

Leitlinie

Diagnostik und Behandlung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms

Version 1.0 September 2014

Registernummer **051-030**

Evidenzklasse **S2k**

Die Leitlinie „Diagnostik und Behandlung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms“ wird von den folgenden Fachgesellschaften herausgegeben:

DGPM Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin
und Ärztliche Psychotherapie



DKPM Deutsches Kollegium für
Psychosomatische Medizin



DGPPN Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie, Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde



DPV Deutsche Psychoanalytische
Vereinigung



DGVT Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie



DGPs Deutsche Gesellschaft für
Psychologie



Impressum

Verantwortlich für die Leitlinie (Redaktion)

Matthias Michal (Mandatsträger DKPM, DGPM), Annegret Eckhardt-Henn
(Mandatsträgerin DPV), Thomas Heidenreich (Mandatsträger DGVT), Christian
Stiglmayr (Mandatsträger DGPs), Ludger Tebartz van Elst (DGPPN), Christian
Schmahl (Mandatsträger DGPPN)

Anmeldende Fachgesellschaften

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und Deutsche
Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)

Berater: Dr. Cathleen Muche-Borowski (AWMF)

Erstellungsdatum der Version 1.0 18.09.2014

Letzte Überarbeitung 18.09.2014

Nächste Überprüfung geplant 30.11.2019 oder sobald sich neue
wesentliche Erkenntnisse ergeben

Leitliniensekretariat Dr. Matthias Michal, Klinik und Poliklinik
für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie, Untere Zahlbacher Str.8,
55131 Mainz
E-Mail: michal@uni-mainz.de

Besondere Hinweise

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, so dass insbesondere Angaben zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren sich mit der Zeit verändern können. Die Informationen zur Therapie, der Auswahl und Dosierung von Medikamenten wurden mit der größtmöglichen Sorgfalt gegeben. Trotzdem gilt die Aufforderung, Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Der Behandler selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Anwendung (Medikation, Dosierung). Irrtümer und Druckfehler sind vorbehalten. In keinem Fall haften die Autoren für Schäden, die durch eine Behandlung entstehen.

Die in dieser Leitlinie verwendete männliche Form bezieht selbstverständlich die weibliche Form mit ein. Auf die Verwendung beider Geschlechtsformen wurde mit Blick auf eine bessere Lesbarkeit des Textes verzichtet.

Inhaltsverzeichnis

1. Zielsetzung und Anwendungsbereich der Leitlinie	4
2. Methodik.....	5
3. Definition und Klassifikation	7
3.1. Diagnostische Kriterien des Depersonalisations-Derealisationssyndroms	7
3.2. Diagnostische Merkmale	8
3.3. Diagnostische Interviews und Fragebögen.....	10
3.4. Häufige Begleitsymptome des Depersonalisations-Derealisationssyndroms	11
3.5. Differentialdiagnosen und Komorbidität.....	11
4. Prävalenz	16
5. Verlauf	17
6. Ätiologie, prädisponierende Faktoren und assoziierte Eigenschaften.....	18
7. Häufige Auslöser für ein Depersonalisations-Derealisationssyndrom.....	20
8. Beeinträchtigung durch die Erkrankung.....	20
9. Behandlung.....	21
9.1. Definition von Symptomveränderungen im Verlauf.....	21
9.2. Psychopharmakotherapie.....	22
9.2.1. Fluoxetin.....	22
9.2.2. Lamotrigin	22
9.2.3. Opiatantagonisten	24
9.2.4. Benzodiazepine.....	24
9.3. Andere somatische Therapieverfahren	24
9.3.1. Elektrokrampftherapie (EKT)	24
9.3.2. Transkranielle Magnetstimulationstherapie (TMS).....	25
9.4. Psychotherapie.....	25
9.4.1. Detaillierte Exploration der Krankengeschichte und der Symptome	26
9.4.2. Führen eines Symptomtagebuchs	27
9.4.3. Lebensstil.....	27
9.4.4. Psychoedukation.....	28
10. Leitlinienempfehlungen für die klinische Praxis.....	29
10.1. Empfehlung zur Basisdiagnostik und Primärversorgung.....	29
10.2. Empfehlung zur somatischen Ausschlussdiagnostik.....	31

10.3. Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung und somatischen Verfahren	32
10.4. Empfehlungen zur Psychotherapie	33
11. Literatur	36
12. Autoren	42

1. Zielsetzung und Anwendungsbereich der Leitlinie

Diese Leitlinie gibt Empfehlungen für die Diagnostik und Behandlung von Patienten mit einem Depersonalisations-Derealisationssyndrom (ICD-10 F48.1).

Die Leitlinie wendet sich vor allem an Ärzte und Psychologen, die mit der Behandlung seelischer Erkrankungen betraut sind. Die Leitlinie soll aber auch Hausärzten, Neurologen, Hals-Nasen-Ohren- und Augenärzten als Information dienen, weil diese Disziplinen häufig primär von den Betroffenen aufgesucht werden. Denn häufig vermuten Patienten mit einem Depersonalisations-Derealisationssyndrom anfänglich oft eine organische Ursache für ihre Beschwerden. Zum Beispiel nehmen Betroffene an, etwas stimme mit ihren Augen nicht, weil sie den Eindruck haben alles wie zweidimensional oder „wie im Film“ zu sehen; oder aber sie befürchten, an einem Hirntumor erkrankt zu sein oder unter einer Störung des Hormonhaushalts zu leiden.

Psychiater, Psychosomatiker und klinische Psychologen sollen mit dieser Leitlinie Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie des Depersonalisations-Derealisationssyndroms erhalten.

Die Leitlinie hat folgende spezifische Ziele:

- a) Empfehlungen zum diagnostischen und differentialdiagnostischen Vorgehen
- b) Empfehlungen zur psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlung
- c) Empfehlungen für die Umsetzung der Leitlinie im klinischen Alltag

2. Methodik

Verwendete Quellen

Für die Literaturrecherche wurden folgende Quellen verwendet: US National Library of Medicine 1936 bis Dezember 2013, Psychlit/Psyndex und Google Books. Als Suchbegriffe dienten „depersonalization disorder“, „depersonalisation disorder“, „Depersonalisation“, „Derealisation“ und „Depersonalisations-Derealisationssyndrom“. Verwendet wurden Monographien und Übersichtsarbeiten, deren zentrales Thema das Depersonalisations-Derealisationssyndrom bzw. die „Depersonalization Disorder“ ist. Originalarbeiten und andere Quellen wurden berücksichtigt, wenn sie einen Beitrag zur diagnostischen Klassifikation, Ätiologie oder Behandlung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms darstellten.

Zusammensetzung der Leitliniengruppe

Matthias Michal für das DKPM und die DGPM, Annegret Eckhardt-Henn für die DPV, Christian Stiglmayr für die DGPs, Thomas Heidenreich für die DGVT, Ludger Tebartz van Elst und Christian Schmahl für die DGPPN

Ablauf des Konsensverfahrens

Die Erarbeitung der Leitlinienempfehlungen erfolgte von September 2013 bis März 2014 im Rahmen mehrerer Konsensuskonferenzen. Im Rahmen dreier Konsensuskonferenzen wurden Quelltext und Leitlinienempfehlungen gemeinsam diskutiert, ergänzt und mehrmals überarbeitet. Von April 2014 bis September 2014 erfolgte dann die abschließende Konsensfindung im Rahmen eines Delphiverfahrens. Hierzu wurden die „Leitlinienempfehlungen für die klinische Praxis“ von jedem Mitglied der Leitliniengruppe noch einmal bewertet und kommentiert. Änderungsempfehlungen wurden allen Mitgliedern der Leitliniengruppe zur Verfügung gestellt. Auf Grundlage dieser Empfehlungen und der Kommentare der Mitglieder der Leitliniengruppe wurden alternative Formulierungen für die strittigen

Leitlinienempfehlungen entwickelt, die wiederum von allen Mitgliedern der Leitliniengruppe bewertet wurden. Jede der einzelnen Leitlinienempfehlungen wurde so lange überarbeitet, bis jedes Mitglied der Leitliniengruppe dieser Empfehlung zustimmte. Insgesamt waren drei Runden erforderlich, bis alle Leitlinienempfehlungen mit Einstimmigkeit verabschiedet werden konnten.

Da in Deutschland keine Selbsthilfegruppe für Patienten mit der Diagnose eines Depersonalisations-Derealisationssyndroms ausfindig gemacht werden konnte, konnten keine Patientenvertreter hinzugezogen werden.

3. Definition und Klassifikation

Unsere Darstellung des Krankheitsbildes des Depersonalisations-Derealisationssyndroms bzw. der Depersonalisations-Derealisationsstörung folgt weitgehend der fünften Auflage des von der American Psychiatric Association (APA) herausgegebenen Klassifikationssystems Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) ([1] deutsche Übersetzung Matthias Michal und Anna Sophie Herrmann). Die Definitionen des Depersonalisations-Derealisationssyndroms in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10: F48.1 [2]) und der Depersonalisations-Derealisationsstörung nach DSM-5 (300.6) sind ähnlich.

Nachfolgend wird die Depersonalisations-Derealisationsstörung bzw. das Depersonalisations-Derealisationssyndrom mit DDS abgekürzt.

3.1. Diagnostische Kriterien des Depersonalisations-Derealisationssyndroms

Depersonalisations-Derealisationssyndrom (-störung) im ICD-10: F48.1

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

Depersonalisations-Derealisationsstörung im DSM-5 (300.6)

- A. Andauernde oder wiederkehrende Erfahrungen von Depersonalisation, Derealisation oder beidem:
1. Depersonalisation: Erfahrungen von Unwirklichkeit, Entferntsein, oder das Gefühl, ein außenstehender Beobachter gegenüber den eigenen Gedanken, Gefühlen, Empfindungen, Körper oder Handlungen zu sein (z.B., Wahrnehmungsveränderungen, gestörtes Zeitempfinden, Empfindung des Selbst als unwirklich oder abwesend, emotionale und/oder körperliche Taubheit).
 2. Derealisation: Erfahrungen von Unwirklichkeit und Entferntsein in Bezug auf die Umgebung (z.B. werden Personen oder Dinge als unwirklich, traumartig, wie hinter einem Nebelschleier, leblos oder verzerrt empfunden).
- B. Während der Depersonalisation oder Derealisation bleibt die Realitätsprüfung intakt.
- C. Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Die Störung ist nicht auf physiologische Effekte einer Substanz (z.B. Droge, Medikation) oder einen anderen medizinischen Krankheitsfaktor (z.B. epileptische Anfälle) zurückzuführen.
- E. Die Störung wird durch keine andere seelische Erkrankung besser erklärt, wie z.B. eine Schizophrenie, Panikstörung, Depression, akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörung oder eine andere dissoziative Störung.

