

Zalika Klemenc - Ketiš¹

Obsmrtne izkušnje

Near-Death Experiences

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: obsmrtne izkušnje, smrt – patofiziologija – psihologija

Obsmrtne izkušnje so doživljanja globokih občutkov v smislu izven telesnih doživetij in vstopa v druge dimenzije izven običajnih meja časa in prostora, ki najpogosteje nastopijo, ko je človek soočen z življenjsko nevarno situacijo, je po svoji oceni blizu smrti ali pa je celo klinično mrtev. Obsmrtne izkušnje se kažejo kot nepopisljiva doživetja, ki lahko vključujejo občutke miru in izven telesnega bivanja, zaznavanje nenavadnih zvokov, premikanje skozi temen predor, srečanja z duhovnimi ali že pokojnimi osebami, retrospektivni pregled lastnega življenja, prihod do točke, s katere ni vrnitve, vrnitev v fizično telo in globoke spremembe lastnih prepričanj ter vrednot. Obsmrtne izkušnje niso simptomi bolezni, saj se pojavljajo tudi pri duševno zdravih ljudeh. Pojav obsmrtnih izkušenj skuša razložiti več teorij (fiziološke, psihološke in transcendentne) in kombiniranih modelov, vendar za zdaj enotno sprejeta razlaga ne obstaja. Doživetje obsmrtnih izkušenj vpliva tako na fizično in psihološko okrevanje kot tudi na odnose bolnika s partnerjem, otroki in sorodniki. Značilno je, da bolniki o njih težko govorijo. Čeprav so obsmrtne izkušnje večinoma pozitivne in kot take celo varujejo bolnike pred razvojem potravmatske stresne motnje, le-ti ob psiholoških težavah zaradi strahu pred obsojanjem oziroma nerazumevanjem okolice zelo redko poiščejo strokovno pomoč. Zato je pomembno, da se zdravniki njihovega obstoja zavedajo in takšne bolnike primerno obravnavajo.

353

ABSTRACT

KEY WORDS: near-death-experience, death – physiopathology – psychology

Near-death experiences are experiences of deep feelings of out-of-body experiences and of entering other dimensions outside the usual borders of time and space. They mostly occur when a person is facing a life-threatening situation, is near death or is even clinically dead. One of the definitions of near-death experiences portrays them as indescribable events that may include feelings of peace, joy and out-of-body existence, moving through a dark tunnel, meeting with deceased or spiritual persons, a retrospective review of one's own life, coming to a point of no return, returning to one's own physical body and profound changes in values and beliefs. According to the international classification of diseases, they are classified as religious or spiritual disorders. Many theories (physiological, psychological and transcendental) and combined models have attempted to explain their existence, but so far none of them have provided an acceptable explanation. Near-death experiences affect both the physical and psychological recovery of such patients and also the relationship between the patients and their spouses, families and relatives. Characteristically, patients keep them confidential. Although near-death experiences are mostly positive and as such even protect patients from developing a posttraumatic stress disorder, such patients rarely seek medical help due to fear of being ridiculed by society in the case of psychological problems. It is nevertheless important for physicians to be aware of their existence and to treat such patients properly.

¹ Asist. Zalika Klemenc - Ketiš, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru, Slomškov trg 15, 2000 Maribor.

UVOD

Že od nekdaj so ljudje, ki so bili soočeni z življenjsko nevarno situacijo, bili blizu smrti ali pa celo klinično mrtvi in so se kasneje zavedli, poročali o doživljanju globokih občutkov v smislu izven telesnih doživetij, vstopa v druge dimenzije izven običajnih meja časa in prostora (1, 2). Moody je ta doživetja imenoval obsmrtne izkušnje (3).

POJAVNE OBLIKE OBSMRTNIH IZKUŠENJ

Obstaja več opisov elementov obsmrtnih izkušenj, čeprav ni nujno, da je vsaka sestavljena iz vseh (4). Moody je prvi sistematično opisal značilne elemente obsmrtnih izkušenj: nepopisljivost, zaznavanje glasov, ki so nas razglasili za mrtve, občutki spokoja in tišine, zaznavanje nenavadnih zvokov, videnje temnega tunela, izven telesna izkušnja, srečanja s spiritualnimi bitji, doživljanje bleščeče svetlobe kot bitja iz svetlobe, panoramski pregled življenja, izkušnja popolnega vedenja, videnja mest svetlobe in osupljivih bitij, izkušnje nadnaravnih pomoči, zaznavanje meje, s katere ni vrnitve, in vrnitev v lastno fizično telo (3, 5–7).

