

(из Н.М. Сланевская «Мозг, мышление и общество», часть 1, Санкт-Петербург, Центр Междисциплинарной нейронауки, 2012, стр. 110-144)

Первое систематическое исследование духовного опыта при клинической смерти было сделано в 1892 году швейцарским геологом Альбертом фон Санкт-Галлен Хеймом (Albert von Sankt Gallen Heim), который собрал 30 случаев (включая свой собственный), рассказанных ему лично пострадавшими альпинистами, рабочими, упавшими со строительных лесов, ранеными солдатами (Lommel, 2010: 106). Атуотер указывает на существование ряда более ранних публикаций, описывающих духовный опыт при клинической смерти, начиная с 1800 годов (Atwater, 2007).¹

В 1969 году психиатр Элизабет Кюблер-Росс (Elisabeth Kübler-Ross) нарушила табу в западной научной литературе относительно такого опыта, написав книгу «О смерти и умирании» (“On Death and Dying”) (Lommel, 2010).

Одним из лидеров в области популяризации знаний о необычных явлениях при клинической смерти, о которых пациенты боялись сказать из-за страха, что их отошлют в психиатрическую больницу, был Раймонд Моуди (Raymond Moody) (в русской литературе принято использовать “Моуди” вместо “Муди”). Он услышал первую историю о духовном опыте при клинической смерти, еще когда учился в университете (Moody, 2005). Закончив курс философии в университете, Раймонд Моуди начал изучать медицину и стал собирать свидетельства о таком опыте.

В 1975 году он опубликовал книгу “Жизнь после жизни” (“Life after Life”), которую к 2006 году уже продали в количестве 13 миллионов экземпляров и перевели на 26 языков (Atwater, 2007: 8).

К началу 1970х годов в технологиях реанимации произошел качественный скачок, что дало возможность возвращать к жизни больше людей. Люди, бывшие на грани смерти или фактически умершие, возвращались к жизни и рассказывали необыкновенные истории о своем духовном опыте.

¹ Среди них: Schoolcraft 1825, Barrow 1848, Colby and Rich 1851, Winslow 1868, Livingstone 1872, Cozzins 1873, Clarke 1878, Little 1881, Munck 1881, Cobbe 1882.

Но можно было и раньше найти описание такого духовного опыта в фольклоре индейцев, островитян южного Тихого океана, восточной и центральной Азии, а также в других не западных культурах, т.е. существует описание такого духовного опыта в устном и письменном наследии 95% мировых культур. (Holden, Greyson, James, 2009: 2)

Результаты показывают, что за первые 30 лет исследования (между 1975 и 2005 годами) такого духовного опыта при клинической смерти, американские исследователи (США) провели самое большое количество ретроспективных исследований: 34 исследователя или исследовательских групп провели 42 исследования, причем каждое исследование включало от 4 до 300 человек, прошедших через такой духовный опыт (общее число участников достигло 2 500 человек) (Holden, Greyson, James, 2009: 7). Из них 19 исследований сконцентрировались на самом опыте (его феноменологии, содержании, случаях клинической смерти и ее коррелятов), 8 исследований - на эффекте последствия опыта (как люди изменились после этого опыта) и 15 исследований затрагивали как сам опыт, так и последствия опыта для испытавшего его человека.

За пределами США 11 исследователей или исследовательских групп провели около 13 ретроспективных исследований, в основном в западной части Европы и Австралии, с общим количеством испытавших около 600 человек. В Азии было проведено 5 ретроспективных исследований с общим числом испытавших клиническую смерть и духовный опыт – 70 человек и ни одного в Южной Америке или Африке. Исследования за пределами США (как в западных странах, так и не западных странах) касались самого опыта и его последствий или того и другого. 10 перспективных исследований (опыт изучается сразу) в Северной Америке и Европе включили 270 испытавших. Эти исследования также касались как самого опыта, так и последствий.

В целом можно сказать, что между 1975 и 2005 годами, по крайней мере, 55 исследователей или исследовательских групп в Северной Америке, Европе, Австралии и Азии опубликовали около 65 исследований, включающих почти 3500 людей, испытавших духовный опыт при клинической смерти (Holden, Greyson, James, 2009: 7).

В 1981 году была создана Международная ассоциация по изучению духовного опыта при клинической смерти (International Association for Near-Death Studies, IANDS). С 1989 года IANDS начала спонсировать ежегодные конференции. На каждой конференции присутствовали те, которые пережили этот опыт. Несмотря на разницу методов исследования, разброс медицинских показателей и разные критерии подбора, все эти исследования показали удивительно похожие результаты и заключения о содержании опыта и последствиях опыта (Lommel, 2010: 107).

В 1982 году Гэллуп опрос (Gallup Poll) насчитал 5% всего населения США, испытавших такой духовный опыт. Тогда это было около 8 миллионов человек. В 2007 эти 5% населения означали 15 миллионов. Эта цифра не включала детей. Учитывались только взрослые. Однако в результате исследования таких случаев с детьми Мелвин Морс (Melvin Morse) пришел к заключению, что процент имеющих

духовный опыт при клинической смерти или при близком состоянии к смерти среди детей, гораздо выше и составляет более 70% (Atwater, 2007: 9).

Ломмель утверждает, что мозг не имеет достаточной емкости для хранения всей накопленной памяти об эмоциях и мыслях. Каждый кубический сантиметр церебральной коры имеет около 100 000 000 000 (10 в 11 степени) синапсов. Всего мозг имеет, очевидно, 100 000 000 000 000 (10 в 14 степени) синапсов. Если один синапс содержит один бит информации, то функционирование мозга подразумевает 10 в 14 степени битов информации. Тогда это гораздо больше, чем может обработать человеческий ДНК (генетический код). Емкости ДНК явно недостаточно. Согласно современным знаниям о мозге, когда мы бодрствуем, в мозгу происходит около 10 в 24 степени действий в секунду. Значит емкость сохранения информации, включая длительную память, должна бы быть около 3,10 в 17 степени битов на кубический сантиметр согласно Симону Берковичу (Simon Berkovich) (Lommel, 2010: 194). Нейробиолог из Нидерландского института нейронауки Хермс Ромин (Herms Romijn) также продемонстрировал, что сохранение всех воспоминаний в мозге анатомически и функционально невозможно. Нейрохирург Карл Прибрам (Karl Pribram) уверен, что невозможно сохранить всю память в клетках мозга, а возможно только связные паттерны электромагнитных полей нейрональных сетей. По его мнению, мозг функционирует как голограмма. Эта голограмма может сохранить воспоминания, которые хранятся не в самом мозге, а в электромагнитном поле вокруг мозга. Он основывается на идее Карла Лешли (Karl Lashley), который еще в 1920 году доказал, что память не хранится в одном определенном месте мозга, а распространяется по всему мозгу в целом. В своих экспериментах на крысах он показал, что неважно какие части или как много мозга крысы удалить, животные все равно способны выполнять сложные задания, которые они выучили до удаления мозга (Lommel, 2010). Инструмент, то есть мозг, может быть поврежден, но настоящее сознание остается неповрежденным. Сознание и мозг взаимосвязаны, но это не то же самое, что сказать что ментальные и эмоциональные процессы идентичны церебральным процессам или сведены исключительно к церебральным процессам. Как еще объяснить тот факт, что люди с серьезной формой деменции или с хронической шизофренией иногда испытывают короткий момент ясного сознания перед самой смертью? (Lommel, 2010).

3.5. Духовный опыт при клинической смерти.

В данном разделе “духовный опыт” понимается как форма переживания, заключающаяся в ощущении соединения, контакта человека с иной реальностью, духовным миром, Богом, Абсолютом во время клинической смерти, и который резко и навсегда изменяет последующую жизнь человека под влиянием появления новых жизненных ценностей, мировоззрения и целей в жизни в результате данного контакта и присущ по основным характеристикам всем людям, прошедшим через такой духовный опыт при клинической смерти. Хотя, вероятно, можно рассуждать, является ли такой опыт опытом души, духа или тела, а также является ли он религиозным или мистическим и правомерно ли называть его духовным, так как духовный опыт включает разные проявления психики человека и совсем необязательно контакт с Богом или Абсолютом. Тем не менее, на мой взгляд,

термин “духовный опыт” как противопоставление физическому опыту и отделение его от других видов психического опыта, представляется наиболее приемлемым. Другой возможный термин “опыт сознания”, очевидно, будет проигрывать в отражении сути такого опыта при клинической смерти: контакт человека с иной реальностью, духовным миром, Богом, Абсолютом. В любом случае, как сознание без функционирующего мозга, так и душа отрицаются в науке в настоящее время. В западной литературе используют “NDE” (Near Death Experience), что дословно обозначает “предсмертный опыт” или “опыт человека, который чуть-чуть не умер”. Конечно, такой термин удобен, так как избегает критики материалистической науки (человек ведь не умер, поэтому он и мог иметь такой опыт), но зато совсем не отражает сути происходящего (ведь у человека все-таки была клиническая смерть, и опыт он приобрел во время смерти и кроме того, его опыт касался другого мира).

Случаи похожие на духовный опыт при клинической смерти, отделение души от тела и продолжение жизни после биологической смерти были описаны в литературе древнего Египта, Греции, Рима и в священных книгах основных религий – Индуизма, Буддизма, Иудаизма, Христианства, Ислама. Несмотря на разницу культурного окружения и наследия, понимание человеческой сути было одинаковым – смертность тела и бессмертность души. Часто цитируется в этой связи “Божественная комедия” Данте² (поэт Вергилий предлагает Данте совершить странствие по загробному миру, и Данте соглашается, узнав, что Вергилий послан Беатриче, умершей возлюбленной Данте), “Федон” Платона³ (написан в форме диалога; описывает последний день жизни Сократа; Сократ пытается доказать, что душа переживет его тело и после смерти будет путешествовать по прекрасным местам), “Республика” Платона (в которой есть видение героя-воина Эра из Памфилии, лежащего на поле боя и побывавшего в постмортальном мире и ожившего при похоронах и рассказавшего о том, что он видел в другом мире) и сочинения других греческих философов – Пифагора, Эмпедокла, Ксенофана, Парменида⁴. По Пифагору, вечная душа переселяется с небес в брненное тело человека или животного и претерпевает ряд переселений, пока не заслужит право вернуться обратно на небеса. У Эмпедокла также есть описание пифагорейского учения о переселении душ, возмездии и искуплении. По Ксенофану существует единый всевидящий, всеслышающий и всемогущий Бог, который правит миром силой мысли без физического усилия, и подлинная истина людям недоступна, людям доступно только субъективное мнение. Парменид доказывал, что существует только вечное и неизменное Бытие⁵, которое пребывает в вечности, а не во времени, и

² Данте Алигьери (Dante Alighieri) 1265-1321.

³ Платон (Plato) 427-347 до н.э.

⁴ Пифагор (Pythagoras) 570-490 до н. э., Эмпедокл (Empedocles) ок. 490 – ок. 430 до н.э., Ксенофан (Xenophanes) 580/577 - 485/490 до н. э., Парменид (Parmenides) ок. 540 или 520 – ок. 450 до н.э.

⁵ В философии “*сущее*” (“присутствующее”) рассматривается в двух аспектах: (1) со стороны своей определенности – “*сущности*” (т.е. того постоянного, что сохраняется в явлении при различных его вариациях, в том числе и временных) и (2) со стороны своего существования – “*бытия*” (т.е. каково бытие “присутствующего”). Иногда “сущее” сводят к понятию “сущность”, так как ум постигает в “сущем” его “сущность” (определенность) и, по сути, всякое знание о “сущем” есть некоторая “сущность”, причем бытие “сущего” не может стать нашим знанием.

которое тождественно мысли (мышление есть Бытие, нельзя мыслить ни о чем). У Бытия нет ни прошлого, ни будущего, и оно не подвержено порче и гибели. Бытие есть чистое настоящее. Небытия нет, так как о нем нельзя мыслить.

Постмортальное существование упоминается в древнеегипетской Книге Мертвых (сборник египетских гимнов и религиозных текстов, помещаемый в гробницу, чтобы помочь умершему преодолеть опасности и обрести благополучие в постмортальном мире; этот сборник собирался, начиная с древнего царства ок. 2707 до н.э. и далее) и в Каббале (Kabbalah), появившейся в 12 веке. Согласно Каббале (течение Иудаизма) душа воплощается до тех пор, пока не выполнит той функции, для которой она была создана. Изучение Каббалы помогает прекратить воплощение души в материальном мире. Бог не есть материя или дух, а есть создатель того и другого. Существуют два аспекта Бога – Бог сам, который непознаваемый, и проявления Бога, который создал Вселенную и взаимодействует с человечеством. В Каббале различаются несколько уровней – душа плоти, от которой отделяется часть – дух, который устремляется на более высокий уровень коллективного дыхания (духа). Затем уровень, который уже уходит от индивидуального или коллективного дыхания (духа) и трансформируется в уровень сознания под названием “жизненная сила”. Эта “жизненная сила” является стартовой точкой для слияния с Высшим конечным сознанием.

Духовный опыт при клинической смерти отражается и в картинах художников, например “Восхождение на небеса” Иеронима Босха⁶, 16 век, или “Сон Иакова” Уильяма Блейка⁷, 19 век, и т.д.