3.2. Diagnostische Merkmale

Gemäß DSM-5 sind folgende diagnostische Merkmale zu berücksichtigen ([1], S. 302-303): „Die wichtigsten Merkmale der Depersonalisations-Derealisationsstörung sind anhaltende oder wiederkehrende Episoden von Depersonalisation, Derealisation oder

beidem. Episoden von Depersonalisation sind durch ein Gefühl der Unwirklichkeit oder des Entferntseins von bzw. der Fremdheit gegenüber dem eigenen Selbst oder Aspekten des Selbst gekennzeichnet (Kriterium A1). Das Individuum kann sich von seinem ganzen Sein entfernt fühlen (z.B. »Ich bin nicht da oder ich bin niemand«, »Ich habe kein Selbst«). Der Betroffene kann sich auch von einzelnen Aspekten seiner Gefühle entfernt fühlen (z.B. Hypoemotionalität: »Ich weiß, dass ich Gefühle habe, aber ich fühle sie nicht«), Gedanken (z.B. »Meine Gedanken fühlen sich nicht wie meine eigenen an«, »mein Kopf ist wie mit Watte gefüllt«), seinem Körper oder Körperteilen, oder seinen Körperempfindungen (z.B. Berührungen, Propriozeption, Hunger, Durst und Libido). Das Gefühl für die eigenen Handlungen kann verringert sein (z.B. sich roboterhaft oder wie ein Automat zu fühlen oder das Gefühl, die eigene Rede und die eigenen Bewegungen nicht selbst zu steuern). Die Depersonalisation kann manchmal als eine Spaltung in ein beobachtendes und ein teilnehmendes Selbst erfahren werden, im Extrem als eine Form der »außerkörperlichen Erfahrung« (»out-of-body experience«). Im Begriff der Depersonalisation sind mehrere Symptombereiche zusammengefasst: Ungewöhnliche Körperwahrnehmungen (d.h. Unwirklichkeit des Selbst und Wahrnehmungsveränderungen); emotionale oder körperliche Taubheit; verzerrtes Zeiterleben und Veränderungen der Erinnerungsfähigkeit.“

Zum Kriterium A2 wird im DSM-5 weiter ausgeführt [1]: „Episoden von Derealisation sind durch ein Gefühl der Unwirklichkeit oder des Entferntseins von bzw. der Fremdheit gegenüber der eigenen Umwelt – Personen, Objekte, oder die gesamte Umgebung – gekennzeichnet. Betroffene fühlen sich häufig so, als ob sie von einem Nebel umgeben wären, sich in einem Traum oder einer Blase befänden, oder als ob sich zwischen ihnen und ihrer Umwelt ein Vorhang oder eine Glaswand befände. Die eigene Umgebung kann als künstlich, farblos oder leblos wahrgenommen werden. Derealisation wird häufig von subjektiven visuellen Verzerrungen wie Verschwommensehen, einer verstärkten Sehschärfe, eines geweiteten oder verengten Gesichtsfelds, Zweidimensionalität oder Flachheit, einer verstärkten Dreidimensionalität, oder einer veränderten Größe von Objekten (Makropsie oder Mikropsie) begleitet. Auch akustische Verzerrungen können auftreten, bei denen Stimmen oder Geräusche als gedämpft oder lauter wahrgenommen werden.“

Im DSM-5 wird weiter ausgeführt (S. 303): „Zudem verlangt das Kriterium C das Vorhandensein eines klinisch relevanten Leidenszustands oder einer signifikanten Beeinträchtigung im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Kriterien D und E beschreiben die Ausschlussdiagnosen“.

3.3. Diagnostische Interviews und Fragebögen

Die Anwendung von strukturierten Interviews und Fragebögen kann die Diagnostik des DDS verbessern. Für die Diagnostik und das Therapie-Monitoring existieren strukturierte klinische Interviews und validierte Fragebögen:

- Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP [3]): In diesem Manual wird die Symptomatik kurz beschrieben und es werden Ankerbeispiele für die Schweregradeinteilung gegeben.
- Depersonalization Severity Scale (DSS [4,5]): Die DSS ist ein kurzes Interview, das in der deutschen Version 7 Fragen umfasst. Die Symptome werden auf einer 4-Punkte-Skala hinsichtlich der Schwere eingestuft.
- Der Goldstandard für die Diagnostik des DDS ist das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen (SKID-D [6,7]): Dieses strukturierte Interview enthält je ein Kapitel zu Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsunsicherheit und Identitätsänderung. Es findet eine umfangreiche Exploration der komplexen Phänomenologie dieser Symptome statt und es werden Richtlinien für eine vierstufige Schweregradeinstufung gegeben. Je Kapitel sind etwa 5 bis 30 Minuten zu veranschlagen.

Die geläufigsten Fragebögen für die Messung der Depersonalisation sind die Dissociative Experiences Scale (DES) mit 28 bzw. 44 Fragen in der deutschen Übersetzung (Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen, FDS) [8-10] und die Cambridge Depersonalization Scale (CDS) [11,12].

- Die DES bzw. der FDS erfassen das gesamte Spektrum dissoziativer Symptome. Eine Subskala mit 6 Items erfasst Depersonalisation und Derealisation [8-10].

- Die CDS wurde speziell für die Erfassung der komplexen Phänomenologie der Depersonalisation entwickelt. Die CDS erfasst mittels 29 Items Dauer und Häufigkeit unterschiedlichster Symptome von Depersonalisation und Derealisation [11,12]. Für den deutschen Sprachraum liegen zwei Kurzversionen mit 9 bzw. 2 Items vor [5,12].

3.4. Häufige Begleitsymptome des Depersonalisations-Derealisationssyndroms

Gemäß DSM-5 finden sich bei der Depersonalisations-Derealisationsstörung häufig folgende Begleiterscheinungen und Symptome ([1] S. 303):

„Betroffene können Schwierigkeiten haben, ihre Symptome zu beschreiben und glauben, »verrückt« zu sein oder zu werden. Typisch ist weiterhin die Angst, die Depersonalisation gehe auf einen irreversiblen Gehirnschaden zurück. Im Zusammenhang mit der Depersonalisations-Derealisationsstörung kommt das Symptom einer subjektiv veränderten Zeitwahrnehmung (d.h. zu schnell oder zu langsam) häufig vor, ebenso wie subjektive Schwierigkeiten, sich Erinnerungen lebhaft ins Gedächtnis zu rufen und sie als persönlich und emotional zu empfinden. Unspezifische und diffuse somatische Symptome wie Kopfdruck, Kribbeln oder Benommenheit sind nicht selten. Die Depersonalisation und Derealisation kann bei Betroffenen zu einem extremen Grübeln oder einer zwanghaften Beschäftigung führen, (z.B. die ständige Beschäftigung mit der Frage, ob man tatsächlich existiert oder die Kontrolle der eigenen Wahrnehmung, um zu überprüfen ob diese real erscheint). Unterschiedlich stark ausgeprägte Ängstlichkeit und Depressivität sind ebenfalls typische Begleitsymptome.“

3.5. Differentialdiagnosen und Komorbidität

Komorbidität

Komorbidität ist bei der DDS sehr häufig [1,13-15]. In einer britischen Stichprobe von 204 Patienten mit einer DDS, die eine Spezialklinik aufgesucht hatten, wiesen 62% eine depressive Störung, 41% eine Angststörung, 16% eine Zwangsstörung, 14% eine Agoraphobie, 8% eine bipolare Störung, 7% eine Schizophrenie, 7%

Drogenabhängigkeit und 5% Alkoholabhängigkeit auf [14]. In einer Stichprobe von Erwachsenen, die an verschiedenen Studien zur DDS teilnahmen, fand sich eine hohe Lebenszeitprävalenz für unipolare Depressionen und alle Angststörungen, wobei bei einem erheblichen Anteil beide Störungen vorlagen [16]. Die Komorbidität mit der posttraumatischen Belastungsstörung war niedrig. Die drei häufigsten komorbiden Persönlichkeitsstörungen waren die ängstliche (-vermeidende), die Borderline- und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung [13].

Wichtige Differentialdiagnosen

Angesichts der hohen Komorbidität der Depersonalisations-Derealisationsstörung ist eine sorgfältige Differentialdiagnostik besonders wichtig. Auf Grundlage von DSM-5, ICD-10 und klinischer Erfahrung werden folgende Erwägungen zu relevanten Differentialdiagnosen zum Depersonalisation-Derealisationssyndrom aufgeführt [1,2,17-19]:

Autistische Stressreaktion: Die Autismus-Spektrum-Störungen gehören wie die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung und das Gilles-de-la-Tourette Syndrom zu den Entwicklungsstörungen. Sie sind durch eine Syndromtrias aus i.) Defiziten in der sozialen Wahrnehmung und Kognition (insbesondere kognitive Empathie bzw. Theory-of-Mind-Fähigkeiten oder auch Mentalisierung), ii.) Defiziten in der verbalen und non-verbalen Kommunikation und iii.) einem stark eingegrenzten Aufmerksamkeits- und Interessensfokus sowie einem starken Bedürfnis nach Routinen und erwartungsgemäßen behavioralen Abläufen (Rituale und Routinen) gekennzeichnet. Sie werden in der Erwachsenenpsychiatrie und –psychotherapie erst seit wenigen Jahren als relativ häufige Basisstörung (Prävalenz > 1%) für sich sekundär daraus entwickelnde, meist affektive Störungen erkannt [20]. Die autistische Stressreaktion ist gerade bei erwachsenen und weiblichen Patienten nicht selten durch ausgeprägte und oft schwere dissoziative Zustände mit Depersonalisation und Derealisation geprägt. Da viele Betroffene in solchen Situationen auch zu selbstverletzenden Verhaltensweisen zur Regulation dieser subjektiv als sehr aversiv erlebten Zustände neigen, kommt es in solchen Konstellationen nicht selten zur Fehldiagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung [21]. Die Erhebung einer Entwicklungsanamnese führt hier zur differentialdiagnostischen Klärung.

