



## Doświadczanie pobliza śmierci (NDE) po zawale serca – opis dwóch przypadków

*Near Death Experience (NDE) following myocardial infarction – two case reports*

JERZY MATYSIAKIEWICZ<sup>1</sup>, IZABELA MATYSIAKIEWICZ<sup>2</sup>, ROBERT PUDŁO<sup>1</sup>

Z: 1. Katedry i Oddziału Klinicznego Psychiatrii Wydziału Lekarskiego w Zabrze  
Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

2. III Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji „REPTY”  
im. Gen. J. Ziętka w Tarnowskich Górach

**STRESZCZENIE.** *Opisano dwa przypadki tzw. „doświadczenia pobliza śmierci”, które wystąpiły po zawale serca z zatrzymaniem krążenia.*

**SUMMARY.** *Reported are two cases of the so-called “Near Death Experience” (NDE) following acute myocardial infarction with asystolia.*

**Słowa kluczowe:** doświadczenie pobliza śmierci / opis przypadku

**Key words:** near death experience / case report

Opisy stanów określanych jako „Doświadczanie pobliza śmierci” (*near-death experience* – NDE) znane są od stuleci. Pierwsze systematyczne badania tych stanów zostały podjęte w 1892 r. przez Alberta Heima [8]. Skoncentrowane były na relacjach osób, które przeżyły groźne dla życia wypadki w Alpach.

W 1975 r. głośna publikacja Raymonda Moody *Life after Life* zbierająca wywiady z około 50 osobami spowodowała ponowne zainteresowanie tymi zjawiskami, wprowadzając je do świadomości szerokiej publiczności [10]. Szczególną popularność zdobyły takie fenomeny jak: obraz „długiego, ciemnego tunelu”, spotkanie ze zmarłymi, przekraczanie bariery, wreszcie powrót do życia z towarzyszącym mu poczuciem radości, odprężenia, miłości i spokoju. Wolno przypuścić, że do rozpowszechnienia takiego obrazu NDE przyczyniły się także głośne filmy *All that jazz* Boba Fossa oraz *Altered States* Kena Russella.

Wg Bruce’a Greysona, który przeprowadził analizę 183 przypadków NDE, istnieją

pewne stałe elementy w opisach tych stanów, zgłaszane przez przynajmniej 40% badanych [3, 4, 5, 6].

Greyson podzielił je na:

### *kognitywne*

- uczucie przyspieszenia czasu
- przyspieszenie myśli
- powrót scen z przeszłości
- poczucie „zrozumienia wszystkiego”

### *afektywne*

- uczucie spokoju i przyjemności
- uczucie radości
- poczucie harmonii lub jedności z wszechświatem
- otoczenie przez światłość

### *paranormalne*

- stwierdzenie, że narządy zmysłów działają lepiej niż zwykle
- świadomości zdarzeń, które dzieją się gdzie indziej
- widzenie scen z przeszłości
- oddzielenie od ciała i przebywanie poza nim

*transcendentalne*

- wkraczanie do innego, niezemskiego świata
- spotkanie z mistycznym bytem lub doświadczenie jego obecności
- widzenie duchów zmarłych
- doświadczenie dojścia do granicy lub punktu bez powrotu

Badania te posłużyły mi do konstrukcji skali *Near-Death Experience Scale* pozwalającej na typizację tego typu doświadczeń [6, 7].

Przebyte doświadczenia otarcia się o śmierć wpływa także często na zmianę postaw w dalszym życiu. Do najczęściej opisywanych należą:

- wyraźna redukcja strachu przed śmiercią
- uczucie względnej niewrażliwości na ból
- poczucie bycia wybranym do pewnej szczególnej, lecz jeszcze nieznannej misji
- przeświadczenie, że Bóg lub jakaś inna zewnętrzna siła jest odpowiedzialna za nowe poczucie przeznaczenia
- nowa lub bardziej intensywna wiara w jakąś formę życia po śmierci

Warto dodać, że opisywane zmiany postaw znalazły artystyczne odbicie w głośnym filmie *Fearless* Petera Weira.

