

Specifik meditationspsykos(?) - en analys av nio fall

Tidigare har påpekats riskerna för att de som mediterar eller exponeras för avancerad psykologisk behandling kan få en övergående psykos. Motiverad av diagnostiska och terapeutiska problem med patienter med denna sjukdomsbild har biträdande överläkare Bo Gunnar Johnson, klinik 1 vid Lillhagens sjukhus i Hisings Backa, undersökt nio patienter med denna typ av psykos. Samstämmigheten i sjukdomsbilderna talar för att det sannolikt föreligger ett syndrom.

År 1956 uppmärksammades risken för utlösandet av akut psykos vid utövandet av meditation, i detta fall transcendental meditation (TM). Den meditativa tekniken hade väsentliga komponenter gemensamma med hypnos, t ex passiv koncentration och monotont upprepande. Gällande kontraindikationer för hypnos kunde då gälla även för avancerad meditation och ansågs kunna förklara psykosutbrottet [1]. Denna problematik har på nytt aktualiserats och väckt nya frågeställningar.

Fall 1

I februari 1983 uppsökte en 24-årig man mig för egenartade psykiska besvär. Han berättade att han vid sju tillfällen lyssnat på en kassett med inspelade s k chakrameditationer. Avsikten var att han med denna teknik skulle minska sin tendens att spänna sig. Innan han fick sina besvär hade han fungerat tillfredsställande socialt samt skött sina studier vid universitetet. Inget missbruk förelåg.

Han berättade att han under en sådan övning plötsligt hade upplevt hur det sprutade energi som en stråle någon decimeter ut från symfyssen. Dessutom erfor han vid sacrum en boll av energi stor som en hasselnöt. Bollen övergick sedan till ett energiflöde som sakta steg upp genom ryggraden och successivt vitaliserade hela kroppen. Den steg vidare upp i huvudet och fram över pannan där den kulminerade som en explosion. Han tyckte att han "såg" energiströmmar som sprutade ut genom händer och fötter. Dessutom hade han visioner av ormar som steg uppåt från ljumskarna och ville bita honom i ansiktet.

Upplevelsen kom helt oväntat och förskräckte honom. Han kunde inte påverka förloppet. Under några dagar var han dock erotiskt stimulerad från att tidigare ha varit blyg.

Tillståndet gick sedan över i en negativ fas, varvid han upplevde att en mörk substans trängde in i hans kropp från benen och ljumskarna, fyllde bålen och hotade att krama ihop hjärtat så att det kunde stoppa. Han var rädd att dö och vaknade flera gånger per natt, då han upplevde sig attackerad av onda väsen. Han blev successivt tröttare, fungerade inte längre i sina studier och sökte desperat efter hjälp.

Mannen lades en kortare tid in på psykiatrisk klinik där tillståndet uppfattades som psykologiskt. Han fick emellertid Mallorol-tabletter (50 mg x 3) utan effekt på tillståndet. Vid min kontakt med honom höjde jag dosen till 500 mg Mallorol per dag för att dämpa upplevelserna vilka av mig uppfattades ha psykotisk valör. Då man inte kunde notera någon väsentlig effekt sattes Mallorol ut efter en månads behandling. De nattliga influenserna upphörde så småningom men nattligt uppvaknande och hjärtpåverkan kvarstod.

Psykiatrisk tolkning

Hur tolkas detta psykiatriskt? Det liknade mest en akut paranoid psykos, men mannen hade god insikt i sitt tillstånd och talade om sina besvär med distans som om det vore en somatisk åkomma; han tillskrev besvären en effekt av "kundalinistegring". Allt tal om psykologisk förklaring förkastade han.

