

# Psihološki aspekti iskustva kliničke smrti

## / *Psychological aspects of near-death experiences*

Aleksandra Mindoljević Drakulić, Slobodanka Keleuva<sup>1</sup>

Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, <sup>1</sup>Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba, Zagreb, Hrvatska

/ *University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences, <sup>1</sup>City of Zagreb, Teaching Institute of Emergency Medicine of the City of Zagreb, Zagreb, Croatia*

Izložene su sve relevantne psihološke teorije kojima se pokušava definirati iskustvo kliničke smrti. Međutim, u proučavanju ovog fenomena psihologija je kao znanstvena disciplina više suočena s opovrgavanjem dogmatskog pogleda transcendentnih i parapsiholoških obilježja, a manje je orijentirana na fenomenologiju. Sve to upućuje na kompleksnost, jedinstvenost i zagonetnost tematike koju zasigurno nije moguće promatrati odvojeno od pristupa drugih znanstvenih disciplina. Zbog svega toga, u razumijevanju ovog konstrukta teško je zadržati poziciju strogo, neutralnog i kritički raspoloženog promatrača, bez upletanja spekulacija, zabluda i predrasuda. Stoga, sljedeći se retci mogu shvatiti kao prinos znanju i uspješnijem razumijevanju i mjerenju intrigantnog fenomena kliničke smrti. Također, u ovom je tekstu skriveno univerzalno pitanje o ljudskom životu: kako podnosimo kraj i je li doista moguće smrt prihvatiti kao pozitivni aspekt života – čemu nas uči iskustvo kliničke smrti.

*/ This article presents all the relevant psychological theories that attempt to define near-death experiences. However, in the study of this phenomenon, psychology as a scientific discipline is primarily faced with the refutation of dogmatic views of transcendental and psychic characteristics than oriented towards phenomenology. All of this points to the complexity, uniqueness and mystery of the themes that certainly cannot be considered separately from the approach of other scientific disciplines. For all these reasons, in the understanding of this construct it is difficult to hold the position of a strict, neutral and critical observer without the interference of speculation, misconceptions and prejudices. Therefore, this article can be seen as a contribution to knowledge and successful understanding of intriguing near-death phenomena. Additionally, this text addresses the universal question of human life: how we endure the end of life and if it is really possible to accept death as a positive aspect of life – the fact that the experience of near-death phenomena teaches us.*

### **ADRESA ZA DOPISIVANJE:**

Doc. dr. sc. Aleksandra Mindoljević  
Drakulić  
Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu  
Lučićeva 3  
10 000 Zagreb, Hrvatska  
E-pošta: amindolj@ffzg.hr

### **KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:**

klinička smrt / *near-death experience*  
psihološke teorije/objašnjenja o nastanku  
fenomena kliničke smrti / *psychological theories/*  
*explanations*  
testiranje fenomena kliničke smrti / *testing of near-*  
*death experiences*

## UVODNA RAZMATRANJA - TERMINOLOGIJA, DEFINICIJA I ELEMENTI FENOMENA KLINIČKE SMRTI: OD MITA DO ZNANOSTI

Još se od prapovijesti pojam smrti definirao ponajprije metafizički, pa se o tom univerzalnom događaju u religijskim, antropološkim ili filozofskim raspravama govorilo kao o snu, putovanju (u nepoznato), uroku, neizlječivoj bolesti, nesretnom slučaju i/ili o konačnom ulasku čovjeka u onostrani svijet predaka.

I u antičkoj je mitologiji smrt prikazivana slično: u liku Tanatosa (grč. *Thanatos*, lat. *Mors*) krilatog mladića sa srcem od željeza koji nije znao za milosrđe ili sućut. Naime, Tanatosu nitko od ljudi, pa ni bogova nije mogao pobjeći. Doletio bi, ščepao čovjekovu dušu i odnio je u podzemni svijet predavši je Hadu, vladaru podzemnoga svijeta. Tanatos je bio personifikacija same smrti i surovog zakona kojim se označavao apsolutni kraj života svakog smrtnika.

No, u antičkim su legendama ipak postojale stanovite iznimke povratka iz mrtvih. Tako je ljudima nekoliko puta pošlo za rukom previriti Tanatosa. Nadmudrio ga je korintski kralj Sizif koji se svojom rječitošću, dalekovidnošću i lukavstvom uspio izbaviti iz podzemnoga svijeta. Prvo mu je spretno izmaknuo iz ruku te ga je svezao i zatvorio u željeznu bačvu. Kada se Tanatos uspio izbaviti, zgrabio je Sizifa, oteo njegovu dušu i ipak odnio u podzemni svijet. Sizif se u međuvremenu dogovorio sa svojom ženom da u slučaju njegove smrti ne prinosi Hadu nikakve darove. Budući da su Had i njegova žena Perzefona uzalud čekali darove koji im po pravilima pripadaju, naredili su da Sizifa dovedu pred njih. To je bio ključan trenutak kojega je Sizif iskoristio za pregovore s Hadom. Predložio mu je da će porazgovarati sa svojom ženom i podsjetiti je da prema bogovima mora izvršavati svoju

dužnost te da im mora prinijeti žrtvu. To je značilo da ga Had i Perzefona moraju nakratko pustiti natrag u svijet živih. Had se dao nagovoriti. Pustio je Sizifa koji se vratio u Korint i nastavio mirno živjeti. I Semela, kći tebanškoga kralja Kadma, koja je umrla u gorućim ruševinama svoje palače istodobno rađajući dijete (boga Dioniza) uspjela se vratiti iz podzemnoga svijeta. Kada je Dioniz odrastao i postao moćan bog, oslobodio je svoju majku iz podzemlja i poveo je k sebi na Olimp. Alkestida, žena koja je među antičkim junakinjama simbolizirala ljubav i neograničenu odanost prema mužu, jedina se od svih spremno žrtvovala za svog supruga Admeta. Pozvala je Tanatosa, sklopila oči i ubrzo se rastala od života. Spasio ju je Heraklo koji se izravno od boga smrti izborio za njezinu dušu i vratio je ponovno u život (1).

