

Zwischen Schlaf- und Wachzuständen: Die oneiroide Erlebnisform

Prof.Dr.med. Michael Schmidt-Degenhard

Vortrag am 22. April 2005 im Rahmen der
55. Lindauer Psychotherapiewochen 2005 (www.Lptw.de)

Es gibt drei Hinsichtnahmen, unter denen sich das Phänomen der oneiroiden Erlebnisform thematisieren und problematisieren lässt:

1. Es geht hier um das Aufzeigen des Zusammenhangs von motorischer Entmündigung, leiblicher Desintegration und Imagination.
2. Das Problem der als Trauma erlebten Extremsituation sowie der Versuch ihrer Bewältigung durch das leibliche Subjekt.
3. Die Erlebnis-Wirklichkeit des Imaginären.

Phänomenologie wird im Folgenden als deskriptive Methode mit dem Ziel der Erfassung des Phänomens im „wie seines Gegebenseins“ verstanden: Diese der Subjektperspektive verpflichtete Erlebnismitteilung wird ergänzt durch eine „objektive“ Analyse des situativen Kontextes der subjektiven Erfahrungen. Der sich daran anschließende Versuch einer Interpretation des Phänomens markiert den Übergang zu einer hermeneutischen Annäherung an das Phänomen der oneiroiden Erlebnisform.

Die Thematik des Oneiroid wird nicht im Rahmen eines genuin psychiatrischen Krankheitsbildes, also nicht etwa im Zusammenhang mit affektiven oder schizophrenen Abwandlungen der Person, beschrieben. Den Ausgangspunkt der klinischen Überlegungen bildet vielmehr die Situationsanalyse eines schwersten somatischen Krankheitsbildes, das zu einer Verwerfung, ja einer Zerstörung der Leiblichkeit und damit des empirisch-natürlichen Leib-Seele-Zusammenhanges führt. Der damit einhergehende gravierende Wandel des Erlebens lässt sich aber nur mit dem Methodenrepertoire der Psychopathologie erfassen.

Ad 1

V. v. Weizsäcker hat die für die wahrnehmende Zuwendung zur Welt und für das handelnde Zugehen auf Wirklichkeit konstitutiver Einheit von Wahrnehmen und Bewegen im „*Gestaltkreis*“ –Theorem zu deuten versucht. Danach beruht die primäre vorprädikative Erfahrung unserer Wirklichkeit vermittels der erlebten Grenzen unseres Leibes auf der im Gestaltkreis gegebenen Kohärenz von motorischer Spontaneität und sensorischer Rezeptivität. Hieraus wäre aber nun zu folgern, dass eine tiefgreifende Störung dieser beiden Grund-

bedingungen unserer Welterfahrung von einer qualitativen Abwandlung des Verhältnisses von Ich- und Welterleben begleitet wird.

Ad 2

Zum Phänomen der Grenzsituation und des Versuches ihrer Bewältigung durch das leibliche Subjekt

V. v. Gebattel hat als den Ausgangspunkt einer phänomenologisch-anthropologischen Psychopathologie den „Affekt der psychiatrischen Verwunderung“ beschrieben, den wir etwa in der Begegnung mit einem psychotisch gewordenen Menschen verspüren können (v. Gebattel 1954). Dieser komplexe, der Faszination verwandte, aber auch Facetten von Beunruhigung und Befremdung beinhaltende Affekt resultiert aus dem der Gesprächssituation gegebenen Widerspruch zwischen der vertrauten Erfahrung mitmenschlicher Gegenwart und der Anmutung des Fremdartigen oder Außerordentlichen in den von dem Anderen mitgeteilten Erfahrungsweisen. Ein ähnliches Gefühl des verwunderten Erschreckens über die ungeahnten Möglichkeiten und Horizonte des Eigen-Seelischen mag sich aber auch solchen Menschen aufdrängen, die nach dem Durch- und Überleben einer existentiellen Extremsituation vor einer zweifachen Schwierigkeit stehen: Zum einen geht es um den Versuch der Rückkehr in die vertraute Lebenswelt mit den gewohnten mitmenschlichen Bezügen, denen der Betroffene nun aber als ein durch das Erlebte irgendwie Veränderter gegenübersteht; daneben zeigt sich aber nicht selten das intensive Bedürfnis, die in der Extremsituation gemachten Erfahrungen eines Außerordentlichen in die biographische Sinnkontinuität zu integrieren. Zu den extremen Situationen, in denen die Person an die Grenzen menschlicher Möglichkeiten und Befindlichkeiten gelangt und in denen ihr ein Äußerstes bzw. Letztes zur Bewältigung des Geschehens abverlangt wird, gehören zweifellos die Erfahrungen schwerster körperlicher Erkrankung oder von Katastrophenereignissen individueller wie kollektiver Art. In allen diesen Situationen wird der Mensch auf eine radikale und unausweichliche Weise mit seiner eigenen Endlichkeit und Kreatürlichkeit konfrontiert, es kommt zu einem Bruch der die Alltagsexistenz sichernden Erfahrungsschemata und lebensweltlichen Gewissheiten.

P.C. Claussens „Herzwechsel“ beschreibt eine solche durch die moderne Medizin möglich gewordene Extremerfahrung, aus der dann aber eine das Selbst- und Weltverständnis des Autors zutiefst berührende persönliche Krisensituation erwächst. Zum Ausgangspunkt dieser Krise werden aber nicht die medizinisch-technischen Realerfahrungen, nicht die unerwartete, notfallmäßig erforderliche Herztransplantation und die ihr folgenden körperlichen Komplikationen, sondern jene außerordentlichen postoperativen Erlebnisse, die Claussen selbst mit introspektiver Differenzierung als „Zwangsvisionen“ und „Reisen im Transit“ unterscheidet. Er erwähnt dabei aber ebenfalls die sonderbare Rat- und Hilflosigkeit der in technischer Hinsicht so weit fortgeschrittenen somatischen Medizin gegenüber diesen Erfahrungen, die von seinen ärztlichen Gesprächspartnern zumeist auf rein somatologische Erklärungs- und Begründungsmodelle neurophysiologischer oder neurochemischer Provenienz zurückgeführt wurden. Die damit gemeinte wichtige und notwendige Erforschung der neurobiologischen Determinanten und

Bedingungen solcher eigenartigen „inneren Reisen“ bewegt sich aber auf einer ganz anderen Ebene als die den Patienten primär bewegende Frage nach dem unbegreiflichen Wirklichkeitscharakter und den möglichen Sinnmomenten solcher Erfahrungen. Dieses aus dem persönlichen Betroffensein erwachsende Fragen zielt somit auf die Eigenwelt und Eigengesetzlichkeit des Seelischen, das als qualitativ gegebene „natürliche Erfahrung“ im Sinne von E. Husserl und L. Binswanger grundsätzlich nur über die sprachliche Mitteilung, also die Selbstschilderung des erlebenden Subjektes zugänglich ist. Hier fragt nun die phänomenologisch-anthropologische Psychopathologie nach den solchen Erlebnisweisen eigenen Konstituierungsprozessen; das psychologische Syndrom erscheint dann als ein komplexes seelisch-geistiges Sinngelbilde, das einer Interpretation zugänglich ist und keinesfalls unter rein defizitären Gesichtspunkten betrachtet werden darf.