Somatiskt status och EEG var normala. Den intellektuella och affektiva kontakten var god liksom förtroendet i den terapeutiska situationen. Detta förde tankarna till pseudoneurotisk schizofreni dock utan förekomst av andra symtom som hör till ett sådant tillstånd, panikångest, jagstörningar etc, som kan tillskrivas en filterdefekt. Symtomatologin var extremt särpräglad; patienten hade drag av psykos utan att vara

övertygande. Frågan är om det var ett psykologiskt tillstånd av pseudohallucinatorisk hypnoid karaktär då bl a neuroleptika inte hade någon effekt. Vid uppföljning efter åtta månader var han mera aktiv med ett bättre stämningsläge. Han sov bättre men kände sig fortfarande plågad av mörka väsen.

Fall 2

En 40-årig kvinna sökte för besvär av samma karaktär som 24-åringens. Besvären hade debuterat i samband med kroppsorienterad psykoterapi (bioenergetic) samt sjukgymnastik för att lösgöra spänningar i bäckenet, då hon besvärades mest av sin frigiditet. Kvinnan studerade, fungerade i övrigt socialt och medicinerade inte.

Hon upplevde också spontant energiströmmar i ryggen upp mot huvudet och kände sig överhettad sedan en vecka tillbaka. För att svalka sig duschade hon långa stunder och gick i strumplästen fram och åter i sin bostad för att "jorda" energierna. Förutom dessa energiupplevelser, som hade samma karaktär och utbredning som i det förra fallet, yppade hon vissa psykotiska vanföreställningar av regressiv magisk natur. Hon hade dessutom känt sig penetrerad av ormar. Kvinnan avvisade medicinering och ville arbeta sig ur dessa problem själv. Hon fortsatte dock att ha kontakt med psykolog.

"Ormkraften vid ryggslutet"

Den första patientens besvär utlöstes av "chakra-meditation" som är en form av yoga, vilket gav uppslaget till en tolkning. I Encyclopedia Britannica 1964 under rubriken yoga står om "Hatha Yoga" som "yoga of force". Denna är baserad på en fantastisk fysiologisk teori och lär att det existerar slumrande gudomlig kraft kallad "kundalini, ormkraften vid ryggslutet".

Genom viljan kan kundalini-kraften stegras till huvudet och på sin väg aktivera sex psykiska centra i kroppen. Härvid påstås det att vissa yogis kan utöva nästan övermänsklig kontroll över sina kroppar, uppnå ökad intellektuell klarhet etc. Symptomatologin hade i mina två fall stora likheter med varandra samt med beskrivningar i övrig yogalitteratur, där det för övrigt starkt varnas för att utöva "kundalini-stegring" innan man är psykologiskt redo för detta. I annat fall kan det enligt litteraturen leda till sinnessjukdom eller psykosomatiska besvär [2].

Psykofysiologiskt underlag?

Samstämmigheten mellan dessa två fall och beskrivningar i yogalitteraturen talar för att det finns ett specifikt psykofysiologiskt underlag för fenomenet. Dess sällsynthet i kliniken är sannolikt orsaken till att det inte beaktas i läroböckerna.

Den medicinska litteraturen i ämnet är sparsam. Vasant G Rele [3] likställer kundalini-fenomenet med en vagnsaktivering. Psykiatern Lee Sanella [4] avgränsar de fysiologiska fenomenen och framför teorin att dessa är orsakade av rytmiska tryckförändringar i spinalvätskan. Han beskriver också ett antal av honom personligt kända fall av kundaliniaktivering utan speciella psykiatriska konsekvenser.

Hiroshi Motoyama [5] påstår sig genom mätning utanför kroppen i höjd med chakra hos yogis ha kunnat registrera svaga elektromagnetiska och optiska förändringar då de koncentrerade sig på dem. Möjligen föreligger det således ett fysiologiskt underlag till den subjektivt upplevda aktiveringen. Stanislav Grof [6] redogör för upplevelser av kundaliniaktivering i samband med LSD-terapi. Wilhelm Reich [7] har omtalat likartad energifrigörelse i samband med behandling av muskelspänningar (muskelpansaret). Biografiska beskrivningar finner vi hos Gopi Krishna [8] och Lis Höjer [9].