Iako se smrt oduvijek shvaćala kao apsolutni, statični završetak, u potonjim je legendama smrt ovih junaka opisana gotovo kao cikličko, dinamičko djelovanje. Naime, spomenuti su junaci antičkih mitova doista uživali posebnu povlasticu da mogu sići u podzemlje te se iz njega vratiti među žive. To im je poslužilo da pređu prag nepoznatoga, što im je neizostavno promijenilo živote. Stoga je njihova smrt opisana kao prolazni aspekt njihova postojanja koji ih je uveo u neki novi, manje poznati svijet (raja ili pakla) i koji im je otvorio pristup drugačijem životu nakon smrti. Baš kao u stilu latinske izreke *mors janua vitae* (smrt donosi život). Etimološki riječ smrt staroga je slavenskoga podrijetla (engl. *death*, franc. *mort*, tal. *morte*, njem. *Tod*) te se sastoji od osnove *mor*, srodne s latinskom riječi *mors* i prefiksa „s“. Riječ *mor* u prošlosti je označavala opći pomor, epidemiju, a ne pojedinačnu smrt, a početno slovo „s“ potječe od pridjevske zamjenice *svoj* što na svim slavenskim jezicima označava vlastitu smrt (2).

Odgovori na pitanje što je smrt nisu se mogli izvesti na deduktivan način ni iz jednog reli-

gijskog načela, pa je s vremenom prihvaćeno znatno jasnije medicinsko određenje.

Prema Medicinskoj enciklopediji smrt je stanje organizma koje nastaje nakon prestanka životnih funkcija, ponajprije funkcija središnjeg živčanog sustava te kardiovaskularnog i respiratornog sustava. Međutim, kolikogod je dijagnoza totalne biološke smrti morfološki i funkcionalno jasna, u kliničkoj je smrti (engl. *near-death experience* ili kratica NDE) moguće ostvariti reverzibilnost. To znači da u čovjekovom organizmu, u tkivu i organima još postoje stanovite životne rezerve, pa je moguća njegova revitalizacija i ponovno produženje života. Stoga je katkada teško povući oštru granicu između dvije komplementarne faze koje se međusobno isključuju: života i smrti (3). Prema Bruceu Greysonu, američkom liječniku koji je najviše pisao na temu iskustva kliničke smrti, taj se fenomen definira kao afektivno snažan psihološki doživljaj s transcendentnim i mističnim elementima koji se javlja prilikom osjećaja nadolazeće smrti ili u situacijama jake tjelesne ili psihološke opasnosti (4). Iako se mnogi autori slažu u tome da postoje jasni elementi/karakteristike iskustva kliničke smrti, dio znanstvene javnosti smatra da je to iskustvo zapravo diskretan, osobni fenomen koji kod svakog pojedinačno ima svoje specifičnosti. Ipak, prevladalo je stajalište da se NDE sastoji od veoma sličnih razina pojavnosti. Tako je Kenneth Ring u svom istraživanju na 102 osobe koje su proživjele iskustvo kliničke smrti zaključio da postoji pet stadija iskustva kliničke smrti. Prvi stadij jest saznanje da je osoba umrla. To saznanje ispitanici ne vezuju uz bolest ili bol, nego uz osjećaj konačno postignutog unutarnjeg mira. Drugi stadij vezuje se uz različite autokopske doživljaje koji idu sve do osjećaja izvantjelesnog iskustva (engl. *out of body experience*). Treća razina označava tranziciju: izlazak iz života i ulazak u svijet tame,

što se često ponavlja u obliku putovanja kroz mračni tunel. Četvrti stadij karakterizira jaka svjetlost na kraju tunela koja se uglavnom doživljava kao pozitivno iskustvo (primjerice poistovjećuje se s bezgraničnom ljubavi, početkom novoga života i sl.). Peti, posljednji stadij nastavak je četvrtog, u kojemu se naglašava ljepota misteriozne svjetlosti te se javljaju i druge boje i osjeti što pridonosi slikovitosti i kasnijem emocionalnom značenju tog doživljaja (5). Ringova istraživanja provedena su na američkom uzorku ispitanika, pa nisu reprezentativna za ostala društva koja su kulturološki drugačija od zapadnih. Stručnjaci koji podupiru samo biologijsko i neuropsihologijsko objašnjenje fenomena NDE slažu se s idejom da je iskustvo kliničke smrti identično za sve ljude. No, postoje stanovite razlike između istočnog i zapadnog svijeta. O tim je sličnostima i razlikama pisao australski sociolog Allan Kellehear. U svojim je radovima naglašavao razliku između tzv. materijalističkog društva i tzv. transcendentnog društva te je smatrao kako (utopijska) koncepcija „transcendentnog“ društva može zaživjeti uz pomoć osoba koje su doživjele NDE. Utvrdio je da se iskustvo kliničke smrti može i treba definirati kao kroskulturalni fenomen. Pritom je pronašao dva temeljna elementa/karakteristike NDE koje se javljaju u svim kulturama: tranzicija u mrak i susreti s drugim bićima u nekom drugom svijetu. Također, utvrdio je da postoje četiri sličnosti u kognitivnom funkcioniranju svih ljudi iz svih kultura koji su doživjeli kliničku smrt: uvjerenje da je ono što su doživjeli bilo doista stvarno iskustvo, a ne halucinacija; osjećaj transcendencije u smislu ulaska u onostrano, u drugi svijet; iskustvo NDE koje im je ponudilo važne emocionalne i spiritualne uvide te promijenilo pogled na život; i vrijednost i originalnost iskustva kliničke smrti za sve koji su je proživjeli bila je jedno od najjačih doživljaja u njihovom životu (6,7).

