

「あの世」からの帰還 1986年 日本教文社

マイクル・B・セイボム

医学博士。米国エモリー大学心臓学教室助教授。

アトランタ復員軍人医療センターに勤務。

レイモンド・ムーディの「かいまみた死後の世界」

を読み、疑念を抱いたことから、臨死体験研究に入る。

結果としてムーディと同様、死後の世界の実在を

信じざるを得なくなり、現在ではこのテーマに関する執筆、

TV出演等、精力的に行なっている。

サラとともに私は、ムーディ(「かいまみた死後の世界」の著者)の研究に対して感じられる不満を検討し、次のような6項目の疑問点を考え合わせ、私たちなりの研究法を検討した。まず第一に私たちは、重体で臨死状態に陥っている患者に臨死体験が本当に起こっているのかどうかを確認したいと思った。決まったパターンの体験が本当に起こっていることを確信するためには、多くの事例が必要であった。当初は、2、30人の患者を対象にインタビューを行ない、その結果を予報として医学雑誌に発表することを考えていた。

第2に、私たち自身の手で収集した事例の内容を丹念に検討し、『かいまみた死後の世界』に紹介されている逸話的な臨死体験と比較したいと考えた。こうした体験には一定のパターンが見られるのであろうか。それとも人によってかなり違があるものなのであろうか。

第3に、臨死体験はどの程度一般に見られるものなのであろうか。この疑問に答えるためには、臨死体験をしているかどうかをサラも私も知らない状況で、臨死状態から蘇った者にインタビューして行く必要があろう。そして、インタビューした生還者の総数と臨死体験の報告者数の比率を見れば、臨死体験の発生率がおのずと明らかになるはずである。こうした研究法は、未来志向型研究と呼ばれる。

第4に、死の瀬戸際でこのような体験をしたと語る人たちの教育程度や職業、社会的階層、宗教はどのようなものなのであろうか。こういう点がわかれれば、そのことは、臨死体験をする者としない者とがいる理由をつきとめるための鍵になるであろうか。また、臨死状態の原因となった危機状況の種類や意識不明に陥っていた時間の長さ、蘇生の方法などの医学的条件は、臨死体験の発生に影響を与えるのであろうか。

第5に、臨死体験の内容は、体験者の教育程度や職業、信仰、臨死状態の原因となつた危機状況の医学的特徴などによって異なってくるのであろうか。たとえば、光の神や死後の世界の美しい情景を見るのは信心深い者だけなのであろうか。自分の蘇生場面を外から見るという体験を語るのは、心肺蘇生法の講習会を受講したり本で読んだりして、蘇生法についてそれなりの知識を持っている者だけであろうか。また、「死後の世界」に足を踏み入れるのは、長時間にわたって意識不明に陥っていた者だけなのであろうか。

最後の問題は、ムーディがインタビューした人々は死に対する不安がかなり薄れたと語っているが、それは、臨死体験そのものの結果なのか、それとも死の淵から蘇った結果なのか、という問題である。

ムーディの著書を読んで以来、私を悩ませ続けた問題がもうひとつある。意識不明に陥っていたと思われる間、自分の肉体の周辺で起こっていた出来事を後で想い出せた者が多かったと書かれていることである。もっと重要なのは、そうした記憶が視覚的なものだということである。ところがムーディは、病院のカルテなどの資料を用

いてこうした報告の裏づけを取ろうとはしなかった。ところで、私がこれからインタビューして行く患者は、大半が心停止後に蘇生した者である。私はそれまで、直接間接にこのような患者を優に100例以上扱っていた。私は蘇生がどういうものか、どういうふうに見えるものかを熟知していた。そのため自分の蘇生場面を「見た」と称する患者が出現するのを手ぐすねひいて待ち構えていたのである。そういう患者と巡り会ったら、医療関係者以外にはふつう知られていない具体的な点を細かく質問してみるつもりであった。実を言うと、熟練した心臓病専門医としての経験からすれば、蘇生の場面を目撃したなどと素人が主張したところで、どうということはないと思っていたのである。専門的な点を細かく突っ込んでいけば矛盾が露呈し、その場面を目撃したという主張が患者の単なる「知識に基づく推測」になり下がってしまうはずだという自信を持っていたわけである。

