

Depersonalisation

Klassifikation nach [ICD-10](#) F48.1 Depersonalisations- und Derealisationssyndrom - (WHO-Version 2016)

Allgemein bezeichnet Depersonalisation oder Depersonalisierung den Verlust bzw. die Veränderung des ursprünglichen, natürlichen Persönlichkeitsgefühls.

Im speziellen Sinne versteht man unter Depersonalisation einen veränderten Bewusstseinszustand, bei dem die Betroffenen

- ihre eigene Person (d. h. ihren Körper, ihre Persönlichkeit, ihre Wahrnehmung, ihre Erinnerung, ihr Denken, Fühlen, Sprechen oder Handeln) und/oder
- Personen und Objekte innerhalb ihrer Umwelt

als verändert, fremd, nicht zu-sich-gehörig, leblos, fern oder unwirklich erleben.

Liegt nur eine verfremdete Wahrnehmung der Umwelt vor, benutzt man die Bezeichnung [Derealisation](#).

Wenn diese Symptomatik häufig oder dauerhaft vorliegt und ein erhebliches Leiden verursacht, gilt sie als eine psychische Störung.

Diese Störung wird als **Depersonalisations- Derealisationsstörung** oder kurz **Depersonalisationsstörung** (auch **-syndrom**, wie in ICD-10) bezeichnet.

In der ICD-10-Klassifikation ist die Störung dem [neurotischen Formenkreis](#) zugeordnet und trägt die Chiffre ICD-10 F48.1. In der [DSM-Klassifikation](#) trägt die Störung die Chiffre DSM 300.6 und wird unter den [dissoziativen Störungen](#) geführt. Auch im Entwurf für [ICD-11](#) wird sie unter den dissoziativen Störungen eingeordnet.

Inhaltsverzeichnis

Verbreitung

Bezüglich vorübergehend auftretender Symptome von Depersonalisation oder Derealisation – unterhalb der Krankheitsschwelle – wird geschätzt, dass circa jeder zweite mindestens einmal im Leben betroffen ist. Oberhalb der Schwelle – wenn also nach den diagnostischen Kriterien eine *Störung* vorliegt – ist die Verbreitung sehr viel geringer, jedoch keinesfalls selten. Die [Lebenszeitprävalenz](#) liegt bei etwa 2 % und unterscheidet sich nicht nach Geschlecht.

Eine Auswertung von umfangreichen Krankenversicherungsdaten aus dem Jahr 2006 zeigte zudem, dass die Störung in erheblichem Maße unter- und fehldiagnostiziert wurde. Ein Vergleich mit wiederholt ermittelten Prävalenz-Daten deutete darauf hin, dass nur etwa 1 % der vom Depersonalisations-syndrom Betroffenen die entsprechende Diagnose erhalten hatten.

Symptome

Die Symptome der Depersonalisationsstörung (englisch *depersonalisation disorder*) sind vielfältig und für die Betroffenen oft schwer in Worte zu fassen. Zu den Kernsymptomen zählen:

- *Emotionale Taubheit*: Betroffene empfinden, dass sie nichts fühlen, oder dass ihre Gefühle „flach“ oder unwirklich sind. Ihre Wahrnehmung von Personen oder Objekten „lässt sie oft kalt“, das heißt, das Beobachten eines Sonnenuntergangs, die Wahrnehmung von Schmerz oder das Berühren ihres Partners löst keine Emotionen aus.
- *Veränderung des Körpererlebens*: Der eigene Körper oder Teile des Körpers werden als verändert (leichter/schwerer, größer/kleiner), als leblos oder als nicht zu-sich-gehörig empfunden. Das eigene Spiegelbild oder die eigene Stimme können fremd wirken. Manche Betroffene haben das Gefühl, nur „ein Kopf ohne Körper“ oder nur „Augen ohne Körper“ zu sein.
- *Veränderung der visuellen Wahrnehmung*: Viele Betroffene haben das Gefühl, „neben sich zu stehen“, so, als würden sie ihre Umwelt aus einer veränderten Perspektive (von weit weg, von außerhalb ihres Körpers, durch eine Kamera oder wie auf einer Filmleinwand etc.) sehen.



Künstlerische Darstellung (2015) des Gefühls, „neben sich zu stehen“, eines der möglichen Anzeichen von *Depersonalisation*.

