

Andliga kriser – differentialdiagnos vid psykotiska tillstånd

Av Dag Körlin

Publicerad i Svensk Psykiatri #3 2007

Schizofrena och affektiva psykoser leder vanligen till försämring av psykologiska och sociala funktioner. Psykotiska upplevelser med andliga inslag, andliga kriser, kan resultera i förbättrad funktion och har i regel ett kortvarigare förlopp. Jämfört med vanliga psykoser behöver de kortare hospitalisering, lägre neuroleptikadoser och större inslag av ett meningssökande psykoterapeutiskt förhållningssätt. En del kan behandlas polikliniskt, utan hospitalisering eller medicinering.

Karl Menninger, den amerikanska psykiatrins fader, skrev: "Vissa patienter blir psykotiska, förbättras och sedan blir de bättre än någonsin. Detta är en extraordinär och föga uppmärksammas sanning" (1). Erfarenheterna från en psykotisk episod inspirerade prästen Boisen till att grunda en metod för andlig vägledning. "Många allvarliga psykoser är väsentligen problemlösande och nära besläktade med religiösa upplevelser", menade Boisen och myntade begreppet "Problemlösande schizofreni" (2). Perry noterade gemensamma drag hos psykotiska episoder med gott utfall. Han kallade dem "Visionära tillstånd":

"De kan karakteriseras genom sitt innehåll och sina imaginationer i så hög grad att de förtjänar att beskrivas som ett eget syndrom. Där finns (kluster av) symboliska teman med en märklig likhet från fall till fall" (3).

Andra benämningar som föreslagits är "Positiv desintegration" (Dabrowski) (4), "Kreativ sjukdom" (Ellenberger) (5), "Metanoiska resor" (Laing) (6), "Andlig kris" (Grof & Grof) (7) och "Visionära andliga upplevelser" (Lukoff) (8). Inom ett transpersonellt, humanistiskt och jungiansk perspektiv ses starka andliga upplevelser som i grunden positiva och en naturlig del i mänsklig utveckling. Inom världsreligionernas mystiska skolor är de normala steg på vägen mot upplysning, så länge som adepten flexibelt förmår att gå in och ut ur andliga upplevelser. I psykiatrins och psykoterapins mittfära har de däremot ignorerats eller patologiserats. DSM-diagnostiken har inga redskap för att differentiera ut andliga kriser från andra psykoser och psykiatrisk forskning saknar till stor del andliga variabler. Freud betecknade mystiska helhetsupplevelser som "regression till primär narcissism", Skinner ignorerade dem och Ellis (Rational Emotive Therapy) såg religion som liktydigt med irrationalitet och emotionellt tänkande (9).

Lukoff och medarbetare gjorde i början av 90-talet ett omfattande förarbete (10), som syftade till att inkludera "Spiritual Emergencies" som en reguljär diagnos i DSM-IV. Det man idag kan återfinna i DSM-IV-TR är fem rader om troskonflikter i kapitlet "Andra tillstånd som kan vara föremål för klinisk uppmärksamhet – religiösa och andliga problem" (V62.89). DSM ägnar också på olika ställen utrymme åt att särskilja psykoser och affektiva störningar från "kulturella fenomen" såsom religiösa visioner (sid 306, 326, 353 och 897). Någon integrerad bild av andliga kriser presenteras sålunda inte.

Mitt intresse för andliga kriser väcktes under specialistutbildningen. Jag träffade som jour en kvinna med god premorbid anpassning som hade blivit akut hallucinatorisk, exalterad och periodvis mutistisk under en meditationskurs. Hon hade svårt att tala, men kunde måla bilder av sina visioner. Bilderna hade andliga kvaliteter, men beskrev också symboliskt hur en förälders död hade aktiverat djupgående familjekonflikter. Med hjälp av en dialog omkring bilderna kunde hon börja sätta ord på detta och accepterade en låg neuroleptikados tills symptomen klingat av. Jag mötte även en man som blivit mutistisk efter faderns död. Han

kunde i skrift skildra det yttre och inre händelseförloppet och återfick gradvis talförmågan under samtal om sina skriftliga berättelser. I båda dessa fall bestod mina insatser i att initiera en pedagogisk och ganska jordnära dialog med utgångspunkt från kreativa uttryck som bilder och skrivna berättelser.