I dessa kausistiker får man i detalj följa de olika problem en kundaliniaktivering skapar men även hur den medvetandevigtning upplevs som aktiveringen kan leda till. Lis Höjer relaterar kortfattat ytterligare tio fall. Några medicinska förklaringar ges inte, snarast påvisas hur liten hjälp dessa personer har fått av psykiater och yogalärare som konsulterats.

Studiens bakgrund och syfte

Då till och med suicid skall ha förekommit som följd av dessa övningar (pers medd) är detta uppenbart en angelägenhet för psykiatrin, och det är viktigt att försöka få utförligare kunskap om fenomenet.

Lis Höjer har genom sin första bok samt radioprogram kommit i kontakt med andra personer med problem av liknande slag. Då flera av dessa var samlade i hennes hem i Danmark gavs tillfälle att närmare studera deras problem. Även om det förelåg

okontrollerbara selektionsfaktorer vid ett sådant förfarande, ansågs det bli genom fenomenets sällsynthet att någorlunda relevanta slutsatser kunnat dras av resultatet från ett sådant begränsat urval.

Avsikten med denna studie var att genom en analys av ett antal på detta sätt påverkade personer belysa ett antal frågor. Bland annat huruvida denna fenomenologi var specifik och uppträdde likartat, dvs om man kunde tala om ett syndrom, och som kunde skiljas från normala fenomen som har dokumenterats vid experimentell meditation [10] samt vid autogen träning [11]. Syftet var vidare att bedöma premorbida förhållanden, fenomenets topiska manifestationer, tidsförlopp och synpunkter på behandling. Frågan var också huruvida detta kunde betecknas som ett schizofrent fenomen. Emellertid låg det utanför målsättningen och möjligheterna att närmare precisera fenomenets centralnervösa natur, vilket kräver intensivstudier av annat slag.

Metod och material

Undersökningen utfördes som vid en psykiatrisk intervju fokuserad på eventuella kundalinifenomen. En checklista baserad på kundalinistörningar enligt Lee Sanella genomgicks [4]. Autonom reaktion registrerades som hudkonduktans med GSR-instrument. Ett projektivt teckningstest, cirkelintegrationstestet (CIT), togs för bedömning av personlighet och för diagnostik [11].

I detta test får försökspersonen efter instruktion teckna en cirkel med ett innehåll. Den storlek på cirkeln som försökspersonen väljer har samband med temperamentsvariabler såsom extro-introversion. Innehållets utformning och strukturering indikerar allmänna perceptiva tendenser, vilket har samband med psykiatrisk diagnostik.

Som inklusionskriterium i studien valdes upplevelsen av strömmande energi i ryggraden. I gruppen bortföll därvid en person, och nio personer kom att ingå i studien. De var i åldrarna från 24 till 55 år, åtta var kvinnor. Alla nio hade tidigare haft en god anpassning, men fyra hade haft sexuella problem och en missbrukat LSD.

Sju hade haft besvären i fyra - tolv år och två under kortare tid, en vecka respektive åtta månader. Fem hade fått psykiatrisk vård, och ytterligare en borde ha fått det. Två hade normala EEG och en patologiskt. Två hade gjort suicidförsök, och en betecknades som "suicidal".

Alla nio hade vid undersökningstillfället reducerad arbetskapacitet. Två var sjukskrivna eller pensionerade och sju sökte arbete eller arbetade.

Debut och symtombild

Försökspersonerna uppgav att sjukdomen debuterade i samband med transcendental meditation (tre personer), autogen träning, yoga eller meditation i annan form (tre), primalterapi (två) och religiös aktivitet vid mani (en).

Då fenomenologin var relativt likformig hos dem uppdelades sjukdomsbilden med hänsyn till lokalisering, och frekvensen bestämdes för varje symtom.