Kasneje je Ring na osnovi strukturiranega intervjuja s pomočjo vprašalnika vpeljal izraz jedrna (osrednja) izkušnja (angl. *core experience*), ki je sestavljena iz petih stopenj, ki se zgodijo v naslednjem vrstnem redu (8):

1. Občutek popolnega spokoja in ugodja: pozitivni občutki so značilnost večine obsmrtnih izkušenj in po navadi trajajo ves čas njihovega doživljanja. Manjšina pa jih povzroči tudi negativne občutke.
2. Ločitev od fizičnega telesa: izven telesna doživljanja so pogosto del obsmrtnih izkušenj, čeprav se lahko zgodijo tudi neodvisno od njih. Gre za občutek ločitve zavesti od fizičnega telesa, po navadi takšne osebe opazujejo svoje fizično telo z neke točke na njim.
3. Vstop v območje teme: temen tunel, po katerem oseba potuje s hitrostjo, ki jo opiše kot svetlobno.
4. Videnje bleščeče svetlobe: ta svetloba je opisana kot zelo svetla in pogosto opredeljena kot neke vrste spiritualno bitje, ki je

osebe nezadržno privlačila k sebi. V to fazo spada tudi panoramski pregled življenja, ki vključuje predvajanje ključnih dogodkov iz življenja osebe in ni namenjen kakršnemu koli postavljanju sodbe.

5. Vstop v drugo sfero (skozi bleščečo svetlobo): vključuje videnje prelepih vrtoč s poslušanjem nebeške glasbe, srečanja z že umrlimi sorodniki ali spiritualnimi bitji, ki so v vlogi vodičev, in doživetje neke meje (črta, reka, ograja), ki simbolično predstavlja točko, s katere ni več vrnitve v fizično življenje. Na tej točki oseba, pogostokrat ob upiranju, sprejme odločitev o vrnitvi v lastno fizično telo.

Čeprav obsmrtne izkušnje večinoma veljajo za pozitivne, pa nekatere raziskave poročajo o 1 do 20 % ljudi, ki imajo negativno (neprijetno) obsmrtno izkušnjo (9–11). Le-ta naj bi v svojem poteku sledila osnovni shemi obsmrtne izkušnje, namesto pozitivnih občutkov pa jo spremljajo negativni (8):

1. občutek strahu in panike,
2. izven telesna izkušnja,
3. vstop v temno območje praznine,
4. zaznava negativne energije (opisane kot energija zla) in
5. vstop v območje, ki ga osebe opišejo kot območje pekla.

Po Greysonu obstajajo trije tipi neprijetnih obsmrtnih izkušenj (12). Prvi vsebuje fenomenološke značilnosti tipične pozitivne obsmrtne izkušnje, le da je njegov celoten potek neprijeten in doživet kot zastrašujoč. Drugi tip vključuje paradoksalne občutke prenehanja lastnega bivanja ali občutek obsodbe na večno bivanje v neskončnem praznem prostoru. Včasih ta tip vključuje tudi občutek, da se dejansko življenje osebe sploh nikoli ni zgodilo. Tretji tip pa vključuje zaznavanje »podob pekla«, kot so videnja demonov ali padanje v temno jamo.

EPIDEMIOLOGIJA OBSMRTNIH IZKUŠENJ

Pojavnost

Obsmrtne izkušnje se pojavljajo v različnih okoliščinah: srčni zastoj, hipovolemični šok zaradi izgube krvi ob porodu ali med operativ-

nim posegom, septični in anafilaktični šok, udar električnega toka, koma zaradi travmatične poškodbe možganov, znotrajmožganska krvavitev in možganski infarkt, poskus samomora, skorajšnja utopitev in zadušitev (13). Doživijo pa jih lahko tudi ljudje, ki zaradi bolezni ali poškodbe niso v smrtni nevarnosti, ali pa celo tisti, ki so pri polni zavesti brez prisotnosti bolezenskega ali poškodbenega stanja (13–15).

Epidemiološki faktorji

Do sedaj je bilo objavljenih več prospektivnih študij pri preživelih bolnikih po srčnem zastoju, ki so pokazale, da jih ima od 10 do 20 % obsmrtne izkušnje (7, 13, 16, 17). Nobena od teh pa tudi od pomembnejših retrospektivnih raziskav ni našla statistično pomembne povezave med pojavnostjo obsmrtnih izkušenj in bolnikovim spolom, izobrazbo, etničnim poreklom in verovanjem, trajanjem oživljanja, vzrokom srčnega zastoja, prejetimi zdravili in koncentracijo ogljikovega dioksida, natrija in kalija v krvi med oživljanjem ter časom, ki je pretekel med srčnim zastojem in izvedbo intervjuja (8, 18–20). Ljudje, ki doživijo obsmrtno izkušnjo, so psihično zdravi (8).

