

## 35 Klinische Zugänge zur Anomalistik

Wolfgang Fach, Martina Belz

### 35.1 Außergewöhnliche Erfahrungen und Klinische Psychologie

#### 35.1.1 Einleitung

##### Definition

Im Kontext dieses Beitrags wird der Begriff „Außergewöhnliche Erfahrung“ als Sammelbezeichnung für alle Erfahrungen verwendet, die in ihrer Qualität, ihrem Verlauf oder ihrer Genese von den Wirklichkeitsvorstellungen der Betroffenen und/oder ihrer sozialen Umwelt und/oder von den in modernen Gesellschaften etablierten epistemologischen Konzepten und wissenschaftlichen Prinzipien und Gesetzen abweichen. Er ist weltanschaulich neutral und impliziert weder Aussagen über den Realitätsstatus solcher Erfahrungen noch über den psychischen Gesundheitszustand der Menschen, die über sie berichten (vgl. Belz-Merk u. Fach 2005; Fach et al. 2013).

Entgegen der subjektiven Evidenz der Betroffenen, etwas „Übernatürliches“, „Außersinnliches“, „Paranormales“ oder „Mystisches“ zu erleben, reagieren Vertreter der akademischen Psychologie und Psychiatrie auf Berichte über spukartige Phänomene, unerklärliche Erscheinungen, außersinnliche Wahrnehmungen, schicksalhafte Fügungen, magische Beeinflussungen oder spirituelle Erfahrungen im Allgemeinen skeptisch. Anders als esoterisch orientierte Dienstleister, die den Einfluss von Geistern oder eine mediale Begabung ihrer Klientel

in Betracht ziehen, oder *transpersonal* ausgerichtete Therapeuten, die möglicherweise Anzeichen einer persönlichen Entwicklung oder *spirituellen Krise* erkennen, werden außergewöhnliche Erfahrungen (im Folgenden AgE) in der konventionellen psychologischen und psychiatrischen Praxis zumeist als natürlich erklärbare Sachverhalte, als Wahrnehmungstäuschungen oder – in gravierenderen Fällen – als typische Symptome psychischer Störungen interpretiert und damit dem Kanon der **Psychopathologie** zugeordnet.

Dass AgE belastend und irritierend sein können, wurde wiederholt von verschiedenen Autoren berichtet, und der Versorgungsbedarf wurde mittlerweile mehrfach belegt (Belz-Merk u. Fach 2005; Belz 2009; Belz u. Fach 2012). Dennoch sind spezifische Hilfsmöglichkeiten und Anlaufstellen für Ratsuchende dünn gesät und bislang gibt es sie nur in wenigen Ländern.

Ein professionelles Beratungs- und Therapieangebot für Menschen mit AgE, das den Standards, die in psychotherapeutischen Praxiseinrichtungen üblich sind, entspricht und parapsychologische und klinisch-psychologische Konzepte verbindet, gibt es am Freiburger **Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene (IGPP)** (Bauer et al. 2012). Dort berichten mehr als zwei Drittel der Klientel, stark durch AgE belastet zu sein und zudem unter privaten, gesundheitlichen und psychischen Problemen zu leiden. Etwa die Hälfte der Betroffenen zeigt Symptome und Verhaltensweisen, die auch als Indikatoren einer psychischen Störung angesehen werden

können (Belz-Merk u. Fach 2005; Belz 2009; Belz u. Fach 2012).

Die Wissenschaft, die abweichendes Erleben und Verhalten, das mit psychischem Leiden einhergeht, traditionell zum Gegenstand hat, ist die **Klinische Psychologie**. Demnach ist sie dazu prädestiniert, sich mit Menschen, die sich durch AgE belastet fühlen, zu beschäftigen. Gegenwärtig wird dies durch zahlreicher werdende Beiträge zum Thema und den Versuch der Etablierung einer **Klinischen Parapsychologie** (Kramer et al. 2012) bekräftigt.

### 35.1.2 Klinische Zugänge zu außer-gewöhnlichen Erfahrungen

Schon zum Ende des 19. Jahrhunderts haben Janet (1894) und Flournoy (1900) auf Verbindungen zwischen AgE und **dissoziativen Zuständen**, wie sie in der Hypnose, bei der „Hysterie“ und der multiplen Persönlichkeitsstörung eine Rolle spielen, hingewiesen, und James (1902) hat die phänomenologische Ähnlichkeit von spirituellen und psychotischen Erfahrungen diskutiert. Neben Jung (1902), der sich schon früh mit okkulten Phänomenen und ihrer Verbindung zur Psychopathologie auseinandersetzte, beschäftigten sich bis in die 1960er-Jahre vor allem Psychiater und Psychoanalytiker mit dem Thema. Dieses geschah insbesondere im Hinblick auf Zusammenhänge zwischen AgE und Psychosen, aber beispielsweise auch auf die Frage, welche Rolle „Psi“ bei der Übertragung und Gegenübertragung in der therapeutischen Beziehung spielen könnte. In Deutschland wies Bender (1958/59), der das oben genannte IGPP 1950 gründete, schon früh auf die Zusammenhänge zwischen spiritistischen Praktiken und dissoziativen Störungen hin.

Ab Ende der 1960er-Jahre wurden AgE vor allem von der sich entwickelnden **Trans-personalen Psychologie** als Begleiterscheinungen spirituellen Wachstums thematisiert (vgl. z. B. Kohls 2004). Schließlich erkannte die wissenschaftlich betriebene **Parapsychologie** zunehmend die klinische Relevanz von AgE und diskutierte ab den 1980er-Jahren in ihrer internationalen Community vermehrt Modelle zur Professionalisierung parapsychologischer Beratungsarbeit – zunächst weitgehend ohne explizierte theoretische und empirische Grundlagen und primär an gängigen Therapieschulen orientiert. 1987 und 1989 fanden unter Beteiligung von Mental Health Professionals und Vertretern der akademischen Parapsychologie internationale Konferenzen der Parapsychology Foundation zu „Spontaneous Psi, Depth Psychology and Parapsychology“ und „Psi and Clinical Practice“ statt (Coly u. McMahan 1993). Der klinische Psychologe Kramer arbeitete in seinem von 1986 bis 1990 in Holland existierenden „Parapsychologisch Adviesburo“ mit einem gesprächspsychotherapeutischen Beratungsansatz (Kramer 2012) und 1989 eröffnete die Wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung der Parapsychologie (WGFP) ihre „Parapsychologische Beratungsstelle“ in Freiburg, die bis heute von dem Physiker und Psychologen von Lucadou geleitet wird (Zahradnik u. Lucadou 2012). 1995 organisierte die Parapsychological Association eine Paneldiskussion über „Clinical Parapsychology“, um Beratungsstrategien bei AgE zu diskutieren (Solfvin 1995). Der erstmals 2000 und inzwischen in Neuauflage erschienene Sammelband „Varieties of Anomalous Experience“ (Cardena et al. 2014) stellt den bisher umfangreichsten Versuch dar, psychologische und parapsychologische Ergebnisse in Bezug auf AgE in den größeren Corpus der Psychologie und anderer Verhal-

tenswissenschaften zu integrieren. 2007 fand in den Niederlanden ein „Clinical Parapsychology Expert Meeting“ zum aktuellen Forschungsstand statt (Kramer et al. 2012).

