

11 Außerkörperliche Erfahrungen

Michael Nahm

11.1 Phänomenologie

11.1.1 Einleitung

Als Einführung in dieses Kapitel ist ein Erlebnisbericht des zeitgenössischen Philosophen und Kognitionswissenschaftlers Thomas Metzinger dienlich. Im Laufe eines intensiven luziden Traumes wurde Metzinger sich seines anscheinend außerkörperlichen Zustands bewusst; vgl. hierzu seinen Bericht in dem Fallbeispiel.

Fallbeispiel

„Um nicht wie bei früheren Gelegenheiten die Kontrolle über meine inneren Abläufe zu verlieren, meditiere ich zunächst eine Minute – außerhalb meines physischen Körpers, stehend vor dem Lichtschalter. Als mir mein Bewusstseinszustand stabil erscheint, gehe bzw. *gleite* ich zum offenen Fenster. Ich kann es fast nicht erkennen (schließlich ist es dunkel), befühle aber ausgiebig den Rahmen. Die taktilen Empfindungen sind dabei sehr deutlich, aber irgendwie *anders* (fehlt der Wärmesinn?). Schließlich fasse ich Mut – Schlafwandeln kann mich schließlich das Leben kosten! – und springe aus dem Fenster im ersten Stock. Meine einzige visuelle Empfindung ist zunächst ein leichtes Hellerwerden: Mit einer seltsamen Mischung aus Sehnen und Ahnen bin ich mir des sternensäten herbstlichen Himmels über mir bewusst. Da ich mittlerweile weiß, dass ich – aus mir unbekanntem Gründen – im außerkörperlichen Zustand häufig sehr schlecht sehe, lasse ich mich nicht verwirren oder ablenken und steige immer höher. Ich gerate in Rückenlage und schwebe in einer spiralförmigen Bewegung immer höher,

bis etwa 12 m über dem Dach des Hauses. Durch die wunderbaren Bewegungen des Schwebens und Trudelns gerate ich sehr bald auch *emotional* in einen Zustand der Ekstase – wodurch ich dann das Bewusstsein verliere.“ (Metzinger 1993, S. 14)

Dieses Beispiel illustriert, dass außerkörperliche Erfahrungen (im Folgenden AKE) häufig im Liegen und aus dem Schlaf heraus auftreten. AKE sind zumeist visueller Natur, doch manchmal dominiert wie im obigen Beispiel das taktile Empfinden. Als außergewöhnliches Erleben mit einem spezifischen Wahrnehmungsmerkmal werden AKE traditionell wie im Kasten (oder in einer vergleichbaren Weise) definiert.

Definition

Außerkörperliche Erfahrungen

In außerkörperlichen Erfahrungen scheint das Zentrum der Wahrnehmung für den Betroffenen zeitweise eine Position im Raum einzunehmen, die nicht mit der Position des physischen Körpers übereinstimmt (Alvarado 2009).

11.1.2 Verbreitung

AKE werden von etwa 10% der Bevölkerung erlebt (Alvarado 2000). Sie werden oft sehr realistisch beschrieben. Die Klarheit der Gedanken und des Geistes übersteigt in vielen Fällen den Zustand vor der AKE oder ist dem Wachzustand vergleichbar (Wolfradt 2000/2001). Manche Personen, die zum ers-

ten Mal eine außerkörperliche Erfahrung erleben, empfinden sich währenddessen nicht einmal als außerhalb ihres physischen Körpers. Sie sind zunächst erstaunt darüber, mit ihrem physischen Körper fliegen zu können. Erst später realisieren sie, dass dies keineswegs der Fall ist. Der Irrtum kann schon während der AKE erkannt werden (Muldoon u. Carrington 1929/1996), aber auch erst danach.

In verschiedenen Untersuchungen gaben rund 46 % der Betroffenen an, sich während der AKE in einem anderen Körper gefühlt zu haben, der ihrem physischen Körper ähnelte. Etwa 31 % empfanden sich als „reines Bewusstsein“, weitere 29 % als „Lichtball“, „Punkt im Raum“ oder „Wolke“. Der jeweilige Modus des Selbsterlebens kann sich während einer AKE auch ändern (Alvarado 2000). Ein häufiges Element von AKE stellt das Sehen des eigenen Körpers dar, über welchem man selbst zu schweben scheint. Laut verschiedener Studien enthielten 62 %

der AKE-Schilderungen eine solche Selbstschau oder **Autoskopie** (ebd.). In etwa 7 % der AKE wird der physische Körper mit dem schwebenden Zweitkörper über eine schnurartige Verbindung verbunden geschildert (ebd.).

Beinhalten AKE die Autoskopie sowie das Gefühl, sich in einem anderen Körper zu befinden (AKE^{A, K}), so lassen sie sich zu phänomenologisch ähnlichen Erfahrungen in Beziehung setzen, wobei die Richtung der Wahrnehmungsweise unterschiedlich ist (vgl. Abb. 11-1).

Bei einer **autoskopischen Halluzination** sieht der Betroffene ein visuelles Abbild des eigenen Körpers in seiner Umgebung, während es bei einer **He-Autoskopie** zu einer wechselnden oder auch gleichzeitigen Wahrnehmung von sowohl dem physischen als auch dem illusionären Körper kommt. Während die beiden letztgenannten autoskopischen Phänomene zumeist in aufrechter Körperposition erlebt werden, werden

