# Zur Differentialdiagnostik spiritueller Krisen (ICD10: F.44.3; DSM IV: V 62.89)

St. Brunnhuber, R. Wagner

Zusammenfassung: Spirituelle Krisen werden hier als Zustände beschrieben, welche sich von den klassischen neurotischen bzw. psychotischen Verlaufsformen unterscheiden. Die historischen Versuche in der Zuordnung religiöser Wertinhalte wie auch die aktuellen internationalen Klassifikationssysteme bleiben in der Beschreibung spiritueller Krisen angesichts der Ergebnisse der Bewusstseinsforschung relativ unbefriedigend. Es wird ein dreigliedriges diagnostisches Vorgehen vorgestellt, welches eine bessere Abgrenzung gegenüber den klassischen psychiatrischen Erkrankungen erlaubt. Durch die Unterscheidung in Brückensymptome und Items 1. und 2. Ordnung kann eine Sprachregelung gefunden werden, welche einen Anschluss an die internationalen Klassifikationssysteme ermöglicht.

Schlüsselworte: Spirituelle Krisen, Bewusstseinsentwicklung, prä-post-Diffe renz.

#### 1. Einleitung

Religiöse Erfahrungen spielen in der klinischen Diagnostik eine immer größere Rolle (Demling, 2001) und gewinnen auch bei Psychotherapeuten und Psychiatern eine zunehmende Bedeutung (Shafranske, 1990; King, 1998). Dies hat nicht nur mit einem allgemeinen Wertewandel (Ray, 1999) in den westlichen Gesellschaften zu tun, sondern auch damit, dass der empirische Forschungsstand zur Beziehung von "Religiosität und Krankheit" bzw. "Religiosität und Gesundheit" eine Reihe wichtiger Ergebnisse hervorgebracht hat. So zeigt sich, dass religiöse Überzeugungen eine allgemeine positive Auswirkung auf Depressivität, Ängstlichkeit, Suchtverhalten und Suizidalität haben. Das Konstrukt "Religiosität" bleibt jedoch zu komplex, als dass hieraus bereits spezifische Wirkfaktoren über den Zusammenhang von Gesundheit und Krankheit möglich wären (Bergin, 1983; Larson, 1992).

Die Eigenständigkeit und der nicht-reduktive Charakter religiöser Erfahrungen wurden bereits von W. James (James, 1902) formuliert. Historisch hat S. Freud die Bedeutung der Religion für die psychische Entwicklung als eine "Illusion" (Freud, 1927) beschrieben und sie der Zwangsneurose zugeordnet. C.G. Jung (Jung, 1971) dagegen hat der Religion das "allergrößte Ausmaß" in der psychotherapeutischen Tätigkeit zugesprochen. Die kognitionspsychologische und gesundheitspsychologische Forschung untersucht das Konstrukt der "Religiosität" vor allem im Hin-

blick auf ihre salutogenetische (Antonovsky, 1993) oder auch maladaptive Funktion. Gemäß der DSM IV liegt eine spirituelle Krise dann vor, "...wenn im Vordergrund der klinischen Aufmerksamkeit ein religiöses oder spirituelles Problem steht. Beispiele sind belastende Erfahrungen, die den Verlust oder das Infragestellen von Glaubensvorstellungen nach sich ziehen, Probleme im Zusammenhang mit der Konvertierung zu einem anderen Glauben, das Infragestellen spiritueller Werte, auch unabhängig von einer organisierten Kirche oder religiösen Institution (V 62.89)". Die ICD-10 klassifiziert spirituelle Krisen als "...Trance und Besessenheitszustände, unabhängig von Psychosen und Hirnverletzungen". Dabei müssen die allgemeinen Kriterien für eine dissoziative Störung erfüllt sein, wie der "...teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration, welche sich auf die Erinnerung, das Identitätsbewegungen bezieht (E.44.3)."