Kilka studiów dotyczyło częstości występowania zjawisk z pogranicza śmierci. Badania Ringa i Saboma [1, 12] obejmujące resuscytowanych pacjentów oraz sondaż Gallupa i Proctora [2] pozwalają oszacować, iż NDE są opisywane przez 30-40% chorych, którzy znaleźli się na pograniczu śmierci, a 5% dorosłych Amerykanów miało je w pewnym stopniu. Badacze ci zgadzają się, że prawdopodobieństwo wystąpienia NDE nie jest związane z wiekiem, płcią, poziomem wykształcenia, statusem społeczno-ekonomicznym, zawodem, stanem cywilnym oraz wychowaniem religijnym.

W Polsce zjawiskami NDE zajmował się Krzyżowski (publikacja z 1968 r. oraz rozdział w tomie esejów „Drogi i bezdroża rozwoju psychopatologii i terapii”) [9].

**OPISY PRZYPADKÓW**

Opisane niżej przypadki zebrano w trakcie szerzej zakrojonego programu badawczego obejmującego chorych rehabilitowanych szpitalnie po przebytych zawałach serca lub zabiegach pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG) lub przeszłokrwiennej angioplastyce wieńcowej (PTCA). W grupie tej, liczącej 133 osoby, u 6 osób doszło do zatrzymania krążenia. Doznania mogące być interpretowane jako NDE wystąpiły u 2 osób. Warto dodać, że pacjenci ci już w pierwszym dniu powiedzieli spontanicznie lekarzowi prowadzącemu, iż mają „ciekawe przeżycia z okresu reanimacji”. Pozostałe 4 reanimowane osoby pytane o to wprost, zaprzeczyły jakimkolwiek niecodziennym doznaniom z tego okresu.

**Przypadek 1**

Pacjentka C., lat 69, została przyjęta na oddział rehabilitacji kardiologicznej po operacji pomostowania aortalno-wieńcowego. We wrześniu 2000 r. przeżyła zatrzymanie krążenia w wyniku zawału ściany przedniej. Był to jej drugi zawał. W roku 1994 wystąpił u niej zawał ściany dolnej.

W czasie badania pacjentka była w wyraźnie podwyższonym nastroju. Spontanicznie podzieliła się swymi doznaniem z okresem „po zatrzymaniu krążenia”.

Pamięta, iż miała wtedy uczucie niezwykłego spokoju i przyjemności, tak jakby jej wszystkie problemy i kłopoty uległy rozwiązaniu. Wydawało się jej, że siedzi w swoim domu i rozmawia ze swoimi zmarłymi braćmi. Miała poczucie realności istnienia tych postaci, nie pamięta natomiast czego dotyczyły rozmowy z nimi. Widziała również, co robi w tym czasie jej żyjący brat. Mówi, że widziała go siedzącego w męskim

towarzystwie, w trakcie libacji alkoholowej. Dokładnie pamięta, że pijący mężczyźni jedli ryby. Podkreśla, że brat ten jest prawie abstynentem i libacje alkoholowe nie należą do typowych jego zachowań. Scenę tą pamiętała tak wyraziście i była nią zdziwiona, iż podczas pierwszych odwiedzin brata w szpitalu zapytała go, co robił w dniu gdy miała zawał (nie sugerując mu odpowiedzi). Brat miał jej powiedzieć, że spędził ten dzień na uroczystości urodzinowej u kolegi i rzeczywiście pił alkohol.

Swoje zachowanie po przywróceniu akcji serca badana opisuje na podstawie relacji bliskich i personelu szpitalnego, gdyż pokryte są niepamięcią. Mówiono jej, iż była agresywna wobec lekarzy, miała do nich pretensje, że została zreanimowana, usiłowała uciekać z sali. Była na tyle pobudzona i agresywna, że wymagała wielogodzinnego unieruchomienia. Będąc unieruchomioną domagała się od lekarzy, by podali jej truciznę, gdyż chce wrócić do swych zmarłych braci.

