

Kolloquium für Psychotherapie und Psychosomatik

Wenn der Körper Symptome macht / Körper und Psychotherapie

USZ - 12.11.2018



The screenshot shows the top navigation bar of the Guardian website with options like 'free', 'become a member', 'sign in', 'subscribe', and 'search'. The main headline reads 'Depersonalisation disorder: the condition you've never heard of that affects millions'. Below the headline is a sub-headline: 'One in 50 of us is a victim, left feeling like a robot - and yet even doctors have to Google it. Now one sufferer is intent on helping millions out of their torment'. The author is listed as 'Howard Swains' and the date is 'Friday 4 September 2015 12.08 BST'. There are social media share icons for Facebook, Twitter, Email, Pinterest, LinkedIn, and Google+, with 14,471 shares and 817 comments. A photograph of a woman is partially visible on the right side of the article preview.

Die Depersonalisations-Derealisationsstörung: Diagnose und Behandlung

Matthias Michal

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universitätsmedizin Mainz

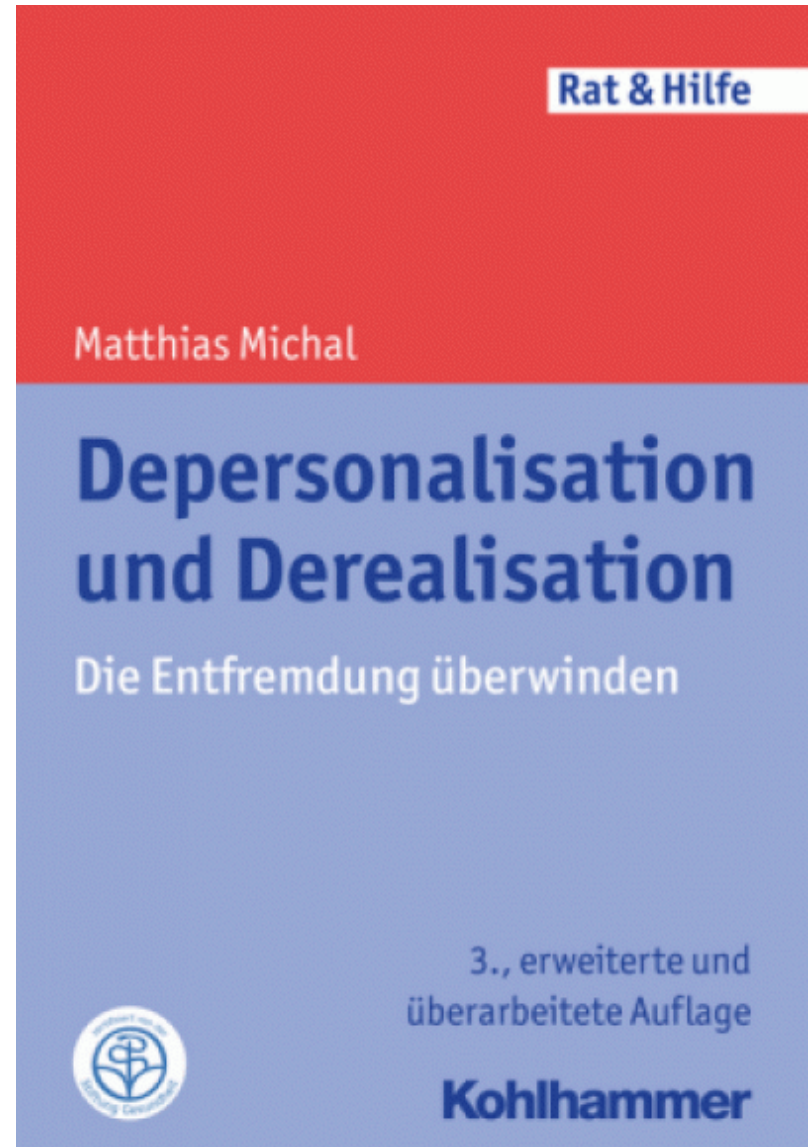
Interessenkonflikt

Matthias Michal

erhält ein
Autorenhonorar aus dem
Verkauf von:

**Depersonalisation und
Derealisation: Die
Entfremdung
überwinden.**

Stuttgart: Kohlhammer,
2018, 3. Aufl. 2018



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



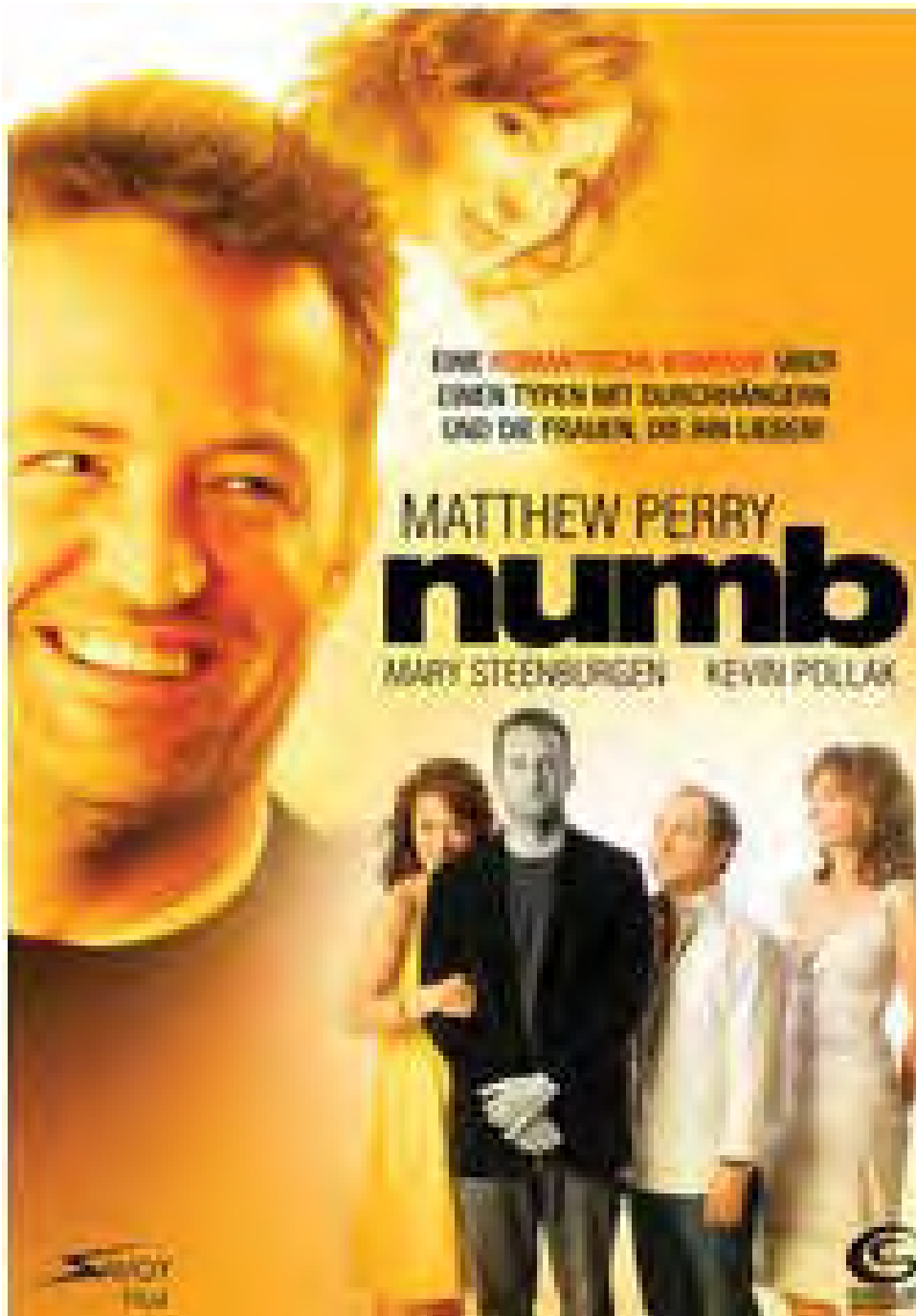
DGVT Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie



DGPs Deutsche Gesellschaft für
Psychologie



1. Dr. Dipl. Psych. Christian Stiglmayr,
Deutsche Gesellschaft für
Psychologie (**DGPs**)
2. Prof. Dr. med. Christian Schmahl
und Prof. Dr. med. Tebartz van Elst,
Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie, Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V. (**DGPPN**)
3. Prof. Dr. Dipl. Psych. Thomas
Heidenreich, Deutsche
Gesellschaft für Verhaltenstherapie
(**DGVT**)
4. Prof. Dr. med. Annegret Eckhardt-
Henn, Deutsche Psychoanalytische
Vereinigung (**DPV**)
5. Prof. Dr. Michal, Koordination,
DGPM & DKPM



In diesem Film werden die Erfahrungen von Hudson geschildert, der eine Depersonalisations-Derealisationsstörung nach dem Konsum von Cannabis entwickelt. Insbesondere die Behandlungserfahrungen sind (wenn auch überzeichnet) recht typisch für diese Patienten (Therapeut schläft ein, Therapeut verletzt Grenzen, Behandlung mit Antipsychotika).

216 Kapitel 9 · Neurotische Störungen

Depersonalisations-/Derealisationssyndrom (☉ F 48.1)

Definition

Entfremdungserlebnisse (Depersonalisation, Derealisation) im Vordergrund des Erlebens; kein spezifisches Syndrom im Sinne einer eigenen Neuroseform, sondern – häufig transitorisches – Begleitsyndrom bei bestimmten neurotischen Störungen (z. B. Angststörungen, Zwangsstörungen).

Epidemiologie

Ubiquitär, häufig bei jüngeren Menschen (Adoleszenz); außer bei neurotischen Störungen auch bei Psychosen, Epilepsie und Hirntumoren.

Therapie

Keine spezifische Therapie, sondern Behandlung der Grundkrankheit.



... was Sie erleben spielt keine Rolle, lassen Sie uns über wichtigeres sprechen, das hört auf, wenn wir die Depression behandeln, wenn wir das Trauma gefunden haben usw.

Die Symptome

Depersonalisation (DP) → abgetrennt von der eigenen Person, wie ein außenstehender Beobachter gegenüber den eigenen Gefühlen, Gedanken, Erinnerungen, Verhalten und Körper

- „wie im Traum“, „wie unter Drogen“, „nicht da sein“

Derealisation (DR) → Unwirklichkeitsgefühl in Bezug auf die Umwelt, Umwelt erscheint unwirklich, unecht, kulissenhaft

- wie hinter einem Nebelschleier, wie hinter einer Glaswand
- leblos, verzerrt, weit weg

Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Krabbe, Stuttgart 1845.

§. 44.

Von den Anästhesieen der Geisteskranken ist noch näher zu sprechen. Die verringerte oder ganz aufgehobene Empfindlichkeit der

Wilhelm Griesinger
(*29.7. 1817 Stuttgart;
† 26.10.1868 in Berlin)

Ueber eine ganz andere Art von Anästhesie, die weit mehr den geistigen, innerlichsten Act beim Empfinden betrifft, hören wir zuweilen Geisteskranke, namentlich Melancholische klagen. „Ich sehe, ich höre, ich fühle,“ sagen solche Kranke, „aber die Gegenstände gelangen nicht bis zu mir, ich kann die Empfindung nicht aufnehmen, es ist mir, als wäre eine Wand zwischen mir und der Aussenwelt“ etc.

Erste systematische Beschreibung

HNO-Arzt **Krishaber (1873)** «De la névropathie cérébro-cardiaque»

„Ein 43jähriger Oberst, dessen Vater an Hirnerweichung gestorben war. ... Eines Tages empfand er plötzlich einen ziehenden Schmerz in der Herzgegend und hatte das Gefühl, gewürgt zu werden. Er konnte kaum seine Tränen zurückhalten. Von Stunde zu Stunde wurde ihm schlechter, es war ihm, als wolle ihn etwas einhüllen und sich zwischen ihn und die Außenwelt einschieben. „Es war wie eine Barriere zwischen mir und der Welt“. Wenn er sprach, erschien ihm die Stimme seltsam, er erkannte sie nicht und hielt sie nicht für die seine. Er konnte seine Aufmerksamkeit nicht auf das richten, was man ihm sagte. Es stiegen ihm Zweifel an seiner Existenz auf, er glaubte nicht mehr er selbst zu sein.“

(deutsch, Ernst Störring 1931)

Historisches III

Namensgebung

Depersonalisation

eingeführt von **Ludovic Dugas (1898)**,

aus dem Tagebuch von

Henri-Frédéric Amiel (1821-1881):

*„Alles ist mir fremd, Ich fühle mich
als wäre ich außerhalb meines
Körpers und meiner Individualität;
Ich bin depersonalisiert, abgelöst,
abgeschnitten ...“*

Der psychische / psychopathologische Befund

Ich-Störungen

(Störungen des Erlebens der Person und der Umwelt)

Depersonalisation

Derealisation

Gedankenausbreitung, -entzug, -eingung

Fremdbeeinflussungserlebnisse

Beschreibung der DP/DR im psychischen Befund

- 1. Zeitlich:** DP-Anfall (Sekunden bis Stunden) versus kontinuierlicher DP-Zustand (Wochen bis Jahre)
- 2. Inhaltlich/betroffene Funktionen** (Körper, Umwelt etc.)

