

Die oneiroide Erlebnisform – Ein Bewältigungsversuch von Extremsituationen

The oneiroid experience – An attempt to cope with an extreme situation

M. Schmidt-Degenhard

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Florence-Nightingale-Krankenhaus Düsseldorf
(Leiter: Prof. Dr. M. Schmidt-Degenhard)

Zusammenfassung: Die oneiroide Erlebnisform ist ein traumartig veränderter Wach/Bewusstseinszustand, in dem der Patient in einer trauma- oder krankheitsbedingten Extremsituation die Realität des lebensbedrohlichen Krankseins durch eine eigene, imaginäre Welt ersetzt. Im Gegensatz zu Halluzinationen, wie sie z.B. bei sensorischer Isolation auftreten können, ist sie gekennzeichnet durch eine Welthaftigkeit und besitzt für den Patienten absoluten Wirklichkeitscharakter. Sie ist nur durch Selbstschilderung, also über sprachliche Mitteilung erfassbar und bleibt für den Patienten unvergesslich.

Tetra- bzw. panplegische Polyradikulitispatienten, deren neurologische Symptomatik die wesentliche Bedingung ihrer imaginären Erfahrungen dargestellt, liefern eindrückliche Beispiele. Anhand der Erfahrungen solcher Schwerstkranken können die Grundzüge der oneiroide Erlebnisform erörtert werden. Sie erweist sich als ein ätiologisch unspezifisches psychopathologisches Syndrom, das als ein entscheidender seelischer Reaktions- und Bewältigungsversuch von Extremsituationen interpretiert werden kann.

Das subjektive Erleben von Extremsituationen

Die Erfassung und Erhellung subjektiver Erlebnisweisen ist Ziel der sog. „phänomenologisch-anthropologischen Psychopathologie“. Am Beginn dieses Erfahrungs- und Forschungsweges steht ein von *Viktor von Gsellsattel* (1) – einer der Gründerväter dieses Ansatzes – beschriebener „Affekt der psychiatrischen Verwunderung“, ein Affekt, den man in der Begegnung mit einem psychotisch gewordenen Mitmenschen verspüren kann. Dieser komplexe, der Faszination verwandte, aber auch Facetten von Beunruhigung und Befremdung beinhaltende Affekt resultiert aus dem in der Gesprächssituation gegebenen Widerspruch zwischen der vertrauten Nähe mitmenschlicher Gegenwart, dem, was das Alltagsgespräch ausmacht, und der Anmutung des Fremdartigen, ja Außerordentlichen in den von dem anderen mitgeteilten Erfahrungsweisen. Ein ähnliches Gefühl des verwunderten Erschreckens über die ungeahnten Möglichkeiten und Horizonte des Eigenseelischen mag sich bei solchen Menschen aufdrängen, die nach dem Durch- und Überleben einer existenziellen Extremsituation vor einer zweifachen Schwierigkeit stehen. Zum einen geht es um den Versuch der Rückkehr in die vertraute Lebenswelt mit den gewohnten mitmenschlichen Beziehungen, denen aber der Betroffene sich nun als durch das Erlebte irgendwie Veränderter gegenübersteht. Daneben zeigt sich das aber nicht selten intensive Bedürfnis, die in der Extremerfahrung

Summary: Phenomenologically, oneirism is a waking dream state in which a patient in an extreme trauma- or illness-related situation creates an imaginary mental world as a coping mechanism. In contrast to hallucinations, which can occur in response to sensory deprivation, this world is absolutely real for the patient, by whom alone it can be described, i.e. by oral communication, and for whom remains unforgettable. Impressive examples are to be seen in quadroparaplegic polyradiculitis patients whose neurological symptoms are an essential condition for such imaginary experiences. The fundamental aspects of the oneiric state of mind can be discussed on the basis of the experiences of these seriously ill patients as an etiologically non-specific psychopathological syndrome that can be interpreted as a reaction to, and an attempt to cope with, existentially threatening situations.

Schlüsselwörter: Oneiroid – Poliradikulitis – Sensorische Isolation – Posttraumatisches Stress-Syndrom

Keywords: Oneiroid – Poliradiculitis – Sensory Deprivation – Posttraumatic Stress Disorder.

gemachten Erfahrungen eines Außerordentlichen in die biografische Sinnkontinuität zu integrieren. Zu den extremen Situationen, in denen die Person an die Grenzen menschlicher Möglichkeiten und Befindlichkeiten gelangt und denen ihr ein Äußerstes beziehungsweise Letztes zur Bewältigung des Geschehens abverlangt wird, gehören zweifelsohne die Erfahrung schwerster körperlicher Erkrankung oder von Katastrophenereignissen individueller wie kollektiver Art. In all diesen Situationen wird der Mensch auf eine radikale und unausweichliche Weise mit seiner eigenen Endlichkeit und, philosophisch gesprochen, mit seiner Kreatürlichkeit konfrontiert, es kommt hier zu einem Bruch und einem Versagen der üblicherweise unserer Alltagsexistenz sichernden Erfahrungsschemata und lebensweltlichen Gewissheiten.