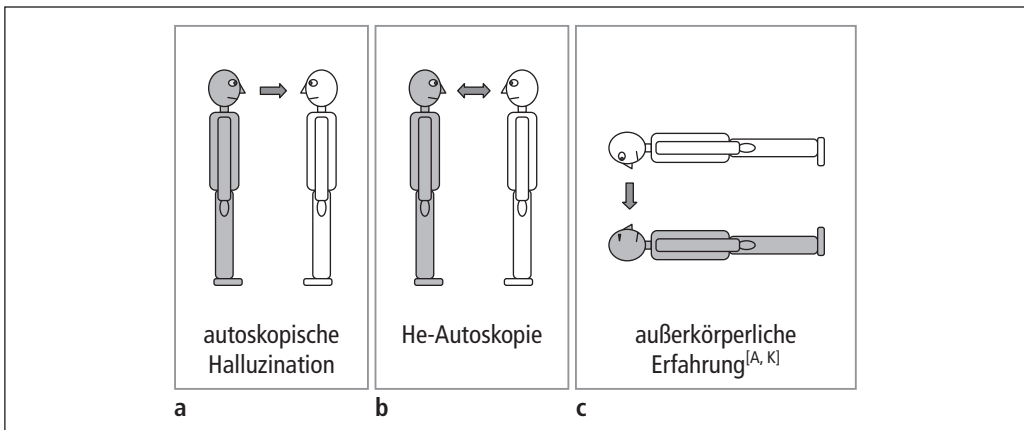


Abb. 11-1 Gegenüberstellung von drei autoskopischen Phänomenen: **a** autoskopische Halluzination: Der Betroffene sieht von seinem physischen Körper aus ein Abbild des eigenen Körpers in seiner Umgebung; **b** He-Autoskopie: Es findet eine wechselnde oder auch eine gleichzeitige Wahrnehmung von so-

wohl dem physischen als auch einem illusionären Körper statt; **c** außerkörperliche Erfahrung, die mit einer Autoskopie^[A] (Schau des eigenen physischen Körpers) und dem Gefühl, sich in einem zweiten Körper^[K] zu befinden, einhergeht. Sie wird zumeist im Liegen erlebt (nach M. Nahm).

AKE normalerweise von der *liegenden Position* aus erlebt (Blanke u. Mohr 2005).

In einer Studie zu AKE betrug die subjektiv geschätzte **Entfernung** zum physischen Körper in 43,9 % der Fälle weniger als 1 m; Distanzen zwischen 1 m und 5 m wurden in 28,2 % der Fälle berichtet. In 9,4 % der Fälle betrug der Abstand mehr als 8 m und reichte bis zu vielen Kilometern bzw. zu „extrem weit“ (Wolfradt 2000/2001).

Im Allgemeinen variieren AKE hinsichtlich ihres **Realitätsgrads** sowie ihrer Intensität und Erlebnisinhalte, wobei spontan aufgetretene AKE besonders in Todesnähe häufig realitätsnäher und intensiver erlebt werden als experimentell induzierte AKE (Vaitl 2012).

11.1.3 Demografische Merkmale und Persönlichkeitsmerkmale

Es scheint keine besonderen demografischen Merkmale zu geben, die das Auftreten von AKE begünstigen. Variablen wie Alter, Familienstand, Ausbildungshintergrund, sozialer Status oder Religiosität scheinen weder die Häufigkeit noch den Inhalt von AKE zu beeinflussen (Wolfradt 2000/2001). In verschiedenen Studien konnte jedoch gezeigt werden, dass das Auftreten von AKE mit dem überdurchschnittlich häufigen Vorhandensein von bestimmten **Persönlichkeitsmerkmalen** korrelieren kann. Dazu zählen Schizotypie, Depersonalisationserscheinungen, Halluzinationsneigung, Wahrnehmungsverzerrung, Absorptionsfähigkeit, Imaginationsfähigkeit oder auch posttraumatische Stressreaktionen (s. die Übersichten von Alvarado 2009; Wolfradt 2000/2001). Allerdings fehlen bislang Hinweise darauf, dass AKE psychopathologisch gedeutet werden können. Auch bei schizophrenen Patienten treten AKE nicht häufiger auf als bei gesunden Personen (Vaitl 2012).

11.1.4 Umstände

AKE können sowohl spontan auftreten als auch gezielt induziert werden. Manchen Personen scheint dies besonders leicht zu gelingen, aber auch ein entsprechendes Training soll sich förderlich auf die erfolgreiche Induktion von AKE auswirken (Blackmore 1982). Außer aus dem Schlaf oder auch dem (luziden) Traum heraus können AKE in vielen verschiedenen Situationen auftreten. Dazu zählen Zustände von tiefer Entspannung, Meditation oder Trance, durch Drogen induzierte Rauschzustände, Zustände von enormer Erschöpfung, großer Gefahr oder Bedrohung, schwerer Krankheit bis hin zur Bewusstlosigkeit, Narkose und unmittelbarer physischer oder psychischer Todesnähe. Am ehesten treten AKE in Situationen auf, in denen die Personen sich körperlich in Ruhe und in der erwähnten horizontalen Position befinden (Vaitl 2012; s. a. Abb. 11-1). In verschiedenen Studien zu sogenannten **Nahtod-Erfahrungen** zählten AKE zu den häufigsten Teilerfahrungen, 24 % bis 90 % der Betroffenen berichteten hiervon (Zingrone u. Alvarado 2009; vgl. auch Kap. 12).

11.1.5 Anomalistische Aspekte

In verschiedenen Studien haben durchschnittlich 19 % der Betroffenen angegeben, während ihrer AKE zuvor unbekannte Sachverhalte erfahren zu haben, die sich danach in der physischen Umwelt verifizieren ließen. Allerdings ist diese Angabe wahrscheinlich zu hoch (Alvarado 2000). Holden (2007) hat derartige anscheinend zutreffende Beobachtungen der physikalischen Umwelt vom Zustand der AKE als „apparently nonphysical veridical perception“ (AVP) bezeichnet. In Anlehnung daran soll im Folgenden von „**anscheinend wahrheitsge-**

treuer außerkörperlicher Wahrnehmung“ (AWAW) gesprochen werden.

Es existieren ebenfalls zahlreiche Berichte, wonach solche Sinnesindrücke sich als nicht zutreffend herausgestellt haben. Sie können schlichtweg falsch oder halluzinationsartig sein, und oftmals ist einfach die „Sicht“ während einer AKE getrübt, unscharf oder verschwommen. Immerhin scheint aufzufallen, dass die anscheinend wahrheitsgetreue Wahrnehmung der physischen Umwelt besonders häufig von Personen mit Nahtod-Erfahrungen berichtet wird (Holden 2009). Es existieren zudem zahlreiche Fallberichte, wonach eine Person, die eine AKE erlebte, am Ort der scheinbaren Lokalisation ihres Bewusstseins von anwesenden Personen als Erscheinung wahrgenommen worden ist (z. B. Hart 1954).

