde.	0,72	-3,734	*	9,88	0,002	0,14
12	Ich mache mir Sorgen, dass andere mein Verhalten seltsam finden könnten.	0,68	-3,645	*	5,32	0,023	0,19
18	Manchmal werde ich angespannt, wenn ich vor anderen Leuten rede.	0,74	-4,064	**	8,01	0,006	0,20

ES = Effektstärke, t-Test: Bonferroni-Korrektur für 40 Tests (der Items SIAS u. SPS) bei zweiseitiger Signifikanztestung; * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; Kovarianzanalyse mit der Kovariate SCL-90-R: Depressivität, †korrigiertes R²

Tab. 5 Erscheinungsformen der Scham bei pathologischer DP-DR

		ES d	t-Test t	p	Kovarianzanalyse		R ^{2†}
					F	p	
ISS							
2	Ich fühle mich irgendwie ausgeschlossen.	0,71	-3,770	**	6,47	0,013	0,25
9	Ich fühle mich als Person irgendwie minderwertig, so als ob irgend etwas an mir grundlegend falsch ist.	0,69	-3,727	*	3,27	0,074	0,35
11	Ich fühle eine gewisse schmerzhaft Leere in mir, die ich nicht ausfüllen kann.	0,73	-3,860	**	6,22	0,014	0,28
12	Es gibt verschiedene Teile in mir, die ich vor anderen verborgen halte.	0,72	-3,950	**	8,03	0,006	0,19
13	Ich fühle mich leer und unausgefüllt	0,71	-3,830	**	5,39	0,022	0,26
16	Ich fühle mich so, als ob mir irgend etwas fehlt.	0,64	-3,499	*	3,87	0,052	0,26
17	Ich weiß wirklich nicht, wer ich bin.	0,94	-5,243	***	12,90	0,001	0,29
19	Es gibt Zeiten, in denen ich mich so fühle, als ob ich in tausend teile zerspringen würde.	0,65	-3,405	*	3,26	0,074	0,34
20	Ich fühle mich so, als ob ich die Kontrolle über meinen Körper und meine Gefühle verloren habe.	0,62	-3,257	*	2,98	0,088	0,28
23	Ich komme durcheinander, wenn mich meine Gewissensbisse überwinden, weil ich mir nicht sicher bin, warum ich mich schuldig fühle.	0,69	-3,634	*	3,77	0,055	0,31
29	Ich kann es nicht ausstehen, wenn mich jemand direkt anschaut.	0,68	-3,567	*	5,34	0,023	0,20

ES = Effektstärke, t-Test: jeweils Bonferroni-Korrektur für 35 Tests der Items der Skala ISS bei zweiseitiger Signifikanztestung; * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; Kovarianzanalyse mit der Kovariate SCL-90-R: GSI für ISS, †korrigiertes R²

Von den 40 Items der SIAS u. SPS weisen 9 Items im t-Test eine signifikant stärkere Ausprägung von durchweg mittlerer bis starker Effektstärke in der DP-G auf, die auch nach einer Berücksichtigung der „Depressivität“ als Kovariate noch bestehen bleibt (Tab. 4).

Von den 35 Items der ISS weisen 11 Items im t-Test eine signifikante Mittelwertsdifferenz mittlerer bis starker Effektstärke auf. Nach einer Berücksichtigung der psychischen Gesamtbelastung (SCL-90-R: GSI) als Kovariate zeigen noch 6 Items der ISS signifikante Unterschiede (Tab. 5).

Diskussion

Die Ergebnisse der Studie können als vorläufige Bestätigung der Ausführungen Paul Schilders [7,8] zum engen Zusammenhang von Depersonalisation mit sozialen Ängsten betrachtet werden. Patienten mit pathologischer DP-DR wiesen zum einen unter klassifikatorischen Gesichtspunkten häufiger die Diagnose einer sozialen Phobie auf und litten zum anderen deutlich stärker an sozialen Ängsten, wie diese in der Selbstauskunft mittels SIAS und SPS erfasst wurden als die Vergleichsgruppe. Dabei spricht für die Repräsentativität unserer Stichprobe, dass sowohl die Prävalenz der sozialen Phobie mit 16% und die der ängstlich-vermeidenden PS mit 13% als auch der Anteil von in den Skalen SPS

und SIAS auffälligen Patienten von 45% den von Dally et al. [5] aus einer vergleichbaren Institution berichteten Häufigkeiten entsprechen. Weiterhin ergab sich hinsichtlich des gleichzeitigen Vorkommens von pathologischer DP-DR mit der sozialen Phobie und der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung in unserer Stichprobe eine vergleichbare Häufigkeit wie in der von Simeon et al. beschriebenen Population von 117 Patienten mit primärer Depersonalisationsstörung [19].