Hypochondrie: Bei Personen mit einem DDS finden sich häufig unspezifische somatische Beschwerden und Ängste vor einer Gehirnschädigung oder einem Gehirntumor sowie eine ständige Beschäftigung mit den Symptomen. Im Gegensatz zur Hypochondrie findet sich bei den Patienten jedoch nicht die „hartnäckige Weigerung, die medizinische Feststellung zu akzeptieren, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome ... vorliegt“ (ICD-10: F45.2). Des Weiteren steht bei Patienten mit DDS nicht die Angst vor einer schweren körperlichen Erkrankung oder dem Tod im Vordergrund, sondern die Furcht vor dem Kontrollverlust über die geistigen Funktionen („verrückt zu werden“, „auszuflippen“).

Major Depression: Das Gefühl der Gefühllosigkeit, Klagen nichts mehr zu empfinden oder wie teilnahmslos zu sein sind bei depressiven Episoden nicht selten [1]. Beim DDS finden sich jedoch noch eine Vielzahl weiterer Symptome von Depersonalisation und Derealisation. Die Diagnose eines Depersonalisation-Derealisationssyndroms ist wahrscheinlich, wenn die Symptome von Depersonalisation und Derealisation dem Beginn einer Depression eindeutig vorangehen oder nach dem Ende der depressiven Episode eindeutig weiterbestehen. Auch wenn viele Patienten mit einem DDS depressive Beschwerden aufweisen oder die diagnostischen Kriterien einer depressiven Episode oder Dysthymie erfüllen, so stellen Depersonalisation und Derealisation die Hauptklage der Patienten dar.

Zwangsstörungen: Zur Abgrenzung des DDS von einer Zwangsstörung wird im DSM-5 angeführt ([1] S. 305): „Personen mit DDS können mit ihrer subjektiven Erfahrung zwanghaft beschäftigt sein oder sie entwickeln zwanghafte Rituale, um ihre Symptome zu kontrollieren. Im Unterschied zur Zwangsstörung liegen jedoch keine zwanghaften Symptome vor, die nicht um das Thema Depersonalisation/Derealisation kreisen.“

Andere dissoziative Störungen: Im DSM-5 wird zur differentialdiagnostischen Abgrenzung von anderen dissoziativen Störungen Folgendes angeführt ([1] S. 305): „Für die Diagnose der Depersonalisation-Derealisationsstörung ist es erforderlich, dass die Symptome von Depersonalisation/Derealisation nicht im Rahmen einer dissoziativen Identitätsstörung oder »nicht näher bezeichneten dissoziativen Störung« auftreten. Die Differenzierung des DDS von einer dissoziativen Amnesie und einer

Konversionsstörung ist einfacher, weil diese Symptome sich nicht mit den Symptomen des Depersonalisations-Derealisationssyndroms überschneiden“.

Angststörungen: Im DSM-5 wird zur Abgrenzung von Angststörungen angeführt ([1] S. 305): „Depersonalisation/Derealisation zählen zu den Symptomen von Panikattacken. Daher soll die Depersonalisations-Derealisationsstörung nicht diagnostiziert werden, wenn die Symptome nur während Panikattacken im Rahmen einer Panikstörung, einer sozialen Phobie oder einer spezifischen Phobie auftreten. Nicht selten kommen Symptome von Depersonalisation/Derealisation zunächst im Kontext neu aufgetretener Panikattacken oder im Verlauf einer Panikstörung vor. In diesen Fällen kann die Diagnose der Depersonalisation-Derealisationsstörung dann gestellt werden wenn 1) den Symptomen von Depersonalisation-Derealisation von Anfang an eine herausragende Bedeutung zukommt, diese eindeutig in Dauer und Intensität über das Auftreten bei einer normalen Panikattacke hinausgehen, oder wenn 2) Symptome von Depersonalisation und Derealisation über die Remission oder die erfolgreiche Behandlung der Panikstörung hinaus fortbestehen“.

Psychotische Störungen (Störungen aus dem Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen sind nach DSM-5 durch folgende Symptome gekennzeichnet: Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Inkohärenz im Denken, katatone Symptome und Negativsymptome): „Die intakte Realitätsprüfung, insbesondere im Hinblick auf die Symptome von Depersonalisation und Derealisation, ist entscheidend für die Abgrenzung der Depersonalisation-Derealisationsstörung von psychotischen Störungen. In seltenen Fällen kann ein nihilistischer Wahn eine diagnostische Herausforderung darstellen. Zum Beispiel mag sich eine Person darüber beklagen, dass sie oder er tot ist oder die Welt nicht echt ist; dies könnte entweder eine subjektive Empfindung sein, von der die Person weiß, dass sie nicht der Realität entspricht, oder eine wahnhafte Überzeugung“ ([1] S. 305). Eine differentialdiagnostische Abgrenzung im Hinblick auf die Negativsymptomatik wird manchmal in Bezug auf die Affektivität notwendig. Im Gegensatz zur Negativsymptomatik ist beim DDS das emotionale Ausdrucksverhalten nicht stark verändert. Die Betroffenen können weinen und lachen, auch wenn sie sich selbst dabei distanziert erleben oder das Gefühl haben, keine Gefühle zu erleben. Anders bei der Negativsymptomatik: Hier ist der Gefühlsausdruck in Mimik, Gestik

und Stimmmodulation deutlich reduziert, der Antrieb merklich vermindert und das Denken verarmt.

Substanzinduzierte Störungen: Gemäß DSM-5 sind folgende Aspekte für die Abgrenzung von substanzinduzierten Störungen zu beachten ([1] S. 305-306): „Depersonalisation/Derealisation, die mit den physiologischen Auswirkungen von Substanzen während akuter Intoxikation oder eines Entzugs zusammenhängt, wird nicht als Depersonalisation-Derealisationsstörung diagnostiziert. Die häufigsten Substanzen, die Depersonalisation/Derealisation auslösen, sind die illegalen Drogen Marihuana, Halluzinogene, Ketamin, Ecstasy und Salvia Divinorum. In etwa 15% aller Fälle einer Depersonalisations-Derealisationsstörung werden die Symptome durch die Einnahme dieser Substanzen ausgelöst. Wenn die Symptome ohne Substanzgebrauch weiterbestehen, wird die Diagnose einer Depersonalisation-Derealisationsstörung gestellt. Die Differentialdiagnostik ist in der Regel leicht, weil die überwiegende Mehrheit der Betroffenen gegenüber dem Gebrauch der auslösenden Substanz hochgradig ängstlich und aversiv reagiert und den Konsum einstellt“.

Organisch bedingte psychische Störungen: Die wichtigsten organischen Ursachen für Depersonalisation und Derealisation sind strukturelle Veränderungen des Gehirns, epileptische oder paraepileptische Anfallserkrankungen, Migräne und Schlafstörungen [22]. Diese können durch eine entsprechende neurologische und schlafmedizinische Diagnostik ausgeschlossen werden. In der Regel liegt bei einem dauerhaften Zustand von Depersonalisation und Derealisation, der über Monate anhält, kein epileptisches Anfallsleiden vor. Patienten, bei denen Depersonalisation und Derealisation im Zusammenhang mit epileptischen Anfällen auftritt, erleben diese Symptome in der Regel nur für wenige Minuten und nicht kontinuierlich über Wochen und Monate [23]. Bei strukturellen Hirnschädigungen (z.B. Hirntumor) finden sich meist noch weitere neurologische Auffälligkeiten. Insbesondere bei phasisch-remittierenden Zuständen kann aber nur eine differenzierte organische Diagnostik eine mögliche epileptische oder paraepileptische Genese klären.

4. Prävalenz

Im DSM-5 werden folgende Angaben zur Prävalenz aufgeführt [1]: „Vorübergehende Symptome von Depersonalisation oder Derealisation, die Stunden bis Tage anhalten, sind in der Allgemeinbevölkerung häufig. Die 12-Monats-Prävalenz der Depersonalisations-Derealisationsstörung ist weit geringer als diejenige vorübergehend auftretender Symptome, auch wenn präzise Schätzungen nicht verfügbar sind. Im Allgemeinen kann davon ausgegangen werden, dass ungefähr die Hälfte aller Erwachsenen Symptome von Depersonalisation oder Derealisation einmal in ihrem Leben erlebt. Die diagnostischen Kriterien der Depersonalisations-Derealisationsstörung werden weitaus seltener erfüllt. Die Lebenszeitprävalenz in- und außerhalb der USA beträgt ungefähr 2% (Spanne 0,8% bis 2,8%). Die Depersonalisations-Derealisationsstörung tritt bei beiden Geschlechtern etwa gleich häufig auf.“

Die Punktprävalenz der Depersonalisationsstörung beträgt ca. 0,8% [24,25]. Eine Kohortenstudie aus den USA fand mittels eines strukturierten Interviews gemäß der DSM-IV-Klassifikation eine 1-Jahres-Prävalenz von 0,8% für die Depersonalisationsstörung und von 4,4% für die »nicht näher bezeichnete dissoziative Störung«, die auch reine Derealisation (ohne Depersonalisation) umfasst [24]. Eine Kohortenstudie aus England mit N = 3275 Teilnehmern fand eine Punktprävalenz von 0,95% für die Depersonalisationsstörung (95%-Konfidenzintervall 0,56-1,34) [25].

Mit einer Punktprävalenz um die 1% ist das DDS keine seltene Erkrankung. Es muss jedoch von einer erheblichen Unterdiagnostizierung unter Alltagsbedingungen ausgegangen werden: Die Auswertung von Krankenversicherungsdaten aus dem Jahr 2006 erbrachte eine administrative 1-Jahres-Prävalenz von 0,007% für die Diagnose des Depersonalisations-Derealisationssyndroms (ICD-10: F48.1) [26]. Es muss demzufolge angenommen werden, dass bei einer tatsächlichen 1-Jahresprävalenz von etwa 1% nur höchstens einer von 100 Betroffenen die Diagnose eines Depersonalisations-Derealisationssyndroms erhalten hat.