Energins karaktär och lokalisering i excitationfasen

Följande symtom präglade den initiala excitoriska fasen:

Energins allmänna karaktär betecknades som eld (två personer), pilar (två), kraft, vibrationer, vatten, bubblor, gnistor, värme (sju). Åtta tyckte att energin fanns i hela ryggen, fem angav på framsidan och en att energin bara var lokaliserad till huvudet. Sex förlade känslan av energi till sacrum, två talade om en eldkula i sacrum, och fyra om stegring av energierna i ryggen. För en individ stoppade energin två decimeter uppåt från ryggslutet och för fem i nacken, medan den var lokaliserad vid symfylen hos tre och i underlivet hos två personer.

Sju hade en känsla av kraft som kommer in genom fötterna eller avleder kraft genom fötterna. En kände värme i armar och ben, en annan pilar genom armar och ben, och en tredje noterade ett rytmiskt gungande i elektriska vibrationer 5 cm utanför armar och ben "som en smekning".

Sju av försökspersonerna tyckte att energin fyllde huvudet, studsade mot skalltaget, sprängde med övertryck ut ögon, öron, tänder och tunga.

Som somatiska reaktioner noterades vegetativa symtom från hals, tarm och hjärta (åtta personer), ofrivilliga spontana rörelser (sex), sömnparalys (två), vakensömn (fem) och reducerad andningsfrekvens (sju personer).

De emotionella reaktionerna karakteriserades som manifform exaltation (sex), sexuell

aktivering (åtta), varav lokalt i huvudet som "kosmisk orgasm i huvudet" (en person). Kognitivt kännetecknades reaktionerna av klar perception (två), "stor kropp eller stora kroppsdelar" (fyra), utomkroppsupplevelser (två) och på gränsen till detta (ytterligare två personer), förmåga att "se" inre förändringar (sex) och inre visioner av ormar (fyra personer).

Upplevelser av religiös karaktär var vanliga, t ex "andliga upplevelser" (fyra), ökad intuition (sex), "pånyttfödda" (fyra), "inre ljus" (fem) och tidigare inkarnationer (tre).

Mörker, tomhet, rädsla i inhibitionsfasen

Den senare uppträdande inhibitionsfasen kännetecknades av att exaltationen övergick i mörker och tomhet (sex personer), libidoförlust (fyra), paranoida reaktioner (fyra), samt rädsla för att tillståndet skulle leda till döden (fyra). Nattliga problem hade åtta personer, varav fyra regelbundet vaknade vid midnatt och tre personer kl 02.00. Åtta personer hade influensupplevelser: en ond makt ville göra dem illa.

Psykometriska mätningar med CIT indikerade psykos i åtta fall varav paranoid i tre fall. Jagstyrka, dvs. en differentierad och välintegrerad personlighet, indikerades i ett fall, jagsvaghet i sex fall och schizoida drag i sju fall. Vertikal betoning i testet, vilket anger en överabsorbering av själsliga problem, förekom i tre fall. Organiserad perception som sannolikt var kompensatorisk, noterades i sex fall. Sex markerades som kritiskt självständiga, lika många som subvalida med hög kontroll, artikulerad perception och introversion samt två som extroverta med diffus perception.

Kommentar till cirkelintegrationstestet (CIT)

Den projektiva testningen visade en hög förekomst av psykosindikatorer, framför allt för paranoid psykos. Emellertid visar testet endast den för tillståndet (diagnosen) typiska försvarsstrukturen betingad av olika specifika upplevanden och adaptiva strävanden. Det ger således inte någon direkt information om graden av insufficiens eller mängden av psykopatologiska symtom. Man fann i testet en hög förekomst av försvarshållning gentemot en hotande omvärld samt en strävan efter organiserad sammanhållning av materiella och andliga livsaspekter. Dessutom förekom hos tre personer att objekt eller diagonal i CIT var exklusivt vertikalt orienterade, vilket annars är typiskt för schizofreni och anses innebära en dissociation av materiellt och själsligt med en överbetoning av det sistnämnda och ett försummande av det förstnämnda. Personlighetsmässigt dominerade högt medvetna, spänningsneurotiska personer i gruppen (sex av de nio).