Statistično značilno pogosteje se obsmrtne izkušnje pojavljajo pri bolnikih, ki so mlajši od 60 let (13, 20, 21). Tako je Morse retrospektivno poročal o 85 % pogostnosti obsmrtnih izkušenj pri otrocih, Ring o 48 % pogostnosti pri bolnikih s povprečno starostjo 37 let in Sabom o 43 % pogostnosti pri bolnikih s povprečno starostjo 49 let (8, 18, 22). Možna razloga sta dva. Mlajši bolniki imajo večjo možnost preživetja in zato tudi večjo možnost poročanja o svoji izkušnji. Prav tako pa je za pomnjenje obsmrtne izkušnje potreben dober kratkotrajni spomin, ki pa je pri starejših že okrnjen (13).

Manjša prospektivna študija je pokazala, da se obsmrtne izkušnje pojavljajo statistično značilno pogosteje pri bolnikih, ki imajo višji nivo kisika v krvi (16). Avtorji poleg možne pristranskosti zaradi majhnega števila vključenih v študijo to razlagajo z boljšo nasičenostjo možganov s kisikom in posledično boljšo funkcijo možganske skorje.

Statistično značilno pogosteje se obsmrtne izkušnje pojavljajo pri bolnikih s srčnim zastojem v primerjavi z bolniki z drugimi dia-

gnozami srčne etiologije, kar nakazuje pove-zavo med obsmrtnimi izkušnjami in resnostjo življenjsko nevarne situacije (23).

TEORIJE VZROKOV ZA OBSMRTNE IZKUŠNJE

Obstaja več teorij o mehanizmih, ki vodijo do nastanka obsmrtnih izkušenj, vendar jih za zdaj nobena v celoti ni uspela pojasniti. Na začetku so bile spoznane kot dokaz življenja po smrti in bile kot take deležne velike pozornosti in nasprotovanj. Današnje splošno prepričanje pa je, da so kompleksen halucinatorni pojav, ki je povezan s fiziologijo umiranja in se zgodi, ko je posameznik prepričan, da je smrt neizbežna (14). Teorije obsmrtnih izkušenj v grobem razdelimo v tri skupine: fiziološke, psihološke in transcendentalne (16).

Fiziološke teorije

Te teorije razlagajo fenomen obsmrtnih izkušenj kot del (pato)fizioloških procesov, ki spremljajo proces umiranja.

Anoksija možganov

V končni fazi umiranja nastopi cerebralna anoksija. Napredujoča hipoksija, ki se odvija med zastojem srca, povzroči značilne spremembe zaznavanja in vedenja umirajočega. Le-te vključujejo občutek dobrega počutja in moči, izgubo kritične presoje in halucinacije, ki obsegajo elemente umiranja in življenja po smrti. Zato naj bi bile obsmrtne izkušnje plod anoksičnih možganov (24). To do neke mere potrjuje tudi dejstvo, da so ljudje, ki so bivali na zelo visokih nadmorskih višinah, poročali o občutkih prisotnosti in videnjih mističnih bitij, svetlobe in o občutkih strahu (25). Hipoksija možganov v situacijah, ki niso življenjsko ogrožajoče (npr. piloti, pri katerih zaradi nenadne spremembe položaja letala pride prehodno do slabše prekrvavitve možganov – sindrom G-LOC), lahko tudi povzroči halucinacije in izventelesne izkušnje (4).

Vendar pa se obsmrtne izkušnje pojavljajo tudi v situacijah, pri katerih ne pride do hipoksije (in posledično anoksije) možganov (14). Prav tako velja, da je bolnik med hipoksijo zmeden in ni sposoben jasnega mišljenja, ki

pa je ena od značilnosti obsmrtnih izkušenj (26). Največji dvom v to teorijo pa je postavila prospektivna raziskava, ki je ugotovila, da se obsmrtne izkušnje pojavljajo statistično značilno pogosteje pri bolnikih, ki imajo višji nivo kisika v krvi (16).

Kopičenje ogljikovega dioksida

Kopičenje ogljikovega dioksida v možganih, do česar med umiranjem nedvomno pride, lahko povzroča nenavadne izkušnje v obliki svetlobe, vizij in izventelesnih ter mističnih izkušenj (16, 26). Čeprav je ta teorija slabo raziskana, proti njej govori že prej omenjeno dejstvo, da se obsmrtne izkušnje pojavljajo tudi v situacijah, pri katerih ne pride do anoksije možganov (4).