臨死の原因となる危機状況としては、患者が意識不明に陥り、身体的に臨死状態が起ころる疾患や症状なら何でも含まれる。とはいっても、意識不明の定義をどうするか、それをどのようにして決めるのか、という問題があった。この問題に私は頭を悩ませた。というのは、客観的科学的な方法を用いて決定できる、医学的ないし科学的な定義で信頼のおけるものは、これまでのところひとつもないからである。あらゆる臨床的テクニックや(脳波をはじめとする)検査技術を自在に操る麻酔医でも、全身麻酔下の患者の状態を近くでモニターしながら、その意識水準を正確にはかりかねることが少くない。また、手術台で深い麻酔状態にあると思われる患者が、実は部分的に覚醒していて激痛や恐怖感をあとで想い出す場合があることを報告している医学論文もかなりの数にのぼっている。同様に、臨床に携っていない心理学者や生理学者でも、人間の意識状態を明確に規定することは難しいのである。しかしながら私たちの研究では、「意識不明」という言葉を、当人が自身および周囲に対する意識をすべて喪失している時間帯を指して用いることにした。ふつうの言葉で言えば、「失神」という表現が一番近い。

意識不明の他に、どの患者も身体的に「臨死」状態に陥っていなければならない。それは「臨床死」と同義かという質問が出るかもしれないが、残念ながら「臨床死」という言葉は近年きわめて見境なく用いられるようになったため、今までではその正確な意味が不明になってしまっている。現在この用語は、医学的であるか否かを問わず、さまざまな状態を表わす言葉として用いられている。心停止を起こし、心拍と呼吸が止まった患者や、心拍も呼吸も停止してはいないが昏睡状態に陥っている患者、あるいは単なる失神やアルコール性昏迷により街角で「倒れた」者などを広く指して用いられるのである。さらに、最近よく用いられるようになった「脳死」という用語が加わると、問題は一層複雑になる。脳死とは、心臓が動いていても医学的には回復不能と考えられ、大脳の活動が全体としてもはや回復しえないほどに停止した状態(つまり「平坦脳波」)を指す言葉である。

このように言葉の混乱がかなり見られるため、私たちが身体的臨死と呼んでいる状態に陥ったことのある患者を選び出すことにした。つまり、突然的なものであるか否かを問わず、大半の場合不可逆的な生物学的死を招来すると十分予測され、緊急の医学的処置が必要とされる極度の生理学的破局に起因する身体的状態に陥った経験を持つ者である。こうした状態として一般に考えられるものとしては、心停止、重傷、代謝障害や全身性疾患に起因する深い昏睡状態などがあげられる。

私たちのインタビューは、患者が話すべき内容を言語化する際生ずる歪みを最小限に食い止めるため、一定の形式に沿って行なわれた。患者と初めて接する時には、臨死体験に关心があることを話さないようにし、通常の問診を行なっているかに装った。そして、意識不明に陥る寸前の出来事で想い出せる記憶を整理しながら語らせ、意識を取り戻した直後の出来事を想起するよう求めた後、意識不明に陥っていた間のことで記憶していることがあるかどうか質問したのである。