- *Gefühl der Automaten- oder Roboterhaftigkeit der eigenen Bewegungen oder mentalen Prozesse:* Bewegungen können zwar problemlos willentlich und kontrolliert ausgeführt werden, doch die Betroffenen empfinden oft keine Zugehörigkeit einer bewusst ausgeführten Bewegung zu einem eigenen willentlichen Entschluss, diese Bewegung auszuführen. Sie haben z. B. nicht das Gefühl, ihre Hand zu bewegen, sondern empfinden, dass die Hand – wie ferngesteuert – „sich bewegt“.
- *Veränderung von Gedächtnisprozessen:* Erinnerungen können als blass, undeutlich oder fern wahrgenommen werden: Ein nur wenige Stunden zurückliegendes Ereignis kann in der Erinnerung so empfunden werden, als läge es schon Jahre zurück. In traumatisierenden und extremen Stress-Situationen kann das Bewusstsein so weit eingeengt sein, dass das Erlebte im Gedächtnis nur fragmentarisch und zusammenhangslos abgespeichert wird. Dies kann dazu führen, dass Betroffene solche Erlebnisse später nicht verbal schildern können. Auch ein [Déjà-vu](#)-Erlebnis ist in der Regel von einem Gefühl der Entfremdung begleitet, da trotz des starken Eindrucks eines wiederholten Erlebens detailliertere Gedächtnisinhalte, wie etwa über den Zeitpunkt oder den Zusammenhang des mutmaßlichen früheren Erlebnisses, fehlen.

Darüber hinaus können seltener auch die auditive oder taktile Wahrnehmung, das Geschmackempfinden oder die Zeitwahrnehmung gestört sein.

Weiterhin können Gefühle von „Gedankenleere“ bestehen, die Unfähigkeit, sich visuell oder auditiv etwas vorzustellen, oder eine erhöhte Selbstbeobachtung. Auch eine erhöhte Schmerzschwelle bis hin zur Analgesie (Schmerzunempfindlichkeit) kann auftreten.

Es kann auch sein, dass ein Gefühl der Unwirklichkeit gegenüber der Umwelt besteht.

Hierbei werden Objekte, Menschen oder die gesamte Umgebung als fremd, unvertraut, unwirklich, roboterhaft, fern, künstlich, zu klein oder zu groß, farblos oder leblos erlebt.

Viele Betroffene geben an, ihre Umwelt wie „unter einer Käseglocke“ oder „in Watte gepackt“ zu erleben.

Manchmal kann dem Betroffenen die Umgebung zweidimensional erscheinen, wie ein Film. Dies wird als *Derealisation* bezeichnet.

Die Dauer der Entfremdungserlebnisse kann von einigen Sekunden bis hin zu mehreren Stunden oder Tagen reichen, u. U., wie im Falle der [primären Depersonalisationsstörung](#), aber auch chronischen Charakter annehmen.

Trotz der vielen unterschiedlichen Äußerungsformen ist allen Entfremdungserlebnissen gemeinsam, dass sie von den Betroffenen als unangenehm und beunruhigend empfunden werden. Die Betroffenen haben das Gefühl, dass etwas anders ist, als es vor dem Auftreten der Depersonalisationserlebnisse war, und anders ist, als es eigentlich sein sollte. Sie leiden oft unter Ängsten, „verrückt zu werden“, oder auch nur solchen, von anderen „für verrückt gehalten zu werden“, wenn sie von ihren Erlebnissen erzählen.

Abgrenzung: Depersonalisationserfahrungen treten auch bei Gesunden auf, z. B. bei großer Müdigkeit, nach stressauslösenden oder lebensbedrohlichen Situationen, während spiritueller Erfahrungen (Meditation, [Trance](#)) oder unter dem Einfluss halluzinogener Drogen.

Die unterschiedlichen Quellen konstatieren eine Lebenszeitprävalenz in der nichtklinischen Bevölkerung zwischen 30 und 50 %.

Von einer Störung im Zusammenhang mit Depersonalisation kann gesprochen werden, wenn bestimmte weitere Faktoren hinzukommen, wie z. B. eine erhöhte Intensität und Frequenz der Entfremdungserlebnisse oder der Zusammenhang mit einer anderen psychischen Störung (vgl. auch [sekundäre Depersonalisationsstörung](#)).