Nevrotransmiterji

Endorfini se sproščajo v stanju stresa (fizična poškodba, pa tudi ekstremni strah). Njihovi učinki so v zmanjšanju občutka bolečine in zvečanju občutkov dobrega počutja, pozitivnih emocij in prijetnega stanja telesa. Zato naj bi bili odgovorni za pozitiven občutek, ki se pojavi pri večini obsmrtnih izkušenj (26). To teorijo podpirajo tudi podatki o nenadni spremembi prijetnih obsmrtnih izkušenj v neprijetne po dajanju blokatorjev endorfinskih receptorjev (npr. nalokson) (27). Vendar teorija o endorfinih ne razloži pojava negativnih obsmrtnih izkušenj, prav tako pa ne razloži vseh elementov obsmrtnih izkušenj (7).

Kot možen vzrok za nastanek obsmrtnih izkušenj je omenjen tudi serotonin, ki naj bi bil po nekaterih raziskavah celo pomembnejši kot endorfini in naj bi povzročil mistične halucinacije ter izventelesna doživetja (28).

Eksogene substance

Ketamin je v nekaterih raziskavah povzročil videnja luči in občutek premikanja skozi temen tunel. Tako naj bi v telesu obstajala še neidentificirana endogena snov, podobna ketaminu, ki se prav tako veže na receptorje NMDA in vpliva na prenos živčnega impulza (29). Vendar obstajajo precejšnje razlike med obsmrtnimi izkušnjami in ketaminskimi doživetji. Zadnja so namreč bolj neprijetna, bolniki pa jih doživljajo kot neresnična (4).

Tudi anestetik eter in substanca LSD lahko povzročita halucinacije, ki so podobne nekaterim elementom obsmrtnih izkušenj (videnja svetlobe, občutek premikanja skozi temen tunel, vizije mest in srečanja z duhovnimi bitji), vendar pojava obsmrtnih izkušenj in izkušenj ob vplivu omenjenih snovi ne moremo preprosto enačiti (30).

Temporalni lobus in limbični sistem

Temporalni lobus je skoraj zanesljivo vključen v nastanek obsmrtnih izkušenj, saj je znano, da poškodba ali neposredna stimulacija možganske skorje tega področja izzove obsmrtnim izkušnjam podobne izkušnje (izventelesna doživljanja, halucinacije in predvajanje slik iz preteklosti) (4, 31). Tudi bolniki z epilepsijo z napadi, lokaliziranimi v temporalnem lobusu, pogosto poročajo o občutkih sreče in doživljanju mističnih izkušenj med napadi (32). Obstajajo tudi dokazi, da imajo bolniki z epilepsijo s patološkim delovanjem temporalnega lobusa več obsmrtnih izkušenj (33). Tako naj bi bile obsmrtne izkušnje naravni adaptivni odgovor na ekstremen strah, poimenovan kot sindrom povečanega delovanja temporalnega lobusa (14).

Tudi limbični sistem naj bi bil povezan z obsmrtnimi izkušnjami. Po nekaterih teorijah naj bi bile le-te celo sindrom odgovora limbičnega sistema na stres (14). Pri disfunkciji tega sistema namreč pride do kompleksnih halucinacij, ki naj bi bile posledica izločanja endogenih halucinogenov med doživljanjem stresa (34).

Vendar te teorije ne razložijo vseh elementov obsmrtnih izkušenj niti njihovega pojavljanja pri ljudeh, ki niso bili v stresnih situacijah, pa so jih vseeno doživeli (7).

Psihološke teorije

Psihološke teorije so pomembne predvsem zaradi dejstva, da do neke mere razložijo pojav obsmrtnih izkušenj pri bolnikih, ki niso bili telesno ogroženi oziroma niso bili v smrtni nevarnosti (16).

Disociacija

Več oblik obsmrtnih doživetij je podobnih disociativnim procesom. Disociacija naj bi bila adaptivni odgovor psihičnega aparata člove-

ka na ekstremno fizično oziroma psihično travmo. Bolniki z obsmrtnimi izkušnjami imajo ob soočenju s stresom namreč več simptomov disociacije kot kontrolna skupina (20). Pri tem pa ne gre nujno za patološki odziv na stres (katerega osrednja značilnost je motnja povezav med mislimi, občutki in dejanji, ki se prepletajo z oblikovanjem spomina in identitete), ampak za močan obrambni mehanizem človeka v psihodinamskem smislu. Tako obsmrtne izkušnje razlagajo tudi kot obrambno fantazijsko dejavnost duševnosti z elementi zanikanja pred grozo smrti.

Depersonalizacija

Depersonalizacija je psihopatološko stanje občutka spremenjenega doživljanja samega sebe. Bolnikom se zdi, kot da ne obstajajo, nimajo identitete oziroma niso zmožni občutkov (30). Obsmrtne izkušnje naj bi bile oblika depersonalizacije ob soočenju s smrtno nevarnostjo, katere namen je izključitev realnosti in njena nadomestitev s prijetnimi fantazijami (6). Ta model dobro razloži izventelesno doživljanje pri obsmrtnih izkušnjah, drugih elementov (občutek resničnosti dogajanja, mistični elementi, jasnost mišljenja) pa ne (4).

