

Оригинальная статья / Original Article

УДК 159.96, 615.851  
doi: 10.11621/npj.2018.0209

# Психологическая помощь пациентам, пережившим околосмертный опыт (по материалам зарубежных исследований)

О.В. Гордеева

МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

Поступила 4 мая 2018/ Принята к публикации: 17 мая 2018

## Psychological assistance to patients with near-death experience (based on foreign research)

Olga V. Gordeeva

Lomonosov Moscow State University Moscow, Russia

Received May 4, 2018 / Accepted for publication: May 17, 2018

**Актуальность статьи.** Околосмертный опыт – измененное состояние сознания, переживаемое в момент близости к смерти. Оно имеет специфическую структуру, которая включает такие элементы, как внетелесный опыт, ощущение движения в темном туннеле, видения яркого света, встречи с умершими, иных реальностей, обзор жизни и многое другое. Это состояние стало встречаться достаточно часто, в частности, из-за успехов реаниматологии и высокого уровня организации неотложной помощи. Само переживание данного опыта и обусловленные им личностные изменения порождают у людей целый ряд психологических проблем, о которых они боятся рассказывать не только медикам, но и близким из-за опасности интерпретации его околосмертных переживаний как признака душевной болезни.

**Целью** проведенного аналитико-теоретического исследования стало изучение накопленного в западной медицине, психологии и психотерапии опыта работы с такими пациентами, а также знакомство с организацией процесса подготовки специалистов в этой области и особенностями психотерапевтической помощи людям, пережившим околосмертный опыт, и членам их семей.

**Описание хода исследования.** В статье проведен анализ зарубежных работ, посвященных проблеме обращения с пережившими околосмертный опыт и психологической помощи им. Содержащийся в работах материал структурирован и обобщен по основным проблемам в этой области.

**Результаты исследования.** Рассмотрена модель стадий адаптации человека после переживания околосмертного опыта, предложенная Ф. Этуотер. Выделены и интегрированы правила взаимодействия медицинского персонала и родственников с пациентами разных групп (как на этапе возможного появления околосмертного опыта, так и в период после получения данного опыта). Намечены правила обращения с пережившими этот опыт детьми, приведен опыт организации психотерапевтической помощи пережившему и его близким.

**Выводы.** Соблюдение описанных в данной работе правил медиками, психотерапевтами и родными человека, пережившего околосмертный опыт, способствует ослаблению уже существующих у пациента эмоциональных и социальных проблем, а в ряде случаев – предупреждает их возникновение.

**Ключевые слова:** околосмертный опыт, измененные состояния сознания, психотерапия, психологическая поддержка пациента, личностная трансформация, психологическая адаптация, межличностные отношения.

**Background.** Near-death experience is an altered state of consciousness at the time when the person is on the threshold of death. Near-death experience has a specific structure which includes such elements as extra corporal experience, moving in a dark tunnel, seeing bright light, meetings with the deceased persons, panoramic life review and many others. The condition is quite common nowadays particularly due to the success of resuscitation and a high level of emergency care organization). Experience in itself and its some consequences derivate a lot of psychological problems at the person, which he is afraid to tell not only medical staff, but also relatives because of danger of interpretation his (her) near-death experiences as marks of psychic illness.

**The Objective** of the analytical theoretical research was to study the experience of working with such patients, accumulated in Western medicine, psychology and psychotherapy, the organization of the training process and also the organization of psychotherapeutic support for survivors and members of their families.

**Design.** This article analyzes the foreign (most publications on this subject is carried out in the United States) works on the problem of treatment with near-death experienter and psychological support for them, the material contained in these works is structured and summarized on the main problems in this area.

**Research results.** Based on the review and analysis of the reference literature a preliminary Atwater's adaptation model of the near-death experience is proposed, the integration of this experience is viewed as the main goal to be implemented by the experienter independently or in collaboration with a psychotherapist, the universal rules of treating near-death experienters are elaborated. There are rules of treating different groups of experienters and different categories of people interacting with them are identified and integrated: the rules of treating children with near-death, the experience of organizing psychotherapeutic assistance to their relatives. Conclusion. The compliance with the rules by physicians, psychotherapists and relatives of near-death patients contributes to the decreased emotional and social problems in the patient, and sometimes even prevents their occurrence.

**Keywords:** near-death experience, altered states of consciousness, psychotherapy, psychological consultation, psychological supporting of patient, personal transformation, psychological problems, motives, values, emotions, psychological crisis, psychological adaptation, interpersonal relations

Околосмертный опыт (ОСО) – специфическое измененное состояние сознания, которое люди испытывают в момент близости к смерти. Он может быть пережит при различных обстоятельствах, таких как остановка сердца, кровопотеря, операционные осложнения, септический или анафилактический шок, травмы, суицидальные попытки, несчастные случаи (падение с высоты, автомобильные аварии, удар электрического тока, утопление, душиение), терминальная стадия болезни. Часто этот опыт связывают с периодом клинической смерти, но он возможен и при отсутствии органических повреждений. Определяющим для его появления является не наличие действительной угрозы для жизни, а убежденность человека в своей скорой смерти (Noyes, Kletti, 1976).

### Основные элементы западного ОСО

В научной литературе ОСО впервые был описан А. Хеймом в конце XIX в., однако Реймонд Моуди одним из первых (в 60-х годах XX века) систематизировал специфические характеристики (элементы) данного опыта (Моуди, 1990). За последние 40 лет созданная Моуди модель возможных переживаний умирающего была значительно пересмотрена и расширена (Noyes, Kletti, 1976; Greyson, Stevenson, 1980; Noyes, 1980; Greyson, 1983a, 1983b, 1997, 2003; Osis, Haraldsson, 1986; Greyson, Bush, 1992; Atwater 1992, 2013; Ринг 1996, 1998; Van Lommel et al., 2001, 2010; Parnia, Fenwick, 2002; Schwaning et al., 2002; Поолингз, 2003; Sartori, 2006; Zingrone, Alvarado, 2009; Van Lommel, 2011; Tassel-Matamua, 2013–2014; Klemenc-Ketis, 2013). На основании этих и других исследований мы

составили следующий перечень элементов ОСО (порядок их перечисления отчасти отражает динамику развития данного состояния):

1. Невыразимость опыта (трудность его описания);
2. Ощущение мира и покоя в момент умирания;
3. Необычные слуховые ощущения в начале умирания (часто имеют неприятный характер, описываясь как шум, жужжание, рев, стуки, свист, но возможны и приятные звуки: колокольчики, музыка и др.);
4. Внетелесный опыт (ВТО). Этот элемент включает в себя три компонента: выход души из тела, быстрое движение вверх и видение души своего физического тела из положения сверху. Человек утверждает, что его душа, взлетев вверх, покинула тело и свободно перемещалась в пространстве. Нередко при этом сообщается о появлении другого «тела» и/или об улучшении психического функционирования (интенсификация мышления, появление паранормальных способностей и др.);
5. Способность к восприятию окружающей действительности во время ВТО (оно действительно возможно, но иногда респонденты неадекватно воспринимают происходившее во время их умирания);
6. Понимание (осознание и принятие) человеком того, что он умер;
7. Изменение переживания времени (может проявляться в ощущениях исчезновения времени или искажения его течения. Внешние события воспринимаются как происходящие в замедленном темпе, а мысли – как в ускоренном);
8. Темный туннель – движение после «выхода» из тела сквозь темное замкнутое пространство (туннель, пустоту, трубу, долину и др.) навстречу яркому свету;

9. Встреча с этим ярким светом;
10. Встреча с другими (среди которых выделяются как проводники и помощники, так и умершие ранее родные и друзья человека);
11. Видения иной реальности, иных миров;
12. Светящееся существо – многими этот свет воспринимается как некое существо, любящее и принимающее человека, которому оно мысленно задает вопрос: «Готов ли ты к смерти? Что сделал в своей жизни, что можешь показать мне?»;
13. Обзор жизни (панорамная память) возникает в ответ на этот вопрос – перед мысленным взором человека, подобно быстро прокручиваемому фильму, проходят картины его жизни;
14. Трансцендентальный характер переживаний. Такой «заключительный» обзор помогает человеку включить свою жизнь во всеобщий мировой порядок и обрести смысл существования;
15. Ощущение единства с миром, Богом, Вселенной;
16. Граница или предел (может описываться как некое водное пространство, серый туман, дверь, ограда, просто линия и т.д.);
17. Решение о возвращении (нередко человек решает вернуться, несмотря на желание остаться там, ради каких-то незавершенных дел, в других случаях это решение принимает за него кто-то другой);
18. Возвращение;
19. Трансформирующее воздействие ОСО. После переживания ОСО у человека значимо перестраивается система мотивов и ценностей: усиливаются духовные потребности и интересы, повышается познавательная и альтруистическая мотивация. Пережившие утверждают, что у них возрастает терпимость и позитивное восприятие других людей. Неверующий обращается к идее бога, а верующий, чувствуя себя ближе к богу, перестает придавать значение обрядовой стороне религии. Часто наблюдается появление новых интересов, увлечений, занятий, смена деятельности, изменение взглядов и отношения к разным аспектам действительности (к богу и религии, к смыслу жизни, здоровью, семье и друзьям, при-



**Ольга Владимировна Гордеева** – кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова  
E-mail: olagordeeva@mail.ru  
<https://istina.msu.ru/profile/Olga/>

роде, материальным ценностям, браку и сексу, власти, личной известности, войне и убийству, образованию и науке, обществу, бизнесу и пр.) (Greyson, Stevenson, 1980; Van Lommel et al., 2001). Пережившие ОСО начинают гораздо больше интересоваться предельными философскими вопросами, духовными и интеллектуальными интересами доминируют у них над материальными и телесными потребностями. У многих наблюдается повышение интереса к обучению, самопознанию и саморазвитию, желание постоянно приобретать знания (Моуди, 1990; Ринг 1996, 1998). Также возможно изменение «Я»-концепции (рост самопринятия) и появление ощущения наличия паранормальных способностей. В результате смены приоритетов у переживших ОСО могут начаться трудности в отношениях с близкими людьми (об этом сообщают около половины респондентов). Кроме того, у них может усилиться стремление к одиночеству.

20. Новое отношение к жизни и смерти (возрастает понимание ценности физической жизни и здоровья, при этом исчезает страх смерти).
21. Реалистичность переживаемого (пережившие убеждены, что действительно побывали в ином мире);
22. Нежелание рассказывать о пережитом другим (из-за опасения, что окружающие воспримут этот рассказ как признак душевного расстройства);
23. Запоминаемость ОСО (этот опыт помнится впоследствии всю жизнь);
24. Знак опыта – в психологии ОСО была показана достаточная распространенность негативного («беспокоящего») ОСО (Atwater, 1992; Greyson, Bush, 1992; Рооллингз, 2003), который, совпадая с «классическим» (описанным Р. Моуди) позитивным ОСО по основным элементам, отличается от него либо содержанием видений (пугающие образы), либо выраженными негативными эмоциями, либо осмыслением увиденного. Нейтральный ОСО может быть проинтерпретирован пережившим как негативный (например, темная пустота как пребывание в аду) (Atwater, 1992; Morse, 1994a).

## Проблемы, порождаемые ОСО

Хотя и в литературе (Моуди 1990; Ринг 1996, 1998) и в средствах массовой информации отмечаются преимущественно лишь благотворные личностные и духовные последствия ОСО, некоторые особенности данного опыта, прежде всего, его знак и его трансформирующее воздействие на личность могут порождать у человека целый ряд значительных психологических проблем (Morse, 1994a; Greyson, 1997; Griffith, 2009; Грейсон, Харрис 2013).

Пережившие ОСО начинают гораздо больше интересоваться предельными философскими вопросами, духовные и интеллектуальные интересы доминируют у них над материальными и телесными потребностями. У многих наблюдается повышение интереса к обучению, самопознанию и саморазвитию, желание постоянно приобретать знания

Появление психологических проблем неудивительно, поскольку даже такие позитивные события, как возрастание эмпатии и повышение осмысленности существования требуют адаптации к ним. Кроме того, изменившиеся взгляды, ценности и убеждения вступают в противоречие с прежними ценностями и образом жизни, также может возникнуть необходимость согласования их с традиционными религиозными верованиями (Грейсон, Харрис, 2013). Смена мировоззрения, религиозных представлений, духовных ценностей и т.п. могут привести к серьезному психологическому и/или духовному кризису (Morse, 1994a). Возможно, такой кризис станет началом

Как показывает практика психотерапевтической работы, пережившие по-прежнему склонны расценивать наличие ОСО как показатель душевного нездоровья, поэтому нередко щадят чувства близких людей, не желая их травмировать, и поэтому молчат о своем опыте.