## PSIHOLOŠKE TEORIJE RAZUMIJEVANJA FENOMENA KLINIČKE SMRTI

### Iskustvo kliničke smrti kao simptom depersonalizacije

Depersonalizacijski/derealizacijski poremećaj u okviru DSM-V spada u disocijativne poremećaje za koje je zajednička karakteristika raskol u obično cjelovitim funkcijama svijesti, pamćenja, identiteta ili opažanja okoline. Depersonalizacija je trajni ili ponavljani doživljaj osjećaja odvojenosti ili osjećaj da je osoba izvanjski promatrač vlastitih duševnih zbivanja ili vlastitoga tijela pri čemu je očuvana sposobnost provjere realnosti, a derealizacija je doživljaj nerealnosti ili gubitka kontakta u odnosu na okolinu (8). Depersonalizacija je i proces gubitka osjećaja osobnoga identiteta kao i osjećaj otuđenja od samoga sebe (osoba se osjeća ispražnjeno, doživljava sebe i druge kao automate bez emocija i sl.) što se može javiti i u normalnim stanjima. Stoga je okvirna procjena stručnjaka mentalnoga zdravlja da tijekom života čak polovica odrasle populacije doživi barem jednu kratku epizodu depersonalizacije. Analitičari poput Freuda, Pfistera i drugih smatrali su da se fenomen NDE može objasniti upravo depersonalizacijom. Naime, čovjekov um nije spreman prihvatiti činjenicu o skoroj smrti, pa regredira na način da se tješi povlačenjem i otcjepljenjem od tijela te stvara infantilne fantazije o vlastitoj besmrtnosti. Pretpostavili su da su osjećaj mira, blaženstva, dobrobiti i ponovnog proživljavanja scena iz života, što nastaje u stanjima NDE, zapravo obrambeni mehanizmi kojim se ego izolira od moguće dekompenzacije pred skorim uništenjem.

No, ova je teorija razumijevanja iskustva kliničke smrti naišla na sljedeće prigovore: osobe sa simptomima depersonalizacije imaju osjećaj smetenosti, panike, anksioznosti i konfuzije kada je riječ o doživljavanju njihovog vla-

stitog *selfa*. Osobe s iskustvom kliničke smrti sebe doživljavaju bez smetenosti i ostalih negativnih osjećaja, i to sa znatno jasnijom i snažnijom slikom vlastitog *selfa*. Također, istraživanja su pokazala da djeca koja još nisu doživjela diferencijaciju ega te imaju posve drugačije poimanje smrti od odraslih, doživljavaju iskustva kliničke smrti veoma slično iskustvima odraslih (9). Istraživači su utvrdili da se NDE kao i depersonalizacija mogu javiti u situacijama iznimnog stresa, primjerice u stanjima kada je osobi gotovo nemoguće integrirati intruzivna sjećanja na traumu u svakodnevni život. Međutim, osobe koje su imale iskustvo kliničke smrti nemaju potrebu za izbjegavanjem čestih sjećanja na događaj te su sjećanja obojena pozitivnim afektom, što kod osoba s PTSP-em nije slučaj (10). Također, u studijama se otkrilo da je među odraslim osobama koje su iskusile stanje kliničke smrti bilo znatno više onih s ranim iskustvom zanemarivanja i zlostavljanja. Greyson, Irwin i drugi istraživači koji su se bavili ovom problematikom zaključili su da je sposobnost disocijacije kod takvih osoba bila snažnija, jer im je nudila sigurnost i otklon od surove traumatske realnosti koju su proživjeli.

### Iskustvo kliničke smrti kao obrana od straha od smrti

Iako nije kliničar, evangelik i pisac Richard Abanes proučavao je fenomen kliničke smrti te je u svojoj knjizi (1996.) iznio zanimljivu tezu da je iskustvo kliničke smrti zapravo iskustvo čovjekovog straha od smrti. Stoga je koncepciju NDE preimenovao u tzv. *Fear-Death Experience* (FDE). Prema Abanesu, fenomen FDE se javlja u trenucima samrti, točnije kada je osoba svjesna da će uskoro umrijeti, pa je afekt straha od završetka života dodatni stimulus koji potiče postojanje svih transcendentnih elemenata NDE. Budući da se u svom radu i sam susretao s umirućima, smatrao je da se osobe na samrti koje se veoma boje smrti

razlikuju od osoba na smrti koje su se pomirile sa skorim krajem života. Ova prva skupina više izvještava o doživljenim elementima fenomena NDE, a slično je i s osobama koje nisu vitalno ugrožene, ali su ipak uvjerenе da će umrijeti (9,11). Od svih psiholoških teorija o razumijevanju koncepcije NDE, ova je možda najnevjerodostojnija budući da nije nađen način za njezino znanstveno dokazivanje.