Obwohl Betroffene u. U. auch ihre Umwelt verändert wahrnehmen, bleibt während der Depersonalisationserfahrung die Realitätsprüfung intakt, d. h., die Betroffenen haben – in Abgrenzung zu [psychotischen](#) Störungen, wie z. B. der Schizophrenie – keine Wahnvorstellungen, schätzen bei ihren alltäglichen Aufgaben sich und ihre Umwelt richtig ein und haben Kontrolle über ihr Handeln.

Die Depersonalisation verändert die subjektive Sichtweise der depersonalisierten Person bezüglich der Qualität der eigenen Wahrnehmung, jedoch gibt es keine Änderung bezüglich der Sichtweise hinsichtlich der Qualität des Objekts der Wahrnehmung.

Wenn Betroffene z. B. das Gefühl haben, Personen und Objekte wie in den Raum projizierte Hologramme zu sehen, wissen sie dennoch, dass diese Personen und Objekte real und keine Hologramme sind.

Diagnose

Diagnostische Kriterien nach DSM-5 (2013)

- **A.** Andauernde oder wiederkehrende Erfahrungen von Depersonalisation, Derealisation, oder beidem:
 1. **Depersonalisation:** Erfahrungen von Unwirklichkeit, Loslösung, oder wie die eines außenstehenden Beobachters der eigenen Gedanken, Gefühle, des Körpers, oder der Handlungen (z. B. Wahrnehmungsänderungen, verzerrtes Zeitgefühl, unwirkliches oder abwesendes Selbst, gefühlsmäßige und/oder körperliche Taubheit).
 2. **Derealisation:** Erfahrungen von Unwirklichkeit oder Loslösung bezüglich der Umwelt (z. B. Personen oder Gegenstände werden als unwirklich, traumhaft, schemenhaft, leblos, oder optisch verzerrt erfahren).
- **B.** Während der Depersonalisations- oder Derealisationserfahrungen bleibt die Realitätsprüfung intakt.
- **C.** Die Symptome verursachen klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- **D.** Die Störung ist nicht zurückführbar auf physiologische Wirkungen einer Substanz (z. B. Drogenmissbrauch oder Medikamente) oder eine andere Krankheit (z. B. Epilepsien).
- **E.** Die Störung ist nicht besser erklärbar durch eine andere psychische Störung, wie Schizophrenie, Panikstörung, schwere depressive Störung, akute Belastungsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, oder eine andere dissoziative Störung*.

*Ein sehr umstrittenes Krankheitsbild ist die dissoziative Persönlichkeitsstörung, besser bekannt als multiple Persönlichkeitsstörung. Dabei erlebt und handelt die bzw. der Betroffene als unterschiedliche Personen, die jeweils ihre eigenen Erinnerungen, Gefühle, Vorlieben oder Verhaltensweisen haben.

Diagnostische Kriterien nach DSM-IV (1994)

- Andauernde oder wiederkehrende Erfahrungen, sich von den eigenen geistigen Prozessen oder vom eigenen Körper losgelöst oder sich wie ein außenstehender Beobachter der eigenen geistigen Prozesse oder des eigenen Körpers zu fühlen (z. B. sich fühlen, als sei man in einem Traum).
- Während der Depersonalisationserfahrung bleibt die Realitätsprüfung intakt.
- Die Depersonalisation verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- Das Depersonalisationserleben tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer anderen psychischen Störung auf wie Schizophrenie, Panikstörung, akute Belastungsstörung oder einer anderen dissoziativen Störung, und geht nicht auf direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück (z. B. Temporallappen-Epilepsie).

Diagnostische Kriterien nach ICD-10

- Entweder 1 oder 2:
 1. Depersonalisation: Die Betroffenen klagen über ein Gefühl von entfernt sein, von „nicht richtig hier“ sein. Sie klagen z. B., darüber, dass ihre Empfindungen, Gefühle und ihr inneres Selbstgefühl losgelöst seien, fremd, nicht ihr eigen, unangenehm verloren oder dass ihre Gefühle und Bewegungen zu jemand anderen zu gehören scheinen, oder sie haben das Gefühl, in einem Schauspiel mitzuspielen.
 2. Derealisation: Die Betroffenen klagen über ein Gefühl der Unwirklichkeit. Sie klagen z. B. darüber, dass die Umgebung oder bestimmte Objekte fremd aussehen, verzerrt, stumpf, farblos, leblos, eintönig und uninteressant sind, oder sie empfinden die Umgebung wie eine Bühne, auf der jedermann spielt.
- Die Einsicht, dass die Veränderungen nicht von außen durch andere Personen oder Kräfte eingegeben wurde, bleibt erhalten.