психологического и/или духовного роста и вызовет значительные преобразования личности. Но этот процесс (и само переживание кризиса) оказывается сложным, особенно для тех, кто не стремился к духовному росту или не был готов к нему (Грейсон, Харрис, 2013).

Многие пережившие ОСО с большой неохотой рассказывают об этом опыте (Ring, 1985; Моуди, 1990, 2015; Hoffman, 1995; Manley, 1996; Ринг 1998; Sabom, Kreutziger, 1977). Это настолько распро-

странено, что ряд авторов (Моуди, 1990, 2015; Greyson, Bush, 1992; Ринг, 1998; Этуотер, 2009) выделяют нежелание рассказывать о пережитом другим как самостоятельную черту ОСО. Сама по себе необычность опыта пугает пережившего, который задается вопросом, не сходит ли он с ума (Experiencer's Guide ..., 2013). Кроме того, люди боятся за свою репутацию, опасаются отвержения, непонимания, насмешки, пренебрежения. Негативная реакция со стороны медиков, членов семьи, друзей и духовенства (Griffith, 2009) зачастую подтверждает худшие

опасения переживших ОСО, препятствуя или замедляя принятие и интеграцию данного опыта (Van Lommel et al., 2001).

Существовавший до недавнего времени взгляд на ОСО как на симптом душевного расстройства (спровоцированного соматической болезнью) приводил к негативным последствиям не только психологическим (травматизация из-за невозможности интегрировать и принять этот осуждаемый обществом опыт, нарушение социальных связей из-за мнимого психического заболевания), но и социальным – человек попадал под наблюдение врача-психиатра или даже госпитализировался в больницу соответствующего профиля (Этуотер, 2009, С. 294). Конечно, в по-

следние тридцать лет ситуация в американской и европейской медицине резко изменилась, но нежелание рассказывать сохраняется. Как показывает практика психотерапевтической работы, пережившие по-прежнему склонны расценивать наличие ОСО как показатель душевного нездоровья, поэтому нередко щадят чувства близких людей, не желая их травмировать, и поэтому молчат о своем опыте.

Другими причинами, усиливающими нежелание рассказывать об ОСО, являются

ся трудности вербализации и возможный конфликт в сложившейся картине мира, вызванный данным опытом. Еще одна причина, по которой люди с ОСО избегают рассказывать о нем, появляется в случае негативного ОСО – это нежелание вновь переживать случившееся с ними и стремление забыть этот опыт (Atwater, 1992; Greyson, Bush, 1992; Рооллингз, 2003). То, что человек боится рассказывать о своем опыте не только медикам, но и родным создает дополнительные трудности работы с такими пациентами.

ОСО часто воспринимается пережившим как преобразовавший его глубинную сущность и поставивший его в особое положение по отношению к окружающим. Поэтому человек может слишком явно отождествлять себя с данным опытом и думать о себе, в основном, как о пережившем его, т.е. происходит обеднение содержания «Я».

Обычно в литературе по ОСО описываются его позитивные долговременные последствия. Но некоторые исследования обнаруживают у переживших ОСО существование и негативных послеэффектов: возрастание страха смерти, чувства уязвимости, беспомощности или потери контроля, появление чрезвычайной тревоги, тоски, эмоциональной боли или депрессии (Noyes, 1980; Orne, 1995; Этуотер, 2009, С. 291; *Experiencer's Guide* ..., 2013). Могут появиться чувство поглощенности этим опытом, навязчивые мысли и воспоминания, яркие сны (возможно, кошмары), трудности концентрации внимания (*Experiencer's Guide* ..., 2013), развиваться страхи по поводу возможных нежелательных последствий ОСО. У выживших после несчастного случая могут остаться фобии, связанные с этим событием. Возможно снижение самооценки (Noyes, 1980). Кроме того, укрепившееся осознание кратковременности жизни и неизбежности смерти может приводить не к свободному и принимающему (как у большинства) подходу к жизни, а к более осторожному. Нойес объяснял данные феномены как продолженную или отсроченную эмоциональную реакцию на угрозу смерти, возникшую во время опасности (Noyes, 1980). Появление психологических проблем после переживания ОСО неоднократно описывалось в литературе. Например, вот рассказ девушки, «умершей» в возрасте семи с половиной лет во время операции по удале-

нию миндалины: «Моя мама говорила, что до операции я была счастливым и веселым ребенком. После операции я впала в депрессию и практически все время думала о холокосте, войнах и страданиях. Я отделилась от мира. Я помню, что мне хотелось стать монахиней и жить в тишине. Я почти ни с кем не разговаривала» (Этуотер, 2009, С. 291).

Но и позитивные эффекты ОСО могут приводить к негативным последствиям. ОСО часто воспринимается пережившим как преобразовавший его глубинную

сущность и поставивший его в особое положение по отношению к окружающим. Поэтому человек может слишком явно отождествлять себя с данным опытом и думать о себе, в основном, как о пережившем его (Грейсон, Харрис, 2013), т.е. происходит обеднение содержания «Я». При этом итогом роста самооценки может стать ее неадекватное завышение (раздутое самомнение) при снижении уважения, сострадания и сочувствия к другим (Этуотер, 2009, С. 334). Ощущения наличия особой задачи или «миссии», своей избранности «высшей силой», появляющиеся после ОСО, также могут стать источником постоянных эмоциональных проблем пережившего (Грейсон, Харрис, 2013).

Дополнительные эмоциональные проблемы могут возникать у человека и в случаях негативного ОСО. Отрицательные эмоции, пережитые во время этого опыта, могут сохраняться и после него в течение достаточно долгого времени. Кроме того, человек часто озабочен причинами, по которым пережил именно такой опыт. Например, воспринимает его как наказание – заслуженное или незаслуженное, соответственно, чувствует при этом вину или обиду, беспокоится, не возникнет ли данный опыт повторно (Грейсон, Харрис, 2013). Переживший может также считать появление ОСО признаком своей неполноценности и утверждать, например: «Я просто уверен, что это должно означать, что я плохой человек» (Griffith, 2009).

Негативный опыт может быть неправильно истолкован человеком как признак психической патологии. Эту тенденцию усиливают часто встречающиеся описания именно положительного ОСО в средствах массовой информации.

Нэнси Буш выделила три типа реакций на негативный ОСО:

1. человек воспринимает этот опыт как предупреждение и пытается изменить свою жизнь;
2. человек дает рациональное объяснение данному опыту (например, объясняет его гипоксией);
3. переживший в течение многих лет после ОСО пытается ответить на экзистенциальные вопросы, именно такие люди, скорее всего, будут нуждаться в терапии (Greyson, Bush, 1992).

У людей, которые сами решили вернуться в эту жизнь, возможно появление непрекращающегося сожаления или смешанных чувств по поводу этого решения. Те, которые, наоборот, решили не возвращаться в эту жизнь, могут постоянно переживать вину или гнев из-за того, что их «отослали назад», из-за чего может развиваться обида, озлобленность и депрессия (Грейсон, Харрис, 2013). У пережившего ОСО может появиться ощущение своей отдаленности, отчуждения от тех, у кого не было аналогичного опыта. Эта проблема обостряется, если окружающие демонстрируют свое неприятие данного опыта и/или непонимание чувств пережившего. Кроме того, чувство отчуждения усиливается известной невыразимостью ОСО.

Ван Ломмель отмечает, что интеграция и принятие ОСО – это «процесс, который может занять многие годы, сопровождаясь чувствами депрессии, тоски и одиночества вследствие его далеко идущих воздействий на ранее, до ОСО, существовавшее понимание жизни и систему ценностей. Весьма примечательно, что остановка сердца, которая длится всего несколько минут, рождает такой процесс трансформации, продолжающийся всю жизнь» (Van Lommel, 2011, Р. 22).

Социальные проблемы возникают, когда социальное окружение (прежде всего, семья, друзья) не принимает изменения, появившиеся у человека после ОСО. Впервые, появление у такого человека новых взглядов и поведения может воспри-

ниматься его близкими как «ухудшение» прежнего человека под воздействием перенесенной болезни или травмы. Близкие внезапно обнаруживают, что рядом с ними находится совершенно иной человек, нежели тот, кого они знали – у него другие взгляды, ценности, желания, жизненные цели и ориентиры. Это становится для них источником сильнейшего стресса (Manley, 1996; Грейсон, Харрис, 2013). Во-вторых, поднимаемая в прессе шумиха о положительных эффектах ОСО может формировать у окружающих нереалистические ожидания в отношении пережившего ОСО. От него подчас ожидают сверхчеловеческого терпения и всепрощения или чудесных целительских и пророческих способностей. Поэтому такого человека могут отвергать как не соответствующего ожидаемой от него роли живого святого (Грейсон, Харрис, 2013).

**В-третьих**, переживание отдаленности, дистанцированности от близких, своей непонятности и одиночества может порождать у человека проблемы в общении и поддержании отношений в целом. В-четвертых, человек, переживший определенные личностные трансформации (например, утрату интереса к материальным ценностям или актуализацию альтруистической мотивации), не может больше придерживаться своей старой роли и вести прежний образ жизни и, тем самым, перестает соответствовать ожиданиям близких (Грейсон, Харрис, 2013). Поэтому разводы оказываются нередки среди пар, в которых один человек пережил ОСО (Morse, 1994a).

**В-пятых**, человеку, пережившему в ОСО состояние всеобщей и безграничной любви, становится сложно принимать условности и ограничения обычных человеческих отношений, поэтому нарушается их общение с другими людьми, в частности, затрудняются формальные контакты и поддержание рабочих отношений (Грейсон, Харрис, 2013). В-шестых, некоторым из переживших ОСО приходится заново учиться справляться с повседневными заботами, которые более не кажутся им существенными, но по-прежнему остаются необходимыми (Грейсон, Харрис, 2013).

Эти психологические и социальные проблемы вызывают у пережившего ОСО немалые трудности при адаптации

к обычной жизни (Greyson, Bush, 1992). Такая адаптация занимает у взрослого около 7 лет, но особенно сложны ее первые три года (Этуотер, 2009, С. 285; Atwater, 2013). Вследствие происходящих глубоких трансформаций личности пережившего ОСО его родные и близкие также сталкиваются с целым рядом психологических проблем, поэтому тоже могут нуждаться в психологической помощи.

### Стадии адаптации после переживания ОСО

Эта проблема исследована мало и фрагментарно. Филлис Этуотер (Atwater, Williams, 2014) изучала ее на материале ОСО у детей. Однако следует отметить, что обычно ее исследования не носят строго научный характер, а их результаты представляют собой обобщения субъективных впечатлений и несистематизированных наблюдений автора. Тем не менее, мы приведем здесь выделенные Ф. Этуотер стадии адаптации человека (как взрослого, так и ребенка) после пережитого ОСО с соответствующими каждой стадии психологическими проблемами. Подчеркиваем, что эти сведения носят лишь предварительный и неподтвержденный характер.

**Первая стадия** – стадия «внутреннего приспособления». На этой стадии у человека появляются, как последствия ОСО, изменения мотивов и их иерархии (и, соответственно, поведения), ценностей, взглядов, «Я»-концепции, а также новое отношение к жизни и смерти. Из-за необычности и новизны данной ситуации человек может переживать замешательство и растерянность. Все вновь появившиеся или значительно усилившиеся мотивы, черты характера, способности, ценности еще не интегрированы с «Я» (Этуотер, 2009, С. 152). Поэтому человек на этой стадии еще только приспосабливается к последствиям ОСО, а также поправляется после физической болезни или травмы, которые привели к данному опыту (Atwater, Williams, 2014). По мнению Этуотер, эта стадия (без специального психотерапевтического вмешательства) в среднем длится первые три года после ОСО (Этуотер, 2009, С. 152).

