
НАУКА И ЭЗОТЕРИКА

Ю. М. СЕРДЮКОВ

ОКОЛОСМЕРТНЫЙ ОПЫТ БЕЗ ПАРАНАУЧНЫХ И ЭЗОТЕРИЧЕСКИХ СПЕКУЛЯЦИЙ

В статье изложены современные представления об околосмертном опыте. С опорой на психоневрологическую концепцию Л. М. Литвака исследуются свойства околосмертного опыта. Выявляются источники околосмертных переживаний: образы, порожденные спонтанной деятельностью мозга; наиболее яркие и устойчивые впечатления, полученные человеком до момента клинической смерти; базовые перинатальные матрицы.

***Ключевые слова:** околосмертный опыт, сознание, терминальное состояние, клиническая смерть, субъективная реальность, психика, пространственно-образное мышление, онирические переживания.*

Понятия околосмертного опыта и клинической смерти

Понятие околосмертного опыта – *Near Death Experience (NDE)* – вошло в научный оборот после публикации в 1975 году книги Р. Муди «Жизнь после жизни» (Moody 1975), где автор изложил свидетельства около 50 пациентов, переживших клиническую смерть. Эта книга почти сразу стала бестселлером и уже через три года после ее первого выхода в свет, в 1978 году, была основана Международная ассоциация исследования околосмертных переживаний (*IANDS*), которая более тридцати лет издавала специальный журнал по проблеме околосмертных переживаний *The Journal of Near-Death Studies*. Еще через двадцать лет, в 1998 году, возник «Фонд исследований околосмертных переживаний» (*NDERF*), имеющий отделения во многих странах мира и сайты более чем на 23 языках, в том числе и на русском. Это, пожалуй, самые известные ассоциации исследователей околосмертного опыта. Наряду с другими национальными и международными объединениями они

Историческая психология и социология истории 1/2014 151–170

регулярно проводят симпозиумы и научные конференции, публикуют библиографические обзоры, статьи и монографии (Holden *et al.* 2009; Mays R., Mays S. 2011 и др.), число которых сейчас труднообозримо.

«Эзотерически» настроенная публика (в том числе и весьма образованная) с восторгом приняла рассказы переживших клиническую смерть, видя в них безусловное подтверждение бессмертия души и ее автономного существования после физической смерти тела. Благодаря лавинообразному нарастанию массы «свидетельств», отсутствию в начале исследований *NDE* научного объяснения субъективных переживаний людей, имеющих околосмертный опыт, и высокому авторитету трансперсональной психологии, вполне логично вписывающей *NDE* в контекст своей парадигмы, «эзотерический» мотив оказался очень устойчив. В настоящее время он пронизывает массовую культуру в широком диапазоне – от кинематографии до философских и научных публикаций.

Самого Р. Муди трудно упрекнуть в склонности к паранауке. Он очень осторожно относился к полученным результатам, что хорошо видно из позднейших заявлений и интервью¹. Например, в 1993 году в беседе с корреспондентами газеты «Московские новости» он подчеркнул, что на основании предсмертного опыта не следует делать заключений о существовании души после смерти тела, так как ни один из наблюдаемых пациентов, «строго говоря, не был мертв, а только находился в предсмертном состоянии». А «наука в ее теперешнем состоянии не сможет доказать существование жизни после смерти», и вообще такое доказательство вряд ли возможно научными способами. Переживания в *NDE* не уникальны, поскольку «мы научились искусственно вызывать некоторые аспекты ощущений, переживаемых в околосмертный момент... Люди, имевшие подобные ощущения... рассказывают, что они как бы “поднимались” из своего тела, наблюдали его со стороны и затем видели своих умерших родственников и даже разговаривали с ними. Я с самого начала хочу подчеркнуть, что все эти пациенты были совершенно психически нормальны. Их рассказам можно верить» (Рассказы... 1993).

Итак, люди, получившие околосмертный опыт, не были мертвы, они находились в *предсмертном* состоянии, в состоянии *клини-*

¹ Сравнительно недавно опубликована монография, где его позиция по проблеме *NDE* содержится в развернутом виде (Moody, Perry 2010).

ческой смерти. Но что такое клиническая смерть? Чем она отличается от смерти биологической?

Исследования клинической смерти начались значительно раньше публикации книги Муди. В середине 1930-х годов их инициировал основатель современной реаниматологии академик В. А. Неговский (1943; 1991), предложивший термин «клиническая смерть» для обозначения такого состояния организма, когда, несмотря на остановку сердца и прекращение дыхания, реанимационными мероприятиями человека можно вернуть к жизни, поскольку основные функции головного мозга еще не угасли. С 1980-х годов основным признаком биологической смерти принято считать смерть мозга: «Жизнь можно считать оконченной, когда мозг как главный орган, определяющий существование человека, необратимо прекращает свою деятельность» (Уолкер 1988). Именно *жизнь мозга* после остановки сердца и прекращения дыхания является основным признаком клинической смерти, отличающим ее от смерти необратимой – биологической.