Kommentar im ICD-10: Diese Diagnose sollte nicht gestellt werden, wenn das Symptom im Rahmen einer anderen psychischen Störung auftritt, [...], infolge einer Intoxikation mit Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen, bei einer Schizophrenie [...], einer affektiven Störung, einer Angststörung oder bei anderen Zuständen (wie einer deutlichen Müdigkeit, einer Hypoglykämie oder unmittelbar vor oder nach einem epileptischen Anfall).

Diese Symptome treten im Verlauf vieler psychischer Störungen auf und werden dann am besten als zweite oder als Zusatzdiagnose bei einer anderen Hauptdiagnose verschlüsselt.

Relativ selten kann Derealisation auch alleine vorkommen.

Sie wird in dem Fall sowohl nach ICD-10 als auch nach DSM-5 der Kategorie Depersonalisationsstörung zugeordnet.

Verlauf

Die Erkrankung bricht meist im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter aus (Mittel: mit 16 Jahren). Jedoch kann die Krankheit seltener auch im Kindesalter oder in späteren Jahren ihren Anfang nehmen, jedoch bei nur etwa 5 % nach dem 25. Lebensjahr.

Der Beginn kann schlagartig oder schleichend sein. Tritt die Störung in Episoden auf, kann deren Dauer stark variieren: zwischen kurzen Episoden, die Stunden oder Tage anhalten, und anhaltenden Episoden über Wochen, Monate oder Jahre.

Bei etwa einem Drittel der Fälle zeigt sich ein dauerhaft episodischer Verlauf, bei einem weiteren Drittel ein anfänglich episodischer und später anhaltender (kontinuierlicher) Verlauf, und bei dem übrigen Drittel ein anhaltender (kontinuierlicher) Verlauf von Beginn an.

Die Intensität der Symptome kann entweder schwanken oder über lange Zeit (in Extremfällen über Jahre) unverändert bleiben. Ist sie schwankend, so sind typische Auslöser für Verschlimmerungen Stress, Verschlechterung der Stimmung, Zunahme von Ängstlichkeit, neue oder überreizte Umgebung oder Schlafmangel.

Primäre und sekundäre Formen

Da nach den Diagnoseregeln des ICD-10 und des DSM-5 eine Depersonalisationsstörung nur dann die Hauptdiagnose sein soll, wenn sie nicht als Symptom einer anderen Störung auftritt, gibt es in der Literatur zuweilen die Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Depersonalisation.

Mit *primärer Depersonalisation* ist eine Depersonalisation gemeint, die nicht als Symptom einer anderen Störung zugeordnet werden kann.

Sie bezeichnet somit die eigenständige Störung. Eine *sekundäre Depersonalisation* steht für eine Depersonalisation, die als ein Symptom einer anderen übergeordneten Störung auftritt.

Dazu zählen in erster Linie:

- [Dissoziative Identitätsstörung](#)
- [Borderline-Persönlichkeitsstörung](#)
- [Posttraumatische Belastungsstörung](#)
- [Angststörung](#)

Depersonalisation kann ferner Symptom anderer Störungen sein wie:

- [Depression](#)
- [Zwangsstörung](#)
- [Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung](#) (ADHS)
- [Schizoide Persönlichkeitsstörung](#)
- [Schizotypische Persönlichkeitsstörung](#)
- [Burnout-Syndrom](#)

Außerdem kann Depersonalisation als Folge neurologischer Störungen auftreten:

- [Epilepsie](#) (v. a. [Temporallappenepilepsie](#))
- [Migräne](#)
- [Hirnläsionen](#), etwa durch [Tumoren](#) oder [Schädelhirntrauma](#)
- [vestibuläre](#) Störungen
- [Multiple Sklerose](#)
- [Kleine-Levin-Syndrom](#)

Der Konsum [psychoaktiver](#) Substanzen wie Alkohol, Cannabis und bestimmter Medikamente kann Depersonalisation hervorrufen. Depersonalisation ist eines der Symptome der Schizophrenie.

Diese ist allerdings von den sonstigen Formen der Depersonalisation abzugrenzen, da der Betroffene hier in der Regel keine Krankheitseinsicht hat (vgl. den Abschnitt [Symptome/Abgrenzung](#) oben, letzter Absatz).