Вторая стадия, по мнению Этуотер, занимает следующие четыре года. На этой

стадии происходит перестройка отношений с друзьями, семьей, обществом. Здесь человек (и взрослый, и ребенок) ищет свой способ стать полезным миру, как-то послужить ему (при этом «отношения» с другими становятся более важными, чем обучение или работа). Взрослые становятся ориентированными на служение обществу и исцеление людей (Этуотер, 2009, С. 152–154). Однако, как предупреждает Этуотер, именно на этой стадии возникает риск появления зависимостей (алкогольной, наркотической) из-за несоответствия между ОСО и окружающей человека реальностью (такое происходит у 30% детей) (Этуотер, 2009, С. 154). У ребенка успешное разрешение данного кризиса Этуотер называет его «первым рождением», когда у него реализуется возможность «принести в мир дары небесные» (Этуотер 2009, С. 154).

**Третья стадия** начинается, в среднем, спустя семь лет после эпизода ОСО. На этой стадии устанавливается равновесие между мирами внешним и внутренним, человек обретает большую уверенность в себе (усиливается его самоуважение, самопринятие, растет тенденция к принятию ответственности за себя и свои поступки). Он окончательно утверждается в своих духовных и моральных ценностях и начинает карьеру служения людям (взрослые часто возвращаются к работе, но уже более уверенными в своих силах) (Этуотер, 2009, С. 153; Atwater, Williams, 2014).

Для четвертой стадии (спустя 12–15 лет после ОСО), названной Этуотер «временем уныния» (а также «вторым падением», «второй смертью»), характерен кризис, связанный с появлением первых трудностей на пути служения – человек ощущает расхождение его собственных ценностей и ценностей, преобладающих в культуре, поэтому он может пасть духом, впасть в депрессию. На этой стадии у человека возможны значительные изменения гормонального уровня, большие проблемы, связанные с деньгами и долгами, личностные кризисы, проблемы в отношениях (Этуотер, 2009, С. 153). У детей, переживших ОСО, эта стадия опасна тем, что именно на ней ребенок может совершить попытку самоубийства (Этуотер, 2009, С. 153–154; Atwater, Williams, 2014). Такое происходило у 21%

выборки переживших ОСО в детстве (Этуотер, 2009, С. 153).

На этой же стадии человек пытается ответить себе на ряд сложных вопросов: «Я многим пожертвовал после своего околосмертного опыта, но имело ли это смысл? Можно ли жить духовной жизнью на Земле? Был ли я до конца честен сам с собой?» (Этуотер, 2009, С. 154). Сравнивая первый кризис (на второй стадии), второй кризис (на четвертой) и происходящие в связи с ними личностные изменения, Этуотер отмечает, что первые изменения «имеют непосредственную связь с околосмертным состоянием, ... вторые – больше зависят от выбора человека», от принятия им жизненно важных решений (Этуотер, 2009, С. 155). Если человек справляется с кризисом четвертой стадии, у него может начаться следующая, пятая стадия (Этуотер, 2009, С. 154).

Пятая стадия – стадия глубокой интеграции ОСО. Здесь человек обнаруживает доверие к миру, совпадение ценностей этого мира с ценностями, открывшимися в ОСО (Этуотер, 2009; Atwater, Williams, 2014).

Таким образом, на первых четырех стадиях адаптации к ОСО человек, переживший данный опыт, нуждается в психотерапевтической помощи.

### Универсальные правила обращения с пережившим ОСО

Главная цель, которую должен осуществить переживший ОСО – самостоятельно или при помощи специалиста – это интеграция данного опыта (Griffith, 2009). Окружающие человека люди: родные и близкие, медицинские работники, специалисты по работе с психологическими проблемами могут помочь ему в этом, реализуя определенные универсальные правила (Griffith, 2009). Их универсальность заключается в том, что их соблюдение необходимо любому, вступающему в общение (вне зависимости от того, имеет ли он медицинское образование, оказывает ли он психологическую/психиатрическую помощь или нет) с любым пережившим ОСО. Эти правила предполагают следующее:

1. внимательное и безоценочное слушание рассказа о пережитом ОСО;

2. обеспечение пережившему поддержки;
3. предоставление пережившему знаний об ОСО или возможности приобрести больше знаний об этом опыте;
4. то, что в западных работах называют «нормализацией» (Griffith, 2009, P. 35) – крайне необходимое для пережившего подтверждение «нормальности» его опыта, естественности, распространенности в обществе данного феномена.

Рассмотрим способы реализации этих правил для разных групп переживших и разных категорий взаимодействующих с ними людей.

### Правила обращения с пережившими ОСО для медицинского персонала и родственников пережившего

Многие специалисты считают, что перед тем, как вообще начинать взаимодействие с пациентом, пережившим ОСО, медицинский работник должен осуществить рефлекссию, самоанализ, определив свой взгляд на ОСО, свое отношение к нему, свои представления о природе, значении данного опыта и его причинах (Simpson, 2001; Грейсон, Харрис, 2013). Осознание этого позволит не навязывать пациенту свои представления, отношения, интерпретации (Грейсон, Харрис, 2013).

Если это отношение скептическое – медик не верит в существование ОСО (считает соответствующие рассказы пациента симуляцией или признаком психического расстройства) (Dougherty, 1990), не может или не хочет менять такое отношение, некомфортно себя чувствует во время обсуждения ОСО или просто мало знает об ОСО, то такому медицинскому работнику советуют минимизировать общение на эту тему с пациентом, пригласив в качестве замены себе другого сотрудника, лучше осведомленного и/или относящегося с уважением к такому опыту (Simpson, 2001; Duffy, Olson, 2007). Сюзанна Симпсон подчеркивает, что каждый человек, взаимодействующий с пережившим ОСО, обязан отбросить этот скептицизм и обеспечить поддержку и принятие пережившего и безоценочное отношение к этому опыту (Simpson, 2001). Также заранее необходимо приобрести соответствующие знания об ОСО – его признаках, последстви-

ях, правилах обращения с пережившими (Manley, 1996). В обращенных к медицинским работникам статьях им советуют поощрять коллег (врачей, медсестер, врачей догоспитального этапа, социальных работников) так же расширять свои знания и содействовать обучению в рамках всей больницы (Cocogan, 1994-1995; Manley, 1996).

В западной медицине были сформулированы определенные правила поведения для специалистов, которые по роду своей деятельности сталкиваются с людьми, пережившими ОСО: для лечащих врачей, консультантов, хирургов, психиатров, среднего и младшего медицинского персонала (Dougherty, 1990; Schoenbeck, 1993; Morse, 1994b; Sommers, 1994, Orne, 1995; Manley, 1996; Bucher et al., 1997; Simpson, 2001; Wimbush, Hardie, 2001; Duffy, Olson, 2007; Griffith, 2009, P. 35; Этуотер, 2009; Грейсон, Харрис, 2013). Конечно, их в обязательном порядке придерживается и психотерапевт, работая с такими клиентами. Эти правила не только облегчают уже существующие у пациента эмоциональные и социальные проблемы (а в ряде случаев и предупреждают их возникновение), но и помогают ему интегрировать данный опыт, чтобы тот стал стимулом для дальнейшего роста.

Бучер и коллеги (Bucher et al., 1997) выделили два направления работы в области психотерапии переживших ОСО и их близких: поддержка человека во время самого ОСО и поддержка после переживания данного опыта (цит. по Simpson, 2001). Поэтому разделим данные правила на две группы: правила обращения с пациентом в период возможного появления ОСО и правила обращения с пациентом, уже пережившим данный опыт.

Правила первой группы, в американской медицине особая роль в их реализации отводится именно медсестрам, а не врачам, видимо, вследствие особой нагрузки во время реанимации у них, следующие:

Во время реанимации, когда пациент находится без сознания, медицинский персонал должен избегать бесчувственных замечаний типа: «Зачем мы делаем это? Он был выключен слишком долго». Это позволит предотвратить негативный ОСО (Schoenbeck, 1993; Wimbush, Hardie, 2001; Simpson, 2001; Duffy, Olson, 2007;

Грейсон, Харрис 2013). Так, еще в работе Левинсона 1960-х гг. было убедительно продемонстрировано, что человек воспринимает и прекрасно понимает такую информацию, эмоционально реагирует на нее, и сформировавшиеся из-за негативной информации аффективные следы становятся источником последующих эмоциональных проблем (Левинсон, 2012).

Если во время лечебных мероприятий (реанимации, операции и т.д.) врач делает или говорит что-то, что может быть неверно понято пациентом, медсестра должна объяснять пациенту (даже если тот и выглядит находящимся без сознания) процедуры. Иначе это может стать источником травмирующего опыта (Schoenbeck, 1993; Morse, 1994a; Manley, 1996; Bucher et al., 1997; Simpson, 2001; Грейсон, Харрис, 2013). Говорить при этом надо спокойным и поддерживающим голосом (Simpson, 2001). Считается, что медсестра должна стоять у изголовья кровати, чтобы видеть вещи с той же самой позиции, что и пациент, потому что, когда тот начнет вспоминать о периоде реанимации, медсестра сможет подтвердить его воспоминания, сверив свои сведения со сказанным пациентом (Simpson, 2001).

Во время и непосредственно после бессознательного состояния надо разговаривать с пациентом и прикасаться к нему, держать его за руку или ногу (чтобы он чувствовал себя «заземленным») (Simpson, 2001), похлопывать по плечу, обводить контуры тела руками. Все это помогает пациенту сориентироваться, сосредоточив внимание на теле и его границах, и установить связь с внешним миром (Schoenbeck, 1993; Morse, 1994b; Sommers, 1994; Manley, 1996; Bucher et al., 1997; Simpson, 2001; Duffy, Olson, 2007; Грейсон, Харрис, 2013). Подобное очерчивание контура тела полезно и после того, как пациент пришел в сознание (Schoenbeck, 1993), его следует сочетать с рассказом о том, что происходило, это необходимо для восстановления ориентации пациента (Schoenbeck, 1993).

Чтобы обеспечить пациенту во время лечебных мероприятий (прежде всего, реанимации) психологический комфорт, что поможет избежать негативного ОСО, следует его ободрять и успокаивать (Schoenbeck, 1993; Morse, 1994b; Manley,

1996; Duffy, Olson, 2007), даже если он, по мнению медиков, находится без сознания (Manley, 1996).

Следует разрешать и поощрять присутствие близких пациенту людей (в том числе и во время реанимации) (Manley, 1996), чтобы помочь тому почувствовать связь с происходящим «здесь и теперь», стимулировать его желание все вытерпеть, обеспечить утешение и комфорт, если он умирает (Morse 1994b; Manley, 1996; Duffy, Olson, 2007).

В США в 1994 году Ассоциация медсестер скорой помощи (Emergency Nurses Association – ENA) приняла «резолюцию о присутствии семьи», официально защищающую членов семьи у постели больного (Emergency Nurses Association, 1994). Это демонстрирует чуткость и понимание системой здравоохранения потребностей, как пациента, так и семьи. В результате многие пациенты с ОСО сообщают, что именно близкие люди, державшие их за руку («заземляя» их), поощряли их вернуться (Manley, 1996).

Главное, что должны понять и принять близкие человека с ОСО и работающие ним медики – это тот факт, что психологические изменения человека, пережившего ОСО, нормальны и закономерны, от них нельзя «вылечиться», но можно посредством интеграции данного опыта направить эти трансформации в продуктивное русло

Медсестра должна оставаться с пациентом в течении, по крайней мере, 4-х часов после того, как он пришел в сознание, наблюдать за его жизненными показателями и когнитивными функциями и часто ориентировать его (в пространстве, личности, времени) (Schoenbeck, 1993; Manley, 1996; Simpson, 2001). Пациенты могут упомянуть, что у них был очень «странный опыт» или «дикий сон». Если установлена эндотрахеальная или назогастральная трубка, пациент может захотеть записать сообщение или записку (а ребенок – нарисовать картинку), и им надо предоставить эту возможность (Manley, 1996).