Då det kliniska intrycket var att gruppen inte utgjordes av primärpsykotiska personer bör resultatet i CIT tolkas så, att kundaliniprocessen öppnade för en psykotisk dimension, störde den habituella livsuppfattningen och bringade personligheten ur jämvikt. Härvid blev individen absorberad av inre psykiska fenomen motsvarande schizofreni, dock utan att ha samma etiologi. Försöken att sedan återupprätta inre harmoni, verklighetsanpassning och försvar återspeglades av innehållets struktur i cirkeln.

En kognitiv asteni, närmast motsvarande hypofreni [13], förelåg enligt testet i fem fall, varav uttalat i tre. Detta innebär jagsvaghet eller nedsatt förmåga att tolerera och bearbeta intensiva psykiska påfrestningar, dvs. egots integrativa styrka var nedsatt. Genom sin påträngande karaktär kom dessa fenomen att dominera upplevelsefältet, och jaget blev insufficient.

Avgränsning mot psykos

Vid den kliniska bedömningen saknades hos alla schizofrena grundsymtom enligt Bleuler liksom primärsymtom enligt Kurt Schneider såsom tankeutstrålning och mer konstant hörselhallucinos. En person hade haft övergående hörselupplevelser, fem hade hört olika ljud, surranden, väsanden, maskinljud etc. Fem individer hade sett ett inre ljus.

En i gruppen var under behandling för mani, och en annan hade haft ett övergående skov av cykloid psykos. Båda psykoserna uppträdde endast vid de meditationsanknutna symtomens debut och försvann senare. Sex personer hade somatiska vanföreställningar och inre splittring, som kan tolkas som en perceptionsstörning av kroppsschema. Vissa upplevelser förekom endast nattetid och kunde eventuellt tolkas som hypnagogiska bilder. Sex individer angav kognitiva störningar så som lättare konfusion, desorientering, tankestopp och minnesstörning.

De flesta av dessa störningar kan emellertid förklaras som naturliga fenomen, vilka uppträder vid på olika sätt framkallade djupa avspänningstillstånd. Vid experimentell

meditation kan normalpersoner uppleva en sensorisk förändring med ökad klarhet i blå färgseendet. Dessutom kan en uppluckring av egogränserna uppträda, med en sammansmältning av subjekt och objekt [10]. Dessa funktionella förändringar bör ligga bakom försökspersonernas upplevande av "klar perception", "utomkroppsupplevelse" och "andlig upplevelse".

Andra fenomen som de nio i studien upplevt verkar vara identiska med de centralnervösa "urladdningsfenomenen" som kan erhållas vid autogen träning. Procenttalen för upplevelser vid behandlingen av en grupp psykosomatiskt besvärade personer i en annan studie [11] var: Upplevelse av tryck (46), av elektricitet (26), oförmåga att röra sig (24), svullnad (34), förändringar av kroppsschema (19), erektion (30), hörselphenomen som summerton och röster (24), ångest (40), depression (14) och eufori (5).

Temporallobsepilepsi kan ge likartade, religiöst färgade upplevelser, men våra försökspersoner kunde inte identifieras som lidande av denna sjukdom. Tillgång till EEG på alla hade varit önskvärt, men fanns bara för tre. Ett av dessa var patologiskt, och antikonvulsiv medicinering hade ej haft effekt.

Särskilt svåröklarat var att fenomenen fortsatte trots att personerna upphörde med den teknik som tydligen utlöste tillståndet. Detta fick sitt eget förlopp oberoende av förhållandena som initierade det, vilket påminner om psykos.

De analyserade personerna hade en intakt verklighetsorientering, naturliga intellektuella och emotionella reaktioner och en förhållandevis välorganiserad personlighet, vilket talar emot schizofreni. Symptomatologin var dessutom anmärkningsvärt homogen.