Nach bisherigen Erkenntnissen (Stand 2016) gibt es zwischen primärer und sekundärer Depersonalisation keine signifikanten Unterschiede in der Ausprägung und dem Schweregrad.

Ursachen und Auslöser

Wie bei anderen psychischen Störungen kann auch bei einer Depersonalisationsstörung meist kein einzelner auslösender Faktor als hinreichende Ursache benannt werden. Versteht man Depersonalisation als die Reaktion der Betroffenen auf zurückliegende oder aktuelle Lebenssituationen, so muss bei diesen Betroffenen zusätzlich eine besondere [Prädisposition](#) für [bewusstseinsverändernde](#) Störungen bestehen, um eine Depersonalisationsstörung zu entwickeln, da andere Menschen auf vergleichbare Lebenssituationen nicht mit Depersonalisation reagieren.

Als Auslöser einzelner Depersonalisationserlebnisse oder -phasen gelten extrem stressauslösende und lebensbedrohende Erlebnisse (wie z. B. ein Autounfall). Aus diesem Grund werden auch sogenannte [Nahtoderfahrungen](#) und andere [außerkörperliche Erfahrungen](#) als Depersonalisation aufgefasst.

Ferner kommen auch Substanzmissbrauch (z. B. Cannabis, Ecstasy, Alkohol), bestimmte Vergiftungen, [emotionale Vernachlässigung](#), [Prämenstruelles Syndrom](#) sowie Schlafmangel in Betracht.

Bei der Klärung der Ursachen im einzelnen Fall ist ferner zu prüfen, ob die Depersonalisationsstörung als Symptom einer anderen Störung auftritt (vgl. [sekundäre Depersonalisationsstörung](#)). In einem solchen Fall wären zunächst die Ursachen für die Grundstörung zu untersuchen.

Erklärungsmodelle

Seit der Intensivierung der Forschung zur Depersonalisation in den 1990er Jahren sind innerhalb verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen Erklärungsmodelle entstanden.

Neurophysiologische Theorie

[V. S. Ramachandran](#) machte seit 2009 mehrfach den Vorschlag, dass die neuronale Repräsentation der Selbstwahrnehmung analog der Repräsentation der Fremdwahrnehmung sein könne. So wie das Verhalten anderer Lebewesen neuronal präsentiert werde, so könne auch das eigene Verhalten neuronal präsentiert werden.

Ausgelöst wurde der Vorschlag u. a. durch die Entdeckung der sogenannten [Spiegelneuronen](#). Diese reagieren bei der Beobachtung von Aktionen, z. B. eines Fußtritts, genauso wie bei der Selbstaussführung der Aktion.

Ramachandran hielt es für plausibel, dass sich die neuronalen Mechanismen von Fremd- und Selbstrepräsentation während der Evolution parallel entwickelten.

Entsprechend diesem Konzept der Selbstwahrnehmung schlug Ramachandran dann vor, dass Erscheinungen von Depersonalisation und Derealisation auf Abweichungen bei neuronalen Verbindungen zu Spiegelneuronsystemen zurückgeführt werden könnten.

Neurochemische Theorien

Es wird vermutet, dass bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Depersonalisation mehrere [Neurotransmittersysteme](#) beteiligt sind, die bei der Regulation des globalen Gleichgewichts von neuronalen Informationsströmen, u. a. bei Stressreaktionen, eine wichtige Rolle spielen.

Serotonerge Systeme

Die Wahrscheinlichkeit von Symptomen erhöht sich durch Substanzen, die als [Serotonin-Agonisten](#) wirken, wie [m-CPP](#), [Cannabis](#), [LSD](#) und [Ecstasy](#).

Ob allerdings bei Depersonalisation, die nicht durch Substanzen ausgelöst wird, Abweichung in serotonergen Systemen vorliegen, ist nicht bekannt. Ferner liegen keine verlässlichen Daten darüber vor, ob medikamentöse Beeinflussung dieser Systeme therapeutisch plausibel ist (Stand 2016).

Glutamaterge Systeme

Es ist bekannt, dass der [NMDA](#)-Antagonist [Ketamin](#) Effekte hervorrufen kann, die einer Depersonalisation entsprechen.

Vermutet wird, dass die Ursache hierfür Störungen der im Gehirn weit verbreiteten Informationsflüsse sind, an denen der Neurotransmitter [Glutamat](#) beteiligt ist.