Правила обращения с пациентом, уже пережившим ОСО, следующие:

Ни в коем случае нельзя расценивать признаки ОСО как проявление расстройства психики, например, как спутанность сознания или утрату ориентации во времени и пространстве (Schoenbeck, 1993; Morse, 1994b; Manley, 1996; Simpson, 2001;

Griffith, 2009; Грейсон, Харрис, 2013). Пациенту следует транслировать отношение к ОСО как к «нормальному», естественному феномену, встречающемуся и у других людей, переживших столкновение со смертью, то есть, осуществлять т.н. «нормализацию» ОСО (Morse, 1994b; Sommers, 1994; Manley, 1996; Simpson, 2001; Griffith, 2009). Обычно пациент с ОСО чувствует облегчение, узнав, что он не одинок, и у других был подобный опыт. Полезным для пациента может стать и верификация воспринятого им во время ОСО, если медик может предоставить подтверждение правильности слов пациента, опираясь на записи о ходе операции/реанимации в медицинской карте и свидетельства медицинских работников, присутствовавших во время этого (Simpson, 2001).

Следует «нормализовать» последствия ОСО. Действительно, очень часто родные и близкие человека, претерпевшего личностные изменения в результате ОСО, воспринимают их как следствие

«болезни» и ожидают, что они пройдут со временем или в результате психотерапевтической работы. Отсюда, весьма распространенный запрос к медикам, психиатрам или психотерапевтам от близких пережившего ОСО – «вернуть» прежнего человека (Этуотер, 2009, С. 287–288).

Поэтому главное, что должны понять и принять близкие человека с ОСО и работающие ним медики – это тот факт, что психологические изменения человека, пережившего ОСО, нормальны и закономерны, от них нельзя «вылечиться», но можно посредством интеграции данного опыта направить эти трансформации в продуктивное русло. Этуотер пишет, обращаясь к родителям ребенка с ОСО: «Того ребенка, которого вы «потеряли» из-за «смерти», вы назад уже не получите. ... У детей, переживших околосмертный опыт, точно так же, как и у взрослых, проявляются определенные последствия. И от этих последствий нельзя «излечить»

ся», к ним можно только приспособиться» (Этуотер, 2009, С. 287–288).

Разумеется, этот пункт обращен, скорее, к родственникам пережившего ОСО, поскольку медики не имеют столь выраженных и глубоких ожиданий в отношении пациента, а также знаний о том, каким он был ранее.

При взаимодействии с людьми, только что побывавшими на пороге смерти, следует обращать внимание на признаки возможного наличия ОСО: пациент может выглядеть замкнутым и испуганным, желает держать свет включенным, заговаривает о том, что у него был странный сон и др. (Manley, 1996; Simpson, 2001). Если есть вероятность того, что ОСО имел место, следует дать понять пациенту, что его готовы выслушать (Schoenbeck, 1993; Morse, 1994b; Manley, 1996; Simpson, 2001; Duffy, Olson, 2007; Griffith, 2009; Грейсон, Харрис, 2013; Atwater, Williams, 2014). Многие пациенты, которые хотят поделиться пережитым, но опасаются рассказывать о нем, прибегают к тонким намекам, чтобы проверить готовность слушателя (Грейсон, Харрис, 2013). В американской медицинской литературе роль слушателя чаще отводится медсестре, ухаживающей за таким пациентом (Schoenbeck, 1993; Morse, 1994b; Manley, 1996; Bucher et al., 1997; Simpson, 2001).

Как продемонстрировать эту готовность, как помочь пациенту начать рассказ? Одни авторы советуют ждать, пока пациент сам не начнет рассказ (Manley, 1996; Грейсон, Харрис, 2013). Другие считают, что медик может сам инициировать этот рассказ (Bucher et al., 1997; Simpson, 2001), побудить к нему пациента, «открыв дверь к диалогу» с помощью проективных вопросов, например: «Что Вы помните о том, когда были без сознания?», «У некоторых людей бывают необычные переживания в то время, пока они находятся без сознания. А у Вас?», «Было ли у Вас ощущение отделения от тела в то время, когда происходила реанимация?», «Были ли у Вас необычные сновидения?», «Люди, у которых был кризис, подобный Вашему, иногда имеют необычные переживания. Есть ли что-то, о чем Вы хотели бы поговорить?», «Вы выглядите очень умиротворенным. Для этого есть причина?» (Corcoran, 1994-1995; Duffy, Olson, 2007).

Если пациент не хочет говорить о своем опыте, необходимо уважать его личное право и продолжать оказывать ему поддержку. Он может решить поговорить об этом позже (Duffy, Olson, 2007).

Разговор об ОСО возможен лишь при полном доверии пациента к медику. Медик должен создать безопасную обстановку, стимулирующую обсуждение данного опыта и вызванных им чувств (Simpson, 2001; Griffith, 2009). Решающее значение для завоевания доверия имеют искренность и честность – специалист может поделиться с пациентом своими положительными чувствами относительно ОСО, демонстрировать же скепсис или негативное отношение к опыту пациента нельзя. В таком случае лучше вообще отказаться от общения на эту тему. Пациента надо убедить в сугубой конфиденциальности беседы, продемонстрировать уважение к нему и его опыту (Грейсон, Харрис, 2013). Доверие может возникнуть не сразу, поэтому надо позволить пациенту описывать свой опыт постепенно, как ему удобно, в своем собственном темпе, не торопя и не прерывая (Schoenbeck, 1993; Hoffman, 1995; Bucher et al., 1997; Simpson, 2001). Симпсон говорит о том, как трудно медику-слушателю удержаться на «тонкой грани» – с одной стороны, он не должен «перегружать» пациента своей поддержкой, с другой, не должен быть слишком холодным и незаинтересованным. Иначе в обоих случаях пациент откажется раскрывать свой опыт (Simpson, 2001).

При наличии у пациента желания поговорить об ОСО медик должен быть слушателем активным, эмпатичным, не оценивающим, уважающим его личность (Schoenbeck, 1993; Morse, 1994; Manley, 1996; Bucher et al., 1997; Simpson, 2001; Griffith, 2009; Грейсон, Харрис, 2013). Нельзя высказывать сомнения в достоверности опыта пациента, нельзя его упрощать (Morse, 1994b; Duffy, Olson, 2007). Нередко советуют просто повторять за пациентом его собственные слова (Schoenbeck, 1993). Грейсон и Харрис приходят к общему выводу, что самое полезное из того, что можно сделать для пережившего ОСО, – это внимательно выслушать все, что он захочет рассказать. Обычно переживший ОСО испытывает настоятельную потребность понять этот опыт, поэтому очень расстраивает-

ся, если окружающие предлагают не говорить о пережитом или уговаривают его успокоиться. Наоборот, тот, кто поделился пережитым ОСО, тем самым избавляется от пугающих ощущений (в отличие от галлюцинирующих пациентов, которые эмоционально еще больше возбуждаются, рассказывая о своих страхах и смятении) и, как правило, чувствует облегчение (Грейсон, Харрис, 2013).

Нельзя навязывать пациенту собственную интерпретацию этого опыта (например, говорить пациенту, что он имел «религиозное переживание») и свою систему ценностей в целом (Griffith, 2009). Вместо этого лучше спросить, как он сам определяет и объясняет пережитое (Грейсон, Харрис, 2013). Обычно ОСО стимулирует пережившего к самостоятельному осмыслению этого опыта, поэтому для медика действует правило: «Чем меньше сказал, тем лучше» (Morse, 1994a). Направление беседы также должно определяться самим пациентом (Duffy, Olson, 2007; Грейсон, Харрис, 2013). Задача собеседника в данной ситуации: понять, как человек сам осмысливает свой опыт, и помочь ему прояснить эту интерпретацию (Грейсон, Харрис, 2013). Обратная связь должна быть такой, при которой собеседник лишь отражает сказанное ему пережившим ОСО, но не анализирует, помогает пережившему разобраться в своих чувствах и осмыслить пережитое. Преждевременный анализ и интерпретация лишь усилят боязнь пережившего быть неправильно понятым (Грейсон, Харрис, 2013).

Не следует рассматривать ОСО как признак патологии, следует помнить, что ОСО могут пережить и люди с психическими заболеваниями (Griffith, 2009). При наличии у пациента с ОСО умственного или эмоционального расстройства и врач, и пациент должны ясно понимать, что это заболевание никак не связано с самим ОСО.

Помимо эмпатического слушания, другая важнейшая задача собеседника – это предоставление пережившему ОСО точной информации об этом опыте и его последствиях (Schoenbeck, 1993; Manley, 1996; Griffith, 2009; Грейсон, Харрис, 2013). Обычно люди испытывают облегчение, узнав, что есть научное (медицинское) название этого явления или,

что оно весьма распространено (Manley, 1996). При этом следует остерегаться того, чтобы информация об универсальности этого опыта не была воспринята пережившим как обесценивание его уникальных переживаний (Грейсон, Харрис, 2013). Обеспечение пациентов знаний об ОСО обладает большим терапевтическим потенциалом. Медик может сам рассказать ему об этом либо предоставить ему соответствующую литературу или информацию о том, где об этом можно прочесть. Отдельным направлением работы является предоставление этих знаний (информации, литературы) родственникам пережившего ОСО. Линда Мэнли в качестве одного из вариантов «самопомощи» (или «самотерапии»), которую переживший может оказать сам себе, указывает «библиотерапию» – чтение литературы об ОСО, поэтому она считает необходимым наличие такой литературы в больничной библиотеке (Manley, 1996). Также медику необходимо сорентировать пережившего и его близких относительно психологической/психотерапевтической помощи, предоставив информацию о местных группах поддержки (см. далее), о специалистах, способных оказать такую помощь, или о сайте IANDS (Manley, 1996), где подробно представлена такая информация и советы по выбору специалиста (Experiencer's Guide to Psychotherapy, 2013).

Некоторые специалисты в области работы с ОСО считают, что медик обязательно должен документировать описание ОСО пациента в его медицинской карте, чтобы персонал знал об этом (Manley, 1996; Duffy, Olson, 2007). С одной стороны, конечно, это требование нарушает право пациента на конфиденциальность, но, с другой, позволяет медицинскому персоналу грамотно и тактично выстраивать общение с ним.

Мы перечислили основные правила работы с пережившими ОСО, предназначенные для медиков. Они предполагают, что медицинский персонал не только будет обучаться самим правилам, но и узнавать об ОСО как о таковом. Как правило, бывает достаточно одной обучающей сессии, на которой рассказывается об ОСО и обсуждается вопрос о том, как персонал воспринимает этот феномен. Для ее проведения приглаша-

ют либо инструктора (речь идет о США), либо больничного священника, либо человека, пережившего ОСО (Duffy, Olson, 2007). Другой вариант обучения – попросить команду медсестер сделать постер по проблеме взаимодействия с пациентом, пережившим ОСО. Это задание может стать частью программы по повышению квалификации.

Еще сравнительно недавно, в 1980-е гг. в американской медицине (а в нашей стране до сих пор) медицинские работники очень мало знали об ОСО (или знания были неверными) и правилах обращения с пережившими его (Ring, 1985; Sutherland, 1992; Corcoran, 1994–1995; Orne, 1995; Simpson, 2001). Хейс и Уотерс провели исследование персонала больницы (он включал 17% врачей, 35% священнослужителей и 68% медсестер), которое показало, что наиболее осведомленными об ОСО были священнослужители, затем следовали медсестры, затем – врачи. При этом 40% респондентов не смогли предложить каких-либо практических мер, чтобы помочь пациентам, пережившим ОСО (Simpson, 2001).

За последние тридцать лет положение дел в американской медицине (в отличие от отечественной) сильно изменилось. Много говорится о необходимости соответствующего обучения сотрудников системы здравоохранения (Schoenbeck, 1993; Sommers, 1994; Corcoran, 1994–1995; Simpson, 2001), а также пациентов и членов семьи (Simpson, 2001). Подчеркивается, что данное обучение помогает медику не только приобрести конкретные знания об ОСО и способах взаимодействия с пережившими этот опыт (обеспечив им лучший уход и лечение), но и позволяет разобраться в личных чувствах по отношению к ОСО, прежде чем иметь дело с пациентом, его пережившим (осуществить необходимую рефлексю) (Sommers, 1994). Статьи об исследованиях ОСО стали очень часто публиковаться в журналах для врачей («Lancet», «Resuscitation», «Psychiatry», «Journal of Nervous and Mental Disease», «Current Problems in Pediatrics», «The New England Journal of Medicine», «International Journal of Behavioral Medicine», «American Journal of Psychiatry» и др.). Информированию медсестер об ОСО и обучению их навыкам обращения с такими больными в европейской и американской медици-

не также уделяется очень большое внимание. Это проявляется, например, в многочисленных публикациях в периодической литературе для среднего медицинского персонала («American Journal of Nursing», «Nursing», «Dimensions Of Critical Care Nursing», «Journal of Emergency Nursing», «Journal of Advanced Nursing», «Holistic Nursing Practice», «Journal of Pediatric Oncology Nursing», «Research in Nursing and Health», «Critical Care Nurse» и др.).