### Iskustvo kliničke smrti kao sindrom lažnog sjećanja

Richard Abanes je pisao i o iskustvu kliničke smrti kao sindroma lažnog sjećanja. Smatrao je da osoba koja doživljava iskustvo kliničke smrti uz mistične vizualizacije postaje smetena i zbunjena, što u stanju izlaska iz kliničke smrti i oporavka može rezultirati dodavanjem novih informacija ili kondenzacijom postojećih (kao u radu sna). Ovoj situaciji, prema Abanesovom mišljenju, mogu pridonijeti i razgovori s obitelji i bliskim prijateljima, posebice odmah nakon što se osoba probudila iz stanja kliničke smrti (11). Drugi su autori dopunili Abanesovo razmišljanje te potkrepu našli u činjenici da čovjekovu imaginaciju i percepciju, kao dva različita psihonervna procesa, aktivira isti centar mozgovne strukture. U situacijama kada nedostaju sjećanja na neke događaje ili pak kad sjećanja ne odgovaraju ili se ne uklapaju u doživljeno iskustvo, dolazi do preoblikovanja sadržaja koji su pohranjeni u mašti ili pamćenju u nove cjeline. Pritom je važna komponenta kreativnosti, tj. rekreiranja konfabulirane memorije u koju se počinje vjerovati kao da je stvarno doživljena (12). Slične su situacije opisivali i analitičari govoreći o fenomenu tzv. snova na javi, odnosno maštanja u budnom stanju koji su izraz psihološke krize ili uskraćenosti realnoga zadovoljstva te se često pretvaraju i preuređuju u bajkovite priče u kojima osoba ima glavnu ulogu.

Ovime svakako možemo pridodati i motivacijsku fantaziju. Naime, fantazije su u ovom

slučaju shvaćene kao tvorevine mašte ili imaginacije, kao priče stvorene maštom kojom se zanemaruje (surova) stvarnost.

A stvarnost kod osoba s iskustvom kliničke smrti jest da su doista blizu kraja života. Stoga se javlja fantazija motivirana različitim vrijednosnim i religijskim sustavima, osobnim očekivanjima vezanim uz smrt, narcizmom, težnjom za negacijom smrti i temeljnim strahopoštovanjem prema katastrofičnom kraju života.

### Iskustvo kliničke smrti kao sjećanje na vlastito rođenje

Slike mračnog tunela na čijem je kraju blještava svjetlost koja osobu s iskustvom kliničke smrti vodi u drugi svijet, mnogim su istraživačima dale naslutiti psihološko (točnije psihoanalitičko) objašnjenje fenomena NDE kao sjećanja na (traumu) vlastitog rođenja. Naime, psihoanalitičari su pojam traume rođenja opisali kao trenutak prijelaza iz stabilne, zaštićene, tople i mračne sredine (kao uzrok najvećeg blaženstva) u neki novi svijet koji počinje bukom i velikom svjetlosti. Smatrali su da su sve kasnije psihološke teškoće na stanovit način određene ovom kobnom i najranijom traumom kao i težnjom čovjeka da se vrati u sigurno i blaženo intrauterino postojanje. Trauma rođenja je kasnije tumačena manje kruto, ali i dalje kao praobrazac svakog ljudskog straha koji se filogenetski programirao tijekom tisuća godina razvoja ljudske vrste (13). Ipak, dva su nedostatka ove teorije: u istraživanju Satwant Pasricha i Iana Stevensona iz 1986. godine, stanovnici Indije i Tajlanda koji su imali iskustvo kliničke smrti (N=16) nisu doživjeli ovaj ključan element: putovanje kroz mračan tunel kao ni izvantjelesno iskustvo (14). U istraživanju engleske psihologinje Susan Blackmore (koja je i sama imala iskustvo kliničke smrti) nađeno je da su osobe koje su rođene carskim rezom izvještavale o putovanju kroz tunel podjednako

kao i osobe koje su rođene vaginalnim putem (12,15). S druge strane, neki su autori psihološku teoriju sjećanja na vlastito rođenje proširili na shvaćanje fenomena NDE kao arhetipske slike rođenja čovjeka kao univerzalnog, mitološkog prizora karakterističnog za sve kulture što objašnjava zajedničko, ljudsko podrijetlo. No, unatoč razumljivosti ove teze, nije nađena ni jedna prihvatljiva istraživačka metoda kojom bi se znanstveno potvrdilo postojanje izvornih modela (engl. *near-death archetypes*) koji su zajednički svim ljudima s iskustvom kliničke smrti.

### Iskustvo kliničke smrti kao autoskopija

Autoskopija (grč. *autós* - sam, grč. *skopéo* - gledam) je vizualna halucinacija u kojoj osoba vidi samoga sebe (lice i/ili tijelo) s vanjske strane, odnosno pred sobom ili pak vidi sebe s unutrašnje strane, točnije vidi svoje unutarnje organe (16). Prvu medicinsku studiju slučaja o fenomenu autoskopije godine 1844. objavio je britanski liječnik Arthur Landbroke Wigan u svojoj knjizi „*New view of insanity: The duality of the mind*“ (17). U današnje vrijeme mnogo je istraživanja koja podupiru tezu kliničke smrti kao stanja autoskopije. Tako je švicarski neuroznanstvenik Peter Brugger jedan od prvih autora koji je istraživao fenomen autoskopije. Predložio je klasifikaciju autoskopije prema fenomenološkim kriterijima razvrstavši spomenuti fenomen u nekoliko kategorija: 1. negativnu heautoskopiju (engl. *the negative heautoscopy*) (osoba ima teškoće, odnosno djelomično se vidi ili se uopće ne može vidjeti iako se primjerice izravno gleda u ogledalu); 2. unutarnju heautoskopiju (engl. *the inner heautoscopy*) (osoba vidi svoje unutarnje organe u izvantjelesnom prostoru, a svoje tijelo pritom može percipirati praznim); 3. osjećaj prisutnosti (engl. *the feeling of a presence*) (osoba osjeća tjelesnu prisutnost druge osobe ili bića u svojoj blizini bez vizualnih halucinacija); 4. autoskopsku/reduplikativnu halucinaciju