あとでわかったところでは、意識不明に陥っていた間の体験について聞かれるまで

患者は、このインタビューの真の目的には全く気づかなかつという。その質問に対し一部の患者は、何も覚えていないと主張し、完全に意識を失っていたのでその間に起こっていたことはわからないと繰り返した。ところがその一方では、身を固くし、ためらいがちに私たちを見ながら、「どうしてそんなことお聞きになるんですか」と聞き返してくる患者もあった。それに対しては、「危篤になられたのに回復された患者さんたちが体験された内容や反応を調べているところなんです。意識不明でかなりの重症だったのに、そのあいだある出来事を体験なさったという患者さんも何人かいらっしゃるんですよ。どういうものかは別にしてもですね、私たちとしましては、そういう体験に本当に关心があるんです」と答えることについていた。するとこのような患者はたいていが、「先生には信じていただけないでしょうけど……」とか「このことはまだ誰にも話していないんですが……」とか「気でも違ったんじゃないかと思われるかもしれませんが……」などと言いながら自分の臨死体験を語り始めたのである。

患者が意識不明に陥っていた間何らかの体験をしていたことがわかると、インタビューを録音してもいいかどうか聞くことについていた。稀には、インタビューの場面が(たとえば開放の集中治療病棟のように騒がしいなどの理由から)うまく録音できない場合には、患者の言葉をできる限り逐語的に筆記するよう努めた。あとは患者が臨死体験を語るにまかせ、極力口をはさまないようにした。患者が体験をすべて語り終えると、不明確な点について質問を行なった。私たちの目的は、『かいみみた死後の世界』の中でムーディが分類している10項目の特徴に沿って検討できるように、各体験の内容を十分聞き出すことであった。10項目の特徴とは次の通りである。

1. 自分が死んだという感じ 患者はその体験を、自分が死んだと表現するか、それ以外の説明をするか。以前病気にかかった時、鎮静剤が原因で幻覚を起こしたことがあればその幻覚と比較して、あるいは夢と比較して、臨死体験をどのような位置に置いているか。
2. 主な感情内容 臨死体験中患者は、穏やかな気持ちや安らかな気持ちを抱いたか、あるいは恐怖感を覚えたり気が転倒したりということがあったか、それとも何の感情も湧かなかったか。特に、医師たちが救急処置に懸命になっている時自分の肉体が「見えた」場合、患者はそれを、恐怖感が起るようなつらい体験と感じたか。
3. 肉体から離れる感じ 臨死体験中患者は、自分の肉体から離れるような感じがあったと語っているか。もしそうなら、この「分離した自分」をどうとらえたか。
4. 事物や出来事を見聞きしたか 意識不明に陥っている間、その部屋の中で起こっている出来事が見えたり聞こえたりしたと述べているか。もしそうなら、肉体から見聞きしたものか、それとも肉体とは離れた空間の一点から見聞きしたものか。その具体的な内容についてはどうか。
5. 暗い空間 臨死体験中患者は、ある時点から暗い空間へと移行する感じを体験しているか。
6. 走馬灯的体験 患者は自分の一生の出来事が走馬灯のように一瞬に流れ過ぎるのを見ているか。もしそうなら、どのような形で起り、どのような出来事をその中で想い出しているか。
7. 光 患者は明かるい光の存在に出会っているか。もし出会っていれば、この光についてどのような意味づけを行ない、その正体についてどう考えたか。

8. 超俗的世界に入ること 患者は、自分の肉体が置かれている場面とも暗い世界とも異なる別の世界ないし次元に入ったと語っているか。その世界はどのようなものであったか。ムーディの事例で言えば、肉体に「もはや戻れない地点」のような境界線や国境類似のものが目の前に広がっていたか。
9. 別の存在との出会い 臨死体験中患者は、他の「靈」の存在を感じたり見たりしているか。もしそういうことがあれば、こうした「靈的存在」を誰と考えたか。その人々は、その時既に死亡していることがわかつていたか、それとも生存していることになっていたか。また、患者とこの人たちとの間には何らかの交信があったか。もしあったなら、その交信はどのような手段によるもので、どのような内容であったか。
10. 肉体に再び戻ること 自分の意志によって「生き返った」と思っているか、それとも自分の意志によらずたまたまそのような結果になったと感じているか。蘇生した理由について何か考えたことがあるか。

