



WAAR WAS DE PATIËNT?

Omgang met mensen met een

BIJNADOODERVARING

in de hulpverlening

Bert van Schuijlenburg

INHOUD

- 1. Inleiding 1**
 - 1.1. De klinische dood 2
 - 1.2. Voorwaarden voor een BDE 3

 - 2. De beleving van de BDE 5**
 - 2.1. Uittreding 6
 - 2.2. Vrije beweging 8
 - 2.3. Nieuwe gewaarwordingen 9
 - 2.4. Ontmoetingen 10
 - 2.5. Transcendentie 12
 - 2.6. Levensfilm 13
 - 2.7. Communicatie 14
 - 2.8. De "negatieve" BDE 15

 - 3. Terugkeer 18**
 - 3.1. Lichamelijke beleving 18
 - 3.2. Psychische beleving 19
 - 3.3. Veranderingen 20
 - 3.4. Gevolgen voor de omgeving 21

 - 4. Beroepshouding 25**
 - 4.1. Herkenning 25
 - 4.2. Erkenning 26
 - 4.3. Verwijzen 27
 - 4.4. Speciale aandacht voor kinderen 28
 - 4.5. Reanimatie nader beschouwd 30

 - 5. Bezinning op de BDE 33**
 - 5.1. Interpretaties 33
 - 5.2. Tijd en ruimte 34
 - 5.3. Relatie BDE en sterfbedvisioen 35
 - 5.4. Hallucinaties en dromen 37
 - 5.5. Fantoombelevingen 38

 - 6. Nabeschouwing 39**
- Bijlagen 41**
- Literatuuropgave 52**

1 Inleiding

In veel hulpverlenende beroepen kan men plotseling geconfronteerd worden met iemand die een levensbedreigende situatie heeft overleefd. In het bijzonder kunnen zij die reeds in een toestand van klinische dood hebben verkeerd, je in verlegenheid brengen, doordat ze - soms op een verholen manier - aangeven dat ze in die toestand over een helder buitenlichamelijk bewustzijn beschikten. In veel van die gevallen worden zelfs uitlatingen gedaan over ervaringen die men als "geestelijk" of "spiritueel" benoemt. Dit boekje is een poging, deze belevingswereld vanuit de patiënt met een dergelijke ervaring te verduidelijken. Enig inzicht in de achtergronden van wat er in iemand met zo'n "bijnadoodervaring" (BDE) omgaat, kan helpen, de verlegenheid met de confrontatie weg te nemen en eventuele vooroordelen en voorbarige conclusies over de geestelijke toestand van de patiënt minstens te heroverwegen.

Bovendien kan men in bepaalde gevallen iemand met een BDE helpen, de gevolgen van zijn of haar ervaring te integreren in het dagelijks leven, want we zullen zien dat zo'n beleving voor wie het overkomt, niet vrijblijvend is.

Het gaat hier dus niet om wetenschappelijke beschouwingen, laat staan om verklaringen, zo die al te geven zijn. Waar sommige stukken toch een wat verklarend karakter kunnen hebben, zijn dat altijd pogingen, de beleving van de BDE'er onder woorden te brengen. Dat daar een stukje persoonlijke interpretatie in meeklinkt, is haast onvermijdelijk; men kan niet geheel waardevrij over diepgaande belevingen spreken.

De bedoeling is een handreiking te geven aan hulpverleners die door de aard van hun beroep in aanraking kunnen komen met mensen met een BDE, als "randverschijnsel" van hun vakgebied. Hierbij kan men denken aan (opleidingen voor) medische en verpleegkundige beroepen, maar ook aan agogische beroepen en aan functies waarin men zich (ook als onbetaalde kracht zoals ouderling) toelegt op enige vorm van pastorale zorg.

In het bijzonder zouden zij die beroepshalve de zorg hebben voor kinderen met problematisch gedrag (onder anderen speltherapeuten en orthopedagogen) kennis moeten hebben van het bestaan van het fenomeen BDE. Juist kinderen met een BDE lopen kans met hun verhalen en hun veranderd gedrag na een kritieke medische toestand bij de jeugdhulpverlening te belanden.

Kennismaking met het onderwerp is het hoofddoel. Wie verdere studie van het verschijnsel en daarmee verwante fenomenen ambieert, vindt een ingang in de literatuuropgave. De voorbeelden van ervaringen worden deels ontleend aan bestaande literatuur. Ontbreekt de bronvermelding, dan zijn de citaten van personen die mij persoonlijk bekend zijn. Zonder de openhartigheid van deze mensen zou minder verduidelijking mogelijk zijn geweest. Ook is dankbaar gebruik gemaakt van de opmerkingen en aanvullingen op de tekst en de literatuuropgave van de cardioloog Pim van Lommel en de psycholoog Ruud van Wees, mede-oprichters van de Stichting Merkawah (zie bijlage 4).

Dr. H. Romijn kon zich verenigen met mijn vereenvoudigde "vertaling" van zijn theorie (2.1.), waardoor het mogelijk was, het uitredingsfenomeen vanuit een ander perspectief te belichten. Ook hiervoor mijn dank.

Wellicht kan dit boekje voor gevestigde professionele hulpverleners ook iets betekenen, voor zover zij hun mening over dit, nu toch vaak aan de orde zijnde, onderwerp willen toetsen en eventueel bijstellen. Steeds meer durft men er openlijk over te spreken en dan is enig inzicht in de belevingswereld van de patiënt/cliënt een voorwaarde voor communicatie op gelijkwaardig niveau. Men kan zich er iets bij voorstellen, ongeacht de eigen mening en men zal minder de neiging hebben -wat in de praktijk toch voorkomt- het verhaal in de dossiers "fantasie" en "psychopathie" te doen verdwijnen.

Tot slot een praktische opmerking: Om voortdurende herhaling van voornaamwoordelijke aanduidingen als "hem/haar" en "hij/zij" te vermijden, is in het algemeen de mannelijke vorm gebruikt.

1.1 De klinische dood

Sterven is een proces. Als de bloeddruk en de ademhaling wegvallen, waardoor de zuurstoftoevoer naar de hersenen ophoudt, staat een mens op de drempel van de definitieve lichamelijke dood. In dit stadium, de klinische dood, ervaren mensen soms, onafhankelijk van leeftijd, geslacht, opleiding, godsdienst of cultuur, iets dat wordt aangeduid met de term "bijnadoodervaring" (verder afgekort met "BDE"). Wat dit voor de persoon zelf inhoudt, wordt in hoofdstuk 2 nader bekeken.

Hier bepalen we ons tot de constatering, dat verreweg de meeste mensen voortgaan in het stervensproces tot alle lichaamsfuncties zijn uitgevallen. De patiënt is overleden. Meestal is er dus geen weg terug. Toch zijn er situaties waarin dit wel het geval is. Hoewel we dan gauw denken aan geslaagde reanimaties, zijn er ook tal van gevallen bekend waarin mensen "spontaan" terugkeerden uit een extreem kritieke fysieke toestand, waarbij de vraag gesteld kan worden of de patiënt "klinisch dood" was in strikt medische zin of dat hij deze toestand zeer dicht benaderde.

Voor wie -al dan niet gereanimeerd- een BDE heeft gehad maakt dat weinig uit. Hij stond vlak voor het definitieve einde van dit leven en dan doen definities niet ter zake.

Onderzoek naar het vóórkomen van BDE's vindt in Nederland plaats op de afdelingen cardiologie. Daar is alle nodige meetapparatuur voorhanden, reanimaties kunnen daar op de meest verantwoorde en effectieve wijze worden toegepast en men heeft de gelegenheid de patiënt nader te observeren en in alle rust na het voorval van gedachten te wisselen om te achterhalen hoeveel van de gereanimeerden een BDE hadden en welke aspecten daarvan door hen gemeld worden.

Naast de reanimatiepatiënten zou men in ziekenhuizen evenzeer rekening moeten houden met de mogelijkheid van een BDE na een suïcidepoging, bij patiënten in een kritiek stadium tijdens ernstige ziekte, bij shock ten gevolge van ernstig bloedverlies, bij verbrandingen, bijna-verdrinking en bijna-verstikking (kinderen!), elektrocutie, enz. De tijdsduur van een eventueel doorgemaakte toestand van klinische dood is in veel gevallen niet te meten, bijvoorbeeld bij ongevalspatiënten van wie men niet weet, hoe lang zij in een toestand van bewusteloosheid hebben verkeerd.

1.2 Voorwaarden voor een BDE

Om te kunnen spreken van een BDE is een van de voorwaarden, zoals we zagen, het wegvallen van de zuurstoftoevoer naar de hersenen of meer algemeen: het verkeren in een levensbedreigende situatie. Er zijn echter omstandigheden waarin mensen een ervaring kunnen krijgen die sterk overeenkomt met een BDE of er identiek aan is, zonder dat men aan een medisch kritieke toestand moet denken. Ik noem er twee:

1. Iemand valt van een grote hoogte. Een dodelijke afloop van de val lijkt onvermijdelijk, maar doordat deze op het laatste moment wordt afgeremd, bijvoorbeeld door takken onderaan de afgrond, komt het slachtoffer er met verwondingen en/of botbreuken af. Toch melden ook deze mensen soms een spirituele ervaring die in niets afwijkt van (sommige fasen van) een BDE. Het is niet waarschijnlijk dat zo iemand onderweg klinisch dood is geweest hoewel bij gebrek aan registratie van gegevens niet met zekerheid kan worden bepaald, welke fysieke processen hebben plaats gehad.
2. Er zijn mensen die in diepe concentratie (meditatie, trance) in staat zijn, een buitenlichamelijke ervaring te bewerkstelligen. Zij zijn beslist niet klinisch dood en verkeren niet in een andere direct levensbedreigende toestand, maar hebben wel een zeer sterke geestelijke beheersing over het lichaam. Zij schakelen als het ware het dagbewustzijn uit.

Deze twee voorbeelden geven aanleiding tot de gedachte, dat de term BDE -afkomstig van de Amerikaanse arts Moody- een te beperkte aanduiding is voor het verschijnsel dat we gaan beschouwen. Ik denk dat de basisvoorwaarde is dat het normale bewustzijn tot zwijgen wordt gebracht en dat de toestand van klinische dood daartoe een van de "mogelijkheden" is. Laten we er wel voor oppassen, het verschijnsel geheel te medicaliseren en zeker terughoudend zijn in het zoeken naar "verklaringen" in medische, endocrinologische en farmacologische termen. De menselijke aspecten die daarmee worden aangeduid kunnen ieder voor zich wel bijdragen aan de bevordering van de toestand waarin een BDE ontstaat, maar voorwaarden zijn geen verklaringen.