In seinem Buch „Herzwechsel“ (2) beschreibt *Peter Cornelius Claussen*, ein in Zürich lehrender Kunsthistoriker, eine solche durch die moderne Medizin möglich gewordene Extremerfahrung, aus der dann aber eine Selbst- und Weltverständnis des Autors zutiefst berührende persönliche Krisensituation erwächst. Zum Ausgangspunkt dieser Krise werden aber nicht die medizinisch-technischen Realerfahrungen, nicht die völlig unerwartete, notfallmäßig erforderlich gewordene Herztransplantation und die erfolgenden somatischen Komplikationen, sondern jene außerordentlichen postoperativen Erlebnisse, die *Claussen* selbst mit einer

feinen introspektiven Differenzierung als „Zwangsvisionen“ und „Reisen im Transit“ unterscheidet. Er erwähnt in dem Buch aber auch – jedem Anästhesiologen oder in der Intensivmedizin Arbeitenden sei es als Lektüre empfohlen – die sonderbare Rat- und Hilflosigkeit der in technischer Hinsicht so weit fortgeschrittenen somatischen Medizin gegenüber diesen Erfahrungen, die von seinen ärztlichen Gesprächspartnern zumeist der diagnostischen Kategorie der „Durchgangssyndrome“ zugeordnet und auf rein somatologische Erklärungs- und Begründungsmodelle neurochemischer oder neurophysiologischer Progredienz zurückgeführt wurden. Die damit gemeinte wichtige Erforschung der neurobiologischen Determinanten und Bedingungskonstellationen solcher eigenartigen „inneren Reisen“ bewegt sich auf einer ganz anderen Ebene als die den Patienten primär bewegende Frage nach dem unbegreiflichen Wirklichkeitscharakter und den möglichen Sinnmomenten seiner Erfahrung. Dieses eben aus dem persönlichen Erleben, aus dem Betroffensein erwachsende Fragen zielt somit auf die Eigenwelt und Eigengesetzlichkeit des Seelischen, das als qualitativ gegebene, natürliche Erfahrung – im Sinne von *Husserl* oder auch *Binswanger* (3) – grundsätzlich nur über die sprachliche Mitteilung, also die Selbstschilderung des Erlebenden zugänglich ist. Es geht hier also um das wissenschaftliche Ernstnehmen und Erfassen der Subjektivität des Patienten. Dieses ist das genuine Forschungsfeld der eingangs erwähnten phänomenologisch-anthropologischen Psychopathologie, die nach den solchen Erlebnisweisen eigenen Konstituierungsprozessen fragt. Infolge eines solchen Fragens erscheint das psychopathologische Syndrom als ein komplexes seelisch-geistiges Sinngebilde, quasi wie ein Kunstwerk, das einer Interpretation zugänglich ist, und das wir keinesfalls unter rein defizitären Gesichtspunkten betrachten sollten.

Die oneiroide Erlebnisform

Die Lektüre der Selbstschilderungen von *Claussen*, die zweifellos auch einen literarischen Rang besitzen, bedeutete für mich selbst eine aufregende und bewegende Bestätigung eigener Untersuchungen (4) und Überlegungen zu den menschlichenlebnismöglichkeiten in solchen Extremsituationen, in denen der Mensch gleichermaßen von Selbst- wie von Weltverlust bedroht ist. Es soll im Folgenden zunächst die klinische Erfahrungsgrundlage dieser Beobachtungen dargestellt werden. Es geht aber auch darum, ihre anthropologische Relevanz aufzuzeigen, also das hervorzuheben, was diese in einer Grenzzone des Lebens erlittenen Erfahrungen für unser eigenes Selbstverständnis und für unser Bild vom Menschen bedeuten können. In deskriptiv-psychopathologischer Hinsicht lassen sich die von *Claussen* mitgeteilten „Reisen im Transit“ ebenso wie die Selbstschilderungen meiner Patienten der „oneiroiden Erlebnisform“ zuordnen.

Oneiroid, griechisch „wie der Traum“, bezeichnet eine Ähnlichkeitsrelation. „Wie ein Traum“; entsprechend wird oneiroides Erleben als ein traumähnlich veränderter Wachzustand umschrieben. Der Begriff ist 1924 von *Mayer-Gross* (5), einem der Großen der Heidelberger Psychopathologie, in die deutschsprachige Psychiatrie eingeführt worden und bezeichnet solche seelischen Ausnahmezustände, in denen phantastische Erlebniszusammenhänge als eine subjektiv unbezweifelbare Wirklichkeit erfahren werden.

Infolge dieser Evidenz der Erfahrung kann das Oneiroid somit als eine komplexe Ausformung innerhalb des Spektrums der halluzinatorischen Erlebnisweisen betrachtet werden, während es wegen der geschlossenen Welthaftigkeit seines Aufbaus in einer Ähnlichkeitsrelation zum Traum steht. In der psychiatrischen Literatur wurden episodische und oneiroide Gestaltungen bisher zumeist bei den sogenannten schizo-affektiven Psychosen, bei bestimmten akuten schizophrenen Zuständen, aber eben auch bei organisch begründbaren und schließlich auch bei psychogenen Psychosen beschrieben. Das heißt, wir finden ein ausgedehntes, alle ätiologisch-nosographischen Grenzziehungen überschreitendes Manifestationsspektrum. Allein daraus wird deutlich, dass es sich bei der oneiroiden Erlebnisform als einem ätiologisch unspezifischen Syndrom um mehr als ein peripheres klinisches Detail handelt. Eher gegenteilig verweist dieser Sachverhalt auf eine wesentliche Grundfrage der allgemeinen Psychopathologie, dient doch das Oneiroid zur Kennzeichnung einer wohl zwar seltenen, aber anthropologisch höchst bedeutsamen Erlebensmodalität, die in einer eigenwertigen Stellung zwischen Traum und Wachbewusstsein paradigmatisch demonstriert, dass sich eine Phantasiewelt als erlebte Wirklichkeit konstituieren kann. Wir sollten auch als Mediziner nicht vor philosophischen Fragen zurückschrecken, sie zumindest stellen. Die oneiroide Erlebnisform konfrontiert uns, wenn wir uns auf diese Dimension des Fragens einlassen, mit dem rätselhaften Problem der „Erlebnismöglichkeit des Imaginären“.

