

# Wie oft wird die Depersonalisations-Derealisationsstörung (ICD-10: F48.1) in der ambulanten Versorgung diagnostiziert?

Matthias Michal<sup>1</sup>, Manfred E. Beutel<sup>1</sup>, Thomas G. Grobe<sup>2</sup>

## Summary

*How often is the Depersonalization-Derealization Disorder (ICD-10: F48.1) diagnosed in the outpatient health-care service?*

**Objectives:** The study determines how often Depersonalization-Derealization Disorder (ICD-10: F48.1) is diagnosed in the general population and analyzes the associations of other diseases with F48.1.

**Methods:** The sample consists of 1.567 million insured persons of a statutory health insurance fund in Germany. We analyzed the prevalence of F48.1 and the associations of F48.1 with other diseases according to ICD-10.

**Results:** We found a 1-year prevalence of 0.007 % for the diagnosis of F48.1. After adjustment for age, sex, depression and anxiety, several somatic disease groups were found to be associated with an increased likelihood of F48.1, e.g., abnormalities of breathing (R06), cardiac arrhythmias (I47–I49), epilepsy (G40), dizziness (H81, H82, R42) and headache (G43, G44, R51).

**Conclusions:** According to epidemiological studies, the prevalence of depersonalization-derealization disorder is 1–2 %. We therefore conclude that F48.1 is severely underdiagnosed. Increased awareness for the detection of F48.1 and further health care research are urgently warranted.

*Z Psychosom Med Psychother 56/2010, 74–83*

## Keywords

Depersonalization – Derealization – Dissociative Disorder – Epilepsy – Dizziness – Headache

## Zusammenfassung

**Fragestellung:** Untersucht wird erstmalig, wie häufig die Depersonalisations-Derealisationsstörung (ICD-10: F48.1) in der Allgemeinbevölkerung unter Alltagsbedingungen diagnostiziert wird und mit welchen weiteren Krankheitsgruppen sie assoziiert ist.

**Methode:** Die Untersuchungspopulation umfasst 1.567 Millionen Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse (Gmünder Ersatzkasse). Analysiert wird die Einjahresprävalenz der Diagnose F48.1 sowie deren Assoziation mit anderen ICD-10-Diagnoseschlüsseln.

---

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinik Mainz.

<sup>2</sup> Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung e. V. (ISEG), Büro II, Hannover.

**Ergebnis:** Es fand sich eine Einjahresprävalenz für die Diagnose F48.1 von 0.007 %. Nach Adjustierung für Alter, Geschlecht, Depression und Angst waren unter anderem folgende somatischen Diagnosegruppen mit einem höheren Vorkommen von F48.1 assoziiert: Störungen der Atmung (R06), Herzrhythmusstörungen (I47-I49), Epilepsie (G40), Schwindel (H81, H82, R42) und Kopfschmerz (G43, G44, R51).

**Diskussion:** Bei einer, gemäß epidemiologischer Studien, zu erwartenden Prävalenz von 1–2 % muss eine massive Unterdiagnostizierung von Depersonalisations-Derealisationsstörung angenommen werden. Aufklärung und weitere Versorgungsforschung zum Störungsbild sind notwendig.