Ob allerdings bei Depersonalisation, die nicht durch Ketamin ausgelöst wird, Abweichung in glutamatergen Systemen vorliegen, ist nicht bekannt. Ferner liegen keine verlässlichen Daten darüber vor, ob medikamentöse Beeinflussung dieser Systeme therapeutisch plausibel ist (Stand 2016).

Opioidrezeptoren

Die Vermutung, dass bei Depersonalisation eine Fehlregulation der körpereigenen ([endogenen](#)) [opioiden](#) Transmittersysteme vorliegen kann, wurde durch mehrere, kleinere Pilotstudien gestützt. [Opioid-Antagonisten](#), wie [Naloxon](#), [Naltrexon](#) und [Nalmefen](#) zeigten eine Tendenz zur Verminderung der Symptome.

Die therapeutische Anwendung von Naltrexon wurde als Versuch in Einzelfällen 2014 empfohlen. (Siehe unten Abschnitt [Opioid-Antagonisten](#))

Theorie der Panikstörung

Das [kognitive Verhaltensmodell](#) (cognitive-behavioral model) von Hunter u. a. (2003) basiert auf der Annahme, dass eine Depersonalisationsstörung durch die übertriebene Bewertung von normalerweise vorübergehenden Zuständen von Depersonalisation entstehen kann.

Das Modell orientiert sich stark an kognitiven Modellen für Angststörungen, wie zum Beispiel dem Modell von Clark (1986) für die [Panikstörung](#).

In diesem Modell wurde vorgeschlagen, dass gewöhnliche Angstsymptome wie die Veränderung der Herzrate, Schwindel oder Konzentrationsprobleme der Ausgangspunkt der Panikstörung seien.

Während Gesunde diese Symptome als gewöhnliche Angstsymptome sehen, werden diese von Patienten fälschlich als Gefahr verstanden (zum Beispiel „Ich bekomme einen Herzinfarkt“).

Dies verstärkt die Angst und somit die angstbedingten Empfindungen, welche wiederum zu noch mehr Angst führen. Dadurch wird ein Teufelskreis in Gang gesetzt.

Vorübergehende Depersonalisation ist eine relativ weit verbreitete Erscheinung. Deshalb wurde vorgeschlagen, dass die übertriebene Gewichtung solcher vorübergehender Symptome zu panischer Angst führen kann - wenn sie etwa verstanden werden als Anzeichen, „verrückt“ zu werden, die Kontrolle zu verlieren, unsichtbar zu werden oder eine Hirnschädigung zu haben.

Die Angst verstärkt dann die Depersonalisation.

Dies verstärkt wiederum die Angst, wodurch ein Teufelskreis in Gang kommt, der die Depersonalisation als dauerhafte Störung aufrechterhalten kann.

Eine landesweite Studie in Großbritannien von 2012 hat dieses Modell insofern gestützt, als beim Abgleich von Persönlichkeitsmerkmalen während der Kindheit in Fällen späterer Depersonalisation im Alter von 36 Jahren nur der Faktor Angst während der Kindheit signifikant mit der späteren Störung [korrelierte](#).

Psychoanalytische Theorie

In der Tradition der [Psychoanalyse](#) nach [Sigmund Freud](#) wird die Depersonalisation als ein Störungsbild beschrieben, bei dem als Ursache ein schützender Abwehrmechanismus angenommen wird. Diesem wird dabei eine defensive Funktion zugeschrieben, welche es dem Patienten erlaube, schmerzliche, ängstigende oder sonst unerträglich erscheinende Gefühle und Gedanken abzuwehren, indem sie als nicht zur eigenen Person gehörig bewertet würden.

Gleichzeitig werde aber die Existenz solcher als fremd erscheinenden Erfahrungen im eigenen Selbst als eine Störung des Ich-Erlebens empfunden, welche ihrerseits Unbehagen und Ängste auslöse.

Gehirnforschung

Durch bildgebende Verfahren wurden sowohl funktionelle als auch [anatomische](#) Abweichungen im Gehirn bei Patienten mit Depersonalisationsstörung festgestellt. So wurde im linken vorderen [Inselcortex](#), der wichtige Funktionen bei Gefühlserlebnissen und bei der Wahrnehmung des eigenen Körpers ([Interozeption](#)) hat, eine Unterfunktion beobachtet.

Wenn sich im Zeitraum bis zu einer späteren Messung die Symptome der Störung gebessert hatten, nahm auch die Aktivität im Inselcortex zu.