Die Lektüre der Selbstschilderungen Claussens bedeutete für mich eine bewegende Bestätigung eigener Untersuchungen und Überlegungen zu den menschlichen Erlebnismöglichkeiten in solchen Extremsituationen, in denen das Subjekt gleichermaßen von Selbst- wie Weltverlust bedroht wird. Im Folgenden soll zunächst die klinische Erfahrungsgrundlage meiner Beobachtungen dargestellt werden; dann wird es aber auch darum gehen, ihre anthropologische Relevanz aufzuzeigen, um hervorzuheben, was diese in einer Grenzzone des Lebens erlittenen Erfahrungen für unser eigenes Selbstverständnis und unser Bild vom Menschen bedeuten können.

In deskriptiv-psychopathologischer Hinsicht lassen sich die von Claussen mitgeteilten „Reisen im Transit“ und die Selbstschilderungen meiner Patienten der sogenannten *oneiroiden Erlebnisform* zuordnen, die üblicherweise als ein *traumähnlich veränderter Wachbewusstseinszustand* umschrieben wird. Der 1924 von Maier-Gross in die deutschsprachige Psychiatrie eingeführte und der französischen Psychiatrie entlehnte Begriff bezeichnet *solche seelischen Ausnahmestände, in denen phantastische Erlebniszusammenhänge im Modus einer subjektiv unbezweifelbaren Wirklichkeit* erfahren werden.

Infolge dieser Erfahrungsevidenz kann das Oneiroid als eine komplexe Ausformung innerhalb des Spektrums der halluzinatorischen Erlebnisweisen betrachtet werden, während es wegen der geschlossenen Welthaftigkeit seines strukturalen Aufbaus in einer Ähnlichkeitsrelation zum Traum steht.

In der klinisch-psychiatrischen Literatur wurden episodische Oneiroide bisher zumeist bei akuten schizoaffektiven und schizophrenen Psychosen, daneben aber auch bei entzündlich und toxisch induzierten, sowie epileptischen, also somatogenen und schließlich bei psychogenen Psychosen beschrieben. Nicht zuletzt dieses ausgedehnte, alle ätiologisch - nosologischen Grenzziehungen überschreitende klinisch-psychopathologische Manifestationsspektrum belegt, dass es sich bei der oneiroiden Erlebnisform als einem ätiologisch unspezifischen Syndrom um mehr als ein nur peripheres klinisches Detail handelt. Vielmehr verweist der hier behandelte Sachverhalt auf eine wesentliche Grundfrage der allgemeinen Psychopathologie: Dient das Oneiroid doch zur Kennzeichnung einer wohl zwar seltenen, aber anthropologisch höchst bedeutsamen Erlebensmodalität, die in einer eigenwertigen Stellung zwischen Traum und Wachbewusstsein paradigmatisch die Konstituierung einer *Phantasiewelt als erlebte Wirklichkeit* demonstriert. Die oneiroide Erlebnisform

konfrontiert die psychopathologische Erkenntnis, aber auch das philosophische Fragen mit dem rätselhaften *Problem der Erlebniswirklichkeit des Imaginären*:

Ad 3

Die Rätselhaftigkeit imaginativ fundierter menschlicher Erfahrungen beschreibt Kant in seiner „Anthropologie in pragmatischer Hinsicht“ bei der Erörterung des Traumes, den er als „unwillkürliche Dichtung im gesunden Zustand“ charakterisiert:

„Wie es zugehe, dass wir oft im Traum in die längst vergangene Zeit versetzt werden, mit längst Verstorbenen sprechen, dieses selbst für einen Traum zu halten versucht werden, aber doch diese Einbildung für Wirklichkeit zu halten uns genötigt sehen, wird wohl für immer unerklärt bleiben“. (Kant, 1964, Bd 6, 497)

Die von Kant skizzierte phänomenale Gesamtstruktur des Traumes erschließt sich aber erst in der Zusammenschau der Dreiheit von erlebter Traumwelt (bzw. Traumhalten), Nihilierung dieser Traumwelt im Umschlag des Erwachens und dem nur retrospektiv verstehbaren Bedeuten der Traumwelt; hiermit wird bereits aber eine Irrealisierung des Imaginären, also eine Veränderung des imaginären Seinsmodus der Traumwelt vollzogen.

In noch eindringlicherer Deutlichkeit tritt uns die Wirklichkeit des Imaginären im Erfahrungsraum der Psychopathologie entgegen: In den unterschiedlichen halluzinatorischen Erlebnisweisen, in den konfabulatorischen Syndromen und auch im Wähnen offenbart sich ein ausgedehntes und vielgestaltetes Spektrum der Imagination als einer grundlegenden anthropologischen Kategorie (Schmidt-Degenhard, 1995). Ihr Wirkraum erstreckt sich bis in unsere alltäglichen Wahrnehmungen, die ja neben ihren perzeptiven immer auch imaginative Komponenten enthalten – ein Sachverhalt, dessen Aufweis besonders der phänomenologischen Psychologie zu verdanken ist. (Schapp, 1910, 1981; Merleau-Ponty, 1966)

Es mag nun zunächst erstaunen, ein so exquisit psychopathologisches Problemfeld wie das des oneiroiden Erlebnisfeldes im Rahmen eines genuin neurologischen Krankheitsbildes zu diskutieren, das zudem definitionsgemäß das periphere Nervensystem betrifft: Die Polyradikulitis Guillain-Barré. Dabei werde ich versuchen, die subjektive Situation der betroffenen Kranken als die entscheidende Bedingungskonstellation der beobachtbaren psychopathologischen Phänomene aufzuzeigen: Das irgendwie unheimlich anmutende Krankheitsgeschehen der Polyradikulitis, die als aufsteigende Lähmung bis hin zur Tetra- und Paraplegie mögliche absolute motorische Entmächtigung, die immer auch von sensorischen Defiziten, insbesondere im Bereich der leiblichen Orientierung begleitet wird, bedeutet für die Kranken eine leidvolle existentielle Extremerfahrung, eine für uns kaum vorstellbare Grenzsituation des Lebens. Der innerseelische Versuch ihrer Bewältigung begünstigt die Entstehung psychopathologisch relevanter Erlebensstrukturen.

