

Seelisch Kranke unter uns

Allgemeine Informationen – Reports – Kommentare

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DEPERSONALISATION UND DEREALISATION

Zugegeben – es verwirrt und macht Angst: Das Gefühl, als ob man vom Leben losgelöst sei, alles wie durch Nebel oder wie in einem Traum, kurz: unwirklich, fremd, von der übrigen Welt abgeschnitten, von den eigenen Gefühlen losgelöst, als ob man sich außerhalb seines Körpers befinde u.a.m. Das ist gar nicht so selten und muss nicht einmal ein Warnsymptom für eine krankhafte seelische Störung sein. Es kann aber trotzdem nicht schaden, einen Facharzt aufzusuchen, der dann eine Depersonalisation und/oder Derealisation diagnostiziert. Und versucht, die Ursachen, Hintergründe und ihre psychosozialen Konsequenzen zu klären und möglichst erfolgreich zu behandeln. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht.

So genannte *dissoziative Bewusstseins-Störungen* gehören zu den ungewöhnlichsten Phänomenen der Medizin. Einzelne Krankheitszeichen sind schon lange, sprich über 120 Jahre, Gegenstand kontroverser medizinischer Diskussionen - bis heute. Denn die wenigstens können sich darunter etwas konkret vorstellen, auch wenn man den lateinischen Ursprung dissociare = trennen, scheiden bzw. dissociatus = ungesellig (lebend) zur Erklärung heranzieht. Und wenn man sich die einzelnen Krankheitsbilder und ihre Fachbegriffe vornimmt, wird es noch verwirrender. Beispiele: dissoziative Amnesie, Fugue, Bewegungsstörungen, Identitätsstörung, Trance und Besessenheits-Zustände, Pseudologia phantastica u. a. Vor allem aber die Depersonalisation und Derealisation. Denn Letztere sind im Gegensatz zu den anderen Leidensbildern nicht so selten und vor allem nicht grundsätzlich krankhaft. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht:

- Unter einer *Depersonalisation* versteht man das Gefühl, abgelöst oder abgetrennt zu sein vom eigenen Selbst („ich bin nicht mehr ich“), also Seele, Geist, ja Körper.
- Bei der *Derealisation* empfindet man die Umwelt als unwirklich oder als ob man von der Umwelt wie von einem Schleier oder dicken Glas abgetrennt wäre („alles so sonderbar, so fremd um mich herum“).

Beispiele: Sich fremd fühlen, nicht wirklich, nicht real, von der übrigen Welt abgeschnitten, in einer unwirklichen bzw. nicht existenten Umgebung. Von den eigenen Emotionen losgelöst. Flach und leblos wie auf einem Bild. Vertraute Stimmen klingen entfernt oder unwirklich. Als ob ein Schleier zwischen mir und der äußeren Welt wäre. Als ob selbst kürzlich Getanes lange zurückliegt. Als ob man nicht beteiligt gewesen wäre. Als ob man sich außerhalb seines Körpers befinde. Wie automatenhaft und mechanisch, wie ein Roboter. Man muss sich selber anfassen, um sich zu vergewissern, dass man einen Körper habe und wirklich existiere etc.

Interessant ist auch eine bisweilen parallel laufende veränderte Zeit-Wahrnehmung sowie die Schwierigkeit, sich etwas einzuprägen oder lebendige Erinnerungen hervorzurufen. Nicht selten auch unspezifische Stress-Symptome wie Kopfdruck, Benommenheit und Seh-Störungen (Tunnelblick, Flimmern, Verschwommen-Sehen, Lichtempfindlichkeit).

So ungewöhnlich sich dies auch anhört, es ist nicht selten, fast jeder vierte Gesunde soll es schon einmal erlebt haben. Und es wird zu den allgemeinschlichen Erlebnis-Möglichkeiten gezählt, auch wenn es als Entfremdungs-Symptome, Unwirklichkeits-Gefühle oder - wie vor über 100 Jahren - als „emotionale Anästhesie“, also gemütsmäßige Empfindungslosigkeit bezeichnet wird.

Kurz: Depersonalisation und Derealisation können auch bei Gesunden mit Übermüdung, stress-bedingter Überforderung oder einschneidendem Umgebungs-Wechsel vorkommen. Als Krankheitszeichen findet man sie vor allem bei organischen Störungen wie Migräne, Epilepsie usw., insbesondere aber bei seelischen Störungen (s. u.).

Wichtig: Auch wenn man es als eine Wahrnehmungs-Störung interpretieren kann, ist es zumeist kein psychotisches Symptom einer wahnhaften Erkrankung oder gar Schizophrenie (obgleich es dort natürlich ebenfalls vorkommen kann). In der Mehrzahl der Fälle wird es nämlich zum einen als nicht von außen gemacht erlebt und zum anderen ist die Realitätsprüfung intakt. Ein psychotischer Patient kann in der Regel nicht mehr zwischen realer und gestörter Umwelt unterscheiden. Anders beim nicht krankhaften „Als-ob-Charakter“, bei dem sich auch keine echten Wahnvorstellungen, unkontrollierbaren Bewegungsstörungen u. ä. finden.