11.2 Historie

Das Phänomen der AKE ist seit langer Zeit und in verschiedenen Kulturkreisen bekannt. Historisch waren mit AKE häufig Vorstellungen von feinstofflichen Körpern oder Seelen verbunden. Da die Grundlagen von sowohl der physischen als auch der etwaigen nicht physischen Welten ebenfalls als feinstofflich begriffen wurden, würde man sich mit diesen feinstofflichen Vehikeln in all diesen Welten bewegen können. In diesem Zusammenhang erlangte ab dem Ende des 19. Jahrhunderts der Begriff der „**Astralreisen**“ in spiritistischen und esoterischen Kreisen besondere Bedeutung.

Im Europa der Neuzeit erfuhren AKE und damit verwandte Erfahrungen mit dem Aufkommen des Somnambulismus von ca. 1810–1850 erstmals ein großes Interesse. Auch in den nachfolgenden Jahrzehnten wurden AKE immer wieder erörtert und vielfach auch experimentell untersucht

(Hart 1954). Einer der letzten Experimentatoren in der post-somnambulistischen Tradition war Hector Durville. Er arbeitete bei Paris mit insgesamt neun weiblichen Versuchspersonen, die im Zustand des magnetischen Schlafs in verschiedenem Maß zur *Exteriorisation* begabt zu sein schienen. Der experimentelle Ansatz kam nach dieser Zeit jedoch kaum noch zur Anwendung. Erst seit der Studie von Charles Tart (1968) wurde wieder vereinzelt experimentell geforscht.

Die erste umfangreiche autobiografische Darstellung von AKE stammt von Sylvan Muldoon (Muldoon u. Carrington 1929/1996). Obwohl daraufhin zahlreiche wichtige Publikationen zum Thema AKE folgten, begann das am Mainstream orientierte Forschungsmilieu sich erst vor rund drei Jahrzehnten dem Thema AKE zu öffnen. Dies geschah und geschieht mittels vielfältiger Untersuchungsdesigns, wobei AKE vorwiegend von phänomenologischen, historischen, soziologischen, psychologischen, ätiologischen sowie neurophysiologischen Aspekten her beleuchtet werden (Übersichten bei Alvarado 2000; Alvarado 2009; Blanke u. Dieguez 2009). Diese Forschungsphase korreliert zeitlich und inhaltlich mit dem wissenschaftlichen Interesse an Nahtod-Erfahrungen, in deren Zusammenhang AKE bis heute vielfach diskutiert werden (z. B. Blanke u. Dieguez 2009; Holden 2009; Greyson et al. 2009).

11.3 Erklärungsmodelle für außerkörperliche Erfahrungen

Im Allgemeinen lassen sich Erklärungsmodelle für AKE in konventionelle und in unkonventionelle Ansätze unterteilen. Ihre zentralen Charakteristika sowie die wich-

tigsten Kritikpunkte an ihnen werden im Folgenden behandelt.

11.3.1 Konventionelle Erklärungsansätze für AKE

Vertreter von konventionellen Ansätzen gehen davon aus, dass sich AKE mittels **neurophysiologischer Modelle** erklären lassen und dass sie rein subjektive Erfahrungen sind. Als Stütze für diese Ansätze dienen Befunde, wonach zumindest in einigen Fällen eine zeitweise Dysfunktion des **temporoparietalen Verbindungscortex** mit dem Auftreten von AKE korreliert ist (Blanke u. Dieguez 2009).

Zu den konventionellen neurophysiologisch basierten Ansätzen zählen auch **psychologische Modelle**, die das Erleben von AKE mittels imaginativer Prozesse und psychologischer Ursachen zu begründen versuchen (Blackmore 1982, 1993). So sollen Krisensituationen **Dissoziationsprozesse** oder **Depersonalisationserscheinungen** auslösen, die als AKE erlebt werden, wenn außerdem eine Dissoziation von körperlichen und kinästhetischen Reizen hinzukommt. Unter diesen Umständen soll die AKE als eine Abwehrstrategie dienen, um die unangenehmen Empfindungen zu vermeiden oder wenigstens zu vermindern. In zahlreichen Studien konnten Korrelationen zwischen dem Auftreten von AKE und verschiedenen Aspekten von Dissoziationsprozessen nachgewiesen werden, womit dieser Zusammenhang erhärtet wird (Wolfradt 2000/2001).

Die zahlreichen Berichte über AWAW gelten in konventionellen Ansätzen als nicht stichhaltig. Man geht davon aus, dass sie alle auf alternative Erklärungsmöglichkeiten zurückzuführen sind (Blackmore 1982, 1993). Dazu zählt die Annahme, dass scheinbar be-

wusstlose Patienten dennoch wach genug sein können, um die Einzelheiten von Operationen mitverfolgen und in eine imaginäre AKE transformieren zu können. Berichte, wonach zutreffende Sinneseindrücke in weiterer Entfernung vom Körper erfahren worden sein sollen, werden auf zufällige Übereinstimmungen, ungenaue Berichterstattung, auf ausgeschmückte Erinnerungen oder auf betrügerische Absichten zurückgeführt.