Но как долго живет мозг (и, следовательно, человек) без поступления необходимого нервным клеткам кислорода? Ответ на этот вопрос неоднозначен. С одной стороны, вернуть больного к жизни удастся (с последующим восстановлением функций головного мозга) в том случае, если реанимационные мероприятия начнутся не позднее трех-пяти минут после остановки кровообращения. С другой стороны, краткость сроков клинической смерти определяется не только изменениями, происходящими в ходе умирания, но и специфическими постреанимационными патологическими воздействиями, поскольку именно в ходе реанимационной рециркуляции и реоксигенации происходит гибель ряда образований мозга (Гурвич 1990: 174–175). Поэтому мозг живет дольше, чем длится клиническая смерть (Уолкер 1988). Он не погибает сразу, необратимые изменения начинаются с самых молодых в филогенетическом отношении структур и постепенно распространяются на все более древние образования. При полном отсутствии кислорода в коре и мозжечке за 2–2,5 минуты возникают фокусы омертвления, а в продолговатом мозге даже через 10–15 минут погибают лишь единичные клетки (Адо 2000). Можно предположить, что высокая жизнестойкость древних образований головного мозга объясняется их близостью к крупным сосудам, переносящим (и поэтому содержащим) молекулы кислорода, АТФ и глюкозы в значительно большем объеме, чем мелкие сосуды, питающие серое

вещество коры больших полушарий. Этот фактор особенно важен при кислородном голодании мозга, когда синтез АТФ происходит анаэробным путем в результате расщепления глюкозы.

Кислородное голодание приводит в конечном счете к окончательной биологической смерти мозга, а вместе с ней – к смерти человека. Но жизнеустойчивость мозга так велика, что, по мнению главы отделения интенсивной терапии Медицинского центра Университета Стоуни-Брук (Нью-Йорк) С. Парниа, высказанному весной прошлого года в интервью журналу “Wired”, скоро можно будет возвращать людей к жизни через 12 или даже через 24 часа после прекращения дыхания и остановки сердца. Парниа еще раз подтвердил, что на современном уровне развития медицины основной опасностью для реанимируемого являются сами реанимационные мероприятия (Consciousness... 2013).

Поскольку *NDE* возникает в состоянии клинической смерти, то оно закономерно привлекло к себе внимание реаниматологов. Систематические исследования начались в середине 1990-х годов, и в 2001 году голландские реаниматологи под руководством П. ван Ломмеля опубликовали статью (van Lommel *et al.* 2001), в которой подвели итог восьмилетнего исследования 344 пациентов после кардиопульмональной ресуситации (реанимации)². Их основные выводы таковы:

1. *NDE* наблюдается в 18 % случаев, в 12 % из них пациент делает «важные» сообщения. *NDE* может выражаться в изменении ощущения собственного тела и в пребывании как бы вне его, движении через темное пространство, в восприятии яркого света и в общении с «образом света», во встречах с умершими. При этом изменяется цветоощущение, видятся пейзажи, панорамы, границы между «этим» и «тем» миром и т. п. Видения кратки, фрагментарны. В результате у пациентов изменяется взгляд на жизнь и смерть.

2. *NDE* не связан с длительностью нарушения сознания, гипоксией мозга, возникающей за счет использования медикаментов (за исключением карбондиоксида во время лечения нейропсихических нарушений, *LSD*, а также средств, влияющих на содержание серотонина, эндорфина, энкефалина, пилокарпина). *NDE* не зависит от

² Статья ван Ломмеля и его коллег является профессиональной работой, опубликованной в специальном медицинском журнале. Не будучи врачом, я не рискнул предлагать читателю собственный перевод и воспроизвел соответствующий фрагмент книги профессора Л. М. Литвака (2007), к которой мы еще не раз вернемся.

страха перед операцией, но учащается при большом числе перенесенных реанимаций.

3. *NDE* у пожилых пациентов возникает чаще, чем у молодых; у женщин чаще, чем у мужчин.

4. *NDE* появляется с одинаковой частотой у людей различных культур.

5. *NDE* возникает также (кроме клинической смерти) при большой кровопотере в процессе родов, при хирургических осложнениях, в особенности после нейрохирургических операций по поводу височной эпилепсии, септическом, анафилактическом и электрошоке, коме, после мозговых травм с кровоизлиянием, при попытках самоубийства и утопления, асфиксии, а также серьезных, но без немедленной угрозы для жизни болезней, часто сопровождающихся депрессией; при тренировочных полетах с нарастающим ускорением, приводящих к локальной мозговой гипоксии; при агонии и в экстремальных ситуациях: кораблекрушениях, дорожных авариях, землетрясениях, происшествиях в горах и т. п. Пациенты, перенесшие *NDE*, здоровы психически, но у некоторых «отмечаются признаки непатологической диссоциации».

Эти результаты были развиты и дополнены ван Ломмелем и его коллегами в ряде последующих работ, в том числе и в обобщающей монографии (van Lommel 2010).

Как и другие основательные работы по проблеме *NDE*, публикации ван Ломмеля заслуживают самого серьезного отношения, однако я хочу остановить внимание не на них, а на менее известной, но уникальной книге Л. М. Литвака (2007). Она уникальна, поскольку автор – врач, имеющий ученые степени по медицине и психологии, – описывает и объясняет собственный околосмертный опыт, приобретенный в результате операции на сердце в возрасте около 70 лет. Так как в современной мировой литературе книга Литвака, кажется, *единственное профессиональное описание околосмертного опыта от «первого лица»* (Дубровский 2006), а достоверность отраженных в ней фактов и корректность интерпретаций не вызывает сомнений, то при описании *NDE* я сосредоточусь именно на этом тексте, который часто говорит сам за себя и не нуждается в комментариях.