In dit boek beperken we ons verder tot het BDE-verschijnsel, zoals het zich kan voordoen bij patiënten die een levensbedreigende situatie hebben overleefd. In de hulpverlening komt men tenslotte vrijwel uitsluitend in aanraking met deze mensen, die onverwacht en ongewild een of meer fasen, zoals die in het volgende hoofdstuk worden beschreven, hebben doorgemaakt.

2 De beleving van de BDE

In de volgende paragrafen wordt een poging gedaan, een totaalbeleving te analyseren. De volgorde waarin een aantal elementen uit de BDE aan de orde komt, is tamelijk willekeurig. Bovendien meldt niet iedere BDE'er al deze fasen.

Bij elke beschrijving moet men zich wel realiseren, dat het verwoorden van deze "piek-ervaring" slechts een vertaling is vanuit een dimensie die we hier en nu gewoonlijk niet ervaren. Daardoor is de essentie niet of nauwelijks over te dragen in woorden. Er wordt dus een beeld geschetst van de vorm waarin de BDE'er zijn beleving van een volgende dimensie in voor ons verstaanbare taal aangeeft. De diepte van de beleving zelf blijft een intieme privé-ervaring, een zeer persoonlijke confrontatie die levenslang -bewust of onbewust- doorwerkt.

De aanname van het bestaan van een of meer volgende dimensies is niet zo onlogisch als het op het eerste gezicht misschien lijkt. Wiskundig redenerend kan men stellen: een punt maakt integraal deel uit van een lijn, een lijn van plat vlak en een plat vlak van een stereometrische figuur. Waarom zou deze laatste figuur het einde van de werkelijkheid moeten zijn? Extrapolerend zou men zich kunnen indenken, dat onze drie-dimensionale wereld integraal deel uitmaakt van de volgende dimensie. Deze indruk krijgt men in ieder geval wel uit de verhalen van BDE'ers die in staat zijn, iets van hun ervaring weer te geven.

Mijns inziens drukt het woord "dimensie" hetzelfde uit als de termen "sfeer" of "hemel" als gesproken wordt over de andere zijnsorde waarvan mensen zich deel voelen uitmaken. De gebruikte terminologie is min of meer gebonden aan de levensbeschouwelijke achtergrond van de spreker of schrijver, maar de basisgedachte lijkt me dezelfde.

Tenslotte: wie wel eens in alle rust bij een stervende mocht zijn, kan het moment herkend hebben, waarop je het gevoel kreeg, dat er een soort rolverwisseling plaats vond. Hij gaf een woord of gebaar van troost aan de achterblijvende(n) of sprak een zegen uit. De zekerheid en de rust die in zo'n geval van de stervende uitgaan, haalt hij -althans volgens de hierboven geschetste gedachtengang- uit dezelfde sfeer (waarin hij definitief op zal gaan) als die waarin de BDE'er even mocht verkeren. Het sterfbedvisioen lijkt me dan ook nauw verwant aan de BDE.

2.1 Uittreding

Als het bewustzijnsprincipe buiten het lichaam geraakt, zegt het tot zichzelf: "Ben ik dood, of ben ik niet dood?" Het kan het niet vaststellen. Het ziet familie en bekenden zoals het gewend was, hen te zien. Het hoort zelfs het klagen.

Zo wordt in het Tibetaans Dodenboek (800 n.Chr.) de ervaring beschreven die opmerkelijk overeenkomt met de eerste fase van een BDE. Mensen die in een levensbedreigende situatie hebben verkeerd, vertellen vaak hoe ze min of meer verbaasd ontdekten, dat ze naar hun eigen lichaam keken vanuit een andere positie dan waar dat lichaam zich bevond. Ze zien de omstanders en hun reacties, ze horen wat er gezegd wordt en ze volgen de reanimatiepogingen met een merkwaardig gevoel, dat met het begrip "humor" het dichtst wordt benaderd. Ook wordt soms gemeld, dat ze de gevoelens en/of gedachten van de aanwezigen konden meevoelen of begrijpen.

Het zien van het eigen, schijnbaar dode, lichaam wordt wel benoemd met de term "autoscopie". Dit woord wordt in de psychiatrie echter ook gebezigd als synoniem voor "heautoscopie", een dualiteitsverschijnsel bij geestesstoornissen (Coëlho, Zakwoordenboek der geneeskunde).

Autoscopie tijdens klinische dood is van een geheel andere orde: de patiënt neemt de aardse omgeving waar zoals die zich in de werkelijkheid van het ogenblik voordoet en wel met een veel grotere helderheid en scherpte dan hij door middel van zijn zintuigen gewend was waar te nemen. Het gaat schillende, maar gelijkwaardige verschijningsvormen: een stoffelijke, objectief waarneembare en hierbij voornamelijk, wellicht uitsluitend, om de visuele en auditieve waarneming. In de eerste plaats valt dan op, dat eventuele afwijkingen aan gezichts- of gehoororganen, met inbegrip van blindheid en doofheid, geen rol meer spelen. Blinden "zien", doven "horen" en iemand met kleurenblindheid ziet kleuren. Beter lijkt het mij te zeggen, dat men tijdens een uittreding *waarneemt* op een wijze en via een weg die *geen belemmeringen* kent als gevolg van stoornissen in de fysieke zintuigen. Dr. Herms Romijn, wetenschappelijk onderzoeker aan het Nederlands Instituut voor Hersenonderzoek, geeft in zijn theoretische studie "Hersenen, Geest en Kosmos" een opmerkelijke visie op dergelijke verschijnselen door zijn theorie van het bestaan van een "submanifeste" zijnsorde.

Zeer sterk vereenvoudigd en beperkt tot ons onderwerp, komt deze visie erop neer, dat wat wij

waarnemen, stoffelijk/objectief de psychisch/subjectief, in oorsprong gelegen is in een andere, niet-waarneembare zijnsorde van energiestructuren. In zijn Stelling 4b wordt dit als volgt geformuleerd:

Iedere entiteit in de "stoffelijke" zijnsorde, dood of levend, kent ten minste twee vereen psychische, subjectief waarneembare, waarbij het ordeniveau van de stoffelijke manifestatie gelijk is aan die van de psychische manifestatie, omdat de een het spiegelbeeld van de ander is en beide facetten zijn van één en dezelfde submanifeste, energetische structuur.

Wellicht ervaart iemand wiens lichaam (klinisch) dood is, dat hij nu deel uitmaakt van en bewust leeft in de bedoelde "submanifeste zijnsorde". Hij neemt *direct* waar, in tegenstelling tot de wijze waarop wij in de stoffelijke zijnsorde de perceptie *via de zintuigen* waarneming noemen.

Het lijkt me verantwoord, het begrip "submanifeste zijnsorde" te beschouwen als een term die in wezen hetzelfde bedoelt als de eerder gebruikte term "volgende dimensie". De terminologie is afhankelijk van de uitgangspunten van de schrijver; de wijze waarop deze andere werkelijkheid *ervaren* wordt, onttrekt zich toch aan exacte verbale omschrijvingen.

Door het stoffelijk en psychisch waarneembare en meetbare als gelijkwaardige facetten van een energetische structuur te definiëren, geeft Dr. Romijn eigenlijk aan, dat ons eigen wezen (het "bewustzijnsprincipe" van het Tibetaans Dodenboek) deel uitmaakt van die andere zijnsvorm of "dimensie" zonder meteen te moeten denken aan onverklaarbare wonderen, als we het hebben over de uitredingservaring tijdens levensbedreigende situaties. Het verschijnsel is vanuit zijn optiek een logische consequentie van het dood-zijn van het stoffelijk lichaam.

Dat er aan onze zintuiglijke waarneming op andere wijze dan via de zintuigen iets van waarneming vooraf gaat, is in het dagelijks leven soms te ontdekken. Wie b.v. in een menigte één bepaalde persoon intensief volgt, zonder de aandacht naar de omgeving of andere mensen te laten afglijden, zal bemerken, dat in veel gevallen die persoon het gevoel krijgt dat hij begluurd wordt. Hij vindt de gluurder vaak wel en laat zijn ongenoegen blijken.

Ook het voorbeeld van een geheel blinde leraar die ondanks zijn handicap heel goed wist, wat er in de klas gebeurde ("alsof hij het zag"), wijst waarschijnlijk op een goed ontwikkeld vermogen, deze moeilijk omschrijfbare manier van waarnemen praktisch te gebruiken. (Overigens bleek deze mij bekende persoon ook buiten de school soms onverklaarbaar te "zien" wie er aan kwam, ook in situaties waarin een eventueel verhoogd ontwikkeld gehoor of reukvermogen geen compensatie voor het verloren gezichtsvermogen kon bieden).

Ook andere "intuïtieve" vormen van waarneming (zoals het gevoel, gevolgd te worden, maar ook het "voorzien" van zich plotseling wijzigende verkeerssituaties, waardoor iemand sneller dan je zou verwachten goed reageert) zouden kunnen wijzen op de juistheid van de bovenstaande bewering, dat aan de perceptie een "submanifeste" waarneming voorafgaat. Het is naar mijn opvatting deze submanifeste waarneming die iemand in een bijna-doodsituatie nu *direct* kan doen, zonder de tussenkomst van de fysieke zintuigen.

Deze gedachtengang kan wellicht helpen, iets te begrijpen van verslagen als die van een jongen die op elfjarige leeftijd werd gereanimeerd en in staat was, verifieerbare bijzonderheden te vermelden, zoals de kleur en de plaats van de instrumenten, het geslacht van de behandelende artsen en wat dezen zeiden (Morse, "Nader tot het Licht"):

Ik zag de artsen en verpleegsters die alles deden om me te redden. Mijn arts was er en Sandy, een van de verpleegsters. Ik hoorde haar zeggen: "Ik wou dat we dit niet hoefden te doen". Ik vroeg me af wat ze eigenlijk aan het doen waren. Eén van de artsen smeerde een soort gelei op mijn borst. Ik hoorde een arts zeggen: "Achteruit!" Toen drukte hij op een knop en plotseling was ik weer terug in mijn lichaam. Ongeveer een minuut had ik neergekeken op mijn eigen gezicht. Ik kon de bovenkant van de hoofden van de artsen zien. Nadat hij die knop had ingedrukt keek ik plotseling recht in het gezicht van een arts. Man, dat doet pijn. Het doet al pijn als je denkt hoeveel pijn het doet.