Reaktivacija rojstnih spominov

V stanju zvečane pozornosti ob soočenju s smrtno nevarno situacijo naj bi prišlo do reaktivacije rojstnih spominov. Tako naj bi temen tunel in luč na njegovem koncu predstavljala porodni kanal, bitje iz svetlobe pa babico, porodničarja ali očeta (35). Vendar je ta teorija najmanj verjetna, saj obsmrtne izkušnje opisujejo tudi tisti, ki so bili rojeni s carskim rezom (4). Poleg tega pa naj bi bil novorojenček fiziološko nesposoben ustvarjati takšne spomine (14).

Regresija

Soočenje s smrtjo naj bi povzročilo vrnitev bolnikove zavesti na zgodnejše nivoje delovanja. V stanju regresije naj bi značilna nepopolnost obsmrtne izkušnje odražala predverbalno fazo razvoja otroka, občutek resničnosti obsmrtne izkušnje naj bi odgovarjal realnosti otrokove izkušnje, preden se nauči dvomiti v svoje občutke, občutek kozmične enotnosti pri obsmrtni izkušnji pa naj bi povzema-

občutek izgube mejnega v simbiotični fazi razvoja otroka. Ta teorija ima precej prednosti pred drugimi psihološkimi teorijami, saj dobro razloži tako nastanek mističnih elementov obsmrtnih izkušenj kot tudi globoko spremembo osebnosti, ki se pojavi po doživetju obsmrtne izkušnje in jo lahko razložimo z večjo dojemljivostjo za spremembe v obdobju otroštva ali odrasčanja (36, 37).

Transcendentalne teorije

Zaradi nezmožnosti fizioloških in psiholoških teorij, da bi zadovoljivo razložile pojav obsmrtnih izkušenj, so nekateri raziskovalci in teoretiki predlagali spiritualne oziroma transcendentalne teorije (26). Njihov skupni imenovalec je, da obsmrtne izkušnje predstavljajo dokaz za obstoj posmrtnega življenja; po smrti naj bi duša zapustila telo in obsmrtne izkušnje predstavljajo bežen vpogled v življenje po smrti ter dokaz o obstoju boga in drugih mističnih bitij (38–40). Obsmrtne izkušnje naj bi tudi delovale kot katalizator duhovnega prebujenja, kar bolnika, ki jih je doživel, vodi v duhovno rast in razvoj mnogih fizičnih sposobnosti, ki jih do tedaj ni imel (11, 38). Po nekaterih teorijah naj bi celo šlo za ponovno rojstvo na višjo raven bivanja, kamor naj bi sčasoma prešlo vse človeštvo (11).

Modeli

Različni elementi obsmrtnih izkušenj najverjetneje nastanejo zaradi različnih patofizioloških in psiholoških mehanizmov, ki jih lahko strnemo v večdimenzionalnem modelu nastanka obsmrtnih izkušenj (26). Le-ta vključuje psihodinamske in stresne procese s pridruženimi nevrokemičnimi spremembami (14). Do sedaj je bilo predlaganih več kombiniranih modelov, ki poskušajo pojasniti nastanek obsmrtnih izkušenj.

Drab je razvil psihofiziološki model (41). Zaznavanje je neprestano potekajoč proces zbiranja informacij, njihove predelave in odločanja, odvisen od zanesljivosti vstopnih informacij in organizacijske sposobnosti možganov. Možgani delujejo tako, da osmislijo katero koli informacijo, ki jo dobijo. Ko so viri informacij omejeni, nejasni ali dvoumni, jih tudi možgani interpretirajo na ta način, kar se odraža v proizvajanju iluzij in halucinacij. Ta nered

zaznavanja se lahko pojavlja v različnih situacijah: zastrupitve z določenimi substancami, fizična ali psihološka bližina smrtne nevarnosti itd. Specifični elementi obsmrtnih izkušenj pa so odvisni od shranjenih spominov, kulturoloških pričakovanj in značilnosti posameznika (14). Dejansko so ugotovili, da med različnimi kulturami obstajajo določene razlike v interpretaciji obsmrtnih izkušenj (42).

Siegel je opisal obsmrtne izkušnje kot kompleksno disociativno in halucinatorno stanje, ki nastane zaradi vzbujenja centralnega živčnega sistema, v povezavi s funkcionalno dezorganizacijo tistega dela možganov, ki uravnava vstopne informacije (39). Vzroki za to so številni: psihedelične droge, anestetiki, povišana telesna temperatura, izčrpavajoča bolezen, poškodbe, nesreče in čustveni ter psihološki proces umiranja (14).