und damit der wichtige Unterschied zwischen Religiosität und Spiritualität verloren tun, dass die meisten Betrachtungsweisen eine rein deskriptive Diagnostik wählen zuteilen (Grof, 1990), hat bisher noch keine allgemeine Akzeptanz gefunden, und die Diskussion um eine "ekklesiogene Neurose" (Schaetzing, 1955; Moosbrucker, spricht in diesem Zusammenhang von extrinsischer und intrinsischer Religiosität und individuelle Erfahrung, welche nicht administrativ oder institutionell vermittelt denzerlebnisse zu erlangen (Maslow, 1973). Hier geht es gerade um die unmittelbare geht. Unter Religiosität werden die Normen, Werte, Überzeugungen und Verhalzierte operationalisierte Diagnostik fehlt (Wagner, 2000). Dies hat auch damit zu gener Umgang mit dem Konstrukt der Religiösität noch aussteht und eine differender Anschluss an allgemeine, international anerkannte Sprachregelungen blieb aus. 1996) oder auch S. Grofs Versuch, spirituelle Krisen in 10 Erscheinungsformen ein-(Allport, 1967). Selbst V. Frankls Konzept der "noogenen Neurose" (Frankl, 1970), hier getroffene Unterscheidung zurück (Wilber, 1996). Die Religionspsychologie ist. Wenn im Folgenden von spirituellen Krisen die Rede ist, dann geht sie auf jene Stattdessen wird unter Spiritualität die individuelle Praxis verstanden, Transzenkohäsiven Rahmen, welche über Sanktionen und Legitimationen reguliert wird (Galuska, 1998). Religiosität vermittelt folglich einen sinnstiftenden und sozialtensweisen verstanden, welche durch eine kirchliche Institution vermittelt werden Bereits diese ersten Hinweise können zeigen, dass ein angemessener und unbefan-

### 2. Fragestellung

Aus der klinischen Diagnostik ist bekannt, dass deskriptive Zuordnungen in der Regel unspezifisch sind und durch zusätzliche differentialdiagnostische Merkmale erganzt werden müssen. Es wird im Folgenden der Versuch unternömmen, über die rein deskriptive Klassifikation hinaus ein spezifischeres diagnostisches Vorgehen wie auch eine erste operationalisierbare Einteilung "Spiritueller Krisen" (SK) vorzustellen. Dabei wird ein dreigliedriges klinisches Vorgehen gefordert, welches einmal auf den Diskussionsstand der Bewusstseinspsychologie (Wilber, 1996; Wilber, 2001), zweitens auf strukturelle Eigenschaften und Dispositionen der Person (OPD, 1996; Kernberg, 1981; Kohut, 1979; Fairbairn, 1943) und schließlich drittens auf das konventionelle, differentialdiagnostische Vorgehen der Psychiatrie Rücksicht nimmt.

Dieses dreigliedrige diagnostische Vorgehen versucht dem komplexen Konstrukt spiritueller Erfahrungen klinisch und differentialdiagnostisch gerecht zu werden und zugleich den Anschluss an die psychiatrische Diagnostik zu gewährleisten (ICD-10; DSM IV). Führend ist dabei die allgemeine Überlegung, dass spirituelle Erfahrungen einen nicht-reduktiven Charakter haben, das heißt, nicht auf die Erziehungspraxis oder gegebene gesellschaftliche Verkehrsformen vollständig reduzierbar sind (Fairbairn, 1943; Guntrip, 1969; Winnicott, 1989; Kirkpatrick, 1990; James, 1902). Zugleich stellen spirituelle Erfahrungen eine in der Menschheitsgeschichte allgemeine, immer wieder reproduzierbare Erfahrung dar. Dies bedeutet, der Mensch ist in diesem Sinne spirituell prädisponiert, auch wenn die Ausdrucksformen jeweils vor dem Hintergrund der ethnosoziologischen und kulturellen Gegebenheiten unterschiedlich ausfallen.

Die epidemiologische Datenbasis ist noch spärlich. Jedoch zeigt sich, dass der Bedeutung religiöser Krisen innerhalb der psychotherapeutischen Praxis eine immer größere Bedeutung zugesprochen wird. So stufen gemäß einer Studie von J. Neeleman 90 % der Therapeuten religiöse Themen als wichtig für die Anamnese und Befunderhebung ein (Neeleman, 1995). In einer micht-repräsentativen Umfrage geben jedoch nur 11 % der Therapeuten an, von sich aus religiöse Themen anzusprechen. Bei 85 % der Befragten, welche sich in einer spirituellen Krise befanden, standen Konflikte mit der Glaubenslehre nicht im Vordergrund. Der postkritische Zustand dauert zwischen 2 Monaten und 2 Jahren, wobei bei 92 % der Befragten die spirituelle Krise eine bedeutsame Veränderung im Leben zur Folge hatte. Insgesamt werden Angehörige weniger informiert als Freunde. Die professionelle Hilfe wird meist als unzurreichend und wenig hilfreich empfunden (Belschner, 1991).