Trotz aller Aktivitäten in diesem Feld besteht bis heute Unklarheit, nach welchen Kriterien sich pathologische und nicht-pathologische AgE unterscheiden lassen. Es bleibt offen, ob beispielsweise ihre Phänomenologie, ihre emotionalen und behavioralen Konsequenzen oder die Glaubenssysteme, in welche sie eingebettet werden, von vorrangiger Bedeutung für ihre Verarbeitung sind (ausführlich dazu Belz 2009).

### 35.1.3 Außergewöhnliche Erfahrungen und psychische Störungen

Das Lebenszeitrisiko, von einer psychischen Störung betroffen zu sein, wird heute in Europa auf über 50 % geschätzt und bei jedem dritten bis vierten Erwachsenen sind die Kriterien für die Diagnose einer psychischen Störung innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten erfüllt (Wittchen u. Jacobi 2005). Da sich etwa 75 % der deutschen Bevölkerung die Existenz paranormaler Phänomene vorstellen können und ein ebenso großer Prozentsatz über mindestens eine eigene AgE berichtet (Schmied-Knittel u. Schetsche 2011) – ähnliche Prävalenzraten finden sich auch im internationalen Vergleich (Belz 2009) –, muss es statistisch gesehen zu Überschneidungen kommen.

Folgende Arten des gemeinsamen Auftretens von AgE und psychischen Störungen sind denkbar:

- AgE und psychische Störungen sind das Gleiche.
- AgE verursachen psychische Störungen.
- Psychische Störungen bewirken AgE.
- AgE und psychische Störungen werden durch einen dritten Faktor verursacht.
- AgE und psychische Störungen bedingen und verstärken sich gegenseitig durch Zufallsfluktuation und Aufschaukelung.
- AgE und psychische Störungen bedingen und verstärken sich gegenseitig, wurden aber ursprünglich durch einen dritten Faktor ausgelöst.
- AgE und psychische Störungen bedingen sich gegenseitig in einem wechselseitigen Feedbackprozess mit einem weiteren Faktor.
- AgE und psychische Störungen sind komplementäre Aspekte einer psychophysischen Korrelation (dazu ausführlich Atmanspacher u. Fach 2013; Fach 2014).

Solche möglichen Überlappungen zwischen AgE und psychischen Störungen können aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden.

#### Symptomperspektive

Phänomenologische Übereinstimmungen mit Symptomen einer psychischen Störung weisen AgE vor allem mit der **schizotypischen Persönlichkeitsstörung und Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises** auf. Personen mit einer Psychosediagnose hören u. a. Stimmen und haben den Eindruck, telepathische Nachrichten zu erhalten. Eine grundsätzliche Einordnung des Stimmenhörens unter die psychischen Störungen ist jedoch nicht haltbar (vgl. Belz 2009). Empirische Studien belegen u. a. auch folgende Unterscheidungsmerkmale: Klinische Stichproben berichten semantisch und sprachlich wesentlich detaillierter, bizarrer und verstörender über AgE und können z. B. auditive Halluzinationen offenbar weniger beeinflussen als nichtklinische Stichproben. Im Unterschied zu „gewöhnli-

chen“ Ratsuchenden erkennen psychotische Menschen die Fremdartigkeit ihrer AgE, z.B. wenn sie meinen, Gespräche an weit entfernten Orten zu hören, nicht. Menezes und Moreira-Almeida (2010) geben eine Reihe von Kriterien an, durch die sich Menschen mit *nicht pathologischen AgE* beschreiben lassen:

- Abwesenheit von psychischem Leiden, sozialen und beruflichen Problemen,
- Abwesenheit komorbider psychischer Störungen,
- die AgE ist von kurzer Dauer,
- die Person ist in der Lage, das Ungewöhnliche der Erfahrung einzuschätzen,
- Kontrolle über die Erfahrung,
- das Ergebnis der AgE ist persönlich und sozial positiv.

### Motivationale Perspektive

Neben einer Einbeziehung von Symptomen ist es gute klinische Tradition und Voraussetzung für ein individuelles, auf die Anliegen und Bedürfnisse der Ratsuchenden zugeschnittenes Hilfsangebot, auch **motivationale Aspekte** zu berücksichtigen. Studienergebnisse (Belz-Merk u. Fach 2005; Belz 2009; Belz u. Fach 2012) zeigen, dass Menschen, die durch AgE belastet sind, häufig auch über psychische und soziale Probleme berichten. Oft werden AgE so in das psychische Geschehen integriert, dass sie wichtige motivationale Bedürfnisse nach Anerkennung, Kontrolle, Sinn oder einer Balance von Autonomie und Bindung in zwischenmenschlichen Beziehungen abdecken. AgE können zur Stabilisierung beitragen; als Teil von Bewältigungsstrategien sind sie aber auch nebenwirkungsreich und können verhindern, dass Probleme verarbeitet und wichtige Aufgaben im Leben angepackt werden.

### Biografische Perspektive

Häufig finden sich in der Lebensgeschichte von Menschen mit AgE traumatisierende Lebenserfahrungen (Irwin 1994). Das Erleben eines Traumas fördert pathologische wie nichtpathologische **dissoziative Prozesse**. Bei Betroffenen, die z. B. über Automatismen oder außerkörperliche Erfahrungen berichten, ist eine ausgeprägte Disposition für dissoziierte Bewusstseinszustände zu erwarten. Auch hier gilt, dass Kontrollierbarkeit, Häufigkeit und Valenz wichtige Kriterien dafür sind, ob diesen eher eine salutogenetische oder pathogene Funktion zukommt.