P. van der Eijk geeft in "Naar het hiernamaals en terug" het verslag weer van een beroepsmilitair die wegens hartritmestoornissen onder anesthesie gedefibrilleerd werd en daarbij een hartstilstand van 4½ minuut kreeg:

Ik werd me er ineens van bewust dat ik boven het voeteneind van de operatietafel zweefde en lag te kijken naar de drukte daar beneden rondom het lichaam van een mens. Al gauw realiseerde ik me dat het mijn eigen lichaam was. Ik zweefde daarboven dus, boven de lamp, maar daar kon ik dwars doorheen zien. Ik hoorde ook alles wat er gezegd werd. "Schiet dan toch op, verrekte klootzak", zo herinner ik me nog dat er geroepen werd. Wat nog vreemder

was: ik hoorde ze niet alleen praten, ik kende ook de gedachten van een ieder die daar rondliep, zo kwam het me voor. Het is allemaal heel spannend geweest, zo hoorde ik later, want het heeft vierenhalve minuut geduurd voordat ze mijn hart, dat plotseling stilstond, weer aan de gang kregen. Terwijl er vaak na drie, drieënhalve minuut al hersenschade optreedt door zuurstofgebrek. Ik hoorde de dokter ook zeggen dat hij dacht dat ik al dood was. Later heeft hij mij bevestigd dit gezegd te hebben en hij was stomverbaasd te horen dat ik dit verstaan had. Ik heb ze toen ook gezegd dat ze tijdens operaties op hun woorden moeten passen.

2.2 Vrije beweging

De uittreding kan beperkt blijven tot de in 2.1. beschreven autoscopische ervaring. De patiënt ziet zijn reanimatie vanuit een positie in de ruimte waar het lichaam verblijft en keert daar vervolgens in terug. Een tweede mogelijkheid is, dat hij zich afwendt van het schouwspel en tot de ontdekking komt, dat hij zich vrij in de ruimte kan bewegen. Soms wordt later door de patiënt beschreven, dat hij op een of andere manier bekleed was met een "fijnstoffelijk" kleding, soms ervaart men een lichaam te hebben dat "volmaakt" was, maar meestal heeft men moeite met het omschrijven van de gedaante of zijnsvorm waarin men zich kon verplaatsen.

Hoewel de ontdekking van de bewegingsvrijheid als verrassend wordt ervaren, is er in die toestand geen sprake van emotie, wel van een diep gevoel van vreugde en een zekere aandrift om met dit vermogen te gaan "experimenteren". Men verlaat het vertrek en is terstond op de plaats waar men wenst te zijn. De volgende persoonlijke ervaring vind ik daarvoor representatief:

Nadat ik mij ervan had vergewist dat de andere patiënten rustig sliepen en ik mij met een zekere afkeer van mijn "dode" lichaam had afgewend, leek het mij interessant, te proberen of ik nu gewoon naar de recreatieruimte kon komen om te kijken of de zuster haar belofte was nagekomen, niet alle stekkers van het tropisch aquarium los te koppelen. En meteen was ik op de bedoelde plaats. Alle stekkers waren uit de stopcontacten gehaald, zoals altijd.

Vervolgens begaf ik mij naar het venster op de gang, om te zien of alles buiten nog was, zoals ik het kende uit de tijd dat ik nog "lopend patiënt" was. Er was niets veranderd. Het gaf een heel bevrijdend gevoel, dat ik me weer "normaal" kon voelen, al werd het me al gauw duidelijk, dat dit slechts het begin was van veel verder gaande gebeurtenissen.

Dat stoffelijke barrières geen belemmering vormen voor de bewegingsvrijheid wordt in die toestand min of meer als normaal ervaren. Een BDE'er die zijn beleving van dit stadium later navertelt, kan daar achteraf nog wel degelijk verbaasd over zijn. Muren, gesloten deuren, het blijken geen belemmeringen te zijn geweest voor hen die zich bewust waren "dood" te zijn.

Niet iedereen schijnt zich echter direct te realiseren in welke zijnstoestand hij zich bevindt. Vooral bij plotselinge uittreding, zoals ten gevolge van een onvoorzien ongeval, heeft men nogal eens het idee, als toeschouwer aanwezig te zijn. De ontdekking, dat ook de aanwezigen geen barrière vormen (je lijkt dwars door ze heen te gaan en zij door jou!), brengt het ongevalsslachtoffer dan pas -ook door het zien van het eigen lichaam- op de gedachte, dat hij "dood" is. Dat wordt nog eens bevestigd doordat geen mens meer reageert op wat je ze probeert duidelijk te maken.

Ter illustratie volgt nu een deel van het verslag van een ziekenhuismedewerker:

Op 17 augustus 1978 ben ik, na een nachtdienst in het ziekenhuis gedraaid te hebben, aangereden door een vrachtwagen. De chauffeur heeft mij gelanceerd en in bewusteloze toestand laten liggen. Later bleek het een coma te zijn. Het eerste wat ik me daarvan weet te herinneren is dat ik een meter of vier, vijf boven mijn lichaam was. Ik zag dat iemand druk bezig was mijn helm van mijn hoofd te halen. Toen kwam de ambulance eraan, waarin ik naar het ziekenhuis werd gebracht. Maar zelf hing ik dus als het ware boven die ambulance, ik zweefde met de brancard mee. Het leuke was dat er twee mensen bij waren die ik 's nachts in het ziekenhuis ontvangen had toen ze een kraamvrouw kwamen brengen. Ik ging naar het ziekenhuis in Arnhem. Ik werd op een plaat gelegd, er werden foto's gemaakt. En men probeerde mijn contactlenzen eruit te halen, want dat had ik in mijn agenda staan. Dat lukte niet, dat zag ik. Ik gaf wel steeds aanwijzingen, maar er was niemand die luisterde. Op een gegeven moment is er een vriendin gewaarschuwd die die contactlenzen eruit gehaald heeft.

2.3 Nieuwe gewaarwordingen

De uittreding en de ontdekking dat men zich in een onstoffelijk lichaam vrij kan bewegen, terwijl men over een volmaakt lijkend visueel en auditief vermogen beschikt, zijn ervaringen die nog geheel refereren aan wat we op aarde gewend zijn mee te maken. Men is er nog helemaal "bij", zij het dat communicatie met de "levenden" niet mogelijk is.

Er komt echter een moment waarop men zich ervan bewust wordt, dat men is opgenomen in een andere dimensie. De aardse, materiële werkelijkheid blijft aanwezig, maar tegelijkertijd kunnen zich een aantal nieuwe gewaarwordingen aandienen:

- a. het gevoel, niet alleen te zijn, maar begeleid te worden;
- b. het "zien" (of inzien) van een idee achter het objectief zichtbare;
- c. het waarnemen van een (landschappelijke) achtergrond over de materiële werkelijkheid heen of in de plaats daarvan.

Toelichting:

- a) Iemand die alleen is (bijvoorbeeld tijdens een hartaanval thuis), kan desondanks het gevoel hebben dat er iemand aanwezig is die weliswaar niet te zien is, maar van wie toch een zekere geruststelling uitgaat; deze aanwezigheid wordt later soms beschreven als liefdevol en begrijpend, ook als inzichtgevend in de situatie waarin de stervende zich bevindt. Maar ook als zich wel mensen in de omgeving bevinden, zoals tijdens operaties, zou een gevoel van verlatenheid logisch zijn, als de patiënt merkt dat er geen contact meer mogelijk is. Toch heeft men zelden dat verlaten gevoel. Soms begint deze "begeleiding" al vóór de uittreding: Ik lag doodstil op mijn linkerzijde, omdat de minste beweging wellicht een nieuwe bloeding kon opleveren. Achter mij was de deuropening en blijkbaar was daar iemand door binnengekomen die me op mijn rechterschouder tikte. Ik reageerde niet en dacht: "Loop maar om, wie je ook bent." Toen ik weer werd aangeraakt, draaide ik toch voorzichtig mijn hoofd wat naar rechts, maar er was niemand. Intuïtief begreep ik de betekenis hiervan. Hoewel deze patiënt niemand "zag", voelde hij de aanwezigheid als begeleiding in zijn verdere bijnadoodervaring.
- b) Het komt voor dat iemand die zich vrij beweegt en daarbij min of meer onderzoekend te werk gaat, tot de ontdekking komt dat hij meer gaat (in)zien dan het voor onze stoffelijke ogen waarneembare. Zo zag iemand de oorspronkelijke bedoeling van een oud gebouw in: de ideaalvorm van de architect. Het is wellicht hetzelfde fenomeen als de "aura" die ook wel wordt vermeld door sommige BDE'ers zoals ze die rond mensen zagen tijdens hun uittreding en die sommige mensen hier ook blijken waar te kunnen nemen. (Kinderen tekenen vaak zonder daartoe aangezet te zijn kleuren om personen heen, zonder commentaar en als vanzelfsprekend).
- c) Het ontwaren van een landschap dat er in onze werkelijkheid niet is en dat over de bestaande situatie heentrekt, zou een verdergaande ontwikkeling van dit fenomeen kunnen zijn en wellicht een overgangsfase naar meer spirituele ervaringen die gaan volgen. ant langzaam laat men de verbondenheid met de aardse realiteit en richt men zich geheel op de nieuwe gewaarwordingen. Overigens moet de term "langzaam" hier niet al te letterlijk worden opgevat, want zoals later nog wordt besproken, is het begrip "tijd" niet van toepassing in de gebruikelijke betekenis van het woord. Tijd is een relatief begrip.

2.4 Ontmoetingen

In deze fase wordt vaak de scheiding van de materiële wereld ervaren als het passeren van een tunnel waarin men in de verte een schitterend, niet verblindend licht ziet. De beschrijving van de tunnel is nogal verschillend. De één zegt met hoge snelheid door een brede tunnel gegaan te zijn, de ander heeft het over een donkere koker die hij moeizaam doorkwam. Maar altijd wacht hen aan het eind een niet te beschrijven, lichte omgeving.