US: Mental Status Examination: DP/DR = perceptual disorder

Abgrenzung DP/DR von Dissoziation

	Depersonalisation - Detachment / Abgelöstheit	Dissoziative Kompartimentalisierung
Gedächtnis	... so <u>als ob</u> ich nicht daran beteiligt gewesen wäre.	Amnesie („Filmriss“)
Somato-Sensorik	... so <u>als ob</u> ich es nicht bin, der den Stift hält ..., mechanisch ... <u>als ob</u> es der Schmerz eines anderen wäre	Hyp-, Anästhesie
Bewusstsein	wie im Traum, wie abgelöst, wie nicht da	Anfall, Besessenheit, Stupor
Untersucher	un-sichtbar	sichtbar

Cambridge Depersonalization Scale

Sierra & Berrios (2000), dt. Michal et al. (2004)

Entfremdungsgefühle-Depersonalisation

Bitte lesen Sie aufmerksam die nachfolgende Testanleitung:

Der nächste Fragenkomplex beschreibt „komische“ und befremdliche Erfahrungen, die Menschen in ihrem Alltag erleben. Bitte geben Sie an

- a. die **Häufigkeit**, also wie oft Sie solche Erfahrungen in den letzten sechs Monaten gemacht haben
- und**
- b. die ungefähre **Dauer** dieser Erlebnisse.

Zu jeder Frage kreuzen Sie bitte die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich nicht sicher sind, schätzen Sie die Antwort ein.

	<u>Häufigkeit</u>		<u>Dauer im allgemeinen</u>
	0 = nie ----- 1 = selten 2 = oft 3 = sehr oft 4 = andauernd	→	1 = ein paar Sekunden 2 = ein paar Minuten 3 = ein paar Stunden 4 = etwa einen Tag 5 = mehr als einen Tag 6 = mehr als eine Woche
1. Aus heiterem Himmel fühle ich mich fremd, als ob ich nicht wirklich wäre oder als ob ich von der Welt abgeschnitten wäre.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
2. Was ich sehe, sieht "flach" oder "leblos" aus, so als ob ich ein Bild anschäue.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
3. Teile meines Körpers kommen mir vor, als ob sie nicht zu mir gehören würden.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
4. Ich verspürte keine Furcht in Situationen, die man normalerweise als beängstigend oder belastend erlebt.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

Cambridge Depersonalization Scale

CDS-2 als Kurzscreening analog PHQ-2 oder GAD-2

(Löwe et al. 2010)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Überhaupt nicht An einzelnen Tagen An mehr als der Hälfte der Tage Beinahe jeden Tag

Depressivität (a + b)

- a) Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten 0 1 2 3
- b) Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit 0 1 2 3

Angst (c + d)

- c) Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung 0 1 2 3
- d) Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren 0 1 2 3

Depersonalisation, Unwirklichkeitsgefühle (e - i)

- e) Ich erlebe mich wie abgetrennt von meiner Umgebung oder diese erscheint mir unwirklich, so als ob ein Schleier zwischen mir und der äußeren Welt wäre. 0 1 2 3
- f) Aus heiterem Himmel fühle ich mich fremd, als ob ich nicht wirklich wäre oder als ob ich von der Welt abgeschnitten wäre. 0 1 2 3

(CDS-2, Michal et al. 2009)

1. **SKID-D:** Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen (Steinberg et al. 1994, dt. Gast et al. 2000):
 - 5 Kapitel (Amnesie, DP, DR, Identitätsunsicherheit, Identitätsalteration), 4 stufige Schweregradeinteilung
2. **AMDP-Manual:** Ankerbeispiele für 3 stufige Schweregradeinteilung
3. **Depersonalisation Severity Scale** (Simeon et al., 2001), 6 Fragen mit 4 stufiger Schweregradeinteilung.



Depersonalization Severity Scale,

(Simeon et al. 2001, dt. Michal et al. 2010)

Diagnose und Schweregradeinteilung der DP/DR	0-3
1. Haben Sie sich jemals so gefühlt, als ob sie neben sich stehen oder sich selbst beobachten, so als ob sie eine andere Person anschauen oder als ob sie einen Film über sich sehen?	
2. Haben Sie sich jemals so gefühlt, als ob Ihr ganzer Körper oder Teile Ihres Körpers irgendwie losgelöst von Ihnen wären oder nicht zu Ihnen gehören würden?	
3. Haben Sie sich jemals unwirklich gefühlt oder kamen sie sich selbst jemals fremd(artig) vor?	
4. Haben Sie jemals in den Spiegel geschaut und sich dabei von Ihrem eigenem Bild wie abgetrennt erlebt?	
5. Haben Sie sich jemals gefühlt, als ob Sie in einem Traum wären oder den Eindruck gehabt, ganz losgelöst von ihren Bewegungen zu sein?	
6. Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, als ob als ob ihre Worte, Stimme, Bewegungen oder ihr Verhalten irgendwie nicht von Ihnen ausgehen oder wie von Ihnen abgelöst geschehen?	
7. Haben Sie jemals den Eindruck gehabt, als ob die Umwelt oder andere Personen Ihnen irgendwie unwirklich oder seltsam fremd vorkamen?	

Schwere der DP/DR in den letzten 4 Wochen	
0 = nicht vorhanden	nicht vorhanden
1 = leicht	→ selten und nur geringe oder mäßige Intensität oder auch häufiger aber mit geringer Intensität (insgesamt also nicht pathologisch, m. a. W. vorhanden aber im Rahmen des Normalen)
2 = mittelgradig	→ selten aber hohe Intensität, häufig aber nur mäßige Intensität, dauerhaft aber nur geringe Intensität
3 = schwergradig	→ häufig mit starker Intensität, dauerhaft von mäßiger oder starker Intensität

Depersonalisations/Derealisation-Störung (DSM-5: 300.6, ICD-10: F48.1)

- A. Andauernde oder wiederkehrende Erfahrungen von DP, DR 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.
 - 2) **Derealisation:** Erfahrungen von Unwirklichkeit und Entferntsein in Bezug auf die Umgebung.
- 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) oder einen **anderen medizinischen Krankheitsfaktor** (z.B. epileptische Anfälle) zurückzuführen.
- E. Die Störung wird durch **keine andere seelische Erkrankung besser erklärt**, wie zum Beispiel durch eine Schizophrenie, Panikstörung, Depression, akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörung oder eine andere dissoziative Störung.