さらに型通りの質問としては、年齢、性別、人種、教育年数、職業、住所、宗教、教会に通う頻度といった項目が用意されており、各項目について簡単に質問した。また、臨死体験をする以前に本や何かを通じてこうした体験に関する予備知識があったかどうかについても尋ねた。そして最後に、死に対する不安や死後の世界に対する考え方方が(臨死体験を伴っていたにせよいかなかったにせよ)臨死状態に陥ったことによって変化したかどうかを質問してインタビューを終わる。

インタビューが終わると、質問や感想を求め、患者と話し合う時間を設けた。その結果、臨死体験のある患者のほぼ全員が、自分たちの体験に関心を示し耳を傾けてもらつたことについて、私たちに深い感謝の念を異口同音に表明したのである。笑いとばされることを恐れて、親友にも家族にもその話ができなかつたが、批判的な意見も言わず私たちが耳を傾けたことで心強く感じたと、かなりの者が語つたのである。

臨死体験はどの程度の頻度で起こるか

『かいみみた死後の世界』の中でムーディは、それまで出会った「およそ」150例の事例に基づいて臨死体験を説明している。全てではないにせよほとんどの事例は、さまざまな筋から「知らされた」ものであった。このように外部から「知らされた」事例を考えたのでは、臨死体験の発生率を推定することはできない。というのは、当然のことながらムーディがインタビューした相手は、全員が体験者だったからである。臨死状態を脱した者の中で臨死体験がどの程度の頻度で起こっているかを明らかにするには、臨死体験の有無がインタビューする側にわからない段階で、臨死状態から生還した者を相当数インタビューする必要がある。しかる後に、インタビューした全員の中で、臨死体験を語った者がどのくらいいるかを見ることによって、臨死体験の発生率を算出することができるるのである。

本研究では、臨死状態から蘇った者116名のインタビューを行なった。そのうちの10名は、大手術中の全身麻酔下にある間に臨死状態に陥っていた。私たちの定義では、臨死状態とは、肉體的な臨死に伴つて意識不明に陥った状態を指すわけであるが、手術中の意識喪失は(少なくとも部分的には)全身麻酔に起因しているので、手術中に起こつた危機状況は、たとえ生命にかかる合併症が発生したとしても、臨死状態と分類するための基準を、十分満たしてはいないようである。このようなわけで、手術中に発生した合併症に關係する臨死体験は、ここでは触れないことにする。

本研究では、手術が関係している10例を除くと、臨死状態に陥ったことのある事例が106例残る。この106例中、対象者が臨死体験をしているかどうか知らないままインタビューした事例は、78例であった。この78例の場合、インタビュー前に私たちが知っていたことと言えば、手術とは無関係の状況で少なくとも1度は臨死状態および意識不明に陥りながら蘇生した体験の持ち主だということだけであった。その内訳は、心停止を起こした事例が66例、昏睡状態が8例、事故によるものが4例である。こうしてインタビューした78名の患者のうち、その時までに臨死状態を2回以上体験している者は27名(35%)であった。ひとりが2回以上の臨死状態を報告した場合には、1番最近の臨死状態か、臨死体験を起こしていればその時の臨死状態を分析の対象にした。

臨死状態の中で臨死体験があったと語った者は、78名中34名(43%)であった。その中には、臨死状態を複数回起こしている者もあるので、この78名に起こった臨死状態はのべ156回にのぼる。臨死体験を2回以上起こしている者は数名あったので、患者の報告した臨死体験の総数は34件から42件に増加した。したがって、この78名の患者では、1回の臨死状態あたりの臨死体験の発生率は(156件の臨死状態の中で42件の臨死体験が起こっているため)27%であった。このことから臨死体験は、意識不明および臨死状態に陥った後蘇生した人間にかなりふつうに見られる体験であると言える。

