

ZUM THEMA: DISSOZIATIVE BEWUSSTSEINS-STÖRUNGEN

Annegret Eckhardt-Henn – C. Spitzer (Hrsg.):

DISSOZIATIVE BEWUSSTSEINSSTÖRUNGEN**Grundlagen – Klinik – Therapie**

Schattauer-Verlag, Stuttgart 2017. 562, S.; 26 Abb., 28 Tab., € 69,99

ISBN 978-3-7945-3201-8

ISBN (eBook) 978-3-7945-9027-8

Dissoziative Bewusstseins-Störungen gehören zu den ungewöhnlichsten psychopathologischen Phänomenen der Medizin. Allerdings können sich die wenigstens darunter etwas konkret vorstellen, auch wenn man das lateinische Wort dissociatio = Trennung oder dissociare = trennen, scheiden bzw. dissociatus = ungesellig (lebend) zur Erklärung heranzieht. Das pflegt sich übrigens auch nicht erhellender zu klären, wenn man bestimmte Fachbegriffe zu Rate zieht, die sich im Zusammenhang mit dieser Störung finden. Beispiele: dissoziative Identitätsstörung, stress-induzierte Analgesie, Störung der Affektregulation, dissoziative Amnesien, Depersonalisation und Derealisation, Ganser-Syndrom und Pseudologia phantastica oder gar Spaltung, Teilung, Zerstörung und Abspaltung psychischer Funktionen u. a. m.

Und in der Tat: Dissoziative Bewusstseins-Störungen gehören auch für die Fachwelt nicht nur zu den seltenen, sondern schwer durchschaubaren und vor allem schwierig erklärbaren Phänomenen. Oder wie die Herausgeber Prof. Dr. A. Eckhardt-Henn und Prof. Dr. C. Spitzer gleich in ihrem Vorwort bestätigen: „Die dissoziativen Bewusstseinsstörungen waren seit jeher ein klinisches und wissenschaftliches Fascinosum und werden das sicherlich auch weiterhin bleiben“. Und weiter, was die verständlichen Konsequenzen anbelangt: „Daher verwundert es auch keineswegs, dass das komplexe Konstrukt der Dissoziation immer wieder und bis heute sehr konträre Reaktionen hervorruft, die von uninformativer und offener Ablehnung über neugierige Skepsis sowie erkenntnisreiche Kritik bis zu naiv-idealischer Zustimmung reichen“.

Dabei ist nicht nur das Krankheitsbild an sich, sondern auch die wissenschaftliche Beschäftigung damit keinesfalls neu. Spätestens seit der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts und vor allem um die folgende Jahrhundertwende wurde die Dissoziation zum kontroversen Thema berühmter Psychiater und Neurologen, insbesondere im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen. Das ging von angeborenen Defiziten „psychischer Energie“, die durch ein seelisches Trauma übermäßig beansprucht wurde und somit für die Synthese verschiedener seelischer Funktionen nicht mehr verfügbar sei bis zum psychoanalytischen Modell konfliktbehafteter Abwehrmechanismen. Danach gab es eine wissenschaftliche Pause, weil sich andere Hypothesen und Theorien in den Vordergrund schoben. Doch spätestens seit den 1970er-Jahren wuchs das Interesse wieder, und zwar durch Aspekte, die heute noch bzw. immer ausgeprägter eine Rolle spielen. Beispiele: Kindesmisshandlung (vor allem intrafamiliärer Inzest), die Folgen belastender Kriegserlebnisse, und zwar nicht nur Zivilbevölkerung, sondern auch bei den Kriegs-Veteranen (Stichworte: Vietnam, Irak-Krieg usw.) sowie neue wissenschaftliche Überlegungen mit vor allem experimentellen und therapeutischen Ansätzen, wobei insbesondere die so genannte Multiple Persönlichkeitsstörung zunehmendes Interesse weckt, was wohl nicht zuletzt auf den Einfluss der Medien zurückgeht.