Раймонд Моуди указывает, что рассказы о жизни после смерти не изменились за все века и очень похожи на те, которые рассказывают и сейчас пережившие остановку сердца (Moody, 2005). Они покидают свое тело, летают над ним и хирургами и следят за тем, как хирурги реанимируют их тело. Они проходят через темный туннель к Свету, который дает им ощущение любви, мира, спокойствия и душевного комфорта. Далее следуют рассказы о радостном объединении с умершими родственниками и даже любимыми домашними животными. Далее идет яркое голографическое видение их предшествующей жизни как мгновенное ревью всей жизни, причем они чувствуют и видят каждый свой поступок, совершенный при жизни – плохой или хороший и следствия этого поступка для других, и как другие чувствовали при этом. Затем они возвращаются в свое тело. Они рассказывают, что ощущения жизни в том мире были гораздо ярче, чем ощущения в их биологическом теле в реальной жизни, то есть более реальным миром оказался мир по ту сторону жизни. По возвращению к жизни эти люди изменяются. Их духовная жизнь изменена. Они теряют страх смерти, ощущают больше радости от жизни, хотя могут испытывать трудности реинтеграции в семью. Когда Раймонд Моуди был еще студентом, на одной из лекций он услышал историю о клинической смерти врача-психиатра Джорджа Ричи (George Ritchie). Джордж Ричи прошел через такой духовный опыт, когда будучи молодым человеком в 1943 году заболел

Редукция “сущего” к “сущности” упускает фундаментальный вопрос о “бытии”, который является главным в философии.

⁶ Hieronymus Bosch “The Ascent into the Empyrean”.

⁷ William Blake “Jacob’s Dream”.

двусторонней пневмонией. Врач констатировал его смерть, так как пульс не прощупывался. Однако, ухаживающий за молодым Ричи человек пришел в такое отчаяние, что упросил врача сделать необычную для того времени инъекцию в грудную клетку в области сердца. Джорджа Ричи считали мертвым уже 9 минут, когда он вдруг очнулся. Ричи рассказывал, что, когда он возвращался в свое тело, он увидел много других тел в морге, покрытых простынями, и ему было трудно понять, какое же из них принадлежит ему. Он узнал свое тело только по кольцу на левой руке, которая свисала из-под простыни, покрывающей тело.

Любопытство подтолкнуло Моуди впоследствии к изучению таких случаев. Раймонд Моуди стал родоначальником термина NDE – “Near Death Experience”, опубликовав в 1975 году книгу “Жизнь после жизни” (“Life after Life”).

Атуотер в 1978 году после своих собственных трех клинических смертей и духовного опыта начала исследования в этой области (Atwater, 2007). Ее первая книга была опубликована в 1988 году, а затем она опубликовала еще несколько. Ей удалось собрать богатый фактический материал, связанный с духовным опытом при клинической смерти. Она обратила внимание не только на положительный, но и на негативный духовный опыт при клинической смерти, на показания детей о духовном опыте, на отношение религии к этим случаям и на изменения в жизни таких людей.

Атуотер в дальнейшем ездила с лекциями, рассказывая о своем опыте и собирая материал по теме. Она вспоминает случай, когда один из слушателей, молодой человек лет под тридцать, рассказал аудитории о своем опыте, который показался всем чудесным и приободряющим, так как в его рассказе не было ничего страшного и мрачного, и он остался жить. Но в конце рассказа молодой человек неожиданно сказал, что этот опыт был самым плохим событием в его жизни, так как он изменил его прежние ценности в жизни, и тем самым разрушил всю его привычную жизнь. На той же встрече другая женщина, примерно его же возраста, неожиданно встала и тоже рассказала о своем опыте при клинической смерти. Ее опыт резко отличался от опыта молодого человека и показался слушателям ужасным и негативным: она оказалась в бушующем водовороте, который утягивал ее в черную бездну; она вынуждена была бороться с течением, чтобы освободиться и сражалась со всей силой, которая у нее была и т.д. Однако в конце рассказа она неожиданно сказала абсолютно противоположное ожиданиям слушателей. Она сказала, что этот опыт был самым прекрасным в ее жизни. Он научил ее тому, что всегда в жизни есть второй шанс, и что человек никогда не потеряет: чтобы не случилось с ним, он имеет внутреннюю силу изменить любые обстоятельства, если захочет (Atwater, 2007).

Ломмель, кардиолог и исследователь клинической смерти и духовного опыта, пишет о своем первом случае в 1969 году, когда он участвовал в реанимации больного (Lommel, 2010). Ломмель был поражен, когда этот пациент, очнувшись, выразил свое глубокое недовольство врачам за то, что они спасли его жизнь. Он хотел остаться в постмортальном мире, там, где только что он видел туннель, свет, необыкновенные краски, прекрасный пейзаж и слышал приятную музыку, в то время как для всех он был без сознания, сердце перестало биться, и врачи пытались реанимировать его. Но тогда, в 1969 году, Ломмель не придавал значения той истории

и рассказу больного. История была слишком невероятной для его материалистического понимания работы мозга и сознания. Когда он был студентом, их учили, что невозможно иметь воспоминания и ощущения, если мозг перестал функционировать, и человек находится в бессознательном состоянии: сердце остановилось, нет дыхания, не прощупывается пульс, нет давления крови, и мозг не функционирует. Он начал размышлять об этом случае только тогда, когда смерть коснулась лично его: умерли брат и мать.

К систематическому анализу духовного опыта при клинической смерти кардиолог Ломмель приступил в 1986 году. К его удивлению уже за два года сбора информации он обнаружил, что из 50 пациентов с клинической смертью в результате остановки сердца, 12 пациентов, то есть 24%, имели такой духовный опыт, причем иногда это был негативный опыт (видели страшные картинки и имели сильные переживания). В 1988 году к нему присоединились еще два психолога. Ломмель считает, что важно включить в исследование последующий период после реанимации, который должен быть достаточно длительным, чтобы понаблюдать изменение психологических установок, типичных для тех, которые испытали духовный опыт во время клинической смерти.

Так как теперь в больницах есть соответствующее оборудование для реанимации, то процент спасенных жизней увеличился, как и данные о духовном опыте. Люди перестали скрывать свой опыт из-за боязни, что их назовут сумасшедшими. При изучении статистики важно знать, к какому типу исследований относится сообщенная информация - к перспективному или ретроспективному, так как цифры (процент) колеблются в зависимости от типа исследования – перспективного или ретроспективного.

Ломмель сообщает, что в трех недавних перспективных исследованиях духовного опыта среди пациентов с остановкой сердца и реанимированных, их число колеблется от 11% до 18 % (это процент от тех, которые имели клиническую смерть и ожили) (Lommel, 2010:109).

Ретроспективный тип исследования предполагает, что люди сами откликаются на объявление, приходят и рассказывают о своем духовном опыте.

Перспективное исследование имеет более строгий план, медицинские показатели и свидетельства очевидцев, удостоверяющие верность рассказа о том, что происходило за пределами операционной с родственниками пациента или с кем-то еще, о чем он никак не мог знать, будучи без сознания в это время и лежа на операционном столе, или рассказ о разговоре и действиях медицинского персонала в операционной во время операции и иногда даже рассказ о том, что они думали. Реанимированный пациент сообщает о своем выходе из тела и получении таких сведений. Эти сообщения фиксируются. Затем фиксируются реальные факты произошедшего, и после всего этого все факты сравниваются. Для научного исследования предпочтительней использовать перспективный тип.

Ломмель признает, что в их исследованиях по духовному опыту при клинической смерти у больных с остановкой сердца такой опыт не зависел от длительности остановки сердца, от периода бессознательного состояния и от данного предварительно лекарства. Также не имеют статистической значимости и

психологические факторы, такие как страх смерти или предварительное знание об опыте, пол, уровень образования, религиозность. Но чем моложе пациенты, тем больше процент тех, которые имели такой опыт по сравнению со средним возрастом (Lommel, 2010).

В своем исследовании (перспективная методика) Ломмель представил следующую частоту элементов духовного опыта у своих 62 пациентов: понимание, что умирает или умер - 50%, позитивные эмоции – 56%, опыт выхода из тела – 24%, проход через туннель – 31%, общение со “Светом” – 23%, ощущение цвета – 23%, видение “небесного пейзажа” - 29%, встреча с умершими родственниками и друзьями – 32%, обзор событий прошедшей жизни – 13%, присутствие границы между мирами – 8% (Lommel, 2010: 132).

В рамках существующего понимания работы мозга невозможно дать научное объяснение тому, как люди могут иметь четкую память и сознание во время бессознательного состояния, когда есть все объективные показатели о полнейшей дисфункции мозга (Lommel, 2010). Во время остановки сердца человек клинически мертв. Клиническая смерть определяется периодом бессознательного состояния, вызванного недостатком подачи кислорода в мозг из-за того, что прекратилась либо циркуляция крови, либо дыхание, либо то и другое. Если не приступить к реанимированию, то мозговые клетки пострадают от непоправимого повреждения за период от 5 минут до 10 минут, и пациент почти всегда умирает, даже если сердечный ритм позднее восстанавливается. Ломмель признается, что до того, как он начал изучать эти явления, он не сомневался в правомерности редуктивного и материалистического объяснения всех явлений: нет мозговой активности, значит нет и сознания.

Теперь же Ломмель критически рассматривает попытки узнать биологический базис сознания. В 2005 году в журнале Science было 125 вопросов, на которые ученые так и не смогли ответить и среди них: Из чего состоит Вселенная? Каков биологический базис сознания? Ломмель предлагает переформулировать вопрос: может ли сознание иметь биологический базис? Можно ли говорить о начале нашего сознания, и имеет ли сознание, вообще, конец? Почему при общей анестезии некоторые люди описывают, что происходило в операционной, особенно тогда, когда у них наблюдалось осложнение по ходу операции? Можно ли говорить о сознании, когда человек в коме? И где сознание, когда человек спит? Как человек может слышать, видеть и сохранять полное сознание, когда он клинически мертв?

3.5.1. Медицинские показатели клинической смерти.

Духовный опыт, какой часто бывает при клинической смерти, – это особое состояние сознания, которое возникает во время нависшей или действительной угрозы, ведущей к физической, психологической и эмоциональной смерти (Lommel, 2010). Ломмель перечисляет условия, при которых может появиться такой духовный опыт, который обычно появляется при клинической смерти, т.е. необязательно иметь клиническую смерть для получения такого духовного опыта.

Итак, такой духовный опыт может быть вызван (1) когда функционирование мозга сильно повреждено по ряду причин, (2) когда функционирование мозга не повреждено, но есть ряд определенных условий для его возникновения.

Физические и психические условия для появления духовного опыта следующие:

(1) Функционирование мозга сильно нарушено: остановка сердца; кома, вызванная определенными болезнями и случаями; бессознательное состояние, вызванное шоком в результате потери крови, низкого кровяного давления, аллергической реакции, серьезной инфекции; может также вызываться анестезией или электрошоком; обычно возникает, когда есть операционное осложнение.

(2) Функционирование мозга не нарушено: серьезная болезнь с высокой температурой, но не угрожающая непосредственно жизни; длительная изоляция (например при кораблекрушении); чрезвычайное обезвоживание или гипотермия (переохлаждение); депрессия или экзистенциальный кризис; медитация; без какой-либо медицинской причины (просто прогулка на воздухе, например); страх умереть при кажущейся неизбежности смерти.

Мозг составляет только 2% от общего веса тела, но использует от 15 до 20% всей энергии, нужной для организма, в основном для поддержания потенциала мембраны клетки нейрона (электрического заряда на мембране клетки) (Lommel, 2010: 164)⁸. Клетки организма нуждаются в кислороде, и недостаток ведет к потере функциональной способности клетки и органа. Однако нейрону приходится совсем плохо без кислорода, так как его единственным источником энергии является глюкоза, поступающая с кровотоком и для которой требуется кислород для окисления, и потом мозг не запасается глюкозой, как мышечные клетки в виде гликогена. Наиболее чувствительны к нехватке кислорода нейроны коры головного мозга, а также гиппокампа и таламуса, которые формируют связь между мозговым стволом и корой головного мозга. Связь нарушается, приводя все в хаос. Слаженная работа синапсов прекращается, и нет передачи импульса. Слаженная работа коры и ствола с использованием путей с гиппокампом и таламусом – это необходимое условие для осознания своих действий и окружения. Если поток крови прекратился, то мозг не получает нужную глюкозу и кислород, и нейрон не может поддержать потенциал мембраны, что ведет к прекращению нейрональной функции. Если период непродолжительный, то нейроны не умрут и придут в себя. Смерть нейрона в голове происходит за 5-10 минут. В нейроне происходит дезинтеграция клеточной мембраны, что ведет к притоку кальция и образованию свободных радикалов⁹. Протеин (белок) в нейроне разрушается, и клетка умирает. Во время закупорки сосуда в мозге какая-то часть не получает кислорода, и соответствующая часть тела парализуется. Во время остановки сердца весь мозг лишен кислорода, что приводит к потере сознания, рефлексов, дыхания. Это называется клиническая смерть. Она может быть временной, и возможно вернуть клетки к нормальному функционированию с помощью вовремя сделанных процедур по реанимации в пределах 5-10 минут. Если оживление происходит в пределах одной минуты, то

⁸ Далее описание по Ломмелю.

⁹ Свободные радикалы (free radicals) - это агрессивные формы кислорода (активные обрывки молекул, имеющие неспаренный электрон), которые стремятся вступить в химическую реакцию со всем на своем пути, окисляя различные вещества в организме. Они разрушают оболочки клеток, повреждают молекулы ДНК, органы и весь организм в целом, развивая рак, атеросклероз, инфаркт, инсульт, старение и т.д.

шансов на выживание около 33%, но если оживление потребовало более минуты с начала потери сознания, то шансов около 14%.