Am Beispiel der Polyradikulitis Guillain-Barré

Dieses so exquisit psychopathologische Problemfeld der oneiroiden Erlebnisform sei nun im Rahmen eines genuin neurologischen Krankheitsbildes, das zudem definitionsgemäß das periphere Nervensystem betrifft, diskutiert, nämlich der Polyradikulitis Guillain-Barré. Dabei soll versucht werden, die subjektive Situation der betroffenen Kranken als die entscheidende Bedingungskonstellation der beobachtbaren psychopathologischen Phänomene aufzuzeigen. Was macht eine Polyradikulitis eigentlich aus? Sie stellt ein letztlich bis heute unheimlich anmutendes Krankheitsgeschehen dar. Wir stoßen auf eine bis zur Tetra- und Paraplegie mögliche, absolute motorische Entmündigung, die immer auch von sensorischen Defizienzen insbesondere im Bereich der leiblichen Orientierung begleitet wird. Diese Erkrankung bedeutet für die Betroffenen eine leidvolle Extremerfahrung, eine für uns kaum vorstellbare Grenzsituation des Lebens. Und der innerseelische Versuch, das zu ertragen, begünstigt die Entstehung von psychopathologisch relevanten Erlebnisstrukturen. Diese Überlegungen sollten nicht missverstanden werden als ätiologische Hypothesen, die auf Kausalbezüge zielen; es geht vielmehr um ein Verstehen der pathogenetischen innerseelischen Dynamik in einer für den Patienten nahezu unerträglichen Belastungssituation. Diese wird bei allen Polyradikulitispatienten durch nahezu gleichförmige Rahmenbedingungen geprägt. Erstens zerstört die Aufhebung der Bewegungsfähigkeit die für die wahrnehmende Zuwendung zur Welt und für das handelnde Zugehen auf Wirklichkeit konstitutive Einheit von Wahrnehmen und Bewegen, die *Viktor von Weizsäcker* (6) im Gestaltkreis-Theorem zu deuten versucht hat. Damit ist etwas gemeint, das entwicklungspsychologisch sehr wohl vertraut ist: Dass die vorsprachliche, oder wie man philoso-

phisch sagt, die vorprädikative Erfassung unserer Wirklichkeit dadurch geschieht, dass wir im Sich-Bewegen die Grenzen unseres Leibes zur Umwelt erfahren; mit Leib ist das körperlich erlebte Selbstgefühl gemeint. Im Gestaltkreis zeigt sich die Kohärenz von motorischer Aktion und sensorischer Rezeptivität. Das sind die Grundbedingungen, mit denen wir überhaupt, vor allem Sprache, Wirklichkeit erfahren. Und diese Grundbedingungen der Erfahrung unterliegen im Extremstadium der Polyradikulitis einer tiefgreifenden Störung, die man als eine Zerreißen der wirklichkeiterschließenden Kohärenz von Wahrnehmen und Bewegen und damit als Zerstörung des Gestaltkreises beschreiben kann. Die hieraus resultierende Beeinträchtigung des Leib-erlebens und des Raumerlebens kann dann bis hin zum Verlust unserer gemeinsamen Wirklichkeitserfahrung führen.

Zweitens zerbricht neben der beschriebenen Zerstörung des Gestaltkreises beim Polyradikulitiskranken im Verlust seiner psychomotorischen Ausdrucksgestalt die Dualität von Erleben und Verhalten. Und drittens – hier sind viele Parallelen zu den alltäglichen Erfahrungen auf der Intensivstation zu entdecken – wird durch die Affektion der Hirnnerven, die ja irgendwann im Rahmen des Prozesses eintritt, endgültig dann infolge der Intubation, dem Kranken die Möglichkeit zur verbalen Verständigung genommen. Der Patient ist also verurteilt zur Mitteilungs-, zur Ausdrucks- und Bewegungslosigkeit: eine Situation eines nahezu totalen Isoliertseins, in dem er den Eindrücken seiner Erlebnisinnenwelt, sollten solche vorhanden sein, quasi schutzlos ausgeliefert ist. Man kann also formulieren, dass die Polyradikulitiskranken einer weitestgehenden sensorischen Deprivation ausgesetzt sind. Diese resultiert zum einen aus der Nivellierung der Außenreize und einer Alteration des Schlaf-Wach-Rhythmus – dem Intensive-Care-Unit-Syndrom –, daneben aber vor allem aus dem subjektiven Erleben der motorischen Entmächtigung. Die solchermaßen hochgradig beeinträchtigten Patienten bieten während der Intensivtherapie häufig den Eindruck einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung, oft lässt sich ein pseudokomatöses Bild beschreiben. Die Kontaktaufnahme ist allenfalls mittels residualer motorischer Funktionen, im Extrem über Augenmuskulaturbewegungen, möglich.