## 1. Einleitung

Unter Depersonalisation (DP) und Derealisation (DR) wird ein Gefühl der Unwirklichkeit und Abgelöstheit vom eigenen Selbst und der Umwelt verstanden. Als Störung werden diese Phänomene in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, WHO 1992) als Depersonalisations-/Derealisationssyndrom (-störung) (F48.1) im übergeordneten ICD-Schlüssel F48 – sonstige neurotischen Störungen – aufgeführt. Im ICD-10-Kommentar wird erläutert, dass diese Diagnose nicht gestellt werden sollte, wenn das Syndrom vorkommt (1) im Rahmen einer anderen psychischen Störung, zum Beispiel bei organischem Verwirrheitszustand oder einer organischen wahnhaften Störung (F05, F06), in Folge einer Intoxikation mit Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen (F1x.0), bei einer Schizophrenie oder einer verwandten Störung (F20–29), einer affektiven Störung (F30–39), einer Angststörung (F40.–, F41.–) oder (2) bei anderen Zuständen wie einer deutlichen Müdigkeit, einer Hypoglykämie oder unmittelbar vor oder nach einem epileptischen Anfall. Gleichzeitig wird aber auch festgestellt, dass Depersonalisations-Derealisationssyndrome im Verlauf vieler psychischer Störungen auftreten und dann am besten als zusätzliche Diagnose bei einer anderen Hauptdiagnose verschlüsselt werden sollen. Das Auftreten als isoliertes Syndrom wird als viel seltener angesehen. Bisherige epidemiologische Untersuchungen stützen die Ansicht der ICD-10, dass das Depersonalisations-Derealisationssyndrom (F48.1) im Verlauf vieler psychischer Störungen auftritt. Insbesondere mit depressiven Störungen und Angststörungen ist die Komorbidität sehr hoch (Baker et al. 2003; Simeon 2004; Michal u. Beutel 2009). Dabei kann gemäß Prävalenzstudien davon ausgegangen werden, dass die Depersonalisations-Derealisationsstörung mit einer Häufigkeit von 1–2 % in der Allgemeinbevölkerung vorkommt (Hunter et al. 2004; Michal u. Beutel 2009). Damit läge die Häufigkeit der Depersonalisations-Derealisationsstörung in der Allgemeinbevölkerung im Bereich der Zwangsstörungen (Prävalenz ca. 2 %; Zaudig 1998) und der Anorexia nervosa (Prävalenz 1.20 % bei Frauen, 0.29 % bei Männern, Bulik et al. 2006). Für den stationäre Bereich wurde jüngst eine Prävalenz von 23 % für die Diagnose F48.1 bei stationären psychosomatischen Patienten berichtet (Michal et al. 2005). Die Verschlüsselung von DP-DR als Nebendiagnose kann nicht als nebensächlich betrachtet werden, denn wie mehrere Studien zeigten, ist DP-DR von klinischer Relevanz: DP-

DR ist bei Angststörungen und depressiven Störungen mit einer insgesamt größeren Krankheitsschwere und einem schweren Verlauf verbunden (Mula et al. 2007).

Trotz der klinischen Relevanz und relativen Häufigkeit schwerer Depersonalisation gibt es bisher keine einzige Studie, die untersuchte, wie häufig die Diagnose einer Depersonalisations-Derealisationsstörung (F48.1) in der Allgemeinbevölkerung unter Alltagsbedingungen gestellt wird und mit welchen weiteren Krankheitsgruppen die Diagnose F48.1 assoziiert ist. Um eine Antwort auf diese Frage zu finden, wurde die Diagnosehäufigkeit der „Depersonalisations-Derealisationsstörung ICD-10: F48.1“ und deren Assoziation mit anderen Diagnosen bei Versicherten einer gesetzlichen Krankenkasse untersucht.

## 2. Methodik

Grundlage der Auswertung bilden anonymisierte Daten zu Versicherten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) zur ambulanten (kassen-)ärztlichen Versorgung des Jahres 2006<sup>3</sup>. Ende 2006 stellten GEK-Versicherte mit mehr als 1.5 Millionen Versicherten einen Anteil von etwa 1.9 % an der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung. Insgesamt umfassen die Daten der GEK im genannten Jahr Angaben zu 9.98 Millionen ambulanten Behandlungsfällen, die jeweils alle Leistungen eines Arztes bei einem Patienten innerhalb eines Quartals zusammenfassen. Zu jedem Behandlungsfall werden in der Regel mehrere Diagnoseschlüssel erfasst. So wurden in den Daten 2006 von behandelnden Ärzten bei GEK-Versicherten 32.8 Millionen formal gültige Diagnoseschlüssel gemäß ICD-10 dokumentiert. Nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von GEK-Daten ist davon auszugehen, dass jährlich pro Bundesbürger durchschnittlich knapp 24 ICD-10-Diagnoseschlüssel durch ambulant tätige Ärzte dokumentiert werden, worunter sich bei einer Differenzierung auf dreistelliger Ebene je Person durchschnittlich etwa elf unterschiedliche Schlüssel identifizieren lassen (Grobe et al. 2007). Die nachfolgenden Auswertungen beschränken sich grundsätzlich auf eine Untersuchungspopulation von 1.567 Millionen Versicherte, die im Jahr 2006 mindestens 182 Tage bei der GEK versichert waren. Die Daten können als annähernd repräsentativ für die deutsche Bevölkerung gelten und stellen eine ausgesprochen breite und empirisch belastbare Ausgangsbasis für populationsbezogene Aussagen dar (Grobe et al. 2007).