Личный опыт и психоневрологическая концепция профессора Л. М. Литвака

На пороге своего семидесятилетия, в 1997 году, Л. М. Литвак перенес тяжелейшее заболевание. Он 26 дней был без сознания, из

которых 18 дней самостоятельно не дышал и временами его тело находилось в абсолютной неподвижности – в состоянии «застылости вплоть до окаменения» (Литвак 2007: 152). Именно в этот период Литвак приобрел околосмертный опыт, причину возникновения и существования которого видит в *терминальном состоянии сознания* (ТСС), отражающем состояние умирающего мозга – *терминальную энцефалопатию* (ТЭП).

В результате исследования собственных переживаний, богатого врачебного опыта, изучения специальной литературы и свидетельств людей, переживших клиническую смерть, автор пришел к выводу о том, что *NDE* – вовсе не *посмертное*, а *предсмертное сновидное* (онирическое) переживание, вызванное умиранием мозга (*терминальной энцефалопатией*). Его психоневрологическим выражением является *терминальное состояние сознания*, более объемное, чем *NDE*, поскольку включает не только то, что рассказывают больные после выхода из клинической смерти, но также связанный с этим субъективный и одновременно объективный психоневрологический комплекс.

Литвак (2007: 297, 350, 614) полагает, что ТСС условно можно разделить на четыре стадии: первую – *бессознательную*, вторую – *депрессивную*, с «эффектом массы», идущую в тесных темных помещениях вплоть до «пространства вытянутой руки», как при афазиях; затем пространство медленно расширяется, тело становится все более легким и подвижным. Третью – *эйфорическую*, когда пространство еще более расширяется, наполняется ярким солнечным светом, обретает яркие цвета, появляется свободное дыхание на свежем воздухе, легкость тела, все быстрее движущегося; и вот тело достигает взлета и парения над горами. Четвертую (при выходе из ТСС) – *дисмнестическую*, проходящую при прерывавшейся интерсомнии и быстро исчезающую после критического сна. В целом ТСС как процесс *умирания* содержит два компонента: «тьму» без всяких переживаний и онирические переживания – *глубинно-протопатический сон*.

Широко известные примеры *NDE*, по мнению Литвака (2007: 609), относятся преимущественно к третьей (эйфорической) стадии, и «этим в большой мере определяется их стереотипность, в 1-й и 2-й стадиях они почти не описывались, а в 4-й, т. е. по выходе из ТСС почти неизвестны». Детального описания соответствия стадий ТСС терминальным состояниям организма – преагонии, агонии

и клинической смерти в книге Литвака нет, поэтому неясно, какая из стадий ближе всего к собственно биологической смерти.

Общее впечатление от нахождения в терминальном состоянии сознания автор описывает следующим образом: «Сегодня я могу сказать, что мир ТСС, несмотря на свою необычайность, все же однообразнее, беднее обычного. Это – *серый сумрачный мир*: даже если события в нем происходят днем, кажется, что за окном хмуро, идет дождь. Если время действия вечер, то окружающее кажется покрытым туманной пеленой, в нем часто *суетятся* странные люди-тени, но не слышно их голосов... Поначалу это трагический мир, весь пронизанный безнадежной *витальной депрессией*. И тем не менее он медленно меняется, и завершающие эпизоды его кажутся чем-то противоположным начальным, хотя и остаются *странными*» (Литвак 2007: 68). Мир ТСС разворачивается как *непрерывный поток переживаний*, сначала без определенного фона, затем появляется «тьма», потом постепенно становится светлее – поток сереет и начинает бежать (Там же: 69).

В этом мире сначала «нет ничего», затем появляется «черная тьма», в которой прорисовывается пустое поле зрения. В фазе, следующей за полной и неосознаваемой слепотой, все мелькает в тумане. Между внешним событием и переживанием нет границ, нет их и между *Я* и *не-Я*. Кажется, что *Я* слито с *не-Я*, все ушло в то, что непосредственно видится, и ты сам пропал в нем. Фон исчез. Со временем хаос начинает проясняться, из него всплывают образы, и лишь спустя долгое время они начинают выстраиваться, сначала в смутную последовательность. Но и она сомнительна, ее звенья остаются несвязанными, исчезают, снова появляются, и, наконец, все же картины связываются в цепи (Там же: 71).

В этой последовательности и выстраивается образный мир ТСС, весьма детально описанный Литваком и соотнесенный с примерами *NDE* у Муди. В конце ТСС «пространство становится безграничным, полным солнца, свежего ветра и тело переходит в полет и парение, дыхание свободно» (Там же: 213). Во всей череде событий человек почти всегда оказывается не активным участником, а заинтересованным наблюдателем.

На протяжении нескольких лет после ТСС Литвак скрупулезно воссоздавал и описывал свои переживания, преодолевая не только физическое недомогание и провалы в памяти, но также неэквивалентность своих состояний и впечатлений в ТСС вербально-логической форме научного текста. Он писал, что рассказ передает

только впечатление о ТСС, «придавая ему форму повествования о событиях. Сюжет – вынужденная языковая форма описания переживаний, которые сугубо чувственны, лишены мысли» (Литвак 2007: 181). Наш язык изначально не приспособлен для описания терминальных состояний сознания, нерелексивных по самой своей сути, поэтому почти невозможно адекватно выразить в слове суть онирических переживаний. Существенно усложняют вербализацию и осмысление *NDE* также парадоксальные принципы организации образов и состояний, такие как тождество *Я* и *не-Я*, обратимость времени и нелинейность пространства и т. п.