Die nachfolgenden Überlegungen dürfen keinesfalls als auf Kausalbezüge zielende ätiologische Hypothesen missverstanden werden. Es geht dabei vielmehr um ein Verstehen der pathogenetischen innerseelischen Dynamik in einer für das Subjekt nahezu unerträglichen Belastungssituation. Diese wird

bei allen Polyradikulitis-Kranken durch nahezu gleichförmige Rahmenbedingungen geprägt.

1. Die eingangs aufgezeigten Grundbedingungen unserer Welterfahrung, die im Gestaltkreis gegebene Kohärenz von motorischer Spontaneität und sensorischer Rezeptivität, unterliegen im Extremstadium der Polyradikulitis einer tiefgreifenden Störung: Diese lässt sich als Zerreißung der wirklichkeiterschließenden Kohärenz von Wahrnehmen und Bewegen und damit als *Zerstörung des Gestaltkreises* beschreiben. Die daraus erwachsende Beeinträchtigung des Leib- und Raumerlebens kann bis hin zum Verlust der intersubjektiv konstituierten gemeinsamen Wirklichkeit führen.
2. Neben dieser Zerstörung des Gestaltkreises zerbricht bei Polyradikulitis-Kranken im Verlust seiner psychomotorischen Ausdrucksgestalt die komplementär angelegte Dualität von Erleben und Verhalten.
3. Durch die Affektion der Hirnnerven und die Lähmung der mimischen Muskulatur und des Sprechapparates, endgültig dann infolge der maschinellen Beatmungsnotwendigkeit und der Intubation, wird dem Kranken die Möglichkeit zur verbalen Verständigung genommen. Der Patient, zur Mitteilungs- Ausdruck- und Bewegungslosigkeit verurteilt, befindet sich so in der Situation eines nahezu totalen Isoliertseins, in dem er den Eindrücken seiner Erlebensinnenwelt, wenn solche vorhanden sein sollten, nahezu schutzlos ausgeliefert ist. Die Polyradikulitis-Kranken sind also einer weitestgehenden sensomotorischen *Deprivation* ausgesetzt: Diese resultiert zum einen aus dem eine Nivellierung der Außenreize und eine Alteration des Schlaf-Wach-Rhythmus bedingenden Setting der Intensivstation, daneben und vor allem aber aus dem subjektiven Erleben der motorischen Entmächtigung. Den Kranken ist jeglicher weltgerichteter Verhaltensspielraum genommen, sie sind einem rein pathischen, außenweltliches Handeln ausschließenden Erleben ausgesetzt.

Die solchermaßen hochgradig beeinträchtigten Patienten bieten während der Intensivtherapie häufig den Eindruck einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung, oft lässt sich ein pseudokomatöses Bild beschreiben, eine Kontaktaufnahme ist allenfalls mittels residualer motorischer Funktionen, im Extrem über Augenmuskulaturbewegung möglich. Um so mehr war ich betroffen, als mir 1983 während meiner Tätigkeit auf der Intensivstation der Neurologischen Universitätsklinik Göttingen ein 72-jähriger, bereits im Stadium der Rückbildung seiner Symptomatik befindlicher Patient, eher zufällig darauf angestoßen, nach der Extubation über ein *kontinuierliches, inhaltsreich-dramatisches und szenenhaftes Erleben* während der Intubationszeit berichtete, dessen thematische Konsequenzen für ihn auch noch in das aktuelle Erlebnisfeld hineinreichten.

Dieser Patient konnte sich in tiefer Erschütterung weinend nicht von der als real erlebten Erschießung eines ihm befreundeten Ehepaares distanzieren, obwohl ihn seine Frau von der Irrealität des Geschehens zu überzeugen

versuchte. Eine andere Patientin vermochte beim ersten bewussten Wiedersehen mit ihrem Sohn in offenkundiger emotionaler Verstörung kaum begreifen, dass dieser, dessen grausamen Tod sie im Oneiroid hilflos ansehen musste, noch lebte.

Im Verlauf der folgenden Jahre war es mir dann möglich 20 zwischen 1983 und 1989 in Göttingen und Heidelberg behandelte Patienten mit schwerstem Verlauf einer Polyradikulitis mittels subtiler Einzelfallstudien zu untersuchen, deren Ergebnis dann 1992 in einer umfassenden Monographie veröffentlicht wurde. Sämtliche mir auch in den folgenden Jahren bis heute vorgestellten Guillain-Barré-Patienten zeigten eine in psychiatrischer Hinsicht unauffällige Vorgeschichte. Alle berichteten spontan über formal gleichartig strukturierte Erlebnisweisen. Beeindruckend war bei den Betroffenen eine eigenartige *Hypermnésie* bezüglich des Erlebten, über das sie aus tiefer Verunsicherung heraus bis zum Untersuchungsgespräch zumeist mit niemandem gesprochen hatten; auch noch längere Zeit nach der schweren Erkrankung wurden die phantastischen Erlebnisinhalte bis in kleinste Einzelheiten mit geradezu photographischer Treue reproduziert: Ein Vergessen-Können war nicht möglich. An die Realbedingungen der Intensivstation hingegen bestanden keine oder allenfalls rudimentäre Erinnerungen. Einen Eindruck von der den Erfahrungsraum der alltäglichen Lebenswelt sprengenden Intensität dieser phantastischen Erlebniszusammenhänge vermitteln die von den Untersuchten verwendeten begrifflichen Umschreibungen wie „niemals vorher oder nachher dagewesene Träume, die eigentlich keine Träume waren“, „Wahnvorstellungen“ oder auch „Weltumwälzung“.