Kritik an konventionellen Erklärungsansätzen

Nebst anderen Autoren kritisieren besonders Greyson et al. (2009) das Modell, wonach AKE aufgrund anfallsartiger Funktionsstörungen im Bereich des temporoparietalen Verbindungscortex verursacht werden. Beispielsweise wird der Übertrag von Beobachtungen, die an Patienten mit paroxysmalen Dysfunktionen im Bereich des temporoparietalen Verbindungscortex gemacht worden sind, auf AKE bei Personen, die keine neurologischen Störungen aufweisen, als fragwürdig erachtet. Dies umso mehr, da in einigen Fällen EEG-Aufzeichnungen während AKE keine pathologisch interpretierbaren Auffälligkeiten aufwiesen. Obwohl eine entsprechende Dysfunktion als hinreichende Bedingung für das Auftreten von AKE erachtet werden kann, fehlen bislang Nachweise, dass sie auch als notwendige Bedingung gelten kann. Weiterhin gehen Funktionsstörungen im Gehirn in der Regel mit Bewusstseinsbeeinträchtigungen einher. Auch die in Blankes Publikationen herangezogenen Beispiele unterstreichen dies (z. B. Blanke et al. 2004). Bei vielen „echten“ AKE ist dies jedoch nicht der Fall, häufig wird sogar von einer im Vergleich zum Wachzustand gesteigerten geistigen Klarheit gesprochen. Besonders nach

plötzlichem Herzstillstand, wenn die corticalen Gehirnfunktionen binnen Sekunden zusammenbrechen, dürften AKE gemäß des gegenwärtigen Forschungsstandes der Gehirnforschung eigentlich nicht auftreten. Denn die verschiedenen präzise synchronisierten neurophysiologischen Funktionskreise, die u. a. in der gegenwärtig viel diskutierte Theorie des *Global Workspace* für das Zustandekommen von kohärentem Ich-Erleben zuständig sind, werden dabei massiv gestört und letztlich ganz aufgehoben (Greyson et al. 2009; van Lommel 2011). Selbst Halluzinationen dürften in diesem Zustand nicht auftreten. Nach dem gegenwärtigen Forschungsstand bezüglich des Einsetzens der Gehirnfunktionen beim Erwachen nach einer Wiederbelebensmaßnahme lassen sich AKE auch nicht als trügerische Rekonstruktionen an der Schwelle des Zu-sich-Kommens erklären (van Lommel 2011). Dennoch wird immer wieder von AKE berichtet, die nach plötzlichem Herzstillstand aufgetreten sein sollen und deren Grundmuster und Inhalte denjenigen AKE gleichen, die unter Bedingungen einer optimalen Sauerstoffversorgung des Gehirns erlebt werden. Es ist erstaunlich, dass AKE unter derart unterschiedlichen Gehirnzuständen in praktisch identischer Form erlebt werden. Erklärungsmodelle hierfür fehlen bislang.

Auch wurden vielfach die Methoden kritisiert, die von Vertretern konventioneller Erklärungsmodelle eingesetzt werden, um die Berichte von AWAW als nicht stichhaltig darzustellen. Beispielsweise zeigt Lier (2010, Bd. 2, S. 880 ff.), dass Blackmore (1993) in ihrer viel zitierten Kritik der Arbeit von Sabom (1982; s. auch „Prospektive Studien“ unter Abschn. 11.4.2) die am besten dokumentierten Fälle nicht erwähnt und stattdessen suggeriert, alle von Sabom dargestellten Fälle seien veraltet und unbefriedi-

gend dokumentiert. Zudem lässt Blackmore unerwähnt, dass Sabom die wichtigsten von ihr vorgeschlagenen alternativen Erklärungsmodelle für AWAW bereits anhand verschiedener Argumentationslinien kritisiert und als fragwürdig erachtet hatte.

11.3.2 Unkonventionelle Erklärungsansätze für AKE

Eine Gemeinsamkeit der verschiedenen unkonventionellen Erklärungsansätze im weitesten Sinne besteht darin, dass dort eine zumindest teilweise Unabhängigkeit der Bewusstseinszustände von den gerade vorherrschenden Gehirnzuständen angenommen wird. In vielen traditionellen Konzepten des Schamanismus, der Mystik und auch des Somnambulismus wurde bzw. wird angenommen, dass die „Seele“ oder der „Geist“ sich vom physischen Körper temporär lösen kann, während dieser inklusive seiner primären Lebensenergie zurückbleibt. In der Moderne reichen unkonventionelle Konzeptionen von esoterischen Astralkörpertheorien bis hin zu wissenschaftlich ausgerichteten Ansätzen – den anomalistischen Ansätzen im engeren Sinn. Auch hier wird zugestanden, dass AWAW zumindest gelegentlich den Tatsachen entsprechen kann und nicht mit den üblichen Wahrnehmungsweisen erfasst worden sein konnte.

Die eben genannten *anomalistischen* Ansätze lassen sich nochmals unterteilen. An dem einen Ende des Spektrums werden AKE als „personifizierte“ Form des Hellsehens begriffen, womit jedoch noch nichts über eine faktische Trennung einer Seele oder eines Astralkörpers vom Körper gesagt wäre, erst recht nicht über ein etwaiges Fortleben nach dem Tode. Am anderen Pol des Spektrums der anomalistischen Erklärungsansätze finden sich Konzepte, wonach AKE

tatsächlich auf die Möglichkeit der Trennbarkeit des Bewusstseins vom Körper hindeuten, desgleichen auf ein Überleben des physischen Todes. In allen anomalistischen Konzepten wird zugestanden, dass AKE imaginäre Elemente beinhalten können, die auf spezielle Eigenarten der individuellen Psyche und auf die Situationsumstände zurückzuführen sind. Psychologische Modelle, wonach AKE durch dissoziative Prozesse ausgelöst werden können, werden ebenfalls akzeptiert – allerdings wird der ontologische Status von AKE bzw. AWAW nicht mit Notwendigkeit rein subjektiv interpretiert. Man geht vielmehr davon aus, dass heutzutage auch aus anderen Forschungsrichtungen einige Indizien dafür existieren, dass zwischen Gehirnaktivität und Geistesaktivität nicht immer eine exakte Entsprechung besteht (Kelly et al. 2007; Nahm 2012). Hierbei wird häufig angenommen, dass das Gehirn mitsamt den Sinnesorganen eine Art *Filterfunktion* ausübt, die aus der Fülle der uns umgebenden Informationsflut bevorzugt diejenigen Inhalte herausfiltert, die uns ein individuell abgegrenztes und stabiles Leben in Raum und Zeit ermöglichen.