Невыразимость околосмертного опыта аналогична невыразимости мистических переживаний, утверждает Литвак, подкрепляя свой тезис соответствующими идеями У. Джемса и П. Д. Успенского. Мистические и околосмертные переживания «как по своему характеру, так и по границам, часто совпадают и поэтому могут исследоваться и обсуждаться на общей основе» (Там же: 511). Но их природу следует искать «не в рамках чудес или психологии, а в соматической и мозговой патологии» (Там же: 31). Подтверждением идеи о психофизиологической природе *NDE* служит сходство ощущений при замерзании, отравлениях мескалином и беленой с картинами, возникающими в ТСС. С этих позиций Литвак интерпретирует собственный околосмертный опыт и получает результаты, существенно проясняющие природу *NDE* и его основные свойства.

На первый важнейший вопрос: наступает ли *NDE* перед смертью, т. е. в процессе умирания или после нее, Литвак (Там же: 600) отвечает: «Каким бы странным и несовместимым с жизнью ни казался нам *NDE*, – он в *этом*, а не в *том мире!*» Это околосмертный, а не послесмертный опыт, переживаемый при клинической смерти – терминальном состоянии, при котором отсутствуют видимые признаки жизни (сердечная деятельность, дыхание), угасают функции центральной нервной системы, но продолжают обменные процессы в тканях и которое длится несколько минут.

По мнению Литвака, основным признаком психики в околосмертном опыте является ее дезинтеграция. Поскольку интеграция более простых психических функций является стойкой, а интеграция высших – подвижной, изменчивой, нестойкой, то филогенетически более ранняя *протопатическая* система, обслуживающая аффекты, чувства удовольствия/неудовольствия (в первую очередь боль), вытесняет *эпикритическую* и *гностическую* системы, обслу-

живающие познавательные процессы, почти полностью лишённые аффективной окраски. В ТСС «психика несёт в себе досоциальные, доличностные, т. е. биологические источники, почти неосознаваемые, проявляющиеся в виде “минимального сознания”, опережающего переживания самой простой социальной ситуации» (Литвак 2007: 298).

Именно поэтому почти на всем протяжении ТСС преобладают два наиболее древних состояния психики – страх и тревога, которые следуют сразу за *полной бессознательностью* и проявляются в *витальной депрессии*, сопровождающей большую часть ТСС и выражающейся в патологических ощущениях сжимания, стеснения, тоски, тревоги, страха, боли и т. п. Однако негативный эмоциональный фон хоть и доминирует в ТСС, не является единственным. Завершается череда образов столь же филогенетически древним состоянием *радости*, сопровождающим полет над горной альпийской долиной в потоке солнечного света под величественную музыку симфонического оркестра.

Наряду с ощущениями бессознательности, витальной депрессии и радости филогенетически предшествуют рассудочному вербальному мышлению визуальные образы ТСС. К ним относятся: 1) пустое черное поле зрения, следующее за состоянием полной бессознательности; 2) быстро бегущий серый поток неопределённых впечатлений; и 3) образы, которые впоследствии могут быть связаны в сюжеты.

Именно мысли-образы, визуальное мышление, филогенетически предшествующее вербальному мышлению, мыслям-словам, составляет каркас мыслительных операций в ТСС. Литвак пишет: «На всем протяжении ТСС, до короткого момента перед его концом, исчезает речь, но с середины ТСС и до внутреннего диалога... нечто подобное мышлению сохраняется на “интуитивном” уровне, оно справлялось только с простыми ситуациями, находящимися в поле зрения. Затем – переход на уровень внутренней речи, идущий сначала в виде “танца”» (Там же: 298–299).

Содержание мыслительных операций подчинено аффективным потребностям, мышление ограничивается интуициями отношений, становится из познавательного практически, но в нем часто сохраняется прошлый, в основном аффективный, опыт, прежде всего *чувства* связи с близкими и т. д.

Сохранение в ТСС части жизненного опыта (именно части, поскольку, как пишет автор, «я потерял прошлое, *исключая самые*

глубокие привязанности [курсив мой. – Ю. С.]» (Литвак 2007: 217), во-первых, делает каждый случай *NDE* индивидуальным; во-вторых, определяет содержательно-смысловую часть околосмертных переживаний, поскольку они протекают в состоянии строгой сенсорной депривации, при почти полном прекращении экстероцепции и полном обездвижении: субъективная реальность отключается от внешних источников информации и замыкается на себя. Поэтому в *NDE* «речь идет... уже не столько о различных формах «отражения внешнего мира», не о памяти, внимании, восприятии, мышлении и т. д., сколько о своеобразной переработке субъективно воспринятого и запечатленного» (Там же: 197). В ТСС мозг еще способен создавать смутные образы и переживания, отчасти запоминать их, но не понимать.

В результате такого самоограничения изменяются не только характер и содержание мыслительных операций, но также системообразующие принципы восприятия – *пространство* и *время*. Опыт закрытых от внешнего мира терминальных состояний сознания характеризуется недифференцированностью пространства, вплоть до отсутствия противопоставленности *Я* объекту, и обратимостью времени. В онирических переживаниях пространство и время распадаются подобно дезинтеграции высших психических функций. Это значит, что они «не априорны, а апостериорны, складываются в младенчестве и дезинтегрируются в психозе, болезни и танатогенезе» (Там же: 628), что в полной мере соответствует идеям операциональной теории интеллекта Ж. Пиаже о формировании в онтогенезе представлений о пространстве и времени.