Även om det är svårt att uppskatta det premorbida tillståndet talade den projektiva testningen för att det förelåg en viss jagsvaghet hos de värst drabbade. Hos dessa var den kognitiva integrativa förmågan lägre, dvs. de hade nedsatt förmåga att ångestfritt acceptera bearbeta och assimilera dessa främmande upplevelser. Det kan noteras att den person som klarade traumat bäst var den vars testresultat angav den högsta integrationsnivån. Uppåtstigandet av energin i ryggraden som det centrala fenomenet hade sannolikt ett fysiologiskt underlag, möjligen av sexuell libidinös karaktär, ett slogs orgasmisk energi, då störningar i sexuella funktioner förelåg hos flera både före och efter fenomenet. Bland annat hade en person upplevt "kosmisk orgasm i huvudet".

Beredvilligheten att acceptera logiska förklaringar, om sådana kunde presteras, var god. De nio sökte själva aktivt hjälp på olika sätt, vilket också talade emot schizofreni.

Fenomenen kunde ej heller jämföras med "det-genombrott" som vid psykos utan mer med somatisk påverkan, exempelvis "i skinkan har jag ett stort hål i vilket ett väsen intagit mig och hänger sig fast". Dessa obehagliga upplevelser hade en stark effekt på individen som försökte bli fri från dem och uppnå jämvikt.

Efter excitationfasen uppträdde en långdragen fas med trötthet, svaghet, passivitet och energibrist samt överkänslighet för negativa inflytanden. Parallella fenomen föreligger vid manodepressiv psykos, där en manisk fas ofta övergår i en depressiv. Man kan även referera till "mystikerns mörka natt efter gudsupplevelsen" som tolkats som ett utmattningsfenomen [14].

Ett somatiskt autonomt underlag för dessa faser talade GSR-mätningarna för. Hos en person saknades vid den instrumentella mätningen sympatikoton aktivitet i den negativa fasen. Det förelåg ett maximalt elektrodermalt motstånd och ingen arousal vid stimulering. Autonom aktivitet återkom senare i samband med den kliniska förbättringen. De övriga personerna hade normal GSR-reaktion, vilket talar för att hos dessa en naturlig autonom balans förelåg vid mätningstillfället.

Det är således mycket som talar för att kundaliniaktivering innebär ett autonomt engagemang, kanske till och med är identiskt med detta. Fischer och Landon [15] har beskrivit en modell med ökande centralnervös excitation längs ett perceptions-hallucinationskontinuum med högre stadier av arousal, dvs. ett autonomt engagemang. Detta går över sensitivitet, kreativitet och akut schizofrent tillstånd till mystisk extas.

Det är som om den meditative processen hos våra försökspersoner, en process som avsåg att ge avspänning och lugn i stället plötsligt slog över i excitation med ett psykosliknande utvecklingsförlopp.

Sexuell aktivering?

Skall man försöka sig på en sammanfattning av denna process talar fynden främst för att grundfenomenet är en sexuell aktivering av orgasmisk energi som lokaliserar utanför genitalapparaten och som löper upp i ryggen mot huvudet eller stoppar och ger en känsla av övertryck. I samband därmed uppträder medvetandeförändringar av positiv valör: intellektuella insikter och andliga upplevelser men även vegetativa urladdningar. I detta klimax ter sig individen psykotisk, då han eller hon "ser" energier etc. och upplever negativa inflytanden av magisk natur. Dessa medvetandeförändringar kan bli bestående i månader till år, vilket talar för att det är en psykotisk process. Sannolikt föreligger en koppling mellan det autonoma nervsystemet och kognitiva funktioner, vilket förklarar traditionen att väcka kundalini-kraften för att nå högre medvetandenivåer.