5. Verlauf

Im DSM-5 werden folgende Angaben zum Verlauf gemacht ([1] S. 303-304): „Die Depersonalisations-Derealisationsstörung beginnt im Mittel in einem Alter von 16 Jahren. Die Störung kann aber auch in der frühen oder mittleren Kindheit beginnen; vereinzelt können sich Betroffene nicht daran erinnern, jemals frei von diesen Symptomen gewesen zu sein. Bei weniger als 20% setzt die Störung nach dem 20. und bei nur etwa 5% nach dem 25. Lebensjahr ein. Ein Beginn in der vierten Lebensdekade oder später ist sehr ungewöhnlich. Der Beginn kann sehr plötzlich oder schleichend sein. Die Dauer der Episoden einer Depersonalisations-Derealisationsstörung kann stark variieren, zwischen kurzen Episoden, die Stunden oder Tage anhalten, bis lang anhaltenden Episoden über Wochen, Monate oder Jahre. Angesichts der Seltenheit eines Krankheitsbeginns jenseits des 40. Lebensjahres sollten solche Fälle genauer auf mögliche medizinische Ursachen untersucht werden (z.B. Gehirnläsionen, epileptisches Anfallsleiden, Schlafapnoe). Der Verlauf der Störung ist oft anhaltend. Bei ungefähr einem Drittel der Fälle treten einzelne abgegrenzte Episoden auf; bei einem weiteren Drittel bestehen die Symptome kontinuierlich von Beginn an; und bei einem letzten Drittel geht ein anfänglich episodischer Verlauf in einen kontinuierlichen über.“

Hinsichtlich der Symptomfluktuation berichtet das DSM5 folgendes ([1] S. 304): „Während die Intensität der Symptome bei manchen Betroffenen stark schwanken kann, berichten andere von einem unveränderlichen Intensitätsniveau, das in Extremfällen über Jahre oder Jahrzehnte konstant vorhanden sein kann. Auch wenn innere und äußere Faktoren, die die Intensität der Symptome beeinflussen, von Person zu Person verschieden sind, so werden dennoch einige typische Auslöser berichtet. Verschlimmerungen können durch Stress, Verschlechterung der Stimmung oder Zunahme von Ängstlichkeit, eine neue oder überreizte Umgebung und physikalische Faktoren wie Beleuchtung oder Schlafmangel ausgelöst werden.“

6. Ätiologie, prädisponierende Faktoren und assoziierte Eigenschaften

Genetische Ursachen des DDS sind nicht bekannt. Wie bei anderen seelischen Erkrankungen auch finden sich bei den Patienten nicht selten belastende Entwicklungsbedingungen. Allerdings sind im Gegensatz zu schweren dissoziativen Störungen Kindheitstraumata wie sexueller Missbrauch und schwere Gewalterfahrungen eher selten [18,19,25,27,28]. Eine Fallkontrollstudie verglich 49 DDS Patienten mit 26 gesunden Personen. Die DDS-Patienten unterschieden sich vor allem im Ausmaß des erlebten emotionalen Missbrauchs (Zurückweisung, Erniedrigung, Mangel an emotionaler Zuwendung und Vereinsamung). Körperliche Vernachlässigung, körperlicher Missbrauch, Gewalterfahrungen in der Familie und sexueller Missbrauch waren hingegen nicht häufiger als bei den Gesunden [27].

Eine Längsschnittstudie aus Großbritannien fand, dass die von den Lehrern eingeschätzte Ängstlichkeit der stärkste Prädiktor für die spätere Entwicklung eines DDS war. Die folgenden Belastungsfaktoren waren hingegen nicht damit assoziiert: Soziökonomischer Status, Tod eines Elternteils, Scheidung, Unfälle, Depression in der Kindheit und Neigung zu Tagträumen [25].

Um prädisponierende Persönlichkeitseigenschaften zu identifizieren, verglich eine Fallkontrollstudie 53 DDS-Patienten hinsichtlich verschiedener Persönlichkeitseigenschaften mit 22 Gesunden [29]. Die DDS-Patienten waren durch eine besonders ausgeprägte Tendenz zur Schadensvermeidung („harm avoidance“) [30], bestimmte maladaptive kognitive Schemata und unreife Abwehrmechanismen gekennzeichnet. Das Temperament der DDS Patienten unterschied sich von den Gesunden sehr stark in dem Faktor Schadensvermeidung. Das heißt, die DDS-Patienten wiesen ein Übermaß an Schüchternheit, geringe Toleranz für Unsicherheit, übermäßige Sorgen und Ermüdbarkeit auf [30]. Kognitive Schemata, die der Theorie von Young [31] folgend als handlungsbestimmende Grundannahmen verstanden werden [32], welche sich in der Kindheit und Jugend bilden, wurden mit dem „Schema Questionnaire“ erfasst. Diese kognitiven Schemata waren einerseits gekennzeichnet durch übermäßige Gefühle von Misstrauen, Isolation und Unzulänglichkeit („disconnection“), andererseits durch die Überzeugung besonders starker Abhängigkeit („overconnection“). Abwehrmechanismen wurden mit dem „Defense Style

Questionnaire“ erfasst [33]. Unreife Abwehrmechanismen waren bei den Patienten stärker ausgeprägt als bei den Gesunden. Die unreifen Abwehrmechanismen umfassten unter anderem „autistische Phantasien“ („I get more satisfaction from my fantasies than from my real life“), Verschiebung („Doctors never really understand what is wrong with me“), Rationalisierung („I am able to find good reasons for everything I do“), Isolierung („Often I find that I don't feel anything when the situation would seem to warrant strong emotions“), Projektion („People tend to mistreat me“), Entwertung („I'm a very inhibited person“), Verleugnung („People say I tend to ignore unpleasant facts as if they didn't exist“) und passive Aggression („No matter how much I complain, I never get a satisfactory response“).

Eine andere Fallkontrollstudie untersuchte Zusammenhänge mit sozialen Ängsten und der Schamangst in einer Stichprobe von 45 Patienten mit pathologischer Depersonalisation, davon 31 mit der Diagnose eines DDS, im Vergleich zu 55 Kontrollpatienten, die vor allem unter depressiven Störungen, Angststörungen, somatoformen Störungen und Essstörungen litten. Patienten mit pathologischer Depersonalisation gaben im Vergleich zur Kontrollgruppe eine besonders starke Angst in sozialen Interaktionen, sozial-phobische Ängste und Schamempfinden an [34].

Eine weitere Fallkontrollstudie verglich 35 Patienten mit pathologischer Depersonalisation mit 28 Kontrollpatienten hinsichtlich der Selbstwertregulation und interpersoneller Probleme. Nach Adjustierung für die allgemeine Symptomschwere waren die depersonalisierten Patienten durch ein besonders hohes Ausmaß an Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, zwischenmenschlicher Isolation, Minderwertigkeitsgefühlen und negativen Beziehungserwartungen charakterisiert. Das interaktionelle Verhalten der depersonalisierten Patienten unterschied sich von den Kontrollpatienten durch ein hohes Ausmaß an Introversion [35].

Die oben genannten Untersuchungen, die vor allem auf Querschnitterhebungen beruhen, sprechen dafür, dass möglicherweise ein ängstliches Temperament in Verbindung mit einem Mangel an emotionaler Unterstützung einen Risikofaktor für die spätere Entwicklung eines DDS darstellt. DDS Patienten unterscheiden sich von Vergleichspatienten möglicherweise vor allem durch ein höheres Ausmaß an

Selbstwertproblemen, negativen Beziehungserwartungen, sozialen Ängsten, Schamängsten und durch dysfunktionalere Abwehrmechanismen.

7. Häufige Auslöser für ein Depersonalisations-Derealisationssyndrom

Gemäß Literatur, klinischer Erfahrung und DSM-5 sind die häufigsten zeitnahen Auslöser des Depersonalisations-Derealisationssyndroms überfordernde psychosoziale Belastungen (zwischenmenschlich, finanziell, beruflich) und der Konsum illegaler Drogen [1,16,18,19]. Symptome von Depersonalisation können durch Substanzen wie Tetrahydrocannabinol (THC), Ketamin und Halluzinogene wie Methylenedioxymethamphetamine („Ecstasy“) induziert werden. Nicht selten finden sich THC-induzierte Panikattacken zu Beginn eines Depersonalisations-Derealisationssyndroms [13]. Häufig beginnt ein DDS auch mit einer depressiven Episode oder Panikattacken. Im Verlauf bleibt dann das DDS bestehen, während die Depression oder Panikattacken rückläufig sind.

8. Beeinträchtigung durch die Erkrankung

Die meisten Patienten erleben die Symptome des Depersonalisations-Derealisationssyndroms als sehr quälend. Sehr häufig sind Ängste, „verrückt“ zu werden, die Kontrolle über sich zu verlieren und etwas sehr Peinliches zu machen, sowie das quälende Gefühl, vollkommen isoliert zu sein und das eigene Leben zu verpassen [1,36]. Das scheinbar unberührte Verhalten, welches die Betroffenen sehr oft zeigen, kann für Beobachter mit dem immensen emotionalen Leid, das die Betroffenen meist auf Nachfrage berichten, schwer vereinbar erscheinen. Im beruflichen Bereich berichten Betroffene oft von Problemen damit, Informationen aufzunehmen und zu behalten [1]. Im zwischenmenschlichen Bereich leiden die Betroffenen häufig unter Ängsten in sozialen Situationen, dem Gefühl der Isolation und Einsamkeit und ihrer „Gefühllosigkeit“ [1,36,37].

9. Behandlung

9.1. Definition von Symptomveränderungen im Verlauf

Symptomveränderungen können nur im Zusammenhang mit einem definierten Zeitraum sinnvoll interpretiert werden. Beispielsweise kann eine Übung zur Achtsamkeitsmeditation unmittelbar zu einer deutlichen Symptomreduktion oder auch Symptommfreiheit führen [38], jedoch ohne dass dies sinnvoll als Ansprechen oder gar Remission interpretiert werden kann, weil die Wirkung nur für sehr kurze Zeit anhält. Um Behandlungseffekte sinnvoll zu beurteilen, ist für die Definition eines Ansprechens oder einer Remission ein Zeitraum von mindestens 2 Wochen erforderlich. Da die Phänomene Depersonalisation und Derealisation nicht per se krankheitswertig sind, muss die Symptomatik auch eine bestimmte Schwere aufweisen, um als krankhaft betrachtet zu werden. Phänomene von Depersonalisation und Derealisation, die nur selten in geringer oder mäßiger Intensität auftreten, können als normal beziehungsweise leicht und nicht krankhaft gewertet werden. Für die Erfassung der Schwere der Symptomatik sind validierte Fragebögen oder strukturierte Interviews hilfreich (siehe „Abschnitt 3.3. Diagnostische Interviews und Fragebögen“). Die Beurteilung von Symptomveränderungen setzt voraus, dass die Symptomatik zu Behandlungsbeginn und im Verlauf mit geeigneten Instrumenten erfasst wird. Zur Klassifikation von Symptomveränderungen im Verlauf bzw. als Folge von Interventionen werden in Anlehnung an die Definitionen der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression folgende Definitionen für sinnvoll erachtet:

- Leichte Symptomreduktion bzw. partielles Ansprechen („Response“) = Symptomreduktion um 30% des Ausgangswertes
- Deutliche Symptomreduktion bzw. Ansprechen („Response“) = Symptomreduktion um 50% des Ausgangswertes
- Remission = Weitgehende Symptommfreiheit
- Vollständige Genesung = Weitgehende Symptommfreiheit für mindestens 6 Monate

9.2. Psychopharmakotherapie

Es gibt bisher kein Medikament, das zur Behandlung des Depersonalisations-
Derealisationssyndroms zugelassen ist. Nachfolgend werden die bisher durchgeführten
Studien zur medikamentösen Behandlung beschrieben.