Возможно, что в рамках идеи дезинтеграции пространства и времени существует объяснение и «феномена двойника», состоящего в том, что в ТСС люди часто видят самих себя с высоты, «как бы возносясь над своим телом или сбоку – когда их тело лежало на соседней кровати» (Там же: 255). Литвак полагает, что в результате прогрессирующей в околосмертном состоянии дезинтеграции личности происходит распад связей между полушариями головного мозга, приводящий к возникновению двух сознаний в одной голове. «Расщепление мозга» влечет за собой автономию двух частей тела (левой и правой) и настолько нарушает перцепцию, «что на раздражители одной модальности (например, звуковые) появляются образы, совершенно не адекватные раздражителю (зрительные)» (Там же: 269).

Происходящая в ТСС дезинтеграция и деградация психики имеет и онто-, и филогенетический аспекты. В *онтогенетическом*

аспекте она структурно уподобляется психике младенца, в чем Литвак убеждает близость его собственных переживаний восприятию ребенка, которое с замечательной художественной выразительностью и документальной точностью запечатлел Андрей Белый в одном из своих произведений. Такое соответствие возможно потому, что перцепция собственного тела начинается в период внутриутробного развития: «не успеет еще плод пройти трети внутриутробной жизни, как он уже обладает нервной системой», а «развитие психики лежит между оплодотворением и рождением» (Литвак 2007: 295, 395). Дезинтеграция и деградация психики в ТСС в *филогенетическом* аспекте означает приобретение ею признаков первобытного мышления и перцептивного мышления животных. Все это, по мнению автора, свидетельствует о доминировании в ТСС *пространственно-образного мышления*, которое возникает при почти полном прекращении экстероцепции и при полной обездвиженности.

* * *

Длительное пребывание в ТСС, богатая врачебная практика (в том числе – лечения алкоголизма в его наиболее тяжелых хронических формах) и собственный опыт психоза, который Литвак пережил после принятия в экспериментальных целях медицинского препарата (метамизил) почти за сорок лет до описываемых событий, приводят его к мысли о том, что терминальное состояние сознания – это *психоз*, вызванный тяжелой мозговой патологией, а *NDE* – онирические переживания в состоянии психоза.

В результате весьма подробного описания различных психозов Литвак приходит к выводу, что у них существуют общие признаки, тождественные признакам ТСС. Эти признаки выражают суть концепции, поэтому я привожу их почти дословно.

1) *Недифференцированный непрерывный поток онирических переживаний*, выделяющийся из тьмы бессознательности и без расчленения во времени – простая длительность. *Я* слито здесь с *не-Я*, субъект не выделен из объективной действительности. Затем *Я* отделяется от *не-Я*, сновидность оказывается тесно связанной с нарушениями и извращениями *антигравитационных* установок и *вестибулярными* нарушениями. Они, убывая и нарастая, преодолевая оглушенность, смешиваются со все более «реалистическими» гностическими впечатлениями. В конце же на фоне ясного сознания остаются

лишь краткие эпизодические сновидные состояния (“гипермнезии”), дезориентировка, нарушения памяти и т. п.

2) *Аффективно-протопатический сдвиг с витальной депрессией* и яркой *деперсонализацией* в темном, закрытом, тесном и душном пространстве, которое, постепенно расширяясь, наполняясь свежим воздухом, светом, богатством красок, завершается легкой эйфорией, а ей сопутствуют нарастающее быстрое движение, взлет и парение в воздухе.

3) *Блокада речи со сдвигом когнитивных процессов* от понятийно-логических к образным с нарушением образования *представлений* и, вероятно, *понятий*, к отщеплению и расщеплению (Литвак 2007: 590).

В целом, по мнению Л. М. Литвака, переживания в ТСС (*NDE*) близки мистическим переживаниям, которые люди с неустойчивой психикой испытывали значительно чаще людей со стабильным психическим состоянием.

Основные признаки *NDE*

Итак, широкий диапазон исследований *NDE* – от культурологии до клинической медицины – позволяет утверждать, что околосмертный опыт, без всякого сомнения, существует. Он возникает при наступившем в результате остановки сердца и прекращения дыхания кислородном голодании головного мозга, когда изменяются *функции* различных отделов коры больших полушарий и более древних образований, а необратимые некротические изменения либо отсутствуют, либо имеют локальный характер. Во время клинической смерти дыхание, кровообращение и рефлексы отсутствуют, однако клеточный обмен веществ продолжается анаэробным путем. Постепенно запасы энергетиков в мозге истощаются, анаэробный гликолиз, в несколько раз менее продуктивный гликолиза аэробного, прекращается, и нервная ткань умирает (Губин 2000). Еще одним фактором возникновения *NDE*, по-видимому, является повышение в крови концентрации растворенного углекислого газа. Сравнительно недавно эта идея была выдвинута и обоснована З. Клеменц-Кетич и ее коллегами из Университета Марибора в Словении (Klemenec-Ketis *et al.* 2010). Она объясняет, почему помимо клинической смерти околосмертный опыт возникает в ряде других обстоятельств.

То, что *NDE* проявляется у людей различного возраста, различных этносов и различных культур, свидетельствует о его родовой принадлежности человеку. Чаще всего околосмертные переживания испытывают женщины, пожилые люди и больные, неоднократно перенесшие реанимацию. Женщины испытывают *NDE* чаще мужчин, а *пожилые люди* – чаще молодых и лиц среднего возраста, поскольку и у женщин, и у пожилых пространственно-образное мышление играет более существенную роль в формировании субъективной реальности, чем мышление логико-вербальное (Брагина, Доброхотова 1988). А субъективная реальность в околосмертном опыте строится именно по законам пространственно-образного мышления. Нарастающий в процессе старения сдвиг в сторону пространственно-образного мышления идет параллельно с угасанием соматических функций, постепенной деградацией и дезинтеграцией психики. Это и есть естественный процесс умирания, в котором обездвижение, полное отсутствие рефлексов, прекращение дыхания и остановка кровообращения при продолжающейся деятельности мозга, то есть клиническая смерть, – конечный этап ухода из жизни, но еще не сама смерть.