De kinderarts dr. Morse beschrijft in zijn boek "Nader tot het Licht" deze tunnelervaring van een baby van 9 maanden, waaruit blijkt dat BDE's geenszins aan leeftijd gebonden zijn. Het kind sprak voor het eerst over zijn ervaring toen hij op driejarige leeftijd teleurgesteld reageerde op de uitvoering van een kerstspel. Zijn vader vroeg hem om nadere uitleg, toen het kind opmerkte, dat "het zo helemaal niet was".

"Ik zag artsen en verpleegsters over me heen gebogen staan die me probeerden wakker te maken. Ik vloog uit de kamer en ging naar de wachtkamer waar ik opa en oma zag. Ze hielden en hielden elkaar vast. Ik denk dat ze dachten dat ik dood ging."

Daarna vertelde hij dat hij vervolgens door een lange, donkere tunnel omhoog was gekropen.

Het was moeilijk om te kruipen zonder een helpende hand. Maar toch lukte het hem. Door het heldere licht aan het eind van de tunnel bleef hij doorkruipen.

Hier ontmoet men vaak overledenen met wie men op aarde een relatie had. Meestal zullen dit familieleden en vrienden zijn, maar ook wordt melding gemaakt van ontmoetingen met personen van wie het overlijden nog niet bekend was en met mensen van wie men het bestaan (bewust) niet eens kende. Zo zijn er mensen die tijdens hun BDE voor het eerst kennismaakten met hun inmiddels gestorven biologische vader, wiens bestaan altijd voor hen verzwegen was en de Amerikaans-Zwitserse psychiater E. Kübler-Ross verhaalt in "Over de dood en het leven daarna" over de ervaring van een twaalfjarig meisje:

Het bijzondere was nu -afgezien van de ongelooflijke pracht en de eenvoudig fantastische overvloed aan licht en liefde die ons ook door de meeste anderen beschreven wordt-, dat haar broer bij haar was en haar vol liefde en tederheid in zijn armen had gesloten. Ze voegde eraan toe: "Maar het enige dat ik niet snap is dat ik helemaal geen broertje heb." Toen schoten haar vader de tranen in de ogen en hij moest haar bekennen dat ze wel degelijk een broer had gehad, maar dat die drie maanden voor haar geboorte was gestorven. Niemand had haar daarover ooit een woord gezegd. Begrijpt u waarom ik juist dit voorbeeld geef? Omdat veel mensen geneigd zijn te zeggen: "Nou ja, ze was immers nog niet dood. En natuurlijk denk je als je doodgaat aan je beminden en stel je je die heel concreet voor." Maar dit meisje kon zich haar broer helemaal niet voorgesteld hebben.

In de meeste gevallen ziet de BDE'er overleden familieleden als in de kracht van hun leven, ook al waren ze oud of invalide toen ze stierven. Toch worden jong gestorven kinderen vaak in de gedaante van het kind gezien, maar ook wel als jongeren die "gegroeid" zijn.

Een bijzondere ervaring, die ook goed verifieerbaar is, is die waarin men buiten het lichaam communiceert met iemand die elders zojuist is overleden. Zo wordt in de Amerikaanse literatuur melding gemaakt van ongevalsslachtoffers die bijkomend uit een coma met zekerheid weten dat een van de mede-inzittenden om het leven is gekomen. Pas nadat informatie is ingewonnen bij het andere ziekenhuis waarheen de betrokkene is vervoerd, kan dit bericht bevestigd worden. De arts Raymond Moody schrijft in "De Tunnel en het Licht" (na het verhaal van de patiënt gecheckt te hebben bij zijn collega's) over een man met een hartstilstand:

Ik verliet mijn lichaam, ging naar eenkamer en zag hoe ze daar beneden met me bezig waren. Plotseling bemerkte ik dat ik aan het praten was met mijn zus; zij was ook bij me daarboven. Ik was erg aan haar gehecht en we h hoek van de adden een geweldig gesprek over wat daar beneden gebeurde, totdat ze van me weg begon te glijden.

Ik wilde met haar meegaan, maar ze bleef maar zeggen dat ik moest blijven waar ik was. "Het is je tijd niet," zei ze. "Je kunt niet met me mee, omdat het je tijd niet is." Vervolgens verdween ze door een tunnel en ik bleef alleen achter.

Toen ik wakker werd, vertelde ik de arts dat mijn zus was overleden. Hij ontkende het, maar op mijn verzoek stuurde hij een verpleegster om te kijken of het waar was. Ze was inderdaad overleden, precies zoals ik al wist.

De zuster van deze patiënt bleek in een ander deel van hetzelfde ziekenhuis te zijn overleden in een diabetische coma.

2.5 Transcendentie

Als men onder transcendentie verstaat: dat wat het stoffelijke en zintuiglijke te boven gaat, zou men de hiervoor beschreven ervaringen transcendent kunnen noemen. Toch bleef het meeste nog omschrijfbaar in termen die herkenbaar zijn en ging het over fenomenen die nog sterk gebonden zijn aan de aardse werkelijkheid. Om die reden zou ik de term transcendentie willen reserveren voor de belevings sfeer waarin iemand tijdens een BDE ervaart wat niet meer in woorden is weer te geven. De verbinding en de overeenkomst met deze werkelijkheid lijkt nu vrijwel geheel over te gaan in een ander soort realiteit.

De beleving hiervan is alleen te duiden in abstracties als warmte, vrede en liefde. Vaak is er sprake van een vorm van herkenning; de indruk van "thuiskomen" overheerst in veel gevallen.

Dit wil echter niet zeggen, dat het onomschrijfbaar karakter van deze sfeer voor wie haar ingaat of aanschouwt vaag of dromerig zou zijn. Integendeel, voor de BDE'er heeft het een glashelder realiteitsgehalte dat ver uitstijgt boven de helderste beleving of waarneming in het dagelijks leven.

Maar hij kan de beleving niet echt "terugvertalen". Wellicht wordt dit bedoeld met wat de apostel Paulus schrijft in zijn 2^e brief aan de Corinthiërs:

Ik weet van een mens in Christus, veertien jaar is het geleden - of het in het lichaam was, weet ik niet, of dat het buiten het lichaam was, weet ik niet, God weet het - dat die persoon weggevoerd werd tot in de derde hemel. En ik weet van die persoon - of het in het lichaam of buiten het lichaam was, weet ik niet, God weet het- dat hij weggevoerd werd naar het paradijs en onuitsprekelijke woorden gehoord heeft, die het een mens niet geoorloofd is uit te spreken.

Ook hier kan een ontmoeting plaatsvinden, maar deze is van een verheven aard, waarover men soms slechts aarzelend iets durft mededelen. Later spreekt men wel van een "Wezen van Licht" of "een engel" of men benoemt de verschijning als iemand uit de eigen godsdienstige traditie of cultuur. Een kind -minder geremd dan de volwassene- praatte over "een man van Licht". Het algemene basisbeeld van deze ontmoeting is in alle gevallen gelijk: de ontmoeting met de personificatie van wat iemand als het wezenlijk goede of als de onvoorwaardelijke Liefde beleeft.

2.6 Levensfilm

"Ik zag mijn hele leven aan me voorbij gaan" hoort men vaak van mensen die een BDE hadden, maar ook van mensen die in een direct levensbedreigende situatie verkeerden, zonder een van de genoemde fasen van de BDE doorgemaakt te hebben.

De manier waarop men deze zogenaamde levensfilm ziet, lijkt nogal te verschillen per persoon. De één ziet het leven inderdaad in chronologische volgorde voorbijgaan, de ander juist in tegengestelde richting: van nu tot in de kindertijd. Maar ook het overzien van het leven in een panoramisch beeld of "hologram" wordt af en toe gemeld.

Het zien van de levensfilm wordt zelden als vrijblijvend beleefd. Vaak lijkt men zelf te ervaren wat men een ander heeft aangedaan, maar ook hoe de ander je ondersteuning of hulp heeft gevoeld.

In die zin wordt aan dit herbeleven de waarde van een "oordeel" gekoppeld, maar dan wel een oordeel dat door de persoon zelf gegeven wordt. Wel voelt men de nabijheid van het "Lichtwezen" dat als het ware het voorbije leven "toont", maar geen oordeel uitspreekt.

Dr. Raymond Moody schrijft hierover in "Leven na dit leven":

In de meeste gevallen wordt dus het conventionele denkbeeld van straf-of-beloning over het hiernamaals verworpen, zelfs door diegenen die gewoon waren in een dergelijke trant te denken. Ze ontdekten tot hun grote verbazing dat zelfs wanneer hun ogenschijnlijk slechtste en zondigste daden aan het wezen van licht geopenbaard werden, het wezen niet toornig reageerde, maar daarentegen vol begrip en zelfs met een zeker gevoel voor humor. Terwijl bijvoorbeeld een vrouw samen met het wezen terugblikte op haar leven, zag ze enkele scènes waarin ze zich niet liefderijk, doch zelfzuchtig had getoond. "En toch", zo zegt ze, "was zijn enige commentaar toen we bij die scènes aanlandden, dat ik ook dáárvan geleerd had."

De ware aard van de beleving van de levensfilm is van een geheel andere orde dan het zien van een bioscoop- of t.v.-film, wat door het bovenstaande misschien gesuggereerd wordt. Het karakter van de "film" wordt wellicht benaderd door te denken aan elkaar snel opvolgende "impulsen" waarin "zien" en "inzien" synoniem zijn en waarin elk inzicht onmiddellijk leidt tot de volgende impuls.

Dan kan het voorkomen, dat deze indrukken zich "over de tijd heen" uitbreiden tot een tijd die nog in het verschiet ligt. De BDE'er krijgt zicht op en inzicht in toekomstige gebeurtenissen of toestanden. Dat dit uitzonderlijk fenomeen niet impliceert dat "dus" alle gebeurtenissen vastliggen, blijkt uit hetzelfde boek van Moody, waarin hij beschrijft hoe iemand vóór een operatie uittreedt en door "een licht" wordt voorbereid op zijn naderend levenseinde. Hem wordt het bed getoond in de verkoevertkamer waarin hij na de operatie zal komen te liggen. "Maar", wordt hem erbij gezegd, "je zult uit die houding niet meer ontwaken." Na een periode van uiterste kalmte en vrede met wat er zou gaan komen, beseft hij dat zijn vrouw nu geconfronteerd zou worden met de opvoeding van een moeilijk opvoedbaar neefje voor wie zij de zorg op zich hadden genomen. Hij probeerde aanwijzingen op papier te zetten, maar naarmate het tot hem door ging dringen dat hij eigenlijk de enige was die reële invloed op de jongen kon uitoefenen, raakte hij in emotionele problemen. Zijn aanvaarding van de lichamelijke dood zou zijn vrouw voor enorme problemen plaatsen. Hij barstte in tranen uit. Op datzelfde moment voelde hij weer de aanwezigheid, ditmaal zonder licht te zien. Hij ving wel de gedachten of woorden op:

"Jack, waarom huil je? Ik dacht dat je graag bij me wilde zijn." Ik antwoordde: "Ja, dat is ook zo. Ik wil heel graag komen." En de stem zei: "Waarom huil je dan?"