9.2.1. Fluoxetin

Die Wirksamkeit von Fluoxetin gegen Placebo wurde in einer randomisiert-
kontrollierten Studie untersucht. Die Stichprobe umfasste 50 Patienten mit der Diagnose
einer DDS. Die Patienten wiesen eine hohe Komorbidität mit depressiven Störungen
(44%), Angsterkrankungen (48%) und Persönlichkeitsstörungen (54%) auf. Die
Behandlungsdauer betrug 10 Wochen. Fluoxetin wurde in einer mittleren Dosis von
48mg/d (10-60 mg/d) eingenommen. In beiden Gruppen kam es im Verlauf von 10
Wochen zu keinem klinisch relevanten Rückgang der Schwere der Depersonalisation
gemäß Fragebogen und klinischem Interview. Auch in den sekundären Endpunkten wie
Schwere der Angst und Depression ergab sich keine bedeutsame Veränderung im
Verlauf. Zwischen der Fluoxetin- und der Placebo-Gruppe fanden sich ebenfalls keine
Unterschiede. Trotz hoher Komorbidität mit depressiven Störungen und
Angsterkrankungen erwies sich Fluoxetin als nicht wirksam in der Behandlung der
Depersonalisations-Derealisationsstörung, weder im primären Endpunkt
Depersonalisation noch in den sekundären Endpunkten Angst und Depression [39].

9.2.2. Lamotrigin

Die Wirksamkeit von Lamotrigin versus Placebo wurde in einer randomisierten,
kontrollierten Studie untersucht [40]. In beiden Armen wurden je 40 männliche
Patienten mit der Diagnose einer Depersonalisations-Derealisationsstörung ohne weitere
psychische Komorbidität untersucht. Die Behandlungsdauer betrug 12 Wochen.
Lamotrigin wurde schrittweise aufdosiert, so dass ab der 8. Woche die Zieldosis von
300mg/d Lamotrigin erreicht wurde. Erlaubt war die gleichzeitige Behandlung mit dem
Benzodiazepin Clonazepam (bis 4mg/d) und mit Hydroxyzin, nicht jedoch mit
Antidepressiva oder anderen Antiepileptika. Wie viele Patienten während der Studie mit

Clonazepam oder Hydroxyzin behandelt wurden, berichteten die Autoren nicht. Der primäre Endpunkt war die Response, definiert als 50% Reduktion der Schwere der Depersonalisation in der Cambridge Depersonalization Scale [11,12]. Lamotrigin führte bei 26 von 36 Patienten zu einer Response im Vergleich zu 6 von 32 in der Placebo-Gruppe ($p < 0.001$). Die Schwere der Depersonalisation gemessen mit der CDS nahm von im Mittel 183,0 (Standardabweichung 10,0) auf 85 (12,0) in der Lamotrigin-Gruppe, und von 181,0 (10,0) auf 165,0 (14,0) im Placebo-Arm ab. Diese Studie legt mit einer Response Rate von 72% und einem Cohen's $d > 8$ eine sehr hohe Wirksamkeit von Lamotrigin nahe. Die Studie hat jedoch erhebliche Einschränkungen, die ihre Glaubwürdigkeit stark beeinträchtigen. Erstens sind wesentliche Consort-Kriterien nicht erfüllt: Es fehlen das Flow-Chart, eine Registrierung der Studie und eine nachvollziehbare Schilderung der Intervention (z.B. hinsichtlich der Begleitmedikation). Zweitens ist die Beschreibung der Stichprobe nur sehr schwer nachvollziehbar. Die berichtete Standardabweichung von 10 bei einem mittleren CDS Wert von 180 ist sehr ungewöhnlich; in bisherigen klinischen Stichproben betragen die Standardabweichungen in der Regel 25% bis 50% des Mittelwerts [39,41-43]. Drittens unterschieden sich die Patienten dieser Stichprobe deutlich von denjenigen in anderen Studien zum DDS: Sehr untypisch erscheint, dass die Patienten dieser Studie frei von weiteren psychischen Erkrankungen waren und anscheinend auch keine weiteren psychischen Beschwerden wie Depressivität oder Ängstlichkeit aufwiesen [1,39].

Lamotrigin wurde noch in zwei weiteren Pilotstudien untersucht. Eine retrospektive Erhebung von 32 Patienten, die Lamotrigin zur Augmentation einer antidepressiven Medikation mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmer erhielten, ergab, dass 18 von 32 (56%) eine merkliche Reduktion der Schwere der Depersonalisation erreichten, nämlich um 30% gemessen mit der Cambridge Depersonalization Scale [43].

Eine weitere Studie, Placebo-kontrolliert mit cross-over Design, fand keinen Unterschied zwischen Placebo und Lamotrigin nach einer Behandlungsdauer von 12 Wochen und einer Höchstdosis von 250mg/d über Woche 6 bis 12. Der CDS-Score betrug zu Beginn im Mittel 128,4 bei einer Standardabweichung von 28,1 und veränderte sich nach 12 Wochen Behandlung in beiden Behandlungsarmen nicht signifikant (Lamotrigin: CDS $126 \pm 20,2$; Placebo: CDS $121 \pm 21,8$ [44]).

9.2.3. Opiatantagonisten

Uneinheitliche Ergebnisse liegen zu Studien mit Opiatantagonisten vor: In einer kleinen offenen Pilotstudie (N = 14) zur intravenösen Behandlung mit Naloxon berichteten Nuller et al., dass 3 von 14 Patienten eine komplette Remission erreichten [45]. Eine weitere offene Pilotstudie mit Naltrexon in einer mittleren Dosis von 120mg/d über 6 bis 10 Wochen fand bei einer mittleren Dosis von 120mg/d (100-250mg/d) einen mittleren Rückgang der Depersonalisation in der CDS um 24% (CDS zu Beginn: 86,3 (44,1); Ende: 65,2 (43,2)). Nur bei 3 von 14 Patienten fand sich eine starke Symptomreduktion von 70%.

9.2.4. Benzodiazepine

Es gibt zwei Einzelfallberichte zur Wirkung von Clonazepam bei der DDS [46]. Diese zwei Einzelfallberichte beschreiben eine kurzfristige Besserung. Gemäß klinischer Erfahrung können bei manchen DDS-Patienten, vor allem bei solchen mit ausgeprägter Angst, Benzodiazepine für kurze Zeit die Beschwerden lindern, jedoch nicht nachhaltig.

9.3. Andere somatische Therapieverfahren

9.3.1. Elektrokrampftherapie (EKT)

Es gibt bisher keine randomisierte kontrollierte Studie zur Elektrokrampftherapie oder Elektrokonvulsionstherapie des DDS.

Eine Einzelfalldarstellung aus dem Jahr 1994 berichtet von einem 24-jährigen Soldaten mit den Diagnosen Depersonalisationsstörung, Depression und kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, paranoiden und schizoiden Zügen, der insgesamt 12 Sitzungen EKT mit der Zielsetzung einer Besserung der chronischen Depression erhielt. Nach der 12. Sitzung wurde der Behandlungsversuch wegen des Auftretens von Nebenwirkungen (Gedächtnisstörungen) beendet. Die Autoren berichten, dass im Verlauf der Behandlung die Depersonalisationssymptomatik einmal für 5 Minuten verschwunden sei und sich für 36 Stunden deutlich gebessert habe. Letztendlich blieb die Depersonalisation jedoch durch die EKT unbeeinflusst, auch wenn sich die Depression deutlich und nachhaltig besserte [47].

Eine ältere Fallsammlung berichtet von der Wirkung der EKT bei depressiven Patienten in Abhängigkeit von gleichzeitig vorhandener Depersonalisation. Die Autoren schlussfolgern, dass die EKT bei Patienten mit einer „endogenen Depression“ wirksam war, nicht jedoch, wenn die Depersonalisation eher durch „hysterische“ oder „andere“ Faktoren verursacht wurde [48].

Auf Basis von Fallsammlungen und Expertenmeinung wird von der Anwendung der EKT zur Behandlung des DDS (Zielsymptome Depersonalisation und Derealisation) abgeraten [16].

9.3.2. Transkranielle Magnetstimulationstherapie (TMS)

Es gibt bisher keine randomisiert kontrollierte Studie zur Behandlung des DDS mit TMS.

Eine offene Studie zur Behandlung des DDS mit TMS untersuchte bei 12 DDS Patienten die Wirkung von inhibitorischer TMS über dem rechten temporoparietalen Übergang. Von 12 Patienten zeigten im Verlauf von 6 Wochen 6 Patienten einen Rückgang der DDS Symptomatik um mindestens 50% [49]. Über die Dauer des Effekts ist nichts bekannt. Eine weitere Pilotstudie untersuchte die Wirkung einer Sitzung TMS über dem rechten ventrolateralen präfrontalen Kortex oder temporoparietalen Übergangs auf die Depersonalisation bei 17 DDS Patienten im Vergleich zu 20 Gesunden. Die Autoren berichten von einer unmittelbaren Reduktion der Intensität der Depersonalisation bei den Patienten um ca. 30% [50]. Über die Dauer des Effekts ist nichts bekannt.

9.4. Psychotherapie

Es gibt bisher keine randomisiert kontrollierte Studie zur Psychotherapie des Depersonalisations-Derealisationssyndroms.

Fallberichte, meist psychodynamischer Provenienz [18,51-56] und eine neuere offene kognitiv-behaviorale Studie [57] berichten jedoch über eine Effektivität von Psychotherapie beim DDS. Wichtige Themen für eine psychotherapeutische Herangehensweise sind die Bearbeitung der katastrophisierenden Bewertung der

Symptomatik, des Vermeidungsverhaltens, der dysfunktionalen Selbstbeobachtung, der Wahrnehmung und des Ausdrucks von Gefühlen und maladaptiver Selbst- und Objektvorstellungen [18,37,53,55,58-61]. In Abhängigkeit von der Chronifizierung, dem Schweregrad und der Komorbidität ist in der Regel mit einer längerfristigen Behandlungsdauer zu rechnen (Langzeitpsychotherapie > 50 Sitzungen).