Beeinträchtigung durch die Symptome

- Die meisten Patienten erleben die Symptome als sehr quälend
- **Ängste „verrückt“ zu werden ...**
- Quälende Gefühle der **Isolation und Einsamkeit**
- Quälendes Gefühl, **das eigene Leben zu verpassen**
- **Konzentrationsstörungen** (selten objektivierbar)
- Häufig **Diskrepanz** zwischen dem scheinbar unberührten Verhalten der Betroffenen und ihrer ausgeprägten Verzweiflung/Angst/Not

Typisches klinische Bild

(nach DSM-5, Michal et al. 2018)

- 1) Schwierigkeiten, Symptome zu beschreiben, sei es weil schwer in Worte zu fassen, oder wegen Befürchtungen, nicht verstanden oder für verrückt erklärt zu werden
- 2) Betroffene haben oft Angst, verrückt zu werden oder die Kontrolle über sich zu verlieren
- 3) Häufig Sorge, DDS sei Folge eines Hirnschadens
- 4) Veränderte Zeitwahrnehmung (zu schnell oder zu langsam)
- 5) Schwierigkeiten, sich Erinnerungen lebhaft ins Gedächtnis zu rufen
- 6) Diffuse somatische Symptome wie Kopfdruck, Kribbeln, Schwindel oder Benommenheit
- 7) Zwanghafte Beschäftigung mit der Symptomatik (existiere ich? wie ist meine Wahrnehmung?)
- 8) Ängstlich-depressives Syndrom / hohe Komorbidität

- ❖ Komorbidität ist die Regel
- ❖ Die meisten Patienten haben mind. 2 weitere Diagnosen
- ❖ Depressive Störungen (Major Depression, Dysthymie) ca. 60-80%
- ❖ Angststörungen (Soziale Phobie, Panik, Agoraphobie, GAD) ca. 60%
- ❖ Persönlichkeitsstörungen ca. 50%
 - Ängstlich-vermeidend PS
 - Zwanghafte PS
 - Borderline PS
- ❖ Häufig Substanzmissbrauch in der Anamnese bei Männern (Alkohol, Drogen)
- ❖ PTBS selten

Quellen

DSM-5, APA 2014
Simeon et al. 2003
Baker et al. 2003
Michal et al. 2005
Michal et al. 2013,
2016

DP/DR als Symptom/Kriterium anderer psychischer Störungen in ICD-10/DSM-5

- **Angststörungen** (*Psychische Symptome: DP, DR, Angst vor Kontrollverlust, zu sterben, ICD-10 F40.0-F41.1*)
- **Borderline-Persönlichkeitsstörung** (DSM-5: Vorübergehende durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome)
- **PTSD** (DSM-5: „with dissociative symptoms ... in response to the stressor DP or DR)
- **Akute Belastungsreaktion** (DSM-5: B6: „altered sense of reality ...“)
- **Akute Cannabisintoxikation** (F12.0)
- **Schizotype (Persönlichkeits)-störung:** (F21, *ungewöhnliche Wahrnehmungserfahrungen*)
- **Dissoziative Identitätsstörung, N.N. Bez. Diss. Störung** (DSM-5)

- Symptome von DP-DR = häufigstes Syndrom nach Angst und Depression bei psychiatrischen Patienten (Stewart 1964)
- Mehrzahl aller Menschen erlebt DP/DR einmal im Leben
- Punktprävalenz der Depersonalisations-Derealisations-Störung, **0.56-1.34%**
 - Bebbington et al. (1997): N=759 in London, Interview, **1.2%**
 - Johnson et al. (2006): N=658 in NY, Interview, **0.8%** (und 4.4% for Dissociative Disorder Not Otherwise Specified)
 - Lee et al. (2012): N =3,275 in UK, Interview, **0.95%**
- **Administrative 12-Monatsprävalenz** der DDS = 0.007% (Michal et al. 2010)
- Klinische Stichproben
 - Brauer et al. (1970): N=84 „psychiatric inpatients“ = 12%
 - Michal et al. (2005): N=143 konsekutive stationäre psychosomatische Patienten, 30% schwere DP, 23% Diag. F48.1.

Alter bei Beginn* +	16 ± 8 Jahre , nur 20% nach dem 20 Lj. nur 5% nachdem 25. LJ.
Geschlecht⁺	1:1 (3M:2F §)
Verlauf* +	1/3 anhaltend chronisch 1/3 erst episodisch, dann chronisch 1/3 episodisch
Zeit bis Diagnose	7-12 Jahre
Beginn* +	50% akut, 50% allmählich

*Simeon et al. (2003) Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases.

Michal et al. (2009)

§ Sierra 2009

+ DSM-5

\$ Michal et al. 2016

Fallbeispiel – Patient schildert differenziert einen TLE- Anfall: für knapp eine Minute „nicht richtig da, Stimme hört sich fremd an, distanziert von der Umgebung“ außerdem epigastrische Aura und andere psychosensorische Symptome

Längsschnittstudie Kindheit bis 36 Lj., N =3,275 in UK (Lee et al. 2012):

Hauptprädiktor: Ängstlichkeit im 13. Lj. gemäß Urteil des Lehrers

Kein Zusammenhang mit frühen Belastungsfaktoren wie Trennung, Scheidung der Eltern, Tod eines Elternteils

Fallkontrollstudien: 49 DDS Patienten versus 26 Gesunde (**Simeon et al. 2001; 223 DDS Patienten versus depressive Kontrollen, *Michal et al. 2016)

↔* ↑** Emotionaler Missbrauch (Mangel an emotionaler Zuwendung, Demütigung)

↔ sexueller Missbrauch

↔ Gewalterfahrungen

↔ körperliche Vernachlässigung

Fazit: Für die DDS gibt es keinen spezifischen Trauma-Bezug (sex. Missbrauch, Gewalt etc.)!

4 Neurobio => Spezifische Mechanismen!

- (1) **Thinking without Feeling:** Reduzierte Aktivierung der Insula und verstärkte präfrontale Aktivierung in Reaktion auf emotionale Stimuli in f-MRT Studien (Sierra 2009, Phillips ML et al. 2001)
- (2) Verstärkte Aktivierung im Bereich des Precuneus (BA 7) als Korrelat einer erhöhten selbstfokussierte Aufmerksamkeit (Simeon et al. 2001; Irlle et al. 2007; Michal et al. sub)
- (3) Probleme mit der selektiven Aufmerksamkeit (Adler et al. 2014, Schabinger et al. 2018)
- (4) Diskrepanz einer differenzierten autonomen Reagibilität auf emotionale Stimuli und Selbstwahrnehmung als gefühllos (Sierra et al. 2006; Michal et al. 2013)
- (5) Diskrepanz einer normalen interozeptiven Sensibilität und der Wahrnehmung, Abgetrennt vom eigenen Körper zu sein (Michal et al. 2014, Schulz et al. 2015, 2016):
Allerdings Probleme mit der Fokussierung auf den Körper

