

Ю.М. Сердюков, д.ф.н., проф.
(Дальневосточный государственный университет путей сообщения,
г. Хабаровск)

СУБЪЕКТИВНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ

В СОСТОЯНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ

Аннотация. О существовании и свойствах субъективной реальности при клинической смерти мы знаем из *околосмертного опыта (NDE)*, содержание которого многообразно и простирается от полного отсутствия образов, ужаса и витальной депрессии до эйфории. Формируются *онирические переживания NDE*, во-первых, спонтанной активностью мозга, способного создавать смутные образы и переживания, отчасти запоминать, но не понимать их. Во-вторых, наиболее глубокими и устойчивыми привычками, привязанностями и впечатлениями. В-третьих, врожденными психическими структурами личности. В-четвертых, активизацией определенных генетических структур, неизбежной в ситуации сильнейшего стресса, которым является клиническая смерть.

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

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

сдвигом. Психофизиологическое объяснение аффективно-протопатического сдвига в ТСС состоит в том, что эпикритические когнитивные процессы являются функцией коры больших полушарий головного мозга, а протопатические, аффективные, – функцией таламуса. Таламус - более древнее образование головного мозга, чем кора, и умирает он позднее, позже угасают и функции таламуса, одной из которых является возникновение субъективных онирических переживаний, в том числе негативных психических явлений и тревожных фантастических галлюцинаций, бреда.

Эти обстоятельства приводят к тому, что *терминальное состояние сознания* (ТСС), характерное для клинической смерти, *со-знанием* в собственном смысле слова не является. Здесь больше подходит термин *поток переживаний*, составляющих околосмертный опыт и невыразимых средствами естественного языка, изначально не приспособленного для описания "потусторонней" реальности.

Субъективная реальность в *NDE* формируется следующими факторами.

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

Второе: наиболее глубокими и устойчивыми *привычками, привязанностями и впечатлениями*, в широком диапазоне от возникновения на 27-й неделе жизни зародыша человека способности воспринимать звуковую информацию до ощущения себя в момент клинической смерти. Общие для *NDE* встречи с близкими людьми и их типичное поведение в ситуациях, которых не было при жизни, объясняются продуктивной активностью сознания, создающей вокруг устойчивого образа персонажа онирических переживаний характерную для него атмосферу. Для визионеров на "тот свет" встречи с родственниками и близкими людьми - неожиданное и яркое впечатление. Но принципиального различия между ним и ежедневным воссозданием в памяти прошедших событий не существует, поскольку память человека радикально отличается от памяти компьютерного чипа, и воспоминание о событии – это не полная автоматическая

копия, а сотворение события заново, его интерпретация и преобразование на основе сохранившихся чувственных образов и настроений.

Третье: врожденными психическими структурами личности, которые сформировались в перинатальный период и были названы К.Г. Юнгом "архетипами коллективного бессознательного", а С. Грофом - "базовыми перинатальными матрицами". Четвертое: можно предположить, что на формирование субъективной реальности в *NDE* влияет активизация определенных генетических структур, неизбежная в ситуации сильнейшего стресса. Сопровождающий умирание аффект – самый мощный в личной истории человека, поэтому он заставляет работать гены, "молчавшие" всю жизнь. Какую информацию содержат эти гены и как они влияют на субъективную реальность *NDE*, пока неизвестно.

Онирические переживания в околосмертном опыте существуют в особом темпоральном континууме, весьма отличном от феноменального временного ряда. В *NDE*, во-первых, *изменяется длительность времени*: в небольшом интервале клинической смерти (3–5 мин) умещается огромное количество событий, порой превосходящее всю предшествующую жизнь. Во-вторых, возникает *ощущение вечности*: длительность событий исчезает и человек погружается в состояние безвременья, где все события существуют одновременно или не существует ничего. В-третьих, *время становится обратимым*: нарушается последовательность событий, в которой не причина предшествует действию, а действие предшествует причине.

Но как возможны эти фундаментальные временные девиации? Почему субъективная реальность околосмертного опыта организована по иным темпоральным законам, нежели субъективная реальность повседневного бытия? Наверное, потому, что в *NDE* изменяются детерминанты личного времени человека – *биологическое и субъективное время*.