#### 35.1.4 Außergewöhnliche Erfahrungen und Glaubensüberzeugungen

Auch wenn vielschichtige Beziehungen zwischen AgE und **paranormalen Überzeugungen** bestehen, dürfen Glaubenssysteme nicht mit konkreten Erfahrungen und ebenso wenig mit psychischen Störungen gleichgesetzt werden. Die Befundlage hinsichtlich der Zusammenhänge ist inkonsistent und abhängig davon, wie paranormale Überzeugungen und Erfahrungen konzeptualisiert, unterschieden und gemessen werden. Nach Studien von Irwin und Lawrence (vgl. Belz 2009) können AgE im Zuge kindlicher Fantasietätigkeit und/oder Traumata auftreten und sich in deren Folge paranormale und magische Überzeugungen entwickeln. „Beziehungsideen“, magisches Denken und ungewöhnliche Überzeugungen, die das Verhalten beeinflussen und mit den jeweiligen kulturellen Vorstellungen inkompatibel sind, gehören zu den Diagnosekriterien der schizotypischen Persönlichkeit. Solange keine weiteren diagnostischen Kriterien wie

kognitive Beeinträchtigung, sozialer Rückzug und Anhedonie (Verlust an Freude und Interesse) hinzukommen, sind hohe Schizotypiewerte nicht notwendigerweise problematisch. Goulding (2004) zeigte, dass eine Untergruppe von Personen mit paranormalen Überzeugungen auch einen ausgeprägten gesundheitsbezogenen Kohärenzsinn und niedrige Neurotizismuswerte aufweist. Die Negativsymptomatik der Schizotypie, die mit kognitiver und sozialer Beeinträchtigung einhergeht, korreliert dagegen kaum mit paranormalen Überzeugungen. Die Ergebnisse stützen die Annahme einer **gesunden Schizotypie** und die Notwendigkeit, paranormale Überzeugungen und AgE als neutral bezüglich psychischer Gesundheit anzusehen (Belz 2009).

### 35.1.5 Inkonsistenzen und außergewöhnliche Erfahrungen

Im *konsistenztheoretischen Modell* nach Grawe (1998) strebt der Organismus nach **Konsistenz** – eine Zielgröße des psychischen Geschehens, die erreicht wird, wenn es dem Menschen gelingt, seine Grundbedürfnisse zu befriedigen und zu schützen. Je höher die externe und interne Konsistenz – Erstere wird als *Kongruenz* (Außenanpassung), Letztere als *Konkordanz* (Binnenregulation) bezeichnet –, desto gesünder der Organismus. Sind elementare Bedürfnisse, z. B. nach zuverlässigen Beziehungen, nicht erfüllt, tritt **Inkongruenz** auf, bei motivationalen Konflikten, z. B. durch widerstrebende Bindungs- und Autonomiewünsche, entsteht **Diskordanz**. Hohe Inkonsistenz ist eine wesentliche Ursache für die Bildung psychopathologischer Symptome und verminderten Wohlbefindens. Sie findet sich auch bei Ratsuchenden mit AgE, deren

Lebensumstände sich insbesondere durch folgende Aspekte auszeichnen (Belz 2009):

- Erstauftreten von AgE oft im Zusammenhang mit negativen Emotionen, ausgelöst durch besondere Lebensereignisse und Umbruchsituationen;
- Häufung potenziell traumatisierender Lebensereignisse und Deprivation in der Lebensgeschichte;
- Emotionsregulationsfähigkeit und Stresstoleranz infolge adverser/traumatisierender Ereignisse beeinträchtigt;
- Präferenz für intuitiv-holistische Informationsverarbeitung und Reduktion kritisch-analytischen Denkens;
- hohe Bereitschaft, Wahrnehmungs- und Denkinhalte als bedeutungsvoll zu erleben, die für Außenstehende keine emotionale Bedeutung haben;
- soziale Zurückhaltung wegen belastender „Emotionsansteckung“ durch intensives Einfühlen in andere Menschen oder bei interpersonellen Problemen;
- Intimität/Bindung und Vermeidung von Kontroll-/Autonomieverlust als wichtigste motivationale Ziele;
- ausgeprägtes Erleben von Inkonsistenz bei Intimität und Bindung;
- Vermeiden negativer Emotionalität;
- Tendenz zur positiven Umdeutung bei Konfrontation mit negativ valenten Themen;
- intensive Beschäftigung mit AgE und häufiges Berichten über AgE als Mittel zur interaktionellen Regulierung negativer Emotionalität;
- Demonstration der eigenen Besonderheit zur Selbstwertregulation und Ablenkung von emotional belastenden Erfahrungen;
- Externalisierung von Problemen und Misserfolgen.

## 35.2 Diagnostik und Klassifikation von außergewöhnlichen Erfahrungen

### 35.2.1 Klassifikationsproblem

Ein eigenständiges Klassifikationssystem für AgE hat sich angesichts ihrer Überlappung und der allgemein verbreiteten Gleichsetzung mit klinischen Symptomen bislang nicht etablieren können. In den aktuellen Auflagen der gebräuchlichen internationalen Klassifikationssysteme ICD-10 (WHO 1992) und DSM-5 (APA 2013) werden AgE ausschließlich im Kontext psychischer Störungen thematisiert. Die vormals einzige unabhängige Codierungsmöglichkeit für AgE als „Religiöses oder Spirituelles Problem“ im DSM-IV wurde gestrichen. Aufgrund dieses Mangels können die „Varieties of Anomalous Experience“ (Cardena et al. 2014) selbst in einem ambitionierten Standardwerk in keinen stringenten Ordnungszusammenhang gebracht werden. AgE werden unsystematisch im Rahmen parapsychologischer Konzepte („PSI-Related Experiences“), im begrifflichen Umfeld der Psychopathologie („Hallucinatory Experiences“) oder anhand situativer und soziokultureller Deutungsmuster („Near-Death Experiences“, „Alien Abduction Experiences“) subsumiert und kontextualisiert.

Obwohl zweifellos Korrelationen zwischen AgE, Glaubensüberzeugungen, psychosozialen Randbedingungen und psychischer Auffälligkeit existieren, lässt die bisherige AgE-Forschung mit ihrer Vermengung verschiedenster Faktoren keine stichhaltigen Aussagen über Bedingungsgefüge zu; dazu müssten AgE erst einmal unabhängig von psychodiagnostischen und weltanschaulichen Voraussetzungen erfasst werden können.