Bei Patienten ohne Besserung der Symptome bis zur zweiten Messung wurde dagegen keine derartige Erholung der Aktivität im Inselcortex beobachtet.

Behandlung

Bei einer sekundären Depersonalisation steht die Behandlung der Grunderkrankung im Vordergrund. Für die Behandlung einer primären Depersonalisation gibt es bislang (Stand 2016) keine Therapie, die sich etabliert hat.

Pharmakotherapie

Es gibt bislang (Stand 2016) kein Medikament, das zur Behandlung der *Depersonalisations-Derealisationsstörung* zugelassen ist. Es gibt jedoch mehrere, die untersucht worden. Einige erwiesen sich teilweise als wirksam und wurden 2014 von den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland für eine mögliche versuchsweise Anwendung in Einzelfällen empfohlen. Dies betrifft selbstverständlich nur Medikamente, die für andere Anwendungen bereits zugelassen sind ([Off-Label-Use](#)).

Lamotrigin

Zur Wirksamkeit von [Lamotrigin](#) bei dieser Störung liegen widersprüchliche Ergebnisse vor, die bislang (Stand 2016) eine eindeutige Beurteilung verhindert haben.

Opioid-Antagonisten

Positive Effekte bei der Behandlung von Symptomen der Depersonalisation wurden in einer nicht placebo-kontrollierten Studie durch die Gabe von Infusionen des Opioidantagonisten Naloxon verzeichnet. Hierbei konnte in der Mehrzahl der Fälle eine deutliche Besserung und bei einem kleinen Teil der Patienten sogar eine völlige Beseitigung der Symptome erreicht werden. Die Effekte konnten bis über 24 Stunden anhalten. In einer anderen Studie zeigte sich ein ähnlicher Effekt durch Naltrexon.

In einer nicht kontrollierten Studie wurde bei Veteranen mit [posttraumatischer Belastungsstörung](#) bei Anwendung von Nalmefen in knapp der Hälfte der Probanden ein deutlicher Rückgang der emotionalen Taubheit und anderer Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung beobachtet. Ein ähnlicher Effekt konnte in einer kleinen nicht kontrollierten Studie mit Naltrexon herbeigeführt werden. Dieser Effekt war jedoch geringer ausgeprägt. Er konnte allerdings durch eine ähnliche deutsche Studie von 2015 bestätigt werden.

2014 wurde von den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland als *Klinischer Konsensuspunkt* (KKP) die therapeutische Anwendung von *Naltrexon* als Versuch in Einzelfällen empfohlen.

Psychotherapie

Traditionell gilt Depersonalisation in der Psychotherapie als besonders schwer zu behandeln. Es gibt bislang keine qualitativ ausreichenden Studien, welche die Wirksamkeit einer Form der Psychotherapie bei Depersonalisation belegt.

Kognitive Verhaltenstherapie

In jüngeren Ansätzen der [kognitiven Verhaltenstherapie](#) steht vor allem der Zusammenhang von Depersonalisation und Angst im Vordergrund. Zumeist werden die Entfremdungserfahrungen durch den Patienten als höchst bedrohlich eingestuft (catastrophic attribution).

Die Folge dieser Einschätzung sind anhaltende Angst, zwanghafte Selbst-Beobachtung und ängstlich-vermeidendes Verhalten.

Der kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz besteht deshalb darin, dem Patienten eine Möglichkeit zu eröffnen, die Depersonalisationserfahrungen neu zu bewerten und ihnen dadurch den Anschein des Bedrohlichen und Katastrophalen zu nehmen. Zu diesem Ziel können bereits die exakte Diagnosestellung sowie eine ausführliche Aufklärung des Patienten (Psychoedukation) über die Depersonalisationsstörung Entscheidendes beitragen, da sie dem Patienten verschiedene Ängste nehmen können (z. B. die Angst, verrückt zu werden; die Angst, dass „das Gehirn nicht richtig arbeitet“; die Angst, der einzige Mensch mit solchen Erfahrungen zu sein).

In einer Studie von 2005 mit 21 Patienten, die einzeln mit kognitiver Verhaltenstherapie behandelt wurden, zeigten sich signifikante Besserungen bei [Dissoziationen](#), [Ängsten](#) und [Depressionen](#), sowie bei allgemeinen Funktionen, und zwar sowohl nach dem Ende der Therapie als auch sechs Monate später. 29 % der Patienten erfüllten nach Ende der Therapie die Kriterien der Depersonalisationsstörung nicht mehr.