Es gehört nun zu einem der wichtigsten Problemaspekte einer deskriptiven Phänomenologie der oneiroiden Erlebnisform, den *Geschehensmodus* dieser „Weltumwälzung“ zu erfassen: Während es bei oneiroiden Episoden im Verlauf idiopathischer Psychosyndrome (bei schizoaffektiven und schizophrenen Störungen) oft zu einem abrupten „Umschalten“, einem mitunter fasziniert erlebten plötzlichen Übergang in die imaginären Szenerien kommt, stellt das „Oneiroid der Polyradikulitis-Kranken das Resultat eines *kontinuierlich fortschreitenden Erlebenswandels*“ dar: Am Beginn steht zumeist eine tiefgreifende elementare Angst. Manche Kranke schildern ein ausgeprägtes Entfremdungserleben, zumeist als Depersonalisation, das zunächst als ein adäquater Ausdruck des ja tatsächlich so grundlegend gestörten Leberlebens angesehen werden muss. Die dem Entfremdungserlebnis eigene Entwirklichung des Realen als Folge des Verlustes der leiblichen Kommunikationsfähigkeit erfährt bei den intubierten panplegischen Patienten geradezu regelhaft eine weitere Steigerung: Zeitgleich zu einer sukzessiv verlaufenden situativen Desorientierung ereignet sich ein „Austausch“ der Wirklichkeit des bedrohlichen Krankseins durch eine imaginäre Welt. Diese scheint zunächst allerdings nur flüchtig auf und konstituiert sich aus illusionären Verkennungen und vornehmlich optischen Halluzinationen.

Diese Sinnestrugerfahrungen der Polyradikulitis-Kranken illustrieren exemplarisch die Annahme von Erwin Straus, dass Halluzinationen im Medium entstalteter Sinnesmodalitäten entstehen: „Sie erscheinen dort, wo die Ich-Welt-Beziehungen pathologisch abgewandelt sind“ (Erwin Straus, 1960, 261) Bei schwersten Störungen der sensomotorisch fundierten Ich-Welt-Beziehung,

wie sie ja auch hier gegeben sind, werden im Verhältnis zum Allon die eingangs genannten Grundphänomene der Richtung, der Distanz und der Grenze so verändert, dass das Allon in gleichsam neuen Aspekten wie *verwandelt* erscheint: Verwandlung ist aber eine wesentliche Geschehensmodalität des Imaginären.

Ähnlich erkennt Merleau-Ponty die Grundbedingungen halluzinatorischen Erlebens in einer Schrumpfung des bewegungsvermittelten Lebensraumes: "Was den gesunden Menschen vor Delirien und Halluzinationen bewahrt, ist nicht sein kritischer Geist, sondern die Struktur seines Raumes" (Merleau-Ponty, 1966, 338)

Bei dem Polyradikulitis-Kranken kann die Wirkmächtigkeit der imaginativen Erlebnisse, denen zunächst noch kein gültiger Realitätsakzent verliehen wird, anfänglich durch externe Zuwendung und Stimulation unterbrochen werden. So beschreibt Claussen auf ähnliche Weise seine unmittelbar postoperativ auf ihn hereinstürzenden „Zwangsvisionen“, denen gegenüber aber trotz ihres „pathischen und stark emotionalen“ Charakters stets eine „schmale, aber wichtige Schranke“, eben die Möglichkeit einer reflexiven Distanzierung verblieb.

Der Patient pendelt also in diesem Stadium des Erlebenswandels gewissermaßen zwischen der real erlebten Intensivstation und einer Phantasiewelt; er gerät allerdings durch dieses „Gleiten zwischen den Welten“ in eine erhebliche, die ohnehin bestehende Angst noch verstärkende emotionale Labilisierung, die aus dem unentschiedenen Nebeneinander zweier alternierender Erlebniseffizienzen resultiert: Der Außenwahrnehmung und den imaginativen Strukturen der immer mehr das Zentrum des Bewusstseinsfeldes einnehmenden Phantasmen, die sich schließlich – begünstigt durch das kommunikative Ausgeschlossenensein – zur andersartigen Wirklichkeit der oneiroiden Welt erweitern.

Im Folgenden sollen die für alle Manifestationsweisen des Oneiroids gültigen Grundzüge dieser Erlebnisform dargestellt werden; die Erlebnisse der Polyradikulitis-Kranken tragen dabei exemplarischen Charakter:

Übereinstimmend schilderten die von mir Untersuchten ein gänzlich *Entrücktsein* derart, dass die umgebende klinische Realität schon bald nach der Intubation für sie völlig verschwand. In der Sprache der klassischen Phänomenologie könnte man von einem „*Versetzeinserlebnis*“ (Th. Conrad, 1968) sprechen, bei dem das Ich des Erlebenden aus einem realen Hier in ein neues fiktives Dort transponiert wird, das nun aber gleichfalls als ein wirkliches Hier erfahren wird. Das Fiktive-Irreale dieser Imaginationen kann aber nicht als solches reflektiert werden. Jaspers schreibt in seiner „allgemeinen Psychopathologie“ zu solchen Erlebnisweisen: „Die Seele ist in einer anderen Welt und hat keinerlei Beziehung zur wirklichen Situation.“ (Jaspers 1965, 124) Vielleicht könnte man darüber hinausgehend auch formulieren: Die Seele ist jetzt nur noch in ihrer eigenen Welt und hat ihren realen Körper verloren, ohne jedoch im imaginären Erlebnisraum körperlos zu sein. Vielmehr schildern sich die Betroffenen in den imaginären Szenerien als leiblich erlebende Subjekte. Der in der Realsituation des somatischen Krankseins so weitgehend destruierte

Eigenleib findet im Oneiroid eine imaginative Repräsentation, in der er nun durchaus zu motorischer Aktion und einem Bewältigungshandeln befähigt ist. An die Stelle der bisherigen Außenwelt tritt eine neue szenisch konfigurierte Erlebensform, die einen eindeutig *welthaften Charakter* besitzt. In diesem Erleben ist den Betroffenen keine Distanz zu den erlebten Geschehnissen mehr möglich: Das Subjekt geht völlig in einer imaginären Welt auf, in deren Vorkommnisse es wie in einem Bann als Zuschauer und aktiv Beteiligter unlösbar verstrickt und verwoben ist. Es handelt sich also nicht um das passive Schauen filmhaft ablaufender Szenen (sog. szenische Halluzinationen), sondern um das Mitwirken in einem existentiellen Abenteuer, von dem sich auszuschließen unmöglich ist: „Im Betroffensein entscheidet sich die Wirklichkeit der Erlebnisse“ (Straus 1960, 1962). Die Geschehnisse werden mit intensiver affektiver Beteiligung erlebt, wobei ich, mit wenigen Ausnahmen, durchweg eine den dramatischen Inhalten adäquate Grundstimmung der Angst und des Entsetzens feststellte. Diese durch die tatsächliche vitale Bedrohung begründete Realangst wird somit auch zum affektiven Grundtenor der oneiroiden Welt, ja sie stellt gewissermaßen das thematische Bindeglied zwischen der bedrohlichen Wirklichkeit des neurologischen Krankheitsbildes und den phantasierten Schrecknissen der inneren Erlebniswelt dieser Kranken dar.