In einem ersten Auswertungsschritt wurden für einzelne Geschlechts- und Fünfjahres-Altersgruppen diejenigen Anteile der Versicherten ermittelt, bei denen innerhalb des Jahres 2006 mindestens einmalig der Diagnoseschlüssel F48.1 dokumentiert wurde. Sinngemäß kann bei den ermittelten Raten von Einjahres-Diagnoseprävalenzen gesprochen werden. Aus den geschlechts- und altersspezifischen Raten wurde unter Zugrundelegung von Angaben zur entsprechenden Struktur der deutschen

<sup>3</sup> Die Autoren danken der Gmünder Ersatzkasse (GEK), die die Auswertung dieser Daten ermöglichte.

Wohnbevölkerung eine direkt standardisierte Diagnoserate für die bundesdeutsche Bevölkerung berechnet beziehungsweise geschätzt.

Die Assoziation von F48.1 mit anderen Krankheitsgruppen beziehungsweise Diagnoseschlüsseln wurde über eine schrittweise logistische Regressionsanalyse berechnet. Als abhängige Variable wurde jeweils die interessierende Krankheitsgruppe eingegeben, als Prädiktoren in Modell 1 Alter und Geschlecht sowie in Modell 2 Alter, Geschlecht sowie die ICD-10-Diagnosengruppen F30-F39, F40 und F41. Die abhängigen Variablen wurden gemäß ihrer allgemeinen Bedeutung und klinischer Hypothesenbildung (vgl. Baker et al. 2003; Michal et al. 2009c) identifiziert.

3. Ergebnisse

Im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung von n = 1.566.918 Personen wurde die Diagnose F48.1 innerhalb des Jahres 2006 lediglich 209 mal dokumentiert. Von der mindestens einmaligen Dokumentation dieser Diagnose waren im genannten Jahr insgesamt n = 104 Versicherte betroffen, darunter 37 Männer und 67 Frauen. Tabelle 1 zeigt die Verteilung nach Geschlechts- und Altersgruppen. Nach standardisierten Auswertungen resultiert eine bevölkerungsbezogene jährliche Diagnoseraten von 6.7 Betroffenen je 100000, was einem prozentualen Anteil von lediglich 0.007 % entspricht. Bei Frauen wurde mit einer Diagnoserate von 8.8 je 100000 die Diagnose F48.1 etwa doppelt so häufig wie bei Männern mit 4.5 je 100000 gestellt. Ein Altersgipfel deutet sich um das 20. bis 29. Lebensjahr herum an, ein zweiter möglicherweise um das 50. bis 59. Lebensjahr.

Tabelle 1: Dokumentationshäufigkeit der Diagnose F48.1 nach Geschlecht und Alter

Altersgruppe	Betroffene 2006 je 100.000		Betroffene GEK 2006 – absolute Zahlen		
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Gesamt
0–9	2.6	0.0	2	0	2
10–19	3.7	9.8	4	10	14
20–29	9.4	15.0	9	15	24
30–39	3.0	10.7	4	12	16
40–49	2.2	9.3	4	14	18
50–59	5.7	10.8	7	10	17
60–69	6.0	5.5	5	3	8
70–	4.3	8.0	2	3	5
Gesamt	4.5*	8.8*	37	67	
Gesamt	beide:	6.7*			104

\* alters- und ggf. geschlechtsstandardisierte bevölkerungsbezogene Werte

Tabelle 2: Anteil genehmigter Psychotherapien bei unterschiedlichen F-Diagnosegruppen