Kritik an unkonventionellen Erklärungsansätzen

An den zumeist sehr allgemein gehaltenen unkonventionellen Erklärungsansätzen wird vielfach starke Kritik geübt. Denn wie im Rahmen solcher Modelle AWAW oder auch andere geistige Regungen in eine neurophysiologische Korrelation gebracht werden könnten, kann derzeit auch nicht ansatzweise verständlich gemacht werden. Besonders in dualistischen Modellen, die von einer grundsätzlichen Trennbarkeit der Seele vom Gehirn ausgehen, besteht derzeit völlige Unkenntnis darüber, wie man sich die Funktionsweise der etwaigen Seele samt ihrer

Schnittstelle im „Filterorgan“ Gehirn vorzustellen habe. Der gegenwärtige Mangel an rationalen Erklärungsmöglichkeiten sollte jedoch nicht dazu führen, AWAW grundsätzlich für unmöglich zu halten. Denn spätestens seit der Entwicklung der Quantenphysik ist bekannt, dass bestimmte Naturgegebenheiten sich nicht vollständig mittels logisch nachvollziehbarer Bottom-up-Kausalketten verstehen lassen. Auf die Natur des menschlichen Bewusstseins könnte dies in besonderem Maße zutreffen.

11.4 Forschungsmethoden und empirische Ergebnisse

Für eine adäquate Interpretation des Phänomens der AKE ist die Beantwortung folgender Kernfrage entscheidend: Sind AKE rein subjektive Erfahrungen oder können sie zumindest gelegentlich auch objektiv verifizierbare Komponenten enthalten? Die folgende knappe Übersicht über die Methoden und empirischen Ergebnisse der AKE-Forschung wendet sich daher gezielt jenen Ansätzen zu, die zur Beantwortung der genannten Kernfrage beitragen können. Diese Ansätze können in zwei verschiedene Kategorien unterteilt werden:

- **experimentelle Studien**, die darauf ausgerichtet sind, AKE zu induzieren und ggf. ihren ontologischen Status zu untersuchen;
- Studien anhand von Fallberichten. Diese lassen sich weiter unterteilen in **retrospektive Studien**, wobei in Umfragen verschiedene Aspekte von solchen AKE erfasst werden, die in der Vergangenheit erlebt wurden, und in **prospektive Studien**, wobei bei einer definierten Gruppe von Menschen innerhalb eines definierten Zeitraums dokumentiert wird, wer zu welchem Zeitpunkt AKE erlebte und

durch welche Merkmale diese gekennzeichnet waren.

11.4.1 Experimentelle Studien zur Induktion von AKE

Bereits im 19. Jahrhundert wurden zahlreiche experimentelle Untersuchungen durchgeführt, worin festgestellt werden sollte, ob AWAW tatsächlich den realen Gegebenheiten entsprechen. Hart (1954) untersuchte insgesamt 288 publizierte Fallberichte, in denen AWAW geschildert wurden. Hiervon verwendete er für weitere Analysen jedoch nur diejenigen Berichte, worin die Betroffenen ihre AWAW anderen Personen bereits mitgeteilt hatten, bevor sie eine Bestätigung bezüglich des Zutreffens dieser Sinneseindrücke erhalten hatten. Von diesen entfielen 20 auf Experimente, die zwischen 1850 und 1913 von 13 verschiedenen Hypnotisuren mit Untersuchungspersonen durchgeführt worden waren. Weitere 27 Berichte entfielen ebenfalls auf experimentelle AKE, wobei die AKE jedoch von den Subjekten selbst induziert worden war. Hart schloss, dass viele Berichte interessant genug seien, um weiterführende Untersuchungen durchzuführen. Hierfür sah er die experimentelle Induktion von AKE mittels Hypnose als den vielversprechendsten Ansatz an.

Die meisten Studien der jüngeren Vergangenheit basieren nicht auf dem Einsatz von Hypnose. Das bekannteste Beispiel betrifft „Frau Z.“, die in einem Schlaflabor vom Zustand der AKE offenbar eine fünfstellige Zahl korrekt als 25132 erkannte (Tart 1968). In mindestens zwei experimentellen AKE-Studien schien auch Ingo Swann erfolgreich verborgene Testobjekte erkennen zu können. In drei weiteren Studien erzielten andere Versuchspersonen ebenfalls signifikant positive Resultate, wobei die

Trefferquoten jedoch stark schwankten (für eine Übersicht über diese Studien s. Nahm 2013).

Die meisten der genannten Studien mit positiven Ergebnissen wurden hinsichtlich der eingesetzten Methoden kritisiert (z.B. Blackmore 1982), doch auch diese Kritiken wurden jeweils Gegenkritiken unterzogen. Überschaute man das gesamte Forschungsfeld vom 19. Jahrhundert bis heute, so bleibt nach Meinung vieler Kenner der Materie ein Bodensatz übrig, der einer eingehenderen experimentellen Prüfung für würdig erachtet wird.

Seit AKE Eingang in das akademische Forschungsmilieu gefunden haben, sind vereinzelt Berichte erschienen, wonach AKE als unerwartete Begleiterscheinung bei der Stimulation von bestimmten Gehirnarealen aufgetreten sind. Die bekannteste Publikation dieser Art betrifft eine Patientin, deren Gehirnregionen sukzessive mittels elektrischer Stimuli gereizt worden waren, um das Zentrum ihrer epileptischen Anfälle zu lokalisieren (Blanke et al. 2002). Als ihr Gehirn in der Region des temporoparietalen Verbindungscortex gereizt wurde, berichtete die Patientin, ihren Unterleib und ihre Beine „von oben“ zu sehen. Sie befand sich dabei in halbsitzender Position, war bei wachem Bewusstsein und hatte die Augen geöffnet. Somit entsprach dieser Körperbereich demjenigen, den sie ohnehin von sich sehen konnte. Durch die Reizung dieser Gehirnregion wurde die Illusion des „Von-oben-Sehens“ hervorgerufen. Obwohl sich diese Erfahrung in gewisser Hinsicht von vollentwickelten AKE unterscheidet (u.a. durch die direkte Sicht auf die fragliche eigene Körperpartie bei Wachbewusstsein), konnte mittels dieser Technik eine Erfahrung induziert werden, die als einfache Grundform von AKE angesehen werden kann. Allerdings führt die Reizung

von Gehirnpartien offenbar nur in seltenen Ausnahmefällen zu AKE-artigen Erfahrungen. Experimentelle Studien, die darauf abzielten, AWAW mittels gezielter Reizung von Gehirnpartien zu überprüfen, wurden bislang nicht durchgeführt.