Blackmorova je poskušala razložiti različne elemente obsmrtnih izkušenj (40). Po njeni teoriji so značilna pozitivna čustva posledica izločanja endorfinov, redke neprijetne oblike obsmrtnih izkušenj pa so posledica aplikacije antagonistov morfina. Pojav temnega tunela je posledica dezinhibicije nevronov vidnega korteksa, izzvana (vendar ni nujno) z anoksijo. Izventelesne izkušnje temeljijo na spominskih, domišljivi in pričakovanjih. Razlaga izventelesnih izkušenj temelji na predpostavki, da sta naše zavedanje samega sebe in tudi naš model realnosti miselna konstrukta naših možganov. Model realnosti se na temelju povezav med vstopnimi senzornimi informacijami in že obstoječega znanja, prepričan in pričakovanj nenehno spreminja. Naše zaznavanje samega sebe je tako pomemben del našega modela realnosti, ki je večinoma odvisen od senzornih informacij in kot tak najbolj odgovarja dejanskemu stanju realnosti. V nekaterih primerih, še posebej če so vstopne senzorne informacije okrnjene (vpliv zdravil, meditacija, anoksija), pa lahko naš model realnosti nevede spremenimo. To naj bi se zgodilo tudi pri izventelesni komponenti obsmrtnih izkušenj. To teorijo podpira tudi dejstvo, da religiozna bitja, ki jih bolnik vidi med obsmrtno izkušnjo, skoraj vedno odgovarjajo vrsti njegovega verovanja (kristjani vidijo Jezusa, hindujci glasnike Yamraja) (4).

DOLGOTRAJNE POSLEDICE OBSMRTNIH IZKUŠENJ

Vpliv obsmrtnih izkušenj na kakovost življenja bolnikov je večinoma dober, saj jih veliko poroča o polnejšem in kvalitetnejšem življenju (43). Znane pa so tudi negativne posledice, ki se kažejo kot tesnoba, jeza, depresija in socialna izolacija (44).

Pogosto so bolniki, ki so preživeli nek življenje ogrožajoč dogodek (npr. nenadni srčni zastoj), nagnjeni k razvoju potravmatske stresne motnje (PTSM). Čeprav tudi pri bolnikih po srčnem zastoju z obsmrtnimi izkušnjami pride do nastanka PTSM, pa raziskave kažejo, naj bi imela prisotnost obsmrtnih izkušenj zaščitno vlogo pred njenim razvojem in tudi pred razvojem drugih psihičnih motenj (45, 46).

Po doživetju obsmrtne izkušnje pogosto pride do trdne in trajne spremembe stališč, vrednot, prepričanj ter načel. Te spremembe so večje, če je bolnik verjel, da je bil bližju smrti, in pri tistih z jedrnimi obsmrtnimi izkušnjami (8, 14). Ta proces transformacije in adaptacije pa lahko traja tudi nekaj let. Poleg verjetnih notranjih psiholoških procesov lahko iščemo vzroke tudi v negativnem odnosu okolice do bolnika, ki je doživel obsmrtno izkušnjo, kar ga iz strahu pred posmehovanjem vodi v zanikanje ali zatiranje izkušnje (13, 47).

Življenjske spremembe po obsmrtnih izkušnjah lahko razdelimo v štiri skupine:

- Odnos do okolice: lažje kažejo svoja čustva, bolj sprejemajo druge in do njih kažejo razumevanje, so bolj empatični, se bolj vključujejo v svojo družino, so bolj razumevajoči, manj obsojajo in bolj pomagajo ter skrbijo za druge (13, 48).
- Odnos do duhovnosti in vere: razumejo smisel življenja, občutijo globlji pomen življenja, se bolj zanimajo za duhovnost, verjamejo v obstoj višje sile, vendar so hkrati tolerantnejši do drugih religij in odklonilni do organiziranih oblik religije (13, 49). Značilno je, da se prej redni obiskovalci verskih obredov le-teh ne udeležujejo več (11).
- Odnos do smrti: zmanjšan ali odsoten strah pred smrtjo, vera v posmrtno življenje in večje sprejemanje umiranja ter smrti (13, 50, 51).

- Drugo: večje zanimanje za smisel življenja in za razumevanje samega sebe ter znanje materializma (13).