Po ustąpieniu zaburzeń świadomości przez kilka tygodni (nie potrafi tego precyzyjnie określić) miała „poczucie nieśmiertelności”.

Do chwili obecnej ma poczucie, że jako „osoba, która była po drugiej stronie” jest lepsza od innych.

Badanie skalą *Mini Mental State Examination* nie wykazało cech organicznego uszkodzenia o.u.n. (27 pkt.). Za pomocą Inwentarza Życia Religijnego Sochy oceniono religijność pacjentki. Uzyskała ona maksymalny wynik 120 pkt.

Badana nigdy – ani przed zatrzymaniem krążenia ani potem – nie czytała żadnej literatury dotyczącej „życia po życiu”.

## Przypadek 2

Pacjent P. był 42 letnim mężczyzną o wykształceniu zawodowym. W czerwcu 2001 r. wystąpiło u niego zatrzymanie krążenia spowodowane zawałem ściany przedniej.

Badany również spontanicznie opowiadał o swoich doznaniach. W godzinach poprzedzających zawał udał się z kilkuletnią córką do miasta by załatwić sprawy urzędowe. Zdenerwował się gdyż urzędy były pozamykane. Czuł się zmęczony upałem. W drodze powrotnej do domu czuł się, jak mówi, coraz słabiej, bał się, że zaraz upadnie i straci przytomność. By temu zapobiec, położył się na skwerze. Cały czas trzymał córkę za rękę, bojąc się by nie wybiegła na ulicę. Nie pamięta już przyjazdu pogotowia wezwanego przez przechodniów. Mówi, że przeniósł się wtedy do innej rzeczywistości, „tak jakby czas przestał istnieć”. Miał wrażenie, że ogląda film na ekranie telewizyjnym. Widział siebie unoszącego się w systemie pionowych rur „tak jak w statku kosmicznym w filmach s-f”. Pojawiły się koło niego postacie, które porównuje do duszków z filmu *Casper*. Miały one twarze jego bliskich, którzy zmarli w ciągu ostatnich 4 lat (matka i dwaj bracia). Duszki te były połączone ze sobą *lina bungee*. Jak mówi, sam czuł się wtedy „lekki i niewinny jak puszek”. Opisuje „ostatniego duszka złapałem za linę zwisającą z niego i pociągnął mnie do góry”. Gdy zbliżali się do chmur – miał świadomość, że są to „bramy niebios” – matka powiedziała „na ciebie jeszcze jest czas”.

Wtedy odzyskał świadomość. Stwierdził, że jest na izbie przyjęć szpitala i lekarz pyta, czy nic go nie boli. Pamięta, że czuł się wtedy rozluźniony, beztroski i swobodny.

W czasie badania stwierdziłem u niego kliniczne objawy zespołu lęku uogólnionego (9 pozytywnych odpowiedzi w inwentarzu ICD-10, lecz bez obawy przed śmiercią) oraz miernego stopnia obniżenie nastroju, potwierdzone skalą samooceny depresji Becka (23 pkt.).

Wydaje się jednak, iż objawy te były spowodowane trudną sytuacją osobistą pacjenta. Był on bowiem w trakcie odbywania kary czterech lat pozbawienia wolności za gwałt. Zawału doznał w czasie przerwy w odbywaniu kary udzielonej mu dla dia-

gnostyki miażdżycy kończyn dolnych, na którą również cierpi.

Badanie Inwentarzem Życia Religijnego Sochy – 75 pkt.

Również ten pacjent nigdy nie czytał żadnej literatury dotyczącej „życia po życiu”.

## KOMENTARZ

Wyżej opisane NDE zawierają wiele elementów wspólnych, znanych z opisów Moody’ego i innych badaczy. Obydwie osoby doświadczyły niezwykłego spokoju, odprężenia i radości. Obydwie też opisywały spotkania z osobami zmarłymi. U obydwójga doszło do zmiany postawy życiowej, głównie w postaci redukcji strachu przed śmiercią, choć u C także poczucia bycia wybranym, lepszym od innych ludzi. Tym niemniej nie sposób nie zauważyć pewnych istotnych różnic.