臨死体験——誰にどのような状況で起こるのか

『かいまみた死後の世界』から浮かび上がった疑問点に、臨死体験を報告する者の個人的特徴および臨死体験が起こる状況に関するものがある。特に、臨死状態に陥った者が全員臨死体験を報告するわけではないので、臨死体験を報告する者としない者とでは、個人的社会的背景に差が見られるか、という疑問が生ずる。この点を明らかにするため、各人の年齢や性別、人種、居住地、家族員数、教育程度、職業、宗教、教会に通う頻度、臨死体験についての知識の有無などについて検討が行なわれた。こうした変数を用いて、臨死体験のあった群となかった群の比較を行なった結果、臨死体験の知識の有無という点を除いては、両群間に統計的に有意な差は見られないことがわかった。しかし、このような結果が得られた理由は不明である。ひとつ解釈を考えるとすれば、臨死状態に陥った時期が問題になるかもしれない。臨死状態陥った時点は、臨死体験を起きたなかった群では平均してインタビューの1・3年前であったのに對して、臨死体験を起きた群では4・9年だったのである。つまり、「非体験者」では、臨死体験を報告した者よりも臨死状態に陥った時期が新しいのである。臨死体験が広く知られるようになったのはごく最近である。このため、最近になればなるほど、自分が臨死状態に陥る前に、臨死体験の知識を得ている可能性は高くなる。したがって、最近臨死状態を経験した者と何年か前に経験した者とでは、「臨死体験に関する知識」に差があることになる。この解釈の当否はともかく、このような結果から、臨死体験についてあらかじめ知っていたところでこうした体験が起りやすくなるわけではないことがわかる。本研究では「あらかじめ知っていた」群では、「あらかじめ知らなかった」群よりも、臨死体験の報告率が低かったからである。

では、このような臨死体験が起こる状況はどうだったのであろうか。臨死状態の性質は、臨死体験をした者としなかった者では違っているであろうか。この疑問に答えるため、臨死状態について医学的記録および患者自身の記憶の両方から調べてみた。まず、臨死の危機状況を、心停止、昏睡状態、事故の3項目に分類し、次いで、臨死状態が発生した場所が病院の中か外かを明らかにした。さらに、各危機状況の中で発生した意識不明の時間の長さを(カルテなどでそれ以上正確なことがわからない場合には)次のようない基準で決定した。(1)1分以内——短時間の意識喪失を起こすが、通常救命処置を施行せずとも自発的に蘇生する、きわめて一過性の心調律障害。(2)1分から

30分——(たとえば繰り返し除細動を試みても成功しなかったのが、最後になって心調律が回復するなど)救急蘇生法が特に長びくなどの事情がない限りは、ほとんどの心蘇生がこの項目に含まれる。(3)30分以上——昏睡状態に陥った事例は大半がここに入る。しかる後、次のような基準を用いて、各事例の蘇生法を決定した。(1)なし——外部からの働きかけなくして自発的に蘇生したもの。(2)投薬——通常、急性の危篤状態で用いられる(たとえば胸骨圧迫心マッサージや、心調律を回復させ血圧を維持する薬物の投与などの)「非電気的」方法および投薬によるもの。(3)投薬および除細動——(2)に加えて除細動(致死性心調律障害を矯正する目的で心臓に与える電気ショック)を行なったもの。(4)長期的維持——非急性の昏睡状態に用いられる(ブドウ糖や電解質、抗生素質の輸液などの)維持的療法が行なわれたもの。

臨死状態の中で臨死体験を起こした群と起こさなかった群との比較については、危機状態の内容は両群間に類似が見られるが、臨死体験のあった群ではなかった群よりも、病院内で臨死状態に陥った例が多く、意識不明が1分以上続き、何らかの救命処置を受けているものが多かった。このような結果を検討する場合、78名の対象群全体の85%は、心停止から蘇生した者だという事実を念頭に置く必要がある。一般に、病院内で心停止を起こして治療を受ける場合には、院外で同様の状況に陥った場合よりも何らかの救命処置を受ける可能性は高いであろう。このことは、(1)病院内、(2)1分以上の意識不明、(3)何らかの救命処置の施行、という心停止変数が3項目とも同じ群に見られることの説明になろう。しかしながら、この3つの変数全てが臨死体験群に多いという事実からすると、臨死体験を伴う心停止の方が、臨死体験を伴わない心停止よりも重篤である(より死に近い?)ということのようである。