Наружного массажа сердца не всегда достаточно. Чтобы накачать достаточное количество крови и восстановить функционирование мозга, требуется дефибрилляция с помощью электрического шока. Нормальное давление крови обычно 120 на 80 мм ртутного столба со средним – 100 мм. Во время оживления при помощи внешнего массажа систолическое давление (первая цифра)¹⁰ достигает 50, а средняя величина – 20 мм из-за низкого диастолического давления около 10 (вторая цифра)¹¹. За несколько секунд остановки сердца в мозге скапливается много углекислого газа (двуокиси углерода), и появляется серьезный дефицит кислорода. Чтобы исправить ситуацию, нужно подключить электрический дефибриллятор и использовать кислородную маску или дыхание “рот-в-рот”.

При отсутствии нормальной подачи крови клетки мозга имеют тенденцию распухать, что ведет к увеличенному давлению в мозге и требует более высокого, чем норма, кровяного давления, чтобы снабдить мозг достаточным количеством кислорода и удалить углекислый газ. Из-за отека (отек), которая препятствует притоку крови, кома может продолжаться длительное время. При низкой температуре нейроны не требуют так много кислорода.

Электрическая активность мозга может быть измерена с помощью электроэнцефалограммы (EEG), а магнитная активность - с помощью магнитоэнцефалограммы (MEG). Различия в активности областей коры и структур мозга можно косвенно измерить с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии (fMRI), которая показывает разницу притока крови. Усиленный приток крови с кислородом контрастирует с остальной мозговой тканью, то есть сканирование показывает контраст, базирующийся на уровне кислорода в крови, который необходим для усиленной активации какой-то части мозга (называют “BOLD” – blood-oxygen-level dependent contrast).

Позитронно-эмиссионная томография (англ. PET, русс. ПЭТ) также используется для изучения мозговой активности. При этом сканировании вводится инъекция с радиоактивным веществом, которое может дать прямую информацию о разнице в метаболической активности клеток мозга. При этом можно увидеть 30-процентное увеличение притока крови к мозгу во время размышления.

Транскраниальная магнитная стимуляция влияет на магнитные поля и электрическое возбуждение нейронов. Она либо стимулирует, либо препятствует возбуждению определенных областей коры мозга и тем самым позволяет изучать функции мозга в течение миллисекунд. Высокая интенсивность такого воздействия может временно нарушить функционирование мозга (зрительное восприятие, физические движения). Электрическая стимуляция определенной локальной зоны мозга также может изменить работу мозга. Отсюда можно сделать заключение о непосредственном влиянии электромагнитного поля на функционирование мозга. Итак, потеря мозгом своего электромагнитного поля ведет к потере функционирования мозга.

¹⁰ Систолическое артериальное давление показывает давление в артериях в момент, когда сердце сжимается и выталкивает кровь в артерии, и оно зависит от силы сокращения сердца.

¹¹ Диастолическое артериальное давление показывает давление в артериях в момент расслабления сердечной мышцы.

Когда люди спят, они имеют фазы сна без сновидений и фазы сна со сновидениями (быстрый сон). Показатели приборов говорят об активности мозга особенно во время быстрого сна со сновидениями. Однако люди не испытывают такого сознательного ощущения, как наяву, и сознание совсем не ощущается при сне без сновидений. Наблюдается первоначальная реакция мозга спящего человека на транскраниальную магнитную стимуляцию¹² во время такого глубокого сна, но потом сигнал быстро гасится, т.е., другими словами, электромагнитный сигнал не распространяется за пределами места стимуляции. Однако когда та же самая манипуляция совершается в дневное время, когда человек не спит, первоначальная ответная реакция (15 миллисекунд) сопровождается последовательностью волн, которые двигаются к другим кортикальным областям и к некоторым более глубоким структурам в нескольких сантиметрах от места стимуляции. Отсюда был сделан вывод, что во время глубокого сна без сновидений коммуникация между различными областями мозга прервана, и такой разрыв коммуникации ведет к угасанию сознания. Но когда обмен информации восстанавливается между корой и таламусом и между самими участками коры, система интегрируется и дает ощущение сознания. Такой информационный обмен является условием для состояния осознанности.

Во время общей анестезии сканирование с помощью ПЭТ показывает, что мозг активен, но ощущения сознания, как при бодрствовании, нет, так как при общей анестезии связь между таламусом и корой нарушается. Такое важное условие для ощущения сознания отсутствует как при глубоком сне, так и при общей анестезии, а также и при остановке сердца. Когда человек приходит в состояние бодрствования и сознание возвращается к нему, то наблюдается следующая последовательность: сначала, первые несколько минут, усиливается активность в мозговом стволе и таламусе, а затем следует активизация в префронтальной коре. Происходит реорганизация паттерна нейросетей для ощущения сознательного состояния с восстановлением связей. Во время остановки сердца церебральная кора, таламус, гиппокамп и мозговой ствол, как и связи между ними, перестают работать, а отсюда становится невозможно ощущать сознание, так как нейросети утратили кооперацию и дифференциацию. Измеряемая электрическая активность мозга пропала, и все рефлексы тела и мозгового ствола также пропали. Однако, несмотря на полную дисфункцию, некоторые люди испытывают усиление и обострение сознания, и это называется духовным опытом при клинической смерти (Lommel, 2010).

Атуотер, ссылаясь на исследование доктора Ринга (Ring) 1999 года (“Mindsight: Near-Death and Out-of-Body Experiences in the Blind”) и исследование 1998 года (“Lessons from the Light: What We Can Learn from the Near-Death Experience”), приводит следующие данные (Atwater, 2007).

Слепые от рождения люди во время такого духовного опыта не отличаются от зрячих и видят картинку в красках, как и зрячие, хотя никогда не видели цветовой палитры в своей жизни и не видели никаких картинок во сне до этого. После такого

¹² Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) – это метод, позволяющий неинвазивно стимулировать кору головного мозга при помощи коротких магнитных импульсов, и не сопряжена с болевыми ощущениями, поэтому применяется в качестве диагностической процедуры в амбулаторных условиях.

духовного опыта частично слепые люди могут приобрести улучшенное зрение и даже полноценное зрение. Ринг предполагает, что слепые при таком опыте получают доступ к расширенной суперсенсорной осведомленности. Они приобретают трансцендентальную осведомленность об окружающем мире через какое-то внутреннее зрение (mindsight). По сути, это другой путь восприятия окружающей реальности – путь, который не зависит от чувственного восприятия физического тела. Он утверждает, что 80% слепых видели во время опыта, даже если были незрячими с рождения. Они смогли описать то, что видели. Ринг также привлекает внимание к последующим психологическим изменениям, выражаемым в заботе, сочувствии и любви к другим людям. Ринг считает это проявлением более высокого сознания, к которому должны стремиться все люди.

Другая история о Вики (Viki), которая родилась слепой (Lommel, 2010). Вики родилась слишком преждевременно в 1951 году после 22 недель и была помещена в примитивный инкубатор, где получала 100% кислород. Такая высокая концентрация кислорода портит глазное яблоко и оптический нерв, о чем не знали доктора в то время. Поэтому Вики имела полную атрофию глазного яблока и оптического нерва. Зрительная кора в затылочной доле, которая перерабатывает стимул света в образы, не развивается нормально без стимула света из нефункционирующих глаз и оптических нервов. Вики ничего не видела. В 1973 году, когда Вики было 22 года, она попала в дорожную аварию с переломом черепа, серьезным сотрясением мозга, с рядом других повреждений и наступившей комой. В операционной она увидела врачей и узнала свое тело по обручальному кольцу, которое знала на ощупь, затем прошла через потолок и увидела крышу больницы и деревья. Она рассказывала, что перед этим никогда ничего не видела подобного, ни света, ни тени, ни даже черноты, как думают многие люди о слепых. И во сне она также никогда не видела зрительных образов. Когда она впервые увидела комнату и свое тело и людей, ей стало страшно, все было слишком необычно. Она услышала, как медики переживали, что не смогут ее оживить. Это ее удивило, потому ей было все равно в тот момент, будет она жить или нет. Затем она прошла через потолок наружу и услышала шум ветра, увидела деревья, птиц, а затем людей, состоящих из света, - все было так прекрасно. Она встретила умерших одноклассниц, которые были когда-то слепыми и умственно отсталыми и которые умерли в возрасте 6 и 11 лет. Теперь они были прекрасными, здоровыми и взрослыми, а также тех двоих, которые о ней когда-то заботились и которые умерли, затем свою умершую бабушку. Вход обратно в тело был неприятным и болезненным. О Вики писали, брали интервью и показывали документальный фильм в программе БиБиСи “День, когда я умерла” (“The day I died”). Эта история Вики об увиденном не может быть объяснена чувственным восприятием или функционирующим зрительным мозгом, а также не может быть игрой воображения, при отсутствии какого-либо опыта зрительного восприятия и при достоверных и подтвержденных данных того, что она увидела.

Иногда после опыта люди неожиданно выздоравливают (либо сразу во время опыта, либо после) (Atwater, 2007). Например, молодой человек с диагнозом прогрессирующего СПИДа неожиданно имел улучшение, а через год поправился. У Мюриэль Келли (Muriel Kelly) после такого опыта прошла болезнь сердца, вызванная ревматической лихорадкой в раннем детстве. Доктор Джеффри Н. Ховард (Jeffrey N. Howard) в государственном университете Вичита, Канзас, (Wichita State

University) утверждает, что наблюдается 72,7% спонтанного выздоровления у таких людей, то есть симптомы болезни и физических недостатков исчезают (Atwater, 2007).

3.5.2. *Описание духовного опыта при клинической смерти.*

Часто повторяющиеся черты духовного опыта включают чувство мира и радости, опыт выхода из тела, прекращение боли, видение туннеля или пустоты, видение необычно яркого света, иногда ощущаемого, как живое существо, которое распространяет любовь и может общаться с человеком. Они встречаются других существ, состоящих из света, которые испускают любовь и понимание. Часто видят умерших близких. Встречается “проводник”, который может быть умершим родственником или даже умершим любимым домашним животным, которое служит для успокоения и умиротворения при переходе в иной мир. Проходит мгновенное ревью предыдущей жизни, часто сопровождаемое чувством суда над прошлыми поступками (Greyson, Kelly, Kelly, 2009). Панорамное видение предыдущей жизни дает ощущение чувств другого и его обиду или радость от твоих прошлых поступков, то есть твои дела, хорошие или плохие, возвращаются тебе же. Иногда люди видят будущие события своей жизни. Общение происходит телепатически с энергией живого Света, с существами из света и тени, умершими родственниками. Один глухой мальчик, рассказывая о своем опыте, признался, что он был очень рад, что ему не нужен был язык жестов для того, чтобы высказаться, его понимали и он сам понимал без жестов. Все его родственники могли слышать и общались телепатически. (Lommel, 2010). Бывают видения какого-то другого мира, часто необычной красоты, а также ощущение границы, которую человек не может перейти. Возвращение в физическое тело часто происходит очень неохотно (Greyson, Kelly, Kelly, 2009). Иногда люди при духовном опыте видят города света, которые тяжело описать словами, иногда поляны с растениями, которые имеют внутренний свет, иногда видят всю Вселенную, как астронавты (Moody, 2005). Опыт тяжело описать словами, так как он выходит за рамки адекватного описания с помощью существующего языка (Atwater, 2007). Дети после духовного опыта клинической смерти часто показывают необыкновенные способности и осведомленность о будущем и об окружающем (Atwater, 2007). Известно, что человек в среднем осведомлен только на одну шестидесятую о том, что происходит вокруг него, такие же дети сообщают о будущем, догадываются по тону и звуку о происходящем и видят то, что не видят другие (Atwater, 2007).

Атуотер, отмечает, что духовный опыт у каждого уникален, отличается интенсивностью сознания, элементы идут в разной последовательности и не все (Atwater, 2007). Однако в большинстве случаев есть выход из тела, свет, который сияет ярче, чем солнце, телепатическое общение, успокоение от полного принятия тебя и безусловной любви, неожиданное озарение и мгновенное понимание, чувство необходимости вернуться или встреча с существом, которое приводит к возвращению. Опыт может быть кратким и состоять только из одного или двух элементов или может быть длинным и состоять из множества элементов.

Элементы опыта следующие:

- видение или ощущение отделенности от физического тела, возможность менять свое местоположение;

- очень сильно улучшены познавательные способности (мысли ясные, быстрые и очень четкие);
- темнота или свет, причем свет ощущается как живой, разумный и мощный;
- чувство присутствия Высшей Силы;
- ощущение движения (своего собственного или объектов вокруг себя);
- сверхспособности (усиленное ощущение запаха, вкуса, прикосновения, видения и звука);
- неожиданное переполнение потоком эмоций или чувств;
- встреча со знакомым умершим человеком или умершим домашним животным или кажущимися созданными из света и тени нефизическими существами;
- ревью всей своей жизни, как в кино, или сегментов, часто сопровождаемых ощущением переживаний другого человека;
- может быть передана информация о событиях, произошедших или происходящих в реальной жизни или о будущих, возможен диалог этого человека с существами в том ином мире (Atwater, 2007).

Атуотер приводит, в качестве примера, следующую историю (Atwater, 2007).