### 35.2.2 Außergewöhnliche Erfahrungen als Abweichungen im Realitätsmodell

In den letzten Jahren wurde ein neues Paradigma entwickelt, mit dem, basierend auf einigen Grundpostulaten der *Theorie der mentalen Repräsentation* (Metzinger 1999), ein umfassendes, eigenständiges Klassifikationssystem aus der Phänomenologie von AgE abgeleitet werden kann (Fach 2011a; Fach et al. 2013). Dabei wird davon ausgegangen, dass der Mensch ein **mentales Realitätsmodell** als „innere Beschreibung“ von Teilbereichen der Wirklichkeit erzeugt, das aus zwei fundamentalen Submodellen besteht:

- Im *Selbstmodell* sind Erfahrungselemente repräsentiert, die als innere Zustände nur dem erlebenden Subjekt zugänglich sind (Erste-Person-Perspektive), wie Körperempfindungen, Gefühle, Gedanken, Motivationen, Vorstellungen, Fantasien usw.
- Im *Weltmodell* sind Gegebenheiten repräsentiert, die zur äußeren Umwelt gehören und daher prinzipiell auch anderen Beobachtern zugänglich sind (Dritte-Person-Perspektive), also physische Reizquellen, Objekte und auch der eigene Körper.

Auf theoretischer Grundlage lassen sich zwei Paare jeweils komplementärer Abweichungsmöglichkeiten im Realitätsmodell formulieren. Während das erste Paar die Lokalisation von Repräsentationen betrifft, bezieht sich das zweite auf ihre Relationen: Zum einen können **externale Phänomene** im Weltmodell (z. B. „Spuk“) oder **internale Phänomene** im Selbstmodell (z. B. „Stimmenhören im Kopf“) auftreten. Zum anderen können sich Elemente des Selbst- und Weltmodells auf ungewöhnliche Weise in **Koinzidenzphänomenen** verbinden (z. B. Wahrträume) oder in **Dissoziationsphänomenen** voneinander trennen (z. B. außerkörperliche Erfahrungen).

Die vier Phänomen-Grundklassen von AgE bilden die Basis aller subjektiv wahrgenommenen Abweichungen in einem Realitätsmodell mit einer intakten Unterscheidung von Selbst und Welt und werden deshalb als **kategoriale AgE** bezeichnet (s. Abschn. 35.2.3).

Im Unterschied zu ihnen können auch Erfahrungen einer veränderten Realität „an sich“ auftreten, nämlich dann, wenn die Differenzierung des Selbst- und Weltmodells entweder in einer **nicht kategorialen AgE** regressiv schwindet oder in einer **akategorialen AgE** progressiv transzendiert wird (Atmanspacher u. Fach 2005; Fach 2011a). Empirische Bestätigung für die Unterscheidung der beiden Modi als einer „negativen Mystik“ mit angstbesetzter Ich-Auflösung versus einer durch Einheits- und Verbundenheitserfahrungen gekennzeichneten „positiven Mystik“ liefert eine Studie von Kohls (2004).

Die Dichotomie des Realitätsmodells, die an Descartes' psychophysischen Dualismus erinnert, wird von Metzinger rein epistemisch aufgefasst. Der hier vorgestellte Ansatz hingegen lässt die Frage nach dem Realitätsstatus von AgE völlig offen und erlaubt sowohl naturalistische als auch metaphysische Deutungen. Gegenwärtig werden Letztere besonders vor dem Hintergrund eines **Duale-Aspekte-Monismus** und damit verbundenen Annahmen über *akausale* psychophysische Korrelationen, wie sie schon Jung und Pauli (1952) unter dem Begriff der *Synchronizität* formuliert haben, diskutiert (Fach 2011a; Atmanspacher u. Fach 2013; Fach 2014). Unabhängig von solchen Betrachtungen können AgE auf Grundlage des phänomenologischen Zugangs ohne Festlegung auf eine Weltanschauung und frei von historisch gewachsenen diagnostischen und psychopathologischen Kategorien analysiert und systematisch klassifiziert werden (Fach et al. 2013).

### 35.2.3 Kategoriale außergewöhnliche Erfahrungen

Die bisher umfangreichsten empirischen Studien zu AgE hat das IGPP durchgeführt (Belz u. Fach 2012; Fach et al. 2013). In mehr als 95 % von 1 649 ausgewerteten Beratungsfällen wurden kategoriale AgE geschildert; nicht-kategoriale und akategoriale AgE spielten kaum eine Rolle. 1 465 der kategorialen AgE konnten mithilfe einer Faktorenanalyse **sechs typischen Formenkreisen** zugeordnet werden:

- **Spuk und Erscheinungen:** ausschließlich externe Phänomene, insbesondere Bewegungen und Veränderungen von Objekten, akustische und olfaktorische Phänomene sowie Erscheinungen;
- **internale Präsenz und Beeinflussung:** ausschließlich internale Phänomene, insbesondere somatische Sensationen (Schmerzen, Energiegefühle), innere Vorstellungen, Gedankeneingebungen, Stimmenhören und Beeinflussungserleben;
- **außersinnliche Wahrnehmung:** Koinzidenz von internalen Zuständen mit externalen Gegebenheiten, die von Betroffenen als Telepathie, Hellsehen oder Präkognition interpretiert werden;
- **sinnvolle Fügungen:** Koinzidenz von externalen Gegebenheiten, z. B. bestimmten Zahlen und Lebenssituationen, oder Häufung gleichartiger Ereignisse, die schicksalhaft bzw. durch höhere Mächte angeordnet erscheinen;
- **externale Präsenz und Nachtmahr:** Spüren einer externalen, unsichtbaren Anwesenheit, häufig verbunden mit taktilen Phänomenen (Alpdrücken) und/oder einer Bewegungsunfähigkeit (Schlafparalyse);
- **Automatismen und Mediumismus:** autonom ablaufende, als internal fremdinitiiert empfundene, koordinierte kör-

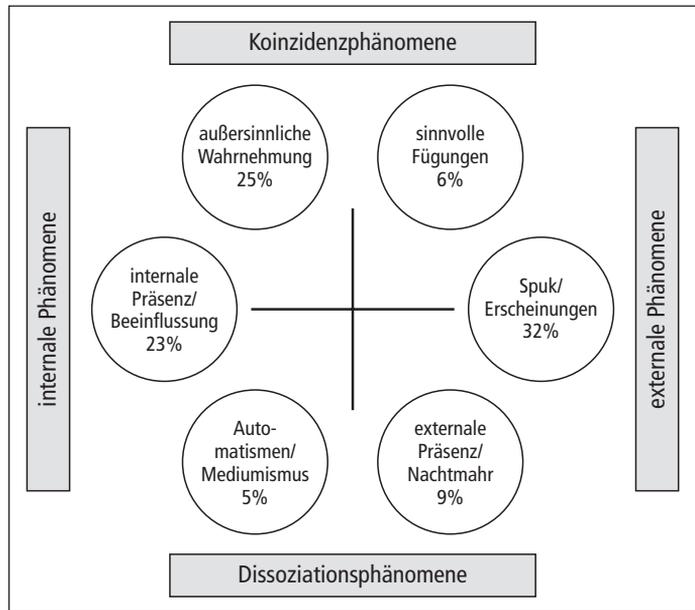
perliche Verhaltensweisen, die ohne willentliche Steuerung auftreten, z. B. automatisches Schreiben, Channeling.