De man legt dan de problemen met de neef uit, waarop het wezen vervolgt: "Omdat je iets voor een ander vraagt en aan anderen denkt, niet aan jezelf, zal ik aan je wensen tegemoetkomen. Je zult in leven blijven tot je je neef hebt zien opgroeien tot man."

Na de operatie ontwaakte de man inderdaad in hetzelfde bed in de verkoeverkamer dat hem enige dagen eerder tijdens de uittreding was getoond. Bovendien bleven alle aangekondigde complicaties uit en bleken alle voorzorgsmaatregelen (de patiënt leed aan ernstige aandoeningen van de luchtwegen) volkomen overbodig. De met name genoemde anesthesist zei: "Hier sta ik met alle apparatuur in gereedheid en hij heeft er niets van nodig."

2.7 Communicatie

Uit de vorige paragrafen blijkt, dat de BDE'er in zijn andere zijnstoestand "gesprekken" kan hebben met de ontmoetingen en het lichtwezen. Men moet zich daarbij echter geen gesprek in een taal voorstellen, zoals we hier met elkaar praten. Het gaat meer om een directe overdracht van gedachten waarbij ieder misverstand is uitgesloten. De natuurwetenschapper Emanuel Swedenborg (1688-1772) schrijft hierover:

De taaluiting van een engel of geest tegen een mens wordt door die mens even duidelijk gehoord als een taaluiting van de ene mens tegen de andere, doch omstanders horen niets; de reden hiervan is dat de taaluiting van een engel of geest rechtstreeks door de geest van de mens bij hem binnenvloeit....

Hoewel het intieme karakter van deze communicatie niet of nauwelijks is over te dragen, komt één aspect ervan met een zekere regelmaat terug in de verslagen van BDE'ers. Dit aspect zou men "het overleg" kunnen noemen. Eerder zagen we, dat iemand de boodschap kreeg dat het "zijn tijd nog niet was". In dat geval bleef het bij de mededeling. Maar minstens even vaak wordt gemeld dat iemand voor een keus kwam te staan. Er wordt een grens getoond en men ervaart dat men zelf kan beslissen, deze grens te overschrijden (en zo -naar men voelt- definitief te blijven in de daarachter liggende sfeer van licht) òf terug te keren naar het stoffelijk lichaam en de materiële wereld. Uit een persoonlijk verslag:

Bedoelde communicatie kwam erop neer, dat ik verder mocht gaan, waarbij de aandacht op het landschap achter de gebouwen werd gericht, òf terug kon keren naar de duistere zaal, waartoe mijn gedachten werden gericht op vrouw en nog heel jonge kinderen. Zij konden op dat moment niet weten wat mij overkwam. Het gevoel van liefde voor hen werd zo sterk, dat de keus al gemaakt was.

Nu ik dit gezien had, was teruggaan ook niet moeilijk meer. Ik wist nu, dat dit er altijd zal zijn en dat het "thuis" van warmte, veiligheid, geborgenheid en liefde heel reëel is.

Uiteraard komen dit soort verslagen uitsluitend van mensen die voor terugkeer hebben gekozen. Het is dus niet na te gaan, of ook de andere mogelijkheid vrij wordt gebruikt. De motieven die vóór terugkeer worden aangevoerd zijn altijd liefde en zorg voor de naaste familieleden en/of de drang om het anders en beter te doen in dit leven op grond van de ontvangen "boodschap". De vraag blijft dan, of dit echt een keuzemoment was. Voor onze benadering van de patiënt lijkt me dit overigens onbelangrijk.

2.8 De "negatieve" BDE

Niet alle verhalen over de BDE zijn even opgewekt en vreugdevol. Sombere of angstaanjagende ervaringen tijdens een levensbedreigende toestand worden van tijd tot tijd gemeld, meestal door volwassenen. Kinderen lijken hiervan zelden of nooit last te hebben. Ik meen dit in verband te mogen brengen met hun onbevangingheid en het niet bevooroordeeld zijn in zaken van leven en dood. De gegevens over als negatief beleefde ervaringen zijn in ieder geval schaarser en worden met nog meer terughoudendheid gegeven dan die van de hiervoor beschreven BDE's.

In de verschillende fasen die genoemd werden, lijken structureel weinig verschillen te bestaan tussen een positieve of een negatieve ervaring. Inhoudelijk zijn er duidelijke verschillen in beleving:

- a. angst en paniek in plaats van euforie;
- b. een tunnelervaring die wordt beleefd als volslagen duisternis;
- c. de "aanwezigheid" voelen als een kwaadaardige macht in plaats van als een bron van licht;
- d. het betreden van een omgeving van dreiging en chaos.

Hoewel iemand zo'n angstige ervaring moet doorleven, wordt hij er niet in opgenomen zoals men bij een "positieve" ervaring soms eenwording met het Licht - of tenminste de sensatie van "thuiskomen"-

voelt.

Toch staat "negatieve" in het opschrift tussen aanhalingstekens, omdat ook mensen met deze ervaring daar vaak een leerelement aan koppelen en tot veranderingen in hun levensbeschouwing komen. Zo vertelde een vrouw die ten gevolge van een suicidepoging in coma werd opgenomen en daarin een BDE had:

Mijn belagers uit mijn jeugd zijn overleden, maar de gevolgen van wat mij toen is aangedaan, kon en wilde ik niet meer dragen. Ik dacht aan alles een eind te kunnen maken door te springen. Daar stonden ze, allebei. Ze wenkten me, maar er bleef een kloof tussen ons. Het werd me opeens duidelijk, dat mijn daad de problemen op geen enkele manier had opgelost. Integendeel, ze bleven me volgen. Nu ik terug ben met een dwarslaesie, blijvend in een rolstoel en in een verzorgende omgeving, voel ik mij dicht bij God. Ik zie in, dat ik met mijn problemen hier op aarde klaar moet komen en dat ik moet leren vergeven. Van één voelde ik zijn aanwezigheid en zijn vraag om vergeving. Ik kon die nu van harte geven. Ik ben een ander mens geworden.

Zonder het te weten, verwoordde ze de aanbevelingen van Dr. Kübler-Ross, die er steeds op aandringt, klaar te komen met onafgemaakte zaken om, als de tijd daar is, onbezwaard afscheid te kunnen nemen van deze werkelijkheid.

Deze spirituele ervaring mag dan "negatief" genoemd worden, de uitwerking is minstens even spectaculair als bij de positieve BDE. Overigens trad in dit geval ook (eerst?) een uittreding op die in niets verschilt van de in 2.1. genoemde verslagen. Ze volgde met kennis van zaken (ze is verpleegkundige) haar operatie en stelde daar later enkele vragen over aan de chirurg. Deze beantwoordde ze duidelijk en afdoende, maar het kwam blijkbaar niet in hem op, haar te vragen hoe ze bepaalde details van de operatie kon weten. Van haar kant voelde ze geen behoefte, hem dit mee te delen; ze begreep intuïtief, dat haar verhaal niet zou aanslaan.

Dit voorbeeld toont nog eens aan, hoe belangrijk het kan zijn voor een echte communicatie tussen hulpverlener en patiënt, als men op de hoogte is van het bestaan van de BDE. De uitspraken van deze patiënt zouden in dit geval bij de arts aan meer gerefereerd hebben dan alleen aan zijn vakkennis. Hij zou alert zijn geweest op de mogelijkheid van een buitenzintuiglijke waarneming door een verdiepte en verruimde beroepshouding. Laten we er overigens wel voor waken, alle angsten die patiënten in kritieke situaties kunnen hebben, als negatieve bijnadoodervaringen aan te merken. Criterium blijft, dat het bewustzijn in alle helderheid en met verhoogd inzicht in eigen identiteit de gebeurtenissen doorleeft, terwijl het lichaam in diep coma of in toestand van klinische dood verkeert. Met andere woorden: het bewustzijn wordt verruimd doordat het fysieke lichaam en de materiële omgeving zonder restrictie worden losgelaten.

Is dit niet het geval en houdt de persoon sterk of krampachtig vast, uit angst voor verlies van wat hij als enige werkelijkheid en houvast ziet, of door het inzicht, dat essentiële taken niet zijn uitgevoerd of door een zelfgezochte dood worden ontlopen, dan zou de zich aandienende andere bestaansvorm als sterk bedreigend kunnen worden ervaren. De angst die daardoor wordt opgeroepen, zou het bewustzijn kunnen vernauwen: het wordt als het ware geconcentreerd op de "unfinished business".

Hoewel het bovenstaande het karakter heeft van een verklaring, is de enige bedoeling de gedachten over de negatieve ervaring enigszins te ordenen. Wat de wezenlijke betekenis van een BDE voor iemand persoonlijk is, positief of negatief, kan die persoon alleen voor zichzelf intuïtief vatten. Verklaringen vanuit esoterische en godsdienstige opvattingen passen niet in het kader van dit boek. Eenmaal in woorden uitgedrukt, geven ook die trouwens slechts beelden weer, zoals die door de schrijver worden gezien. Objectiviteit lijkt me hier vrijwel uitgesloten.

3 Terugkeer

Wie, al dan niet door reanimatie, uit een toestand van klinische dood terugkomt in de dagelijkse realiteit, zal een reactie vertonen die wordt bepaald door de wijze waarop de periode van bewusteloosheid wordt ervaren. Hierbij kunnen we er vanuit gaan, dat verreweg de meeste mensen in die tijd niets hebben beleefd. Zij hebben althans niets te melden, noch spontaan, noch bij navraag. Was de oorzaak van hun kritieke toestand bijvoorbeeld een hartinfarct, dan zal de angst voor herhaling

en voor de dood een overheersend gevoel zijn. Bij mensen met een sterk geloofsleven zal de angst wellicht minder overheersen, maar dan is er geen sprake van een veranderde levenshouding: zij waren vóór de gebeurtenis ook al vol vertrouwen, meestal zonder concrete voorstelling van wat hen na de dood wacht.