11.4.2 Studien auf der Grundlage von Fallberichten

Retrospektive Studien: Zahlreiche Publikationen über AKE basieren auf retrospektiven Untersuchungen bzw. Umfragen. Als bekanntes Beispiel gilt die Studie von Ring und Cooper (2007). Blinde Personen wurden gefragt, ob sie jemals eine AKE oder Nahtod-Erfahrung (NTE) erlebt hätten, und wie diese sich dargestellt hatte. Hierbei gaben 31 blinde Menschen an, entweder eine NTE (21 Personen) oder eine anderweitige AKE (10 Personen) erlebt zu haben. Insgesamt berichteten 25 dieser Blinden, während ihrer Erfahrungen eine Art Sicht gehabt zu haben. Es befanden sich 14 blind geborene Personen darunter, neun von ihnen beschrieben visuelle Eindrücke. Den Berichten zufolge sollen in manchen Fällen sogar AWAW aufgetreten sein. Diese Beispiele decken sich exakt mit dem Muster von Berichten sehender Menschen, die AKE oder NTE erleben. Eine neuere Übersicht über zumeist retrospektiv erfasste AKE mit AWAW aus dem Umfeld von NTE wurde von Holden (2009) erstellt. Sie beruht auf nach bestimmten Qualitätskriterien ausgesuchten Fallberichten und beinhaltet 107 Fälle. Nur 8 % der Fälle enthielten fehlerhafte Beschreibungen der physischen Umwelt. Holden verwies auf die potenzielle Bedeutung dieses Befunds und empfahl weitere experimentelle und prospektive Studien zur Klärung des Sachverhalts.

Prospektive Studien: Untersuchungen dieser Kategorie besitzen gegenüber retrospektiven Untersuchungen den Vorteil, dass

- sie auf in der unmittelbaren Zukunft liegende Untersuchungszeiträume ausgerichtet sind und somit gute Reaktionsmöglichkeiten bzgl. neu auftretender Fälle oder Situationen bieten,
- sie eine zeitnahe Dokumentation erlauben und
- die statistischen Erhebungen auf bekannte und absolute Zahlen bezogen werden können.

Die bedeutendsten prospektiven Studien von AKE wurden erneut im Kontext der Nahtod-Forschung durchgeführt. Beispielsweise führte der Kardiologe Michael Sabom (1982) über fast fünf Jahre hinweg eine Untersuchung durch, die sowohl retrospektiv als auch prospektiv angelegt war. Der Fokus seiner Arbeit lag auf der Untersuchung von AKE. Bis heute zählt diese Studie zu den wichtigsten Publikationen dieser Art. Er konnte zeigen, dass die teilweise detaillierten und individual-spezifischen Schilderungen von Operationen, die vom Zustand der AKE aus beobachtet wurden, sich exakt mit den ärztlichen Operationsdokumenten deckten, und dass diese Schilderungen vielfach visuell wahrgenommene Einzelheiten enthielten, die kaum anhand akustischer Stimuli erkannt worden sein konnten. Sabom zeigte weiterhin, dass die zutreffenden Operationsschilderungen sich nicht über vorheriges Wissen über die bei den fraglichen Operationen ablaufenden Prozeduren erklären lassen konnten.

Sartori (2008) hat eine ähnliche Studie durchgeführt, worin sie die Ergebnisse Saboms bestätigen konnte. Sie konnte zudem zeigen, dass nur diejenigen Patienten, die während ihrer Operation eine AKE erlebten, die Einzelheiten ihrer Operation richtig

wiedergeben konnten. Diejenigen Patienten, die während ihrer Operation über kein Bewusstsein verfügten, konnten dies nicht. Ein Fall aus Sartoris Studie ist besonders interessant, da er nebst spezifischer AWAW eine gut dokumentierte und ungewöhnliche Spontanheilung beinhaltet. Ein 63-jähriger Patient, der seit seiner Geburt unter einer durch infantile Zerebralparese gelähmten Hand litt, war nach seiner AKE bzw. NTE hiervon geheilt und konnte seine Hand normal gebrauchen.

Der Stand der Diskussion um einen vielzitierten Fall von AKE, der im Rahmen einer weiteren prospektiven Nahtod-Studie aufgezeichnet worden ist, kann in Smit und Rivas (2010) eingesehen werden. Hier berichtet ein Herzinfarktpatient von verschiedenen AWAW, die sich auf die Zeit seiner Einlieferung in das Krankenhaus bezogen. Er war damals bereits blau verfärbt und erkaltet, sodass das Krankenhauspersonal ihn für tot hielt.

In jüngerer Zeit ist mehrfach versucht worden, einen experimentellen Teil zur Überprüfung des ontologischen Status von AKE in prospektive Studien zu NTE einfließen zu lassen. In diesen Studien wurden nur von oben einsehbare Bilder an geeigneten Orten, beispielsweise in Operationssälen, angebracht, die die Patienten im Zustand einer AKE hätten entdecken und beschreiben können. Bis auf die AWARE-Studie (Parnia et al. 2014; vgl. Kap. 12) hatten diese Untersuchungen eher explorativen Charakter. Sie erbrachten bislang keine positiven Ergebnisse (Holden 2009).

11.5 Gegenwärtige Problemlagen der AKE-Forschung

Ein grundlegendes Problem der AKE-Forschung besteht darin, dass die Inhalte von AKE, besonders auch die Berichte von

AWAW, nur schwer von Außenstehenden zu beurteilen sind. Diese Schwierigkeit resultiert aus der grundsätzlichen Schwierigkeit, subjektives Erleben empirisch zu fassen. Die AKE-Forschung hat immerhin den Vorteil, dass die Frage nach dem ontologischen Status von AWAW und damit von klassischen AKE experimentell untersucht werden kann. Allerdings finden derzeit keine professionellen Untersuchungen statt, die an die hierzu bereits geleistete Forschungsarbeit anknüpfen würden.