Fallbeispiel

Übersichtsarbeit

© Schattauer 2012

1

Angst verrückt zu werden

Abgrenzung des neurotischen Depersonalisations-Derealisationssyndroms von der paranoiden Schizophrenie

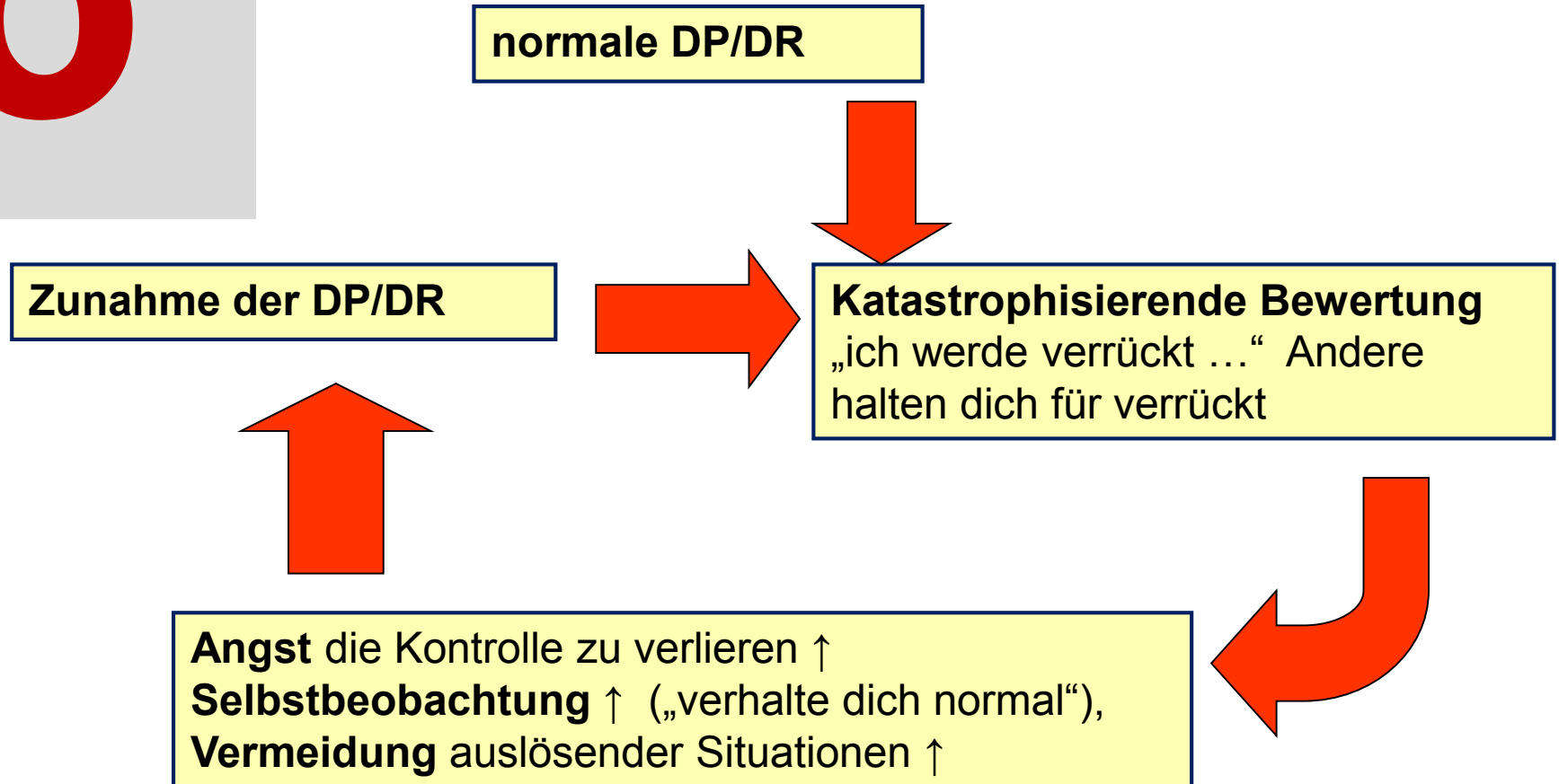
M. Michal; I. Tavlaridou; C. Subic-Wrana; M. E. Beutel

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0038-1628254>

Störungsmodelle

6



Kognitiv-behaviorales Modell (Hunter et al. 2003)

Dem Beginn der Depersonalisation geht meist ein unerträgliches Gefühl, eine heftige Erregung voran

DP/DR = „Flucht vor dem vollen Erleben der Wirklichkeit“

..... „Beobachten statt erleben“

Paul Schilder (1914, 1924, 1950)

DP/DR = Affektabwehr (Fenichel, 1946)

„Gefangenen, denen es gelang, gefasst, sehr auf der Hut zu sein und geschickte Antworten zu geben, [erzählten]... ,daß sie ihre Angst dadurch überwinden konnten, indem sie sich bewußt und absichtlich in einen kaltblütigen Zustand versetzten, der einer Depersonalisation wohl sehr nahe kam. Diese Distanziertheit führte in der Tat oft dazu, daß die Gefangenen sich fühlten, als hätten sie keinen Körper, keine Empfindungen, keine Gefühle mehr, sondern nur noch ein eiskalt kämpfendes Gehirn.“

*Edith
Jacobson
(1897- 1978)*

(Jacobson, 1959)

Henry Krystal (1971) *Trauma: Intensity and Chronicity*

- 1) Stimulus
- 2) Bedeutung/Assoziationen des Stimulus
- 3) Affektive Reaktion („affect storm“)
- 4) Affekttoleranz

„If the individual's affect tolerance is exceeded, he may have to ward off the affect by becoming depersonalized, i.e. be developing a massive „numbing“ through isolation of affect“

(Krystal, 1971, page 17)

Henry Krystal (1925 – 2015)

Quelle Photo:

<https://www.nytimes.com/2015/10/15/science/henry-krystal-holocaust-trauma-expert-dies-at-90.html>

Auszug aus „Die Pilgerjahre des farblosen Herrn Tazaki“ von Haruki Murakami

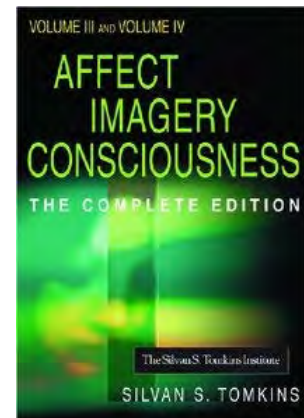
1. Wie kann man die Entstehung der DP-Symptomatik verstehen?
2. Was wird Wie abgewehrt?
3. Warum verhält sich Tsukuru so wie er sich verhält?