Čeprav se nekatere od zgoraj opisanih življenjskih sprememb pojavijo tudi po srčnem zastoju ali drugih zelo stresnih stanjih brez doživetja obsmrtnih izkušenj, pa je van Lommelova s sodelavci dokazala, da so pri bolnikih po srčnem zastoju z obsmrtnimi izkušnjami te spremembe pogostejše, trdnejše in trajnejše (13, 52). Tako so bolniki z obsmrtnimi izkušnjami statistično značilno pogosteje poročali o povečani veri v posmrtno življenje in zmanjšanem strahu pred smrtjo. Prav tako so statistično pogosteje kazali večje zanimanje za smisel svojega življenja, se bolj zanimali za duhovnost in postali do sočloveka bolj empatični, razumevajoči in sprejemajoči ter se začeli bolj vključevati v svojo družino. Vse te spremembe so bile očitnejše osem let po zastoju kot pa dve leti po njem. Vsi bolniki (tudi tisti brez obsmrtnih izkušenj) so doživeli pozitivno preobrazbo svojega življenja in so postali bolj samozavestni, socialno usmerjeni in verni. Tisti, ki niso imeli obsmrtnih izkušenj, so postali bolj čustveni, njihovo zanimanje za duhovnost pa se je zmanjšalo.

SKLEP

Obsmrtno izkušnje so fenomen, ki se pojavi, ko je človek blizu smrti ali pa samo misli, da ji je blizu. Za zdaj vzroki za njihov nastanek še niso znani, pomembne pa so njihove posledice. Le-te so pri večini bolnikov ugodne in izboljšajo kakovost njihovega življenja. Možne pa so tudi neugodne posledice. Vsekakor pa pojav obsmrtnih izkušenj, pa naj se zgodi v kateri koli situaciji, vpliva tako na fizično in psihološko okrevanje kot tudi na odnose bolnika s partnerjem, otroki in sorodniki. Zaradi strahu pred posmehovanjem in obsojanjem okolice ter strahu pred tem, da bi jih okolica pa tudi zdravniki razglasili za duševno bolne, bolniki z obsmrtnimi izkušnjami s psihološkimi težavami zelo redko poiščejo strokovno pomoč. Zato morajo biti zdravniki, ki delajo na tistih področjih medicine, kjer pogosto prihajajo v stik s takšnimi bolniki (zdravniki družinske medicine, urgentni zdravniki, zdravniki v intenzivnih enotah, domovih za ostarele ...) glede obsmrtnih izkušenj in njihovih posledic, zlasti negativnih, osveščeni (14). Morajo se zavedati, da obsmrtno izkušnje niso bolezenski simptomi, saj se pojavljajo tudi pri duševno zdravih ljudeh.

LITERATURA

1. Dosegljivo na: <http://classics.mit.edu/Plato/republic.11.x.html>
2. Heim A. Notizen über den Tod durch Absturz. Jahrbuch des Schweizer Alpenclub 1892; 27: 327-37.
3. Moody RA. Life after life. New York: Bantam Books; 1975.
4. French CC. Near-death experiences in cardiac arrest survivors. Prog Brain Res 2005; 150: 351-67.
5. Moody RA. Reflections on life after life. St. Simon's Island, GA: Mocking Bird Books; 1977.
6. Greyson B. The near-death experience scale: construction, reliability, and validity. J Nerv Ment Dis 1983; 171: 369-75.
7. Greyson B. Near-death experiences. In: Cardena E, Lynn SJ, Krippner S, eds. Varieties of anomalous experiences: examining the scientific evidence. Washington DC: American psychological association; 2000. p. 315-52.
8. Ring K. Life at death: a scientific investigation of the near-death experiences. New York: Coward, McCain, and Geoghegan; 1980.
9. Garfield CA. More grist for the mill: additional near-death research findings and discussion. Anabiosis 1979; 1: 5-7.
10. Gallup G, Proctor W. Adventures in immortality: a look beyond the threshold of death. New York: McGraw-Hill; 1982.
11. Ring K. Heading toward omega: in search of the meaning of the near-death experiences. New York: William Morrow; 1984.
12. Greyson B, Bush NE. Distressing near-death experiences. Psychiatry 1992; 55: 95-110.
13. van Lommel P, van Wees R, Meyers V, et al. Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. Lancet 2001; 358: 2039-45.
14. Roberts G, Owen J. The near-death experience. Br J Psychiatry 1988; 153: 607-17.