Die therapeutische Beziehung ist die Grundlage einer erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlung. Für eine gelingende therapeutische Beziehung ist es von vorrangiger Bedeutung, dass sich der Patient von Beginn an verstanden und sicher in der therapeutischen Beziehung fühlt und dass er sich ausreichend mitteilen kann. Hierzu ist es wichtig, dass der Psychotherapeut auf die Beschwerden des Patienten eingeht.

Für die Behandlungsplanung ist es wichtig, gemeinsam mit dem Patienten ein psychotherapeutisches Krankheitsmodell zu erarbeiten, das die Entstehung und Aufrechterhaltung der Hauptbeschwerden des Patienten erklärt. Für die psychotherapeutische Behandlung haben sich folgende Strategien als hilfreich erwiesen [17,18,55,59,62-64]:

9.4.1. Detaillierte Exploration der Krankengeschichte und der Symptome

Eine detaillierte Exploration der Beschwerden erleichtert den Zugang zum Patienten. Wichtig ist es hierbei, den Patienten zu ermuntern, möglichst detailliert und konkret seine Symptome und deren Verlauf zu schildern. Die Exploration von Schwankungen der Symptomatik kann Hinweise auf zugrundeliegende Probleme (Ängste, Vermeidungsverhalten, unspezifische Auslöser) liefern. Wichtig ist es außerdem, die Folgen der Symptomatik zu erfassen: Wie geht der Betroffene damit um, was bedeutet und wie belastet die Symptomatik ihn und wie wirkt sich dies auf seinen Alltag aus?

Da Patienten mit DDS dazu neigen können, alle Beschwerden auf das DDS zu attribuieren [65], kann eine Differenzierung der Symptome gemeinsam mit dem Patienten hilfreich sein. Außerdem muss das persönliche Krankheitsmodell des Patienten erfragt werden. Die Exploration der Behandlungserfahrungen sollte ebenfalls Bestandteil der Eingangsdiagnostik sein, weil negative Vorerfahrungen die aktuelle Behandlung belasten können.

Beispielfragen

- Was erleben Sie konkret, wie ist Ihre Wahrnehmung verändert, z.B. jetzt wo Sie hier sind?
- Gibt es symptomverstärkende oder -abschwächende Situationen?
- Wie wirkt sich die Symptomatik auf Ihr Leben aus, im beruflichen Bereich, in Ihrer Freizeit, in Ihren Beziehungen?
- Wie erklären Sie sich Ihre Beschwerden?
- Was ist für Sie persönlich das Schlimmste an der Symptomatik?
- An wen haben Sie sich bisher gewandt, um Hilfe zu erhalten?
- Wie waren Ihre bisherigen Behandlungserfahrungen?
- Mit wem haben Sie bisher über Ihre Beschwerden gesprochen?

9.4.2. Führen eines Symptomtagebuchs

Viele DDS-Patienten nehmen, ähnlich wie Patienten mit somatoformen Störungen, keine Symptomschwankungen wahr und können sich keine psychischen Ursachen ihrer Beschwerden vorstellen. Über das Führen eines Symptomtagebuchs und die vertiefende Exploration der symptomverstärkenden Situationen können die zugrundeliegenden Ängste und dysfunktionalen Vorstellungen und Verhaltensweisen des Patienten identifiziert werden.

9.4.3. Lebensstil

Depersonalisation und Derealisation können durch unspezifische Ursachen wie z.B. Schlafmangel, exzessives Computerspielen und Substanzmissbrauch verschlimmert werden. Deshalb ist die Exploration des Lebensstils (Schlafhygiene, Substanzgebrauch, ausreichende Trinkmenge, Freizeitverhalten und Medienkonsum) erforderlich. Falls der Betroffene in diesen Bereichen bedeutsame Probleme aufweist, stellt der Aufbau einer gesunden Lebensführung einen wichtigen Teil der Behandlungsplanung dar.

9.4.4. Psychoedukation

Zu Beginn der Behandlung soll der Patient über das DDS ausreichend informiert werden (Symptomatik der Störung, Ursachen der Erkrankung, Krankheitsverlauf und Behandlungsrationale). Außerdem sollen katastrophisierende Krankheitsannahmen, wie z.B. „verrückt“ zu werden, „nie wieder gesund“ zu werden oder an einem „unveränderbaren Hirnschaden“ zu leiden, problematisiert und korrigiert werden. Förderlich ist außerdem die Hilfe zu Selbsthilfe. Diese kann Anleitung in Lebensstilmaßnahmen, die Einführung eines beruhigenden inneren Dialogs oder die Empfehlung von Selbsthilfeleratur umfassen.

Anders als bei Patienten mit anfallartigen dissoziativen Zuständen sind bei der Behandlung von Patienten mit einem DDS Selbsthilfemaßnahmen zur sensorischen Stimulation (Riechsalz, Gummiband, Eiswürfel etc.) häufig nicht hilfreich.

Die Anleitung in regelmäßiger Achtsamkeitsmeditation kann gemäß klinischer Erfahrung hilfreich sein. Das Training in Achtsamkeitsmeditation kann die Fähigkeit zur Fokussierung der Aufmerksamkeit und der Körper- und Emotionswahrnehmung verbessern [38,66].

Sowohl in psychodynamischen als auch in verhaltenstherapeutischen Störungsmodellen spielt die dysfunktionale Selbstaufmerksamkeit bzw. Selbstbeobachtung eine bedeutsame Rolle für die Aufrechterhaltung der Störung. Verhaltenstherapeutische Modelle sehen die Selbstbeobachtung als Folge einer katastrophisierenden Bewertung der Depersonalisationssymptomatik. Die ängstliche Selbstbeobachtung führe dann wiederum zu einer Zunahme der Depersonalisation [57,63,67]. Psychodynamische Modelle hingegen sehen die Selbstbeobachtung als Versuch an, emotionales Erleben zu vermeiden [60] („beobachten statt erleben“ [58]). Im Rahmen der Vermittlung eines psychotherapeutischen Störungsmodells sollte auf die Bedeutung der dysfunktionalen Selbstaufmerksamkeit bzw. Selbstbeobachtung eingegangen werden.

10. Leitlinienempfehlungen für die klinische Praxis

Erläuterung zum Empfehlungsgrad: Wurde innerhalb der Leitlinien- bzw. Autorengruppe eine einstimmige Übereinkunft über eine Empfehlung für die klinische Praxis erzielt, so erhielt die Empfehlung die Empfehlungsstärke Klinischer Konsensuspunkt (KKP) bzw. Good Clinical Practice (GCP).

Empfehlungen	Empfehlungs- grad
10.1. Empfehlung zur Basisdiagnostik und Primärversorgung	
10.1.1. Bei der Erhebung des psychischen Befunds sollen Symptome von Depersonalisation und Derealisation aktiv erfragt werden.	KKP
10.1.2. In der Dokumentation des psychischen Befunds oder der Beschwerdeschilderung sollen Symptome von Depersonalisation und Derealisation in den Worten des Patienten beschrieben werden.	KKP
10.1.3. Die zeitliche Erstreckung der Symptome und deren mögliche Auslöser sollen dokumentiert werden (z.B. anfallsweise, dauerhaft, Stunden, Monate oder Jahre).	KKP
10.1.4. Wenn das klinische Beschwerdebild des Patienten stark von Depersonalisation und Derealisation geprägt wird, soll die Diagnose eines Depersonalisations-Derealisationssyndroms in Erwägung gezogen werden.	KKP
10.1.5. Der betroffene Patient sollte in die differentialdiagnostischen Erwägungen einbezogen werden (im Sinne der Prinzipien der partizipativen Entscheidungsfindung). Hierzu sollten dem Patienten die diagnostischen Kriterien aller infrage kommenden Erkrankungen in einer für den Patienten verständlichen Weise erläutert werden. Für die Diagnosefindung sollte berücksichtigt werden, in welchen diagnostischen	KKP

<p>Kriterien sich der Patient wiederfindet. Der Patient sollte über die Konsequenzen der unterschiedlichen Diagnosen aufgeklärt werden.</p>	
<p>10.1.6. Patienten sollten über Depersonalisation/Derealisation in einer entkatastrophisierenden Weise aufgeklärt werden. Ängste „verrückt zu werden“ sollten beruhigt werden. Dem Patienten sollte mitgeteilt werden, dass es sich bei Depersonalisation und Derealisation um keine psychosetypischen Symptome handelt und dass diese Symptome keine Psychose (Schizophrenie, schizo-affektive Psychose oder wahnhaftige Störung) ankündigen oder voraussagen.</p>	<p>KKP</p>
<p>10.1.7. Patienten, die, trotz angemessener somatischer Ausschlussdiagnostik (siehe Empfehlung 10.2.), eine organische Hirnschädigung als Ursache der Symptome des Depersonalisations-Derealisationssyndroms befürchten, sollten darüber aufgeklärt werden, dass ein Depersonalisations-Derealisationssyndrom nicht durch eine dauerhafte Hirnschädigung verursacht wird.</p>	<p>KKP</p>
<p>10.1.8. Patienten sollen darüber aufgeklärt werden, dass ein Depersonalisations-Derealisationssyndrom eine behandelbare Erkrankung ist.</p>	<p>KKP</p>
<p>10.1.9. Hinsichtlich des Verlaufs des Depersonalisations-Derealisationssyndroms sollten Patienten die folgenden Informationen erhalten: Der Verlauf der Störung ist oft anhaltend. Bei ungefähr einem Drittel der Fälle treten einzelne abgegrenzte Episoden auf; bei einem weiteren Drittel bestehen die Symptome kontinuierlich von Beginn an; und bei einem letztem Drittel geht ein anfänglich episodischer Verlauf in einen kontinuierlichen über. Auch wenn die Störung oft langanhaltend verläuft, so kann ein Teil der betroffenen Patienten auch ohne Behandlung symptomfrei werden</p>	<p>KKP</p>
<p>10.1.10. Patienten soll mitgeteilt werden, dass die Therapie der Wahl bei diesem Krankheitsbild Psychotherapie ist.</p>	<p>KKP</p>