В момент клинической смерти человек утрачивает чувственный контакт с реальностью и остается в состоянии абсолютной сенсорной депривации. Почти

все естественные регуляторы времени, в том числе, солнечный свет и сокращения сердечной мышцы, исключаются из восприятия внешнего мира, который полностью исчезает. Околосмертный опыт сопровождаются лишь ритмы электрической активности головного мозга. Среди последних в состоянии клинической смерти преобладают два: тета-ритм, характерный для состояния сильного психологического стресса и являющийся нормой для животных, и дельта-ритм, возникающий при глубоком естественном сне, наркотическом сне и при коме. Могут ли эти биоритмы сохранить в околосмертном опыте восприятие времени, характерное для обычных состояний? Конечно, нет. Абсолютная сенсорная депривация и прекращение почти всех биоритмов формируют состояние субъективной реальности, в котором есть место и феномену полной потери ощущения времени, и феноменам изменения его *длительности* и *направления*.

Длительность субъективного времени определяется количеством актов сознания в единицу астрономического времени. Непосредственная оценка длительности представляет собой функцию числа воспринятых в данной ситуации изменений. Атомами, неделимыми монадами событийно-временного ряда субъективной реальности считаются перцепторные образы, от количества и интенсивности которых зависит восприятие времени: чем больше впечатлений и чем они интенсивней, тем длиннее интервал субъективного времени.

Как же влияют на длительность субъективного времени факторы, характерные для состояния клинической смерти - утрата ощущений собственного тела, полное обездвижение, сенсорная депривация и аффект? Они вызывают изменение длительности времени вплоть до его остановки.

Это установлено в результате наблюдений над состоянием космонавтов, находящихся в невесомости, и опытов по искусственной сенсорной депривации. В последнем случае совершенно здоровый человек, находящийся в течение нескольких часов в полной изоляции в бассейне с водой, соответствующей

температуре человеческого тела и с высокой концентрацией соли, теряет ощущение времени.

В состоянии *аффекта*, особенно в предельно критических ситуациях, время замедляется, и буквально за считанные секунды в памяти человека успевают "проноситься" необычайно длинные фрагменты воспоминаний. За мгновение люди могут вновь пережить всю свою жизнь, и одна доля секунды оборачивается для них вечностью. В околосмертном опыте содержание мыслительных операций подчинено аффективным потребностям, и аффект, безусловно, играет важную роль в организации субъективного времени после наступления клинической смерти, способствуя превращению считанных минут в вечность.

Направление субъективного времени обусловлено тем, что дифференциация времени на прошлое, настоящее и будущее не имманентна живой природе, а является продуктом эволюции, в ходе которой развитие церебральной асимметрии, абстрактного мышления и речи породили возможность рефлексивного отношения к единству содержаний ментальности и обусловили специализацию больших полушарий головного мозга в организации и функционировании временного ряда.

Во временной последовательности "прошлое–настоящее–будущее" *настоящее* – это непрерывный поток перцепций, мыслеобразов и слов. Чем оно актуальней, тем более подавлено в сознании человека прошлое, которое в данных обстоятельствах воспроизводится лишь произвольно, и тем более очерчен образ *будущего*, который и гипотетичен, и реален. Гипотетичен, поскольку является результатом продуктивного воображения, интуиции и рефлексии и не существует за пределами субъективной реальности. Реален, так как зафиксирован синаптическими связями нейронов и воспринимается субъектом как органическая часть его собственного бытия.

Если будущее – это образы продуктивного воображения и вербально-логические конструкты, настоящее – поток перцепций, мыслеобразов и слов, то *прошлое* – это энграммы памяти, чувственные образы прежних восприятий

окружающего мира и самого себя. Прошлое доступно и произвольно, и непроизвольно.

Произвольное воспоминание, как правило, рефлексивно. Оно представляет собой волевой акт, направленный на извлечение из памяти и вербализацию образов прежних событий, систематизируемых в соответствии с определенной целью, которая определяет и состав воспроизводимых событий, и их содержание, и их связи. Незначащие факты субъект элиминирует или редуцирует до необходимого минимума.