Die von mir katamnestic untersuchten Patienten gaben übereinstimmend an, dass die leibhaft-sinnlich erlebten Geschehnisse des Oneiroids für sie eindeutig *Wirklichkeitscharakter* besaßen, der keinen Anflug des Zweifels oder einer Ahnung des Irrealen erlaubte. Eine fragliche Wesengleichheit des Oneiroid mit dem vertrauten Traumerleben – man denke etwa an die bei diesem ja durchaus mögliche reflexible Distanz, wenn man weiß, dass man träumt – wurde von allen Untersuchten eindeutig verneint.

Die hier aufscheinende phänomenale Grundgegebenheit des Traumerlebens hat Nietzsche in einem Satz aus seiner „Geburt der Tragödie aus dem Geist der Musik“ prägnant ausgedrückt: „Bei dem höchsten Leben dieser Traumwirklichkeit haben wir noch die durchschimmernde Empfindung ihres Scheins“ (Nietzsche 1954, 22). In Abhebung hiervon umreißt der fiktive Ich-Erzähler am Ende des phantastischen Romans „Der Golem“ von Gustav Meyrink in einem inneren Monolog mit knappen Worten meisterhaft das mit dem Begriff des Oneiroid bezeichnete Problem menschlicher Erfahrungsmöglichkeiten: „Habe ich das alles nur geträumt? Nein! So träumt man nicht.“ (Meyrink, 1915)

Es ist nochmals zu betonen, dass es sich bei diesen Erlebnisweisen nicht um flüchtige halluzinatorische Elemente, sondern um ein *welthaft gestaltetes erlebtes Kontinuum* von innerer Sinnhaftigkeit und eigengesetzlichem Folgezusammenhang handelt.

Durchweg ließen sich dramatisch-phantastische, mitunter surreal gefärbte Geschehensabläufe explorieren, die auf mitunter beklemmende Weise die intrapsychische Auseinandersetzung der Schwerkranken mit ihrer durch die Krankheit bestimmten Lebenssituationen widerspiegeln: Herrscht doch in der realen Erfahrung des neurologischen Krankheitsprozesses wie in der oneiroiden Phantasiewelt gleichermaßen ein absoluter Primat des Pathisch-Entmächtigenden. So konnten sich zwei der Untersuchten an das in einem Fall

als Horrorszenario gestaltete antizipatorische Erleben des eigenen Todes erinnern. Bei drei Patienten kam es zu verschiedenartigen und als leidvolle Wirklichkeit erlittenen Erlebnissen der Körperzerstückelung, wie sie gelegentlich auch von Schizophrenen mitgeteilt werden. Diese in einer Störung des Körperschemas fundierten Phänomene resultieren sicherlich aus der bei der Polyradikulitis gegebenen schwersten Beeinträchtigung der leiblichen Integrität: Damit repräsentieren sie aber eine imaginative Vergegenwärtigung des letztlich unentrinnbaren somatischen Krankheitsprozesses.

Der zum Erkrankungszeitpunkt 41-jährige O.W. entwickelte innerhalb weniger Tage eine komplette Tetraplegie mit einer zusätzlichen Affektion der inneren und äußeren Augenmuskeln, so dass in klinischer Hinsicht von einem sogenannten Locked-in-Syndrom gesprochen werden muss. In einem unserer Therapiesprache berichtete W. über ein ihn inhaltlich erschreckendes Erlebnis während der Intensivbehandlung. Er leitete seinen Bericht mit der Bemerkung ein, dass ihm sein eigener Körper während der Polyradikulitis „wie etwa Fremdes und Lebloses“ vorgekommen sei. In den Wochen der Intensivbehandlung habe ihn eines Tages eine ihm bis dahin unbekannte Krankenschwester in einen abseits gelegenen Raum außerhalb der Station gefahren. An das Gesicht dieser Krankenschwester könne er sich in allen Einzelheiten erinnern. Auf einem Tisch inmitten dieses Raumes stand eine etwas kindsgroße menschliche Figur, die durch ein weißes Tuch verhüllt war, so dass er nur die Konturen wahrnehmen konnte. Er wisse auch noch, dass in diesem Raum eine Uhr laut und vernehmlich getickt habe. In der Folgezeit habe er dann unter schrecklicher Angst erlebt, wie ihm ein Körperglied nach dem anderen, zunächst die Arme, dann die Beine „abgefallen“ seien. Man habe schließlich die beaufsichtigende Schwester ablösen müssen, da sie diesen furchtbaren Anblick nicht habe ertragen können. Jeweils zu bestimmten Zeitpunkten, an denen die Uhr besonders laut tickte, habe sich ein Körperglied gelöst. All dieses habe er unter großen Schmerzen ertragen müssen. Dazu sei auch ein „widerlicher Fäulnisgeruch“ von seinem Körper ausgegangen, den er noch bei der Mitteilung dieses Erlebnisses zu verspüren glaubt. Er wisse auch, dass man ihm kurz vor dem Verlust eines Körpergliedes jeweils eine schmerzlindernde Spritze gab, die allerdings kaum Erleichterung brachte. Herr W. berichtete dann, dass parallel zu seiner eigenen Verstümmelung auch das Standbild unter der weißen Decke seine Extremitäten verlor, die unter unangenehmen Geräuschen auf den Boden des Raumes fielen und zerbrachen. Dieses merkwürdige parallele Geschehen kam ihm wie eine „Kontrolle und Spiegelung“ des eigenen Leidens vor. Nach dem Totalverlust von Armen und Beinen habe er „wie ein Torso“ nur noch aus dem amputierten Rumpf und dem Kopf bestanden. Dieses entsetzliche Erlebnis habe er „ganz leibhaftig, nicht wie einen Traum“ in einem Zustand schrecklicher Angst durchlitten.

Es sei in diesem Zusammenhang – quasi als Amplifikation – aus religionspsychologischer Sicht angemerkt, dass Erlebnisse einer gewaltsamen leiblichen Desintegration in verschiedenen, insbesondere schamanistisch geprägten Kulturen eine bedeutsame Rolle im spirituellen Initiationsprozess spielen, wobei sie stets im thematischen Zusammenhang von Tod, Zerstörung

und Wiederverkörperung stehen. Immerhin geht es auch bei der Polyradikulitis in existentieller Hinsicht um den Verlust und den möglichen Wiedergewinn des eigenen Leibes.