Senare kom jag att utbilda mig till terapeut i Guided Imagery and Music (GIM), en metod där man lyssnar på klassisk musik i ett avslappnat tillstånd (11). Musiken stimulerar inre bilder (imaginationer) som är uttryck för inre resurser, konflikter och livsproblem och som kan ha stark andlig karaktär. GIM beskrivs av Björn Wrangsjö på annan plats i detta nummer. Efter musiklyssningen målar patienten en bild, som blir utgångspunkt för en dialog omkring upplevelsen. Jag började fråga mina patienter efter spontana andliga upplevelser, fick napp och fann det fruktbart att lyssna till dessa berättelser med den förståelse jag fått i GIM. Jag började förhålla mig till de andliga visionära upplevelserna som om de vore spontana imaginativa GIM-resor, men utan musik. Sedan denna tid anser jag också att frågor om religiositet och andliga upplevelser bör ingå i varje psykiatrisk bedömning.

Jag har också lärt mig att lyssna utifrån ett förutsättningslöst agnostiskt synsätt, det vill säga utan att ta ställning till om högre makter eller krafter existerar eller inte existerar. Detta har tillåtit mig att lyssna på ett öppet sätt till berättelserna utan att för den skull överge mitt vetenskapliga förhållningssätt. Jag har också med tiden förvärvat en kunskapsbas om transpersonell och arketypisk/mytologisk psykologi, mystiska traditioner inom olika religioner samt om olika nyandliga riktningar.

Spiritual emergence och spiritual emergency

En andlig upplevelse (*Spiritual Emergence*) (12) är svår att strikt definiera därför att den är utsäglig, bortom språket. Man kan ändå beskriva återkommande drag. Det kan vara en upplevelse av enhet mellan kropp och själ, men också av ekologisk kontakt eller enhet mellan individen och släktleden, mänskligheten, naturen eller det gudomliga. De har kallats upplysning, mystisk upplevelse, frälsningsupplevelse eller "peak experience". Sådana upplevelser eftersträvas inom mystiska skolor i olika religioner genom till exempel bön, olika former av meditation, andning, yoga, musik, trumresor och dans. De kan också uppstå spontant, utan andlig praxis.

Den andliga upplevelsen blir andlig kris (*Spiritual Emergency*) (7, 13) när den samtidigt med resurskvaliten är överväldigande, skrämmande och med jagfrämmande innehåll. Som jag förstår det har visioner, känslor och kroppsförnimmelser ett dubbelt innehåll. De har andlig och arketypisk karaktär men beskriver samtidigt förluster, dissocierade traumatiska händelser, eller problem i den psykodynamiska domänen såsom inre konflikter. Individen mobiliserar ett vidgat medvetande och inre resurser för att hantera sådana problem. Den andliga krisen definieras också av att den möjliggör transformation, dvs en genomgripande psykologisk förändring.

Differentialdiagnostiska motpoler mellan andlig kris och traditionellt definierad psykos som formulerats av Lukoff (10), Agosin (14) med flera, kan fritt sammanfattas:

1) I en andlig kris upplevs visionen samtidigt som yttre skrämmande verklighet och inre "egen" problematik. Den schizofrena hallucinationen kommer utifrån, från andra, ofta fientliga eller kommenterande entiteter. 2) Visionerna i en andlig kris är sammansatta och mångtydiga (symboliska), medan en schizofren hallucination typiskt är en konkret, fragmenterad perception som rationaliseras med berättelser (sekundärt explikativa

vanföreställningar) med föga symbolvärde. 3) En person i andlig kris kan, vid adekvat bemötande, relativt snabbt mobilisera en förmåga till lyssnande och ömsesidig, koherent kommunikation i tal, skrift eller bild. Han eller hon kan även söka kommunicera via yogaställningar eller dans, som kvalitativt skiljer sig från katatona symptom. En schizofren person har svårt att kommunicera på grund av de karakteristiska tankestörningarna, manikern tar över och för ordet i ett snabbt lösligt associationsflöde medan den depressive är fåordig på grund av kognitiv hämning. 4) Hos den andliga krispatienten ser man, jämfört med den schizofrene, god premorbid funktion, utlösande stressor och akut insättande inom 3 månader. 5) Prognosen är generellt bättre. 6) Tendens till suicidalt eller homicidalt agerande utesluter diagnosen andlig kris.