Inzwischen gehören dissoziative Bewusstseins-Störungen zu den Kern-Problemen von Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie und Klinischer Psychologie. Auch benachbarte Neurowissenschaften beteiligen sich daran und die ton-angebenden Institutionen wie Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) sichern die offizielle Klassifikation. Und weil immer neue Forschungsergebnisse aufhorchen lassen, wächst auch die Zahl der wissenschaftlichen Publikationen, das erwähnte Medien- und damit allgemeine Interesse.

Das ist einerseits erfreulich, sollte aber andererseits nicht übersehen lassen, dass es „nach wie vor Ungeklärtes und Widersprüchliches“ zu akzeptieren gilt, wie die Herausgeber betonen. Vor allem darf man nicht der Versuchung erliegen, den Fach-Begriff ähnlich inflationär zu missbrauchen, wie in dieser Hinsicht negativ infizierte Beispiele wie „Hysterie“, „Spaltung“, „Borderline-Niveau“ u. a. Hier sehen die 40 Autoren ihre vordringliche Aufgabe. Auch sollen ihre Erkenntnisse nicht als Bestandsaufnahme des gegenwärtigen Wissensstandes verstanden werden, sondern

als Anregung, um sich weiterhin mit diesem wissenschaftlich interessanten, für die Betroffenen aber sehr belastenden Phänomen auseinanderzusetzen. Dem dienen 36 Kapitel mit jeweils eigenem Literaturverzeichnis: das erstreckt sich von historischen Aspekten über theoretische Vorstellungen, neurobiologische, psychoanalytische und kognitions-psychologische Perspektiven bis zu psycho- und pharmakotherapeutischen Empfehlungen. Und als Kern die klinischen Grundlagen der einzelnen dissoziativen Störungen. Beispiele: dissoziative Amnesie, dissoziative Fugue, dissoziativer Stupor, Trance- und Besessenheits-Zustände, dissoziative Anfälle, dissoziative Identitätsstörungen, Depersonalisation und Derealisation, atypische Formen wie Ganser-Syndrom und Pseudologia phantastica, dissoziative Bewusstseinsstörungen im Kindes- und Jugendalter u. a. Und natürlich die so genannte Komorbidität, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt, wie in diesem Fall zusätzlich akute Belastungsreaktionen, posttraumatische Belastungsstörungen, Borderline- und Suchterkrankungen, psychotische Störungen und schließlich das Problem von Delinquenz und forensischen Folgen.

Nachfolgend nun eine kurz gefasste Übersicht zu einigen besonders schwer begreifbaren Krankheitsbildern, wie sie in dem ergiebigen Sammelband über *Dissoziative Bewusstseinsstörungen* aufgeführt werden:

Dissoziative Amnesie und dissoziative Fugue

Die Amnesie, die Erinnerungslosigkeit, ist natürlich ein uraltes Phänomen. Auch heute noch ist sie die häufigste dissoziative Bewusstseins-Störung, während die dissoziative Fugue sehr selten ist, und wenn, dann am ehesten mit der Amnesie zusammen. Die Ursachen sind noch weitgehend ungeklärt. Was spielt sich hier ab?

- Bei *dissoziativen Amnesien*, ob akut oder chronisch-rezidivierend, selektiv, partiell oder generalisiert, wie die Fachausdrücke heißen, können bestimmte biographische Begebenheiten, Ereignisse oder Informationen nicht mehr erinnert werden. Bei der generalisierten Amnesie kann sich der Betroffene an seine gesamte Identität, Lebenssituation, biographische Entwicklung und sogar die Menschen, die ihm nahe waren, nicht mehr erinnern. Meistens retrograd, d. h. rückwirkend. Bisweilen können auch alle Ereignisse eines bestimmten Zeitraums nicht mehr erinnert werden, z. B. Naturkatastrophen, Unfälle, Verlust naher Angehöriger oder sonstige traumatische

Ereignisse. Dem Betreffenden fallen diese Lücken nicht auf, zumal es auch Übergänge zu normal-psychologischen Erinnerungslücken gibt.