臨死体験の内容は、個人的背景や臨死状態によって異なるであろうか

これまで、臨死状態を脱した者の個人的特徴や臨死を招いた危機状況が、臨死体験のあった群となかった群で異なっているかどうかの検討を行なってきた。次の問題は、臨死体験の内容が体験者の個人的背景や臨死状態の種類に関係しているかどうかということである。年齢、居住地、居住する市町村の規模、宗教、教会に通う回数といった項目別に、何群かに分けて各要素の出現率を比較してみたが、統計的な有意差は見られなかった。また、教育年数の最長群と最短群でも、各要素の出現率に差はなかった。

以上のような結果から全般的に言えることは、アメリカ文化の中で生まれ育った者の場合、個人的背景が異なっていても臨死体験の内容はかなり一致しているということである。危機状態の内容、意識不明に陥っていた時間の長さ、蘇生の方法によってそれぞれ何群かに分けて検討したところ、有意差は全く見られなかったのである。また、臨死状態に陥った時点からインタビューまでの期間も、臨死体験の内容とは関係していないように思われた。危機状態に陥ってから1ヵ月以内にインタビューを行なった場合でも、それから5年以上経過した後に行なったインタビューで報告された臨死体験と比較して、何ら差は見られなかったのである。

臨死体験は、体験者自身の死に対する不安や来世観に影響を及ぼすか

ムーディは『かいまみた死後の世界』の中で、臨死体験をした者の大半は死に対する恐怖心が「なくなつて」いると述べている。しかし、ムーディの研究では、死に対する不安が減少したのは臨死体験自体の結果なのか、それとも死の瀬戸際まで行きながら生還を果たした——つまりどういうわけか「九死に一生を得た」——ことによる

のかがはっきりしない。臨死体験をしないまま臨死状態を脱した者は、臨死体験のあった者と同様に死に対する不安が減少するものであろうか。

この疑問に答えるため、本研究では各対象者に、臨死状態によって(臨死体験を伴ったにせよ伴わなかったにせよ)死に対する不安や来世観が変化したかどうかを尋ねている。この質問に対する回答は、「明らかに増加」、「明らかに減少」、「不变」の3カテゴリーに分けられた。臨死体験群ではかなりの者が、死に対する恐怖では明らかな減少を、来世信仰では明らかな増加を報告しているのに対して、非体験群では変化のなかつた者がほとんどであり、両群間には統計的な有意差が見られたのである。このことから、臨死体験後に対する恐怖感が減少するのは、臨死体験自体の結果であり、単に臨死状態から蘇ったためではないことがわかる。

臨死状態を(その最中に臨死体験を起こしたかどうかはともかく)脱した者の死に対する不安については、「テンプラー・死の不安尺度」と「ディックスタイルン・死の不安尺度」の二尺度を用いてさらに検討された。このふたつの検査は、死に対する不安を測定する目的で開発され、心理学の専門誌に掲載された論文の中で妥当性が確認されたものである。私たちは1978年に、その時点でインタビューが完了している対象者全員にこのふたつの検査を郵送し、回答を求めた。それに対して回答を寄せたものは、臨死体験者26名、非体験者18名の計44名であった。それによると、臨死体験群は非体験群と比較して、テンプラー尺度とディックスタイルン尺度の両方の得点が有意に低い(つまり死に対する不安が低い)ことがわかった。このような結果は、最初のインタビューでわかっていたこと、つまり、(1)臨死体験者の死に対する不安は、臨死体験をしなかつた者よりも低いこと、および、(2)臨死体験者は、死の不安が低くなつたのは臨死体験のおかげだと主張していること、の2点と一致するのである。