Die in Misskredit geratene Forschung zur Sensorischen Deprivation (7) ist ein Paradigma, um sich dem Phänomen des Oneiroid anzunähern. Wenn auch diese Forschung einen wichtigen experimentellen Zugang zu halluzinatorischen Phänomenen darstellt, so ist doch zu beachten, dass der entscheidende Unterschied zum Oneiroid darin besteht, dass bei den pseudohalluzinatorischen Phänomenen im Rahmen der „Camera silens“ immer ein Fiktum-Bewusstsein, also eine reflexive Distanz zu den oft sehr komplexen Erlebnissen vorhanden ist. Es ist dies also letztlich eine künstlich erzeugte Isolationssituation, der eben nicht diese radikale Entmächtigung eigen ist, wie sie beim Krankheitsbild der Polyradikulitis oder in der Psychose vorliegt.

Vor nunmehr 20 Jahren, während meiner Tätigkeit auf der Intensivstation der Neurologischen Universitätsklinik in Göttingen, behandelte ich einen 72-jährigen Patienten, der im Stadium der Rückbildung seiner Polyradikulitissymptomatik, eher zufällig darauf angestoßen nach der Extubation, über ein kontinuierliches, inhaltlich dramatisches und szenenhaftes Erleben während der Intubationszeit berichtete,

dessen thematische Konsequenzen quasi wie ein Wahn, so schien es, immer noch in sein aktuelles Erleben hineinreichen. So konnte sich dieser Patient, 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 erleben musste, noch lebte. Ich habe dann im Verlauf der folgenden Jahre 20 zwischen 1983 und 1989 in Göttingen und Heidelberg behandelte Patienten mit schwerstem Verlauf einer Polyradikulitis mittels subtiler Einzelfallstudien untersucht, die ich dann in einer 1992 erschienenen Monographie veröffentlicht habe (8), ein Beispiel qualitativer Forschung. Darin geht es nicht um die großen Zahlen, sondern um die phänomenologische Durchdringung des Einzelfalles. Auf einer ganz anderen, empirisch-metrischen Ebene wurde das dann durch eine Arbeitsgruppe der Neurologischen Uniklinik in Würzburg, zusammen mit dem dortigen Institut für Medizinische Psychologie, bestätigt (9).

Sämtliche, mir auch bis heute von neurologischen Kollegen vorgestellten Guillain-Barré-Patienten zeigten eine in psychiatrischer Hinsicht unauffällige Vorgeschichte. Alle berichteten spontan über formal gleichartig strukturierte Erlebnisreihen. Beeindruckend war bei allen Patienten eine eigenartige Hypermnésie, das Nicht-vergessen-können, bezüglich des Erlebten, über das sie aus einer tiefen Verunsicherung heraus bis zum Untersuchungsgespräch zumeist mit niemandem gesprochen hatten. Auch noch längere Zeit nach der schweren Erkrankung wurden die phantastischen Erlebnis-inhalte bis in kleinste Einzelheiten mit geradezu fotografischer Treue reproduziert. An die Realbedingung der Intensivstation hingegen bestanden keine oder allenfalls rudimentäre Erinnerungen. Es ist bemerkenswert, dass selbst solche Patienten, denen während der Intensivbehandlung psychotrope Pharmaka unterschiedlicher Art auch in höherer Dosierung appliziert wurden, gleichermaßen diese Unauslöschlichkeit des Erlebten zeigten.

Die Wirklichkeit des Imaginären

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 da gewesen Träume“, die eigentlich „keine Träume“ waren – einer sprach von „Wahnvorstellungen“. Mit einem wunderbaren Begriff hat eine Patientin von „Weltumwälzung“ gesprochen. Es ist ganz wichtig, sich klarzumachen, wie eben jene Weltumwälzung geschieht. Wir kennen oneiroide Episoden im Verlauf endogener Psychosen. Dort kommt es oft zu einem abrupten Umschalten, einem mitunter von dem Betroffenen fasziert erlebten Übergang in die imaginären Szenarien. Bei den Polyradikulitiskranken dagegen stellt das Oneiroid das Resultat eines kontinuierlich fortschreitenden Erlebniswandels vor unseren Augen auf der Intensivstation dar. Dieser führt, von einer intensiven Angst geprägt, über Entfremdungserlebnisse und verschiedene Formen des Sinnentrugs zu einem Austausch der Realität des lebensbedrohlichen Krankseins durch eine imaginäre Welt, die zunächst noch

flüchtig ist, sich aus illusionären Verkennungen, optischen Halluzinationen konstituiert und die jederzeit noch durch externe Zuwendung oder Stimulation – eben auch ganz wichtig für das Umgehen mit dem Betroffenen – unterbrochen werden kann. Auch *Claussen* beschreibt unmittelbar postoperativ auf ihn hereinstürzende „Zwangsvisionen“, gegenüber denen ihm aber immer noch „eine schmale, aber wichtige Schranke“, also die Möglichkeit einer reflexiven Distanzierung verblieb. In diesem Stadium pendelt der Patient gewissermaßen zwischen der real erlebten Intensivstation und einer Phantasiewelt. Er gerät allerdings in eine erhebliche emotionale Labilisierung, die eben daraus resultiert, dass er zwei unterschiedliche Erlebnisvidenzen alternierend erlebt: einerseits die Außenwahrnehmung und auf der anderen Seite die imaginativen Strukturen der immer mehr in das Zentrum rückenden Phantasmen, die sich dann auf dem Höhepunkt dieses Prozesses schließlich zu einer in sich geschlossenen, anders- und neuartigen Wirklichkeit erweitern.