Im zweiten Teil der Studie wurden die Erscheinungsformen sozialer Ängste und Schamempfindungen bei pathologischer Depersonalisation unter Berücksichtigung der generellen Symptombelastung näher untersucht. In den Skalen SPS und SIAS unterschieden sich die Patienten mit pathologischer DP-DR dadurch, dass bei ihnen in besonderem Maße die *zwischenmenschliche Situation per se* bereits Anspannung auslöste und sie sehr in Sorge waren, die Aufmerksamkeit anderer auf sich zu ziehen und „seltsam“ zu erscheinen, d.h. in eine beschämende Situation zu geraten (vgl. Tab. 4). In der Skala ISS war pathologische DP-DR mit Items assoziiert, die zum Umfeld der Phänomenologie der DP-DR gehören wie das *Leeregefühl* (ISS-11, ISS-13; [15,25]), die *Identitätsunsicherheit* (ISS-17 [11,22]) und Fragmentierungs-/Desorganisationsängste (ISS-19, ISS-20, ISS-23 [11]). Darüber hinaus war pathologische DP-DR mit Items assoziiert, die *Minderwertigkeitsgefühle* (ISS-9, ISS-16 [11]), die *Angst vor dem Blick des Anderen* (ISS-29 [11]) und die komplementäre Tendenz, sich zu *verbergen* (ISS-12 [11]) sowie das *Gefühl der Ausgeschlossenheit* (ISS-2 [11,32]) beschreiben. Die stärksten – auch noch nach einer Kontrolle für den GSI der SCL-90-R verbleibenden – Zusammenhänge mit den Items der ISS bestanden dabei für das *Leeregefühl*, die *Ausgeschlossenheit*, die *Tendenz sich zu verbergen*, die *Angst vor dem Blick des Anderen* und die *Identitätsunsicherheit*. In Verbund mit den Ergebnissen des ersten Teils der Studie unterstützen diese Befunde die Annahme einer besonderen Bedeutung pathologischer Scham für Entstehung und Aufrechterhaltung der Depersonalisation [11,32]. Dieser Zusammenhang von Scham mit DP-DR wird in der Literatur [11] als ein *Teufelskreis der Scham* konzeptualisiert – „man ist aus Scham entfremdet und schämt sich dann wiederum wegen seiner Leblosigkeit, Erstarrtheit und Fremdheit“. Hierin ist eine wichtige Ergänzung zum Modell des *Teufelskreises katastrophisierender Kognitionen* als Erklärung für die DP-DR zu sehen, in dem die Aufrechterhaltung der DP-DR mit deren katastrophisierender Bewertung – „ich werde verrückt...“ – in Verbindung gebracht wird [14,33].

Allerdings sind bei der Diskussion unserer Ergebnisse die Heterogenität und der geringe Umfang der Stichprobe sowie der Mangel einer durchgängigen SKID-I/II-Exploration [34] als limitierende Faktoren zu berücksichtigen. Des Weiteren ist auch zu überlegen, inwieweit die hier gefundene Assoziation sozialer Ängste mit pathologischer Depersonalisation eine unspezifische Chronifizierungsfolge darstellt. Ebenso erfordert die Annahme eines spezifischen Zusammenhangs von sozialen Ängsten und pathologischer Scham mit pathologischer DP-DR eine weitergehende empirische Absicherung.

Trotz dieser Limitationen scheint unseres Erachtens jedoch die Forderung gerechtfertigt, in Zukunft das Phänomen der DP-DR in Studien zu sozialen Angststörungen zu berücksichtigen [35]. Ein Grund für die bisherige Nichtbeachtung der DP-DR in Studien

zur sozialen Phobie ist in dem hierin nicht unproblematischen Goldstandard der SKID-I-Diagnostik auszumachen [34], der zu einer systematischen Ausblendung der Depersonalisationsstörung, einer im klinischen Alltag sehr häufig übersehenen Achse-I-Störung [36], führt. Eine Berücksichtigung der DP-DR in Studien zur sozialen Phobie könnte dann überprüfen, ob die DP-DR auch für die sozialen Angststörungen einen relevanten Prädiktor für Klinik, Therapie und Verlauf darstellt, wie dies wiederholt bereits für die Agoraphobie/Panikstörung und die Posttraumatische Belastungsstörung gezeigt werden konnte [37–40].