Affekte, Emotionen, Gefühle

(McCullough 2003; Tomkins 1962, 1963, 1991; Lazarus 1999)

- 1) Affekte sind das primäre, angeborene, Motivationssystem des Menschen
- 2) Affekte gehen den Kognitionen voraus (evolutionär, entwicklungs-psychologisch und zeitlich in der Verarbeitung im Gehirn)
- 3) Das Fühlen der Affekte bedeutet Lebendigkeit
- 4) Affekte geben Orientierung (= Identitätsgefühl)
- 5) Adaptiver Ausdruck der Affekte stellt Verbundenheit her
- 6) Seelische Gesundheit: „... fähig die ganze Breite der Emotionen zu erleben, auszuhalten und zu regulieren (DSM-5, APA 2013)“
- 7) Adaptiven Affekte, die häufig konflikthaft sind
 - a) Ärger / Selbstbehauptung
 - b) Trauer / seelischer Schmerz
 - c) Nähe / Zärtlichkeit / Fürsorge / Liebe usw.
 - d) Positive Selbstgefühle (Selbstvertrauen, Selbstfürsorge, Würde)

**Silvan S.
Tomkins *1911 †
1991**



Emotionale Störungen = Affektphobien

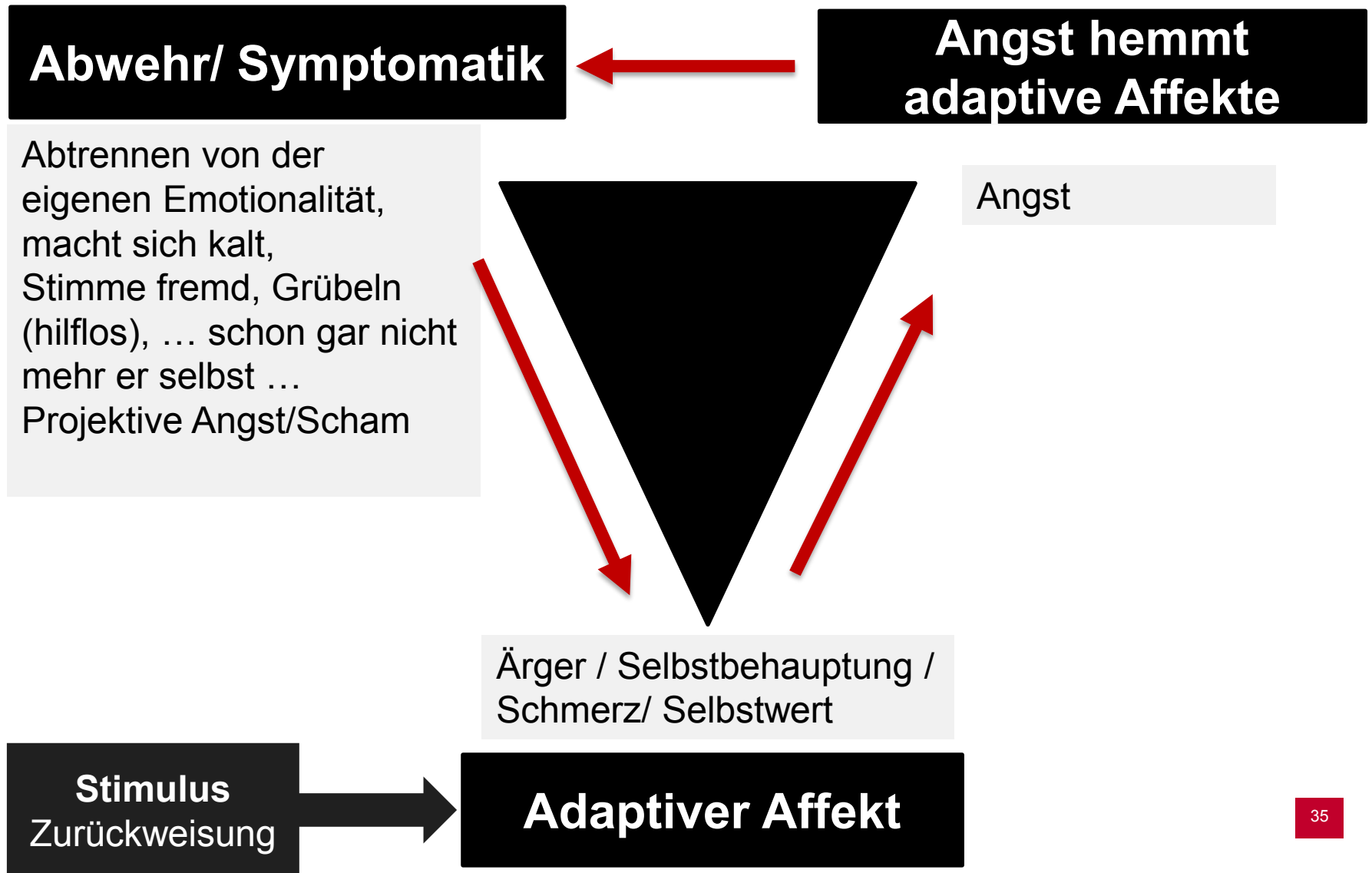
*Säugetiere haben
Angst gefressen
zu werden,*

*Menschen haben
Angst, die
Verbindung zu
den primären
Bezugspersonen
zu verlieren*

*DDS als massive
Affektphobie*

Das Konflikt dreieck – Symptomentstehung

(nach McCullough et al. 2003, Malan 1979)



Triangle of Conflict

Triangle of Person

Defense

Anxiety

Therapist

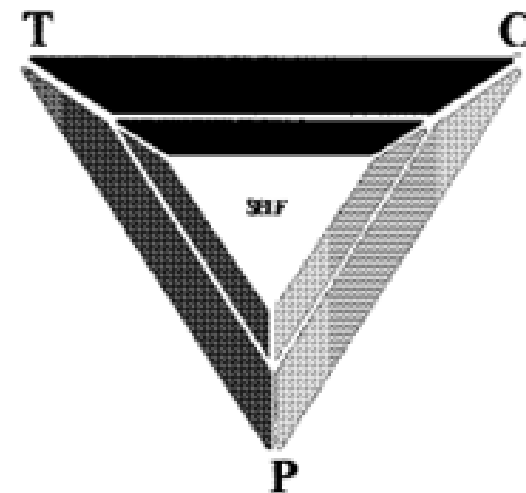
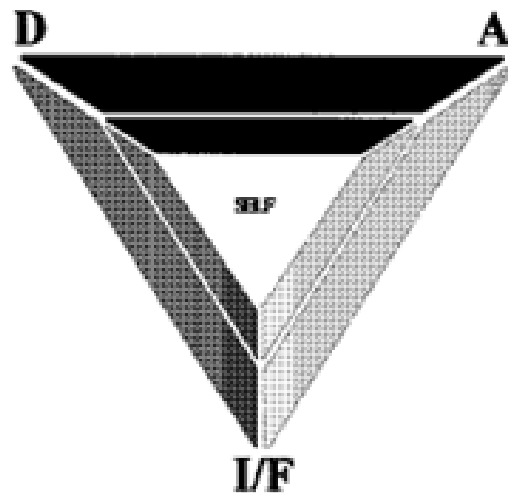
Current Persons