U pacjentki C wystąpiły doznania o charakterze paranormalnym, tj. świadomość zdarzeń, które działy się gdzie indziej. Zaistnienie tych zdarzeń uległo później potwierdzeniu.

U chorego P natomiast wyraźna jest komponenta transcendentna (wstępowanie do innego świata, obcowanie ze zmarłymi, „zawrócenie”).

Można by sądzić, że elementy transcendentne będą bardziej wyraźne u osób o wysokiej religijności, jednak to C uzyskała maksymalny wynik w skali religijności Sochy, zaś P uzyskał wynik umiarkowany, sam też określał rolę religii w swoim życiu jako jedynie „dość ważną”. Co więcej P odbywał karę więzienia za gwałt, jest rozwiedzony i od wielu lat ma konkubinę. Czy można próbować wytłumaczyć jakoś tę sprzeczność?

Zadajmy sobie na początek pytanie, jak wyjaśnić NDE? Jak pisze David M. Wulff w swojej „Psychologii religii”, powtarzająca się w ogólnym zarysie, lecz nadal zmienna struktura elementów tworzących NDE skło-

niła niektórych badaczy do przyznania ich informatorom, że doświadczenia takie dostarczają danych na temat życia po śmierci [15]. Jednak tacy badacze jak Stevenson, Noyes i Kletti stoją na stanowisku, że NDE nie dostarczyły, jak na razie, żadnego obiektywnego dowodu na słuszność takiej hipotezy [11, 14].

Blackmore [1] twierdzi, że NDE są rezultatem hipoksji mózgowej. Zbliżone doznania opisywane były przez pilotów wojskowych w czasie silnych przyspieszeń, prowadzących do anoksji mózgowej. Piloci ci również doświadczali wtedy euforii, wyjścia poza ciało, ujmująco pięknych wizji i niemożności poruszenia się lub porozumienia. Badaczka ta zjawisko światła w końcu tunelu interpretuje jako losowe wyładowania neuronalne lub jako spowodowane niedotlenieniem odhamowanie kory wzrokowej. Za uczucie euforii wg niej mogą być odpowiedzialne również endorfiny, natomiast za przywoływanie wspomnień oraz związane z nimi uczucie czegoś znanego i pełnego znaczenia mają być odpowiedzialne napadowe wyładowania w obrębie układu limbicznego i kory skroniowej. Podobne doznania opisywane są również przez himalaistów atakujących ośmiotysięczniki. Tłumaczone są one również hipoksją o.u.n.

Następujące później zmiany w postawach tłumaczy Blackmore jako załamanie się pod wpływem kryzysu indywidualnego modelu rzeczywistości z towarzyszącym temu rozpadem iluzji w poczuciu „ja”.

Jak jednak zaznaczają Greyson i Bush „choć wiele istniejących teorii mogłoby wyjaśnić niektóre aspekty doświadczeń śmierci klinicznej, niewiele z nich czyni to z odpowiednią precyzją, a żadna nie opisuje adekwatnie wszystkich aspektów tego idiosyncraticznego zdarzenia” [3].

Carol Zaleski wątpi, czy cały zakres doświadczeń śmierci klinicznej może być wyjaśniany za pomocą teorii biologicznych. Sądzi ona, że podróż do tamtego świata jest produktem wyobraźni religijnej, służącej

zarówno jako obraz orientujący nas w kosmosie, a także jako system instrukcji dla życia moralnego oraz duchowego. Zatem NDE byłoby iluzjonistycznym zjawiskiem przejściowym, pomagającym nam odnaleźć się na tym świecie [16].

Odrzucając, wobec braku naukowych dowodów, hipotezę, że opisy NDE stanowią sprawozdania z „rzeczywistych spotkań z tamtym światem” można chyba zaryzykować pomysł, iż doświadczenia okołomiertne są zjawiskiem wieloczynnikowym. Hipoksja mózgu powodując ciąg zmian w czynności biochemicznej i bioelektrycznej mózgu wyzwała określony stan modelowany przez przekonania, pragnienia i obawy umierającego.