Diagnosengruppen	Anteil Betroffener mit Genehmigung einer Psychotherapie	
	in 2006	2000 bis 2006
F00-F99	3.1 %	9.1 %
F30-F39 (Affektive Störungen)	6.4 %	16.8 %
F40 (Phobische Störungen)	9.3 %	20.9 %
F41 (andere Angststörungen)	9.2 %	23.0 %
F45 (Somatoforme Störungen)	3.8 %	10.9 %
F60 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen)	17.6 %	40.2 %
F48.1 (DP-DR-Störung)	15.4 %	36.5 %

Aus Tabelle 2 geht hervor, dass bei Versicherten mit der Diagnose F48.1 im Vergleich zu anderen Diagnoseziffern im Jahr 2006 oder im Zeitraum von 2000 bis 2006 relativ häufig eine genehmigte Psychotherapie durchgeführt wurde.

Tabelle 3 zeigt die Assoziationen anderer Diagnosenschüssel mit F48.1. Allgemein weisen Patienten mit F48.1 auch häufiger andere F-Diagnosen auf, wobei zahlenmäßig am bedeutsamsten die Assoziation mit Angststörungen, affektiven und somatoformen Störungen erscheint. Des Weiteren sind Patienten mit Diagnosen in anderen Bereichen nahezu durchgehend auch häufiger von F48.1 betroffen. Nach einer zusätzlichen Adjustierung für die affektiven Störungen und Angststörungen in Ergänzung zu Alter und Geschlecht reduzieren sich erwartungsgemäß die gefundenen Assoziationen. Übrig bleiben noch signifikante Assoziationen mit Kopfschmerzen, Schwindel und Herzrhythmusstörungen sowie, im Sinne eines Trends, mit Dermatosen. Hinsichtlich der nicht weiter klassifizierten Symptomgruppen (R-Schlüssel) zeigt sich, dass Patienten mit den Diagnosen Hals- und Brustschmerz, Störung der Atmung, Unwohlsein und Ermüdung auch nach Korrektur für F30-F39 und F40-F41 zwei- bis dreifach häufiger die Diagnose F48.1 erhielten. Hinsichtlich weiterer Krankheitsbilder zeigt sich eine signifikante Assoziation mit Epilepsie und im Sinne eines Trends mit zerebrovaskulären Krankheiten.

4. Diskussion

Zunächst muss festgestellt werden, dass 2006 die Depersonalisations-Derealisationsstörung (F48.1) mit einer Diagnosenhäufigkeit von 0.007 % in der Allgemeinbevölkerung extrem selten diagnostiziert wurde. Dies kontrastiert erheblich mit epidemiologischen Untersuchungen, die für klinisch relevante Depersonalisation beziehungsweise die Depersonalisationsstörung Prävalenzangaben von 1–2 % berichten (Hunter et al. 2004; Michal et al. 2009a, c). Auf Grundlage einer konservativ geschätzten Prävalenz von 1 % für das Depersonalisations-Derealisationssyndrom würde

Tabelle 3: Häufigkeit und Assoziation anderer ICD-10-Diagnosegruppen mit F48.1 gemäß den GEK-Daten

	Prävalenz in Population	Modell 1 Adjustiert für Alter und Geschlecht	Modell 2 Adjustiert für Alter, Geschlecht, F30-F39, F40-F41
Abhängige Variable		OR (95 %-KI)	p
Psychische Störungen			
Affektive Störungen (F30-F39)	8.9 %	17.128 (11.174–26.255)	<0.0001
Angststörungen (F40-F41)	4.1 %	14.914 (9.934–22.391)	<0.0001
Alkohol (F10)	1.3 %	5.075 (2.022–12.735)	<0.001
Hypnotika (F13)	0.1 %	11.775 (1.633–84.881)	0.0144
Dissoziative Störung (F44)	0.2 %	60.405 (32.247–113.150)	<0.0001
Somatoforme (F45)	8.7 %	7.409 (4.947–11.096)	<0.0001
Persönlichkeitsstörungen (F60)	0.8 %	28.893 (17.790–46.926)	<0.0001
Häufige Diagnosengruppen			
Krankheiten d. Wirbelsäule und des Rückens (M40-M54)	34.8 %	1.890 (1.267–2.843)	<0.001
Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen (Z00-Z13)	34.0 %	1.495 (0.971–2.303)	n. s.
Hypertonie, Hochdruckkrankheit (I10-I14)	20.2 %	0.845 (0.464–1.537)	n. s.
Krankheiten der Weichteilgewebe (M60-M79)	18.5 %	1.999 (1.307–3.055)	0.0014
chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47)	17.9 %	1.900 (1.237–2.919)	0.0034
Dermatitis und Ekzem (L20-L30)	16.7 %	2.028 (1.320–3.118)	0.0013