В 1975 году с Рикки Брэдшоу (Ricky Bradshaw) из Стонтонна (Staunton) штата Виргиния, произошел несчастный случай на парковке машин около магазина. Он оказался зажатым между двумя автомобилями, давшими задний ход по направлению друг к другу. Прежде чем водители поняли, что происходит и остановились, у него остался нетронутым только позвоночный столб, остальное было повреждено. Рикки объявили мертвым в больнице, и тело положили на каталку в углу вместе с другими мертвыми телами. Группа медицинских студентов заметила труп. Студенты попросили разрешение потренироваться на мертвом теле, так как больница была одновременно и учебным центром для студентов. После часа экспериментов, монитор сердца, который был подсоединен к телу, начал показывать сигнал работы сердца. Думая, что прибор показывает неправильную информацию, студенты обратились к врачу больницы. Неожиданно случай студенческой тренировки на трупе превратился в случай по спасению человека. Было сделано 24 операции в течение двух лет, пока Рикки не поправился. Случай с Рикки вошел в медицинскую историю. Рикки рассказал о своем духовном опыте во время клинической смерти, где присутствовал выход из тела, яркий свет, любящие голоса, картина всей прошедшей жизни.

Интересен рассказ Таннис Прутен (Tannis Prouten) из Ванкувера в Канаде, приведенный Атуотер в своей книге (Atwater, 2007). Таннис Прутен было 20 лет, и она страдала серьезными приступами беспокойства. В начале ее карьеры, она постоянно находилась под влиянием стресса, потому что недостаток умений не позволял ей хорошо выполнять работу так, как она хотела. Стресс и беспокойство, накопленные за годы, все больше усиливались. В итоге, всё закончилось тем, что она не могла есть, а если и ела, то ее тут же тошнило, и даже вода не задерживалась в желудке. Она стала такой худой, что выпирал позвоночник, и было болезненно прикасаться к чему-либо спиной. Отец пытался накормить и уговорить поесть, но она впала в депрессию и чувствовала, как ее душа умерла, хотя тело все еще существовало. Одним вечером она не могла заснуть, лежа на диване. Ее отец сидел в той же комнате. Она спросила: “Бог, что не так со мной?” И сразу же что-то внутри

перевернулось, и она почувствовала чудесную нежную любящую теплую волну от пальцев ног,двигающуюся вверх по телу. Она почувствовала любовь, и в мозгу крупным черным шрифтом и заглавными буквами отпечатались слова: ЛЮБОВЬ. Она почувствовала, что вышла из тела и оказалась в углу под потолком своей комнаты. Затем она обнаружила, что летит через очень темное и очень обширное пространство, почувствовала что-то слева и увидела маленькие круглые светящиеся сферы света. Они показались ей олицетворением людей или их душевной сущностью. Она чувствовала, что они были потеряны и печальны, и она хотела им помочь. Но в то же время она знала, что ей нельзя отклоняться от ее пути. Она не чувствовала страха и ничего не было жаль оставлять позади себя. Она мчалась вперед. Постепенно она увидела свет впереди. И вскоре она почувствовала себя окутанной этим невероятным божественным живым бело-золотистым светом. “Я ДОМА”¹³ пронеслось у нее в сознании. Было выше человеческой возможности вынести ту радость, блаженство, смирение, благоговение, которые она испытала. СВЕТ был бесконечным, любящим, принимающим СУЩЕСТВОМ без формы. ОНО имело личностные качества и общалось с ней телепатически. ОНО было чистой ИСТИНОЙ. “Я была СВЕТОМ и СВЕТ был мной” - рассказывала она (Atwater, 2007: 28). Она все еще чувствовала себя уникальным сознанием, независимым, с тем же чувством юмора и осознанности, что имела всегда, но парадокс был в том, что она была также чем-то БОЛЬШИМ. Она слилась со СВЕТОМ. Она была сама любовь, мудрость, истина, мир, радость той вечности. Никто не давал ей инструкцию телепатически, но она знала, что ее опыт и был той нужной для нее инструкцией, то есть ответом на ее вопрос. Она почувствовала ДУХ послания-инструкции. Не было никакой возможности исказить или скрыть информацию или лгать при общении с этим СВЕТОМ. Она почувствовала, что любит этот ДУХ ИСТИНЫ. В этом новом мире не было понятия расстояния или времени. Это была БОЛЬШАЯ РЕАЛЬНОСТЬ, чем та, в которой она до сих пор жила. Всё теперь существовало в ВЕЧНОМ и СЕЙЧАС. Это было последнее, что она осознала во время этого духовного опыта, который был вызван не клинической смертью, но угрожающим состоянием ее здоровья. И Таннис Прутен пошла на поправку после этого случая.

Раймонд Моуди (Raymond Moody) пишет, что многие пациенты после клинической смерти рассказывают, что они пытались разговаривать с медицинским персоналом в операционной пока парили над своим безжизненным телом, но их как будто бы не слышали и не видели (Moody, 2005). А они сами могли читать мысли и слышать и видеть, что происходит в операционной. Когда они касались руки хирурга или кого-то другого в комнате, чтобы привлечь внимание, они ощущали, что как будто их рука проходила насквозь через руку хирурга, и как будто бы там была пустота, а не рука, или как будто бы это был какое-то желе, имеющее электрический ток, проходящий по руке. Именно так описывала свой опыт одна из пациенток, реанимированная Раймондом Моуди. Люди, которые имеют такой опыт, говорят, что они видят свою душу как все еще какого-то рода тело, даже когда они выходят из своего физического тела. После встречи с существами из света они встречаются и

¹³ Написание заглавными буквами сохранено, как и у Атуотер (Atwater, 2007).

с Высшим Существом, Живым Светом. Люди с христианским вероисповеданием называют его Христом, с мусульманским – Аллахом, а буддисты – Буддой. Другие не зависимо от вероисповедания или от того, является ли человек атеистом или нет, говорят, что это не определенный Бог в рамках какой-то религии, а какое-то Высшее Существо, которое, тем не менее, святое. Это Существо испускает всеобщую любовь и понимание, и настолько сильно, что большинство людей хотят остаться с ним навсегда, но не могут. В этот момент обычно это Существо говорит, что они должны вернуться к своей земной жизни. Однако перед возвращением они имеют мгновенный обзор всей своей предшествующей жизни. После возвращения к жизни люди верят, что самое главное в этой жизни - это любовь и знания. Они начинают усердно поглощать книги, записываются в школы и на курсы, чтобы узнать больше. Ощущение времени другое. Здесь неважно прошла одна секунда или тысяча лет. Иногда больной мысленно покидает операционную и летит в другие комнаты. После этого он рассказывает удивленным родственникам и знакомым о том, что те делали там или говорили. И, как правило, информация, полученная чистым сознанием пациента совпадает с реальной информацией, которую можно получить обычно только через физические органы восприятия. Иногда люди видят мельком их будущую жизнь. Иногда эта информация остается с ними после того, как они были реанимированы, но иногда приходит позже, сопровождаемая чувством “дежа вю”.

3.5.3. Опыт эмпатической смерти.

Существует также опыт эмпатической смерти. Тот, кто находится около постели умирающего, иногда имеет собственный духовный опыт. Он видит, как душа умирающего выходит из тела и парит в комнате, видит тело умирающего и свое тело, сидящее на стуле. При таком опыте эмпатической смерти люди видят душу еще не ушедшую и парящую рядом с ними и видят мельком тех, которые недавно умерли, приближающихся к ним через ореол яркого света как бы при входе в туннель. Они видят нежное единение души умирающего человека и душ, возникающих из этого света, видят как душа умершего и другие души исчезают и свет гаснет. Они возвращаются в свои тела и их собственная жизнь и душевное состояние навсегда изменяются (Moody, 2005). Раймонд Моуди и его жена лично имели такой опыт эмпатической смерти, когда умирала мать Раймонда и четверо ее детей окружали ее предсмертное ложе. Оказывается, это нередкое явление и не только для близких родственников, но и для тех, которые находятся рядом и ухаживают за умирающим.

Почему эти люди испытывают то же самое, если их мозг в нормальном состоянии? Раймонд Моуди предсказывает, что концептуальный прорыв скоро придет и не от парапсихологии или науки, а от строгой сфокусированной логики мышления, которая откроет дверь в новые методы исследования. И это постепенно изменит понимание, что следует за этой биологической жизнью.

3.5.4. Верификация духовного опыта во время клинической смерти.

Духовный опыт при клинической смерти или очень близкой к этому ситуации (обычно острый медицинский кризис, угрожающий жизни) – это субъективное ощущение самого человека, когда его сознание функционирует отдельно от физического тела во время клинической смерти. Дженис Холден (Janice Holden)

выделяет материальный и трансматериальный аспекты этого феномена (Holden, 2009).

Материальный аспект означает, что люди, имеющие духовный опыт при клинической смерти, могут воспринимать явления, которые происходят в физическом материальном мире, в основном, недалеко от них (хирурги, инструменты, родственники, свое тело, и т.д.).

Пример материального аспекта: пациентка рассказала, что она видела во время клинической смерти, как ее отчим, который был очень внимателен к еде и обычно ел только здоровую пищу, вдруг решил купить леденцы из автомата, и ее мать затем подтвердила, что это действительно было так, пока ее дочь лежала в операционной.

Пример трансматериального аспекта: пациентка сообщила о смерти своего родственника, которого она встретила в мире умерших на небе во время клинической смерти, хотя ни она сама, ни ее другие родственники не знали о его смерти. Все думали, что этот родственник все еще живой. Однако выяснилось впоследствии, что он действительно умер как раз перед ее клинической смертью.

Холден называет это явление “достоверное и явно нефизическое восприятие во время предсмертного опыта” (apparently nonphysical veridical NDE perception). Такое восприятие может относиться к зрительному, слуховому, кинестетическому, обонятельному восприятию, причем человек сообщает о фактах материального мира, которые он видел с помощью сознания без органов чувств, будучи клинически мертвым, и которые затем при проверке оказываются действительно верными. Очевидно это какой-то другой тип восприятия – нефизический. Таким образом, мы видим явную способность сознания функционировать независимо от мозга. Объем случаев достоверного и явно нефизического восприятия во время клинической смерти так велик, что дает возможность утверждать, что достоверное и явно нефизическое восприятие во время предсмертного опыта существует.

Холден анализирует собранный материал по верификации духовного опыта согласно источнику верификации. Это может быть верификация, осуществляемая (1) самим пациентом (проверенные только им факты его опыта). Верификация может осуществляться (2) другим лицом по просьбе пациента и сообщаться самим пациентом. И, наконец, верификация духовного опыта пациента может осуществляться (3) независимым источником и сообщаться исследователю. Исследователь сообщает о таких фактах со слов другого источника, обычно медицинского персонала, с записью по времени и другим свидетельством. Анализ предназначен для определения процентного соотношения точных, не совсем точных и ошибочных утверждений о том, что пациент слышал и видел во время своей клинической смерти. Холден проанализировала литературу с описанием таких случаев другими авторами, всего 107 историй, из них только 18 были зафиксированы в течение первых двух дней после реанимации, то есть являлись перспективными согласно классификации Ломмеля и представляли особый интерес с научной точки зрения. Некоторые случаи возникали не из-за остановки сердца и, возможно, мозг не был полностью отключен. Автор включила в свой набор 107 случаев (общее число случаев получилось 111, так как 4 истории включают явления как материального, так и нематериального аспектов) из 39 публикаций, написанных 37 авторами или группами исследователей. Она выбирала описания случаев опыта

из научных журналов, научных книг с систематическими исследованиями опыта с 1975 по 2006 годы.

Таким образом, мы имеем 102 правильных сообщения (91,9%), 7 сообщений с ошибками (6,30%) и 2 неправильных сообщения (1,80%) (всего 111 случаев).

Атуотер приводит пример памяти и восприятия за пределами мозга с женщиной по имени Мария из Сиэтла (Atwater, 2007). Мария, испаноязычная мигрантка, работающая в США, у которой остановилось сердце, и она была реанимирована, рассказала социальному работнику Кимберли Кларк Шарп (Kimberly Clark Sharp), что пока ее реанимировали, у нее был опыт выхода из тела, и что она видела мужскую туфлю на подоконнике третьего этажа больницы, причем описала очень отчетливо этот ботинок и место, где он был. Мария дала точное описание всех, которые были в операционной и того, что они делали с ее телом, а также расположение инструментов и движение бумаги на полу (электрокардиограмма). Все эти детали были верифицированы, то есть подтверждены сотрудниками больницы. Мария сообщила, что она переместилась за пределы комнаты, откуда она могла видеть вход в приемный покой больницы, подъезжающие кареты скорой помощи и автоматически открывающиеся двери. Мария вспомнила, что она рассматривала мужскую темно-синюю туфлю для тенниса, сильно изношенную, потертую с левой стороны, особенно в районе мизинца. Шнурок был под каблуком. Чтобы успокоить Марию и любопытства ради Кимберли пошла поискать эту туфлю. Туфли не было ни с северной стороны, ни с восточной и только с западной стороны, когда Кимберли прижалась плотно к оконной раме, она вдруг увидела эту туфлю и, открыв окно, достала. Туфля была в точности, как описала Мария. Кимберли утверждает, что эту туфлю можно было рассмотреть так детально, только если кто-то парил как раз над ней на уровне третьего этажа. Кимберли Кларк Шарп сама имела такой опыт и взяла интервью более чем у 2000 пациентов после реанимации и выработала методику работы с такими пациентами для профессиональных работников системы здравоохранения.