Abbildung 35-1 zeigt die AgE-Formenkreise in ihrer Beziehung zu den Phänomen-Grundklassen in einem Achsenkreuz. Koinzidenz- und Dissoziationsphänomene (vertikale Achse) sind entsprechend ihrer phänomenologischen Merkmale entweder dem internalen oder externalen Pol (horizontale Grundachse) zugeordnet. Ebenfalls angegeben sind die prozentualen Anteile der Formenkreise am Beratungsaufkommen.

### 35.2.4 Außergewöhnliche Erfahrungen als Kontinuum

In einer weiteren Untersuchung mit einem am IGPP konstruierten **Fragebogen zur Erfassung der Phänomenologie außergewöhnlicher Erfahrungen (PAGE-R)** wur-

den ehemalige Ratsuchende des IGPP (n = 176) nachbefragt und die Ergebnisse mit denen einer von der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich initiierten repräsentativen Befragung der Schweizer Normalbevölkerung (n = 1580) verglichen (Fach et al. 2013; Landolt et al. 2014). In beiden Stichproben fanden sich die vier Phänomen-Grundklassen mit vergleichbaren und in mit der ersten IGPP-Studie übereinstimmenden proportionalen Verteilungen. Die **Durchschnittshäufigkeit** von AgE liegt dabei in der Normalbevölkerung in allen Bereichen um etwa 50 Prozent niedriger als bei den Ratsuchenden. Gravierende Differenzen zeigten sich zudem in der **Intensität und Valenz** der AgE: Ratsuchende empfinden ihre AgE als bedeutungsvoller für ihr Leben und gleichzeitig als sehr belastend und sehr bereichernd – eine Ambivalenz, die in der Normalpopulation signifikant schwächer ausgeprägt ist. Keine bedeutsamen Unterschiede gibt es dagegen hinsicht-



**Abb. 35-1** Empirische Verteilung der sechs faktorenanalytisch gefundenen AgE-Formenkreise (n = 1465) und ihre Zuordnung zu den vier theoretisch postulierten Phänomen-Grundklassen.

lich der **Kontextbedingungen**: Überall treten AgE überwiegend im Wachzustand und spontan auf. Eine Selbst- oder Fremdinduzierung durch mentale Praktiken, Kontakte mit Heilern bzw. Personen aus der Esoterikszene sowie Drogen oder Extremsituationen spielt in beiden Stichproben kaum eine Rolle. Ob Menschen mit AgE Hilfe benötigen und/oder suchen, hängt von der Frequenz und Intensität ihrer AgE, ihren Interpretationen und persönlichen Kontrollüberzeugungen und ggf. von *koexistierenden* psychischen Störungen (dazu Landolt et al. 2014) ab.

Das Spektrum der AgE präsentiert sich in **verschiedenen Dimensionen** bzw. Merkmalen und Ausprägungsgraden, die, wie es inzwischen auch bei psychischen Störungen angenommen wird, **kontinuierlich verteilt** sind. Angesichts dessen, dass sich dimensionale Konzepte in der Persönlichkeitsforschung insgesamt als fruchtbarer erwiesen haben, stellt sich der Nutzen historisch gewachsener Diagnosesysteme wie dem DSM oder ICD mit ihrem typologischen Ansatz der Personenklassifikation für eine Unterscheidung von AgE somit als grundsätzlich sehr begrenzt dar.

## 35.3 Interventionen bei außergewöhnlichen Erfahrungen

### 35.3.1 Inkonsistenz und Komplementarität

Häufig sind AgE in Lebenssituationen mit einem hohen Inkonsistenzniveau eingebettet (vgl. Fallbeispiel weiter unten). Fallanalysen zeigen, dass ebenso wie im phänomenologischen Erscheinungsbild der empirisch gefundenen AgE-Formenkreise (vgl. Abb.

35-1) **komplementäre Aspekte** auch auf der Ebene des psychischen Geschehens bei AgE eine zentrale Rolle spielen (Fach 2011a; Atmanspacher u. Fach 2013; Fach 2014). Hierbei geht es um Bedürfnisse und **Grundkonflikte** in der Lebensbewältigung, die z. B. um Bindung vs. Autonomie oder um Aspekte wie Versorgung vs. Autarkie kreisen und in der psychodynamischen (Arbeitskreis OPD 2006) oder der schema- und konsistenztheoretischen Diagnostik (Grawe 1994) von zentraler Bedeutung sind. Der Rückgriff auf diese psychologischen Theorien ergibt sich durch die Annahme, dass **unbewusste oder nichtbewusste Prozesse** wesentlich an der Manifestation außergewöhnlicher Phänomene beteiligt sind.

Psychische **Abwehrmechanismen**, die im Zusammenspiel komplementärer Aspekte im Realitätsmodell wirksam werden, lassen sich gegenwärtig am eingängigsten mit Begriffen der Tiefenpsychologie beschreiben: So treten *externale Phänomene* üblicherweise in sozialen Systemen mit einer übermäßig ausgeprägten Bindungskomponente auf. Bei „Spukfamilien“ (dazu ausführlich Fach 2011b) sind es häufig Jugendliche in der Pubertät, für die ihr aufstrebendes Autonomiebedürfnis so konfliktbehaftet ist, dass es zugunsten von Bindungsaspekten aus dem Bewusstsein *verdrängt* wird. Die Autonomie wird dann stattdessen im physischen Wohnraum der Familie wahrgenommen.

Dagegen manifestieren sich *internale Phänomene*, wie sie in der AgE-Beratung zur Sprache kommen, vornehmlich nach Kontaktabbrüchen zu einem Partner oder einer anderen wichtigen Bezugsperson, mit der zuvor eine intensive, aber gleichzeitig sehr ambivalente Beziehung bestanden hat (vgl. Fach 2014). Die Betroffenen fühlen sich nach der Trennung „magisch“ oder „telepathisch“ fortwährend mit dieser Person verbunden bzw. von ihr beeinflusst und

kämpfen um die Wiederherstellung ihrer Autonomie. In typischen Fällen wird das eigene Bindungsbedürfnis dabei durch *Projektion* auf die andere Person abgewehrt.