	Prävalenz in Population	Modell 1 Adjustiert für Alter und Geschlecht	Modell 2 Adjustiert für Alter, Geschlecht, F30-F39, F40-F41
Abhängige Variable		OR (95 %-KI)	p
Bauch- und Beckenschmerzen (R10)	11.2 %	1.523 (0.920–2.522)	n. s.
Kopfschmerz (G43, G44, R51)	10.2 %	2.923 (1.892–4.515)	<0.0001
Schwindel (H81, H82, R42)	10.2 %	2.923 (1.1892–4.451)	<0.0001
Diabetes mellitus (E10-E14)	7.3 %	1.152 (0.535–2.476)	n. s.
Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)	6.5 %	1.947 (0.940–4.034)	n. s.
Herzrhythmus (I47-I49)	5.0 %	4.481 (2.564–7.829)	<0.0001
Hypothesengeleitete Diagnosengruppen			
Tinnitus (H93)	3.7 %	2.423 (1.169–5.022)	0.0173
Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69)	3.3 %	3.095 (1.398–6.855)	0.0053
Hals- und Brustschmerz (R07)	3.0 %	3.438 (81.790–6.602)	0.0002
Störungen der Atmung (R06)	2.7 %	5.724 (3.188–10.278)	<0.0001
Unwohlsein, Ermüdung (R53)	2.6 %	4.674 (2.557–8.542)	<0.0001
Störungen des Herzschlages (R00)	1.6 %	4.058 (1.872–8.798)	0.0004
Epilepsie (G40)	1.1 %	6.910 (3.209–14.879)	<0.0001
Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände (Z55–Z56)	0.9 %	2.815 (0.891–8.900)	n. s.
			0.671 (0.206–2.180)
			n. s.

OR = Odds Ratio, 95 %-KI = 95 %-Konfidenzintervall

man in der untersuchten Stichprobe von 1.5 Millionen Versicherten 15000 Personen mit der Diagnose F48.1 erwarten. Unter dieser Annahme muss von einer immensen Unterdiagnostizierung ausgegangen werden – 99 % der potenziell Betroffenen würden nicht mit der Diagnose F48.1 erfasst werden. Es ist vor dem Hintergrund der existierenden Literatur zur Prävalenz der DP-DR weit plausibler, eine massive Unterdiagnostizierung zu vermuten, als anzunehmen, eine Diagnosehäufigkeit von weniger als einem von 10000 Versicherten spiegle die Realität wider. Wäre dem nämlich so, dann müsste F48.1 zu den „seltenen Erkrankungen“ („orphan disease“) gerechnet werden. Die Schwelle für „seltene Erkrankungen“ liegt in der Europäischen Union nämlich bei einer Prävalenz von unter fünf von 10000 Personen (<http://ec.europa.eu/health>).