Психология ОСО, в свою очередь, обогащается материалом из рассказываемых медсестрами историй об этом опыте у их пациентов. Так, Сьюзен Шенбек записала некоторые истории, которые получила из бесед с сотнями медсестер, работающих в больницах, домах престарелых и хосписах (Schoenbeck, 1993). Однако следует отметить, что в таких историях из журналов для среднего медицинского персонала содержатся не только описания действительных элементов ОСО, но и бытующие у медсестер поверья. Например, что некоторые из этих элементов, якобы, являются предикторами последующей смерти пациента, как в ряде рассказов медсестер, записанных Шенбек (Schoenbeck, 1993). Разумеется, такие поверья не приводятся в журналах для врачей, где описываются исключительно объективные научные факты. На наш взгляд, подобная трансляция мифов, безусловно, вредна, поскольку создает у медсестер особые установки, способные нанести психологический вред пациенту.

Перечисленные выше правила для медиков несложны, и многие из них могут использоваться неспециалистами, а именно, родными и близкими человека, пережившего ОСО. Обычно предоставленные первоначальные рекомендации членам семьи пережившего ОСО пациента и основной информации об этом опыте (как и первоначальная психотерапевтическая работа с таким пациентом) считается задачей лечащего врача данного пациента или медсестры, ухаживающей за ним (мы рассматриваем, в основном, американскую литературу и, соответственно, положение дел в американской медицине). Задачей медиков считается и первоначальная подготовка семьи и самого пациента к появлению последствий ОСО и возможному появлению признаков посттравматического стрессового расстрой-

ства (Simpson, 2001). Также медик советует пациенту и членам его семьи обращаться в случае необходимости к священникам, семейным консультантам или психологам (Simpson, 2001) и в местные группы поддержки IANDS (International Association for Near-Death Studies) – Международной ассоциации околосмертных исследований (Sommers, 1994; Bucher et al., 1997; Simpson, 2001; Griffith, 2009). Если в конкретном районе нет доступных групп поддержки, медик может посоветовать пациенту и его семье статьи и книги по данной теме, чтобы помочь им в процессе исцеления (Simpson, 2001).

IANDS – некоммерческая организация (создана в 1981 г.), которая организует научные исследования ОСО и интегрирует их результаты, удовлетворяет потребность переживших этот опыт и всех, кто им интересуется, в достоверной информации об ОСО, выступает спонсором ежегодной научной конференции по ОСО, издает (вместе с другими информационными материалами: брошюрами, сайтом) научный журнал «Journal of Near-Death Studies» и информационный бюллетень «Vital Signs», организует и финансирует работу групп психологической поддержки переживших (International Association ..., 2009). На ее сайте [www.iands.org](http://www.iands.org) размещаются и координаты местных групп поддержки, в которых люди встречаются, чтобы поделиться пережитым, оказать и получить поддержку, задать вопросы о смерти и умирании, узнать больше об ОСО. Такие группы уже созданы в Америке (45 групп), Канаде (3), Австралии (3), Германии (3) и по одной группе в Венгрии, Словении, Франции, Нидерландах, Швейцарии и Южной Африке. В России, насколько нам известно, такие группы отсутствуют. Также на сайте предлагается (если человек не нашел соответствующей группы поблизости) создать собственную группу. При этом сайт предлагает полную информационную поддержку, на нем вывешена научно-популярная литература по данной теме, популярно изложенные рекомендации по основным проблемам, научные статьи и т.д. В психотерапевтических и просветительских целях журнал «Journal of Near-Death Studies» в течение нескольких десятков лет периодически публиковал в разделе писем редактору

журнала сообщения читателей о пережитом опыте, об эмоциональных реакциях во время него и после, о возникающих впоследствии психологических проблемах и способах их решения. Например, в одном из писем переживший рассказывает, как ему сначала очень помог разговор с монахиней, которая познакомилась с ним с книгой Моуди, затем – вступление в местную группу поддержки («группа друзей IANDS») в Сиэтле. Участие в ней он признает обладающим огромным терапевтическим потенциалом и считает, что с него начался его «процесс становления цельной личностью» (Johnson, 1988).

### Организация психотерапевтической помощи и психологической поддержки пережившим ОСО и их близким

На сайте IANDS есть раздел «Руководство по психотерапии для переживших» (Experiencer's Guide ..., 2013), в котором очень популярно объясняется, что ОСО вследствие своей необычной природы весьма труден для объяснения и интеграции пережившим. Поэтому он может стать причиной появления у человека ряда психологических проблем и вызвать ряд неприятных и беспокоящих симптомов. В связи с этим пережившим советуют обращаться за психологической помощью и поддержкой и дают рекомендации, которые могут помочь в процессе поиска психотерапевта и работы с ним (материал был разработан для США, многое, но не все, применимо за их пределами). По мнению IANDS, психотерапевтическую помощь могут оказывать представители целого ряда профессий, занимающихся психическим здоровьем с широким спектром знаний, подготовки и опыта. Это – психиатры, практикующие медсестры, психологи, консультанты (специалисты, обычно не обучающиеся работать с серьезными психическими расстройствами, но умеющие проводить психологическое консультирование), семейные психотерапевты, социальные работники, парапрофессионалы, гипнотерапевты, а также т.н. альтернативные целители (акупунктуристы, массажисты, люди, работающие с дыханием, энергетические целители и другие представители

нетрадиционной медицины или психотерапии). Пережившему ОСО рассказывают, чем занимается вышеуказанные специалисты, какое образование они получают и могут получить, что такое лицензирование и сертификация специалистов, какие существуют основные подходы к терапевтической работе в этой области. Ему также объясняют, как проводить первую беседу по телефону со специалистом, и о чем во время нее следует поинтересоваться, на что обращать внимание при выборе психотерапевта, в частности, при оценке его квалификации, какие существуют варианты оплаты психотерапевтических услуг, где и как искать «правильного» терапевта, какими должны быть «правильные» терапевтические отношения, что может сделать для обратившегося психотерапевт, а чего не следует ждать от работы с терапевтом и многое другое (Experiencer's Guide ..., 2013).

В психотерапевтической помощи могут нуждаться не только пережившие ОСО, но и их близкие. Так, в своей статье о психотерапии, связанной с ОСО, Гриффит рассматривает случай, когда муж обращается к специалисту по поводу жены, переставшей после ОСО, как ему кажется, заботиться о нем и ставшей «другим человеком», и желает, чтобы она «изменилась в обратную сторону» (Griffith 2009).

### Правила для родителей детей, переживших ОСО,

Не только взрослые, но и дети испытывают большие трудности с адаптацией после переживания ОСО, причем, для детей этот процесс адаптации оказывается более сложным и поэтому более длительным. По мнению Этуотер, он протекает до 20–30 лет вместо 7 лет у взрослых (Этуотер, 2009, С. 156). Этуотер объясняет это, во-первых, тем, что у взрослых уже есть некая основа (жизненный опыт, представления о мире, сформированное «Я»), с позиций которой они могут воспринять и интегрировать пережитое, а у детей ее еще нет, поэтому «взрослые интегрируют, дети компенсируют» (Этуотер, 2009, С. 156). Во-вторых, дети больше зависят от семьи, которая обычно негативно относится к ОСО, не желая принимать факт его наличия и побуждая ребенка «от-

рицать, игнорировать и блокировать реальность всего того, что с ними произошло» (Этуотер, 2009, С. 151).

В свою очередь, у родителей такого ребенка тоже возникают психологические проблемы – они не знают, как себя вести со своими необычными, «странными» детьми после их «смерти». Этуотер пишет: «Со мной связывались многие родители. Большинство из них находилось в состоянии паники. Они хотели знать, что они могут сделать, чтобы их ребенок, который так внезапно стал отчужденным и равнодушным, вновь стал «нормальным» (Этуотер, 2009, С. 287–288).

М. Морс считает, что при обращении с детьми в моменты возможного переживания ОСО вполне применимы те же принципы, что и для взрослых (Morse, 1994b), т.е. к ребенку, который кажется находящимся без сознания, следует относиться так, как будто он все видит и слышит, с ним следует говорить так, как будто он находится в сознании, объяснять ему все процедуры, разговаривать с ним, находиться у кровати, прикасаться к нему. Благодаря работам Ф. Этуотер и М. Морса, адаптировавших существующие принципы обращения с пережившими ОСО применительно к детям, сформулированы правила для людей, ухаживающих за ребенком с ОСО (прежде всего, для его родителей) (Morse, 1994b; Этуотер, 2009, С. 288–289, 299; Atwater, Williams, 2014). Перечислим эти правила:

Следует быть особо внимательным в случаях, где мог иметь место ОСО, (например, если ребенок пережил остановку сердца). Самому взрослому надо подготовиться к беседе, заранее узнав как можно больше об ОСО, его основных элементах и последствиях из литературы, сайта IANDS, бесед с пережившими ОСО и т.д.

Слушать, слушать, слушать (Morse, 1994b) – всегда быть готовым услышать и показать готовность слушать, если/когда ребенок начинает описывать этот опыт. Если взрослый не обнаруживает заинтересованности при рассказе ребенка, это может привести к крайне негативным последствиям. Так, один из респондентов Моуди рассказывал: «Единственным человеком, кому я пытался все рассказать, была моя мать. ... Но тогда я был ребенком. И она, выслушав меня внимательно, не придавала значения моим расска-

зам. После этого я больше никому ничего не рассказывал» (Моуди, 2015).

Создавать в семье обстановку поддержки, открытости и доверия. Показать ребенку, что семья открыта новому опыту и понимает такие трудные для обсуждения темы, как амбивалентное отношение ребенка к возвращению в тело, его общение с духами и др. Предоставить ребенку возможность открыто выражать свои эмоции, говорить о собственных страхах и тревогах, задавать любые вопросы (Morse, 1994b). Отвечая на вопросы, взрослый должен избегать давать оценки околосмертным видениям или человеку, у которого они есть, нельзя навязывать свое понимание, следует немного подождать, и ребенок сам осмыслит увиденное и пережитое. Здесь также действует правило: «чем меньше сказано, тем лучше» (Morse, 1994b). Атмосфера открытости создает идеальные условия и для спонтанных психотерапевтических действий самого ребенка. Например, ребенок может захотеть обыграть то, что с ним произошло, в домашнем кукольном театре или нарисовать об этом картину и т.п. (Этуотер, 2009, С. 288).

Открытую дружественную атмосферу в семье Ф. Этуотер называет «свободой, огражденной забором», где «дети могут экспериментировать, не боясь при этом критики и неодобрения, но где также существуют определенные правила («забор»), которые будут прививать детям чувство дисциплины и уважения к самому себе и к окружающим» (Этуотер, 2009, С. 289).

Вопросы следует задавать осторожно, при этом они должны носить открытый (проективный) характер. Надо доверять ребенку (не подвергать сомнению адекватность его восприятия) и уважать его право на секреты. Также необходимо, чтобы ребенок понял, что пережитый им опыт и вызванные этим личностные изменения не являются признаком психического расстройства (Этуотер, 2009, С. 301).

Ребенку надо помочь научиться различать, с кем и когда можно говорить об ОСО.

Поддерживать тактильный контакт с ребенком. Очень маленькому ребенку надо движениями рук или пальцев как бы очерчивать контуры тела, делать ему мас-

саж. В отношении детей более старшего возраста Этуотер рекомендует чаще «хлопать ребенка по плечу, когда проходите мимо, дотрагиваться до его руки, когда разговариваете, поглаживать ребенка по спине, улыбаться ему» (Этуотер, 2009, С. 161–162). Также Этуотер советует, привлечь детей к занятиям «тактильными» видами хобби, когда они что-то делают руками: лепят из глины, делают фигуры из ткани и бумаги, лепят печенье, работают в саду, гладят домашних животных и т.п. (Этуотер, 2009, С. 162).