Die Erlebnisse unserer Patienten zeigen vielfach biographische Spuren, oft wurzeln sie in den vertrauten lebensweltlichen Bezügen. Sie legen aber auch bisher nicht gekannte, für das Individuum neue Erfahrungshorizonte des Außerordentlichen frei, deren mitunter archetypisch anmutende Bildformationen sich erst einer tiefenpsychologischen Interpretation erschließen.

Innerhalb der hochtechnisierten Umgebung einer Intensivstation können in der Imagination des Subjekts also archaische Erfahrungsmuster aktualisiert werden, die als Ausdruck intrapsychischer Bewältigungsstrategien für die Kranken vorübergehend eine höhere existentielle Relevanz und intensivere Wirklichkeitsprägung besitzen als die äußere Realität.

Als konstitutive Grundlage der oneiroiden Erlebnisform ist ein „*verändertes Bewusstsein*“ i.S. von Jaspers anzunehmen. Dieses zeichnet sich durch eine affektiv dominierte Einengung des Erlebnishorizontes bei relativ geordneten Erlebniszusammenhängen aus und kann sicher von Zuständen einer organisch determinierten, zum Struktur- und Gestaltzerfall führenden Bewusstseinsstrübung abgegrenzt werden. In einem solchermaßen entordneten Bewusstseinsfeld kann dann in einem komplexen Zusammenspiel aufbauender und destruierender Faktoren, für das sich der Begriff der Dekonstruktion geradezu anbietet, die „innere Welt“ des Individuums zur Vorherrschaft gelangen und sich als Oneiroid konkretisieren. Dabei ist aber zu bedenken, dass im Übergang bzw. im Umschlag der unrealisierten Alltagswelt in den phantastischen Raum des Oneiroids die Einengung des Bewusstseins von seiner erneuten Ausweitung in die Regionen des wirklich gewordenen Imaginären abgelöst wird: Traum und Oneiroid – hierin gleichen sie einander – zeichnen sich demnach weniger durch ein eingegengtes als ein qualitativ andersartiges Bewusstsein aus, dem eine Veränderung, eine *Wandlung des Wirklichkeitstypus* (E. Straus) entspricht.

Im Zustand veränderten Bewusstseins, dem häufig eine seltene Klarheit und Luzidität des Erlebensstils korrespondiert, herrscht ein absoluter Primat der Phantasiewelt, zu deren Aufbaumomenten auch die möglicherweise noch stückhaft wahrgenommenen Außenweltereignisse gehören können. Diese verlieren dabei allerdings ihren Wirklichkeitsakzent und werden einer vom thematischen Gehalt der jeweiligen imaginären Szenerie bestimmten *Transfiguration* unterworfen. Mayer-Gross sprach von einer „Bereitschaft, Teile der wahrgenommenen Realität zur Ganzheit einer Szene zu gestalten, die selbst aus der Realität herausführt. Es herrscht die innere Situation, ihre Tendenzen werden ohne Rücksicht auf die reale Gegenständlichkeit verwirklicht“ (Mayer-Gross, 1924, 1974). Somit ereignet sich geradezu eine Umkehrung der realitätskontrollierenden Bezugsebene: Während isolierte halluzinatorische Phänomene, z.B. bei akuten schizophrenen Psychosen, vor dem Erfahrungshorizont der konstitutiv erhaltenen gemeinsamen Lebenswelt auftauchen und diese i.S. eines Unheimlich-Rätselhaften verfremden, so

werden umgekehrt im Oneiroid Spuren der Realität, etwa die apparative Ausstattung der Intensivstation - allerdings in ihrem Bedeutungsgehalt abgewandelt - in die Dramaturgie der imaginären Szene einbezogen, die jetzt den gültigen Wirklichkeitsakzent übernommen hat. Man könnte also von einer umgekehrten Verfremdung sprechen.

Die Entrückung des Subjekts in der oneiroiden Erlebnisform bedarf – anders als das schlafgebundene Traumerleben – keiner hermetischen Abgeschlossenheit gegenüber der realen Außenwelt; diese erfährt vielmehr infolge der durch die qualitative Bewusstseinsabwandlung begründeten Verschiebung der intrasubjektiven Relevanzen eine radikale Entwertung ihrer Gültigkeit: „Dieses (oneiroide) Bewusstsein kann sich zwar nicht mehr in einer Realität konstituieren; es verlor aber gleichwohl nicht völlig die Möglichkeit der Konstitution einer Welt“ (Ey, 68). Die dafür vorauszusetzenden „Weisen der Welterzeugung“ (Goodman) lassen sich als eine – durch den Funktionswandel der Wahrnehmung begünstigte – *Irrealisierung des Realen* und eine imaginativ fundierte *Realisierung des Irrealen* charakterisieren und verweisen damit auf die in unserem Alltagserleben ausgeblendete *Realitätsträchtigkeit des Irrealen*. Die Geschehensabläufe in den oneiroiden Szenerien zeigen eine eigenartige fragmentarische Unabgeschlossenheit, die auf eine Störung der die Imaginationen konstituierenden Intentionalität verweist: Eine überreiche Erfahrungsgegenständlichkeit, die sich zu szenischen Ganzheiten zusammenschließt, wird in solchen intentionalen Akten erfasst, denen ein erfüllender Abschluss fehlt. So brechen die dramatischen Ereignisfolgen nicht selten abrupt noch vor ihrem Geschehnishöhepunkt ab, während sich der Betroffene ratlos verängstigt in der intersubjektiven Realität wiederfindet, um schon bald darauf thematisch völlig andersartigen, neuen Widerfahrnissen ausgeliefert zu sein. Mayer-Gross sah in diesem „Erlebnis des nicht erreichten Wendepunktes“ ein grundlegendes Merkmal des oneiroiden Erfahrungsstils (Mayer-Gross, 1924, 113). In diesem formalen funktionellen Merkmal mag die auch inhaltlich dominierende Atmosphäre des Rätselhaft-Undurchsichtigen, ja Unheimlichen der Phantasiewelten begründet sein, die für die Kranken eine sinngemäße Bedeutungserfassung des Erlebens nahezu verunmöglicht. Das Oneiroid erweist sich somit als eine quasi kunstvoll anmutende Erlebniskomposition, die sich durch eine bestimmte Entsprechung von Form und Inhalt auszeichnet. In den Selbstschilderungen oneiroiden Erlebens dominiert demnach die *Darstellungsform des Fragmentarischen*, sei es in Form unvollständiger Ereignissegmente oder aber eines fehlenden, die vorhandenen Segmente verbindenden Bezugsrahmen. Es sei darauf verwiesen, dass in der modernen ästhetischen Theorie (Thomsen, Fischer 1980) das Fragmentarische als ein wesentliches Strukturmerkmal des „Phantastischen“ gilt. Dieses mag auch verantwortlich sein für die in der phantastischen Literatur und den Erlebnisschilderungen psychotischer Menschen gleichermaßen häufig zu bemerkenden *Topoi der Unsagbarkeit*, welche die verwirrende Erlebnisintensität der sich aufdrängenden Bildgehalte in ihrer Rätselhaftigkeit umso deutlicher werden lassen. Im Erfahrungsbereich des Phantastischen, in den das Oneiroid sui generis hinein gehört, wird das Bild mächtiger als der