- Bei den *Fugue-Zuständen*, d. h. zielgerichteten Ortsveränderungen von Zuhause oder vom Arbeitsplatz weg, und zwar nach außen durchaus geordnet, lassen sich meist schwerwiegende Belastungs- und Konfliktsituationen erfragen. Beispiele: Partnerschaftskonflikte, finanzielle Probleme, gerichtliche Verfahren, Verlust eines Partners oder Kindes oder anderer nahe stehender Personen, traumatische Erlebnisse wie sexuelle oder körperliche Misshandlungen u. a. Häufig finden sich zusätzlich Depressionen und Angstzustände. In einigen Fällen wird sogar eine neue Identität angenommen. Das erstreckt sich von wenigen Tagen bis zu längeren Zeiträumen und mitunter erstaunlich vollständig. Obgleich für diese Zeit eine Amnesie besteht, kann das Verhalten völlig normal wirken, z. B. Selbstversorgung (Essen, Waschen), zwischenmenschliche Kontakte, sogar mit Fremden (Kauf von Fahrkarten oder Benzin, Bestellen von Mahlzeiten, Fragen nach Ortsrichtungen) usf.

Im weiteren Verlauf kann es natürlich zu erheblichen Konflikten und vor allem Beeinträchtigungen der zwischenmenschlichen, sozialen, beruflichen und anderen Aktivitäten kommen, und zwar nicht nur für den Betreffenden, auch für sein näheres oder gar weiteres Umfeld.

In der Regel lösen sich die Fugue-Zustände nach einiger Zeit schrittweise wieder auf; Erinnerung und Identität kehren wieder zurück, wenn auch für den Zeitraum der Fugue eine Amnesie bestehen bleibt, d. h. die Betroffenen können sich nicht erinnern, was sie während dieses Zustandes gemacht haben. Dauern beide Phänomene ungewöhnlich lang, z. B. ein Jahr oder länger, denken die Experten auch an Simulation, aus welchem Anlass auch immer.

Wenn sich auch das meiste wieder einrenkt, können doch zumindest Teile dieses psychopathologischen Phänomens in unterschiedlicher Ausprägung weiter fortbestehen, was natürlich für den weiteren Lebensweg eine erhebliche Belastung, vor allem Verunsicherung bedeutet. Die Psychologen und Psychiater beschäftigen dabei natürlich noch weitere Fragen, wie sie in dem Fachbuch detailliert dargestellt werden. Beispielsweise die Differential-Diagnose (was könnte es sonst noch sein?), Ko-

Morbidität (Mehrfach-Erkrankungen), Ätiopathogenese (Ursache und Verlauf) und natürlich Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung.

Dissoziativer Stupor sowie Trance- und Besessenheits-Zustände

Über diese Phänomene gibt es wenig systematisches Wissen, nicht zuletzt aufgrund ihrer regional sehr unterschiedlichen Häufigkeit. Allerdings erfahren vor allem Besessenheits-Zustände in letzter Zeit zunehmend mehr wissenschaftliche Aufmerksamkeit, besonders was Einzelfall-Darstellungen und sogar Fall-Kontroll-Studien angeht.

- Der *dissoziative Stupor* ist eine (fast) vollständige Bewegungslosigkeit der (meist) mutistischen (stummen) Betroffenen mit eingeschränkter Reiz-Aufnahme und Reaktion bei wachem Bewusstsein, d. h. man liegt oder sitzt lange Zeit überwiegend bewegungslos. Muskelspannung, Haltung, Atmung und Augenbewegungen beweisen jedoch, dass der Betreffende weder schläft noch bewusstlos ist. Manche nehmen weder Flüssigkeit noch Nahrung zu sich oder zeigen eine Harn-Inkontinenz. Danach herrscht teilweise oder völlige Erinnerungslosigkeit; einige schildern im Wachzustand auftretende traumähnliche Erlebnisweisen, z. B. lebhafte szenische Trugwahrnehmungen u. a.

Für den erfahrenen Arzt stellt ein Stupor, d. h. eine Art seelisch-geistig-körperliche Erstarrung, beim erstmaligen Auftritt und bis zur endgültigen diagnostischen Zuordnung immer eine Notfall-Situation dar; schließlich können sogar lebensbedrohliche Ursachen mit schnellem Behandlungs-Bedarf gegeben sein. Bei geschlossenen Augen entstehen aber auch schnell unbegründete „Notfall-Situationen“ mit Aufnahme in die Intensivmedizin (Koma?). Hier hilft ein Elektroenzephalogramm (EEG), das beim dissoziativen Stupor unauffällig ausfällt.