Odwolując się nieco ryzykownie do Freuda można by spekulować, iż jeśli we śnie dochodzi do osłabienia „wewnętrznego cenzora”, powodując odhamowanie wypartych do nieświadomości marzeń i lęków, to tym bardziej jest to możliwe w stanie śmierci klinicznej (lub zbliżania się do niej).

Jeśli przypuścić, że charakter NDE kształtowany jest przez indywidualny światopogląd (rozumiejąc przez to również religijność), dlaczego zatem osoba deklarująca umiarkowaną religijność, co więcej, łamiąca drastycznie prawo i przykazania, miała więcej elementów transcendentálnych w swym doświadczeniu pobliza śmierci?

Naszym zdaniem możliwe są dwa wytłumaczenia. Pierwsze, że charakter NDE nie zależy od światopoglądu (religijności), drugie, że w trakcie NDE ujawnia się rzeczywisty, a nie jedynie deklarowany, stosunek do wiary. A może jest właśnie tak, jak chce Carol Zaleski, że NDE jest systemem instrukcji dla życia moralnego i duchowego.

Nie sposób nie dostrzec, że NDE zdecydowanie różni się od tradycyjnych tzw. jakościowych zaburzeń świadomości i jest bliższe tzw. doświadczeniom psychodelicznym lub innym odmiennym stanom świadomości uzyskiwanym takimi technikami deprywacyjnymi, jak: post, izolacja zmysłowa, kon-

trola oddechu (sufficka dikra, prawosławny hesychazm czy joga pranajama, również prowadzące do hipoksji mózgu).

Szersze jednak omówienie tej problematyki przekracza ramy naszego doniesienia.

## PIŚMIENNICTWO

1. Blackmore S. Dying to live: Near-Death Experiences. Buffalo: Prometheus; 1993.
2. Gallup G, Proctor W. Adventures in immortality: A look Beyond the Threshold of Death. McGraw-Hill; 1982.
3. Greyson B, Bush NE. Distressing Near-Death Experiences. *Psychiatry* 1992; 55: 95-110.
4. Greyson B. A Typology of Near-Death Experiences. *Am J Psychiatry* 1985; 142 (8): 967-9.
5. Greyson B. Near-Death Encounters with and without Near-Death Experiences: Comparative NDE Scale Profiles. *J Near-Death Studies* 1990; 8 (3): 151-61.
6. Greyson B. The Near-Death Experience Scale. Construction, reliability, and validity. *J Nerv Ment Dis* 1983; 171 (6): 369-75.
7. Greyson B. Varieties of Near-Death Experience. *Psychiatry* 1993; 56 (10): 390-9.
8. Heim A. Remarks on fatal falls. *Omega* 1972; 3: 45-52.
9. Krzyżowski J. Drogi i bezdroża rozwoju psychopatologii i terapii. Warszawa: Medyk; 1999.
10. Moody R. Życie po życiu. Warszawa: PAX; 1980.
11. Noyes R Jr, Kletti R. Depersonalization in the face of life-threatening danger: an interpretation. *Omega* 1976; 7: 103-14.
12. Ring K. Life at Death: A Scientific investigation of the Near-Death Experience. Coward, McCann and Geoghegan; 1980.
13. Sabom MB. Recollections of Death: A Medical Investigation. Harper and Row; 1982.
14. Stevenson I. Research into the Evidence of Man's Survival After Death. *J Nerv Ment Dis* 165: 152-70.

15. Wulff David M. *Psychologia religii*. Warszawa: WSiP; 1979.
16. Zaleski C. *Otherworld Journeys: Accounts of the Near-Death Experience in Medieval and Modern Times*. Oxford: Univ Press; 1987.

*Adres: Dr Jerzy Matysiakiewicz, Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii Wydziału Lekarskiego w Zabrze Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, ul. Pyskowicka 49, 42-600 Tarnowskie Góry*