Im Folgenden seien die für alle Manifestationsweisen des Oneiroids gültigen Grundzüge dieser Erlebnisform dargestellt, wobei die Erlebnisse der Polyradikulitiskranken lediglich exemplarischen Charakter tragen. Die von mir untersuchten Patienten schilderten übereinstimmend ein gänzlich entrücktsein, derart, dass die umgebende klinische Realität schon bald nach der Intubation für sie völlig verschwand. Man könnte in der Sprache der klassischen Phänomenologie von einem „Versetzseins-Erlebnis“ sprechen, bei dem das Ich des Erlebenden aus einem realen Hier in ein neues, fiktives Dort transportiert wird, das aber nun gleichfalls als ein wirkliches Hier erfahren wird. Das heißt, das fiktive Irreale, diese Imagination, kann nicht als solche reflektiert werden. Es geht um die „Wirklichkeit des Imaginären“. *Karl Jaspers*, eben nicht nur Philosoph, sondern auch der große Psychopathologe des vergangenen Jahrhunderts, schreibt zu solchen Erlebnisweisen: „Die Seele ist in einer anderen Welt und hat keinerlei Beziehung zur wirklichen Situation“ (10). Über *Jaspers* hinausgehend könnte man formulieren: „Die Seele ist nur noch in ihrer eigenen Welt, sie hat ihren realen Körper verloren, ohne jedoch in der imaginären Erlebnisform ohne Leib zu sein“.

Der in der Realsituation der körperlichen Erkrankung so weitgehend zerstörte Eigenleib findet in der Imagination des Oneiroids eine Repräsentation, in der er durchaus zur motorischen Aktion und zu einem Bewältigungshandeln befähigt ist. Damit ist eine wirklich ganz wichtige psychodynamische Funktion dieser Erlebnisweise erfasst. An die Stelle der bisherigen Außenwelt tritt eine neue, szenisch konfigurierte Erlebnisform, die eindeutig welthaften Charakter besitzt. Den Betroffenen ist keine Distanz zu den erlebten Geschehnissen möglich. Sie gehen völlig in einer imaginären Welt auf, in deren Vorkommnissen sie wie in einem Bann als Zuschauer und aktiv Beteiligte unlösbar verstrickt und verwoben sind. Es geht also nicht wie bei szenischen Halluzinationen unter Drogeneinwirkungen um das passive Schauen filmhaft ablaufender Szenen, sondern um das Mitwirken in einem existentiellen Abenteuer, von dem sich auszu-schließen unmöglich ist.

Die Erlebnisse werden mit intensiver affektiver Beteiligung erlebt, wobei, mit wenigen Ausnahmen, durchwegs eine den dramatischen Inhalten adäquate Grundstimmung der Angst und des Entsetzens festzustellen ist. Diese, durch die tatsäch-

liche vitale Bedrohung begründete Realangst wird somit auch zum affektiven Grundtenor der oneiroiden Welt. Die Angst ist gewissermaßen das thematische Bindeglied zwischen der bedrohlichen Wirklichkeit des neurologischen Krankheitsbildes und den phantasierten Schrecknissen der inneren Erlebniswelt dieser Kranken. Die von mir katamnestisch untersuchten Patienten gaben übereinstimmend an, dass die leibhaftig sinnlich erlebten Geschehnisse im Oneiroid für sie eindeutigen Wahrheitscharakter besaßen, der niemals auch nur einen Anflug des Zweifels oder einer Ahnung des Irrealen erlaubte. Eine fragliche Wesensgleichheit mit dem vertrauten Traumerleben – man denke etwa an die beim Traum ja durchaus mögliche reflexive Distanz, in der wir wissen, dass wir träumen – wurde von allen Untersuchten eindeutig verneint. Es geht bei alledem also nicht um flüchtige halluzinatorische Strukturen, sondern um ein welthaft gestaltetes Erlebniskontinuum von innerer Sinnhaftigkeit in einem eigengesetzlichen Folgezusammenhang. Durchwegs ließen sich dramatisch phantastische, mitunter surreal gefärbte Geschehensabläufe explorieren, die auf oft beklemmende Weise die innerseelische Auseinandersetzung der Schwerkranken mit ihrer durch ihre Erkrankung bestimmten Lebenssituation widerspiegelten. So konnten sich zwei der Untersuchten an das in einem Fall als Horrorszenergie gestaltete, antipizatorische Erleben des eigenen Todes erinnern. Bei drei Patienten kam es zu verschiedenartig gestalteten und leidvoll erlittenen Erlebnissen der Körperzerstückelung, wie Sie auch gelegentlich von schizophrenen Menschen mitgeteilt werden. Diese in einer Störung des Körperschemas fundierten Phänomene resultieren sicherlich aus der bei der Polyradikulitis gegebenen schwersten Beeinträchtigung der leiblichen Integrität. Damit aber repräsentieren sie eine imaginative Vergegenwärtigung des letztlich unentrinnbaren somatischen Krankheitsprozesses; und das erscheint sehr wichtig für die Interpretation dieser Phänomene.