15. Owens JE, Cook EW, Stevenson I. Features of «near-death experiences» in relation to whether or not patients were near death. *Lancet* 1990; 336: 1175-7.
16. Parnia S, Waller DG, Yeates R, et al. A qualitative and quantitative study of the incidence, features and aetiology of near death experiences in cardiac arrest survivors. *Resuscitation* 2001; 48: 149-56.
17. Schwaninger J, Eisenberg PR, Schechtman KB, et al. A prospective analysis of near-death experiences in cardiac arrest patients. *J Near-Death Studies* 2002; 20: 215-32.
18. Sabom MB. *Recollections of death: a medical investigation*. London: Corgi; 1982.
19. Morse M. *Transformed by the light*. New York: Villard Books; 1990.
20. Greyson B. Dissociation in people who have near-death experiences: out of their bodies or out of their minds? *Lancet* 2000; 355: 460-3.
21. Schoenbeck SB, Hocutt GD. Near-death experiences in patients undergoing cardiopulmonary resuscitation. *J Near-Death Studies* 1991; 9: 211-8.
22. Morse M. Parting visions: a new scientific paradigm. In: Bailey LW, Yates J, eds. *The near-death experiences: a reader*. New York, London: Routledge; 1996. p. 299-318.
23. Greyson B. Incidence and correlates of near-death experiences in a cardiac care unit. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 269-76.
24. Rodin EA. The reality of death experiences. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168: 259-63.
25. Arzy S, Idel M, Landis T, et al. Why revelations have occurred on mountains? Linking mystical experiences and cognitive neuroscience. *Med Hypotheses* 2005; 65: 841-5.
26. Blackmore SJ. Near-death experiences. *J R Soc Med* 1996; 89: 73-6.
27. Judson IR, Wiltshaw E. A near-death experience. *Lancet* 1983; 2: 561-2.
28. Morse ML, Venecia D, Milstein J. Near-death experiences: a neurophysiological explanatory model. *J Near death Stud* 1989; 8: 45-53.
29. Jansen KLR. The ketamine model of the near-death experience: a central role for the N-methyl-D-aspartate receptor. *J Near Death Stud* 1997; 16: 5-26.
30. Bates BC, Adrian Stanley BA. The epidemiology and differential diagnosis of near-death experience. *Am J Orthopsychiatry* 1985; 55: 542-9.
31. Blanke O, Ortigue S, Landis T, et al. Stimulating illusory own-body perceptions. *Nature* 2002; 419: 269-70.
32. Devinsky O, Putnam F, Grafman J, et al. Dissociative states and epilepsy. *Neurology* 1989; 39: 835-40.
33. Britton WB, Bootzin RR. Near-death experiences and the temporal lobe. *Psychol Sci* 2004; 15: 254-8.
34. Carr D. Pathophysiology of stress-induced limbic lobe dysfunction: a hypothesis for NDEs. *Anabiosis* 1982; 2: 75-89.
35. Grof S, Halifax J. *The human encounter with death*. New York: E. P. Dutton; 1977.
36. Prince R, Savage C. Mystical states and the concept of regression. *Psychodetic Rev* 1966; 8: 59-75.
37. Mahler M, Pine F, Bergmann A. *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books; 1975.
38. Parnia S, Spearpoint K, Fenwick PB. Near death experiences, cognitive function and psychological outcomes of surviving cardiac arrest. *Resuscitation* 2007; 74: 215-21.
39. Siegel RK. The psychology of life after death. *Am Psychol* 1980; 35: 911-31.
40. Blackmore SJ. *Dying to live: science and the near-death experiences*. London: Grafton; 1993.
41. Drab KJ. The tunnel experience: reality or hallucination? *Anabiosis*; 1: 126-52.
42. Belanti J, Perera M, Jagadheesan K. Phenomenology of near-death experiences: a cross-cultural perspective. *Transcult Psychiatry* 2008; 45: 121-33.
43. Greyson B. The psychodynamics of near-death experiences. *J Nerv Ment Dis* 1983; 171: 376-81.
44. Greyson B. The near-death experiences as a focus of clinical attention. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 327-34.
45. Greyson B. Posttraumatic stress symptoms following near-death experiences. *Am J Orthopsychiatry* 2001; 71: 368-73.
46. Greyson B. Near-death experiences in a psychiatric outpatient clinic population. *Psychiat Serv* 2003; 54: 1649-51.
47. Furn BG. Adjustment and the near-death experience: a conceptual and therapeutic model. *J Near Death Stud* 1987; 6: 4-19.
48. Flynn CP. Meanings and implications of NDE transformations, some preliminary findings and implications. *Anabiosis* 1982; 2: 3-13.
49. Twemlow SW, Gabbard GO. The influence of demographic/psychological factors and pre-existing conditions on the near-death experience. *Omega* 1984; 15: 223-35.
50. Noyes R. Attitude change following near-death experiences. *Psychiatry* 1980; 43: 234-42.
51. Bauer M. Near-death experiences and attitude change. *Anabiosis* 1985; 5: 39-47.
52. O'Reilly SM, Grubb N, O'Carroll RE. Long-term emotional consequences of in-hospital cardiac arrest and myocardial infarction. *Br J Clin Psychol* 2004; 43: 83-95.