(engl. *the autoscopic hallucination*) (osoba na nekoliko minuta ili sekundi potpuno vidi samoga sebe u ogledalu, ova se autoskopska vizija naziva i tzv. zrcalna halucinacija (engl. *mirror hallucination*). Jedino u ovoj vrsti autoskopije nisu prisutni simptomi depersonalizacije; 5. he-autoskopiju (engl. *he-autoscopy* ili *heautoscopic proper*) (autoskopska vizija koja je rjeđa od gore opisane autoskopske halucinacije. Razlika je u tome što osoba s he-autoskopijom vidi svoga dvojnika bez boje i nejasno. Dvojnici osobi može djelovati autonomno, ali može zrcaliti njegovu pojavnost. Osoba ga slabije vidi, kao blijedu ili prozirnu sliku i kao da ga promatra sa strane kroz veo ili maglu). Klinička istraživanja studija slučajeva potvrđuju da se pritom osobe uglavnom ne sjećaju svojih emocija ili pak izvještavaju o prisutnosti tuge. Česta je i pojava tzv. heautoskopske ehopraksije odnosno dvojnिकove imitacije pokreta osobe); i 6. izvantjelesno iskustvo (engl. *out of body experience* ili kratica *OBE*) [osoba vidi sebe izvan svog tijela pri čemu dominira osjećaj bestjelesnosti (engl. *disembodiment*) uz promatranje sebe iz daljine te s uzdignute vizualno-spacijalne perspektive] (18).

Brugger je smatrao da uz nabrojane kategorije postoji niz različitih varijacija autoskopskog fenomena što se ponajprije očituje u: duljini trajanja vizija (od nekoliko sekundi pa do nekoliko sati), jačini realističnosti doživljenog/videnog i kontinuumu pozitivnog odnosno negativnog doživljavanja dvojnika (od osjećaja potpunog prihvaćanja do osjećaja otvorene agresije, nasilnog i emocionalno prijetećeg sadržaja). Nadalje, opisao je i da se osoba koja ima autoskopske doživljaje osjeća slično kao i bolesnik s amputiranom rukom ili nogom s tzv. fantomskim udom.

U svojim je istraživanjima pokazao i da pojedine autoskopske vizije (primjerice izvantjelesno iskustvo) mogu nastati stimulacijom određenih dijelova moždanih struktura, zbog moždanih lezija, u uvjetima nedostatka kisika (kod

alpinista na visokoj nadmorskoj visini) kao i u posebnim situacijama iznimno jakih afekata i proživljavanja intenzivnog psihološkog stresa. Također, autoskopski doživljaji mogući su kod zdravih ljudi, i to ponajprije u situacijama socijalne deprivacije ili socijalne izolacije te pri usnivanju (tzv. hipnagogne) ili buđenju (tzv. hipnopompne halucinacije) kada je razina svijesti kvalitativno drugačija nego u budnom stanju.

Uz različite varijacije autoskopskih vizija česti su nejasni ili pak slikoviti kinestetski i somatski osjeti, a ekstremna verzija autoskopije vezuje se za Doppel-Gängerov fenomen (ili fenomen tzv. dvojnika) kada osoba vidi svoga dublera te elaborira i objašnjava halucinaciju s deluzijskom pričom. Autoskopija je još povezana i s epilepsijom, poremećajima parijsko-okcipitalnog korteksa i s toksičnim stanjima (19).

## TESTIRANJE ISKUSTVA KLINIČKE SMRTI

U posljednjih 50-ak godina u pokušaju objašnjavanja koncepcije NDE postoji mnogo literature. Suvremena su istraživanja tog fenomena počela još potkraj 1977. godine kada je službeno osnovano udruženje za znanstvena istraživanja kliničke smrti (engl. *Association for the Scientific Study of Near-Death Phenomena*) kasnije preimenovano u *IANDS* (engl. *International Association for Near-Death Studies*). Uz Raymonda Moodyja, u toj su se organizaciji ponajviše istaknuli dr. Kenneth Ring, dr. Bruce Greyson i dr. Charles Flynn. Osim u SAD, slične organizacije osnivale su se i u drugim zemljama zapadne, a kasnije i istočne provenijencije. Osim društava, djelovali su i stručni časopisi. Najpoznatiji su bili *Omega* i *Anabiosis*, kasnije preimenovan u *Journal of Near-Death Studies*. Međutim, sve to nije bilo dovoljno za točno definiranje dijagnostičkih kriterija fenomena kliničke smrti,