Такой опыт выхода за пределы тела во время клинической смерти играет важную научную роль: предоставляются проверенные данные другими лицами (медсестры, родственники). Ломмель пишет о своих данных исследования, что из 93 сообщений такого рода 43% были проверены и сообщены независимыми информантами, 43% были сообщены самими пациентами со ссылкой на независимых информантов, которых нельзя было разыскать. И только 14% проверены и сообщены исключительно самими пациентами (Lommel, 2010: 20). Это опровергает приравнение такого опыта к галлюцинациям. Галлюцинации не соответствуют реальности.

Достоверное и явно нефизическое
восприятие во время предсмертного
опыта¹⁴

Материальный аспект

¹⁴ По таблице Холден с модификациями (Holden, 2009: 197).

У некоторых людей выход из тела происходит повторяемо и по желанию человека, что дает возможность обозревать этот опыт при контролируемых условиях, что важно для экспериментальной научной работы. Тарт (Tart) изучал женщину, которая сообщила, что она часто выходила из тела во сне (Tart, 1968). Она была промониторена во время сна с помощью электроэнцефалограммы в лаборатории. Причем ее попросили попытаться, когда она имела выход из тела во сне, прочитав пятизначный номер, выбранный наугад и размещенный на полке за пределами нормального зрения. В один из дней эксперимента она сумела сделать это без одной ошибки. Причем было зафиксировано, что ее выход из тела был связан с определенной физиологической моделью, развивающейся из стадии сна 1 и с соответствующей низковольтной альфоидной электроэнцефалограммой с доминированием медленной альфа-частоты в отсутствии быстрого движения глаз, характерного для сновидения.

Случай с Памелой Рейнольдс (Pamela Reynolds) был описан многими авторами, показан в программе БиБиСи “День, когда я умерла” (“The Day I Died”). Здесь приводится, в основном, по Холден (Holden, 2009: 191-192), которая использовала описание Сабома (Sabom) и по другим авторам (Atwater, 2007: 166-167) (Lommel, 2010: 169-176) (Beauregard, O’Leary, 2007: 153-156).

Памела Рейнольдс была 35-летней певицей и композитором из Атланты, штат Джорджия, США. В 1991 году у нее обнаружили гигантскую аневризму¹⁵ в одной из церебральных артерий близко к мозговому стволу. Если она лопнет, то будет кровоизлияние в мозг и смерть. Нейрохирург Роберт Спецлер (Robert Spetzler) в Неврологическом институте Барроу (Barrow Neurological Institute) делал уникальные операции с понижением температуры тела до 50 градусов по Фаренгейту (10 по Цельсию).¹⁶ Памела Рейнольдс договорилась с Спецлером на проведение такой операции.

В 7:15 утра ее везли в операционную еще в сознании, затем ввели внутривенно пентатол (pentathol), на глаза наложили плотную повязку для того, чтобы они были все время закрыты, подключили к другим приборам и начали делать общую анестезию. Ее состояние отражалось на многочисленных мониторах, включая электроэнцефалограф¹⁷. Электрическая активность коры мозга измерялась через ЭЭГ, а активность ее мозгового ствола - через маленькие приборы, вставленные в ее уши, которые издавали 95-децибельные пощелкивания.

В 8:40 Спецлер надрезал скальп для того, чтобы дойти до кости черепа. Включил специальную пилу для удаления части черепа, прошел насквозь через следующий

¹⁵ Аневризма - это выпячивание стенки артерии вследствие её истончения или растяжения.

¹⁶ Нормальная температура человеческого тела по Фаренгейту 98,6 (36,6 по Цельсию).

¹⁷ Электроэнцефалография (ЭЭГ) – это метод исследования головного мозга человека, основанный на суммарной регистрации биоэлектрической активности отдельных зон, областей, долей мозга (применяется в нейрофизиологии, неврологии, психиатрии). Так как электрическая активность мозга мала и выражается в миллионных долях вольта, ее можно зарегистрировать лишь при помощи специальных высокочувствительных приборов и усилителей, которые называются электроэнцефалографами. Регистрация ЭЭГ осуществляется наложением на голову металлических пластинок (электродов), которые соединяют проводами со входом аппарата, а на выходе получается графическое изображение колебаний разности биоэлектрических потенциалов живого мозга.

слой и вставил крошечный хирургический микроскоп в ее мозг, провел его до аневризмы и увидел, что, действительно, нужно замораживать пациентку и останавливать сердце. Тем временем, другая хирург-кардиолог сделала надрез справа в паху и начала готовить артерию и вену для сердечно-легочного шунтирования¹⁸, но обнаружила, что артерия слишком узка и начала готовить с другой стороны.

В 10:50 бригада хирургов начала кровяно- и телом охлаждающее сердечно-легочное шунтирование.

В 11:00 температура тела Рейнольдс достигла 73 градусов по Фаренгейту (22,7 по Цельсию).

В 11:05 была вызвана остановка сердца. Электроэнцефалограмма с внешней стороны мозга показывала нулевую активность, а щелчки устройств в ушах для мониторинга активности ствола мозга стали слабеть, что показывало все меньшую активность ствола мозга.

В 11:25 температура тела достигла 60 градусов по Фаренгейту (15,5 по Цельсию). Звук щелчков из приспособлений в ушах более не вызывал ответа со стороны ствола мозга. Мозг был отключен полностью. Часть операционного стола, где была голова, приподняли и сердечно-легочная машина была отключена и кровь была выпущена из тела Памелы как “масло из машины”. Какая-либо возможность метаболизма поддерживать функционирование мозга была исключена. Вскоре Спецлер справился с аневризмой, и вся процедура пошла в обратном направлении.

В 12:00 на мониторе сердца появилась дезорганизованная активность, мерцание желудочков. После двух серий дефибрилляционных шоков ее сердце начало биться нормально.

В 12:32 температура тела достигла 89,6 градусов по Фаренгейту (32 по Цельсию). Оборудование по мониторингу было отключено. Ассистенты Спецлера закончили операцию.

В 14:10 бригада хирургов перевезла Рейнольдс в другую комнату.

Нейрохирург объяснил, что они хотели не просто сна, а хотели остановить какой-либо метаболический процесс в мозге, просто остановить активность мозга. Таким образом, до операции пациентку усыпили, в глаза закапали смягчающий раствор, чтобы предотвратить высыхание и заклеили плотно лентой, и голова была закрыта за исключением места операции. В ушах были вставлены приборы. Электроэнцефалограмма молчала, не было ни реакции от мозгового ствола, ни притока крови.

Однако сознание продолжало работать и началось явно нефизическое восприятие происходящего.

По словам Памелы, она пришла в сознание, когда услышала неприятный звук, как у дантиста (это пилили черепную кость), и она почувствовала как вышла из макушки головы и стала парить над своим телом. С этого момента она начала наблюдать за действиями врачей в операционной и слышать их разговоры. Она признала, что еще

¹⁸ Шунтирование состоит в создании шунта в обход суженного участка кровеносного сосуда, что приводит к восстановлению кровотока в артерии, или используется для гипотермии (охлаждения тела) при операции, например на аневризме, или делается при операции на сердце.

никогда не была в таком четком и ясном сознании, как в тот момент. Ее удивило то, как они сбрили волосы на ее голове. Она думала до операции, что ей сбреют все волосы на голове, но они сбрили только часть. Зрение было намного более отчетливым и более сфокусированным, чем обычно. Многие вещи она не понимала и задавала себе вопрос, зачем они это делают. Ее удивило большое количество медперсонала в операционной. Она рассматривала инструмент в руке хирурга, который потом в точности описала, когда пришла в сознание. Он выглядел, как ручка от ее электрической зубной щётки. С помощью этого инструмента они собирались распилить череп. Она не видела, как они это делали, но слышала звук. Она услышала женский голос, который сказал, что у нее проблема, потому что артерии Памелы слишком узкие и затем мужской голос: “Попробуй с другой стороны”. Она не поняла, почему они что-то делают у нее в паху, когда операция должна была быть на мозге (ей разрежали артерию в области паха, чтобы соединить с прибором и выпустить кровь). Она почувствовала чье-то присутствие и увидела точку света. Этот свет начал притягивать ее, но не без ее желания. Она хотела туда идти. И было физическое ощущение, как будто бы поднималась быстро в горку. Затем что-то похожее на туннель со светом впереди и ощущение как будто бы очень быстро поднимаешься в лифте. Чем ближе она приближалась к свету, тем отчетливее видела различные фигуры. Затем отчетливо услышала голос своей бабушки, зовущий ее. Это было не так, как обычно она слышала через уши. Звучание было другим. Она направилась к бабушке. Свет стал очень ярким, как будто бы она оказалась сидящей в центре электрической лампочки. Она увидела разные фигуры как будто покрытые светом, или они и были светом. Они начали формироваться в фигуры, которые она стала узнавать, и все они были в своем наилучшем состоянии. Они, ее родственники, как будто бы не позволяли ей идти дальше. С одной стороны, она хотела идти дальше, но, с другой стороны, хотела вернуться к своим детям. Коммуникация с ними была не через язык, а непосредственно телепатически. Она спросила кого-то, является ли этот свет Богом. И кто-то ответил, что свет это только дыхание Бога. Она вернулась в операционную, и ей очень не хотелось входить обратно в тело. Но ее умерший дядя подтолкнул к телу, пытаясь убедить в необходимости возвращения в тело, и она почувствовала пронизывающий холод, как будто бы нырнула в ледяную воду. Было больно и неприятно (и действительно тело было низкой температуры в тот момент). Когда она вернулась в свое тело в операционной (она все еще была под общим наркозом), она услышала исполнение песни “Отель Калифорния” (“Hotel California”). В песне была строчка “Ты можешь выписаться из отеля в любое время, какое ты хочешь, но никогда не сможешь покинуть” (“You can check out anytime you like, but you can never leave”). Позже, когда она пришла в себя, она сказала одному из хирургов, что это было очень бесчувственно играть ей такую песню, что страшно удивило хирурга. Никто не предполагал, что она что-то слышала и видела во время операции.

Ее описание медицинских инструментов и вещей в комнате полностью совпало с реальными, хотя все было упаковано и лежало в операционной неоткрытым для стерильности до самого начала операции, когда ее уже усыпили, закрыли глаза и вставили в уши щелкающие устройства. Многие ее удивило, так как она ожидала совсем другого.

Марио Борегар (Beauregard) считает, что случай с Памелой Рейнольдс уникален по двум причинам (Beauregard, O'Leary, 2007). Первая: она имела такой опыт, когда была на операционном столе и под медицинским надзором, и клиническая смерть была зафиксирована медиками. Вторая: она смогла вспомнить достоверные факты о ходе операции, которые она не могла бы знать, если бы не находилась в сознании в течение операции. Борегар считает, что случай с Рейнольдс дает возможность выдвинуть гипотезу, что мышление, сознание и “я” могут продолжаться, когда мозг уже больше не функционирует, и что этот случай бросает серьезный вызов материалистической точке зрения на мозг и сознание, согласно которой сознание - продукт работы нейронов мозга.

А вот еще один уникальный случай клинической смерти, описанный русским нейрофизиологом Н.П. Бехтеревой со слов психотерапевта А.В. Гнездилова:

“Оперировали женщину средних лет (...). Поводов умереть именно от этой операции у этой женщины почти не было. И тем не менее на операционном столе развилась клиническая смерть. Больную вернули к жизни, и о своей короткой “смерти” она ничего не знала. А проснувшись, рассказала об удивительном сне. Ей снилось, что она вышла из тела, находится где-то наверху, видит свое тело лежащим, врачей вокруг него и понимает, что, скорее всего, она умерла. Стало страшно за мать и дочь – она их не предупредила об операции, хотела сказать тогда, когда все будет позади. И, подумав о домашних, внезапно оказалась дома. Дочка примеряла голубенькое платьице в горошек. Вошла соседка и сказала: “Люсеньке¹⁹ бы это понравилось”. (...) Психотерапевт предложил съездить к “Люсеньке” домой, успокоить домашних. Предложение было встречено с благодарностью, и он немедленно поехал. Удивлению матери и дочери не было предела, когда он упомянул о голубеньком платьице и соседке. Они никак не могли понять, откуда он знает о событиях, о которых “по всем законам природы” он знать не мог. Кто ему сказал?!” (Бехтерева, 2008: 224).

Бехтерева, наверно, единственная из русских ученых, которая не побоялась открыто признать существование паранормальных явлений и анализировать духовный опыт при клинической смерти: “Сейчас оттуда, “откуда никто не возвращается”, вернулась целая армия людей, и что-то около 10% (по разным статистикам цифры разные) описывают довольно схожие “сны”, причем достоверность явлению придает и (1) то, что субъект описывает в своем “сне” события, реально происходившие, но которых он не мог видеть, и (2) факт схожести снов, виденных умершими и ожившими в разных концах земли, во всяком случае – в типовом варианте. Следует подчеркнуть, что и опрашивали больных разные люди, и что также (3) повышает достоверность сходных событий” (Бехтерева, 2008: 225), и далее: “При анализе явления не последним должно быть то, что рассказывает о виденном и слышанном человек не от “имени” тела, но от “имени” души, отделившейся от тела. А тело – не реагирует, оно клинически умерло. Кто же думает (видит, слышит), когда человек жив?” (Бехтерева, 2008: 226). “Мы прекрасно знаем, что нарушение органа зрения, органа слуха, их путей к мозгу, их основного мозгового звена обязательно приводит к нарушению соответственно зрения и слуха. Как же при выходе из тела душа видит

¹⁹ “Люсенька” - имя больной на операционном столе.

и слышит? Вот где повод сказать: этого не может быть, потому что не может быть никогда, и вот уж где “Зазеркалье”. Вот проблема, трудность решения которой – и ответственность – оттолкнет многих” (Бехтерева, 2008: 227).