Obwohl beide Typen die Ursachen ihrer AgE dem Weltmodell zuschreiben, liegt eine **komplementäre Dynamik** im Hinblick auf die Richtung der psychischen Abwehr und die Rolle unbewusster Prozesse zugrunde (vgl. Fach 2011a, b, 2014): Im Falle der externalen Phänomene manifestiert sich Autonomie, die zugunsten von Bindung aus dem Selbstmodell ins Unbewusste verdrängt wurde, im Weltmodell. Bei internalen Phänomenen hingegen wird zur Wahrung von Autonomie das eigene Bindungsbedürfnis ins Weltmodell projiziert und findet über den Weg des Unbewussten seinen Ausdruck im Selbstmodell. Die Phänomene manifestieren sich jeweils komplementär zur „Abwehrrichtung“ und erfüllen offenbar eine **konsistenzsichernde Ausgleichsfunktion** im mentalen bzw. psychophysischen System, wobei die jeweilige Phänomenologie unter Umständen Auskunft über den abgewehrten Aspekt geben kann. Unterstützt wird diese Annahme durch Forschungsergebnisse, die spezifische Ausprägungen soziodemografischer und klinischer Variablen bei Menschen mit AgE der verschiedenen Formenkreise aufzeigen (Belz-Merk u. Fach 2005; Belz u. Fach 2012).

### 35.3.2 Klinisch-psychologisches Handlungsmodell bei außergewöhnlichen Erfahrungen

Das IGPP arbeitet mit einem theoretisch und empirisch gut fundierten klinisch-psychologischen Beratungs- und Therapieangebot, das auf Menschen mit AgE zugeschnitten ist (Bauer et al. 2012; Belz 2009; Fach 2011b). In der Beratung geht es dabei vorrangig um die

Erkundung und Einordnung der außergewöhnlichen Phänomene. Wenn die sozialen und psychologischen Randbedingungen, unter denen sie auftreten, in den Blick kommen, heißt das keinesfalls, dass sie auf psychische Probleme und Ursachen reduziert und damit im Sinne von Täuschung oder Einbildung „wegerklärt“ werden sollen. Die starke Evidenz, hier etwas ganz Außerordentliches erlebt zu haben, wird bei der Beratung grundsätzlich ernst genommen und respektiert. Die Gesprächsführung soll es Ratsuchenden durch **geleitetes Entdecken** möglich machen, selbst zu erkennen, dass die AgE in einem Zusammenhang mit ihrer Lebenssituation stehen könnten. Oftmals werden allein dadurch Prozesse in Gang gebracht, die ausreichen, AgE in einen sinnvollen Bezug zur eigenen Person zu setzen und in das eigene Weltbild zu integrieren.

Da AgE oft aber auch in einer langen Reihe von **Verletzungen von Grundbedürfnissen** stehen, kann die Reduktion einer ausgeprägten Inkonsistenzspannung und eine Verbesserung der Emotionsregulationsfähigkeit und der Stresstoleranz allerdings in vielen Fällen nur über eine intensivere Bearbeitung der negativen Emotionen gelingen.

Dabei muss ein klinisch-psychologisches Handlungsmodell an den Einzelfall und die jeweiligen an der Entstehung und Aufrechterhaltung der AgE beteiligten Aspekte angepasst werden. Die Fähigkeit, sich auf die individuellen Voraussetzungen Ratsuchender einzustellen, um das Ergebnis zu optimieren, wird in der Psychotherapie als „responsiveness“ bezeichnet (Caspar u. Grosse Holtforth 2009).

Ein Beispiel für das **systemtheoretisch orientierte** Vorgehen des IGPP, das einen offenen und integrativen Ansatz vertritt, der keiner Therapieschule verpflichtet ist, soll das folgende Fallbeispiel illustrieren (vgl. Fach 2014).

### Fallbeispiel

Frau X., 50 Jahre, mit ihrem geschiedenen Ehemann zusammenlebend und Inhaberin eines Kosmetiksalons, meldet sich zur Beratung. Sie könne spüren, was in anderen Menschen vor sich gehe, z. B. auch bei ihrer Kundschaft, und habe schon Unfälle und Todesfälle vorhergesehen. Mit B., einer ehemaligen Internetbekanntschaft, die sie in einem Trauerforum nach dem Tod ihres Vaters kennengelernt habe, hätten diese Phänomene überhandgenommen, sie brauche dringend Hilfe, um „dieses Band zu durchtrennen“. Via Chat, Telefon und E-Mail habe sie fast jeden Abend mehrere Stunden mit B. verbracht, es habe sich eine „Wahnsinnsnähe“ entwickelt, ein persönliches Treffen sei aber nie zustande gekommen: „Wir konnten uns gegenseitig telepathisch rufen, ich nahm ihn wahr, ich wusste, wie es ihm geht, und was er tut.“ Er habe sie ebenfalls körperlich spüren können und sie hätten Experimente gemacht, die ihre telepathische Verbindung bestätigt hätten. Als es immer intensiver geworden sei, hätten sie ihre Beziehung abgebrochen. Ihr damaliger Ehemann, der von der Bekanntschaft gewusst habe, sei nicht eifersüchtig gewesen, sie seien schon damals eher wie gute Freunde gewesen. Nach Ende der Internetbeziehung habe sie gemerkt, dass sie sich auseinandergeliebt hätten, und sich scheiden lassen. Sie wohne nun weiter mit ihm in einer WG. In der schwierigen Trennungsphase habe sie wieder Kontakt mit B. aufgenommen, der sie unterstützt und fürsorglich begleitet habe. Als sie ihm von ihrem neuen und jetzigen Partner berichtete, habe B. allerdings mit einem jähren und völlig unverständlichen Kontaktabbruch reagiert. Das „Energieband“ sei aber bestehen geblieben und sie könne B. immer noch spüren. Er habe ihr wütende E-Mails geschrieben, sie beschuldigt, diese „Verbindung“ zu machen, und verlangt, dass sie damit aufhöre. Die von ihr gewünschte Klärung oder Aussprache verweigere er. Schon lange bevor er

ihr im Internet begegnet sei, habe eine Therapeutin sie auf die Idee gebracht, ein „überlebender Zwilling“ zu sein. Ob sie tatsächlich einen Bruder habe, der unter der Geburt verstorben sei, könne ihre Mutter weder bestätigen noch verneinen, da sie unter Narkose entbunden habe. Dennoch glaube sie, in B. den zu ihr gehörenden „fehlenden Teil“, nach dem sie sich immer gesehnt habe, wiedergefunden zu haben.