pa je u skladu s tim bilo teško donijeti i jasne metodološke postavke za psihologijska mjerenja. Naime, dosadašnja su istraživanja kliničke smrti bila znatno više retrospektivnog, a manje prospektivnog karaktera. Uz rijetke su iznimke provedena uglavnom na bjelačkom stanovništvu, ponajprije među protestantima i katolicima. Također, u brojnim su radovima istraživači intervjuirali ispitanike sa znatnim vremenskim odmakom što je pridonijelo neadekvatnim ili nepotpunim opisima iskustava kliničke smrti. Istraživanja su često rađena i na malom uzorku te nije postojala (adekvatna) usporedna skupina ispitanika (9). Prvobitno su provedena kvalitativna istraživanja, tj. rabile su se informacije iz kliničkih intervjuja. No, kolikogod bili vješti i senzibilizirani za osjetljiva pitanja iskustava kliničke smrti, autori su se uz fleksibilnost uporabe takvih, polustrukturiranih ili strukturiranih intervjuja, susretali s nizom problema. Najčešći nedostatak intervjuja bio je u opsežnosti i kompleksnosti pojedinih pitanja. To je znatno demotiviralo ispitanike ili ih je dodatno uznemirivalo. Tek nakon konstrukcije upitnika američkoga liječnika Brucea Greysona (engl. *Near-Death Experience Scale*) počele su se koristiti i kvantitativne mjere uz kombinaciju oba pristupa. Budući da je praksa pokazala kako se osobe s iskustvom kliničke smrti često svrstavaju u stroge psihijatrijske klastere, Greyson je sugerirao da dijagnostičke postupke i psihologijska mjerenja trebaju provoditi profesionalci mentalnoga zdravlja koji nisu samo psihoterapeuti, nego i praktični poznavatelji fenomena kliničke smrti. Također, kliničaru je pritom dobrodošlo znanje iz psihopatologije kako bi mogao razlučiti je li riječ o mentalno zdravoj ili bolesnoj osobi. Nadalje, Greyson je iznio stajalište da takvi eksperti trebaju potpuno razumjeti (eshatološka) vjerovanja iz različitih kulturnih sredina, i to od ideje života poslije smrti do drugih, manje uobičajenih transcendentnih iskustava. Evo što današnja znanost predlaže za mjerenje iskustva kliničke smrti:

*Intervju* - Nakon što se kliničar uvjeri da je klijentu koji je doživio kliničku smrt ugodno te da će se povjerljivost kao bazični element intervju potpuno poštivati, može se početi s intervjuom. Prvobitni je cilj uspostaviti i razviti preliminarno povjerenje, tj. alijansu između intervjuera i klijenta, dati jasne upute zbog čega se radi intervju, dobiti (pismeni) pristanak klijenta za ispitivanje, utvrditi postojanje ili nepostojanje psihijatrijske simptomatologije i općenito uspostaviti empatijsku interpersonalnu relaciju s osobom koja je doživjela kliničku smrt.

Pritom je dobro rabiti unaprijed pripremljeni protokol za bilježenje odgovora ispitanika. Intervju je dobro početi s općim sociodemografskim pitanjima, anamnestičkim podatcima, pitanjima o ranom razvoju i cjelokupnom dosadašnjem obiteljskom, osobnom i profesionalnom životu klijenta.

Posebnu pozornost još treba dati dvjema vrstama pitanja: činjenicama i znanju koje klijent raspolaze o fenomenu kliničke smrti (gdje se o tome informirao, što je konkretno čitao i sl.) te o pitanjima vezanim uz njegova/njezina religiozna vjerovanja i ponašanja, i to prije i nakon iskustva kliničke smrti (20). Sva pitanja koja intervjuer postavlja zahtijevaju odgovore koji su specifični, detaljni, veoma osobni i autentični, pa u tom smislu treba stalno hrabriti i poticati klijenta na iskreno i otvoreno komuniciranje. Na kraju intervju klijentu treba dati mogućnost da postavi pitanja i da mu se, ako zaželi, omogući ponovni susret s intervjuerom uz (pismeni) uvid u eventualne rezultate preliminarnih istraživanja.

Prijedlog protokola s pitanjima za klijentovu religioznost:

- Prije ovog iskustva, jeste li bili religiozni i koliko? (prilično, srednje, malo, nimalo)
- Ako niste bili religiozni, jeste li se smatrali agnostikom, ateistom ili biste se nazvali neka-ko drugačije?

- Kako biste svoju religioznost sada definirali?

- Koliko ste, prije ovog iskustva, snažno vjerovali u Boga? (prilično, srednje, malo, nimalo)

- Koliko sada vjerujete u Boga?

- Jeste li, prije ovog iskustva, vjerovali u život poslije smrti? (potpuno ste vjerovali u život poslije smrti, niste bili baš posve sigurni, sumnjali ste u to, ili pak niste nimalo vjerovali)

- Vjerujete li u to danas, nakon proživljenog iskustva?

- Jeste li prije iskustva vjerovali u postojanje pakla i raja?

-Vjerujete li danas u to?

Prijedlog protokola s pitanjima o iskustvu kliničke smrti:

- Je li iskustvo koje ste proživjeli teško opisati riječima? Zašto?

- Možete li ga ipak pokušati opisati?

- Je li bilo slično snu ili različito?

- Kada se počela događati ta epizoda, je li vam se činilo da umirete ili da ste blizu smrti?

- Jeste li mislili da ste mrtvi?

- Jeste li u tom trenutku čuli da netko govori da ste mrtvi?

- Što ste još čuli?

- Kako ste se tada osjećali?

- Jeste li pritom čuli neke zvukove ili buku?

- Jeste li u bilo kojem trenutku tog iskustva imali dojam da se mičete ili da putujete?