Maladaptive or
Avoidant Thoughts,
Feelings or Behaviors

Conflict/Inhibition
Due to Anxiety, Guilt
Shame, Pain

Where conflict
patterns can be
examined

Current Signif. Others
Where conflict patterns
are maintained



**Adaptive Impulse/Feeling
Activation/Excitation**

Past Persons

Anger, Sorrow, Fear, Tenderness,
Joy, Excitement, Sexual Desire
Care, Compassion for Self and Others

Early life caretakers where
conflict patterns originated

Es gibt kein Medikament das zur Behandlung der DDS zugelassen ist (Zielsymptome DP-DR)

- **SSRI:** keine Evidenz (1 RCT: Fluoxetin = Placebo, Simeon et al. 2004)
- **Antipsychotika:** meist schädlich (Simeon et al. 2003, Sierra, 2008)
- **Benzodiazepine:** obsolet über längere Zeit (Einzelfallberichte mit positiven Erfahrungen; Sierra 2008).
- **Opiod-Rezeptor-Antagonisten:** 2 offene Studien mit jeweils N=14 Patienten, widersprüchliche Ergebnisse (Sierra, 2008)
- **Lamotrigin:** Als Add-on zu SSRI, 1 offene Studie, bei 80% Rückgang um der DP um 30%; 1 RCT kein Effekt (Sierra, 2008), 1 RCT (Aliyev & Aliyev 2011): Lamotrigin 300mg/d 12 Wochen: Response 72% versus 16% Placebo, aber schlechte Studienqualität.

Psychotherapie

Schwere DP/DR bedeutet:

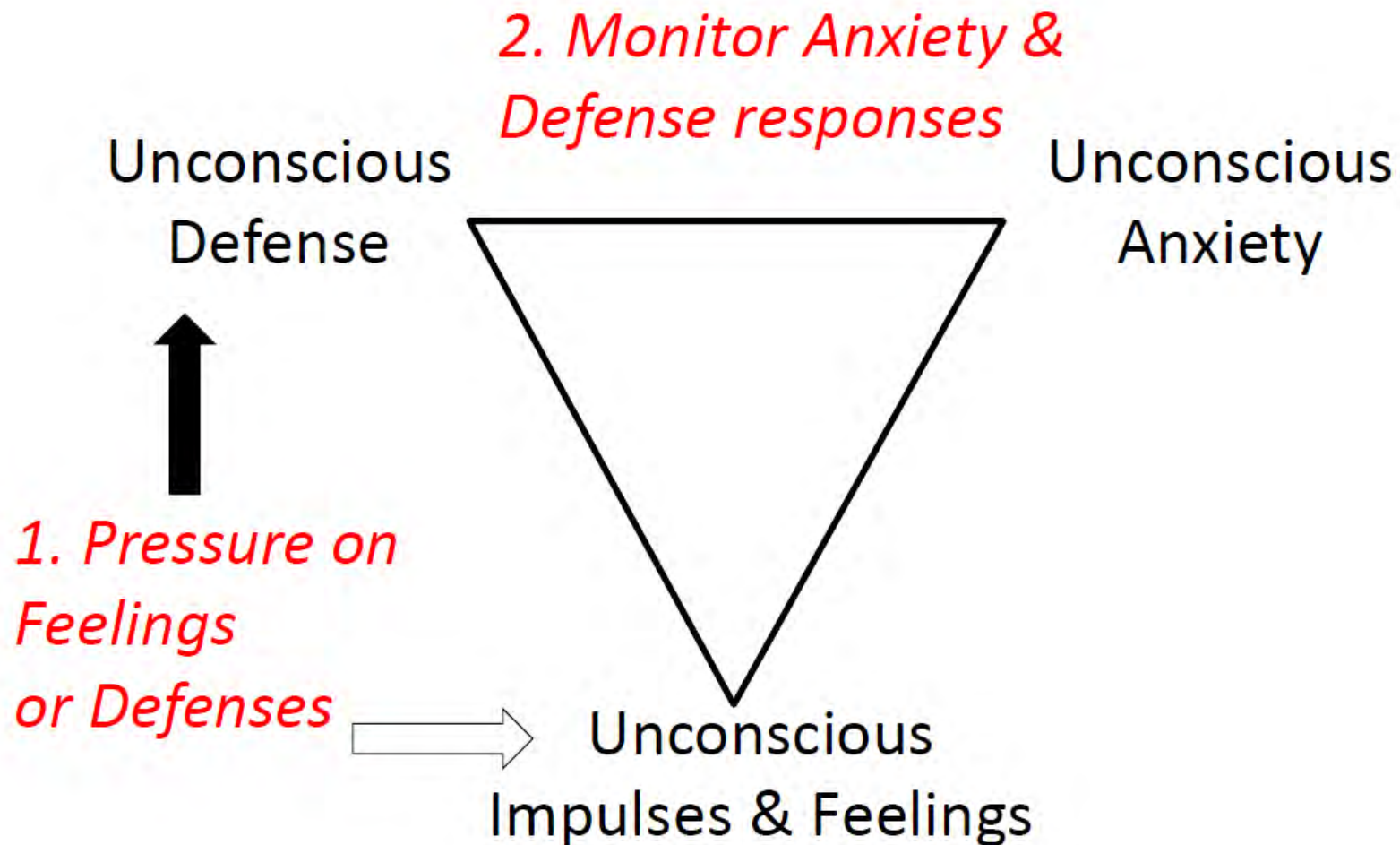
1. **Angst vor Nähe** (Projektive Ängste/Scham, „falsches Selbst“, Zensur, Mauer usw.) -> Übertragung: „Wie fühlen Sie mir gegenüber?“
2. **Eingeschränkte Affekttoleranz** (Notwendigkeit des kontinuierlichen Angstmonitorings und der Angstregulation: Angstabfuhr über die quergestreifte M, glatte M. oder Denk-Wahrnehmungsstörung?) „Was spüren Sie gerade im Körper“
3. **DP/DR als Abwehr konflikthafter Gefühle** (-> reaktive Wut, Schuldgefühle/Schmerz und Liebe/Sehnsucht aufgrund von Bindungstraumata) -> Affektfokus

»**Experiencing a feeling means actually feeling it.**

While that may belabor the obvious, it is important to be clear on this point because a great deal of psychotherapy – when it touches on affect at all – focuses on affect **by talking about feelings rather than actually experiencing them.** Unfortunately, this can be a situation in which therapists collude with the defense of intellectualization, tacitly **reinforcing the defense** rather than encouraging the patient to give it up.