Achtsamkeitsbasierte Therapie

In einer Studie wurden gegenläufige Trends (inverse [Korrelation](#)) zwischen der Schwere der Depersonalisation und bestimmten Aspekten der [Achtsamkeit](#) festgestellt. Dies wurde als Hinweis dafür gewertet, dass achtsamkeitsbasierte Psychotherapieverfahren hilfreich sein könnten.

Transkranielle Magnetstimulation

Mehrere Pilotstudien beschäftigten sich mit der Anwendung repetitiver [transkranieller Magnetstimulation](#) (rTMS) bei Depersonalisation, wobei verschiedene Ziele stimuliert wurden.

Dieser Forschungsansatz hat in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen, da fortgeschrittene, computer- gesteuerte Stimulation zunehmend mehr Möglichkeiten bietet und die Behandlung keine oder kaum negative Nebenwirkungen hat.

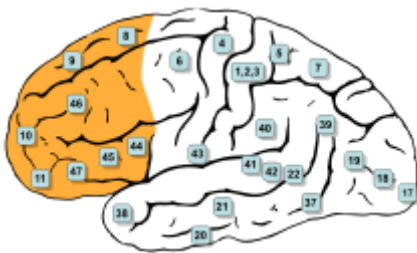
In der ersten Studie wurde ein Patient am rechten [präfrontalen Kortex](#) stimuliert, was eine deutliche Verbesserung zur Folge hatte.

Eine Serie von 6 Anwendungen am linken dorso-lateralen präfrontalen Cortex ergab in einem Fall ein Rückgang beim Maß der Symptome um 28 %.

Nach einer Serie von Stimulationen am rechten temporoparietalen Übergangskortex über 3 Wochen wurde bei 6 von 12 Patienten ein Rückgang der Symptome festgestellt.

Nach weiteren 3 Wochen wurde bei 5 von diesen eine Lindering der Symptome von durchschnittlich 68 % festgestellt.

Dabei verringerten sich alle Kernsymptome der Depersonalisation deutlich, am meisten jedoch die Veränderung des Körpererlebens.



Der *ventro-laterale präfrontale Cortex* umfasst die [Brodmann-Areale](#) 47, 45, und 44 (hier linke Seite - in nebenstehenden Studien wurde die gegenüberliegende rechte Seite durch rTMS erregt).

In einer Studie von 2014 wurden 17 Patienten nach dem Zufallsprinzip in zwei Gruppen eingeteilt. Die eine Gruppe erhielt eine 15-minütige Stimulation des rechten ventro- lateralen präfrontalen Cortex, die andere des rechten temporoparietalen Übergangskortex. In beiden Gruppen zeigten sich signifikante Besserungen der Symptomatik.

In einer Studie von 2016 erhielten sieben Patienten, bei denen medikamentöse Therapieversuche erfolglos waren, bis zu 20 Behandlungen über 10 Wochen. Die Symptome gingen signifikant zurück, und zwar im Durchschnitt um 44 %. Zwei Patienten erwiesen sich als „voll reagierend“, vier als „teilweise reagierend“ und einer als „nicht-reagierend“. Dabei zeigte sich die Reaktionsfähigkeit in der Regel bereits während des Zeitraums der ersten 6 Behandlungen. Die Autoren folgerten, dass nunmehr eine kontrollierte klinische Studie zu diesem Verfahren angezeigt sei.

Geschichte

Bereits 1872 wurden die Symptome durch den ungarisch-französischen Arzt [Maurice Krishaber](#) (1836–1883) beschrieben. Der Begriff wurde im Jahre 1898 vom französischen Psychiater [Ludovic Dugas](#) eingeführt. Er hat ihn laut eigenen Angaben aus einem Eintrag aus den Tagebüchern des französischen Philosophen [Henri-Frédéric Amiel](#) entnommen.

Im Eintrag des 8. Juli 1880 heißt es: « *à présent je puis considérer l'existence à peu près comme d'outre-tombe, comme d'au delà; je puis sentir en ressuscité; tout m'est étrange: je puis être en dehors de mon corps et de mon individu, je suis dépersonnalisé, détaché, envolé.* »

Depersonalisation im Film

In dem Film [Numb](#) geht es um einen Mann, welcher an Depersonalisierung leidet.

Quelle: <https://de.m.wikipedia.org/wiki/Depersonalisation>