- Jeste li u bilo kojem trenutku tog iskustva imali osjećaj razdvojenosti sa svojim fizičkim tijelom (stanje bestjelesnosti)? Jeste li bili svjesni svog tijela da je drugdje ili ste ga možda drugdje vidjeli? Možete li opisati to iskustvo? Kako ste se osjećali? Sjećate li se jeste li tada o nečemu razmišljali? Dok je vaše tijelo bilo drugdje, gdje ste bili vi? Jeste li imali drugo tijelo? Jeste li osjećali bilo kakvu poveznicu sebe



s vašim odvojenim tijelom? Dok ste bili u tom stanju, jeste li imali osjećaj vremena? Prostora oko vas? Vlastite težine? Sjećate li se, što ste sve mogli činiti? Jeste li bili svjesni kakvih osjeta (mirisa, okusa, sluha, vida)? Što ste čuli i vidjeli? Jeste li se osjećali osamljeno? Zbog čega?

- Jeste li susretali druge osobe? Jesu li to bili živi ili mrtvi? Tko su bili ti ljudi/bića? Što se događalo kada ste ih sreli? Jeste li komunicirali? Na koji način i o čemu? Kako ste se osjećali u njihovoj prisutnosti?

- Jeste li proživjeli iskustvo iznimne svjetlosti, iluminacije? Opišite kako je to izgledalo? Je li vam svjetlost nešto poručivala? Kako ste se osjećali?

- Jeste li se susreli s anđelima ili duhovnim učiteljima? Jeste li se susreli s vragom ili demonima? Je li za vas taj susret bio zastrašujući?

- Jesu li vam se prošla sjećanja iz života odvirtjela kao film pred očima? Kako ste se tada osjećali? Jeste li nešto naučili iz tog iskustva i što?

- Jeste li u bilo kojem trenutku tog iskustva imali osjećaj da se približavate točki od koje nema povratka nazad? Možete li to opisati? Kako ste se osjećali?

- Kako ste se osjećali kada ste znali da se bliži vaša smrt? Jeste li se željeli vratiti u svoje tijelo, svoj život? Sjećate li se kako vam je uspjelo vratiti se u život? Imate li ikakvu ideju zašto tada ipak niste umrli?

- Je li vas ovo iskustvo promijenilo? Na koji način?

- Je li ovo iskustvo promijenilo vaš odnos prema životu? Kako? Koja su vaša sadašnja stajališta prema životu? Jeste li postali više ili manje empatični, vulnerabilni, znatiželjni, ustrašeni...)

- Bojite li se smrti kao i prije ili se i to promijenilo?

- Kakva su vaša stajališta prema suicidu? (ako je osoba prije bila suicidalna)

- Što sada za vas znači smrt? Kakvo je danas vaše poimanje smrti? (primjerice: smrt kao tranzicijsko stanje, smrt kao sjedinjenje s univerzalnom svjesnošću, smrt kao reinkarnacija ideja, smrt kao mir, smrt kao putovanje, smrt kao ništavilo i sl.)

- Želite li još nešto reći što vam se čini važnim?

Ovakav način prikupljanja podataka (strukturiranim ili polustrukturiranim intervjuom) najbolje je primjenjivati u izravnom (verbalnom) kontaktu s osobom koja je imala iskustvo kliničke smrti. Pitanja bi trebala potaknuti osobu na odgovarajuću reakciju, na iznošenje stajališta i doživljaja vezanih za iskustvo kliničke smrti koje se i ispituje.

Također, važno je biti svjestan da intervjuer nikada ne može potpuno „pokriti“ temu, što je jedan od bitnih metrijskih nedostataka ovog načina ispitivanja, pa se i zaključci iz intervju izvedu samo na temelju odgovarajućeg uzorka pitanja.

Smanjivanju pouzdanosti intervjuiranja može pridonijeti manje iskusan kliničar i intervjuer: i to ponajprije zbog načina postavljanja pitanja (više pitanja odjednom, višeznačna ili nejasna pitanja i sl.) ili krivog redoslijeda prilikom postavljanja pitanja.

Iako je u predloženom protokolu s pitanjima stanovit broj onih koji bi mogli navesti intervjuirane na odgovor, ipak bi trebalo izbjegavati pitanja koja su sadržajno sugestivna, posebice stoga što je riječ o veoma osobnoj i osjetljivoj temi razgovora. Upravo je zato važno da osoba koju se intervjura stekne dojam da u onome što bi mogla govoriti nema nečeg neuobičajenog, pa time i osuđujućeg.

*Upitnik – The Near-Death Experience Scale* – autor upitnika NDE je američki psihijatar Bruce Greyson koji ga je sastavio 1983. godine. Greysonov je upitnik isprva konstruiran kao 33-čestična ljestvica u kojoj je bilo uključeno čak 80 karakteristika/simptoma kliničke smr-

ti. Nakon preliminarnih istraživanja, upitnik je skraćen na konačnih 16 čestica.