Text, der dann auch oft nur noch unenträtselbare Bilder und Wahrnehmungen zu beschreiben imstande ist.

Unter deskriptiven Gesichtspunkten beziehen die phantastischen Erlebniszusammenhänge in der oneiroiden Erlebnisform ihre materialen Grundlagen aus psychopathologisch höchst unterschiedlichen Elementen: Fragmentarischen Außenweltperzeptionen, illusionären Verkennungen, vorwiegend optischen Halluzinationen, leibhaftigen Bewusstheiten (Jaspers) sowie konfabulotischen Phantasien. Wenn sich sämtliche Sinnesdaten und Kognitionen dann zu einer als geschlossen und einheitlich erlebte Situation zusammenfügen, also die Konstruktion einer „völlig neuen Außenwelt“ erfolgt, so wird damit deutlich, dass das entscheidende Bedingungsmoment dieser komplexen Imaginationen nicht in den Struktureigentümlichkeiten der erwähnten Elemente oder in ihrer Summe liegt. Vielmehr verweisen die phantastischen Erlebniszusammenhänge auf einen tieferliegenden *transphänomenalen Gestaltungsdrang*, eine seelisch-geistige auf Verwirklichung von Imaginärem hin geordnete *Poiesis*. Verwandte Überlegungen finden sich auch bei Claussen, der in den von ihm diskutierten Erzählungen meiner Patienten „eine Kraft der inneren Imagination“ wirken sieht, „die man Kunst nennen könnte. Sie erfasst dinglich, was sonst uferlos in einem Ozean der Angst zerrinnen würde“ (Claussen 1996, 205).

Letztlich wird hier eine poetische Grundtendenz des Seelischen sichtbar, die auf die *Fiktionsbedürftigkeit des Menschen* verweist. In einer solchen anthropologischen Perspektive erscheinen die oneiroiden Phantasiewelten von Menschen in unterschiedlichen Extremsituationen also nicht lediglich als defiziente Scheinrealitäten, sondern als sinn gestaltige Verwirklichungen des Imaginären.

In Anlehnung an die derzeit gängigen psychiatrischen Klassifikationssysteme der ICD 10 und des DSM IV lässt sich das Oneiroid den sog. *dissoziativen Störungen* zuordnen. Hierzu ist allerdings kritisch anzumerken, dass der auf Janet zurückgehende Begriff der *Dissoziation*, der seit etwa einem Jahrzehnt in der psychiatrischen Literatur eine ungeahnte Renaissance erfährt, in der aktuellen Diskussion uneinheitlich und innerhalb eines eher unscharfen Bedeutungsfeldes verwendet wird.

Auf einer sehr allgemeinen Ebene legt der Begriff der Dissoziation die Annahme einer gestörten Integration psychischer Funktionalität nahe und verweist damit auf die Nicht-Selbstverständlichkeit und Fragilität der Kontinuität und Kohärenz unseres bewussten Erlebens. Wenn dann zum Manifestationsspektrum der Dissoziation auch Zustände veränderten Bewusstseins mit einer Entfremdung von Selbst- und Umwelterfahrung gezählt werden, so wird hier durchaus eine Annäherung an den Diskurs der deskriptiv-phänomenologischen Psychopathologie deutlich. Gleichwohl ist zu betonen, dass das auf einer neurobiologisch fundierten Desintegrationshypothese basierende Erklärungsmodell der Dissoziation den Störungscharakter des Oneiroid verabsolutiert und der psychodynamischen und kreativen Bedeutungsdimension des Phänomens nicht gerecht wird.

Nun ist aber weiterhin zu bedenken, dass die in dem aufgezeigten Modus der Erlebniswirklichkeit konstituierten Phantasiewelten des Oneiroid in ihrem

Charakter als ein welthaft gestalteter Anschauungsraum nicht zureichend erfasst werden. Das wesensmäßig Fundierende dieser komplexen Imaginationen ist darüber hinaus in ihrem durch die Abfolge zumeist dramatischer Ereignisse und Szenen geprägten *Geschehenscharakter*, also in ihrer *besonderen Zeitlichkeit* zu erblicken. Erst durch das temporale Strukturmoment des Ereignishaften gewinnt das Oneiroid seine für das Subjekt so unbezweifelbare Erfahrungsgewissheit.

Die aus dem Problem der oneiroiden Erlebnisform, die ja seit jeher als eine Abwandlung des Bewusstseins aufgefasst wurde, resultierende anthropologische Grundfrage scheint nun darin zu liegen, ob sich der menschliche Bewusstseinsstrom in seiner Seinsform nicht nur als ein andauerndes, quasi – unendliches Fließen zeigt, sondern sich notwendig auch als Fließen von etwas artikuliert, *das Geschichte ist und daher Erzählung notwendig macht*.