Hilfreich sind auch fremd-anamnestische Hinweise wie plötzlicher Beginn mit anschließend wechselndem Verlauf, nach einem traumatischen Ereignis oder im Zusammenhang mit einer schweren Krise bzw. einem scheinbar unlösbaren Konflikt; vor allem aber frühere dissoziative Phänomene, insbesondere stuporöse Episoden oder andere psychische Erkrankungen (Selbstverletzung, Suizidalität). Verdächtig sind auch eine so genannte leere, d. h. krankheits-unverdächtige körperliche, insbe-

sondere neurologische Vorgeschichte und ein regelrechter internistischer und neurologischer Befund.

- *Trance und Besessenheit* sind zwei unterschiedliche Formen qualitativer Bewusstseinsveränderungen, die sich in zahlreichen Kulturen finden, wenn auch transkulturell beträchtlich variierend. Bei krankheitswertigem Zustand kommt es zu zeitweiligen Identitäts-Störungen und Bewusstseins-Einengungen.

- *Trance* ist ein hypnoid (schlaf-ähnlich) veränderter Bewusstseinszustand und geht mit Wahrnehmungs-Einengung und gezielter Konzentration auf die Umgebung und deren unmittelbare Reize einher. Möglich sind auch konvulsive (krampfartige) Zuckungen, Laufen oder bestimmte, überwiegend einfach strukturierte Handlungen, die von dem Betreffenden als unkontrollierbar erlebt werden. Rückblickend jedoch meist keine vollständige Erinnerungslosigkeit.

- In einem *Besessenheits-Zustand* verhält sich der Betreffende so, als ob er von einer anderen Persönlichkeit, einem Geist, einer Gottheit oder einer „Kraft“ beherrscht wird. Ohne Krankheitswert findet sich das in vielen Kulturen. Mit Krankheitswert sind Besessenheits-Zustände nicht ritualisiert und entsprechend kulturell orientiert und treten unwillkürlich auf. Die Betroffenen leiden selber darunter, was vor allem als „ungewöhnlicher Ich-Zustand“ erlebt wird. In etwa der Hälfte der Fälle finden sich auch Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen).

Wichtige Hinweise bieten auch folgende Erkenntnisse: Der Zustand ist nicht in kulturelle Zusammenhänge eingebunden (wie außerhalb der westlichen Welt durchaus möglich). Deshalb stammen die meisten Betroffenen in unseren Regionen aus dem nicht-europäischen oder nicht-angloamerikanischen Kulturkreis. Die Identität bleibt stets ungestört, das formale Denken geordnet, die Gemütslage eher theatralisch, dabei in der Regel angstfrei bis gleichgültig. Typisch sind ein plötzlicher Beginn und ein abruptes Ende. In der Vorgeschichte finden sich oft weitere dissoziative Symptome wie Erinnerungslosigkeit, psychogene (seelisch ausgelöste) Anfälle, ungewöhnliche Schmerzlosigkeit u. a. Psychosoziale Belastungen, innerseelische Konflikte (sexuell, aggressiv) oder zwischenmenschliche Probleme scheinen nicht selten.

Am häufigsten finden sich solche Auffälligkeiten zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr, wenngleich noch jünger und deutlich älter ebenfalls möglich sind. Der Altersgipfel für das erstmalige Auftreten liegt bei rund 25 Jahren, vor allem beim weiblichen Geschlecht. Frauen sind offenbar häufiger betroffen. Die Dauer schwankt zwischen wenigen Stunden und zwei Tagen, kann aber auch nur Minuten oder mehrere Wochen anhalten. Neben einmaligem Auftreten finden sich auch episodische und chronisch rezidivierende Verläufe mit dann erheblichen psychosozialen Folgen.

Trance- und Besessenheits-Zustände sind jedoch selten, zumindest in der westlichen Welt.