Unter therapeutischen Gesichtspunkten erscheint neben dem besonders starken Symptombdruck, den Patienten mit pathologischer Depersonalisation-Derealisation aufweisen, vor allem auch die Thematik des Rückzugs von der Wirklichkeit und dem sozialen Anderen [1] behandlungsrelevant. Diese „*Flucht vor dem vollen Erleben*“ der inneren und äußeren Wirklichkeit [15] kann aus tiefenpsychologischer Perspektive als *Widerstand* konzeptualisiert werden und im kognitiv-behavioralen Bezugsrahmen als sog. „*experiential avoidance*“, d.h. als eine störungsaufrechterhaltende Vermeidung von Erfahrungsaspekten der Wirklichkeit [41]. Gerade die psychotherapeutische Situation kann als Ort zwischenmenschlicher Nähe – einem Ort, an dem man dem Blick des Anderen in ganz besonderer Weise ausgesetzt ist – die Depersonalisation-Derealisation, diese „*Flucht vor dem vollen Erleben*“, auslösen. Wenn der Patient dann in der therapeutischen Situation mit dem Therapeuten und von diesem unerkannt im Modus *dissoziativer Abgelöstheit* [1,42] oder im Modus des „*Thinking without Feeling*“, wie es neurobiologische Untersuchungen zur Depersonalisation beschreiben [43], den „*Austausch von Worten*“ betreibt, könnte dadurch die Wirksamkeit der Psychotherapie beeinträchtigt werden [1,42]. Die valide Erhebung von DP-DR im Rahmen der klinischen Befunderhebung wäre also auch unter therapeutischen Gesichtspunkten wünschenswert. Denn dies ermöglicht – vielfach zum ersten Mal überhaupt [36] – die Depersonalisation-Derealisation zur Sprache zu bringen und damit einer Bearbeitung in der therapeutischen Beziehung zugänglich machen zu können.

Fazit für die Praxis

Pathologische Depersonalisation-Derealisation ist ein in seiner Bedeutung und Prävalenz unterschätztes Phänomen. Betroffene leiden häufig gleichzeitig unter starken sozialen Ängsten und pathologischer Scham. Unter therapeutischen Gesichtspunkten erscheint die Berücksichtigung der Depersonalisation-Derealisation als Widerstandsphänomen oder Vermeidungsverhalten bedeutsam.