Надо быть готовым к тому, что ребенок изменится, при этом родитель должен быть рядом, сопровождать ребенка в его прохождении через все изменения и стадии адаптации. Следует ожидать, что ребенок будет заводить глубокие беседы о смысле жизни и ее целях, разумеется, надо стать внимательным, вдумчивым и поддерживающим собеседником.

После переживания ОСО может возрасти интерес ребенка к религиозной стороне жизни (например, он может выразить желание чаще ходить в церковь, молиться, устроить алтарь в своей комнате и т.п.). Организация IANDS, усматривающая в религии один из источников духовного и личностного роста, советует родителям поддерживать этот интерес у ребенка (отметим, что данная организация возникла в США, где общественное сознание является достаточно прорелигиозным).

Следует поддерживать желание ребенка писать или делать рисунки о пережитом ОСО и процессе адаптации к нему. Этуотер также советует родителям создать альбом об околосмертном эпизоде, куда войдут рассказы или рисунки ребенка о том, что он пережил и увидел, о связанных с этим снах, мыслях, идеях, о тех изменениях в его жизни, которые произошли после ОСО (рисунки и рассказы выполняются в поддерживающем общении со взрослым). Туда же можно поместить стихи, комментарии, вопросы ребенка, газетные вырезки или любые документы (даже если это всего лишь записка от врача или медсестры), которые могут дать ребенку представление о том, что случилось на самом деле. Все это поможет ему ощутить реальность происшедшего и, как следствие, реальность и истинность собственных чувств (Этуотер, 2009, С. 299–300). Интересно, что Этуотер сове-

тует создавать такой альбом и взрослым, пережившим ОСО в детстве.

Надо быть внимательным к появлению признаков, свидетельствующих о наличии существенных трудностей адаптации после ОСО таких, как уход в себя, депрессия, злоупотребление алкоголем/наркотиками и/или суицидальные тенденции. В этих случаях необходима помощь психотерапевта. Особенно рекомендуется для детей арт-терапия и музыкальная терапия, а для детей от 2 до 10 лет – игротерапия, эти методики очень хорошо позволяют ребенку выразить свои эмоции. Большое значение Этуотер придает терапии, основанной на осязании, такой, как создание картин из песка, глиняной посуды или рисование пальцами (Этуотер, 2009, С. 309–311).

Если ребенок хочет участвовать в волонтерской деятельности, родителю также советуют принимать в ней участие.

Необходимо принимать происходящие изменения в сфере познавательных интересов ребенка (например, может пробудиться интерес к истории) и обеспечивать ему возможность реализовать их, что повлечет изменения в образовательном процессе (Этуотер, 2009, С. 307).

Этуотер считает, что повторное возвращение ребенка в свой ОСО обладает огромным терапевтическим потенциалом. Он описывает многочисленные техники, с помощью которых ребенок самостоятельно может вернуться в свой ОСО (Этуотер, 2009, С. 314–320). Мы, не оспаривая в принципе терапевтический потенциал повторного переживания ОСО, считаем, что в отношении самотерапии следует быть осторожными, поэтому не надо учить ребенка самостоятельно актуализировать свой ОСО, особенно негативный, без обеспечения достаточной психологической безопасности и поддержки со стороны другого человека.

Для реализации вышеизложенных правил родителям необходимо провести, прежде всего, большую внутреннюю работу. Им нужно не только приобрести знания о данном опыте, но эмоционально принять сам факт существования данного явления как возможного, естественного и непатологического, а также тот факт, что это случилось именно с их ребенком, и то, что возвращение к прежнему ребенку (и их прежней жизни с ним) невозможно.

В противном случае может возникнуть не только отчуждение ребенка, но и ухудшение его состояния и нарушения поведения. Этуотер обращается к родителям детей с ОСО: «Вместо того, чтобы отрицать их околосмертный опыт, научитесь видеть правду» (Этуотер, 2009, С.313).

Таким образом, родители и близкие могут поддержать и помочь детям с ОСО признать существование данного опыта, мысленно возвратиться к этому опыту, осмыслить его и приспособиться к его последствиям, что является важными этапами на пути его интеграции (Этуотер, 2009, С. 289).

Этуотер дает родителям ряд практических советов не только психологического, но и медицинского характера по уходу за ребенком, пережившим ОСО. Эти советы построены на ее убежденности в том, что после переживания ОСО в организме ребенка происходит ряд изменений (предположительно, необратимых). Это – устойчивое понижение давления, снижение продолжительности сна, повышение чувствительности к свету (яркий солнечный свет может вызвать аллергическую реакцию или стать причиной необычной усталости, приводящей иногда к ослаблению иммунной системы ребенка), к звуку (любая громкая музыка или громкий звук могут причинять боль, а иногда даже наносить вред здоровью), к искусственным тканям (поэтому рекомендуется одежда и постельное белье из хлопка), к фармацевтическим препаратам (вплоть до развития аллергии на них), к сахару (поэтому надо ограничить его потребление), а также появление электрочувствительности (поэтому следует ограничить контакт ребенка с электроприборами, компьютером и телевизором, использовать лампы полного спектра, а не флуоресцентные и т.п.) (Этуотер, 2009, С. 149–162). Среди психологических последствий ОСО Этуотер выделяет у детей с таким опытом более быстрое развитие реакции сепарации от родителей и ускорение процесса взросления (Этуотер, 2009, С. 160), снижение способности к вербализации (им становится труднее выражать свои мысли и общаться), поэтому родителям советуют развивать и стимулировать речь ребенка (Этуотер, 2009, С. 160–161). Однако напомним читателю, что данные

выводы Этуотер лишены научной доказательной базы, т.е. специальные научные исследования этого вопроса пока не проводились. Выводы сделаны на основе ее наблюдений и впечатлений от многолетней работы с детьми, пережившими ОСО.

## Правила психотерапевтической работы с пережившими ОСО

Специалисты, изучающие ОСО, неоднократно отмечали важность грамотной психотерапевтической работы с пережившими ОСО и при этом подчеркивали, что отсутствие у специалистов необходимых знаний о данном опыте и навыков работы именно с этой категорией пациентов могут иметь крайне пагубные последствия (Этуотер, 2009, С. 290–294).

Цели психотерапевта (любой теоретической ориентации), работающего с пережившим ОСО, как уже говорилось выше, – это оказание ему помощи в следующем:

1. принять и интегрировать пережитый опыт;
2. научиться общаться с людьми, не имевшими околосмертного опыта, и принимать их;
3. приспособить возникшие вследствие ОСО изменения представлений, убеждений, ценностей и мотивов к ожиданиям близких, уменьшить несоответствие между новыми и прежними убеждениями и взглядами, использовать полученный в результате ОСО опыт для помощи другим, а в итоге, создать полноценную жизнь, в которой будет гармония между последствиями околосмертного опыта и требованиями современной жизни.

Если человек считает невозможным совмещение серьезных отношений или карьеры с изменениями, которым он подвергся, то ему необходимо осмыслить возможность разрыва отношений или завершения данной карьеры, а психотерапевту надо помочь ему в этом, прояснив альтернативы, между которыми осуществляется выбор.

К настоящему времени на основе этих конечных целей сформулированы правила психотерапевтической работы с пережившими ОСО (Griffith, 2009; Грей-

сон, Харрис, 2013). Эти правила адресованы психотерапевтам, работающим с такими клиентами на постоянной основе и имеющим дело, по большей части, с отдаленными последствиями данного опыта. Интересно, что Гриффит считает, что психотерапевтическую работу должен проводить психиатр, он приводит техники правильной работы с конкретными психологическими проблемами, возникающими у переживших ОСО и членов его семьи, иллюстрируя это фрагментами психотерапевтической беседы (Griffith, 2009). Разумеется, психотерапевт соблюдает те универсальные правила, которые были изложены выше (поддержка, внимательное выслушивание, уважение к личности пациента и к пережитому им опыту, безоценочность, «нормализация» ОСО, информирование, избегание навязывания пациенту своих объяснений, интерпретаций и осмысления ОСО), но для него обязательна и реализация специфических правил:

**ОСО** может обуславливать духовный и психологический рост не только клиента, но и психотерапевта, поэтому терапевт должен быть готов к появлению у него самого мировоззренческих, экзистенциальных и духовных проблем. Психотерапевту следует осознать ожидания относительно будущей терапевтической работы и свои собственные, и клиента, и помочь ему осознать их. Если терапевт уже работал с человеком до того, как тот пережил ОСО, то он должен понимать и принимать тот факт, что, возможно, направления и принципы этой работы будут меняться (в связи с личностными изменениями клиента и характера его проблем) (Грейсон, Харрис, 2013).

Следует дифференцировать психологические проблемы, связанные с переживанием ОСО, от остальных проблем. Может потребоваться ограничить будущую работу только областью проблем, связанных с ОСО, поскольку принципы, методы и цели работы с ними могут противоречить принципам, методам и целям других видов психотерапевтической работы. Поэтому, если терапевт выберет работу над проблемами, связанными с ОСО, возможно, придется привлечь другого специалиста для работы с проблемами, не имеющими отношения к ОСО (Грейсон, Харрис, 2013).

**Не** нужно рассматривать ОСО как признак патологии, следует помнить, что ОСО могут пережить и люди с психическими заболеваниями (интересно, что их ОСО имеет более простую структуру) (Griffith, 2009). При наличии у пациента, пережившего ОСО, умственно-го или эмоционального расстройства и врач, и пациент должны ясно понимать, что это заболевание никак не связано с самим ОСО. Так, Гриффит рассматривает проблему сочетания психического расстройства и пережитого ОСО, описывая случай клиента, страдающего от отношения к себе как к больному в маниакальном состоянии (симптом биполярного расстройства) со стороны своих домашних из-за, как ему кажется, его изменившихся после переживания ОСО убеждений. В этом случае психиатр помогает пациенту понять, что домашние озабочены не содержанием его убеждений, а маниакальным состоянием (и соответствующим поведением), которое пациент соглашается взять под медикаментозный контроль (Griffith, 2009).

**Психотерапевту**, действительно, может быть трудно отделить появившиеся вследствие ОСО новые (в частности, религиозные) убеждения от гиперрелигиозности (как симптома развивающегося маниакального состояния). Однако по ряду признаков и специалист, и сам пациент могут понять, является ли его религиозный пыл или приподнятое настроение подлинным трансцендентальным опытом или он проявляет признаки патологии, означающие, что основное психическое заболевание вышло из-под контроля. Так, в случае послеэффектов ОСО, в отличие от мании, нет очевидной дезадаптивности поведения, ускорения речи и мышления, а при рассмотрении их в динамике очевиден личностный рост, повышение ответственности и зрелости личности, ее толерантности и принятия других, а также рост психологического благополучия (Griffith, 2009).

**Работа с ОСО** требует гораздо большего доверия клиента к терапевту, чем обычная психотерапевтическая работа, поэтому и терапевт, и клиент должны работать в этом направлении. Именно доверительная, безоценочная и безопасная обстановка позволит пациенту обсуждать свои переживания и открыто выражать свои

эмоции (Griffith, 2009). В работе с пациентами, пережившими ОСО, возможен отход от традиционных клинических ролей «врач-пациент» (жесткая приверженность к форме может разрушить взаимоотношения с клиентом). Грейсон и Харрис призывают терапевта здесь больше полагаться на свои непосредственные ощущения, нежели на формальные правила и знания клинических методов. Частота и продолжительность встреч с клиентом может значительно превышать общепринятые нормы (Грейсон, Харрис, 2013).

**У** пациентов, считающих, что они были «отосланы обратно» в эту жизнь против собственной воли, могут появляться специфические психологические проблемы (см. выше). Чувствуя себя отвергнутыми, они будут интерпретировать недостаточное терпение или упорство терапевта как проявление аналогичного отвержения с его стороны. Поэтому терапевт должен быть очень терпелив.

**Не** следует считать пережившего ОСО пассивной жертвой этого опыта. Необходимо помочь таким людям увидеть их собственную активную роль в формировании ОСО, что облегчит им понимание этого опыта и разрешение проблем, возникающих из-за этого опыта. Те части этого пациента, которые «умерли» во время ОСО, нуждаются в «оплакивании». Даже если пережившие ОСО бывают счастливы избавиться от этих частей, в терапевтической работе необходимо уделить время тому, чтобы человек принял эту утрату и примирился с ней.