In de volgende paragrafen richten we de aandacht alleen op de mensen die wel een ervaring meemaakten. Hierbij moeten we wel bedenken, dat lang niet iedereen die een BDE had, meteen met een verhaal komt. Niet alleen is de toestand van de patiënt meestal zodanig, dat communicatie nauwelijks mogelijk is, vaak zal de patiënt zelf tijd nodig hebben om de ervaring voor zichzelf te plaatsen. Dan realiseren ze zich dikwijls, dat praten over de ervaring wel eens verkeerd zou kunnen vallen. Immers, voordien zouden ze vaak zelf ongelovig en bezorgd gereageerd hebben op iemand die iets bovennatuurlijks als een reëel gebeuren zou vertellen?

In dit hoofdstuk wordt gepoogd, de beleving en de gevolgen van de terugkeer aan te geven.

3.1 Lichamelijke beleving

De beschrijvingen van de terugkeer in het lichaam, zoals dit fysiek wordt beleefd, zijn bepaald niet eensluidend:

- * Ik was er opeens weer, ik weet niet hoe.
- * Ik draaide als in een draaikolk (of spiraal) via mijn hoofd naar binnen.
- * Ik werd teruggezogen in mijn lichaam.

Opmerkelijk is, dat "ik" in deze omschrijvingen als een zelfstandigheid ten opzichte van het lichaam wordt beschreven: "ik" en "mijn hoofd", "ik" en "mijn lichaam".

Pijn, jeuk en andere fysieke ellende zijn weer terug, nog vaak uitgebreid met de pijn veroorzaakt door de (gevolgen van de) reanimatie. De mate van acceptatie hiervan en de wijze waarop men met de fysieke toestand omgaat, kunnen echter wezenlijk verschillen van het gedrag van vóór de BDE (wat voor de opmerkelijke observator een aanwijzing kan zijn).

Wellicht identificeert men na een BDE het lichaam minder met wie men is. Het lichaam wordt dan meer gezien als het "voertuig" dat kwetsbaar is, dat in zo goed mogelijke staat moet verkeren, om mij (het "ik") te laten functioneren en waar ik ook de zorg voor heb. Dat laatste brengt dan ook een stuk eigen verantwoordelijkheid voor dat lichaam mee.

Het lichaam is dus nog steeds belangrijk, maar op een andere manier dan voorheen. Meestal wordt daar door de patiënt weinig over gezegd. Maar de veranderde houding tegenover de behandeling kan wel veelzeggend zijn.

- * De meest fundamentele angst (die voor de dood) is weg. Angst voor pijnlijke behandelingen is van een andere orde. Deze is te duiden en reëel. Angst voor de dood is angst voor het vergaan van het "ik" vanuit de stelling "Ik *ben* een lichaam". De BDE'er zal eerder stellen dat hij een lichaam *heeft*. Hij vormt daarmee een eenheid in het hier en nu, maar weet tevens dat hij zelf na het overlijden in een andere zijnstoestand blijft bestaan.
- * Het is mogelijk, dat de patiënt met een BDE zich met meer vertrouwen dan voorheen overgeeft aan de behandeling. Hij relativeert de ernst van de medische toestand, niet uit onverschilligheid, maar vanuit een niet uitgesproken "weten", dat hij het leven niet voor niets heeft teruggekregen. Bovendien voelt hij het als een zekerheid dat elke afloop "goed" is. Ook als deze zou eindigen in de dood, heeft zijn tijdelijke terugkeer toch een betekenis gehad.
- * Een andere mogelijkheid is, dat de patiënt die zich eerst geheel als onwetende leek aan de arts had overgegeven, zich nu intensief bezighoudt met alles wat met zijn lichaam te maken heeft. Onder 3.4.b gaan we daar nader op in.

3.2 Psychische beleving

"Ik zag, hoe ze die twee platen op mijn borst zetten en met een klap was ik weer terug. Maar wat deed dat pijn! Nee, dan bedoel ik niet eens de lichamelijke pijn, maar de geestelijke", zei iemand na defibrillatie. Terug te moeten uit een toestand, waarin deze patiënt de wonderlijkste reis van zijn leven gemaakt had, was voor hem moeilijk te verdragen. Pijnlijk is voor hem het trefwoord.

Zo gezien is het niet verwonderlijk, dat meer mensen na reanimatie zich in eerste instantie niet bepaald dankbaar tonen. Kinderen kunnen hierin heel direct zijn ("Had me maar "daar" gelaten"). Volwassenen zullen zich wellicht wat meer inhouden, al is de eerste reactie soms ook afwijzend. Enige kennis over

het bestaan van BDE's zou voorkomen kunnen hebben, dat een hartchirurg zich zo diep beledigd voelde, toen een patiënt die na een urenlange operatie bijkwam, zei: "U had al die moeite niet hoeven doen, ik was er beter aan toe dan nu." Als deze chirurg de moeite had genomen, de patiënt later nog eens op te zoeken, had hij waarschijnlijk gemerkt, dat de patiënt achteraf wel dankbaar was. Een ander gevolg van een BDE is, dat men de materiële wereld als onwerkelijk beleeft, althans in de eerste fase na de BDE. Alles doet zo primitief aan: de moeite die je moet doen om je te verplaatsen, de woorden die je moet zoeken, om een gedachte uit te drukken, het onbegrip van anderen en de inspanningen om het lichaam in stand te houden en te verzorgen. Het heeft iets weg van een vertraagd afgedraaide saaie film.

Langzamerhand groeit het besef, dat er een goede reden moet zijn, waarom men zich in deze taaie brij zal moeten voortbewegen: men ziet een taak, een opdracht in de wereld. Dit wetend gaat men er dan ook met alle mogelijkheden die men nog (of weer) heeft tegenaan. De BDE'er gaat niet "zweven", maar zal zijn taak serieus uitvoeren, echter wel in het (meestal onuitgesproken) besef dat achter de bezigheden hier een onzienlijke wereld schuilgaat die uitgaat boven wat wij nuttig en nodig oordelen. Men ziet de aardse activiteiten ingebed in dat grotere geheel en meet nut en noodzaak vaak niet meer af in termen van financiële winst of verlies, maar aan de mate van dienstbaarheid aan de medemens.

3.3 Veranderingen

Wie de in de vorige hoofdstukken beschreven ervaringen een beetje heeft kunnen invoelen, begrijpt dat de BDE'er nooit meer "de oude" kan worden. Op een of andere manier ziet hij het leven hier altijd vanuit een ander perspectief. Dat moet wel gevolgen hebben voor zijn uiterlijke gedragingen. Enkele kenmerken:

- a. geen angst meer voor de stoffelijke dood;
- b. mede daardoor ook een andere houding tegenover de medische toestand;
- c. sterke relativering van materiële behoeften;
- d. minder gevoelig voor macht, status en uiterlijkheden;
- e. andere inzichten in intermenselijke verhoudingen;
- f. andere inzichten in geloofs- en levensvragen.

Voor de persoon zelf zijn deze veranderingen vaak tot op zekere hoogte bevrijdend. De andere kant van de zaak is, dat hij moeite zal doen, niet te veel uit de toon te vallen in zijn leefmilieu. Want de omgeving kan al te duidelijke -en vooral plotselinge- veranderingen maar moeilijk accepteren. De gevolgen daarvan zien we in 3.4.

We moeten ons geen overdreven voorstelling maken van de positieve uitwerking van bovengenoemde innerlijke veranderingen; de BDE'er is geen engel geworden die louter goedheid en liefde om zich heen verspreidt. Integendeel: hij moet proberen in het reine te komen met zijn puur menselijke eigenschappen als karakter, emoties, aangeleerde normen en waarden (die immers vaak niet meer stroken met wat hij innerlijk weet) alvorens hij een nieuw evenwicht kan vinden.

Het inzicht in de samenhang van onze wereld met een volgende dimensie blijkt alleen fragmentarisch overdraagbaar en de verwoording is afhankelijk van de mate van intelligentie. En die beperkt onze mogelijkheden meer dan we daarvoor gedacht hadden. "Ik weet alleen nog dat ik toen wist".

Soms is een BDE'er zo vrij tegenover zichzelf komen staan, dat verborgen, latente, eigenschappen de ruimte krijgen, zich te ontwikkelen. Hiermee worden gaven bedoeld waarmee men mensen kan helpen bij genezing van ziekten en kwalen, maar ook een mate van helderzien, helderhoren enz., vaak samengevat onder de noemer "paranormaal". Hoewel de betrokkene zelf die gave ervaart als normaal behorend tot zijn wezen (maar tot dan toe onderdrukt onder de heersende moraal), is dit een sterk vervreemdend element binnen de veranderingsverschijnselen.

Onder 3.2. wordt in de laatste alinea al aangegeven, dat de BDE'er zijn visie op de dagelijkse werkzaamheden bewust of onbewust laat beïnvloeden door de kennis van het onzienlijke. Hij meet nut en noodzaak van zijn activiteiten meer af aan de mate van "dienstbaarheid", stelde ik daar.

Hier is tegenin te brengen, dat deze ontwikkeling zich bij veel mensen die geen bijzondere ervaringen hebben meegemaakt ook voordoet. Wie een beetje nadenkt over zijn of haar verantwoordelijkheden in de wereld en het empathisch vermogen niet geheel heeft onderdrukt, zal zich reeds vanzelf of door de lessen van het leven inzetten voor de medemens, zonder zich in de eerste plaats door financiële of andere materiële overwegingen te laten leiden.

Het verschil zit echter vaak in de plotselinge doorbraak van dit besef. "Dienstbaarheid" betekent in dit verband niet zoiets als onderdanigheid. Integendeel, vanaf de plaats waar men in de maatschappij gesteld is, zal men kritischer dan voorheen steeds de vraag "waartoe?" stellen. Binnen een starre,

bureaucratische organisatie kan dat knap lastig worden; de BDE'er legt zich niet meer neer bij opgelegde patronen. Hij wil inzicht in het doel van zijn handelen, omdat hij de verantwoordelijkheid voor zijn daden niet meer kan en wil verschuilen achter een systeem.