Das Oneiroid als Bewältigungsstrategie

Es kann aber in diesem Zusammenhang, wie eine Amplifikation nach *C.G. Jung*, auch noch eine religionspsychologische Sichtweise eingeführt werden: Erlebnisse einer gewalt-samen leiblichen Desintegration spielen in verschiedenen, insbesondere schamanistisch geprägten Kulturen eine bedeutsame Rolle bei spirituellen Initiationsprozessen, wobei sie dort stets im thematischen Zusammenhang von Tod, Zerstörung und Wiederverkörperung stehen. Und immerhin geht es ja auch bei der Polyradikulitis, wenn man wagt, die Krankheit existenziell zu interpretieren, um den Verlust und den möglichen Wiedergewinn des eigenen Leibes und der eigenen Bewegungsfähigkeit. Natürlich zeigen die Erlebnisse der Patienten vielfach biographische Spuren. Sie wurzeln oft in den vertrauten lebensweltlichen Bezügen. Sie legen aber auch bisher nicht gekannte, für das Individuum neue Erfahrungshorizonte frei, deren mitunter archetypisch anmutende Bildformation sich eigentlich erst einer tiefenpsychologischen Interpretation erschließen kann. Wichtig ist die Erkenntnis, dass innerhalb der hochtechnisierten Umgebung einer Intensivstation in der Imagination des Subjekts demnach archaische Erfahrungsmuster aktualisiert werden können, die als Ausdruck innerseelischer Bewältigungsstrategien für die Kranken vorübergehend eine höhere existentielle Relevanz und eine intensivere Wirklichkeitsprägung besitzen als die äußere Realität.

Als Grundlage der oneiroiden Erlebnisform ist ein verändertes Bewusstsein im Sinne von *Karl Jaspers* anzunehmen. Dieses zeichnet sich durch eine affektiv dominierte Einnengung des Erlebnishorizontes bei relativ geordneten Erlebniszusammenhängen aus und kann für den Psychopathologen sicher von Zuständen einer organisch determinierten, zum Struktur- und Gestaltzerfall führenden Bewusstseinsstrübung abgegrenzt werden. Und in einem solchen „entordneten“ Bewusstseinsfeld kann dann in einem komplexen Zusammenspiel aufbauender und destruierender Faktoren die innere Welt des Individuum zur Vorherrschaft gelangen und sich als Oneiroid konkretisieren. Der philosophische Begriff der „Dekonstruktion“ eignet sich sehr, um das zu beschreiben, was an Aufbauvorgängen in einem Oneiroid geschieht.

Letztlich zeichnen sich Traum und Oneiroid weniger durch ein eingegengtes, als durch ein qualitatives andersartiges Bewusstsein aus, dem eine Veränderung, eine Wandlung des Wirklichkeitstypus entspricht. Das hat sehr konkrete Folgen für unser Umgehen mit den Kranken. Im Zustand veränderten Bewusstseins, dem oft eine seltene Klarheit und Laszivität des Erlebens korrespondiert, herrscht ein absoluter Primat der Phantasiewelt, zu deren Aufbaumomenten aber auch die möglicherweise noch stückhaft wahrgenommenen Außenweltereignisse gehören können. Diese Außenweltereignisse, etwa wie wir am Krankenbett stehen, oder die Infusionsständer, die Instrumente auf der Intensivstation, verlieren dann allerdings ihren Wirklichkeitsakzent und sie werden eingebaut, sie werden gewissermaßen transfiguriert in die imaginäre Szene. *Mayer-Gross* hat schon davon gesprochen, „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“. Das hat aber Konsequenzen für die Art und Weise, wie wir mit diesen scheinbar komatösen Patienten umgehen müssen. Und so schreibt der Patient *Claussen* in seinem Buch: „Mir ist nicht erinnerlich, dass ich durch Betreuung oder Besuche am Krankenbett, selbst der nächsten Menschen, jemals aus einer Reise heraus gerissen worden wäre“.

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 sowie sogenannten konfabulotischen Phantasien. Wenn sich dann sämtliche Sinnesdaten, Emotionen und Kognitionen zu einer als geschlossen und einheitlich erlebten Situation zusammenschließen, also die Konstruktion einer völlig neuen Außenwelt geschieht, so wird damit deutlich, dass das entscheidende Bedingungsmoment dieser komplexen Imaginationen nicht in den Struktureigentümlichkeiten der erwähnten Elemente oder in ihrer Summe liegt. Natürlich haben sie eine neurobiologische Grundlage, aber darüber hinaus verweisen diese fantastischen Erlebniszusammenhänge auf einen tieferliegenden Gestaltungsdrang. Um ihn genauer zu erfassen, muss man auf einen Begriff aus der Philosophie zurückgreifen, auf den Begriff der „Poesis“, einen Zentralbegriff der antiken Philosophie. Wie in der