Die Ursachen werden kontrovers diskutiert: Stress, bio-psycho-soziale, vor allem ethnisch-kulturelle und religiöse Aspekte, nicht zuletzt Trauma-Folgen, emotionaler Missbrauch, Vernachlässigung in der Kindheit, aktuelle Kriegserfahrung u. a. Bedeutsam ist das, was man - je nach Region - eine „kulturell sanktionierte Bewusstseins-Veränderung“ nennt, und was sich offenbar sogar technisch in der funktionellen Bildgebung neuro-biologisch objektiveren lässt.

Auch beim dissoziativen Stupor spielen vielfältige Belastungsfaktoren eine Rolle. Beispiele: Unfälle, Operationen, Malignome, potentiell lebensbedrohliche organische Erkrankungen („Totstell-Reflex“ wie im Tierreich?) etc.

Interessant sind in allen Fällen die kulturellen Aspekte: Zum einen kommen diese Phänomene überall vor, zum anderen gibt es zahlreiche kultur-spezifische Formen, und zwar nicht nur in Asien, Afrika, Südamerika u. ä., sondern auch in der Ukraine, früher in Galizien, und zwar ohne Krankheitswert und meist in kulturelle, vor allem religiöse Praktiken eingebunden. Dabei treten ein „Geist“ oder nacheinander mehrere „Geister“ an die Stelle der gewohnten Identität. Sie bedienen sich sprechend und handelnd eines Mediums, das anschließend eine teilweise oder vollständige Erinnerungslosigkeit aufweist. Außerdem fühlen sie sich vom entsprechenden Umfeld akzeptiert oder gar erwünscht.

Das Medium scheint dabei in der Regel eine überdurchschnittliche Dissoziations-Neigung und stärkere Ausprägung des Persönlichkeits-Merkmals Neurotizismus aufzuweisen. Unter Dissoziation versteht man - wie schon angedeutet - die teilweise

oder vollständige Abspaltung von seelischen Funktionen (z. B. Bewusstsein, Gedächtnis, persönliche Identität usw.); außerdem von eigenen Gefühlen und Körperempfindungen sowie der Wahrnehmung der eigenen Person und/oder ihrer Umgebung. Neurotizismus im Sinne der Persönlichkeitspsychologie beschreibt eine ausgeprägtere Einstellung zu negativen Gefühlszuständen, d. h. sorgenbereit, ängstlich, gehemmt, unsicher, stress-intolerant u. a. Unabhängig von diesen beiden Aspekten sind die so genannten Medien aber nicht psychisch anfälliger oder psychosozial desintegrierter als ihr Umfeld.

Der Zweck dieser Phänomene ist also vielfältig und reicht von kollektiver Bestätigung oder allgemeinem Protest gegen bestimmte Verhältnisse bis zur Stärkung des Gruppen-Zusammenhangs und gemeinschaftlicher „Reinigung“ oder gar Heilung einzelner Kranker. Ähnliches trifft für die kulturell eingebundene Trance zu, meist durch rhythmische Bewegung und Musik, gelegentlich aber auch chemisch induziert.

Dissoziative Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeitsstörung)

Die *dissoziative Identitätsstörung*, auch *Multiple Persönlichkeitsstörung* genannt gilt als eine der ungewöhnlichsten, vielleicht sogar als erstaunlichste aller seelischen Struktur-Veränderungen. Denn solche Menschen verhalten sich oder erleben sich so, als gebe es mehrere verschiedene Personen in ihnen. Das steht natürlich im Gegensatz zu der üblichen Vorstellung einer einheitlichen und insbesondere in sich geschlossenen Persönlichkeit und vor allem Bewusstseins-Struktur - mit allen Reaktionen der Allgemeinheit: vom Unglauben über die Ablehnung bis hin zur Faszination.

Gleichwohl spricht die Neurowissenschaft schon für die Möglichkeit einer Persönlichkeit aus verschiedenen gemütsmäßigen Anteilen. In der Regel gelingt im Laufe der kindlichen Entwicklung eine ausreichende Integration der verschiedenen Systeme; sie kann jedoch auch scheitern oder sich wieder lockern, vor allem bei schweren psychosozialen Belastungen (Stichwort: strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit durch ein Trauma).