Lukoff (14) indelar andliga kriser i två grupper: andliga kriser med psykotiska inslag och psykoser med andliga inslag. I klinisk praxis finns de flesta patienterna på en kontinuerlig skala mellan dessa motpoler. Den andliga komponenten förtjänar alltid att tas på allvar, men handläggningen blir väsentligen annorlunda än den gängse för de som har andlig kris med psykotiska inslag. Två andra motpoler som jag själv har observerat är mellan 1) andliga kriser som uppstår till följd av intensiv/långvarig andlig övning som luckrar upp försvar och 2) spontana kriser hos andligt inaktiva individer som hamnar i en ohållbar inre situation.

Även personer utan signifikant psykopatologi kan drabbas av en mycket stark upplevelse och hamna i en andlig kris med rubbad världsbild och tvivel på den egna psykiska hälsan.

Ofta är arketypiska/mytologiska teman tydliga, vilket har kallats ”psykiskt öppnande för livsmyten” (7), bland dem Anima/animusteman och Heroes Journey (15). Heroes Journey-temat förekommer i flera varianter: *”Själens mörka natt”* beskrevs av det kristna helgonet Teresa av Avila och liknande förlopp skildras av Franciskus och den heliga Birgitta. I denna process växlar enhet med det gudomliga med mörka, skrämmande upplevelser i ett cykliskt förlopp. I en *Schamansk initiationskris* genomgår individen en psykologisk sönderstyckning och död, varefter han/hon återskapar sig och återföds som schaman. Adepten kan ”misslyckas” med transformationen och förbli i ett tillstånd av psykologisk död eller fortsatt attackerad av ondsinta väsen om han lyckas återvända till verkligheten. Vid *Spiritual by-pass* (16) försöker individen gena förbi livsproblem eller psykopatologi genom att ta sin tillflykt till den andliga domänen. När individen når vägs ände kan han eller hon hinnas upp, och invaderas, av jagfrämmande material.

Grof och Grof (7) beskrev ett antal andra typer av andliga kriser och kontakt med andevärldar: Kundaliniupplevelser, Utanföropplevelser, Klärvoajans, Synskhet, Andekontakt, Besatthet, Nära döden- och Tidigare liv-upplevelser. Även ”alien abduction” räknas till de andliga kriserna. Förutsättningen är även här att 1) tillståndet är jagfrämmande och skrämmande och 2) att det har andliga och transformativa kvaliteter.

”Kundaliniupplevelser” är inte ovanliga, framför allt bland mindre skolade utövare av meditation, yoga eller qigong. Det är överväldigande upplevelser av energi längs ryggraden, ofta förenade med förändringar i puls, blodtryck och kroppstemperatur samt spontant intagande av yogaställningar (17).

Det påpekas ofta i litteraturen att tillstånd som shamansk initiationskris och kundaliniupplevelser kan drabba inte bara neoschamaner och yogautövare utan även helt oinitierade personer.

Nedan följer några exempel från min egen erfarenhet:

1. En 50-årig man, synsk healer med vulnerabilitet för psykos, upplever att han under en trumresa kommer i djävulens våld och förföljs under tre år av djävulska krafter, som gradvis släpper greppet. Behåller i övrigt realitetsorienteringen, kognitiv förmåga och social kompetens. Han bearbetar upplevelserna inom olika New Age-sammanhang men också i termer av en dysfunktionell barndom, där han misshandlades av sin alkoholiserade far. Vill ej medicinera.
2. 35-årig kvinna, som växer upp i dysfunktionell familj med våldsam far, tar under barndomen sin tillflykt till naturen och upplever naturväsen som ger trygghet och bekräftelse. I samband med en relationskris med en man som misshandlar henne återkommer dessa naturväsen, en del av dem nu ondsinta och invasiva. Symptomen avklingar efter separation från mannen och psykoterapeutisk kontakt, i detta fall i form av individuell GIM. Behöver ej medicin.
3. 30-årig kvinna, vars svärfar omkom i en olycka. Under en depressiv och stel minnesstund upplever hon sig besatt av svärfars ande, som använder henne som medium för att komma i kontakt med sin son och sin hustru. Detta orsakar uppståndelse i omgivningen, som upplever henne som besatt och akut psykotisk. De anhöriga berörs samtidigt till ett mer emotionellt farväl. Hon är rädd att bli psykiskt sjuk, men lugnas av några parsamtal med pedagogisk och resursinriktad information. Medicinering blir aldrig aktuellt.
4. 40-årig högfungerande man med affektiv diagnos och hat-kärleksförhållande till sin far, som hade styrt hans liv. Upplever under en depressiv episod hur faderns ande tar honom i besittning. Episoden leder till en omprövning av självbilden. En jagstärkande psykodynamisk terapi, fokuserad på fadersrelationen, leder sedan till förbättring i hans nära relationer. Medicinerar mot sin affektiva sjukdom.
5. 35-årig kvinna med bisexuell problematik, som lever ett isolerat liv, sjukskriven för depressiva symptom. Får en starkt positiv spontan upplevelse där hon upplever sig som en del av mänskligheten och det gudomliga. Därefter en skrämmande vision av en tvåkönad figur, som både är god och ond (fig 1). Upplevelserna återberättas under en GIM-grupp (18) och ingår i en process där hon bejakar sin läggning, hittar en partner och påbörjar en yrkesutbildning. Medicinerar periodvis med antidepressiva.
6. 55-årig kvinna, ensamstående under större delen av sitt liv. Har vuxit upp utan sin mor, och varit utsatt för sexuella övergrepp av fadern. Efter en kortare relation med en man får hon ett flertal besök av utomjordingar, och vid två tillfällen blir hon "uppstrålad" till deras UFO, där hon undergår gynekologiska ingrepp. Under en skogs promenad visar sig en skogsande, som leder henne ned i en helande källa, som beskyddas av en ljusfigur. Har en individkontakt med bearbetning av bilder från sina upplevelser. Symptomen avtar med pedagogisk information, klarläggande av barndomstraumat och betoning av resursaspekten i det helande badet. Har dessutom en låg neuroleptikados.

De flesta ovanstående fall har inslag av dissocierade traumatiska minnen (19), och i flera fall kan upplevelserna ses som en första ansats att integrera dessa. På Internet finns ett antal illustrativa fallbeskrivningar av kriser i samband med andlig praxis (t ex 20).

Förhållningssätt och behandling

Det första är att över huvud taget upptäcka att det handlar om en andlig kris. Problemet finns på båda sidor. Patienten undviker psykiatrin, då han/hon är rädd att betraktas som galen och bli tvångsintagen och neuroleptikabehandlad. Psykiatern underlåter att fråga om andliga upplevelser och saknar diagnostiska redskap.

Inom de mystiska traditionerna finns systematisk kunskap om hur man hanterar andliga kriser och speciella andliga vägledare. En sådan kan vara till hjälp om patienten omfattar en etablerad tro. Psykiatern eller psykoterapeuten kan inte, som den andlige vägledaren, se gudomliga gestalter som realiteter, utan bör i stället inta ett agnostiskt och pragmatiskt förhållningssätt. På så vis tonar man in i patientens dubbla förhållningssätt, där han/hon samtidigt ser visionerna som yttre realiteter och inre problematik.

Det psykoterapeutiska förhållningssättet präglas av stabilisering, kommunikation, pedagogik och senare ett sökande efter mening i upplevelsen med hjälp av transpersonell, arketypisk/mytologisk, traumaorienterad eller modern psykodynamisk psykologi (t ex 21). Äldre psykodynamisk teori, som ser enhetsupplevelser som försvar eller regression till ett oceaniskt tillstånd i livmodern är däremot ej adekvat.

Vidgande andliga övningar måste avbrytas och realitetsorientering och grundande strategier prioriteras. Dessa är väl kända från mystiska traditioner och retreatar av olika slag: lugn och pålitlig miljö utan överstimulering, fortsatt social kontakt, engagemang i köks- och trädgårdsuppgifter, solid mat och lätt motion (9). Sådan omvårdnad kan bara delvis tillämpas i dagens slimmade slutenvård, men kan i gynnsamma fall ordnas i hemmiljö. En del patienter kan arbeta och leva vidare som vanligt.

Neuroleptika behövs inte alltid och kan i andra fall ges i låga doser och under kortare tid. Depåbehandling bör undvikas för andliga kriser med psykotiska inslag. Personer i extatiska visionära tillstånd kan behöva ständig tillsyn under den akuta fasen. Psykoser med andliga inslag har ett större behov av hospitalisering och behöver högre neuroleptikadoser än andliga kriser med psykotiska inslag.