Weiterhin stellten wir fest, dass ein relativ hoher Anteil von Patienten mit F48.1 sich in psychotherapeutischer Behandlung befand. Dies entspricht auch dem Befund der Repräsentativerhebung bei Michal et al. (2009c), wo die Beeinträchtigung durch Symptome von DP-DR mit einer höheren Inanspruchnahme von Psychotherapie assoziiert war. Wir vermuten aber auch, dass in der vorliegenden Studie dieser Befund eine Widerspiegelung der höheren psychodiagnostischen Kompetenz von Psychotherapeuten versus Ärzten anderer Fachgebiete darstellt: Bei Patienten in ambulanter Psychotherapie werden weniger geläufige F-Diagnosen wie F48.1 häufiger gestellt als bei Patienten ohne psychotherapeutische Behandlung und Diagnostik. Möglicherweise erklärt dies auch, dass in den vorliegenden Daten F48.1 bei Frauen etwa doppelt so häufig wie bei Männern diagnostiziert wurde. Gemäß der Literatur geht man nämlich davon aus, dass die Geschlechterverteilung bei F48.1 eher ausgeglichen ist (Simeon 2004; Michal u. Beutel 2009), Frauen aber häufiger als Männer eine Psychotherapie in Anspruch nehmen (Grobe et al. 2007).

Hinsichtlich der Assoziation mit anderen Diagnosegruppen ergab sich, dass im Kapitel F die Assoziation für dissoziative Störungen (F44) am stärksten war. Aufgrund der geringen Prävalenz von F44 (0.2 %) spielt dies in absoluten Zahlen jedoch nur eine geringe Rolle. In absoluten Zahlen sind die Assoziationen mit Angststörungen, affektiven Störungen und somatoformen Störungen weit bedeutsamer. Dies entspricht auch dem Befund einer klinischen Stichprobe psychosomatischer Patienten aus dem Ambulanz- und Konsildienst (Michal et al. 2009a). Vor dem Hintergrund der starken Assoziation somatoformer Störungen mit F48.1 ist es plausibel, dass Patienten mit unspezifischen Symptomdiagnosen wie „Hals- und Brustschmerz (R07)“, „Störungen der Atmung (R06)“, „Unwohlsein, Ermüdung (R53)“ und „Störungen des Herzschlages (R00)“ sowie „Schwindel“ und „Kopfschmerz“ ein erhöhtes Risiko für die Diagnose F48.1 aufweisen. Dieses gemeinsame Vorkommen von DP-DR mit multiplen körperlichen Beschwerden entspricht zum einen dem klinischen Bild des „Phobischen Angst-Depersonalisationssyndroms“ wie es von Roth (1960; Michal u. Beutel 2009) beschrieben wurde. Zum anderen wird dieser Eindruck von Studien bestätigt, die einen engen Zusammenhang von Schwindelgefühlen und von Kopfschmerz mit DP-DR aufzeigen (Michal u. Beutel 2009; Michal et al. 2009c; Baker et al. 2003). Hinsichtlich der Assoziation von F48.1 mit körperlichen Erkrankungen im engeren Sinne fanden wir erstens eine unabhängige Assoziation mit der Diagnose



einer Epilepsie, wie dies bereits auch in der Literatur wiederholt beschrieben wurde (Michal et al. 2006; Sierra u. Berrios 1998; Michal u. Beutel 2009). Zweitens fanden wir eine Häufung von F48.1 bei der Diagnose von Herzrhythmusstörungen. Über die Gründe hierfür kann vorerst nur spekuliert werden. Denkbar wäre, dass unspezifische Herzrhythmusstörungen bei Patienten mit Angststörungen und somatoformen Störungen häufiger diagnostiziert werden. Eine signifikante Häufung von Tinnitus bei F48.1 konnten wir im Gegensatz zu Baker et al. (2003) nicht finden.

Zusammenfassend können wir feststellen, dass die vorliegenden Daten dafür sprechen, dass die Depersonalisations-Derealisationsstörung F48.1 drastisch unterdiagnostiziert wird und dass es Hinweise für spezifische, von Angst und Depressivität unabhängige Assoziationen mit somatischen Erkrankungen oder körperlichen Beschwerden gibt. Weitere Schlussfolgerungen schließen die eingeschränkte Validität der hier verwendeten Diagnosen aus. Jedoch erscheinen weitere epidemiologische Untersuchungen und vor allem Awareness-Programme zum Krankheitsbild F48.1 gerechtfertigt und notwendig, um die Depersonalisations-Derealisationsstörung (F48.1) aus der Situation einer, im übertragenen Sinne, „orphan disease“ zu befreien.