Literatur

- ¹ Guntrip H. Schizoid phenomena, object-relations and the self. New York: International Universities Press, 1969
- ² Eckhardt-Henn A. Dissoziative Störungen des Bewusstseins. *Psychotherapeut* 2004; 49: 55 – 66
- ³ Hunter EC, Sierra M, David AS. The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 9 – 18
- ⁴ Michal M, Sann U, Grabhorn R et al. Zur Prävalenz von Depersonalisation und Derealisation in der stationären Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2005; 50: 328 – 339
- ⁵ Dally A, Falck O, Ferrari T et al. Soziale Ängste in einer klinischen Population. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2005; 55: 169 – 176
- ⁶ Stangier U, Trenk-Hinterberger I, Erfert N, Heidenreich T. Soziale Phobie und Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung: Komorbidität und Behandlungsprognose in kognitiv-behavioraler Therapie. *Persönlichkeitsstörungen* 2001; 5: 248 – 262
- ⁷ Schilder P. The Social Neurosis. *Psychoanalytic Review* 1938; 25: 1 – 19
- ⁸ Schilder P. Goals and Desires of Man – a psychological Survey of Life. New York: Columbia University Press, 1942
- ⁹ Schneier FR. Social anxiety disorder. *Brit med J* 2003; 327: 515 – 516
- ¹⁰ Hoffmann SO. Die Psychodynamik der Sozialen Phobie. *Forum Psychoanal* 2002; 18: 51 – 71
- ¹¹ Wurmser L. Die Maske der Scham. Berlin: Springer, 1997
- ¹² Bradlow PA. Depersonalization, Ego Splitting, Non-Human Fantasy and Shame. *Int J Psychoanal* 1973; 54: 487 – 492
- ¹³ Seidler GH. Der Blick des Anderen: Eine Analyse der Scham. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse, 1995
- ¹⁴ Hunter EC, Phillips ML, Chalder T et al. Depersonalisation Disorder: a Cognitive-Behavioural Conceptualisation. *Behav Res Ther* 2003; 41: 1451 – 1467
- ¹⁵ Schilder P. Selbstbewusstsein und Persönlichkeitsbewusstsein. Eine psychopathologische Studie. Berlin: Springer, 1914
- ¹⁶ Clark DM, Wells A. A cognitive Model of social Phobia. In: Heimberg RG (ed): Social Phobia – Diagnosis, Assessment, and Treatment. New York: The Guilford Press, 1995: 69 – 93
- ¹⁷ Spurr JM, Stopa L. The observer perspective: effects on social anxiety and performance. *Behav Res Ther* 2003; 41: 1009 – 1028
- ¹⁸ Simeon D, Gross S, Guralnik O et al. Feeling unreal: 30 cases of DSM-III-R depersonalization disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1107 – 1113
- ¹⁹ Simeon D, Knutelska M, Nelson D et al. Feeling unreal: A Depersonalization Disorder Update of 117 Cases. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 990 – 997
- ²⁰ Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 417: 4 – 18
- ²¹ Chartier MJ, Walker JR, Stein MB. Considering comorbidity in social phobia. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 728 – 734
- ²² Resch F. Zur präpsychotischen Persönlichkeitsentwicklung in der Adoleszenz. *Psychotherapeut* 1998; 43: 111 – 116
- ²³ Gast U, Oswald T, Zündorf F, Hofmann A. SKID-D: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen. Göttingen: Hogrefe, 2000
- ²⁴ Michal M, Sann U, Niebecker M et al. Die Erfassung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms mit der deutschen Version der Cambridge Depersonalization Scale (CDS). *Psychother Psychosom Med Psychol* 2004; 54: 367 – 374
- ²⁵ Michal M, Sann U, Niebecker M et al. Die Erfassung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms mit dem Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen. *Z Psychosom Med Psychother* 2004; 50: 271 – 287
- ²⁶ Franke GH. SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Weinheim: Beltz, 1995
- ²⁷ Stangier U, Heidenreich T, Berardi A et al. Die Erfassung sozialer Phobie durch die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) und die Social Phobia Scale (SPS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 1999; 28: 28 – 36
- ²⁸ Heidenreich T, Stangier U. Störungsspezifische Diagnostik der Sozialen Phobie. In: Stangier U, Fydrich T (Hrsg): Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie. Göttingen: Hogrefe, 2002: 66 – 86
- ²⁹ Wolfradt U, Scharrer F. Die Internalisierte Scham-Skala (ISS): Konzeptuelle Aspekte und psychometrische Eigenschaften einer deutschsprachigen Adaptation. *Z Differenz Diag Psychol* 1996; 17: 201 – 207
- ³⁰ Grabhorn R, Stenner H, Kaufhold J et al. Scham und Soziale Angst bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Z Psychosom Med Psychother* 2005; 51: 179 – 193
- ³¹ Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). New York: Academic Press, 1977
- ³² Linehan M. Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien, 1996
- ³³ Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO. Angst und Dissoziation – Zum Stand der wechselseitigen Beziehung der beiden psychischen Bedingungen. *Persönlichkeitsstörungen* 2001; 5: 28 – 39
- ³⁴ Wittchen H-U, Zaudig M, Fydrich T. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I und SKID-II). Göttingen: Hogrefe, 1997
- ³⁵ Michal M, Kaufhold J, Grabhorn R et al. Depersonalization and Social Anxiety. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 629 – 632
- ³⁶ Simeon D. Depersonalization Disorder: A Contemporary Overview. *CNS Drugs* 2004; 18: 343 – 354
- ³⁷ Michelson L, June K, Vives A et al. 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
- ³⁸ Marquez M, Segui J, Garcia L et al. Is panic disorder with psychosensorial symptoms (depersonalization-derealization) a more severe clinical subtype? *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 332 – 335
- ³⁹ Katerndahl DA. Predictors of the development of phobic avoidance. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 618 – 623
- ⁴⁰ Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2003; 129: 52 – 73
- ⁴¹ Heidenreich T, Michalak J. Achtsamkeit („Mindfulness“) als Therapieprinzip in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. *Verhaltenstherapie* 2003; 13: 264 – 274
- ⁴² Bateman AW, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder – Mentalization-based treatment. Oxford: Oxford University Press, 2004
- ⁴³ Phillips ML, Medford N, Senior C et al. Depersonalization Disorder: Thinking without Feeling. *Psychiatry Res: Neuroimaging* 2001; 108: 145 – 160