De ontdekking dat iemands werkzaamheden niet stroken met de eigen (her)beleefde innerlijke doelen in dit leven, leiden dan tot een breuk met dat werk en tot een heroriëntatie op de arbeidsmogelijkheden, vaak zonder het doel, zich te nestelen in een bepaalde functie, wel gericht op zelfontplooiing, dat is leren optimaal gebruik te maken van aanwezige, latente, eigenschappen, om zodoende zelfbewust en evenwichtig voor eigen verantwoordelijkheid in de wereld te staan. En dat kan op elk maatschappelijk niveau zijn.

Een ander opvallend gevolg van de "sprongmutatie" in het bewustwordingsproces zien we in de vorm van vervreemding van de partner. Ook geen ongewoon verschijnsel in het dagelijks leven, maar ook nu weer plotseling, onverwacht. De indruk bestaat dat na BDE's relatief veel echtscheidingen voorkomen. Deze breuk ontstaat bijvoorbeeld als de BDE'er volgens een totaal ander patroon van normen en waarden gaat leven of tot het inzicht komt, tot dan toe als de schaduw van de partner geleefd te hebben ("de vrouw of de man van de professor").

3.4 Gevolgen voor de omgeving

We hebben nu enkele veranderingsaspecten bekeken vanuit de beleving van iemand met een BDE. Maar welke gevolgen hebben de kenmerken a t/m f van paragraaf 3.3. nu voor zijn leefomgeving?

- a De overtuiging dat het bestaan zich op een of andere manier voortzet na het overlijden, mag dan voor de persoon zelf de angst voor de dood hebben weggenomen, voor de gezinsleden of partner is daar vooralsnog geen sprake van. Zij hebben zojuist meegemaakt dat iemand zomaar kan sterven, wat de kwetsbaarheid van het leven voor hen nog eens sterk heeft onderstreept. Vooral als de BDE'er met een ondertoon van heimwee over die bijna-doodsituatie spreekt, kan dat zelfs de indruk wekken, dat hij er voortijdig uit wil stappen. Ook de mogelijkheid van een hersenbeschadiging wordt overwogen. Pas als in een openhartige verhouding langzamerhand inzicht ontstaat in de beleving van de huisgenoot, kan deze angst worden weggenomen. Alleen al hierom is het goed als werkers in de gezondheidszorg op de hoogte zijn van het verschijnsel en de familie daarover kunnen inlichten.
- b Voor artsen en verpleegkundigen, maar ook weer voor de familie, kan een relativerende houding van de patiënt ten opzichte van zijn ziekte de indruk wekken, dat hij niet meer wil "vechten" om beter te worden. Onder 3.1. zijn enkele mogelijke achtergronden van gedragsveranderingen genoemd. Maar dat was vanuit de patiënt gezien. Toch zou ook de buitenwereld kunnen beseffen, dat juist die minder gespannen houding, het wegvallen van de fundamentele angst (voor de dood) en het toegenomen vertrouwen in de behandeling het genezingsproces eerder kunnen bevorderen dan remmen. De verandering is geen vorm van gelatenheid. Soms zal de patiënt zich zelfs intensiever met de behandeling bemoeien, alleen nu niet vanuit de angst dat er iets mis zal gaan, maar vanuit een sterke betrokkenheid op het wel en wee van het lichaam als voertuig van zijn persoonlijkheid en zijn bewustzijn en misschien ook wel (al kan de arts daar met zijn kennis weinig mee aanvangen) vanuit een soort innerlijk weten over de aard van de ziekte. De intuïtie voor wat goed is voor het lichaam en wat niet, kan sterk verhoogd zijn en de drempel om deze intuïtie te laten spreken, navenant verlaagd. In die gevallen zouden behandelaars de inbreng van de patiënt minstens mee moeten durven nemen in hun oordeel over de toestand van de patiënt.
- c Materiële behoeften worden vaak in een ander licht gezien. Dit uit zich meestal niet in een ascetische levenswijze waarbij men zich afkeert van de wereld. Ook het minderwaardig achten van de wereld door deze te zien als schijnwerkelijkheid, komen we in de westerse cultuur niet zo gauw tegen. De BDE'er voegt zich anders dan voorheen in de materiële omstandigheden waarin hij verkeert. Verkeert hij op dit moment in welstand, dan scheidt dat voor hem de verplichting daar gebruik van te maken om betere voorwaarden tot geestelijke groei te creëren, voor zichzelf en voor anderen. Tegelijkertijd is hij zich ervan bewust, dat deze materiële welstand van tijdelijke aard is; hij zal zich daar echter minder zorgen over maken dan in onze maatschappij gebruikelijk is. Hij zal niet ten koste van alles en anderen trachten vast te houden wat hij heeft en minder geneigd zijn, alle beschikbare tijd te offeren aan het "staan op de rechten" die zijn

financiële positie waarborgen.

Strookt deze relativiserende levenshouding niet met de gewoonten in het eigen leefmilieu, dan ontstaat een probleem. Een zekere soberheid, waarbij over alles naar het nut en de zin wordt gevraagd, kan als afwijkend gedrag worden afgewezen. Het gevolg is isolement en tenslotte een breuk met het milieu.

In een gezin waarin het hele leven draait om voldoende voedsel en andere fundamentele levensbehoeften, kan de BDE'er met zijn neiging tot "groeibehoeften" (Maslow) evenzeer in een isolement komen. Het overstijgen van de dagelijkse zorgen en zelfs het aanvaarden van de situatie van het "nu" is dermate vreemd aan het milieu, dat men op z'n minst deze ontwikkeling zorgelijk gadeslaat. Maar ook dan kan een breuk volgen als gevolg van de "wereldvreemde" instelling van de huisgenoot.

Kortom, de BDE'er moet zoeken naar een nieuw evenwicht in het leefmilieu of ermee breken. Met deze fase wordt men in het ziekenhuis niet meer geconfronteerd. Extramuraal hulpverleners kunnen deze problematiek wel verwachten. Dan is het zinvol dat men weet heeft van de belevingswereld van de cliënt en dat men die ook voluit durft betrekken in de begeleiding.

- d Iemand die zo diepgaand met zijn wezenlijke "zelf" is geconfronteerd en daarin alles wat hem aan de wereld bond, heeft moeten loslaten, heeft daarna vaak de neiging, alles wat met status en uiterlijke vormgeving te maken heeft, als tamelijk potsierlijk te beschouwen. Hij heeft er minder of geen behoefte aan, zich te verschuilen achter een muur van macht, ontleend aan kennis of aan bezit. Wel zal hij streven naar het verwerven van meer kennis: men pakt vaak een nieuwe studie op en toont daarin dikwijls een behoorlijke vasthoudendheid. Kennis wordt beschouwd als middel tot zelfontplooiing en staat tevens in dienst van het werk en de samenleving waar men deel van uitmaakt.

Maar evenals we deze ontwikkeling en de motivatie daartoe in het leefmilieu soms zagen stranden, kan een nuchtere houding van "zichzelf zijn" niet passen binnen een bepaalde bedrijfscultuur, waar status en uiterlijke vormen integraal deel uitmaken van het totale beleid. Dan wordt de BDE'er een vreemde eend in de bijt en als "onaangepast" uitgerangeerd.

- e Verhoudingen tussen mensen worden gezien in het licht van verbondenheid via de geestelijke wereld. Het is hier niet de plaats om in te gaan op wat dit eenvoudige zinnetje impliceert, maar het resultaat is dat men ontmoetingen met mensen niet meer als puur toeval kan zien, maar als een leermoment in het leven. Alles heeft een doel, in ieder contact zit een uitdaging.

Als de BDE evenwichtig verwerkt is en het stadium van het willen "uitdragen" is gepasseerd, zal men steeds meer tot de erkenning komen, dat de werkelijkheidsbeleving van de ander bij hem of haar hoort op dit moment en dat iemands mening, vanuit zijn of haar standpunt gezien, niet hoeft te worden aangevallen. Naarmate dit inzicht zich verder ontwikkelt, zal de tolerantie ten opzichte van anderen toenemen.

Dit betekent tevens dat de BDE'er steeds minder de behoefte voelt, gelijk te willen hebben in onverschillig welke kwestie dan ook. Gelijk hebben is als zoveel dingen op de wereld, van relatief belang. Deze houding botst echter met het verwachtingspatroon van de gemiddelde uitdager. Rationeel als we zijn opgevoed, verwachten we meestal, dat we gelijk of ongelijk krijgen. We gaan toch uit van één werkelijkheid waarin we over van alles een oordeel moeten hebben. "Dat is jouw beleving en vandaar uit zou je wel gelijk kunnen hebben" vinden we geen antwoord. Maar misschien is dat antwoord juist de hoogste erkenning van de eigenheid van de ander. Jammer genoeg zal deze dit niet gauw zo ervaren.

- f In 2.6 zagen we een citaat van Moody over hoe iemand tijdens de levensfilm het inzicht in zijn daden krijgt. In dit citaat geeft Moody al aan, dat de beleving van de BDE'er niet hoeft te stroken met zijn levensbeschouwelijke ideeën. Vele malen horen we dat mensen na een BDE hun hele houding ten aanzien van een op leerstellingen gebouwd geloof herzien. De bijbel wordt met andere ogen gelezen en een diep gevoel van persoonlijke verantwoordelijkheid neemt de plaats in van dogmatisch, verstandelijk redeneren over geloofszaken. We zien dan een verdieping van het beleden geloof in meer spirituele zin of een radicale breuk met de kerk waartoe men behoort, om zich te richten op vormen die harmoniëren met wat men innerlijk weet/voelt. Soms is ook de behoefte aan vormen van geloofsbeleving geheel verdwenen, omdat iemand geheel leeft in de verbondenheid met wat hij als "de geestelijke wereld" aanduidt. Ook bij BDE'ers die geen geloofsovertuiging hadden zien we verschuivingen in hun mening over de wereld van de geest. Dit hoeft niet meteen met begrippen als "kerk" en "geloof" in

verband gebracht te worden, al zien we wel BDE'ers die nu juist vormen en rituelen zoeken die refereren aan hun onverwachte en nooit bedachte ervaring.