Terapeutiska aspekter

Sjukdomsbilden som den här är beskriven är inte känd i psykiatrin, och fallen har också diagnostiserats olika. Personerna har i princip överlämnats åt sig själva med sina upplevelser. De har själva frenetiskt arbetat på att få lindring för besvären, t ex kylt kroppen i kallt vatten, stått på huvudet, vandrat och arbetat sig trötta, gått barfota för att "jorda" energin. Religiös "healing" har inte haft någon övertygande effekt, i ett fall blev det sämre genom att detta väckte paranoidea föreställningar om att "botaren" stal kraften. Neuroleptika föreföll ha osäker effekt.

Gopi Krishna [8] blev hjälpt genom kunnig ledning till rätt meditation där hen tidigare hade gjort fel. Det påpekas också i yogalitteraturen att man inte skall experimentera med kundalini utan sakkunnig ledning. Det förefaller som att det är möjligt för den insiktsfulle att styra denna process. Krishna [8] nådde efter mycket lidande så småningom en kulmination med utvidgat "kosmiskt" medvetande, vilket då hade forcerats fram genom kundaliniaktiveringen.

Sammanfattning

Samstämmigheten i sytombilden talar för att det föreligger ett specifikt syndrom utlöst av en manipulation av medvetandet. Det centrala fenomenet är en speciell aktivitet i det autonoma nervsystemet. Detta innebär en aktivering och en belastning av kognitiva-emotionella funktioner, vilket hos predisponerade individer kan utlösa en psykosliknande process med ofta lång duration.

Då denna process i olika avseenden är vanskelig, i stort okänd och behandlingsrefraktär är det viktigt att avråda från experiment med dessa övningar, då det kan föreligga risk för aktivering av en okontrollerbar process. Det är också viktigt att ytterligare försöka kartlägga detta fenomen, bl a se om det finns hos andra mentalpatienter, genom att i anamnesupptagandet ställa frågor kring detta.

Då detta uppfattas som ett potentiellt hälsoproblem görs nu i Danmark en inventering av förekomsten av "meditationspsykos". Man håller även för troligt att det handlar om en speciell psykosform. Seminarier i detta ämne hålls regelbundet vid Århus universitet under ledning av professor Johannes Aagaard.

Bo Gunnar Johnson

Litteratur

1. Johnson BG. Fallbeskrivning: Kan avspänningsövningar vara farliga? Läkartidningen 1965;62:3910-11.
2. Avalon A. The serpent power. 7th ed. New York: Dover Publications, 1974.
3. Rele VG. The mysterious kundalini. Bombay: DB Taraporevala Sons & Co 1927.
4. Sanella L. Kundalini-psychosis or transcedence? 4th ed. San Francisco. H S Dakin Company, 1981.
5. Motoyama H. Theories of the chakras: Bridge to higher consciousness. London: The Theosophical Publishing House, 1981.
6. Grof S. Människans okända världar. Stockholm: Prisma, 1977.
7. Reich W. Orgasmens funksjon. Oslo: Pax Forlag, 1973.
8. Krishna G. Kundalini, the evolutionary energy in man. 2nd ed. Boulder, London: Shambhala Publ 1971.
9. Höjer L. I begyndelsen var logos. Köpenhamn: Borgen, 1981.
10. Deikman AJ. Experimental meditation. In: Tart CT, ed. Altered states of consciousness. New York: John Wiley & Sons, 1969.

- I I. Luthe W. Autogenes training. Correlationes Psychosomaticae. Stuttgart: Georg Thieme, 1965.
12. Johnson BG. Preliminär rapport över effekt av Baklofen på hypofrent syndrom hos icke-schizofrena. Nord Psychiatr Tidsskr 1978;32:266-70.
13. Sjöbring H. Struktur och utveckling. Malmö: Gleerups förlag, 1958.
14. Underhill E. Mysticism. 10th ed. London: Methuen & Co, 1923.
15. Fischer R, Landon GM. On the arousal state-dependent recall of "subconscious" experience: Stateboundness. Br J Psychiatry 1972;120:159-72.
- LÄKARTIDNINGEN o VOLYM 87 o NR 37 o 1984