Möglich sind aber ausgeprägtere Depersonalisation und Derealisation trotzdem bei verschiedenen psychischen Krankheiten, vor allem bei Angststörungen (Panikattacken, Generalisierte Angststörung, soziale Phobie, Agoraphobie mit Panikstörung). Ähnliches gilt auch für Borderline- und schizotype Persönlichkeits-Störungen (ungewöhnliche Wahrnehmungen einschließlich Körpergefühlsstörungen, illusionäre Verkennungen u. a.). Klassische Beschreibungen

gibt es durch akute Rauschdrogen-Vergiftungen (z. B. Haschisch/Marihuana) und bei posttraumatischen Belastungsstörungen.

Möglich ist es aber auch bei körperlichen Erkrankungen, vor allem bestimmten epileptischen Anfällen (Schläfenlappen) sowie bei organisch bedingten Schwindel-Syndromen, Migräne, leichtem Schädel-Hirn-Trauma, bei Schlafstörungen und dem „Kleine-Levin-Syndrom“ (einer periodischen Schlafsucht) u. a.

Es gibt aber auch eine so genannte *primäre Depersonalisations- bzw. Derealisationsstörung* (englischer Fachbegriff: Depersonalisation-derealisation Disorder - DPRD), die mit rund 1 % in der Normalbevölkerung veranschlagt wird, zumeist aber unerkannt bleibt (und wenn diagnostiziert, dann im Schnitt 7 bis 12 Jahre nach Beginn der Erkrankung).

Generell können Depersonalisation und Derealisation schon sehr früh auftreten, z. B. um die Pubertät. Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen. Der Beginn ist je zur Hälfte plötzlich oder schleichend. Häufige Auslöser mit plötzlichem Beginn sind die erwähnten Panikattacken und Haschisch-Intoxikationen; bei schleichendem Beginn eine depressive Episode. Aber auch psychosoziale Ursachen sind möglich. Beispiele: Schulwechsel oder Schul-Mobbing, Ablösung vom Elternhaus, Partnerschaft und Elternschaft und im höheren Lebensalter körperliche Erkrankungen.

Die Dauer kann Stunden oder Tage, selten Monate oder Jahre anhalten. Neben psychosozialen Auslösern, vor allem Stress, Schlafmangel, entsprechend belastenden Umweltbedingungen, können auch Lichtverhältnisse eine Rolle spielen (s. u.).

Der Leidensdruck wird nicht immer deutlich, obgleich vor allem die Furcht „jetzt auch noch verrückt zu werden“ oder „den Kontakt zu anderen zu verlieren“ erheblich zermürben kann. Das führt dann nicht selten zu den erwähnten Folge-Störungen Depression und Angsterkrankung, manchmal sogar zu entsprechenden Persönlichkeitsstörungen.

Die Ursachen, wenn nicht eindeutig organisch oder psychiatrisch objektivierbar, sind unklar: genetisch (Erbanlage), Stress, chronische Übermüdung, Jet lag (Zeitzone-Verschiebung, vor allem durch Interkontinental-Flüge), Alkohol- und Drogenkonsum, lebensbedrohliche Ereignisse, schwere Kindheits-Traumatisierungen u. a. Manchmal wird auch emotionaler Missbrauch diskutiert: Zurückweisung, Erniedrigung, Mangel an Zuwendung, Gefahr der Vereinsamung etc. Schwere Belastungen sind aber nicht häufiger, eine gewisse Angst-Disposition scheint hingegen nicht selten zu sein.

Ähnliches gilt für Schüchternheit, Unsicherheit, übermäßige Sorgen-Bereitschaft und erhöhte Ermüdbarkeit. Auch das Gefühl von Isolation, eigener Unzulänglichkeit und Abhängigkeits-Gefahr kommt öfter zur Sprache.

Hier setzt dann eine entsprechende psychotherapeutische Stützung an, die in der Regel durchaus erfolgreich zu sein pflegt, vor allem als adaptierte kognitive Verhaltenstherapie. Auch so genannte achtsamkeits-basierte Ansätze können von Vorteil sein. Die transkranielle Magnetstimulation wird ebenfalls als diskutabel angesehen, während eine medikamentöse Therapie, vor allem mit Psychopharmaka, bisher nicht überzeugen konnte.

Wichtig ist auf jeden Fall die Erkenntnis: Zustände, als ob man vom Leben losgelöst sei, alles wie durch Nebel oder wie in einem Traum, kurz: unreal, gemütsmäßig distanziert und unwirklich, das ist nicht so selten und muss kein Warnsymptom für eine krankhafte Entwicklung sein. Es kann aber trotzdem nicht schaden, einen Facharzt, d. h. Psychiater oder Nervenarzt auszusuchen, um z. B. eine befürchtete Psychose („Geisteskrankheit“) auszuschließen. Denn bisweilen ist es ja dann doch eine andere seelische, mitunter auch körperliche Störung, auf die die Depersonalisation oder Derealisation aufmerksam machen kann.

Weitere Informationen zu dem Thema *Depersonalisation und Derealisation*
siehe das ausführliche Kapitel in der Sparte *Psychiatrie heute*
dieser Internet-Serie

<http://www.volker-faust.de/psychiatrie>