C. H. Scharfetter (Scharfetter, 1991) definiert Spiritualität als eine "Haltung, eine Lebensführung der Pflege, Entwicklung, Entfaltung, Öffnung des eingeschränkten Alltagsbewusstseins hinaus über den Ego- und Personbereich in einen individuums- überschreitenden, transzendierenden, deshalb transpersonal genannten Bewusstseinsbereich". Danach definieren wir eine spirituelle Krise als "... Erfährungen, welche zu einer Veränderung des Bewusstseins (Denken, Erleben und Handeln) führen, als innerer Vorgang wahrgenommen werden, in der Regel an eine kontemplative Praxis gebunden sind und in die alltägliche Erfahrung nicht hinreichend integrierbar sind". Solche Erfahrungen lassen sich psychopathologisch grundsätzlich von neurotischen und psychotischen Beschwerdebildern abgrenzen.

### 3. Dreigliedriges diagnostisches Vorgehen

Um diese Bewusstseinszustände hinreichend einordnen zu können, ist klinisch ein dreigliederiges Vorgehen erforderlich, welches den Diskussionsstand der Bewusstseinspsychologie, eine strukturdiagnostische Zuordnung und eine Abgrenzung gegenüber psychiatrischen Erkrankungen umfasst.

3.1. Die Ergebnisse der Ethnosoziologie, der vergleichenden Religionsforschung und der Bewusstseins- und Entwicklungspsychologie geben zahlreiche Hinweise (Wilber, 1996), dass sich die Entwicklung einzelner Bereiche wie etwa die Moralentwicklung, die Affekte, Sensomotorik, Verhalten, Kognition nach Stufen und Ebenen

vollziehen und dass dadurch auch spirituelle Krisen sich innerhalb dieser Landkarte gut abbilden und gegenüber klassischen psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen abgrenzen lassen (Wilber, 2001, Smith, 1976). Vor dem Hintergrund dieses Diskussionsstandes ergibt sich eine auffällige Dreiteilung. Obwohl die begriffliche Zuordnung bei den einzelnen Autoren unterschiedlich ausfällt (Wilber, 1996; Assagioli, 1974), kann man von einer präpersonalen, personalen und transpersonalen Ebene der Bewusstseinsentwicklung sprechen. Die jeweils höhere Ebene integriert, differenziert und transzendiert die niedere, gleichwohl das Erleben ebenen- oder phasenspezifisch kohärent bleibt. So erkennt beispielsweise ein Kind auf der präoperativen Ebene nach J. Piaget die Wasserstände in zwei unterschiedlichen hohen Gläsern nicht korrekt. Später, auf einer formal-operativen Ebene, kann es jene Zuordnung richtig treffen.

und abgrenzen, wie etwa die Naturmystik (Walsh, 1977; Walsh, 1978) oder eine kulturübergreifend abgrenzbare transpersonale Bewusstseinszustände identifizieren gression der ontogenetischen Bewusstseinsentwicklung erklärbar. Dabei lassen sich machen können. Spirituelle Krisen sind aus der Progression und nicht aus der Regewissermaßen die Richtung angegeben, in welche sich spirituelle Erfahrungen ausindividuelle Biographie gebrochen oder vermittelt. Mit diesem ersten Schritt wird rungen sind somit keine primär kollektiven Erfahrungen, sondern immer über die mit der Natur und allem Manifesten zur Darstellung kommt. Transpersonale Erfahsein, in welchem die Beziehung zum Ganzen, das Aufgehobensein und die Identität egologischen Bewusstsein entsteht ein mehrperspektivisches, integrales Bewusstpunkt und damit auch das spirituelle Erleben. Entgegen dem kritisch-rationalen und transpersonale Bereich dagegen transzendiert den personalen Bewusstseinsschweres handelt sich im Wesentlichen um konventionelle Praktiken und Deutungen. Der sich auch die Diskussion um eine "noogene" und "ekklesiogene" Neurose ein. Denn zungen mit Werten der jeweiligen Religionsgemeinschaft (Schmid, 1990). Hier reiht Vorherrschend sind kritisch-rationale Glaubensbekenntnisse und Auseinandersetein reziproker Rollentausch werden möglich. Dies prägt auch das religiöse Erleben. lischer Interaktionsformen organisiert ist. Deduktiv-induktives Schlussfolgern und Denkens, kritisch-rationaler Vernunft, egologisch, ich-hafter Reflexion und symbosich darin, dass der Bewusstseinsschwerpunkt um die Entwicklung des diskursiven parates, das heißt psychologisch durch Ich-Funktionen gekennzeichnet. Dies zeigt konventionellen Ebene ist durch den verstärkten Einsatz des kritisch-rationalen Apgriff und Gegenstand bleibt noch unscharf. Im Hinblick auf religiöse Erfahrungen präverbale Empfindungen führend, die Unterscheidung von Innen und Außen, Be-Gottheitsmystik (Washburn, 1995; Wilber, 1991). Folgende Abbildung gibt einen herrschen mythisch-magische Rituale vor. Der Ubergang zu einer personalen oder Überblick über die Bewusstseinsentwicklung: Auf einer präpersonalen Ebene sind Instinkte, sensorische Wahrnehmung und