Kunstphilosophie die „Mimesis“ die Nachahmung der Wirklichkeit bezeichnet, so ist die Poesis als Ausdruck der Tatsache zu verstehen, dass wir als Menschen etwas schaffen können. Im Oneiroid treffen wir auf eine seelisch-geistige, auf Verwirklichung von Imaginärem hin geordnete Poesis, die eben in Extremsituationen in jedem Menschen aktualisiert werden kann. Ähnliche 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 dingslich, was sonst uferlos in einem Ozean der Angst zerrinnen würde“. Diese Extremerfahrungen zeigen uns allen mögliche Erfahrungsweisen auf, die wir nicht pathologisieren dürfen. Letztlich wird hier eine poetische Grundtendenz im Seelischen überhaupt sichtbar, die auf die Fiktionsbedürftigkeit des Menschen verweist. Und in einer solchen anthropologischen Perspektive erscheinen die oneiroiden Phantasiewelten von Menschen in unterschiedlichen Extremsituationen eben nicht als nur defizitäre Scheinrealitäten, sondern sie erweisen sich als sinngestaltige Verwirklichungen des Imaginären.

Differenzierung des Begriffs Oneiroid

Das Oneiroid ist eine Sammelkategorie für eine Reihe von unterschiedlichen Zuständen. Wenn man diesen Begriff der allgemeinen Psychopathologie anwendet, muss man ihn spezifizieren, also sprechen vom „Oneiroid im Rahmen einer Polyradikulitis“, vom „Oneiroid bei schizophrenen Patienten“. Er bezeichnet eine formale Beschreibung von Erlebnisvollzügen, wobei die spannende Forschungsfrage ist, wie sich von der emotionalen aber auch von der inhaltlichen Färbung Oneiroiden bei endogen-psychotischen Patienten oder bei den sogenannten normalen Patienten im Rahmen einer schweren Extremsituation unterscheiden. Andererseits spielen imaginäre Erfahrungen, die aber als solche nicht reflektiert werden, wohl auch in der Konstituierung unseres Alltagsbewusstseins eine entscheidende Rolle. Das Oneiroid ist wahrscheinlich nicht durch einen qualitativen Sprung von unserer Alltagserfahrung getrennt, sondern stellt die radikale Ausformung einer innerseelischen, ständig präsenten Imagination dar. Diese wird natürlich kulturell überformt, was man etwa sehen kann im Kontrast zu den australischen Aborigines und ihrer Vorstellung von der „Traumzeit“, einer eben nicht klaren Trennung zwischen Traumähnlichem und Alltag.

In Anlehnung an die gängigen Klassifikationssysteme der ICD10 oder auch des DSM IV lässt sich das Oneiroid durchaus den sogenannten „dissoziativen Störungen“ zuordnen. Allerdings ist hierzu kritisch anzumerken, dass der auf *Janet* (11) zurückgehende Begriff der „Dissoziation“, der seit etwa einem Jahrzehnt eine ungeahnte Renaissance erfährt, in der aktuellen Diskussion uneinheitlich und innerhalb eines eher unscharfen Bedeutungsfeldes verwendet wird. Wenn das Wort verwendet wird, muss definiert werden, ob es ein Erklärungsmodell bezeichnet oder als ein Beschreibungsbegriff fungieren soll; ansonsten ist der Begriff für den psychiatrischen Diskurs wertlos. Auf einer sehr allgemeinen Ebene legt der Begriff der Dissoziation die Annahme einer gestörten Integration psychischer Funktionalität nahe und verweist damit auf die Nichtselbstverständlichkeit und die Brüchigkeit der Kontinuität und der Kohärenz eines be-

wussten Erlebens. Wenn dann in einer Arbeit von 1994 von Cardena (12) zum Manifestationsspektrum der Dissoziation auch ein „verändertes Bewusstsein mit einer Entfremdung von Selbst- und Umwelterfahrungen“ gezählt wird, so wird hier durchaus eine Annäherung an den Diskurs der deskriptiv-phänomenologischen Psychopathologie deutlich. Es ist in der gegenwärtig sich neurobiologisch wandelnden Psychiatrie unbedingt notwendig, nicht den Anschluss an den Diskurs der Psychopathologie zu verlieren, der uns wie wenige eine Möglichkeit gibt, das Erleben unserer Patienten, also das was uns primär angeht, zu erfassen. Daher verabsolutiert das auf einer neurobiologisch fundierten Desintegrationshypothese basierende Erklärungsmodell der Dissoziation den Störungscharakter des Oneiroids und wird der aufgezeigten psychodynamischen und kreativen Bedeutungsdimensionen des Phänomens nicht gerecht.

Eine wichtige Rolle spielt in diesem Zusammenhang auch noch der Begriff der „narrativen Realität“: ein solches oneiroides Erleben konstituiert sich überhaupt erst durch die Erzählung der Betroffenen. Worin liegt das ursprünglich Erlebte und wo beginnt die Erzählung? Wir begegnen dem Patienten auf der Intensivstation von außen und wir wissen nicht, ob der Patient, der gerade beatmet ist, in seinem uns nicht verbal zugänglichen Erlebnisvollzug sich gerade in einer oneiroden Welt befindet. Das Schwierige ist also, dass wir Oneiroide, die ja immer in einem „Entrücktsein“ erlebt werden, erst dann überhaupt antreffen, wenn sie sich in einem Gespräch – deshalb ist der Begriff der narrativen Realität so wichtig – als Erzählung konstituieren, so dass letztendlich, phänomenologisch gesprochen, eine exakte Korrelierung zwischen den innerseelischen Erlebnissen in der Imagination und der Realzeit überhaupt nicht möglich ist. Es sind wirklich zwei verschiedene Welten.