Bei dieser offensichtlich schwersten aller dissoziativen Störungen werden so wichtige Bereiche wie Wahrnehmung, Erinnerung, Handeln sowie Fühlen im normalen All-

tags-Bewusstsein „wie von einer anderen Person“ erlebt. Oder kurz: Man hält oder erlebt sich so, als gebe es mehrere verschiedene Personen in einem selber.

Die Folgen kann man sich denken, was nicht zuletzt zu Angst, Depressionen, psychosomatisch interpretierbaren Symptomen, zu Ess-Störungen, Suchterkrankungen, Beziehungsproblemen und Selbstverletzungen führen kann. Auch die anderen dissoziativen Störungen wie psychogene Erinnerungslosigkeit, Fugue, Depersonalisation (ich bin nicht mehr ich selber) und Derealisation (alles so sonderbar um mich herum) u. a. sind möglich.

Auf jeden Fall aber das Hauptmerkmal, nämlich eine Störung der Identität, charakterisiert durch zwei oder gar mehr unterscheidbare Persönlichkeits-Zustände in einem selber. Und die können sich auch noch in Bezug auf Alter, Geschlecht, Sprache, Wissen, spezielle Fähigkeiten und vorherrschende Gemütslage unterscheiden, können wie eine fremde Person wahrgenommen werden und übernehmen auf innere oder äußere Auslöse-Reize hin die Kontrolle über das eigene Erleben und Erhalten. Dies kann Minuten, aber auch Stunden und bisweilen sogar länger dauern.

In der Regel finden sich in einem Individuum 8 bis 10 verschiedene Persönlichkeitsanteile, bisweilen sogar mehr. Das kann sich schon im Kindesalter äußern, wird aber meist erst im Erwachsenenalter offenbar, wenn die eigene Lebensgestaltung angezeigt sein sollte. Manche Betroffene können diese Belastung längere Zeit kompensieren und erkranken erst durch äußere Krisen oder durch Erschöpfung der Kompensations-Möglichkeiten, andere schon sehr viel früher, einige fallen gar nicht auf.

Als Ursache werden schwere kindliche Traumatisierungen (seelische Verletzungen) und Vernachlässigungen diskutiert, was zur Diagnose eines komplexen posttraumatischen Störungsbildes durch überwältigende traumatische Erfahrungen während der Kindheit beiträgt, häufig durch schweren (sexuellen) Missbrauch. Dabei wird die Ausbildung solch wechselnder, autonom handelnder Persönlichkeits-Anteile als Überlebens-Strategie interpretiert, die dem Betroffenen hilft, mit den ansonsten überwältigenden Erfahrungen halbwegs fertig zu werden.

Angesichts dieses ungewöhnlichen Phänomens kann man sich die verschiedenen Meinungsbilder vorstellen, die sich darüber entwickelt haben – allerdings nicht erst

jetzt, denn die „gespaltene“ oder „multiple“ Persönlichkeit war bereits vor rund 150 Jahren eines der von Psychiatern und Philosophen häufig kontrovers diskutierten Themen.

Auch heute noch bezweifeln viele, dass es sich um eine reale und vor allem eigenständige psychische Erkrankung handelt. Dafür diskutiert man beispielsweise eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, Hysterie oder Schizophrenie, wenn nicht eine medial gebahnte Modediagnose oder gar Folge einer unsachgemäßen Psychotherapie. Inzwischen neigt man jedoch auch in kritischen Wissenschaftskreisen und damit offiziellen Positionen (z. B. DSM-5[®]) dazu, diesem Phänomen, so ungewöhnlich es sich anhört, nicht nur eine gewisse Wertigkeit zuzugestehen, sondern auch die möglichen diagnostischen und notwendigen therapeutischen Konsequenzen zu betonen. So einigt man sich in der Regel auf die dissoziative Identitätsstörung als Traumafolge-Störung aufgrund schwerer Kindesmisshandlung, wobei eine frühzeitige Diagnose und entsprechende Psychotherapie die Heilungsaussichten der sonst chronisch verlaufenden Erkrankung erheblich verbessern kann. Empfohlen wird eine Psychotherapie wie bei der Behandlung komplexer posttraumatischer Störungen, die eine Integration verschiedener Persönlichkeits-Anteile anstrebt.