Über ihre Kindheit berichtet die Klientin, dass ihr Vater liebevoll, jedoch beruflich bedingt viel abwesend und deshalb häufig nicht verfügbar gewesen sei, wenn sie Unterstützung gebraucht habe. Später sei er schwer erkrankt und sie habe „die Starke“ in der Familie sein müssen. Zur Mutter, die unberechenbar und heftig in ihren Reaktionen gewesen sei, habe sie wenig Nähe empfunden: „Als ich als Dreijährige beim Spielen mal nicht ins Haus kommen wollte, hob sie einfach den Nachbarsjungen über den Zaun und sagte ‚das ist jetzt mein Kind‘, ging mit ihm hinein und schloss die Tür.“ Bei Trotz sei sie oftmals von ihrer Mutter in einen dunklen Keller gesperrt worden und habe extreme Angst erlebt. Ihre Kindheit sei von einem intensiven Gefühl der Verlassenheit geprägt gewesen.

Die Klientin hat in ihrer Kindheit immer wieder **Inkongruenzerfahrungen** im Hinblick auf ihr Bedürfnis nach sicheren Bindungen gemacht und in ihrer Lerngeschichte dysfunktionale Strategien zur Vermeidung negativer Emotionen, erneuter Verletzungen und Kontrollverlust ausgebildet. Den Wunsch nach Bindung kann sie nur unter extremer Aufrechterhaltung ihres Autonomie- und Kontrollbedürfnisses wahren. Internale Phänomene und Koinzidenzerlebnisse (außersinnliche Wahrnehmungen) überbrücken ihre Inkongruenz in Bezug auf fehlende emotionale Bindung und die Diskordanz mit dem konkurrierenden Autonomiebedürfnis, indem sie Kontrolle

über die Umwelt und Nähe auf Distanz ermöglichen. Allerdings werden die spontan auftretenden AgE zunehmend selbst als Kontrollverlust erlebt, das Inkonsistenzniveau steigt weiter, die AgE häufen sich und werden immer belastender.

Bei einer Intervention stehen folglich die Wahrnehmung und Verarbeitung der bisher vermiedenen Emotionen, die als Folge bedrohter Bindungs- und Kontrollbedürfnisse chronisch vorhanden sind, im Zentrum des klinisch-psychologischen Vorgehens. Damit schmerzhaft Themen, wie die nichtverlässliche Verfügbarkeit des Vaters und der emotionale Missbrauch durch die Mutter, die das **Vermeidungssystem** aktivieren und Abwehr hervorrufen, bearbeitet und integriert werden können, müssen gleichzeitig positive Emotionen insbesondere durch eine Sicherheit gebende Beziehung ermöglicht werden. Dies wurde durch den Einsatz von zwei Varianten einer **erlebnisaktivierenden Technik**, wie sie vor allem in der emotionsfokussierten Therapie (Greenberg 2011) eingesetzt wird, realisiert:

- **dialogische Inszenierung von Selbstteilen:** Die Klientin stellt unter Zuhilfenahme von zwei Stühlen verschiedene Teile ihres Selbst dar – z. B. einen kritischen und einen erlebenden, vulnerablen Teil –, die dann miteinander in Dialog treten. Alternativ stellt sich die Klientin auf den Stühlen wichtige Bezugspersonen vor und tritt mit ihnen in Dialog, um zwischenmenschliche Verletzungen und unabgeschlossene Konflikte mit ihnen zu verarbeiten. Dies ist Voraussetzung dafür, dass zukünftige Beziehungen weniger durch eine Überbetonung von Autonomie und Kontrolle, sondern mehr durch Annäherungserhalten, das Vertrauen und Bindung zulässt, bestimmt werden.
- **dialogische Inszenierung von Selbst- und/oder Beziehungsthemen durch**

**Stellvertreter:** Unter Mitarbeit von Stellvertretern, die z. B. Frau X. und B. verkörpern und deren Beziehung basierend auf den Angaben und Berichten der Klientin so nachstellen, dass diese aus einer sicheren Distanz heraus ihre Ängste und Bedürfnisse sowie ihre Übertragung auf B. und seine von ihr ausgeblendeten Botschaften wahrnehmen kann. Dadurch gelingt es ihr, echte Empathie für B. als vermeintlichen Täter zu entwickeln, ihre Opferrolle zu verlassen und Verantwortung für eigene Anteile an der Situation zu übernehmen.

Mithilfe der genannten Interventionen und einer weiteren Aufarbeitung konnte die Klientin verstehen, dass sie Vertrauen und Bindung aufgrund ihres ausgeprägten und damit in Konflikt stehenden Autonomie- und Kontrollbedürfnisses bisher nur in „ungefährlicher“ Form zulässt und dass sie Distanz direkt proportional zur Intensität ihrer Gefühle aufbaut. Ihr wurde klar, dass sie ihre telepathische Verbundenheit nur lösen kann, wenn sie es wagt, auch emotionale Risiken in realen Beziehungen einzugehen. Auf Grundlage der systemtheoretischen Bedingungen im Realitätsmodell (Fach 2011a, b, 2014) ist zu erwarten, dass ihre AgE mit einer zunehmenden Integration von Vertrauen und Bindung bei abnehmender Dominanz der Autonomie- und Kontrollbedürfnisse nachlassen.

### 35.3.3 Wirksamkeit von Interventionen

Erste Hinweise zum Nutzen einer spezifischen AgE-Beratung gibt die Befragung von Ratsuchenden des IGPP. Diese beurteilen die der Beratung zugeschriebenen Veränderungen deutlich positiv und fühlen sich we-

niger durch ihre AgE belastet – entweder, weil sie mit diesen besser umgehen können oder weil diese zurückgegangen bzw. verschwunden sind (Belz 2009). Selbst dann, wenn die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von AgE durch die Reduktion von Inkongruenz und Diskordanz sinkt, bleibt nach dem Modell der Konsistenztheorie das Risiko für ein Wiederauftreten belastender AgE bestehen, insofern die konflikthaften motivationalen Schemata nicht ausdrücklich bearbeitet werden. Die Versorgung kann sich daher nicht nur auf die Informationsvermittlung und Bearbeitung der AgE beschränken, sondern sollte auch die *Quellen* der Inkonsistenz in den Blick nehmen. Erhebliche Änderungen sind so lange nicht zu erwarten, wie AgE weiterhin eine wichtige Funktion zur Herabregulierung von Inkonsistenz haben und Ratsuchende keinen Bezug zwischen ihren AgE und sich selbst mit ihrer Biografie und ihrer gegenwärtigen Lebenssituation herstellen können. Darauf, dass AgE nicht belastend sein müssen, sondern durchaus auch positive Auswirkungen auf das Leben haben können, wurde immer wieder hingewiesen (Kohls 2004). Hier kann eine klinische Perspektive helfen, die salutogenetischen Aspekte dieser Erfahrungen zu verdeutlichen.