Клиническая смерть в собственном смысле слова смертью не является не только при естественном умирании, но и при прекращении жизни насильственным путем или в результате несчастного случая. Это форма жизни – терминальное состояние человеческого организма и сознания, в котором субъективная реальность существует в виде околосмертного опыта – *NDE*. В момент наступления клинической смерти человек отключается от природных и социокультурных регуляторов времени. Он не воспринимает ни солнечный свет, ни ритмическую организацию социума и остается в ситуации абсолютной сенсорной и социальной депривации. Единственной реальностью оказывается замкнутая на себя субъективная реальность, полностью утратившая контакт с «внешней» последовательностью событий.

NDE – это *субъективная реальность* в терминальном состоянии сознания. Она существует в условиях постепенной деградации функций головного мозга по направлению от самых молодых (кора больших полушарий) к филогенетически более древним образованиям (мозговой ствол, мозжечок), а также деградации и дезинтеграции психики, которая характеризуется аффективно-протопати-

ческим сдвигом. Аффективно-протопатический сдвиг психофизиологически объясним тем, что эпикритические когнитивные процессы являются функцией коры больших полушарий головного мозга, а протопатические, аффективные – функцией таламуса. Таламус – более древнее образование головного мозга, чем кора, и умирает он позднее, позже угасают и функции таламуса, одной из которых является возникновение субъективных онирических переживаний, в том числе негативных психических явлений и тревожных фантастических галлюцинаций, бреда.

Эти обстоятельства приводят к тому, что сознание в ТСС сознанием в собственном смысле слова не является. Здесь больше подходит термин *поток переживаний*, составляющих околосмертный опыт и не выразимых средствами естественного языка, изначально неприспособленного для описания «потусторонней» реальности.

Субъективная реальность в *NDE* формируется следующими факторами.

Первое: спонтанной активностью мозга, способного создавать смутные образы и переживания, отчасти запоминать, но не понимать их.

Второе: наиболее глубокими и устойчивыми *привычками, привязанностями и впечатлениями* в широком диапазоне – от возникновения в перинатальном периоде (на 27-й неделе жизни зародыша человека) способности воспринимать звуковую информацию (Partanen *et al.* 2013) до ощущения себя в момент клинической смерти. Это подтверждается и переживаниями Литвака, в которых часто фигурирует семья – объект его глубокой привязанности, – и стереотипными описаниями встреч в *NDE* с образами близких людей. Встречи с близкими людьми и их типичное поведение в ситуациях, которых не было при жизни, объясняются продуктивной активностью сознания, создающей вокруг устойчивого образа персонажа онирических переживаний характерную для него атмосферу. Для визионеров на «тот свет» встречи с родственниками и близкими людьми – неожиданное и яркое впечатление. Но принципиального отличия между ним и ежедневным воссозданием в памяти прошедших событий не существует, поскольку память человека радикально отличается от памяти компьютерного чипа и воспоминание о событии – это не полная автоматическая копия, а сотворе-

ние события заново, его интерпретация и преобразование на основе сохранившихся чувственных образов и настроений.

Третье: врожденными психическими структурами, которые сформировались в перинатальный период и были названы К. Г. Юнгом «архетипами коллективного бессознательного», а С. Грофом – «базовыми перинатальными матрицами». В нашем случае второй термин более уместен, поскольку точнее отражает сущность и происхождение врожденных психических структур, прямо указывая на их формирование во внутриутробный период и исключая сомнительные гипотезы в духе психофизического дуализма. Активация в ТСС перинатальных переживаний, хранящихся значительно глубже, чем информация, полученная после физического рождения человека, была установлена Грофом и его коллегами (Гроф, Галифакс 1995) и сейчас в дополнительном подтверждении не нуждается³.

Четвертое: можно предположить, что на формирование субъективной реальности в *NDE* влияет активизация определенных генетических структур, неизбежная в ситуации сильнейшего стресса. Сопровождающий умирание аффект – самый мощный в личной истории человека, поэтому он заставляет работать гены, «молчавшие» всю жизнь. Какую информацию содержат эти гены и как они влияют на субъективную реальность *NDE*, пока неизвестно.

Продолжительность субъективного бытия в состоянии клинической смерти невозможно вычислить в единицах астрономического времени по двум причинам. Во-первых, нельзя точно сказать, как долго живет мозг после остановки сердца и прекращения дыхания. Во-вторых, длительность субъективного времени в околосмертном опыте иная, нежели в опыте повседневном. Обездвижение, потеря ощущения собственного тела, аффект и строгая сенсорная депривация замыкают сознание на себя, замедляют течение времени до бесконечности, и субъективная реальность покидает привычные пределы темпорального ряда «прошлое – настоящее – будущее». Жизнь субъекта в околосмертном опыте – то, что есть только «здесь и сейчас»: неконтролируемый поток образов и переживаний, состоящий из наиболее сильных и устойчивых впечатлений прошлого,

³ Гроф и его коллеги использовали *LSD*-терапию для облегчения нестерпимой боли и ухода из жизни безнадежных онкологических больных. Суть терапии состояла в моделировании околосмертных переживаний и тем самым устранении страха смерти.