Hieraus lässt sich aber eine grundsätzliche Folgerung für unser therapeutisches und forschendes Umgehen mit solchen Menschen ableiten, die Erfahrungen des Außerordentlichen, wie sie etwa im Oneiroid möglich werden, ausgesetzt waren:

Da wir als Außenstehende ja niemals einen unmittelbaren Zugang zur Erlebnisgegenwart eines im oneiroiden Zustand Entrückten finden können, muss die ursprüngliche oneiroide Erfahrung einer fiktiven Wirklichkeit beim späteren Zur-Sprache-bringen in eine *narrative Realität* transformiert werden. Eine Voraussetzung für diese erinnernde Vergegenwärtigung ist jene bereits genannte Hypermnesie, also die Unauslöschlichkeit des Geschehenen, durch die sich das Oneiroid von den gewöhnlichen, oft dem Vergessen anheim fallenden Traumerfahrungen, aber auch von deliranten Erlebnissen unterscheidet. So ist zu folgern, dass sich die phänomenale Gesamtgestalt eines Oneiroid nicht allein im akuten präsentischen Erlebnisvollzug, etwa im Rahmen der akuten Psychose oder der Extremsituation konstituiert. Vielmehr erhält das Oneiroid als narratives Phänomen seine gültige, an der hypermnestischen Imprägnation ablesbare Gestalt erst im weiteren biographischen Fortgang als ein aus dem lebensgeschichtlichen Zusammenhang unverbunden herausragendes Erlebnis, das eine beunruhigende Inkommensurabilität aufweist. Dank dieser besonderen temporalen Dynamik gewinnt die oneiroide Episode schließlich den Rang einer biographischen „Insel des Abenteuers“, die gleichwohl eine Verankerung in der personalen Struktur erfährt.

Allerdings ist dabei auch zu berücksichtigen, dass die retrospektiven Selbstschilderungen stets sekundäre Textualisierungen von ursprünglichen vorprädikativen Erfahrungen darstellen, die in unterschiedlichem Maße von kommensurabilisierenden Tendenzen des Subjekts überformt werden. Diese narrative Realität, die introspektiv eindeutig vom nicht-fiktiven Wirklichsein der wiedergewonnenen gemeinsamen Lebenswelt abgehoben ist, bedeutet für die Betroffenen einen Versuch der Vermittlung zwischen den fiktiven Wirklichkeitserfahrungen der oneiroiden Erlebnisform, in denen aber deren Fiktivität gerade nicht reflektiert werden konnte, und den erneut gültigen Erfahrungsmustern der intersubjektiven Realität. Mittels einer solchen narrativen Wirklichkeit wird es dem Subjekt also möglich, die abgeklungenen Erfahrungen eines wirklich gewordenen Imaginären als rätselhafte Erlebnisepochen der eigenen

Biographie zu begreifen und in einem psycho-therapeutischen Prozess vielleicht auch anzunehmen.

Der Traum und das Oneiroid, deren phänomenale Differenzen wir aufzuzeigen versucht haben, stellen beide jeweils Zustände eines extremen Versunkenseins des phantasierenden Subjektes dar, das im einen Fall an die Gegenwärtigkeit des Schlafens, im anderen an eine qualitative Umorganisation des Bewusstseinsfeldes gebunden ist.

Abschließend lässt sich somit feststellen, dass dem durch eine Extremsituation bedingten Verlust der intersubjektiven Realität ein kompensatorischer oneiroider Weltgewinn kontrastieren kann, der allerdings eine private Welthaftigkeit impliziert. Immer bleibt dabei zu bedenken, dass diese oneiroide Erlebnisform für die Betroffenen einen „Weg am Abgrund“ bedeutet, auf dem sie ständig bedroht sind, in das Nichts der Bewusstlosigkeit zu versinken, dass die von mir Untersuchten zumeist mehr als alle Schrecknisse ihrer Phantasiewelten fürchteten.

Das Wesen des im Rahmen einer Polyradikulitis auftretenden Oneiroid, das exemplarisch die in Grenzsituationen aufscheinende Brüchigkeit unserer gemeinsamen Welterfahrung bezeugt, scheint mir auch in einem Satz von Paul Schilder ausgesagt zu sein: „Die Seele bewahrt ihre Synthesis, ihre Sinnhaftigkeit, auch wenn Naturhaft-Sinnloses einbricht“ (Schilder 1924, 162).

Literatur:

Claussen, P.C. (1996): Herzwechsel. Ein Erfahrungsbericht. München

Conrad, Th. (1968): Zur Wesenslehre des psychischen Lebens und Erlebens (Phaenomenologica, Bd. 27), Den Haag

Ey, H. (1967): Das Bewusstsein. Aus dem Französischen übersetzt und eingeführt durch eine Vorrede von K.P. Kisker, Berlin.

Fink, E. (1930): Vergegenwärtigung und Bild. Beiträge zur Phänomenologie der Unwirklichkeit, in Jahrbuch für Philosophie und Phänomenologische Forschung 11:239–309

Gebattel, v. V. (1954) Berlin-Göttingen-Heidelberg

Goodman, N. (1990): Weisen der Welterzeugung, Frankfurt

Jaspers, K. (1965): Allgemeine Psychopathologie, 8. Auflage, Berlin-Heidelberg-New York

Kant, I. (1964): Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. In: Werke in 6 Bänden, W. Weischedel (HG), Bd. 6, Frankfurt

- Mayer-Gross, W. (1924): Selbstschilderungen der Verwirrtheit. Die oneiroide Erlebnisform, Berlin
- Merleau-Ponty, M. (1966): Phänomenologie der Wahrnehmung, Berlin
- Patocka, J. (1991): Die Bewegung der menschlichen Existenz Phänomenologische Schriften II., Stuttgart
- Schapp, W. (1981): Beiträge zur Phänomenologie der Wahrnehmung (Erstauflage 1910), Frankfurt
- Schilder, P. (1924): Medizinische Psychologie, Berlin
- Schmidt-Degenhard, M. (1992): Die oneiroide Erlebnisform. Zur Problemgeschichte und Psychopathologie des Erlebens fiktiver Wirklichkeiten, Berlin-Heidelberg-New York
- Schmidt-Degenhard, M. (1995): Wahn und Imagination, Fortsch.Neurol. Psychiat. 63: 350–357
- Schmidt-Degenhard, M. (1999): Oneiroides Erleben als Bewältigungsversuch von Extremsituationen, in D. Janz (HG) Krankengeschichte, Biographie-Geschichte-Dokumentation, Würzburg, 33–44
- Straus, E. (1956): Vom Sinn der Sinne, 2. Auflage, Berlin-Göttingen-Heidelberg
- Straus, E. (1960): Psychologie der menschlichen Welt. Gesammelte Schriften, Berlin-Göttingen-Heidelberg
- Thomsen, C.W. (1980): Phantastik in Literatur und Kunst, Darmstadt Fischer, J.M. (HG)
- Weizsäcker, v.V. (1950): Der Gestaltkreis, 4. Auflage, Stuttgart

Prof.Dr.med. Michael Schmidt-Degenhard
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Florence-Nightingale-Krankenhaus
Kaiserswerther Diakonie
Zeppenheimer Weg 7
40489 Düsseldorf

Email prof.schmidt-degenhard@kaiserswerther-diakonie.de