### Zur vertiefenden Lektüre

- Atmanspacher H, Fach W. A structural-phenomenological typology of mind-matter correlations. *Journal of Analytical Psychology* 2013; 58: 219–44.
- Belz M. Außergewöhnliche Erfahrungen. *Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe 2009.
- Cardeña E, Lynn SJ, Krippner S (eds). *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence*. Second Edition. Washington, DC: American Psychological Association 2014.
- Fach W, Atmanspacher H, Landolt K, Wyss T, Rössler W. A comparative study of exceptional experiences of clients seeking advice and of subjects in an ordinary population. *Frontiers in Psychology* 2013; 4: 65. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00065.
- Kohls NB. Außergewöhnliche Erfahrungen – Blinder Fleck in der Psychologie? Eine Auseinandersetzung mit außergewöhnlichen Erfahrungen und ihrem Zusammenhang mit geistiger Gesundheit. *Psychologie des Bewusstseins*. Münster: LIT 2004.
- Kramer WH, Bauer E, Hövelmann GH (eds). *Perspectives of Clinical Parapsychology*. Bunnik: Stichting Het Johan Borgman Fonds 2012.

### Literatur

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association 2013.
- Arbeitskreis OPD. *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber 2006.
- Atmanspacher H, Fach W. Acategory as mental instability. *Journal of Mind and Behavior* 2005; 26: 161–86.
- Bauer E, Belz M, Fach W, Fangmeier R, Schupp-Ihle C, Wiedemer A. Counseling at the IGPP – an overview. In: Kramer WH, Bauer E, Hövelmann GH (eds). *Perspectives of Clinical Parapsychology*. Bunnik: Stichting Het Johan Borgman Fonds 2012; 149–67.
- Belz M, Fach W. Theoretical reflections on counseling and therapy for individuals reporting ExE. In: Kramer WH, Bauer E, Hövelmann GH (eds). *Perspectives of Clinical Parapsychology*. Bunnik: Stichting Het Johan Borgman Fonds 2012; 168–89.
- Belz-Merk M, Fach W. Beratung und Hilfe für Menschen mit außergewöhnlichen Erfahrungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2005; 55: 256–65.
- Bender H. Mediumistische Psychosen. Ein Beitrag zur Pathologie spiritistischer Praktiken. *Zeitschrift für Parapsychologie und Grenzgebiete der Psychologie* 1958/59; 2: 173–201.
- Caspar F, Grosse Holtforth M. Responsiveness. Eine entscheidende Prozessvariable in der Psychothera-

- pie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2009; 38 (1): 61–9.
- Coly L, McMahon JDS (eds). *Psi and Clinical Practice*. New York: Parapsychological Foundation 1993.
- Fach W. Phenomenological aspects of complementarity and entanglement in Exceptional Human Experiences (ExE). *Axiomathes* 2011a; 21: 233–47.
- Fach W. „Wir sind eine ganz normale Familie“ – Ansätze zur Untersuchung und zum Verständnis außergewöhnlicher Erfahrungen (AgE) am Beispiel eines Spukfalles. In: Mayer G, Schetsche M (Hrsg). *N gleich 1. Methodologie und Methodik anomalistischer Einzelfallstudien*. Edingen-Neckarhausen: Gesellschaft für Anomalistik 2011b; 251–89.
- Fach W. Complementary aspects of mind-matter correlations in exceptional human experiences. In: Atmanspacher H, Fuchs C (eds). *The Pauli-Jung Conjecture and Its Impact Today*. Exeter: Imprint Academic 2014; 255–73.
- Flournoy T. *Des Indes à la Planète Mars. Etude sur un cas de somnambulisme avec glossolalie*. Geneve et Paris: Libraire Kundig 1900.
- Goulding A. Schizotypy models in relation to subjective health and paranormal beliefs and experiences. *Personality and Individual Differences* 2004; 37(1): 157–67.
- Grawe K. *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe 1998.
- Greenberg LS. *Emotionsfokussierte Therapie*. München: Ernst-Reinhardt 2011.
- Irwin HJ. Childhood trauma and the origins of paranormal belief: A constructive replication. *Psychological Reports* 1994; 74: 107–11.
- James W. *The Varieties of Religious Experience*. London: Longmans, Green & Co. 1902.
- Janet P. *Der Geisteszustand der Hysterischen*. Leipzig u. Wien: Franz Deuticke 1894.
- Jung CG. *Zur Psychologie und Pathologie sogenannter okkultur Phänomene: eine psychiatrische Studie*. Leipzig: O. Mutze 1902.
- Jung CG, Pauli W. *Naturerklärung und Psyche*. Zürich: Rascher 1952.
- Kramer WH. Experiences with psi counselling in Holland. In: Kramer WH, Bauer E, Hövelmann GH (eds). *Perspectives of Clinical Parapsychology*. Bunnik: Stichting Het Johan Borgman Fonds 2012.
- Landolt K, Wittwer A, Wyss T, Unterassner L, Fach W, Krummenacher P, Brugger P, Haker H, Kawohl W, Schubiger PA, Folkers G, Rössler W. Help-seeking in people with exceptional experiences: results from a general population sample. *Frontiers in Public Health* 2014; 2: 51. doi: 10.3389/fpubh.2014.00051.
- Menezes A Jr, Moreira-Almeida A. Religion, spirituality and psychosis. *Current Psychiatry Reports* 2010; 12: 174–9.
- Metzinger T. *Subjekt und Selbstmodell*. Paderborn: Mentis 1999.
- Schmied-Knittel I, Schetsche M. *Psi-Report Deutschland. Eine repräsentative Bevölkerungsumfrage zu außergewöhnlichen Erfahrungen*. In: Bauer E, Schetsche M (Hrsg). *Alltägliche Wunder. Erfahrungen mit dem Übersinnlichen – wissenschaftliche Befunde*. 2. Aufl. Würzburg: Ergon 2011; 13–38.
- Solfvin J. Clinical parapsychology: a panel discussion. In: Zingrone NJ (ed). *Proceedings of the 38<sup>th</sup> Annual Convention of the Parapsychological Association*. Raleigh, NC: Parapsychological Association 1995; 461–7.
- Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 15: 357–76.
- World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization 1992.
- Zahradnik F, Lucadou W v: A counseling approach to extraordinary experiences. In: Kramer WH, Bauer E, Hövelmann GH (eds). *Perspectives of Clinical Parapsychology*. Bunnik: Stichting Het Johan Borgman Fonds 2012.