Холден (Holden, 2009: 187) считает, что если достоверное явно нефизическое восприятие во время клинической смерти существует, то тогда:

- (1) можно говорить не о субъективной реальности, а об объективной реальности опыта;
- (2) сознание (восприятие, мысли, память и т.д.) явно существует независимо от физического тела при клинической смерти;
- (3) следовательно, сознание может потенциально считать как существующее и после физической настоящей смерти;
- (4) отсюда рассказы о трансматериальном аспекте такого опыта могут быть верными, включая цель и значение существования человека, о которых говорят те, которые испытали такой духовный опыт;
- (5) следовательно, нам следует задуматься об их опыте и сделать выбор в пользу гуманности и более гуманной общественной политике, так как согласно рассказам выжившим после клинической смерти, они поняли, что самая главная цель для человечества - это развивать способность любить и приобретать знания.

3.5.5. Последствия духовного опыта при клинической смерти.

Наблюдаются определенные последствия духовного опыта при клинической смерти: часто наступающая положительная трансформация личностных качеств и переоценка ценностей, необычное стремление к знаниям (Greyson, Kelly, Kelly, 2009).

Некоторые описывают свой опыт в другом измерении, как состояние сознания, которому доступно любое знание: как только ты хочешь узнать что-то, то это знание мгновенно приходит к тебе как связанный пучок мыслей (Moody, 2005). Духовные ценности начинают преобладать над материальными, теряется интерес к карьере, конкуренции. Иногда люди, страдавшие какой-то болезнью, после опыта клинической смерти неожиданно поправляются (Lommel, 2010). В том новом измерении они могли проникать через твердые предметы, такие как стены или двери (Lommel, 2010). Они, умершие, могли слышать и видеть и читать телепатически мысли, а окружающие живые люди, к их удивлению, не могли; глухие слышали, а слепые становились зрячими и видели то, что происходило в операционной комнате, а чтобы очутиться рядом с кем-то, достаточно было подумать о нем.

Люди редко возвращаются с теми же верованиям в бога и пониманием жизни, которые они имели до опыта. Безграничная чистая любовь, которую чувствуют люди в постмортальном мире, служит контрастом для той лжи и фальши, которая существует в этом мире. Многие испытывают из-за этого трудность реинтеграции в семью и общество.

Одна женщина, которая была женой священника, рассказала, что она не могла более посещать церковь, когда ее муж читал проповеди, потому что то, что он говорил собравшимся прихожанам, было неправдой (Atwater, 2007). Она знала лучше, чем он, что такое Бог. Она поняла это, когда очутилась в постмортальном мире. Бог не

требовал от нее в том мире того, что требует священник в этом мире согласно существующему религиозному учению.

И хотя после такого опыта люди начинают интересоваться духовными учениями великих религиозных учителей, это не означает, что они становятся оплотом местной церкви.

Раймонд Моуди рассказывает о случае с человеком, который учился до такого опыта в семинарии, а после заявил, что теперь понял, каким ослом он был, когда доказывал, что его конфессия лучше, чем другая, и ожесточенно спорил с теми, которые не придерживались нужных теологических взглядов. Бога вовсе не интересует твоя конфессия или теология. Все что Бог хочет знать, так это то, что ты носишь в сердце, а не какой конфессии придерживаешься в голове.

Люди неверующие начинают верить в Бога после клинической смерти и ценить все духовное как и те, которые всегда были религиозными. Но обе группы начинают понимать и ценить религию не в узко определяемых церковью рамках разных религиозных вероисповеданий и конфессий. Они начинают понимать, что религия связана с твоей способностью любить, а не с доктринами и конфессиями. Короче говоря, они приходят к выводу, что Бог гораздо более великодушный и великий, чем они думали раньше и что конфессия не играет никакой роли. Те, которые часто ходили в церковь и были очень послушными в плане ритуалов, отказываются ходить в церковь, так как Богу все равно ходишь ты в церковь или нет, главное, что ты носишь в сердце (Moody, 2005).

Ломмель сравнивает отношение к официальной религии до и после опыта на примере Австралии. В Австралии в 1990 году среди всего населения не принадлежащих никакой религии было 16%, прихожан англиканской церкви - 28,3%, прихожан римской католической церкви - 25,6%, лютеранской - 1,3%, а буддистов - 0,2% (Lommel, 2010: 57). Теперь возьмем цифры для тех, которые имели духовный опыт при клинической смерти и сравним до и после опыта: если до опыта процент не принадлежащих ни к какой религии составлял 46%, то после клинической смерти наблюдался выход из определенной религиозной организации и составлял уже 84%; причем прихожан англиканской церкви до духовного опыта клинической смерти и выхода из тела было 24%, а после опыта стало 4%, римской католической церкви до опыта - 12%, после - 8%, лютеранской до опыта - 2%, после - 0%; но если буддистов до опыта было - 0%, то после - 2% .

	До опыта	После опыта	Все население (независимо от опыта)
Не принадлежащие	46%	84%	16%
Англиканская	24%	4%	28,3%
Римская католическая	12%	8%	25,6%
Лютеранская	2%	0%	1,3%

Кросс-культурная разница, наблюдаемая при описании своего духовного опыта, показывает, что не суть опыта меняется под влиянием культуры, а то, как люди интерпретируют и описывают то, что с ними случилось (Greyson, Kelly, Kelly, 2009).

Изменяются внутренние часы, внешность, если сравнить с прошлыми фотографиями, даже почерк. Происходят и другие психологические и физиологические изменения. Атуотер сравнивает этот опыт с грандиозной стиральной машиной, которая очищает и отскребаёт психику человека и освобождает его от того, что было заперто в душе и сдерживалось, а именно: скрытый талант, способности, чувства, новое восприятие мира, вера в интуицию, любовь, жажда знаний и любовь к истине (Atwater, 2007).

Олаф Свенсон (Olaf Swenson) оформил более чем 100 патентов в молекулярной химии на основе способности предвидения, полученной во время духовного опыта, когда ему было 14 лет. Меллен-Томас Бенедикт (Mellen-Thomas Benedict) сейчас успешно занимается исследованиями по ДНК (Atwater, 2007).

Меллен-Томас Бенедикт имел удивительную историю. Он был когда-то оператором и участвовал в съемках художественных фильмов. Затем он переехал к родителям и стал жить в городе Фейетвилл в Северной Каролине, США (Fayetteville, North Carolina). В возрасте 33 лет врачи обнаружили у него раковую опухоль головного мозга, которую нельзя было оперировать. Состояние быстро ухудшалось, и в какой-то момент он понял, что умирает, и как только понял, так это и произошло. Его сиделка определила, что Бенедикт “отсутствовал” 90 минут. Самое удивительное в этой истории заключалось в том, что некоторое время спустя после этого случая, доктора обнаружили при осмотре, что его опухоль полностью исчезла.

Атуотер приводит следующие изменения, характерные для 80-90% людей и для 50-79% после духовного опыта при клинической смерти, то есть характерное почти для всех и менее характерное (Atwater, 2007).

Возьмем наиболее характерные изменения у 80-90% людей после духовного опыта при клинической смерти.

Психологические изменения у 80-90% людей после духовного опыта при клинической смерти:

потеря страха смерти, человек становится более духовным и духовно-религиозным и менее ограниченным определенной религиозной конфессией, более щедрым и больше участвует в благотворительности, легче справляется со стрессом, становится склонным к философии, более открытым и принимающим новое, не следит за временем и расписанием, видит новое в старых вещах, формирует всеобъемлющее понятие любви, но испытывает сложности в поддержке личных любовных отношений (потеря интереса к физической близости с партнером), человек полагается больше на интуитивное решение, усиливаются или появляются новые психические способности, усиливается понимание и ощущение знания о вещах, Боге, человек менее интересуется победой в конкуренции.

Физиологические изменения у 80-90% людей после духовного опыта при клинической смерти:

Человек становится более чувствительным к свету, особенно к солнечному и к звукам (начинает любить другой тип музыки), выглядит моложе, ведет себя, как молодой и способный радоваться игре, имеет больший приток энергии, изменение в мышлении (переход от последовательного и селективного мышления к кластерному и абстрактному с принятием неопределенности), неутолимое любопытство, более низкое кровяное давление, более яркую кожу и глаза, часто изменяется доминирование полушария, вылечивается быстрее.

В категории “от 50% до 79% людей” после духовного опыта при клинической смерти наблюдаются иногда метаболические изменения, быстрее усваиваются вещества и нужны меньшие дозы медикаментов. Ломмель тоже отмечает изменение метаболического уровня, люди быстрее поправляются и выглядят моложе (Lommel, 2010). Наблюдается увеличение случаев аллергии к фармацевтическим средствам, старые лекарства уже не годятся и не переносятся, большая непереносимость к домашним химическим средствам по уборке, к духам, к добавкам для длительного хранения пищи, к покрытиям тканей и дерева, аномалия в дыхании с неожиданными остановками, меньшее потребление мяса, переход на овощи, предпочтение держать двери и окна открытыми (Atwater, 2007). Часто после такого опыта люди просыпаются в 3 часа ночи и потом опять ложатся спать. Атуотер предполагает, что, возможно, это связано с переходом на естественные циркадные ритмы и с магнитным полем Земли и объясняет тем, что магнитное поле Земли, продвигаемое солнечными ветрами, достигает пика около 3 часов ночи каждую ночь, не важно, где вы находитесь на Земле. Такая циркуляция в это время считается неустойчивой, но для людей искусства является творчески стимулирующей. Паттерн сна, согласно исследованию в университете Аризоны в 2004 году, изменяется, и 22% из таких людей имели редкий волновой паттерн мозга, известный как синхронизированная мозговая активность в левой височной доле. Такое одновременное выстреливание нейронов обычно наблюдается только у тех, которые страдают эпилептическими припадками. Это одно из первых нейрофизиологических свидетельств отличия таких людей после опыта (Atwater, 2007). Также характерным может стать новая способность к синестезии (синестезия - явление, при котором чувственные впечатления влияют друг на друга, например музыка может иметь цвет). Человек слышит картины, видит музыку, ощущает запах звуков. Изменяется взаимодействие с электричеством (50-79% от общего числа прошедших через такой опыт) (Atwater, 2007; Lommel, 2010). Энергия вокруг таких людей и энергия таких людей воздействует на или контролирует электрические и электронные приборы и оборудование (73% от общего числа прошедших через такой опыт). Их энергетика ведет к поломке, остановке или неправильному функционированию приборов или к другому странному поведению приборов, которое нельзя логически объяснить. Такие люди часто имеют аллергии, способность лечить, случаи необычных психических явлений, эмоциональную интенсивность и нестабильность и показывают чувствительность к свету и звуку (Atwater, 2007: 109). Записывающие устройства начинают дымиться, компьютеры ломаются, телевизионные каналы плохо работают, системы с электронной памятью стираются, уличные фонари мигают, когда они проходят мимо. Никто из них не может носить часы и вынужден постоянно чинить и заменять. Многие начинают видеть ауру, окружающую вещи и людей, жалуются на метеорологическую зависимость (температура, давление, движение воздуха, влажность), чувствуют геомагнитные поля.

Ниже приводится таблица (по Ломмелю с сокращениями) происходящих изменений и сравниваются паранормальные способности до духовного опыта при клинической смерти и после духовного опыта, а также дается процент от всего населения независимо от духовного опыта при клинической смерти (Lommel, 2010: 61):

	До опыта	После опыта	Всего среди населения независимо от опыта
Телепатия	42%	71%	58%
Интуиция	54%	92%	нет данных
Выход из тела	8%	49%	14%
Ощущение ауры	13%	47%	5%
Способности хилера	8%	65%	нет данных
Сновидения	44%	79%	42%
Ясновидение	38%	71%	38%
Предвидение	49%	86%	нет данных

Например, в таблице до опыта 42% испытавших клиническую смерть и духовный опыт могли говорить о способности к телепатии, после опыта - 71%, а по опросам населения такой способностью обладают 58% людей. Усиленная интуиция до опыта - 54%, после - 92%, опыт выхода из тела до - 8%, после - 49%, ощущение ауры другого человека до - 13%, после - 47%, способности хилера до - 8%, после - 65%, видение снов до - 44% после - 79%, ясновидение до - 38%, после - 71%, сверхчувственное предвидение до - 49%, после - 86%.

Ломмель проводит сравнение между двумя группами: (1) те, которые выжили после остановки сердца, но не имели выхода из тела или других признаков духовного опыта и (2) те, которые имели. Первые тоже показывали изменения, но в меньшей степени (больше размышляли о смысле жизни, усиливалась эмпатическая реакция), причем с годами разница усиливалась между этими двумя группами людей. Церковь начинали посещать те, которые не имели опыта, а те, которые имели, переставали посещать. Интуиция была сильнее после опыта. Интерес к духовной практике увеличивался с годами у тех, которые с опытом и уменьшался у тех, которые без опыта. Требование к уровню жизни увеличивалось у тех, которые были без опыта и уменьшался у тех, которые были с опытом. То есть 8 лет спустя те, которые имели духовный опыт при клинической смерти, показывали более высокий уровень эмоционального восприятия, меньший интерес к мнению окружающих, большее сострадание к другим, большее понимание важности природы, меньший интерес к уровню жизни, деньгам и имуществу, усиление чувства социальной справедливости, внутреннее значение жизни, уменьшение посещаемости церкви, увеличение интереса к духовности, усиление веры в загробную жизнь, больший интерес или благодарность к обыденным вещам. Те, которые имели глубокий уровень опыта со всеми признаками такого опыта, умирали быстрее в течение последующих лет.