10.2. Empfehlung zur somatischen Ausschlussdiagnostik	
<p>10.2.1.</p> <p>Bei klinischen Hinweisen auf mögliche organische Pathomechanismen sollte eine organische Basisdiagnostik veranlasst werden. Insbesondere phasisch remittierende Syndrome ohne erkennbare zeitliche Bindung an psychosoziale Stressoren sollten differentialdiagnostisch an epileptische oder paraepileptische Mechanismen denken lassen. Weitere Hinweise auf mögliche organische Ursachen können sein: anamnestische Hinweise auf Geburtskomplikationen, anamnestische Hinweise auf stattgehabte entzündliche Hirnerkrankungen (Meningitiden, Encephalitiden, entzündliche Systemerkrankungen wie Rheumatisches Fieber, Hashimoto-Thyreoiditis, systemischer Lupus erythematodes, Kollagenosen, Vaskulitiden etc.), anamnestische Hinweise auf stattgehabte Schädel-Hirn-Traumata, familienanamnestische Hinweise auf Epilepsien, fokale neurologische Symptome oder neurologische Soft-Signs (wie z.B. diskrete Koordinationsprobleme, diskrete ataktische Symptome, diskrete Probleme bei der Reizdiskriminierung).</p> <p>Eine somatische Ausschlussdiagnostik sollte eine körperliche Untersuchung einschließlich des neurologischen Status, eine Laboruntersuchung (Blutbild, Transaminasen, C-reaktives Protein, Kreatinin, Natrium, Kalium, TSH basal, Glucose), ein Elektroenzephalogramm und eine kraniale Magnetresonanztomographie umfassen. Die somatische Ausschlussdiagnostik sollte erwogen werden, wenn es Hinweise auf eine zugrundeliegende organische Erkrankung gibt oder wenn die Symptome länger als 6 Monate anhalten.</p>	KKP
<p>10.2.2.</p> <p>Bei Patienten mit chronischen Schlafstörungen und / oder ausgeprägter Tagesmüdigkeit, die sich nicht durch das Verhalten des Patienten oder eine Depression erklären lassen, sollte eine schlafmedizinische Untersuchung erwogen werden.</p>	KKP

10.3. Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung und somatischen Verfahren	
10.3.1. Es gibt bisher keine Medikamente, die zur Behandlung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms zugelassen sind. Da es sich bei der medikamentösen Behandlung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms um Therapieversuche außerhalb der offiziellen Zulassung handelt, sollen die Patienten besonders gründlich aufgeklärt werden. Zielsymptome und Kriterien für den Behandlungserfolg sind vor Beginn des Therapieversuchs zu definieren. Die Wirkung der Medikamente sollte in einem angemessenen Zeitabstand überprüft werden. Bei ausbleibendem Erfolg sollte der Behandlungsversuch abgebrochen werden. Medikamentöse Behandlungsversuche sollten im Rahmen eines psychotherapeutischen Behandlungsplans erfolgen.	KKP
10.3.2. Antipsychotika sind nicht zur Behandlung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms zugelassen. Antipsychotika verschlechtern häufig das Befinden der betroffenen Patienten. Antipsychotika sollten deshalb nur in begründeten Ausnahmefällen zur Behandlung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms (Zielsymptome Depersonalisation und Derealisation) verordnet werden.	KKP
10.3.3. Antidepressiva sind nicht zur Behandlung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms zugelassen. Antidepressiva führen in der Regel nicht zu einer Reduktion der DDS-Symptomatik. Eine komorbide Depression oder Angststörung kann günstig beeinflusst werden.	KKP
10.3.4. Benzodiazepine können in Einzelfällen kurzfristig die Beschwerden der Betroffenen lindern. Dennoch sollen Benzodiazepine Patienten mit einem Depersonalisations-Derealisationssyndrom aufgrund der gravierenden Nebenwirkungen (Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung, etc.) nicht	KKP

<p>angeboten werden. In Ausnahmefällen (schwere kardiale Grunderkrankung, Suizidalität) können Benzodiazepine unter sorgfältiger Risiko-Nutzen-Abwägung zeitlich befristet eingesetzt werden. Die Verordnung sollte im Rahmen eines psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplans erfolgen.</p>	
<p>10.3.5. In Einzelfällen kann ein Behandlungsversuch mit dem Opiatantagonisten Naltrexon (50-200 mg/d) gerechtfertigt sein. Spätestens nach 4 Wochen sollte der Therapieerfolg überprüft werden.</p>	KKP
<p>10.3.6. In Einzelfällen kann ein Behandlungsversuch mit Lamotrigin (bis 400mg/d) als alleinige Substanz oder als Augmentation zusätzlich zu einem Antidepressivum gerechtfertigt sein. Spätestens 4 Wochen nach Erreichen der Zieldosis sollte der Therapieerfolg überprüft werden.</p>	KKP
<p>10.3.7. Das Depersonalisations-Derealisationssyndrom stellt keine Indikation für eine Elektrokrampftherapie dar. Zur Behandlung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms soll eine Elektrokrampftherapie nicht durchgeführt werden.</p>	KKP

<p>10.4. Empfehlungen zur Psychotherapie (in Ergänzung zu den Empfehlungen zur Primärversorgung)</p>	
<p>10.4.1. Zu Beginn einer Psychotherapie ist es wichtig, gemeinsam mit dem Patienten ein psychotherapeutisches Krankheitsmodell zu erarbeiten, das die Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik des Depersonalisations-Derealisationssyndroms erklärt. Die Erarbeitung eines biopsychosozialen Krankheitsmodelles kann bei manchen Patienten mit einem Depersonalisations-Derealisationssyndrom längere Zeit in Anspruch nehmen, weil Patienten manchmal einer psychosozialen Verursachung skeptisch gegenüber stehen oder sie sich keine</p>	KKP

<p>psychosozialen Probleme vorstellen können, die eine solch tiefgreifende Veränderung ihres Selbsterlebens bewirken können sollten. In solchen Fällen kann das psychotherapeutische Krankheitsmodell erst im Rahmen einer Therapie gemeinsam erarbeitet werden.</p>	
<p>10.4.2. Zu Beginn der Psychotherapie sollen mit dem Patienten Therapieziele festgelegt werden. Außerdem soll dem Patienten erklärt werden, wie die Therapieziele erreicht werden sollen.</p>	KKP
<p>10.4.3. Depersonalisation und Derealisation können durch unspezifische Ursachen wie z.B. Schlafmangel, exzessives Computerspielen und Substanzmissbrauch negativ beeinflusst werden. Deshalb soll bei allen Patienten der Lebensstil exploriert werden (Schlafhygiene, ausreichende Trinkmenge, Substanzgebrauch, Freizeitverhalten und Medienkonsum). Falls Betroffene in diesen Bereichen Probleme aufweisen, sollte der Aufbau einer gesünderen Lebensführung Teil der Behandlungsplanung sein.</p>	KKP
<p>10.4.4. In der Behandlung soll die Selbstwahrnehmung der Patienten durch geeignete Interventionen und Strategien verbessert werden. Im Hinblick auf die Symptomatik sollten die Patienten die Fähigkeit erwerben, Schwankungen der Intensität oder auch kurze Momente der Symptommfreiheit wahrzunehmen. Eine geeignete Strategie hierfür stellt zum Beispiel das Führen eines Symptomtagebuchs dar. Übungen in Achtsamkeitsmeditation können die Selbstwahrnehmung verbessern.</p>	KKP
<p>10.4.5. Im Behandlungsverlauf sollte regelmäßig mit dem Patienten überprüft werden, inwieweit die Therapieziele erreicht wurden. Mögliche Ursachen für Stagnation, Verschlechterung oder Verbesserung sollen gemeinsam analysiert und bei der weiteren Behandlungsplanung berücksichtigt werden. Als Zeitraum für das Therapie-Monitoring bieten sich in Abhängigkeit vom Prozess Abstände von 5 bis 12 Sitzungen bzw. 5 bis</p>	KKP

12 Wochen an.	
<p>10.4.6.</p> <p>In der psychotherapeutischen Behandlung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms kann es sinnvoll sein, den folgenden Themen ein besonderes Gewicht bei der Behandlung einzuräumen:</p> <p>Typisch für Patienten mit einem Depersonalisations-Derealisationssyndrom ist die Diskrepanz von nach außen sichtbarem Verhalten und dem inneren Erleben (DSM-5). Es ist deshalb wichtig, von dem scheinbar unberührten Verhalten der Betroffenen nicht auf einen Mangel an negativen Affekten (Ängste, seelischer Schmerz usw.) zu schließen. Zur Überwindung dieser Diskrepanz sollte die Wahrnehmung von Emotionen gefördert werden. Der Patient sollte dabei unterstützt werden, seine Gefühle und die damit assoziierten Wünsche und Handlungsabsichten zu benennen und diese angemessen auszudrücken. Eine maladaptive Selbstbeobachtung bzw. selbst-fokussierte Aufmerksamkeit spielt für die Aufrechterhaltung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms eine bedeutsame Rolle, sei es als Folge und Ausdruck einer katastrophisierenden Interpretation der Symptomatik und der Furcht vor Kontrollverlust, oder als dysfunktionales Sicherheitsverhalten in sozialen Beziehungen, oder als Vermeidung von und Abwehr gegen die Wahrnehmung eigener Gefühle. Es ist deshalb wichtig, die maladaptive Selbstbeobachtung bzw. selbstfokussierte Aufmerksamkeit zu identifizieren und zu bearbeiten.</p> <p>Patienten mit einem Depersonalisations-Derealisationssyndrom weisen häufig maladaptive Selbst- und Objektvorstellungen bzw. dysfunktionale kognitive Schemata auf, die durch eine erhöhte Selbstunsicherheit, Minderwertigkeitsgefühle und negative Beziehungserwartungen gekennzeichnet sind. Die Bearbeitung dieser maladaptiven Selbst- und Objektvorstellungen ist deshalb ein wichtiges Behandlungsziel.</p>	KKP

11. Literatur

1. American-Psychiatric-Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5; Association AP, editor: American Psychiatric Publishing, Inc.
2. Weltgesundheitsorganisation, Dilling H, et al. (2008) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis: Huber, Bern 2. Nachdr. d. 4., überarb. Aufl. 2006.
3. AMDP (2007) Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Göttingen: Hogrefe.
4. Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J (2001) Development of a depersonalization severity scale. *J Trauma Stress* 14: 341-349.
5. Michal M, Zwerenz R, Tschan R, Edinger J, Lichy M, et al. (2010) Screening for depersonalization-derealization with two items of the cambridge depersonalization scale. *Psychother Psychosom Med Psychol* 60: 175-179.
6. Gast U, Oswald T, Zuendorf F, Hofmann A (2000) SKID-D: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen. Göttingen: Hogrefe.
7. Steinberg M, Rounsaville B, Cicchetti DV (1990) The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders: preliminary report on a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry* 147: 76-82.
8. Bernstein EM, Putnam FW (1986) Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 174: 727-735.
9. Spitzer C, Freyberger HJ, Stieglitz RD, Carlson EB, Kuhn G, et al. (1998) Adaptation and psychometric properties of the German version of the Dissociative Experience Scale. *Journal of Traumatic Stress* 11: 799-809.
10. Michal M, Sann U, Niebecker M, Lazanowski C, Aurich S, et al. (2004) [Assessment of the depersonalization-derealization syndrome using the German version of the Dissociative Experiences Scale]. *Z Psychosom Med Psychother* 50: 271-287.
11. Sierra M, Berrios GE (2000) The Cambridge Depersonalization Scale: a new instrument for the measurement of depersonalization. *Psychiatry Res* 93: 153-164.