Transpersonal Präpersona Personal Ebenen konventionell, common-sense postkonventionell, universal. kollektivistisch, archaisch, präkonventionell, prä-verbal Bewusstseinsschwerpunkt abnehmende Egozentrik egologisch, ich-haft, diskursiv-sprachlich, deduktiv-induktiv. transverbal, a-perspektivische Beziehung mythisch-magische Rituale historisch-exegetische Religiöse/spirituelle Ausdrucksform zum Ganzen

## Abb. 1: Topographie der Bewusstseinsentwicklung

3.2. Spirituelle Erfahrungen sind in der Regel keine Dauererlebnisse, sondern Gipfelerfahrungen (Maslow, 1973). Die Person fällt nach einem solchen Erlebnis in ihren gewohnten Alltag zurück und interpretiert jene Erfahrungen vor dem Hintergrund ihres gewohnten Interpretationsmusters. Dabei spielt der intrapsychische oder strukturelle Organisationsgrad eine entscheidende Rolle. Das heißt, es treffen hier offenbar zwei Richtungen aufeinander. Einmal das Ausmaß an transpersonaler Erfahrung und zum zweiten die Integration jener Erfahrung in die jeweilige subjektive Organisationsform. Den Arbeiten von Kernberg (1981), Fairbairn (1943) und OPD (1996) folgend, lassen sich klinisch vier Organisationsformen unterscheiden. Die folgende Abbildung gibt hierzu einen Überblick:

	Selbst-/Objekt- repräsentanz	Spitzen-/ Leitaffekte	Abwehr- mechanismen	Objektbezüge/ Realitäts- kontrolle
neurotisch	kohärente Selbst-, Objekt- repräsentanz	Schuld-, Strafc-, Gewissens- ängste	Verdrängung/ Projektion	polyvalent, erhaltene Realitätskontrolle
narzisstisch	labiles, aber kohärentes Selbst	selbstevalu- ative Affekte	Idealisierung, Entwertung	eingeschränkte Ambivalenz- toleranz
borderline	Identitäts- difussion	Vernichtungs- ängste	Spaltung, Verleugnung	vorwiegend dyadisch
prä-psychotisch	aufgehobene Selbst-Objekt- Grenzen	Verfolgungs- ängste	paranoide Abwehr	Realitäts- kontrolle aufgehoben

Abb. 2: Strukturelle Organisationsformen (erweitert und ergänzt nach OPD (1996), Kernberg (1981), Fairbairn (1943))

38

3.3. Der dritte Schritt in der diagnostischen Zuordnung ergibt sich durch die konventionelle Abgrenzung gegenüber den psychiatrischen/psychosomatischen Erkrankungen. Vor dem Hintergrund ergibt sich nun folgendes Bild:

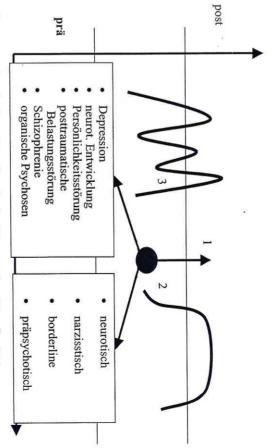


Abb. 3: Das dreigliedrige Vorgehen in der Diagnostik spiritueller Krisen

### 4. Klinische Abgrenzung der spirituellen Krise (SK) gegenüber psychiatrischen/psychosomatischen Erkrankungen (P/PS)

gibt einen ersten Uberblick: spirituelle Krisen hinreichend abgrenzen zu können. Für C. G. Jung sind nahezu alle nicht aus der Regression der Entwicklung heraus erklären lassen. Weder C. G. Jung welche sich nur aus der Eigenart der Bewusstseinsentwicklung hinreichend versteschen und psychosomatischen Erkrankungen abgrenzen? Die folgende Abbildung Aspekte spiritueller Krisen aus und wie lassen sie sich von klassischen psychiatrichen status quo (Gottwald, 1990; Schwarzer, 1992). Wie sehen nun klinische pieren diese Prä-Post-Differenz und vergeben sich damit klinisch die Möglichkeit, noch S. Freud noch die Beiträge der Kognitionspsychologie zu diesem Thema rezihen lassen. Es sind Zustandsbilder, welche sich gleichsam aus der Progression und reaktive oder organpathologische Zustände handelt, sondern um Zustandsbilder, fertigt sich vor dem Hintergrund, dass es sich bei SK nicht um psychotische, psychopsychosomatischen Erkrankungen (P/PS). Diese allgemeine Unterscheidung rechtklinische Abgrenzung zwischen spirituellen Krisen (SK) und psychiatrischen und tiert religiöse Krisen schlicht als Fehlanpassungen an den gegebenen gesellschaftli-Freud dagegen verortet religiöse Erfahrungen als Pathologien frühkindlicher Erziepsychischen Erscheinungsformen bereits religiöser und numinoser Qualität. S. Wenn man nun den geforderten Dreischritt zusammen nimmt, ergibt sich folgende hungspraxis, und ein nicht unerheblicher Teil der Kognitionspsychologie interpre-

	Spirituelle Krisen (SK)	psychiatrische/psychosomatische Erkrankungen (P/PS)
medizinische Diagnostik	keine organischen Befunde	organische Befunde vorhanden
Affekte	Synchronizität     komplementärer Affekte     Demut, Verzicht, Empathie	häufig isolierte Affektmuster, Spitzenaffekte (Wut, Ärger, Angst)
Mechanismus	Des-Identifikationen/ Identifikationen, Progression	Projektionen, Verdrängungen, Spaltungen, Regressionen
Selbst	intrapsychische Vorgänge, Introspektion vor Extraversion	interpersonelle Beziehungs- probleme klinisch führend
Praxis	Bewusstseinserweiterung gebunden an kontemplative Praxis	Flucht vor Realität, Vermeidung von Problemlösungen
Ich-Funktionen	erhalten, biografisch nach- weisbar	gehen verloren
Impulskontrolle	keine Selbst- oder Fremd- gefährdung	häufig Selbst- oder Fremd- gefährdung
Kognition	abstrakte, allgemeinere Wert- inhalte, Sinnfragen	schlecht organisiert, oft keine inhaltliche Entwicklungslinien erkennbar
Interaktion	Kooperationsbereitschaft und Vertrauen, Offenheit	misstrauisch, paranoides Verhalten

Abb. 4: Klinische Abgrenzung spiritueller Krisen gegenüber psychiatrischen Erkrankungen

In Abgrenzung zum psychopathologisch-psychiatrischen Befund zeigen Patienten mit spirituellen Krisen keinen organischen Befund. Außerdem finden sich selten Einschränkungen in der Impulskontrolle im Sinne von Selbst- oder Fremdgefährdungen (Belschner, 1991). Ein wichtiges klinisches Unterscheidungsmerkmal liegt in der Darstellung spezifischer Affektprofile vor (Crombach, 1989; Brunnhuber, 2002). Dabei sind zwei Aspekte klinisch von Bedeutung. Einmal zeichnen sich SK vorrangig durch komplementäre Affektprofile aus. Das heißt, während psychiatrische Erkrankungen häufig durch isolierte Spitzenaffekte wie Wut, Hass, Ärger oder Angst geprägt sind, zeigen SK häufig das zeitgleiche Auftreten von gegensätzlichen Affektmustern. Die Patienten schildern Geborgenheit und Verlassenheit, Schmerz und Leid; Freude und Sinnlosigkeit. Zweitens findet man bei SK spezifische reife Affektprofile wie Empathie, Würde, Demut oder Verzicht, welche bei psychiatrischen Erkrankungen für die diagnostische Zuordnung nicht klinisch führend sind. An solchen Stellen wird auch der Unterschied zur frühkindlichen Entwicklung sichtbar:

und Kooperationsbereitschaft gepragt. spielen gegenüber P/PS Erkrankungen abstraktere und allgemeinere Themen eine Schließlich ist das soziale Interaktionsverhalten meist durch Offenheit, Vertrauen zen in Natur, Gesellschaft und Geschichte bzw. die Einbindung der individuellen vertierten Anteilen. Im Hinblick auf die geäußerten Kognitionen und Wertinhalten Ich-Funktionen in SK erhalten, sind biographisch nachweisbar bzw. verfügbar. PTBS, bei Angsterkrankungen oder bei präpsychotischen Zuständen, bleiben die kungen die Ich-Funktionen (zumindest teilweise) verloren gehen, wie etwa bei Biographie in ein übergeordnetes Ganzes. Während bei den meisten P/PS Erkran-Rolle. Geäußert werden Fragen nach dem Sinn des Lebens, die Beziehung zum Gan-Konflikt ausagiert wird. Introvertierte Anteile überwiegen meist gegenüber extra-SK als ein innerer Vorgang wahrgenommen und nicht primär als interpersoneller kationsvorgängen innerhalb einer SK klinisch übersteuert. Hinzu kommt, dass eine Schwarzer, 1997) werden durch den Wechsel von Identifikations- und Desidentifiwie internale Selbstkontrolle, Selbstwirksamkeit oder Selbstwert (Bandura, 1997. Verdrängungen, welche das Zustandsbild erklären sollen. Selbst Copingstrategien eine Vielzahl von psychologischen Mechanismen wie Projektionen, Spaltungen, gen, Gesundheit/Krankheit und Lebensentwürfe. Bei P/PS dagegen findet man etwa beruflicher Erfolg, sexuelle Aktivitäten, partnerschaftliche Auseinandersetzunoder Loslassen von spezifischen - individualbiographisch vermittelten- Inhalten wie identifikationen (Galuska, 1998; Wilber, 2001). Das heißt, es geht um das Festhalten präpersonal. Erst eine erfolgreiche Sozialisation – etwa der Aufbau von Ich-Funk-Die frühkindlichen Basisaffekte (Wut, Angst, Freude etc.) sind in diesem Sinne noch Abwehrmechanismen, welche man bei SK findet, sind Identifikationen und Destionen – ermöglicht den Aufbau anderer – reiferer – Affektprofile. Die vorrangigen Kleinkinder verfügen (noch) nicht über Affekte wie Demut, Verzicht oder Würde

Entladungen, wie sie beispielsweise im Kundalini-Prozess (Greenwell, 1990; Sannel-Sinne einer Dysmorphophobie bzw. auch passager auftretende psychomotorische Zu den wichtigsten Brückensymptomen zählen ein verändertes Körperschema im tion des Bewertens, Verhaltens, des Affektsystems sowie des Verhaltens anzeigen. ten und Veränderungen hin zu einem transpersonalen Schwerpunktsbewusstsein ventionellem Bewusstseinsschwerpunkt statt. Die damit verbundenen Unsicherhei-Regel an der Grenze zwischen präpersonal-präkonventionellem und personal-konund transpersonal-postkonventionellem Bewusstseinsschwerpunkt auftreten (s.o.). den zusammengefasst, welche an der Schwelle zwischen personal-konventionellem symptomen werden in diesem Zusammenhang psychische Zustände und Beschwerklinischen und psychopathologischen Profil näher charakterisieren. Unter Brückennoch relativ unspezifisch bleiben und gewissermaßen nur die Richtung angeben erkrankungen oder bei der Depression gefordert. Während die Brückensymptome Ordnung. Eine ähnliche Einteilung wird etwa bei der Schizophrenie, bei Angstchen, unterscheiden wir zwischen Brückensymptomen und Items erster und zweiter können in so genannten Brückensymptomen eine Veränderung in der Reorganisa-(prä-) psychotischen oder reaktiven Beschwerdebildern deutlich. Jene finden in der Bereits in dieser topographischen Zuordnung wird ein wichtiger Unterschied zu (Progression-Regression), lassen sich durch Items 1. und 2. Ordnung SK in ihrem Um einen Anschluss an die internationalen Klassifikationssysteme zu ermögli-

regbarkeit mit innerer Unruhe, Schlafstörungen, Zittern, grundlosem Weinen, akusgraphischer Zusammenhänge kausal nicht hinreichend erklärbar sind und ihr psychotischen Zustandsbildern erkennen, gleichwohl sie aus der Exploration biozu ersticken, grundloses intensives Leiden, unerträgliche Langeweile, Sterilität, tischen und optischen Wahrnehmungen (Licht- und Klangerlebnissen) (Helg, 2001; la, 1990) beschrieben werden. Hinzu kommt eine gesteigerte psychovegetative Erunspezifischer Charakter durch zusätzliche Befunde ergänzt werden muss. lung der hier genannten Brückensymptome lässt in der Tat Ahnlichkeiten mit prä-Wilber, 2001), die Angst, die "Kontrolle zu verlieren", "verrückt zu werden" oder Hoffnungslosigkeit, ausgeprägte Schuldgefühle (Helg, 2001). Die Zusammenstel-