... a deep experience of affect includes not just the ability to **label** a subjective feeling state, but also a visceral, physiological **experience in the body** and an awareness of the associated **impulse (e.g., to cry, to hug, to hit)**. Patients may defend against any of these aspects«.

(Nat Kuhn, 2014, S. 96-97.)

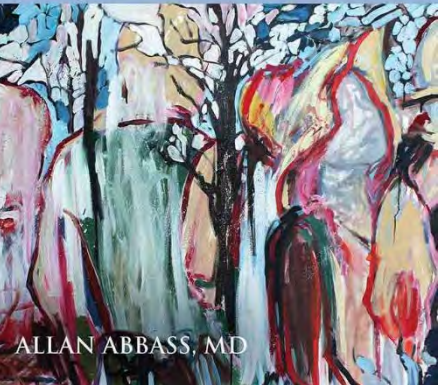


Kurzes Fallbeispiel

-
- Symptome aktiv explorieren sonst bleibt die Störung unsichtbar
 - Ätiologie: Bindungstraumatisierung
 - Kein Medikament ist zur Behandlung der DDS zugelassen
 - Therapie der Wahl ist Psychotherapie
 - Wichtige Themen/Interventionen sind
 - ✓ Angst vor Nähe/Widerstand gegen Nähe
 - ✓ DP/DR als massive Affektabwehr (Affektphobie)
 - ✓ Beeinträchtigte Affekttoleranz mit der Notwendigkeit die Angst kontinuierlich zu monitoren (und zu regulieren)
 - Hilfreiche Therapieansätze: Intensive Kurzzeittherapie nach Davanloo (ISTDP, z.B. Allan Abbass 2015; Affektfokussierte Psychodynamische Psychotherapie, McCullough et al. 2003, 2019)
 - Auch eine chronische DDS ist überwindbar

Reaching through Resistance

ADVANCED PSYCHOTHERAPY TECHNIQUES



ALLAN ABBASS, MD

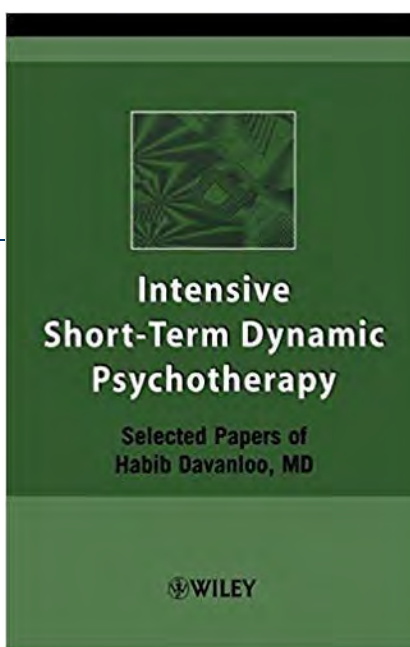
Co-Creating Change

Effective Dynamic Therapy Techniques



JON FREDERICKSON

Copyrighted Material



Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

Selected Papers of Habib Davanloo, MD

WILEY

UN
Psy
und

Gottwik (Hrsg.)



Intensive psychodynamische Kurzzeittherapie nach Davanloo

Springer

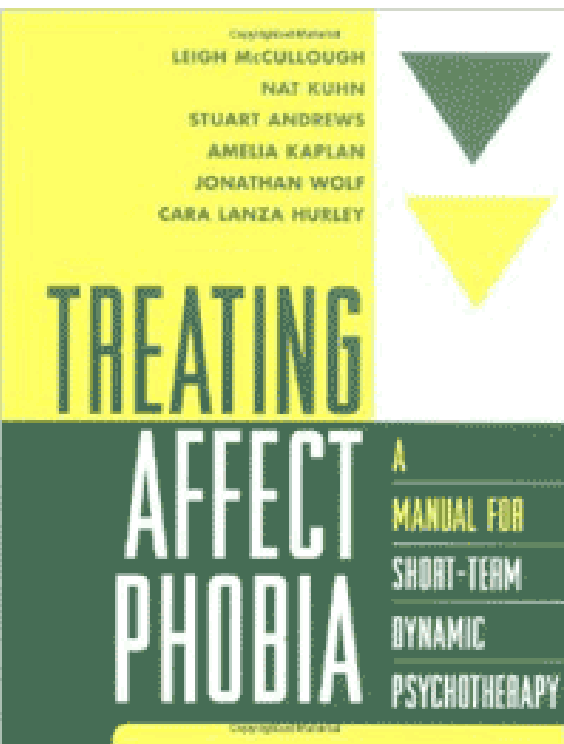
Kohlhammer
Manuale

McCullough, Kuhn, Andrews,
Kaplan, Wolf, Lanza Hurley

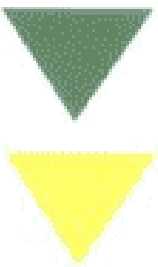
Affektfokussierte psychodynamische Psychotherapie

Ein integratives Manual zur Behandlung von Affektphobien

Kohlhammer



Copyrighted Material
LEIGH McCULLOUGH
NAT KUHN
STUART ANDREWS
AMELIA KAPLAN
JONATHAN WOLF
CARA LANZA HURLEY



TREATING AFFECT PHOBIA

A MANUAL FOR SHORT-TERM DYNAMIC PSYCHOTHERAPY

Copyrighted Material



CHANGING CHARACTER



Short-Term Anxiety-Regulating Psychotherapy
for Restructuring
Delusions, Affects, and Attachment

LEIGH McCULLOUGH VAILLANT

Material und Links

ISTDP

<https://www.istdp.ch/>

<https://www.istdp.de/>

<http://reachingthroughresistance.com/>

<https://vimeo.com/247213862>

Affektfokussierte Psychotherapie

<http://www.affectphobiatherapy.com/>

<https://www.kohlhammer.de/wms/instances/KOB/appDE/Vorschau/Affektfokussierte-psychodynamische-Psychotherapie/>

Guardian

<https://www.theguardian.com/society/2015/sep/04/depersonalisation-disorder-the-condition-youve-never-heard-of-that-affects-millions>

Fallsammlung

<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0908-4>

British Medical Journal

<https://www.bmj.com/content/356/bmj.j745/article-info>

Leitlinie

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-030.html>

Fragebögen -> michal@uni-mainz.de (ich schicke Ihnen gerne die Fragebögen)