Непроизвольное воспоминание нерефлексивно. Его основой является сохранение памятью чувственных образов именно в той последовательности, в которой совершались отраженные в этих образах события, поэтому непроизвольное оживление соответствует реальному порядку событий во времени.

Поскольку околосмертные состояния характеризуются отсутствием *рефлексивного мышления* и *воли*, то образа будущего в них нет, и реальность сознания составляют перцепторные образы прошлого, фантастические модели воображения, символические образы коллективного бессознательного и другие феномены, не поддающиеся вербальному и графическому описанию или акустическому воспроизведению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Beauregard, Mario. 2012. *Brain wars: the scientific battle over the existence of the mind and the proof that will change the way we live our lives*. New York: HarperOne.
2. Carter, Chris. 2010. *Science and the near-death experience: how consciousness survives death*. Rochester, VT: Inner Traditions. Bear and Company.
5. Grof, Stanislav and Joan Halifax. 1978. *The human encounter with death*. New York: Dutton.
6. Holden, Janice Miner, Bruce Greyson, and Debbie James (Eds.). 2009. *The handbook of near-death experience: thirty years of investigation*. Santa Barbara, CA: Praeger Publishers.
7. Kellehear, Allan. 1996. *Experiences near death: beyond medicine and religion*. New York: Oxford University Press.

8. Klemenc-Keits, Z., Kersnik, J., Grmes, S. 2010. The effect of carbon dioxide on near-death experiences in out-of-hospital cardiac arrest survivors: a prospective observational study. *Critical Care*, 2010, 14 (R56). <http://ccforum.com/content/14/2/R56>. Accessed 07.01.2017
9. Lilly, John. 2006. *The Deep Self: Consciousness Exploration in the Isolation Tank*. Nevada City: Gateways Books and Tapes.
10. Mays, Robert and Suzanne Mays. 2011. *Near-death experience research: history and perspectives*. <http://selfconsciousmind.com> Accessed 17.11.2016.
11. Moody, Raymond. 1975. *Life after life*. New York: Bantam.
12. Partanen, E., Kujala, T., Näätänen, R., Liitola, A., Sambeth, A., & Huotilainen, M. 2013. Learning-induced neural plasticity of speech processing before birth. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2013; 110(37): 15145-15150.
13. Van Lommel, Pim. 2010. *Consciousness beyond life: the science of the near-death experience*. HarperCollins.
14. Van Lommel, P., R. van Wees, V. Meyers, and I. Elfferich. 2001. Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. *Lancet* 358: 2039-2045.
15. Van Lommel, Pim. 2004. About the continuity of our consciousness. *Advances in experimental medicine and biology*. Series 550: 115-132. [Brain death and disorders of consciousness. Eds. C. Machado, and D.A. Shewmon, New York, Boston, Dordrecht, London: Kluwer Academic/Plenum Publishers].
16. Walker, A.E. 1985. *Cerebral death*. 3rd Edition. Baltimore-Munich: Urban&Schwarzenberg.
17. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. 1988. *Функциональные асимметрии человека*. – М.: Медицина.
18. Гримак, Л.П. 1978. *Моделирование состояний человека в гипнозе*. – М.: Наука.
19. Губин, Н.Г. 2000. *Терминальные состояния и клиническая смерть*. <http://www.skeptik.net/clinic/terminal.htm>. Accessed 07.01.2016.
20. Гурвич, А.М. 1990. Постреанимационные нарушения сознания и некоторые морально-этические и правовые проблемы реаниматологии. *Мозг и сознание (философские и теоретические аспекты проблемы)*. М., ФО СССР, Р. 171-191.
21. Литвак, Л.М. 2007. *Жизни после смерти: предсмертные переживания и природа психоза. Опыт самонаблюдения и психоневрологического исследования*. Ed. Д.И. Дубровский. М.: «Канон+» РООИ «Реабилитация».
22. Сердюков, Ю.М. 2015. *Контуры трансцендентального опыта*. М.: «Канон+» РООИ «Реабилитация».
23. Чернышева, М.П. 2009. Клеточно-молекулярные осцилляторы и восприятие времени. *Хронос и Темпус (природное и социальное время: философский, теоретический и практический аспекты)*: сб. научн. Трудов. Ed. В.С. Чураков. Новочеркасск: НОК. – Р. 161–173.