фантастических образований, символов коллективного бессознательного и других феноменов, не поддающихся вербальному и графическому описанию или акустическому воспроизведению.

Какое же состояние субъективной реальности в ТСС ближе всего к смерти в собственном смысле этого слова? Прямого ответа на этот вопрос нет. Если мы будем его рассматривать в контексте личного опыта Л. М. Литвака, то дальше всего от жизни беспросветный мрак, когда физическому состоянию полной неподвижности, отсутствию естественного дыхания и кровообращения соответствует самая тяжелая и мрачная часть *NDE*. Литвак (2007: 152) пишет: «В начале ТСС я пережил тяжелейшую депрессию, пассивность и застылость тела вплоть до окаменения». Далее, по мере того как состояние больного улучшается, эмоциональный фон субъективной реальности становится лучше. Позитивные впечатления возникают в конце ТСС, когда человек возвращается к жизни и «свет в конце тоннеля» на самом деле означает не исход из жизни, а возвращение к ней. Субъективное нежелание переживших *NDE* возвращаться к жизни, а остаться на «том свете» объясняется инстинктивным стремлением продлить эйфорическое состояние и избежать боли, неизбежной в процессе реанимации и в постреанимационный период.

Вместе с тем «свет в конце тоннеля» объясняется физиологией постепенной деградации зрительных функций головного мозга: «Полюс обеих затылочных долей получает кровоснабжение из системы средней и задней мозговых артерий. Этим объясняется то, что в то время как вся кора затылочных долей уже пострадала от гипоксии в процессе умирания, полюс затылочных долей (где имела зона перекрытия) еще живет, но поле зрения резко сужается. Остается узкая полоса, обеспечивающая лишь центральное или, как его называют, “трубчатое” зрение. Отсюда и создается впечатление тоннеля» (Неговский 1991). Из этого следует, что состояние беспросветного мрака больше соответствует началу клинической смерти, когда для умирающего объективная реальность перестает существовать ввиду отключения органов чувств. Он погружается в абсолютный мрак небытия, из которого постепенно прорисовываются смутные образы, описанные Литваком как содержание второй части ТСС.

Почему же эйфорический полет через тоннель оказывается в субъективных переживаниях ближе всего к жизни, хотя, по видимому, объективно он дальше всего от нее? Ответ на этот вопрос содержится в природе околосмертных онирических переживаний, которые подобны сну. Как известно, сон – неоднородное явление, состоящее из медленной и быстрой стадий. Две последние фазы медленного сна – третья и четвертая – сопровождаются преобладанием дельта-ритма в электрической активности головного мозга и характеризуются (особенно четвертая фаза) полным отключением человека от окружающего мира. Сновидений в этих фазах медленного сна почти нет. Они преобладают в стадии быстрого сна, которая считается физиологической основой сновидений (Вейн, Корабельникова 2003). И именно стадии быстрого сна (*REM*-сна⁴) уподобляет поток онирических переживаний в *NDE* К. Нельсон, ссылаясь на результаты своих многолетних экспериментов и наблюдений (Nelson *et al.* 2006; Long, Holden 2007). После сна вспоминаются именно сновидения, особенно если человек во время сновидений пробудился. Так и реанимируемые помнят онирические переживания, из которых их вырвало возвращение к жизни, а не отсутствие переживаний, характерное для первой стадии ТСС. Почему же Литвак сохранил в памяти ощущение почти полной потери Я и глубокую витальную депрессию на фоне слабо выраженных мрачных онирических переживаний? Вероятно, потому, что длительное пребывание в бессознательном состоянии и в коме вызвало устойчивую фиксацию этих эпизодов *NDE* – ощущений, слабо проявленных в воспоминаниях других людей или не содержащихся в них вовсе.

Так что же представляет собой околосмертный опыт: состояние, подобное сну, или форму психоза? Однозначного ответа на этот вопрос сейчас нет, как нет уверенности в том, что существуют лишь названные варианты. Из них предпочтительным представляется первый. Околосмертный опыт ближе к онирическим (сновидным) переживаниям, чем к психозу, потому что, во-первых, привлекаемые Литваком для обоснования психоневрологической теории *NDE* феномены существуют и за пределами теории психоза. Например, «отделение души от тела» и «феномен двойника» объ-

⁴ *REM* – *rapid eye movements*, быстрые движения глаз (БДГ-сон).

ясняются рассогласованием тактильной и визуальной информации, что было установлено группой швейцарских и немецких исследователей под руководством О. Бланке (Blanke, Castillo 2007). Во-вторых, галлюцинации свойственны онирическим переживаниям вообще, а не только психозу. В-третьих, психоз, как правило, диагностируется на основании клинических признаков *неадекватного* поведения больного. У человека, находящегося в состоянии клинической смерти, *неадекватного* поведения нет: он лишен рефлексов, обездвижен и в принципе не может вести себя иначе. В-четвертых, на страницах своей книги Литвак неоднократно сетует на отсутствие общей теории психоза, позволяющей подвести под него и *NDE*, и ТСС, и прямо заявляет, что основные признаки ТСС «может объединить унитарная теория психоза» (Литвак 2007: 629). Это значит, что, по мнению самого автора, *NDE* и ТСС не вписываются ни в одну из ныне существующих теорий психоза.

Конечно, эти доводы не завершают и не могут завершить споры о природе околосмертного опыта. Многие его элементы до сих пор остаются загадкой, но совершенно ясно, что современный уровень развития науки делает ненужным гипостазирование сверхъестественных причин *NDE* и позволяет нивелировать религиозные, паранаучные и эзотерические контексты.