12. Michal M, Sann U, Niebecker M, Lazanowsky C, Kernhof K, et al. (2004) Die Erfassung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms mit der Deutschen Version der Cambridge Depersonalisation Scale (CDS). *Psychother Psychosom Med Psychol* 54: 367-374.
13. Simeon D (2004) Depersonalisation disorder: a contemporary overview. *CNS Drugs* 18: 343-354.
14. Baker D, Hunter E, Lawrence E, Medford N, Patel M, et al. (2003) Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *Br J Psychiatry* 182: 428-433.
15. Michal M, Sann U, Grabhorn R, Overbeck G, Röder CH (2005) Zur Prävalenz von Depersonalisation und Derealisation in der stationären Psychotherapie. *Psychotherapeut* 50: 328-339.
16. Simeon D, Knutelska M, Nelson D, Guralnik O (2003) Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases. *Journal of Clinical Psychiatry* 64: 990-997.
17. Michal M (2013) Das Depersonalisations-Derealisationssyndrom. *PSYCH up2date* 7: 33-48.
18. Simeon D, Abugel J (2006) *Feeling Unreal: Depersonalization Disorder and the Loss of the Self*: Oxford University Press. 256 p.
19. Sierra M (2009) *Depersonalization: A New Look at a Neglected Syndrome*: Cambridge University Press.
20. Tebartz van Elst L, Pick M, Biscaldi M, Fangmeier T, Riedel A (2013) High-functioning autism spectrum disorder as a basic disorder in adult psychiatry and psychotherapy: psychopathological presentation, clinical relevance and therapeutic concepts. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 263 Suppl 2: S189-196.
21. van Elst LT (2012) *Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter: und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen*: MWV Medizinisch Wiss. Ver.
22. van Elst LT, Perlov E (2013) *Epilepsie und Psyche: Psychische Störungen bei Epilepsie - epileptische Phänomene in der Psychiatrie*: Kohlhammer.
23. Medford N (2014) Dissociative symptoms and epilepsy. *Epilepsy Behav* 30: 10-13.

24. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS (2006) Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *J Psychiatr Res* 40: 131-140.
25. Lee WE, Kwok CH, Hunter EC, Richards M, David AS (2012) Prevalence and childhood antecedents of depersonalization syndrome in a UK birth cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47: 253-261.
26. Michal M, Beutel ME, Grobe TG (2010) [How often is the Depersonalization-Derealization Disorder (ICD-10: F48.1) diagnosed in the outpatient health-care service?]. *Z Psychosom Med Psychother* 56: 74-83.
27. Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, Sirof B, Knutelska M (2001) The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *Am J Psychiatry* 158: 1027-1033.
28. Michal M, Beutel ME, Jordan J, Zimmermann M, Wolters S, et al. (2007) Depersonalization, mindfulness, and childhood trauma. *J Nerv Ment Dis* 195: 693-696.
29. Simeon D, Guralnik O, Knutelska M, Schmeidler J (2002) Personality factors associated with dissociation: temperament, defenses, and cognitive schemata. *Am J Psychiatry* 159: 489-491.
30. Cloninger CR (1987) A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry* 44: 573-588.
31. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2006) *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*: Guilford Publications.
32. Schmidt NB, Joiner Jr TE, Young JE, Telch MJ (1995) The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive therapy and research* 19: 295-321.
33. Andrews G, Singh M, Bond M (1993) The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 181: 246-256.
34. Michal M, Heidenreich T, Engelbach U, Lenz C, Overbeck G, et al. (2006) Depersonalisation, soziale Ängste und Scham. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie* 56: 383-389.

35. Michal M, Kaufhold J, Overbeck G, Grabhorn R (2006) Narcissistic regulation of the self and interpersonal problems in depersonalized patients. *Psychopathology* 39: 192-198.
36. Michal M (2010) Die Selbstwahrnehmung von Patienten mit einer Depersonalisationsstörung. The self-perception of patients with depersonalization disorder. *Persoenlichkeitsstoerungen - Theorie und Therapie* 14: 284-293.
37. Hunter EC, Phillips ML, Chalder T, Sierra M, David AS (2003) Depersonalisation disorder: a cognitive-behavioural conceptualisation. *Behav Res Ther* 41: 1451-1467.
38. Michal M, Ansgar Koechel, Marco Canterino, Adler J, Reiner I, et al. (2013) Depersonalization disorder: Disconnection of Cognitive Evaluation from Autonomic Responses to Emotional Stimuli. *PloS One* 8: e74331.
39. Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, Knutelska M (2004) Fluoxetine therapy in depersonalisation disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 185: 31-36.
40. Aliyev NA, Aliyev ZN (2011) Lamotrigine in the immediate treatment of outpatients with depersonalization disorder without psychiatric comorbidity: randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 31: 61-65.
41. Simeon D, Knutelska M (2005) An open trial of naltrexone in the treatment of depersonalization disorder. *J Clin Psychopharmacol* 25: 267-270.
42. Sierra M, Senior C, Phillips ML, David AS (2006) Autonomic response in the perception of disgust and happiness in depersonalization disorder. *Psychiatry Res* 145: 225-231.
43. Sierra M, Baker D, Medford N, Lawrence E, Patel M, et al. (2006) Lamotrigine as an add-on treatment for depersonalization disorder: a retrospective study of 32 cases. *Clin Neuropharmacol* 29: 253-258.
44. Sierra M, Phillips ML, Ivin G, Krystal J, David AS (2003) A placebo-controlled, cross-over trial of lamotrigine in depersonalization disorder. *J Psychopharmacol* 17: 103-105.

45. Nuller YL, Morozova MG, Kushnir ON, Hamper N (2001) Effect of naloxone therapy on depersonalization: a pilot study. *J Psychopharmacol* 15: 93-95.
46. Sierra M (2008) Depersonalization disorder: pharmacological approaches. *Expert Rev Neurother* 8: 19-26.
47. Ordas DM, Ritchie EC (1994) Treatment of depersonalization disorder and associated depression with electroconvulsive therapy. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 6: 67-69.
48. Ackner B, Grant QA, Maxwell AE (1960) The prognostic significance of depersonalization in depressive illnesses treated with electroconvulsive therapy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23: 242-246.
49. Mantovani A, Simeon D, Urban N, Bulow P, Allart A, et al. (2011) Temporoparietal junction stimulation in the treatment of depersonalization disorder. *Psychiatry Res* 186: 138-140.
50. Jay E-L, Sierra M, Van den Eynde F, Rothwell JC, David AS (2014) Testing a neurobiological model of depersonalization disorder using repetitive transcranial magnetic stimulation. *Brain Stimulation* 7: 252-259.
51. Torch EM (1987) The psychotherapeutic treatment of depersonalization disorder. *Hillside J Clin Psychiatry* 9: 133-151.
52. Schilder P (1939) The Treatment of Depersonalization. *Bull N Y Acad Med* 15: 258-266.
53. Fenichel O (1999) *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*: Routledge.
54. Michal M, Tavlaridou I, Subic-Wrana C, Beutel ME (2012) Fear of going mad - differentiating between neurotic depersonalization-derealization-syndrome and paranoid schizophrenia. *Nervenheilkunde* 31: 934-937.
55. Guralnik O, Simeon D (2010) Depersonalization: Standing in the spaces between recognition and interpellation. *Psychoanalytic Dialogues* 20: 400-416.
56. Sookman D, Solyom L (1978) Severe depersonalization treated by behavior therapy. *Am J Psychiatry* 135: 1543-1545.
57. Hunter ECM, Baker D, Phillips ML, Sierra M, David AS (2005) Cognitive-behaviour therapy for depersonalisation disorder: an open study. *Behaviour Research and Therapy* 43: 1121-1130

58. Schilder P (1924) Medizinische Psychologie für Ärzte und Psychologen. Berlin: Springer. XIX, 355 S. p.
59. David AS (2007) Overcoming Depersonalization and Feelings of Unreality. London: Constable & Robinson.
60. Fenichel O (1945) The Psychoanalytic Study of Neurosis: New York: Norton.
61. Ballard CG, Mohan RN, Handy S (1992) Chronic depersonalisation neurosis au Shorvon--a successful intervention. Br J Psychiatry 160: 123-125.
62. Michal M, Beutel ME (2009) Weiterbildung CME: Depersonalisation/derealization - clinical picture, diagnostics and therapy. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 55: 113-140.
63. Hunter EC, Baker D, Phillips ML, Sierra M, David AS (2005) Cognitive-behaviour therapy for depersonalisation disorder: an open study. Behav Res Ther 43: 1121-1130.
64. Michal M (2012) Depersonalisation und Derealisation: Die Entfremdung überwinden. Stuttgart: Kohlhammer.
65. Baker D, Earle M, Medford N, Sierra M, Towell A, et al. (2007) Illness Perceptions in Depersonalization Disorder: Testing an Illness Attribution Model. CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY 14: 105.
66. Allen JG (2005) Coping with trauma: Hope through understanding. Washington American Psychiatric Publishing, Inc.
67. Hunter EC, Salkovskis PM, David AS (2013) Attributions, appraisals and attention for symptoms in depersonalisation disorder. Behav Res Ther 53C: 20-29.

12. Autoren

PD Dr. med. Matthias Michal (Koordination und Federführung), für das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)

Prof. Dr. med. Annegret Eckhardt-Henn, für die Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)

Prof. Dr. Dipl. Psych. Thomas Heidenreich, für die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)

PD Dr. Dipl. Psych. Christian Stiglmayr, für die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

Prof. Dr. med. Tebartz van Elst, für die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Prof. Dr. med. Christian Schmahl, für die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Erstellungsdatum: 09/2014

Nächste Überprüfung geplant: 09/2019

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

© Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie /

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online