**Грейсон и Харрис** предлагают использовать элементы конкретного ОСО клиента как средство диагностики существующих на данный момент у него проблем. «В особенности нужно изучать те подробности ОСО, которые кажутся странными или необъяснимыми, равно как и имеющиеся у пережившего его человека мысленные или эмоциональные ассоциации с этими частями опыта. Вы можете интерпретировать образы ОСО на многих уровнях, так же как вы поступаете при интерпретации сновидений» (Грейсон, Харрис, 2013). Например, следует выяснить, сам ли человек принял решение о возвращении или был отправлен обратно против его воли, было ли возвращение связано с незавершенностью какого-то дела жизни или особой миссии и т.п.

Для воспоминания новых подробностей ОСО, раскрытия и выражения трудно вербализуемых чувств, пережитых во время ОСО, терапевту советуют использовать образы, проективные методики и невербальные способы выражения такие, как живопись, музыка и танец. При работе со страхами человека по поводу нежелательных последствий ОСО следует помочь ему отделить сам опыт от его последствий. Люди, пережившие ОСО, должны чувствовать, что имеют право отвергнуть его нежелательные последствия, не обесценивая при этом сам опыт. Клиент должен понимать, что ОСО навсегда стал неотъемлем-

ной частью жизни, а его разнообразные последствия или побочные эффекты могут приходиться и уходить естественным образом, развиваться или устраняться в ходе консультирования. Если изменения во взглядах и системе ценностей человека, произошедшие после ОСО, стали причиной проблем в семейных отношениях, то необходима диагностика изменений семейной ситуации и, возможно, семейная терапия.

Главное, что должны понять и принять близкие человека с ОСО и работающие с ним медики – это тот факт, что психологические изменения человека, пережившего ОСО, нормальны и закономерны, от них нельзя «вылечиться», но можно посредством интеграции данного опыта направить эти трансформации в продуктивное русло

Терапевту (как и клиенту) следует избегать прославления, идеализации, переоценки ОСО и его последствий (физических, эмоциональных и интеллектуальных). Тенденция к подобной переоценке вызвана тем, что человек, переживший ОСО, может значительно отличаться (физически, эмоционально и умственно) в лучшую сторону от себя прежнего. Подобное различие – по контрасту – воспринимается большим, чем оно есть на самом деле. Особенно могут захватывать терапевта и клиента паранормальные эффекты ОСО из-за своей новизны и необычности, мешая увидеть другие последствия, более значимые для духовного и психологического роста.

При работе с негативным ОСО возникают специфические проблемы. Клиент, ранее знавший о существовании позитивного ОСО, столкнувшись с негативным, страдает вдвойне. Во-первых, очень испуган увиденным, во-вторых, спраши-

вает, что с ним «не так», почему он пережил это – он воспринимает появление такого опыта как признак своей неполноценности («я просто уверен, что это должно означать, что я плохой человек»). Психотерапевт сообщает ему, что негативный ОСО также достаточно распространен, и нет никаких доказательств того, что несчастные опыты случаются с плохими людьми или приходят в качестве наказания (Griffith 2009).

Терапевтическая работа должна быть направлена на то, чтобы человек, переживший ОСО, не сосредоточивался исключительно на этом опыте в ущерб другим сторонам своей жизни. Клиент не должен чрезмерно отождествляться со своим ОСО. Иначе он не сможет решать проблемы, прямо не связанные с этим опытом, у него может развиваться чувство отчуждения от людей без данного опыта, ощущение незначимости физического мира или пренебрежение основными проблемами жизни в этом мире. Иногда приходится помогать тем, кто выработал «зависимость» от ОСО или от его последствий, постепенно выходить из нее.

Вневременной характер ОСО для некоторых испытавших его мешает им функционировать в настоящем времени, жить «здесь-и-теперь». Такие люди могут быть чрезмерно сосредоточенными на прошлом (после глубокого обзора жизни) или на будущем (после впечатляющих пророческих видений). Если новые взгляды, убеждения и ценности человека, пережившего ОСО, не согласуются со старыми ролями и образом жизни, терапевт помогает человеку найти новые роли и жизненный стиль, которые будут соответствовать новым целям и приоритетам, пройти через значительные изменения в его карьере и взаимоотношениях с другими людьми.

Главное, к чему должен стремиться терапевт, работающий с пережившим ОСО, – это помочь направить результаты («уроки») данного опыта в практическое русло, прежде всего, использовать его для

помощи другим. Например, новые взгляды, убеждения и цели человека, приводящие к проблемам в его окружении, могут побудить человека изменить это окружение в лучшую сторону.

Как пишут Грейсон и Харрис, обращаясь к терапевтам: «Ваша работа заканчивается, когда ваш клиент находит способ привнести в повседневную жизнь ту любовь, которую получил в ОСО» (Грейсон, Харрис, 2013).

Все сказанное выше не означает, что терапия необходима и обязательна для всех, переживших ОСО. Возможна и «спонтанная» психотерапия: человек, актуализируя собственные психологические ресурсы (совладания, осмысления, интеграции, роста), сам решает все обусловленные окосмертным опытом психологические проблемы (Этуотер, 2009, С. 290–292). Соблюдение окружающими пережившего ОСО указанных выше правил создает необходимые условия для «спонтанной» терапии и повышает вероятность ее успешного осуществления. Поэтому психотерапевт нужен, только когда сам человек ощущает эту необходимость и/или не может адаптироваться.

Мы перечислили основные принципы обращения с пережившими ОСО. К сожалению, в России еще нет психотерапевтов, работающих именно с данной категорией клиентов, нет специальных групп поддержки, в которых люди с ОСО и их близкие регулярно обсуждали бы проблемы, связанные с таким опытом. В этом мы пока, к сожалению, отличаемся от США, где адрес ближайшей группы поддержки всегда можно узнать на сайте организации IANDS, а медики, работающие с такими пациентами, помогают в поиске специализирующихся на этой проблематике психотерапевтов.

Поэтому необходимо соблюдение описанных в данной работе правил медиками, психотерапевтами и родными человека, пережившего ОСО, поскольку оно способствует ослаблению уже существующих у пациента эмоциональных и социальных проблем, а в ряде случаев и предупреждает их возникновение, что облегчает работу механизмов совладания. Это помогает человеку интегрировать данный опыт для того, чтобы тот стал стимулом для дальнейшего психологического и/или духовного роста и развития.

## Литература:

- Грейсон Б., Харрис Б. Консультирование людей, переживших околосмертный опыт. – Электронный документ. – Режим доступа: <http://psylib.org.ua/books/grofs02/txt12.htm> – (дата обращения 16.06.2018)
- Левинсон Б.У. Состояния осознания во время общей анестезии // Измененные состояния сознания: природа, механизмы, функции, характеристики : хрестоматия / под ред. О.В. Гордеевой. – Москва : Когито-Центр, 2012. – С. 220–223.
- Моуди Р. Жизнь после жизни. – Москва : Физкультура и спорт, 1990.
- Моуди Р. Размышления о жизни после жизни. – Электронный документ. – Режим доступа: [http://modernlib.net/books/moudi\\_raymond/zhizn\\_posle\\_zhizni/read](http://modernlib.net/books/moudi_raymond/zhizn_posle_zhizni/read) – (дата обращения 16.06.2018)
- Ринг К. Проект «Омега». Предсмертные переживания, контакты с НЛО и Мировой Разум. – Москва : Изд-во ТПИ, 1998.
- Ринг К. Околосмертный опыт // Пути за пределы «эго». – Москва : Изд-во ТПИ, 1996. – С. 222–230.
- Роолингз М. За порогом смерти. – Санкт-Петербург : Кормчий, 2003. – Электронный документ. – Режим доступа: <http://ligis.ru/librari/2938.htm> – (дата обращения 16.06.18)
- Этуотер Ф.М.Х. Дети и околосмертный опыт. – Москва : Стигмарион, 2009.
- Atwater, P.M.H. (2009) Children and near-death experience. Moscow, Stigmarion.
- Atwater, P.M.H. (1992) Is there a hell? *Journal of Near-Death Studies*, 10(3). Retrieved from: <http://www.pmhatwater.com/resources/PDFs/Articles/hell.pdf> (Accessed 16.06.2018).
- Atwater, P.M.H. (2013) Aftereffects of Near-death States. *International Association for Near-Death Studies, Inc.* Retrieved from: <http://www.iands.org> (accessed 20.06.2018)
- Atwater, P.M.H., & Williams, K. (2014) Children's near-death experiences. *International Association for Near-Death Studies, Inc.* Retrieved from: <http://www.iands.org> (accessed 16.06.2018)
- Bucher, L., Wimbush, F.B., Hardie, T., & Hayes, E.R. (1997) Near death experiences: critical care nurses' attitudes and interventions. *Dimensions Of Critical Care Nursing*, 16(4), 194–201. doi: 10.1097/00003465-199707000-00003
- Corcoran, D. An open letter to health professionals. *Vital Signs*. 1994–1995, 14(5), 3–4.
- Corcoran, D. (1988) Helping patients who've had near-death experiences. *Nursing*. November, 18 (11), 34–39.
- Dougherty, C.M. (1990) The near-death experience as a major life transition. *Holistic Nursing Practice*, 4, 84–90. doi: 10.1097/00004650-199005000-00012
- Duffy, N., & Olson, M. (2007) Supporting a patient after near-death experience: Recovering from cardiac arrest, your patient reports an out-of-body experience. Do you know how to respond? *Nursing*, 47–48. doi: 10.1097/01.NURSE.0000266041.11793.9d
- (1994) Emergency Nurses Association. Family presence at the bedside during invasive procedures and/or resuscitation (position statement). Park Ridge (IL): Emergency Nurses Association.
- (2013) Experienter's Guide to Psychotherapy. *International Association for Near-Death Studies, Inc.* Retrieved from: [https://iands.org/images/stories/pdf\\_downloads/therapist.pdf](https://iands.org/images/stories/pdf_downloads/therapist.pdf) (accessed 17.06.2018)
- Greyson, B. (1983) The Near-Death Experience Scale Construction, Reliability, and Validity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(6), 369–375. doi: 10.1097/00005053-198306000-00007
- Greyson, B. (1997) The near-death experience as a focus of clinical attention. *The Journal of Nervous And Mental Disease*, 185(5), 327–334. doi: 10.1097/00005053-199705000-00007
- Greyson, B. (1983) The psychodynamics of Near-Death Experiences. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(6), 376–381. doi: 10.1097/00005053-198306000-00008
- Greyson, B. (2003) The Near-Death Experience Scale Construction, Reliability, and Validity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(6), 369–375. doi: 10.1097/00005053-198306000-00007
- Greyson, B., & Bush, N.E. (1992) Distressing Near-Death Experiences. *Psychiatry*, 55, 95–110. doi: 10.1080/00332747.1992.11024583
- Greyson, B., & Stevenson, I. (1980) The phenomenology of near-death experiences. *American Journal of Psychiatry*, 137(10), 1193–1196.
- Griffith, L.J. (2009) Near-death experiences and psychotherapy. *Psychiatry* (Edgmont), 6(10), 35–42. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> (accessed 05.06.2018)
- Hoffman, R.M. (1995) Disclosure habits after near-death experiences: influences, obstacles and listener selection. *Journal of Near-Death Studies*, 14, 29–48.
- International Association for Near-Death Studies (IANDS) Retrieved from: <http://www.iands.org/> (accessed 05.06.2018).
- Johnson, D.M. (1988) Counseling After an NDE. Letters to the editor. *Journal of Near-Death Studies*, 6(4), 264–265. doi: 10.1007/BF01079927
- Klemenc-Ketis, Z. (2013) Life Changes in Patients After Out-of-Hospital Cardiac Arrest: The Effect of Near-Death Experiences. *The International Journal of Behavioral Medicine*, 20, 7–12. doi: 10.1007/s12529-011-9209-y
- Manley, L.K. (1996) Enchanted journeys: Near-death experiences and the emergency nurse. *Journal of Emergency Nursing*, 22(4), 311–316. doi: 10.1016/S0099-1767(96)80028-6
- Morse, M.L. (1994a) Near Death Experiences and Death-Related Visions in Children: Implications for the Clinician. *Current Problems in Pediatrics*, 24, 55–83.
- Morse, M.L. (1994b) Near-death experiences of children. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 11(4), 139–144. doi: 10.1177/104345429401100403
- Noyes, R. (1980) Attitude Change Following Near-Death Experiences. *Psychiatry*, 43(3), 234–242. doi: 10.1080/00332747.1980.11024070
- Noyes, R., & Kletti, R. (1976) Depersonalization in the face of life-threatening danger. *Psychiatr*, 39(1), 19–27. doi: 10.1080/00332747.1976.11023873