Исследователи также заинтересовались духовным опытом при клинической смерти у детей. Интерес был связан с картиной загробной жизни, увиденной детьми. Взрослые могли быть под впечатлением культурного окружения, тогда как дети не находятся под таким влиянием. Однако дети рассказывали о таких же явлениях, как и взрослые – туннель, свет, эфириобразные существа, встреча с умершими братьями и сестрами, о существовании которых они иногда и не знали. Некоторые описывали “дядю”, который в действительности был их реальным отцом и который умер.

Ломмель пишет, что из 12 детей, которые выжили после остановки сердца, 8 имели духовный опыт при клинической смерти, то есть это 67% (Lommel, 2010: 72). Они

также имели изменения после этого опыта: отличались от сверстников, ум становился взрослым, избегали игр со сверстниками. Многие, около одной трети, нескольких лет спустя, начинали пить в старших классах или начинали употреблять наркотики и совершали попытки самоубийства. Остальные же показывали гораздо более высокий уровень интеллекта, чем сверстники, и делали успешную карьеру в философии, теологии, креативных областях. Элементы такого духовного опыта дети иногда имеют при сексуальных преступлениях, совершаемыми над ними родителями, либо при угрозе ментальной или физической расправы. Они отключаются от реальности и имеют опыт выхода из тела, как защитной реакции. В этом случае они перестают чувствовать боль или унижение. Иногда они видят свое тело со стороны и то, что с ним делают, поэтому это не просто случаи психологической диссоциации с телом, это опыт выхода из тела, как считает Ломмель (Lommel, 2010).

Чери Сазерленд (Cherie Sutherland) исследует вопрос опыта у детей и подростков и ссылается на работы других исследователей (Sutherland, 2009). Например, Нэнси Эванс Буш (Nancy Evans Bush, 1983) описывает 17 случаев такого опыта у детей. В 1984 году Глен Габард и Стюарт Твемлоу (Glen Gabbard and Stuart Twemlow, 1984) опубликовали еще несколько случаев (Твемлоу сам имел такой опыт, когда был ребенком). К 2006 году в литературе было описано несколько сотен случаев с детьми (Sutherland, 2009).

Дети описывают, что как будто бы внутреннее тело выходило из них. Чери Сазерленд приводит историю с Томми, 8 лет. После аварии на машине у него был поврежден мозг, особенно с правой стороны. Он был в течение 21 дня на аппаратах, поддерживающих жизнь, и затем 3 месяца в коме. Когда он был в коматозном состоянии, его родители постоянно общались с ним, надеясь, что он услышит их утешительные слова. 9-10 месяцев спустя, когда он начал говорить, выяснилось, что, оставаясь неподвижным в коме, он видел много того, что можно было проверить и считать верифицированными данными явно нефизического чувственного восприятия.

3.5.6. *Определение смерти.*

Вопрос об определении смерти человеческого организма является важным для передачи органов коматозного человека другому. Обычно используется трехстороннее свидетельство о смерти, электроэнцефалограмма на присутствие мозговых волн, то есть активности мозга; процедура проверки степени активности ствола мозга через слуховую реакцию; набор других тестов, показывающих отсутствие поступления потока крови к мозгу (Atwater, 2007).

Однако люди, которые согласно этим тестам были объявлены мертвыми, тем не менее, имели духовный опыт при клинической смерти и ожили. Обычно считается, что в среднем через 5-20 минут человек при клинической смерти мертв и его нельзя оживить (5-10 минут достаточно, чтобы мозг умер). Но случается, что человек оживает и через 30 минут или час, а иногда и несколько часов спустя (Atwater, 2007). Атуотер встретила женщину, которая считалась мертвой и пришла в себя через 12 часов, а потом другую, которая очнулась через 16 часов. Обе очнулись в морге. Это удивительно, потому что медицинские работники предупреждают, что без достаточного количества кислорода мозг через 3-5 минут может быть поврежден

навсегда. Но ни один из этих оживших людей не имел никаких проявлений поврежденного мозга. И даже наоборот, вернулись умнее и более креативными, чем они были до этого (Atwater, 2007: 161). Те, которые занимаются бальзамированием, как пишет Атуотер, могут рассказать много случаев, когда умершие оживали при начальной работе по бальзамированию (Atwater, 2007).

Раймонд Моуди уверен, что надо пересмотреть эту практику определения смерти (Moody, 2005). Он рассказывает о человеке, которого знал лично. Этот человек сильно пострадал в автомобильной катастрофе и был привезен в больницу, где его объявили мертвым по прибытию. Его тело поместили на каталку и закатали за занавеску в приемном покое. Там он оставался все время, пока врачи совершали обход других пострадавших пациентов. Несколько часов спустя тела стали выкатывать в другую часть больницы, и тогда этот человек подернулся. Несмотря на отсутствие жизненных признаков, таких как сердцебиение и функционирующие зрачки, этот человек был жив и потом прожил много лет как нормальный человек. Другой человек, которого Моуди знает и который носит с собой, как сувенир, некролог, написанный по поводу его смерти, был привезен в больницу и объявлен мертвым, а затем накрыт простыней и отправлен в морг. Неожиданно он очнулся там несколько часов спустя.

Означает ли смерть мозга действительно смерть человека или только начало процесса умирания, и что происходит с сознанием в этот момент? Означает ли клиническая смерть потерю сознания? (Lommel, 2010).

Ломмель, ссылаясь на Оуэна (Owen et al., 2006), приводит случай с пациентом, который имел вегетативное состояние (кома, при которой есть спонтанное дыхание и рефлексы ствола мозга). При проверке работы мозга было обнаружено, что, когда пациента просили вообразить некоторые действия, такие как игра в теннис или передвижение по дому, мониторы показывали изменения, идентичные тем, которые происходят у здоровых людей, выполняющие те же инструкции. Это означает, что больной не только понял, что от него хотят, но и выполнил. Это также означает, что пациент из-за повреждения мозга не может передать свои мысли и эмоции непосредственно во внешний мир.

Элисон Алтес (Alison Altes) описывает свое состояние в коме, когда она видела медперсонал и семью как внутри палаты, так и за ее пределами в течение трехнедельной комы после серьезной аварии (Lommel, 2010).

Ян Керкхофс (Jan Kerkhoffs) описывает, что он был в сознании, когда неврологи объявили его мозг мертвым в результате осложнений после операции на мозге. И только потому, что его семья отказалась от передачи органов, он смог впоследствии описать свой опыт в своей книге, потому что, к всеобщему удивлению, он пришел в сознание после трех недель комы (Lommel, 2010).

В связи с этими рассказами возникает моральная дилемма по поводу передачи органов от якобы умершего человека или пассивная эвтаназия, которую применили бы ко всем этим людям, если бы не сопротивление родственников или чистая случайность.

3.5.7. Критика и ответы на критику.

Многие исследователи полагают, что духовный опыт при клинической смерти возникает в силу страха перед смертью. Однако такой опыт существует и у

маленьких детей, которые совершенно иначе относятся к смерти. В возрасте 7 лет дети не боятся смерти, они не понимают, что такое смерть. Для них смерть - это что-то временное, как нечто, откуда можно вернуться. Они также не имеют культурного багажа, который описывал бы подробности духовного опыта, и о котором они бы знали заранее, как могут об этом знать взрослые. И, тем не менее, они описывают такие же явления при клинической смерти, как и взрослые (Moody, 2005).

Суммируя спор и дискуссию о физиологических и психологических гипотезах, объясняющих появление опыта, Ломмель отвергает многие существующие гипотезы и объясняет, почему их нельзя признать верными. Два главных возражения: (1) такому опыту необязательно предшествует остановка сердца, т.е. клиническая смерть, (2) такой духовный опыт наблюдается не у всех тех, у кого остановилось сердце, т.е. была клиническая смерть. Ниже идет краткое суммирование критики и возражений по Ломмелю (Lommel, 2010) и Атуотер (Atwater, 2007).

Критика 1.

При эпилепсии (височная доля) и электромагнитной стимуляции могут быть похожие явления.

При эпилепсии (височная доля) и электромагнитной стимуляции с помощью электродов или через трансчерепную магнитную стимуляцию, где магнитные поля влияют на функционирование мозга (чаще блокируют), человек может испытывать состояния, напоминающие опыт клинической смерти, при которых бывают ощущение отделения от тела и искаженное видение части своего тела.

Женщина страдала эпилепсией, и врачи предполагали причину проблемы над и за правым ухом в височной доле. Но так как сканирование не показало точную локализацию причины эпилептических приступов, врачи открыли череп и попробовали разные участки около правой угловой извилины. Мозг сам по себе не чувствует боли, поэтому пациент может быть в сознании и разговаривать с врачами, пока они пробуют разные участки с помощью подачи низковольтных кратковременных электрических импульсов. Таким образом, пациентка могла описать свои ощущения во время электростимуляции. Она сказала, что видит свое тело сверху и только часть туловища, а сама она летает под потолком. Когда ее ноги были согнуты под углом 90 градусов, она испугалась, что они коснутся ее лица, так как она видела, что они быстро приближаются к лицу. То же самое было и с одной рукой. При эпилепсии, вызванной нарушением в височной доле или близко от неё, могут наблюдаться ощущения “дежа вю”, зрительные или слуховые галлюцинации. Интересно, что об электростимуляции правой височной доли и об эффекте нетипичного выхода из тела сообщал еще Уайлдер Пенфилд (Wilder Penfield) в 1955 году (Penfield, 1975). Например, одна из его пациенток услышала, как мать звала ее на складе лесоматериалов.

Ответ.

Однако опыт вне тела при электростимуляции не попадает под понимание, что такое опыт выхода из тела при клинической смерти. При духовном опыте при клинической смерти человек видит все тело в нормальном виде, как оно есть на самом деле. Он видит, как обозреваемая часть тела подвергается медицинским процедурам, нет искажений увиденного тела и нет сообщений об иллюзии быстрого приближения к лицу и т.д. При электростимуляции нет воспоминания о прошлом

как в панорамном видении предшествующей жизни при клинической смерти. Если и возникает что-то похожее на воспоминание, то оно вероятнее всего неверно. Та женщина никогда не была на складе лесоматериалов в детстве (Holden, Long, MacLurg, 2002). И самое главное при электростимуляции не бывает верифицированного рассказа о реальных событиях, характерных для материального или трансматериального аспектов духовного опыта, как это наблюдается при клинической смерти. В последнем случае пациенты знают, что происходит с родственниками или сообщают о других событиях за пределами операционной, и их рассказы соответствуют действительности. Нет также изменения духовных ценностей, цели жизни и понимания миссии человека, что типично после духовного опыта при клинической смерти.

Критика 2.

Опыт появляется из-за недостатка кислорода и избытка углекислого газа.

Некоторые исследователи утверждают, что духовный опыт при клинической смерти вызван просто недостатком кислорода в умирающем мозге после остановки сердца. Видение туннеля обусловлено оптической иллюзией. При уменьшении подачи кислорода активность зрительной коры еще не подавлена и оптические клетки не только начинают выстреливать наугад, но они делают это чаще и ближе к центру зрительного поля, чем периферии, и создают видение туннеля. Пациент - жертва зрительного обмана. Думая, что он встречает неземных существ и видит свет, исходящий от Высшего Существа, он в действительности видит всего лишь тот медицинский персонал, который окружает его, а яркий свет вызывается ненормальной активностью в височных долях при ухудшенном или нарушенном чувственном восприятии.

Опыты по использованию или вдыханию углекислого газа, ведут к ощущению отделения от тела, видению туннеля, вспышек света. Обычно, когда человек вдыхает кислород, скопление углекислого газа выходит из него. Когда сердце перестает работать, кислород не поступает и уровень углекислого газа быстро повышается. Слишком высокий уровень углекислого газа убивает ткани.

Приводят пример летчиков реактивных самолетов. Находясь в центрифуге при ускорении и при быстрой смене гравитации, что вызывает отлив крови к ступням, они могут потерять сознание и испытывать судороги, как при эпилепсии, иногда видят туннель, свет, ощущение умиротворенного парения и обрывки старых образов из жизни.

Ответ.

У летчиков не бывает верифицированного рассказа о параллельно развивающихся реальных событиях, пока они находятся в таком состоянии, также как и у тех, которые вдыхали углекислый газ или им стимулировали мозг. Нет также изменения духовных ценностей, цели жизни и понимания миссии человека, что типично для духовного опыта при клинической смерти. Нет других физиологических и психологических изменений на всю оставшуюся жизнь, которые характерны для человека после духовного опыта. Важно также, что такой духовный опыт может появиться и при достаточном количестве кислорода и без клинической смерти. Факты достоверного и явно нефизического восприятия за пределами операционной говорят об ошибочности таких гипотез.

Критика 3.

Такой духовный опыт появляется под воздействием лекарств и других психоактивных средств.

В результате принятия лекарств, например ЛДС, и других лекарств, влияющих на психику, люди рассказывают о полетах и странных мирах. Сюда же относятся и психоактивные вещества – псилоцибин (psilocybin), мескалин (mescaline), имеющиеся в некоторых растениях или грибах, которые используют для изменения сознания. Влияние психоактивных веществ связывают с нейротрансмиттером серотонином, который имеется в большом количестве в организме. Эти вещества связываются с рецептором серотонина 52.