I de fall som till en början inte kan kommunicera verbalt bör man hitta ett första sätt att få kontakt, till exempel i bild eller skrift. Först därefter kan en verbal dialog inledas. I den akuta fasen handlar det om pedagogisk information om tillståndets natur och om att återknyta upplevelserna till realiteter och relationer. Detta kan vara tillräckligt i en del fall. I senare skeden kan det bli fråga om en meningsskapande integration av förluster, dissocierade traumatiska upplevelser, inre konflikter, personliga myter eller ”skuggaspekter” enligt jungiansk psykologi. För många kan kreativt gestaltande terapier med användande av till exempel bild vara till hjälp i beskrivande och integration av upplevelserna. En del patienter har i lugnt skede nytta av att arbeta explorativt i förändrat medvetandetillstånd, till exempel GIM, medan andra är för sköra. En del kan succesivt återta en andlig praxis.

En grundprincip är att se resursaspekten i upplevelsen. Patienter i andlig kris genomgår ofta en process av omväxlande resurs- och problemupplevelser, där resursen sätter patienten i stånd att tackla problemet. Denna process kan observeras i alla terapiformer som utnyttjar kreativa imaginationer i förändrat medvetandetillstånd och då inte bara när det gäller andliga kriser (22).

Dag Körlin
Med. dr., Specialist i allmän psykiatri
Leg psykoterapeut
Psykiateriet, Nordvästpsykiatri, SLL.
dag.korlin@sll.se
2007-06-23

Referenser

1. Meninger, K: Hope. American Journal of Psychiatry, 116, 481 –491, 1959
2. Boisen, AT: The Exploration of the Inner World. New York, Harper and Row, 1962.
3. Perry, J: The Far Side of Madness. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1974, p 136.
4. Dabrowski, K: Positive Disintegration. Boston, Little Brown, 1964.
5. Ellenberger, H: The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry. New York, Basic Books, 1970.
6. Laing, RD: Metanoia: Some experiences at Kingsley Hall. In: Ruitenbeck HM (ed). Going Crazy. New York, Bantam Books, 1972.
7. Grof S, Grof, C, eds.: Spiritual Emergency: When personal transformation becomes a crisis. Los Angeles, Tarcher, 1989, p 195.
8. Lukoff, D: Visionary spiritual experiences. Manuscript, 2007.
9. Lukoff, D., Lu, F., Turner, R: Cultural considerations in the assessment and treatment of Religious and spiritual problems. Cultural Psychiatry, vol 18, Nr 3, 1995.
10. Lukoff, D, Lu, F, Turner, R: Toward a more culturally sensitive DSM-IV: Psychoreligious and psychospiritual problems. Journal of Nervous and Mental Disease 1992; 180 (11): 673-682.
11. Bruscia, K., and Grocke, D. "GIM – the Bonny Method and Beyond", Gilsum Press, NH 2002.
12. Lukoff, D, Lu F, Turner R: From spiritual emergency to spiritual problem: The transpersonal roots of the new DSM-IV Category. Journal of Humanistic Psychology 1998;38(2):21-50.
13. Agosin, T: Psychosis, dreams and mysticism in the clinical domain. In: Halligan F, Shea J (eds). The Fires of Desire. New York, Crossroad, 1992.
14. Lukoff, D: Transpersonal perspectives on psychosis: creative, visionary and mystical states, J of Transpersonal Psychology, 20(2) 1985.
15. Campbell, J: The hero with a thousand faces. First Princeton/Bollingen 1972
16. Spiritual by-pass, ursprungligen ett buddistiskt begrepp tillskrivet mästaren Chogyuan Trungpa.
17. Scotton, BW: The phenomenology and treatment of Kundalini. Textbook of transpersonal psychiatry and psychology. Chapter 25, Basic Books, 1996.
18. Körlin, D: The Spektrum Group GIM Therapy. In: Frohne – Hageman (ed). Receptive music therapy – theory and practice. Zeitpunkt Musik, Reichert Verlag, Wiesbaden 2007.
19. Körlin, D., Nybäck H., and Edman, G: Reliability and validity of a Swedish version of the Dissociative Experiences Scale (DES-II). Nord J Psychiatry, Vol 61 No 2, 2007.
20. <http://alternativsmagazine.com/08/levy1.html>.
21. Stern, D: The interpersonal world of the infant – a developmental view from psychoanalysis and developmental psychology. Basic Books, New York, 1985.
22. Körlin, D: Creative Arts Therapies in Psychiatry. A clinical application of the Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM) and Creative Arts Groups. Akademisk avhandling, Karolinska institutet, Stockholm 2005.