Литература

- Адо, А. Д. 2000. *Патологическая физиология*. М.: Триада-Х.
- Брагина, Н. Н., Доброхотова, Т. А. 1988. *Функциональные асимметрии человека*. М.: Медицина.
- Вейн, А. М., Корабельникова, Е. А. 2003. *Сновидения: медицинские, психологические, культурологические аспекты*. М.: Эйдос Медиа.
- Гроф, С., Галифакс, Дж. 1995. *Человек перед лицом смерти*. М.: ИНИОН РАН.
- Губин, Н. Г. 2000. *Терминальные состояния и клиническая смерть*. URL: <http://www.skeptik.net/clinic/terminal.htm>. Дата доступа: 07.01.2014.
- Гурвич, А. М. 1990. Постреанимационные нарушения сознания и некоторые морально-этические и правовые проблемы реаниматологии. *Мозг и сознание (философские и теоретические аспекты проблемы)*. М.: ФО СССР, с. 174–175.

Дубровский, Д. И. 2006. Лев Литвак. Постигание смерти и природа психоза: опыт самонаблюдения и психоневрологического исследования. *Независимый психиатрический журнал* 1. URL: <http://www.npar.ru/journal/2006/1/litvak.htm> (дата доступа: 07.01.2014).

Литвак, Л. М. 2007. «Жизнь после смерти»: предсмертные переживания и природа психоза. Опыт самонаблюдения и психоневрологического исследования. М.: Канон+.

Неговский, В. А.

1943. Восстановление жизненных функций организма, находящегося в состоянии агонии или в периоде клинической смерти. М.: Медгиз.

1991. Клиническая смерть глазами реаниматолога. *Человек* 2. URL: <http://www.aquarun.ru/psih/smert/smert8.html> (дата доступа: 07.01.2014).

Рассказы о «том свете». 1993. *Московские новости* 10 января, № 2: 5.

Уолкер, А. Э. 1988. *Смерть мозга*. М.: Медицина.

Blanke, O., Castillo, V. 2007. Clinical Neuroimaging in Epileptic Patients with Autoscopical Hallucinations and Out-of-Body. *Experiences Epileptologie* 24: 90–95.

Carter, Ch. 2010. *Science and the Near-Death Experience: How Consciousness Survives Death*. Rochester, VT: Inner Traditions, Bear and Company.

Consciousness After Death: Strange Tales From the Frontiers of Resuscitation Medicine. 2013. “Wired”. URL: <http://www.wired.com/wiredscience/2013/04/consciousness-after-death> (дата доступа: 07.01.2014).

Fracasso, C., Friedman, H. 2012. Electromagnetic Aftereffects of Near-Death Experiences: A Preliminary Report on a Series of Studies Currently Under Way. *Journal of Transpersonal Research* 4(2): 34–56.

Fracasso, C., Friedman, H. 2011. Near Death Experiences and the Possibility of Disembodied Consciousness Challenges to Prevailing Neurobiological and Psychosocial Theories. *NeuroQuantology* 9(1): 41–53.

Greyson, B. 2010. Implications of Near-Death Experiences for a Postmaterialist Psychology. *Psychology of Religion and Spirituality* 2(1): 37–45.

Holden, J. M., Bruce, G., Debbie, J. (eds.). 2009. *The Handbook of Near-Death Experiences: Thirty Years of Investigation*. Santa Barbara, CA: Praeger.

Klemenc-Ketis, Z., Kersnik, J., Grmec, S. 2010. The Effect of Carbon Dioxide on Near-Death Experiences in Out-of-Hospital Cardiac Arrest Survivors: a Prospective Observational Study. *Critical Care* 14(R56). URL: <http://ccforum.com/content/14/2/R56> (дата доступа: 07.01.2014).

Lommel, P. van

2004. About the Continuity of our Consciousness. *Advances in Experimental Medicine and Biology* 550: 115–132.

2010. *Consciousness Beyond Life: The science of the near-death experience*. New York, NY: Harper Collins.

Lommel, P. van, Wees, R. van, Meyers, V., Elfferich I. 2001. Near-death Experience in Survivors of Cardiac Arrest: A Prospective Study in the Netherlands. *Lancet* 358: 2039–2045.

Long, J., Holden J. M. 2007. Does the Arousal System Contribute to Near-Death and Out-of-Body Experiences? A Summary and Response. *Journal of Near-Death Studies* 25(3): 135–169.

Mays, R., Mays, S. 2011. *Near-Death Experience Research: History and perspectives*. URL: <http://selfconsciousmind.com/Near-Death%20Experience%20Research.pdf> (дата доступа: 07.01.2014).

Mobbs, D., Watt, C. 2011. There is Nothing Paranormal about Near-Death Experiences. *Trends in Cognitive Sciences* 15(10): 447–449.

Moody, R. 1975. *Life After Life*. New York, NY: Bantam.

Moody, R., Perry, P. 2010. *Glimpses of Eternity: Sharing a Loved One's Passage from This Life to the Next*. New York, NY: Guideposts.

Nelson, K. R., Mattingly, M., Lee, S. A., Schmitt, F. A. 2006. Does the Arousal System Contribute to Near-Death Experience? *Neurology* 66: 1003–1009.

Partanen, E., Kujala, T., Näätänen, R., Liitola, A., Sambeth, A., Huotilainen, M. 2013/ Learning-induced Neural Plasticity of Speech Processing Before Birth. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 110(37): 15145–15150.