Therapeutische Konsequenzen

Das Oneiroid selber besitzt zwar eine traumabewältigende Funktion, hat aber auch eine den Menschen erschütternde seelische Nachwirkung. Deshalb dürfen wir unsere Patienten nicht alleine lassen, wenn das Bedürfnis da ist, darüber zu sprechen, denn manche Erlebnisse des Oneiroids können durchaus noch lange später in den Alltag hineinreichen. Dabei ist die Hypermnese des Erlebten eine wesentliche Voraussetzung für das psychotherapeutische Umgehen mit diesen Patienten. Wichtig für eine Therapiemöglichkeit ist, zu bedenken, dass das Oneiroid eine relativ häufige Erfahrung ist, viel häufiger ist als wir meinen, wenn wir nur hinzuhören und die Patienten befragen. Von daher ist es etwas, was jeder Intensivmediziner wissen sollte. Zu erwägen ist außerdem, ob man mit Medikamenten diese Vorgänge günstig beeinflussen oder sie unter Umständen gar verhindern kann (12). Man sollte wohl Patienten in dieser Situation nicht ohne Benzodiazepine lassen, von denen man später verantwortet und langsam wieder heruntergehen muss. Es stellt sich auch die Frage nach den Neuroleptika. Das Oneiroid ist ein Bewältigungsmechanismus, den wir dem Patienten nicht nehmen sollten. Wir können aber dazu beitragen, ihm durch die Gestaltung der konkreten Intensivbehandlungssituation und durch eine angstmindernde Medikation, z.B. mit Lorezepam, das Oneiroid zu erleichtern. Sonst machen wir ähnliche Erfahrungen wie am Beginn der Neuroleptika-Ära bei langfristigen Schizophrenen, denen

wir durch die Neuroleptika zwar ihren Wahn genommen haben, aber auch ein Wahn kann sehr wohl eine sinnhaltige und für den Patienten wichtige Bedeutung haben. Demnach sollte man mit Neuroleptika eher zurückhaltend sein. In einer Befragung gaben 90% der Patienten an, dass für sie der Kontakt zu den Angehörigen am hilfreichsten war (13).

Abschließend lässt sich feststellen: Dem durch eine Extremsituation bedingten Verlust unserer gemeinsamen Wirklichkeit kann kompensatorisch ein oneiroider Weltgewinn kontrastieren. Dabei bleibt aber immer zu bedenken, dass diese oneiroide Erlebnisform für die Betroffenen einen Abgrund bedeutet, auf dem sie ständig bedroht sind, in das Nichts der Bewusstlosigkeit zu versinken, das die von mir untersuchten Menschen mehr als andere Schrecknisse ihrer Fantasiewelt befürchteten. Das Wesen des im Rahmen einer Polyradikulitis auftretenden Oneiroids, das exemplarisch die in Grenzsituationen aufscheinende Brüchigkeit unserer gemeinsamen Welterfahrung bezeugt, scheint mir auch in einem Satz des Wiener Psychiaters *Paul Schilder* (14) – einer der ersten, der Psychoanalyse und klinische Psychiatrie annäherte – ausgesagt zu sein: „Die Seele bewahrt ihre Synthesis, ihre Sinnhaftigkeit auch dann, wenn naturhaft Sinnloses einbricht“.

Literatur

1. Gebattel V. Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Berlin: Springer 1954.
2. Claussen PC. Herzwechsel. München: Hanser 1996.
3. Binswanger L. Der Mensch in der Psychiatrie. Pfullingen: Neske 1957.
4. Schmidt-Degenhard M. Zum Problem der oneiroiden Erlebnisform. *Fundamenta Psychiatrica* 1991;5:165-171.
5. Mayer-Gross W. Selbstschilderungen der Verwirrtheit. Die oneiroide Erlebnisform. Berlin: Springer 1924.
6. von Weizsäcker V. Der Gestaltkreis. (4. Aufl.) Stuttgart: Thieme 1950.
7. Gammon J. The psychological consequences of source isolation: a review of the literature. *J Clinical Nursery* 1999;8:13-21.
8. Schmidt-Degenhard M. Die oneiroide Erlebnisform. Berlin: Springer 1992.
9. Weiss H. Psychische Veränderungen bei intensiv behandelten Patienten mit akutem Guillain-Barré Syndrom. *Fortschr Neurol Psychiatrie* 1991;59:134-140.
10. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. (8. Aufl.) Berlin: Springer 1965.
11. Janet P. Der Geisteszustand der Hysteriker (Die psychischen Stigmata). Leipzig: Deuticke 1894.
12. Cardena E. The domain of dissociation. In: Lynn S.S. et al. (eds) *Dissociation*. New York: Guilford 1994.
13. Weiss H, Rastan V, Mullges W, Wagner RF, Toyka KV. Psychotic symptoms and emotional distress in patients with Guillain Barre syndrome. *European Neurology* 2002;47:74-78.
14. Schilder P. Medizinische Psychologie. Berlin: Springer 1924.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. *Michael Schmidt-Degenhard*
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Florence-Nightingale-Krankenhaus
Zeppenheimer Weg 7
D-40489 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 409-3400
Fax: 0211 / 409-3399
E-Mail:
prof.schmidt-degenhard@kaiserswerther-diakonie.de