## 5. Fazit für die Praxis

Den Symptomen von DP-DR sollte mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Hilfreiche Instrumente für die Diagnostik stehen zur Verfügung (Michal et al. 2004, 2009b). Die Empfehlung der ICD-10, die Depersonalisations-Derealisationsstörung als zweite oder als Zusatzdiagnose bei einer anderen Hauptdiagnose zu verschlüsseln, sollte verstärkt umgesetzt werden.

## Literatur

- Baker, D., Hunter, E., Lawrence, E., Medford, N., Patel, M., Senior, C., Sierra, M., Lambert, M. V., Phillips, M. L., David, A. S. (2003): Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *Br J Psychiatry* 182, 428–433.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L. (2006): Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 63, 305–312.
- Grobe, T. G., Dörning, H., Schwartz, F. W. (2007): GEK-Report ambulant ärztliche Versorgung 2007. St. Augustin: Asgard Verlag.
- Hunter, E. C., Sierra, M., David, A. S. (2004): The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39, 9–18.
- Michal, M., Sann, U., Niebecker, M., Lazanowski, C., Kernhof, K., Aurich, S., Overbeck, G., Sierra, M., Berrios, G. E. (2004): Die Erfassung des Depersonalisations-Derealisationsyndroms mit der deutschen Version der Cambridge Depersonalization Scale (CDS). *Psychother Psychosom Med Psychol* 154, 367–374.
- Michal, M., Sann, U., Grabhorn, R., Overbeck, G., Röder, C. (2005): Zur Prävalenz von Deper-

- sonalisation und Derealisation in der stationären Psychotherapie. *Psychotherapeut* 50, 328–339.
- Michal, M., Lüchtenberg, M., Overbeck, G., Fronius, M. (2006): Gestörte visuelle Wahrnehmung beim Depersonalisations-Derealisationssyndrom. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 223, 279–284.
- Michal, M., Beutel, M. E. (2009): Depersonalisation/Derealisation – Krankheitsbild, Diagnostik und Therapie. *Z Psychosom Med Psychother* 55, 113–140.
- Michal, M., Wiltink, J., Zwerenz, R., Knebel, A., Schäfer, A., Nehring, C., Subic-Wrana, C., Beutel, M. E. (2009a): Depersonalisation-Derealisation im psychosomatischen Ambulanz- und Konsildienst. *Z Psychosom Med Psychother* 55, 215–228.
- Michal, M., Tschan, R., Beutel, M. E., Zwerenz, R. (2009b) Die 2-Itemversion der Cambridge Depersonalization Scale. *Psychother Psychosom Med Psychol*, im Druck, DOI: 10.1055/s-00029-1224098.
- Michal, M., Wiltink, J., Subic-Wrana, C., Zwerenz, R., Tuin, I., Lichy, M., Brähler, E., Beutel, M. E. (2009c): Prevalence, correlates and predictors of depersonalization experiences in the German general population. *J Nerv Ment Dis* 197, 499–506.
- Mula, M., Pini, S., Cassano, G. B. (2007): The neurobiology and clinical significance of depersonalization in mood and anxiety disorders: a critical reappraisal. *J Affect Disord* 99, 91–99.
- Roth, M. (1960): The phobic anxiety-depersonalization syndrome and some general aetiological problems in psychiatry. *J Neuropsychiatr* 1, 293–306.
- Sierra, M., Berrios, G. E. (1998): Depersonalization: neurobiological perspectives. *Biol Psychiatry* 44, 898–908.
- Simeon, D. (2004): Depersonalisation disorder: A contemporary overview. *CNS Drugs* 18, 343–354.
- World Health Organisation (1992): International Classification of Mental Disorders. ICD-10, Chapter V (F), Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO.
- Zaudig, M. (1998): Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf der Zwangsstörung. In: Zaudig, M., Hauke, W., Hegerl, U. (Hg.): *Die Zwangsstörungen: Diagnostik und Therapie*. Stuttgart: Schattauer.

Korrespondenzadresse: PD Dr. med. Matthias Michal, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg Universität Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz, E-Mail: [michal@uni-mainz.de](mailto:michal@uni-mainz.de)