Abb. 4: Klinische Abgrenzung spiritueller Krisen gegenüber psychiatrischen Erkran-

#### Diskussion

grundlegend von der bisherigen in den internationalen Diagnosesystemen favorisierten Einteilung, aber auch von den historischen Versuchen, religiöse Erfahrungen ordnung und Abgrenzung. Dieses diagnostische Vorgehen unterscheidet sich son. Erst dieses dreigliedrige Vorgehen erlaubt eine hinreichende diagnostische Zuerreichten bzw. berichteten transpersonalen Zustände und schließlich deren Interschen psychiatrischen Zustandsbildern, dann eine systematische Identifikation der hen ist dreigliedrig und beinhaltet einmal die Abgrenzung gegenüber den klassinung ermöglichen eine bessere diagnostische Einordnung. Das diagnostische Vorge-Wahrnehmung, der Bewertung und des Verhaltens ändern. Die Items 1. und 2. Ordsich die um einen gegebenen Bewusstseinsschwerpunkt organisierten Formen der phisch besser zuordnen zu können. Die Brückensymptome können anzeigen, dass lassen eine erste Landkarte erkennen, welche es erlaubt, spirituelle Krisen topograschen, entwicklungs-psychologischen und bewusstseins-psychologischen Literatui Wertewandels eine immer größere Bedeutung. Die Befunde der ethnosoziologi relativ selten, gewinnen aber im Zuge eines sozialpsychologisch wahrnehmbaren Spirituelle Krisen sind keine neurotischen oder psychotischen Störungen. Sie sinc pretation auf dem Boden struktureller Eigenschaften/Organisationsformen der Per-

> Post-Differenz, welche eine topographische Abgrenzung gegenüber anderen Stöchen Wert diesem interdisziplinären Vorgehen in der Diagnostik spiritueller Krisen rungsbildern zulässt. Zukünftige empirische Arbeiten sollten zeigen können, welzu klassifizieren. Von besonderer Bedeutung ist differentialdiagnostisch die Prä-

Summary: Spiritual crises are described as conditions which differ from neurotic or psychotic states. bridge symptoms and 1" and 2" class items, a phrasing can be found to make a connection to the interallows for a more definite distinction from classical psychiatric diseases. Due to the differentiation into ness research. What will be shown here is a diagnostic approach, subdivided into three sections, which Historical attempts to assign religious values, as well as relevant international classification systems remain relatively unsatisfactory in the description of spiritual crises in view of the results of consciousnational classification systems possible.

Key words: Spiritual crisis, development of consiousness, pre-post difference

Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967): Personal religious orientation and prejudice. Journal of Personality and Social Psychology, 5, 432-443.

Antonovsky A (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke A, Broda M (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese Konzept. Tübingen (DGVT).

Assagioli, R. (1974): Psychosynthese. A manual of Principles and Techniques, Mass: Penguin. Dt. (2004): Handbuch der Psychosynthese. Grundlagen, Methoden und Techniken, Nawo Verlag, CH-8153 Rümlang/Zürich.

Bandura A. (1997): Self-effaccy: Towards a unifying theory of behavior change. Psychological Review:

Belschner W. & Galuska J. (1991): Empirie spiritueller Krisen, in Transpersonale Psychologie und Psychotherapie; 1: 78-94.

Bergin A.E. (1983): Religiosity and mental health. A Critical reevaluation and meta-analysis. Professional Brunnhuber S. & Fuchs D. (2002): Zur Entwicklungslogik des Affektsystems, in Transpersonal Psychology. Research and Practice; 14: 170-184.

Crombach G. (1989): Experimentelle Transpersonalität. In: Zundel E., Fittkau B. (Hrsg.): Transpersonale Psychologie und Psychotherapie; 1: 30-42.

Fairbairn, W.R.D. (1943): The repression and the return of bad objects. British Journal of Medical Demling J., Worthmüller M., Connolly T (2001): Psychotherapie und Religion. PPmP; 51: 76-82. Psychologie: 351-366.