- Orne, R.M. (1995) The meaning of survival: the early aftermath of a near-death experience. *Research in Nursing and Health*, 18, 239–247. doi: 10.1002/nur.4770180307
- Osis, K., & Haraldsson, E. (1986) *At the hour of death*. N.Y.: Hastings House.
- Parnia, S., & Fenwick, E. (2002) Near death experiences in cardiac arrest: Visions of a dying brain or visions of a new science of consciousness. *Resuscitation*, 52(1), 5–11. doi: 10.1016/S0300-9572(01)00469-5
- Ring K. (1985) *Heading toward omega*. New York: William Morrow.
- Sabom, M.B., & Kreutziger, S. (1977) Near-death experience. *The New England Journal of Medicine*, 297(19), 1071. doi: 10.1080/07481187708252891
- Sartori, P. (2006) A long-term prospective study to investigate the incidence and phenomenology of near-death experiences in a Welsh Intensive Therapy Unit. *Network Review*. 90, 23–25.
- Schoenbeck, S.B. (1993) Exploring the Mystery of Near-Death Experiences. *The American Journal of Nursing*, 93(5), 42–46. doi: 10.2307/3464363
- Schwaninger, J., Eisenberg, P.R., Schechtman, K.B., & Weiss, A.N. (2002) A prospective analysis of near death experiences in cardiac arrest patients. *Journal of Near-Death Studies*, 20(4), 215–232. doi: 10.1023/A:1015258818660
- Simpson, S.M. (2001) Near death experience: a concept analysis as applied to nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), 520–526. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.02004.x
- Sommers, M.S. (1994) The near-death experience following multiple trauma. *Critical Care Nurse*, 14, 62–66.
- Sutherland, C. (1992) *Reborn in the light: life after near-death experiences (foreword)*. N.Y.: Bantam Books.
- Tassel-Matamua, N.A. Near-death experiences and the psychology of death. *Omega*. 2013–2014, 68(3), 259–277. doi: 10.2190/OM.68.3.e
- Van Lommel, P., van Wees R., Meyers, V., & Elfferich, I. (2001) Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. *The Lancet*, 358(9298), 2039–2045. doi: 10.1016/S0140-6736(01)07100-8
- Van Lommel, P. (2011) Near-death experiences: the experience of the self as real and not as an illusion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1234, 19–28. doi: 10.1111/j.1749-6632.2011.06080.x
- Van Lommel, P. (2010) *Consciousness Beyond Life. The Science of the Near-Death Experience*. N.Y.: Harper Collins.
- Wimbush, F.B., & Hardie, T. (2001) Supporting your patient after a near-death experience. *Nursing*, 31(10), 48–50. doi: 10.1097/00152193-200131100-00017
- Zingrone, N.L., & Alvarado, C.S. (2009) Pleasurable Western adult near-death experiences: features, circumstances, and incidence. *The Handbook of Near-Death Experiences*. Santa Barbara, CA: Praeger Publishers.

## References:

- Atwater, P.M.H. (2009) Children and near-death experience. Moscow, Stigmarion.
- Atwater, P.M.H. (1992) Is there a hell? *Journal of Near-Death Studies*, 10(3). Retrieved from: <http://www.pmhatwater.com/resources/PDFs/Articles/hell.pdf> (Accessed 16.06.2018).
- Atwater, P.M.H. (2013) Aftereffects of Near-death States. *International Association for Near-Death Studies, Inc.* Retrieved from: <http://www.iands.org> (accessed 20.06.2018)
- Atwater, P.M.H., & Williams, K. (2014) Children's near-death experiences. *International Association for Near-Death Studies, Inc.* Retrieved from: <http://www.iands.org> (accessed 16.06.2018)
- Bucher, L., Wimbush, F.B., Hardie, T., & Hayes, E.R. (1997) Near death experiences: critical care nurses' attitudes and interventions. *Dimensions Of Critical Care Nursing*, 16(4), 194–201. doi: 10.1097/00003465-199707000-00003
- Corcoran, D. An open letter to health professionals. *Vital Signs*. 1994–1995, 14(5), 3–4.
- Corcoran, D. (1988) Helping patients who've had near-death experiences. *Nursing*. November, 18 (11), 34–39.
- Dougherty, C.M. (1990) The near-death experience as a major life transition. *Holistic Nursing Practice*, 4, 84–90. doi: 10.1097/00004650-199005000-00012
- Duffy, N., & Olson, M. (2007) Supporting a patient after near-death experience: Recovering from cardiac arrest, your patient reports an out-of-body experience. Do you know how to respond? *Nursing*, 47–48. doi: 10.1097/01.NURSE.0000266041.11793.9d
- (1994) Emergency Nurses Association. Family presence at the bedside during invasive procedures and/or resuscitation (position statement). Park Ridge (IL): Emergency Nurses Association.
- (2013) Experienter's Guide to Psychotherapy. *International Association for Near-Death Studies, Inc.* Retrieved from: [https://iands.org/images/stories/pdf\\_downloads/therapist.pdf](https://iands.org/images/stories/pdf_downloads/therapist.pdf) (accessed 17.06.2018)
- Greyson, B., & Harris, B. Counseling people with near-death experience. Retrieved from: <http://psylib.org.ua/books/grofs02/txt12.htm> (accessed: June 16, 2013)
- Greyson, B. (1983) The Near-Death Experience Scale Construction, Reliability, and Validity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(6), 369–375. doi: 10.1097/00005053-198306000-00007
- Greyson, B. (1997) The near-death experience as a focus of clinical attention. *The Journal of Nervous And Mental Disease*, 185(5), 327–334. doi: 10.1097/00005053-199705000-00007
- Greyson, B. (1983) The psychodynamics of Near-Death Experiences. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(6), 376–381. doi: 10.1097/00005053-198306000-00008
- Greyson, B. (2003) The Near-Death Experience Scale Construction, Reliability, and Validity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(6), 369–375. doi: 10.1097/00005053-198306000-00007
- Greyson, B., & Bush, N.E. (1992) Distressing Near-Death Experiences. *Psychiatry*, 55, 95–110. doi: 10.1080/00332747.1992.11024583

- Greyson, B., & Stevenson, I. (1980) The phenomenology of near-death experiences. *American Journal of Psychiatry*, 137(10), 1193–1196.
- Griffith, L.J. (2009) Near-death experiences and psychotherapy. *Psychiatry* (Edgmont), 6(10), 35–42. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> (accessed 05.06.2018)
- Hoffman, R.M. (1995) Disclosure habits after near-death experiences: influences, obstacles and listener selection. *Journal of Near-Death Studies*, 14, 29–48.
- International Association for Near-Death Studies (IANDS) Retrieved from: <http://www.iands.org/> (accessed 05.06.2018).
- Johnson, D.M. (1988) Counseling After an NDE. Letters to the editor. *Journal of Near-Death Studies*, 6(4), 264–265. doi: 10.1007/BF01079927
- Klemenc-Ketis, Z. (2013) Life Changes in Patients After Out-of-Hospital Cardiac Arrest: The Effect of Near-Death Experiences. *The International Journal of Behavioral Medicine*, 20, 7–12. doi: 10.1007/s12529-011-9209-y
- Levinson, B.U. (2012) States of awareness during general anesthesia. [*Izmenennye sostoyaniya soznaniya: priroda, mekhanizmy, funkcii, harakteristiki: khrestomatiya*]. Moscow: Kogito-Tsenter, 220–223.
- Manley, L.K. (1996) Enchanted journeys: Near-death experiences and the emergency nurse. *Journal of Emergency Nursing*, 22(4), 311–316. doi: 10.1016/S0099-1767(96)80028-6
- Morse, M.L. (1994a) Near Death Experiences and Death-Related Visions in Children: Implications for the Clinician. *Current Problems in Pediatrics*, 24, 55–83.
- Morse, M.L. (1994b) Near-death experiences of children. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 11(4), 139–144. doi: 10.1177/104345429401100403
- Moudi, R. (1990) Life after life. Moscow, Fizkul'tura i sport.
- Moudi, R. Reflections on life after life. Retrieved from: [http://modernlib.net/books/moudi\\_raymond/zhizn\\_posle\\_zhizni/read](http://modernlib.net/books/moudi_raymond/zhizn_posle_zhizni/read) (accessed June 16, 2018)
- Noyes, R. (1980) Attitude Change Following Near-Death Experiences. *Psychiatry*, 43(3), 234–242. doi: 10.1080/00332747.1980.11024070
- Noyes, R., & Kletti, R. (1976) Depersonalization in the face of life-threatening danger. *Psychiatr*, 39(1), 19–27. doi: 10.1080/00332747.1976.11023873
- Orne, R.M. (1995) The meaning of survival: the early aftermath of a near-death experience. *Research in Nursing and Health*, 18, 239–247. doi: 10.1002/nur.4770180307
- Osis, K., & Haraldsson, E. (1986) At the hour of death. N.Y.: Hastings House.
- Parnia, S., & Fenwick, E. (2002) Near death experiences in cardiac arrest: Visions of a dying brain or visions of a new science of consciousness. *Resuscitation*, 52(1), 5–11. doi: 10.1016/S0300-9572(01)00469-5
- Ring K. (1985) Heading toward omega. New York: William Morrow.
- Ring, K. (1998) The project «Omega». Death experience, contacts with UFOs and World Mind. Moscow, Izdatel'stvo TPI.
- Ring, K. (1996) Near-Death Experiences. [*Puti za predely «ego»*]. Moscow, Izdatel'stvo TPI, 222–230.
- Roolings, M. (2003) Behind the threshold of death. SPb., Kormchiy. Retrieved from: <http://ligis.ru/librari/2938.htm> (accessed 16.06.18)
- Sabom, M.B., & Kreuziger, S. (1977) Near-death experience. *The New England Journal of Medicine*, 297(19), 1071. doi: 10.1080/07481187708252891
- Sartori, P. (2006) A long-term prospective study to investigate the incidence and phenomenology of near-death experiences in a Welsh Intensive Therapy Unit. *Network Review*. 90, 23–25.
- Schoenbeck, S.B. (1993) Exploring the Mystery of Near-Death Experiences. *The American Journal of Nursing*, 93(5), 42–46. doi: 10.2307/3464363
- Schwaninger, J., Eisenberg, P.R., Schechtman, K.B., & Weiss, A.N. (2002) A prospective analysis of near death experiences in cardiac arrest patients. *Journal of Near-Death Studies*, 20(4), 215–232. doi: 10.1023/A:1015258818660
- Simpson, S.M. (2001) Near death experience: a concept analysis as applied to nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), 520–526. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.02004.x
- Sommers, M.S. (1994) The near-death experience following multiple trauma. *Critical Care Nurse*, 14, 62–66.
- Sutherland, C. (1992) Reborn in the light: life after near-death experiences (foreword). N.Y.: Bantam Books.
- Tassel-Matamua, N.A. Near-death experiences and the psychology of death. *Omega*. 2013–2014, 68(3), 259–277. doi: 10.2190/OM.68.3.e
- Van Lommel, P., van Wees R., Meyers, V., & Elfferich, I. (2001) Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. *The Lancet*, 358(9298), 2039–2045. doi: 10.1016/S0140-6736(01)07100-8
- Van Lommel, P. (2011) Near-death experiences: the experience of the self as real and not as an illusion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1234, 19–28. doi: 10.1111/j.1749-6632.2011.06080.x
- Van Lommel, P. (2010) Consciousness Beyond Life. The Science of the Near-Death Experience. N.Y.: Harper Collins.
- Wimbush, F.B., & Hardie, T. (2001) Supporting your patient after a near-death experience. *Nursing*, 31(10), 48–50. doi: 10.1097/00152193-200131100-00017
- Zingrone, N.L., & Alvarado, C.S. (2009) Pleasurable Western adult near-death experiences: features, circumstances, and incidence. *The Handbook of Near-Death Experiences*. Santa Barbara, CA: Praeger Publishers.