Существует также гипотеза о химических реакциях в мозгу, ведущих к духовному опыту. Например, при приеме препарата кетамин (ketamine) больные могут иметь галлюцинации, так как он блокирует определенные рецепторы (NMDA) в мозге. Появляется ощущение отделения от тела. Кетамин классифицируется как антагонист NMDA-рецепторов.

Ответ.

Ни при приеме таких лекарств, как кетамин, ни психоделиков, не наблюдаются верифицированные сообщения о реальности. Ни один из употребляющих эти лекарства не сообщал правдивые истории и не показывал знания о реальных событиях за пределами своей комнаты, как это происходит с теми, которые имели духовный опыт в момент клинической смерти. Их видения под воздействием лекарств и наркотиков – это галлюцинации, а галлюцинация – это искажение реальности, в то время как видения при выходе из тела при клинической смерти соответствуют реальным событиям и подтверждаются.

При клинической смерти за две-пять минут путешествия в потусторонний мир, кардинально изменяется вся последующая жизнь. Изменяются жизненные ценности и цели жизни, отношение к людям в положительную сторону, происходит смена деятельности. Атуотер считает, что лекарства в действительности подавляют духовный опыт, а не вызывают его.

Наркотики, психоделики и разного рода лекарства с наркотическим эффектом воздействуют кратковременно на мозг, и они скорее убивают духовный опыт, который неотделим от сознательного восприятия и возможности проявления своей воли.

Критика 4.

Духовный опыт вызывают естественные вещества в организме.

Выдвигается гипотеза о DMT (dimethyltryptamine, диметилтриптамин). Эпифиз или другое название - шишковидная железа (epiphysis или pineal gland) содержит вещества, которые могут превратить серотонин в психоактивное DMT (естественный психоделик человеческого организма, но который можно найти и в растениях), а также содержит вещества, которые способны заблокировать ферментативный распад DMT.

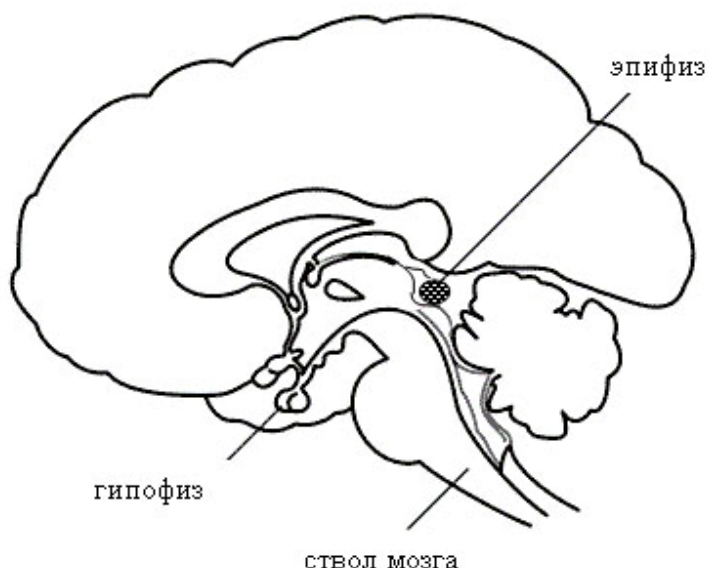


Рис. 34. Эпифиз мозга.

Мозг в разрезе по середине. Правое полушарие, лоб слева, затылок справа. Эпифиз - непарное образование, находится в месте межталамического сращения, выполняет, в основном, эндокринную функцию.

DMT встречается в мозге, крови, легких, почках, а также встречается в печени и глазах (Lommel, 2010). DMT - это короткоживущее вещество, имеющее быстрый распад и способность проникать в мозг через гематоэнцефалический барьер. Мозг имеет особое устройство - кровяной барьер, который препятствует проникновению многих лекарств и инфекций через кровь.

Во время сильных психологических и физических потрясений (острая боль, сердечный приступ, автоавария и т.д.) в организме высвобождается большое количество адренокортикотропного гормона. Производство DMT стимулируется адренокортикотропным гормоном (адренокортикотропный гормон также стимулирует производство кортикостероидов - кортизола из коры надпочечников в стрессовой оси "гипофиз-гипоталамус- надпочечники"), а также адреналином и норадреналином.

Считается, что когда человек умирает, то высвобождается большое количество DMT при умирании клеток эпифиза. При введении лекарственного аналога DMT, у людей наблюдается видение туннеля, существ из света, ощущение безграничной любви, неземного окружения, телепатической коммуникации с другими нематериальными существами, выход из тела. Эпифиз имеет ряд особенностей. Интересно, что Декарт считал, что эпифиз - это то место, где душа взаимодействует с телом. Эпифиз находится близко к эмоциональным, визуальным и слуховым центрам мозга и отвечает за баланс воды, участвует в синхронизации циркадных ритмов (биоритмы "сон-бодрствование"), развитии половых желез во время полового созревания.²⁰

²⁰ Эпифиз выполняет эндокринную функцию и является составной частью фотоэндокринной системы. Эпифиз - непарное образование, находится в месте межталамического сращения, вырабатывает гормон мелатонин, серотонин и адреногломерулотропин, находится за пределами гематоэнцефалического барьера. Секреторные клетки эпифиза выделяют в кровь гормон мелатонин, синтезируемый из серотонина, который участвует в синхронизации циркадных

Очевидно, играет роль и в сновидениях. Возможно, влияет на гипоталамо-гипофизарные гормоны, а также на иммунную систему.

Другая попытка объяснение духовного опыта – это через эндорфины (endorphins). Эндорфины являются эндогенными нейропептидами, которые всегда присутствует в небольших количествах в мозге. При стрессе это вещество выделяется в большом количестве и является естественным морфином для организма. Человек может испытывать состояние блаженства, может отсутствовать и боль.

Ответ.

Однако, эффект воздействия естественных веществ во время стресса быстро исчезает. И это состояние не влияет кардинально на последующие ценностные установки и на психические и физиологические изменения, нет связи с реальностью и верифицированных рассказов. А также необязательно иметь умирающие клетки мозга для подобного духовного опыта. С другой стороны не все имеют духовный опыт и при клинической смерти, хотя физиологические показатели умирающего мозга одинаковые.

Во время глубокой медитации нормальное функционирование тела также изменяется: увеличивается уровень серотонина и возможно DMT в крови, в то время как уровень кортизола и адреналина падает, но нет подобного духовного опыта.

Исследуя изменения после духовного опыта при клинической смерти Атуотер подсчитала: 21% заявляли, что у них были незначительные изменения после опыта, 60% что у них были значительные изменения, 19 % что у них были радикальные изменения, как если бы они стали другими людьми.

3.5.8. Теоретическое объяснение духовного опыта при клинической смерти.

Ломмель выражает уверенность, что сознание не может быть привязано ни к определенному времени, ни к месту (Lommel, 2010). Полное и бесконечное сознание везде и в нем есть настоящее, прошедшее и будущее, доступное одновременно. Это бесконечное сознание в нас и вокруг нас. Однако у нас нет соответствующих убедительных теорий, которые могли бы доказать или помочь измерить сознание, не имеющее временных или пространственных рамок в материальном мире. Мозг и тело просто функционируют как интерфейс для получения части полного сознания или части памяти при бодрствующем сознании. Нелокальное сознание включает гораздо больше, чем бодрствующее сознание. Мозг как телевизор, получающий информацию от электромагнитных полей и декодирующий это в звук и

ритмов. Свет оказывает тормозящее влияние на активность эпифиза, тогда как темнота - стимулирующее. Свет не проникает напрямую к эпифизу, а идет через особые нервные пути, которые начинаются от особых светочувствительных ганглионарных клеток сетчатки глаза. Индийские йоги, как и древние греки, считали эпифиз органом ясновидения, органом психического равновесия, “центром души человека”. В 17 веке Декарт считал, что эпифиз – орган, посредством которого в человеке взаимодействует материальное с идеальным, что душа имеет свое местонахождение в маленькой железе (эпифизе), расположенной в центре мозга. Эпифиз называют также “третьим глазом” или “оком вечности” и связывают с ним способность видеть внутренним взором и получать информацию извне без помощи глаз. Некоторые считают, что “мозговой песок” эпифиза (минерализация эпифиза с годами) связан с магниторецепторной функцией и приемом и трансформацией “космических энергий”. Позднее было научно доказано, что эпифиз является “регулятором регуляторов”, синхронизирующим функции организма с внешними условиями.

изображение, или как телевизионная камера, превращающая или кодирующая звук или изображение в электромагнитные волны. Наше сознание передает информацию в мозг, и через мозг сознание получает информацию от тела о чувственных ощущениях. Мозг играет не производящую роль, а помогающую роль. Он помогает ощутить сознание. Все больше собрано фактов, подтверждающих, что мышление имеет прямой эффект на функцию и анатомию мозга и тела.

Опыт клинической смерти подсказывает, что есть нелокальное и бесконечное сознание. Ломмель считает, что мы не можем не прийти к заключению, что бесконечное сознание всегда будет и было независимо от тела, и ему нет начала и нет конца. Возможно, смерть, как и рождение, это переходящее состояние сознания в другое состояние, и во время жизни тело функционирует как интерфейс или место резонанса для нелокального и бесконечного сознания. То, что сознание якобы возникает в мозгу, остается непроверенным и является предубеждением. Духовный опыт и познание не являются сопутствующими продуктами биологической работы организма (Lommel, 2010).

Нейрофизиолог и нейропсихиатр Питер Фенвик (Peter Fenwick) считает, что, вероятно, мышление нелокально (за пределами мозга). Но если нелокальность мышления может быть доказана, то это не доказывает существование души, или что индивидуальное сознание продолжает существовать после смерти мозга (Atwater, 2007). Чтобы доказать, что индивидуальное сознание продолжает существовать после смерти мозга, мы должны тогда показать, что память тоже может существовать независимо от физического мозга.

Сабом (Sabom) ссылается на Библию. Библия говорит, что мы умираем только один раз. Исключение, когда Бог оживляет, например Лазаря, но это не могут делать медицинские доктора, как считает Сабом (Atwater, 2007). Современные описания духовного опыта при клинической смерти - это не опыт загробной жизни, а скорее намек на существование загробной жизни. Сабом утверждает, что опыт выхода из тела не относится к физической смерти, а относится к опыту души, и исследовать и рассматривать его надо как духовный опыт, который не имеет отношения к науке, хотя этот опыт реальный, а не воображаемый. Библия говорит, что ни один человек при жизни не может увидеть Бога (Exodus 33:20) (Atwater, 2007).

Эмили Кук (Emily Cook), Брюс Грейсон (Bruce Greyson) и Ян Стивенсон (Ian Stevenson) считают, что, судя по имеющимся фактам, можно сказать, что существует продвинутая степень мышления, как и опыт выхода из тела и паранормальное восприятие (восприятие не в рамках обычного чувственного восприятия с помощью зрения). И это все вместе может обеспечить нас конвергентным свидетельством, что человеческая личность живет и после смерти (Atwater, 2007).

Библиография

Atwater, P.M.H. (2007) *The Big Book of Near-Death Experiences. The Ultimate Guide to What Happens When We Die*, Charlottesville, VA, Hampton Roads Publishing Company, Inc.

Beauregard, M., O'Leary, D. (2007) *The Spiritual Brain: A Neuroscientist's Case for the Existence of the Soul*, New York, HarperOne.

Greyson, B., Kelly, E.W., Kelly, E.F. (2009) “Explanatory Models for Near-Death Experiences” in Janice Miner Holden, Bruce Greyson, Debbie James (eds.) *The Handbook of Near-Death Experiences. Thirty Years of Investigation*, Oxford, England, Praeger Publishers: 213-234.

Holden, J.M., (2009) “Veridical Perception in Near-Death Experience” in Janice Miner Holden, Bruce Greyson, Debbie James (eds.) *The Handbook of Near-Death Experiences. Thirty Years of Investigation*, Oxford, England, Praeger Publishers: 1-40.

Holden, J.M., Greyson, B., James, D. (2009) “The Field of Near-Death Studies: Past, Present, and Future” in Janice Miner Holden, Bruce Greyson, Debbie James (eds.) *The Handbook of Near-Death Experiences. Thirty Years of Investigation*, Oxford, England, Praeger Publishers: 1-40.

Holden, J., Long, L., MacLurg, J. (2002) “Out-of-Body Experience: All in the Brain? Response by Three NDE Researchers to an Article in Nature Magazine (2002) on an Induced Out-of-body Experience by Electrical Stimulation”, (the article was originally published in Vital Signs Volume 21, Number 3), <http://www.iands.org> , взята 30.10.2009.

Lommel, P. (2010) *Consciousness Beyond Life. The Science of the Near-Death Experience*, New York, HarperOne.

Moody, R. (2005) *The Light Beyond*, London, Rider Books.

Owen, A.M., Coleman, M.R., Boly, M., Davis, M.H., Laureys, S., Pickard, J.D. (2006) “Detecting Awareness in the Vegetative State”, in *Science*, Vol. 313, No 5792: 1402.

Penfield, W. (1975) *The Mystery of the Mind. A Critical Study of Consciousness and the Human Brain*, Princeton University Press.

Sutherland, C. (2009) “Trailing Clouds of Glory”: The Near-Death Experiences of Western Children and Teens” in Janice Miner Holden, Bruce Greyson, Debbie James (eds.) *The Handbook of Near-Death Experiences. Thirty Years of Investigation*, Oxford, England, Praeger Publishers: 87-107.

Бехтерева, Н.П. (2008) *Магия мозга и лабиринты жизни*, Москва - С.Петербург, Сова.