Frankl V. (1970): Der leidende Mensch. Wien: Springer. Psychology, 19: 327-341.

Frend S. (1927): Die Zukunft einer Illusion. Gesammelte Werke Band 14.

Galuska J. (1998): Die Transpersonale Dimension der Psychotherapie. In: Ridel L. (Hrsg.): Sinn und

Unsinn der Psychotherapie. Rheinfelden: Mandala Media: 41–60.

Gottwald F. & Howald W. (1990): Bewusstseinsentfaltung in spirituellen Traditionen Asiens. In: Resch A. (Hrsg.): Geänderte Bewusstseinszustände: 405–493.

Greenwell B. (1990): Energies of transformation. A guide to the Kundalini process. Cupertino, California: Shakti RiverPress.

Grof S. & Grof Ch. (1990): Spirituelle Krisen. München: Kösel

Guntrip H. (1969): Religion and relation to personal relation, British Journal of Medical Psychology; 42:

Helg F. (2001): Psychotherapie und Spiritualität. Düsseldorf: Walter.
 James W. (1902): Die Vielfalt religiöser Erfahrung. Zürich: Ex Libris, (1928).
 Jung C. G. (1971): Seelenprobleme der Gegenwart. Zürich: Rhein-Verlag.

Kernberg O. (1981): Objektbeziehung und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett Cotta.
King M.B. & Dein S (1998): The spiritual variable in psychiatric research. Psychol. Med., 28: 1259–1262.

Kirkpatrick L.A. & Shaver P.R. (1990): Attachment-theory and religion: Childhood attachments, religious belief and conversion. Journal of the scientific study of Religion, 29: 315-334.

Kohut, H. (1979): Die Heilung des Selbst, Frankfurt: Suhrkamp.

Lerson D. B., Sherill K.A., Lyons J.S., Craigie, F.C. et al. (1992): Associations between dimesions of religious comittment and mental health reported in the american Journal of Psychiatry and Archives of General Psychiatry 1978–1989. American Journal of Psychiatry, 149: 557–559.

Maslow A. (1973): Psychologie des Seins. München: Beck.

Moosbrucker H., Zwingmann C.H., Frank D. (1996): Religiosität, Persönlichkeit und Verhalten. Beiträge zur Religionspsychologie. Münster: Waxman.

Neeleman J. & Persaud R. (1995): Why do psychiatrists neglect religion? British Journal of Medical Psychology, 68: 169-178.

OPD (1996): Arbeitskreis operationalisierte Diagnostik. Bern, Göttingen: Huber Ray P. & Anderson S.R. (1999): The cultural Creatives. New York: University Press.

München, 145–158.

Schaetzing E. (1955): Die Ekklesiogenen Neurosen. In: Wege zum Menschen 7: 97–108.

Scharfetter C. H. (1991): Der spirituelle Weg und seine Gefahren. Stuttgart: Enke. Sannella L. (1990): Kundalini. Klassisch und klinisch. In: Grof (Hrsg.): Spirituelle Krisen. Kösel:

Schmid G. (1990): Die Mystik der Weltreligionen. Stuttgart: Kreuz.

Schwarzer R. (1992): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe. Schwarzer R. & Jerusalem M. (1997): Das Konstrukt Generalisierte Selbstwirksamkeit. FU Berlin, Institut für Psychologie.

Shafranske E.P. & Malony H.N (1990): Clinical psychologists religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. Psychotherapy, 27, 1: 72–78.
Smith H. (1976): Forgotton truth- The Primordial Tradition, New York: Harper.

Walsh R. (1978): Initial meditative experiences. Part II. The journal of Transpersonal Psychology, 10, 1: Walsh R. (1977): Initial meditative experience: Part I. The journal of Transpersonal Psychology, 9, 2: 151-192.

Washburn M. (1995): The ego and the dynamic ground. A transpersonal theory of human development 1-28.

Albany: State University of New York Press.
Wilber K. (1991): Das Spektrum des Bewusstseins. Reinbek bei Hamburg: rororo.

Wilber K. (1996): Eros, Kosmos, Logos. Frankfurt a. Main: Fischer. Wilber K. (2001): Intergrale Psychologie. Freiamt: Arbor.

Winnicott D. W. (1989): Übergangsobjekte und Übergangsphanomene. Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett Cotta.

und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg Institut für Psychotherapie OA Dr. Dr. Stefan Brunnhuber

www.stefan-brunnhuber.de

D-97070 Würzburg

44