Als ein praktisches Beispiel für die Problematik, dass AKE von Außenstehenden nur schwer zu beurteilen sind, kann auch die neuerdings häufig verwendete Definition von AKE als bloße **Autoskopie** gelten. Sie wird besonders von am Mainstream orientierten Autoren verwendet, die dem rationalistischen Denkstil von Blanke u. Mohr (2005) folgen. Diese Reduktion von AKE auf Autoskopien lässt sich in den vielen Berichten von Betroffenen nicht wiederfinden, ebenso wenig wie in zahlreichen klassischen AKE-Studien der Vergangenheit. Eine Begründung für die Einschränkung auf dieses Merkmal von AKE wurde von den Proponenten dieses Denkstils bislang nicht geliefert. Sie bringt aus wissenschaftlicher Sicht jedoch folgende Probleme mit sich:

- Alle AKE, die keine Autoskopie beinhalten, fallen aus dem Forschungsfeld heraus. Dies sind sehr viele – aus dem Umfeld der neueren Hypnoseforschung sogar alle, da von dort scheinbar keine Autoskopien berichtet werden (Terhune u. Cardeña 2009).
- In praktisch allen Abhandlungen, worin AKE über Autoskopien definiert werden, werden AKE-Studien aus der Vergangenheit kommentarlos (mit-)diskutiert, die dieser Einschränkung nicht unterliegen haben. Dies ist aus methodologischer Sicht fragwürdig: Man definiert Äpfel, in-

dem man sie von Birnen abgrenzt, und behandelt beide dann wiederum als eine Einheit.

- Die neuartige Definition von AKE beschränkt den Diskurs über AKE auf das Erleben des unmittelbaren körperlichen Umfeldes. Dass AKE oftmals weit mehr beinhalten als Autoskopien, und dass die „Reisen“ in einiger Entfernung vom physischen Körper oft die wesentlich eindrücklicheren und im Fall von AWAW auch vom wissenschaftstheoretischen Standpunkt aus die wichtigeren Erfahrungen darstellen, wird damit übergangen.
- Die Betonung der zentralen Rolle, die die Autoskopie in der AKE-Forschung spielen soll, führt selbst in am Mainstream orientierten Publikationen zu (Begriffs-) Verwirrungen. So stellt die Autoskopie bei Vaitl (2012) und auch Wolfradt (2000/2001) sowohl ein Definitionskriterium für AKE als auch ein fakultatives Merkmal dar. In Wolfradts eigener Studie wurden Autoskopien nur von 56% der Betroffenen berichtet, die Berichte der verbleibenden 44% wurden offenbar jedoch ebenfalls in sämtliche Ergebnisanalysen mit eingeschlossen. Es bleibt demnach offen, worin der wissenschaftlich begründbare Mehrwert der Definition von AKE über Autoskopien besteht.

Die Unsicherheit, was eine AKE ist und was nicht, besteht, abgesehen von den nomenklatorischen Problemen, auch in qualitativer Hinsicht. So weist z.B. der Bericht von Blanke et al. (2002) gegenüber denjenigen von Sabom (1982), Sartori (2008) oder Smit u. Rivas (2010) erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Erfahrungsqualität der AKE und der nachdrücklich vorgetragenen Berichte über AWAW auf. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass bislang unter

der Rubrik AKE verschiedene und nur oberflächlich ähnliche Phänomene subsumiert werden. Daher ist die Entwicklung einer Bewertungsskala für AKE ähnlich derjenigen, wie sie für NTE schon länger existiert, eine im Grunde überfällige Maßnahme (Alvarado 2000).

11.6 Fazit und Ausblick

AKE bilden ein faszinierendes Forschungsfeld, das zur Erweiterung des Verständnisses des Körperbewusstseins und des Ich-Empfindens beitragen könnte (Vaitl 2012). Möglicherweise ließen sich überdies wichtige Beiträge zum besseren Verständnis des menschlichen Bewusstseins und seinem Zusammenspiel mit der Neurophysiologie des Gehirns gewinnen. Alvarado (2000) wies darauf hin, dass die systematische Untersuchung von Anomalien wie AWAW nicht aus der empirischen Wissenschaft ausgeschlossen werden sollte, nur weil diese Berichte den konventionellen Paradigmen der Bewusstseinsforschung zuwiderlaufen. Er bedauerte, dass die beiden Forschergruppen, die den unkonventionellen und den konventionellen Ansatz verfolgen, sich im Grunde fremd gegenüber stünden und kaum Austausch pflegten. Diese Dichotomie habe sich hinderlich darauf ausgewirkt, ein systematisches Forschungsprogramm zu entwickeln, womit verschiedene Modelle und theoretische Grundannahmen aktiv getestet werden könnten.

An Alvarados Einschätzung hat sich bis heute nichts verändert – eher hat sich die Situation noch verschlechtert. Der wichtigste Grundstein für einen objektiv geführten wissenschaftlichen Dialog über AKE, der alle Facetten dieser Erfahrungen abdeckt, bestünde zunächst einmal darin, sich auf eine einheitliche Definition von AKE zu

einigen. Zur Klärung dieser Problematik böten sich z.B. Untersuchungen an, in denen geprüft werden würde, ob AKE oder auch Persönlichkeitsmerkmale von Betroffenen sich in Abhängigkeit davon unterscheiden, ob AKE Autoskopien beinhalten oder nicht. Sollten sich hier keine signifikanten Unterschiede ergeben, wäre die Definition von AKE über die Autoskopie überflüssig und der Entwicklung einer einheitlichen Bewertungsskala für AKE stünde nichts mehr im Wege. Damit wiederum wäre der Boden für ein systematisches Forschungsprogramm bereitet.

Zur vertiefenden Lektüre

Monroe R. *Der zweite Körper – Expedition jenseits der Schwelle*. München: Heyne 2007.