Depersonalisation und Derealisation

Zum Schluss ein Phänomen, das deutlich weniger Erstaunen hervorruft und außerdem sehr viel häufiger vorkommt. Im Einzelnen:

- Unter einer *Depersonalisation* versteht man das Gefühl, abgelöst oder abgetrennt vom eigenen Selbst (also der Gesamtheit aller Eigenschaften und Funktionen, die als dem Ich zugehörig empfunden werden), ferner dem Körper, den Gefühlsregungen und mentalen Prozessen zu sein.
- 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.

Beispiele: Sich fremd fühlen, nicht wirklich, sondern von der Welt abgeschnitten. 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 kürz-

lich 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.

So ungewöhnlich sich dies auch anhört, es ist nicht selten und gehört zu den allgemein-menschlichen Erlebnis-Möglichkeiten, die auch schon als Entfremdungssymptome oder Unwirklichkeits-Gefühle bezeichnet wurden.

Depersonalisation und Derealisation können bei Gesunden mit Übermüdung oder einschneidendem Umgebungs-Wechsel vorkommen, als Krankheitszeichen bei organischen Störungen wie Migräne oder Epilepsie und bei seelischen Störungen wie Panikattacken usf.

Das Phänomen ist alt und wurde auch schon vor weit über 100 Jahren als „emotionale Anästhesie“ (also gefühlsmäßige Empfindungslosigkeit) beschrieben.

Wichtig: Auch wenn man es als eine Wahrnehmungs-Störung interpretieren kann, ist es kein psychotisches Symptom. Zum einen wird es nicht als von außen gemacht erlebt und zweitens ist die Realitätsprüfung intakt. Das Ganze hat einen „Als-ob-Charakter“ im Gegensatz zu den echten Wahnvorstellungen. Auch gehen - anders als bei den dissoziativen Störungen bis hin zu Stupor, Anfällen und Bewegungsstörungen - diese Empfindungen nicht mit sichtbaren psychomotorischen (seelisch-körperlichen, vor allem bewegungs-mäßigen) Veränderungen einher.

Möglich sind sie bei verschiedenen psychischen Krankheiten, vor allem Angststörungen (Panikattacken, Generalisierte Angststörung, soziale Phobie, Agoraphobie mit Panikstörung) etc. Ähnliches gilt auch für Borderline- und schizotype Persönlichkeitsstörungen (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.

Depersonalisation und Derealisation können 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 Panikattacken und Haschisch-Intoxikation; bei schleichendem Beginn eine depressive Episode. Aber auch psychosoziale Ursachen sind möglich. Beispiele: Schulwechsel oder -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.

Der Leidensdruck wird nicht immer deutlich, obgleich vor allem die Angst „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 ängstlich-furchtsamen Persönlichkeitsstörungen.

Interessant ist auch eine bisweilen parallel laufende veränderte Zeitwahrnehmung 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).

Die Ursachen sind unklar: genetisch, Stress, schwere Kindheits-Traumatisierungen oder? Manchmal wird von emotionalem Missbrauch gesprochen: Zurückweisung, Erniedrigung, Mangel an Zuwendung, Gefahr der Vereinsamung. 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.

Schlussfolgerung

Dies nur als kleiner Auszug einer dann doch erstaunlichen Zahl dissoziativer Bewusstseins-Störungen, wie sie heute gesehen, vor allem aber hoffentlich rechtzeitig diagnostiziert und gezielt behandelt werden können. Die grundlegend überarbeitete 2. Auflage dieses Handbuches hilft dabei, unterstützt durch ein namhaftes Team von Experten, die alle wichtigen aktuellen Forschungsergebnisse vorstellen und damit einen nützlichen Überblick über ein Leidensgebiet vermitteln, das auch heute noch weitgehend unbekannt, zumindest befremdlich ist. Das sollte nicht so bleiben; an diagnostischen Erkenntnissen und konkreten Hilfs-Möglichkeiten fehlt es jedenfalls nicht mehr (VF).