Ovaj veoma praktični psihodijagnostički instrument uz 16 čestica sadržava i tri stupnja odgovora. Ispitanici odgovaraju zaokružujući odgovarajuću znamenku (0, 1 ili 2) na ljestvici s tri stupnja, a ukupni se rezultat formira kao linearna kombinacija procjena. Rezultati se tako kreću od 0 do 32, a viši rezultat označava višu prisutnost iskustva kliničke smrti. Kao kriterij za određivanje postojanja iskustva kliničke smrti određen je najniži rezultat: 7, što je jedna standardna devijacija manje od prosjeka u većini istraživanja (prosjeck je prema većini istraživanja 15, a standardna je devijacija 8). Budući da su istraživanja fenomena kliničke smrti provedena među ispitanicima koji su prema velikom broju osobina međusobno bili različiti, ne čudi ovako visok varijabilitet. Za iduća istraživanja i moguću komparaciju to može biti stanovita prepreka u dokazivanju postojanja elemenata iskustva kliničke smrti, a dosadašnja istraživanja, upravo zbog različitosti ispitanika, svakako upućuju na povećanu eksperimentalnu grešku.

Greysonov upitnik, osim ukupnog rezultata mjeri i četiri zasebne facete/komponente iskustva kliničke smrti. Rezultat na svakoj pojedinoj faceti/komponenti može biti od 0 do 8. To su: kognitivna komponenta (čestice od 1 do 4) koja reflektira misaone promjene tijekom iskustva; afektivna komponenta (čestice od 5 do 8) koja reflektira osjećajne promjene; paranormalna komponenta (čestice od 9 do 12) koja objašnjava paranormalne fenomene vezane u svjetovnu sferu; i transcendentalna komponenta (čestice od 13 do 16) koja objaš-

njava iskustva iz domene nesvjetovne dimenzije čovjekove egzistencije.

Daljnijim je istraživanjima nađeno da upitnik razlikuje zdrave osobe koje su doista imale iskustvo kliničke smrti od bolesnika s moždanim disfunkcijama i čije je iskustvo kliničke smrti uzrokovano organitetom (4).

## ZAKLJUČAK

Od antičkih legendi do današnjih dana dobro su poznata i u literaturi opisana različita iskustva kliničke smrti. Prema Bruceu Greysonu, koji je najviše istraživao ovaj intrigantan fenomen, iskustvo kliničke smrti jest afektivno snažan psihološki doživljaj s transcendentnim i mističnim elementima koji se javlja kod ljudi na samrti ili u situacijama iznimno jakog psihološkog stresa ili traume.

Smatra se da je iskustvo kliničke smrti i transkulturalan fenomen te da ima karakteristike koje su zajedničke svim društvima i dobnim skupinama.

Iskustvo kliničke smrti može se shvatiti putem nekoliko psiholoških teorija: kao simptom depersonalizacije, kao obrana od straha od smrti, kao sindrom lažnog sjećanja, kao sjećanje na vlastito rođenje i kao stanje autoskopije.

Što se tiče psihologijskog mjerenja/testiranja fenomena kliničke smrti, isprva su se rabili klinički intervjui, tj. osobe su u izravnom kontaktu s kliničarem anketirane uz pomoć polustrukturiranih i strukturiranih protokola s pitanjima, a 80-ih godina 20. stoljeća konstruiran je jedan od najprimjenjivijih psihodijagnostičkih instrumenata: Greysonov upitnik *Near-Death Experience Scale*.

## LITERATURA

1. Zamarovsky V. Junaci antičkih mitova. Zagreb: Školska knjiga, 1985.
2. Erić Lj. Rečnik straha. Beograd: Arhipelag – Biblioteka Reč, 2007.
3. Medicinska enciklopedija. Zagreb: Jugoslavenski leksikografski zavod, 1970.
4. Greyson B. The near-death experience scale: Construction, reliability and validity. *Lancet* 2000; 355: 460-3.
5. Ring K. Life at death: A scientific investigation of the near-death experience. New York: Quill, 1982.
6. Kellehear A. Experiencing near-death: Beyond medicine and religion. Oxford: Oxford University Press, 1996.
7. Kellehear A. Census of non-western near-death experiences to 2005: Overview of the current data. *J Near Death Stud* 2008; 26: 249-65.
8. Američka psihijatrijska udruga. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
9. Sheikh AA, Sheikh KS. Healing with death imagery. New York: Baywood Publishing Company, 2007.
10. Greyson B. Posttraumatic stress symptoms following near-death experiences. *Am J Orthopsychiatry* 2001; 71: 368-73.
11. Abanes R. Journey into the light: Exploring near-death experiences. Grand Rapids: Baker Books, 1996.
12. Blackmore S. Birth and OBE: An unhelpful analogy. *J Am Soc Psych Res* 1983; 77: 29-238.
13. Trebješanić Ž. Leksikon psihoanalize. Beograd – Podgorica: Službeni glasnik i Nova knjiga, 2007.
14. Pasricha S, Stevenson I. Near-death experiences in India: A preliminary report. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174: 165-70.
15. Blackmore S. Near-death experiences in India: They have tunnels, too. *J Near Death Stud* 1993; 11: 205-17.
16. Anzelotti F, Onofrij V, Maurotti V, Ricciardi L, Franciotti R, Bonanni L. Autoscopy phenomena: case report and review of literature. *Behav Brain Funct* 2011; 7: 2.
17. Wigan AL. New view of insanity: The duality of the mind. Malibu: Joseph-Simon (reprint iz 1844.), 1985.
18. Brugger P, Regard M, Landis T. Illusory reduplication of one's own body: Phenomenology and classification of autoscopic phenomena. *Cogn Neuropsychiatry* 1997; 2: 19-38.
19. Degmečić D. Halucinacije. Zagreb: Medicinska naklada, 2012.
20. Perera M, Jagadheesan K, Peake A. Making sense of near-death experience: A handbook for clinicians. London: Jessica Kingsley Publishers, 2012.