Murray CD (ed). *Psychological Scientific Perspectives on Out-of-Body and Near-Death Experiences*. New York: Nova Science 2009.

Literatur

Alvarado CS. Out-of-body experiences. In: Cardeña E, Lynn SJ, Krippner S (eds). *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence*. Washington: American Psychological Association 2000; 183–218.

Alvarado CS. Early and modern developments in the psychological approach to out-of-body experiences. In: Murray CG (ed). *Psychological Scientific Perspectives on Out-of-Body and Near-Death Experiences*. New York: Nova Science 2009; 1–22.

Blackmore S. *Beyond the Body*. London: Granada Publishing 1982.

Blackmore S. *Dying to Live*. London: Grafton 1993.

Blanke O, Dieguez S. Leaving body and life behind: out-of-body and near-death experience. In: Laureys S, Tononi G (eds). *The Neurology of Consciousness*. London: Academic Press 2009; 303–25.

Blanke O, Mohr C. Out-of-body experience, heautoscopy and autoscopic hallucination of neurological origin. Implications for neurocognitive mechanisms of corporeal awareness and self-consciousness. *Brain Research Reviews* 2005; 50: 184–99.

Blanke O, Ortigue S, Landis T, Seeck M. Stimulating illusory own-body perceptions. *Nature* 2002; 419: 269–70.

Blanke O, Landis T, Spinelli L, Seeck M. Out-of-body experience and autoscopy of neurological origin. *Brain* 2004; 127: 243–58.

Greyson B, Kelly EW, Kelly EF. Explanatory models for near-death experiences. In: Holden JM, Greyson B, James D (eds). *The Handbook of Near-Death Experiences. Thirty Years of Investigation*. Santa Barbara: ABC Clío 2009; 213–34.

Hart H. ESP projection: spontaneous cases and the experimental method. *Journal of the American Society for Psychical Research* 1954; 48: 121–46.

Holden JM. More things in heaven and earth: a response to „Near-death experiences with hallucinatory features“. *Journal of Near-Death Studies* 2007; 26: 33–42.

Holden JM. Veridical perception in near-death experiences. In: Holden JM, Greyson B, James D (eds). *The Handbook of Near-Death Experiences. Thirty Years of Investigation*. Santa Barbara: ABC Clío 2009; 185–211.

Kelly EF, Kelly EW, Crabtree A, Gauld A, Grosso M, Greyson B (eds). *Irreducible Mind: Toward a Psychology for the 21st Century*. Lanham: Rowman & Littlefield 2007.

Lier G. *Das Unsterblichkeitsproblem. Grundannahmen und Voraussetzungen*. 2 Bd. Göttingen: V & R Unipress 2010.

Metzinger T. Mentale Repräsentation, Phantomglieder und halluzinierte Selbste. Die Phänomenologie außerkörperlicher Erfahrungen aus der Perspektive einer am Modell der Informationsverarbeitung orientierten Theorie des Geistes. In: Dittrich A, Hofmann A, Leuner, H (Hrsg). *Welten des Bewusstseins*. Bd. 2. Berlin: VWB 1993; 13–35.

- Muldoon SJ, Carrington H. Die Aussendung des Astralkörpers. Englische Erstveröffentlichung 1929. Freiburg: Bauer 1996.
- Nahm M. Wenn die Dunkelheit ein Ende findet. Amelang: Crotona 2012.
- Nahm M. Terminale Geistesklarheit und andere Rätsel des menschlichen Bewusstseins. In: Serwaty A, Nicolay, J (Hrsg). Nahtoderfahrungen und Bewusstseinsforschung – Argumente für ein anderes Menschenbild. Goch: Santiago 2013; 78–134.
- Parnia S, Spearpoint K, Vos G de, Fenwick P, Goldberg D, Yang J, Zhu J, Baker K, Killingback H, McLean P, Wood M, Zafari A M, Dickert N, Beisteiner R, Sterz, F, Berger M, Warlow C, Bullock S, Lovett S, McPara RMS, Marti-Navarette S, Cushing P, Wills P, Harris K, Sutton J, Walmsley A, Deakin CD, Little P, Farber M, Greyson B, Schoenfeld ER. AWARE-Awareness during REsuscitation – A prospective study. *Resuscitation* 2014; 85: 1799–805 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.09.004>).
- Ring K, Cooper S. Mindsight. Near-Death and Out-of-Body Experiences in the Blind. New York: iUniverse 2007.
- Sabom M. Recollections of Death. New York: Harper & Row 1982.
- Sartori P. The Near-Death Experiences of Hospitalized Intensive Care Patients. A Five Year Clinical Study. Lampeter: Edwin Mellen 2008.
- Smit RH, Rivas T. Rejoinder to „Response to ‚Corroboration of the dentures anecdote involving veridical perception in a near-death experience‘“. *Journal of Near-Death Studies* 2010; 28: 193–205.
- Tart C. A psychophysiological study of out-of-the-body experiences in a selected subject. *Journal of the American Society for Psychical Research* 1968; 62: 3–27.
- Terhune DB, Cardeña E. Out-of-body experiences in the context of hypnosis: phenomenology, methodology, and neurophysiology. In: Murray CG (ed). *Psychological Scientific Perspectives on Out-of-Body and Near-Death Experiences*. New York: Nova Science 2009; 89–104.
- Vaitl D. Veränderte Bewusstseinszustände. Grundlagen – Techniken – Phänomenologie. Stuttgart: Schattauer 2012.
- van Lommel P. Endloses Bewusstsein. Neue medizinische Fakten zu Nahtod-Erfahrungen. Ostfildern: Patmos 2011.
- Wolfradt U. Außerkörpererfahrungen (AKE) aus differentiell-psychologischer Perspektive. *Zeitschrift für Parapsychologie und Grenzgebiete der Psychologie* 2000/2001; 42/43: 65–108.
- Zingrone NL, Alvarado CS. Pleasurable Western adult near-death experiences: features, circumstances, and incidence. In: Holden JM, Greyson B, James D (eds). *The Handbook of Near-Death Experiences: Thirty Years of Investigation*. Santa Barbara, CA: Praeger 2009; 17–40.