Dit soort veranderingen in geloofs- en levensovertuigingen worden binnen de godsdienstige of ideologische gemeenschap waartoe de BDE'er behoort, niet altijd gewaardeerd of gerespecteerd. Hoe minder tolerantie bepaalde groeperingen kunnen opbrengen met betrekking tot de uitleg van hun leer, hoe groter de kans dat de BDE'er als een afgedwaalde wordt beschouwd en dienovereenkomstig wordt benaderd. Zo hoorde ik ooit van een vrouw die na een suïcidepoging vertelde inzicht in haar leven te hebben gekregen tijdens een BDE, dat haar door de mensen van haar kerk (van een behoudend soort) werd toegevoegd, dat "God zelfmoordenaars zo iets moois niet kan toebedelen". Daarentegen werd in een ander kerkgenootschap de ervaring van iemand die (eveneens ten gevolge van een poging tot zelfdoding) een BDE had gehad, met vreugde ontvangen.

Ik beperk me hier tot de christelijke of op het christendom geënte westerse levensbeschouwing, ter illustratie van de bewering dat de mate van acceptatie door de kringen waartoe iemand zich rekent, afhangt van de collectief aanvaarde blik op de werkelijkheid. Maakt iemand zich dan los van deze levenshouding door de ervaring, dan veroorzaakt dat onrust; de fundamenteën blijken minder stabiel dan men aannam. Het lijkt me waarschijnlijk, dat ook in andere culturen en godsdiensten BDE'ers met soortgelijke ervaringen geconfronteerd worden.

4 Beroepshouding

De beschrijving van ervaringen en gevoelens van mensen met een BDE, zoals die in de vorige hoofdstukken werd gegeven, zijn niet bedoeld om beroepsbeoefenaren te beïnvloeden op het gebied van hun persoonlijke levensovertuiging. Ze geven slechts weer, wat door de patiënt met een BDE wordt gemeld. Waar men na lezing wel van overtuigd mag zijn, is het feit dat BDE's voorkomen en dat ze voor de BDE'er van een werkelijkheidsgehalte zijn die de ons bekende realiteit overstijgt. Het lijkt me van groot psychologisch belang deze ervaring voor de patiënt volledig te laten staan voor wat ze is en deze te respecteren, ongeacht de eigen opvattingen over vragen met betrekking tot leven en dood. Dit is het uitgangspunt voor een nadere bezinning op de beroepshouding bij confrontatie met iemand die (zojuist of lang geleden) een BDE heeft gehad. Hierbij doet zich een probleem voor waarmee vooral pastores, psychiaters en psychologen te maken kunnen krijgen, namelijk dat lang niet alle buitenzintuiglijke ervaringen typische BDE's zijn. Nu de BDE meer in de publiciteit komt, het begrip duidelijker omschreven wordt en een *naam* heeft gekregen, worden vaker ervaringen gemeld die geheel buiten het bestek van dit boek vallen als waren het BDE's. Werkers in de intramurale gezondheidszorg lopen de meeste kans op aanraking met mensen met een "zuivere" BDE, omdat die nu eenmaal nauw verbonden is met de fysieke toestand van de patiënt.

De volgende paragrafen zijn dan ook wellicht wat meer toegespitst op deze beroepsgroepen, wat niet wegneemt dat ook anderen er aanknopingspunten in kunnen vinden.

4.1 Herkenning

Wat moeten we nu in de praktijk van de hulpverlening met dit verschijnsel aan? Ook al spreekt de beschrijving van wat een BDE inhoudt aan en al begrijpen we iets van de verre gaande gevolgen ervan voor de betrokkene en zijn omgeving, hoe kun je weten, of een patiënt in de toestand van bewusteloosheid iets heeft meegemaakt en hoe reageer je daarop?

Het gemakkelijkst zou zijn, als iedere gereanimeerde patiënt direct zou meedelen: "Ik heb een BDE gehad!" Maar we weten inmiddels, dat de enkeling die dat deed, de kous op de kop kon krijgen. De meesten beseffen dat wel en zwijgen. Het onderzoek van de Stichting Merkawah (bijlage 4) leert, dat een gerichte vraag bij de patiënt vaak overkomt als een opluchting; er is iemand die het niet gek vindt. Is er iets te melden, dan komt er ook wat. Zo niet, dan denkt de patiënt daar waarschijnlijk niet verder over na. Misschien vindt hij de vragensteller een beetje gek, maar wat hindert dat?

Toch kan men uit sommige kenmerken voorzichtig iets opmaken, althans rekening houden met de mogelijkheid van een BDE, zoals:

- * De "ondankbare" reanimatiepatiënt.
- * De rust die uitgaat van iemand die vóór de periode van klinische dood erg angstig was.
- * Indirecte uitspraken of vragen over geloofszaken.
- * Uitspraken over gebeurtenissen tijdens de bewusteloosheid, die de patiënt onmogelijk fysiek heeft kunnen waarnemen (heel belangrijk).
- * Een merkwaardig soort "uitstraling" zoals die voordien niet was op te merken. Wie daar een zekere gevoeligheid voor heeft, zou zich daardoor moeten durven laten leiden, om minstens de mogelijkheid van een BDE te overwegen.

Een andere kenmerkende uitingsvorm is (vooral bij kinderen) het tekenen van "Licht", van vliegende dieren (vlinders worden als symbolen van het voortgaande leven na de dood gezien) en van "geboorte en dood" (waarbij "geboorte" soms als een donkere en "dood" als een fel gekleurde gebeurtenis wordt getekend).

Maar herkenning is niet volgens schema aan te leren. Hoofdzaak zal toch zijn, dat de hulpverlener de mogelijkheid van een BDE opneemt in zijn/haar pakket van observatie-attenties, op dezelfde manier als waarop de observatie van bepaalde symptomen de gedachten in eerste instantie leiden naar onderzoek op een vermoedelijke aandoening.

4.2 Erkenning

Na de herkenning volgt de reactie: weglopen of er op een of andere manier op ingaan, de erkenning dus.

Er zijn in de hulpverlening in ruime zin veel beroepsbeoefenaars die er voor zijn opgeleid, te luisteren. Ik denk aan maatschappelijk werkers, aan psychologen, psychiaters en geestelijk verzorgers, maar als het goed is, ook aan mensen die als "leken" in het pastoraat werkzaam zijn. Luisteren heeft bij artsen en verpleegkundigen als beroepshouding toch een wat andere inhoud, meer gericht op het vinden van aanwijzingen die tot een diagnose kunnen leiden dan op het luisteren als instrument op zichzelf.

Toch is actief luisteren als eerste opvang voor iemand die iets over zijn BDE kwijt wil, een heel goed middel om hem zijn gedachten en gevoelens te laten ordenen. Actief luisteren is iets anders dan aanhoren. Het is je trachten te verplaatsen in dat wat verteld wordt en dit in jezelf volkomen serieus nemen, ook als je zelf heel andere denkbeelden hebt over wat zo'n beleving inhoudt. Vergelijk het met de tijdelijke identificatie met de hoofdpersoon in een film: je weet dat je iemand anders bent, maar voor de duur van de film kun je je in hem "verplaatsen".

Je mag niet van iedereen verwachten, dat hij zich in iedere situatie volledig kan inleven, nog afgezien van de praktische (on)mogelijkheid op het meest onverwachte moment tijd vrij te maken. Het belangrijkste is dan, te zorgen voor een andere vorm van aandacht en dat ook duidelijk aan de patiënt kenbaar te maken. Geef angst of afkeer nooit de ruimte in jezelf, maar handel vanuit wie je bent. Eerlijkheid wint het van toneelspel en het wordt denkelijk meer op prijs gesteld als je iemand in alle rust zegt, dat je nu geen tijd hebt, of dat jij daar niet tegen kunt, maar dat je een ander zult vragen, langs te komen. Kinderartsen en verpleegkundigen op kinderafdelingen zouden andere, hogere eisen aan zichzelf moeten stellen. Uitstel of verwijzing zullen door het kind sneller als afwijzing worden gevoeld. De kans dat het dichtklapt als men niet direct inspeelt op de communicatiebehoefte van het moment, is zo groot, dat uitstel of verwijzing niet verantwoord zijn. In 4.4 worden de gevolgen van een mislukte eerste contactpoging nader beschouwd.

Maar ook erkenning is net zo min volgens schema aan te leren als herkenning. Handelen vanuit stevig zelfvertrouwen en gericht op het belang van de patiënt is - als in zoveel andere situaties - het beste.

Wie een BDE is gaan zien als iets dat in principe iedereen kan overkomen, ziet het niet meer als iets vreemds, maar als algemeen menselijk en kan er nuchter over praten.

Praten is niet de enige vorm van erkenning. Een gemeente blik van verstandhouding kan een heleboel betekenen. Een slogan voor de manier waarop je zo'n patiënt benadert zou kunnen zijn: "Ken jezelf en blijf jezelf". Afwijzing zou wel eens kunnen voortkomen uit eigen angst en onzekerheid; aan zelfkennis werkt men een leven lang.

4.3 Verwijzen

Eigenlijk is het gebruik van het woord "verwijzen" hier een beetje gevaarlijk. De bijnadoodervaring mag dan het gevolg zijn van een ziekte of een trauma (of van de medische behandeling zelf), het is geen medisch te benoemen afwijking, maar een uitbreiding van de belevingswereld van de persoon in

kwestie. Met "verwijzen" wordt hier dan ook meer bedoeld: het geven van een aanwijzing in de richting van integratie van de ervaring in het leven van de BDE'er en zijn omgeving.

Dit soort verwijzing kan al plaatsvinden in het ziekenhuis naar iemand van wie bekend is, dat hij/zij daar met empathie op in kan en durft gaan, ongeacht de discipline. Men verwijst immers niet naar een specialist, maar naar iemand die niet vreemd tegenover deze dingen staat op grond van levensbeschouwing of uit eigen ervaring. Dat kan natuurlijk een psycholoog of een geestelijk verzorger zijn, maar net zo goed iemand van een andere dienst. Want in dit geval blijkt de persoonlijke attitude van de gesprekspartner van veel meer belang te zijn dan de wetenschappelijke vorming. Ook zou de angst, om iemand van buiten de instelling binnen te halen, minder groot kunnen worden, vooropgesteld dat men wel iets van die persoon zou moeten weten. Overigens kunnen volwassen patiënten zelf wel uitmaken, of ze na eerste kennismaking iets zien in zo'n persoon of niet. Bij kinderen ligt dat uiteraard iets gecompliceerder, zie 4.4.

Bij ontslag uit het ziekenhuis of tijdens langdurige opname zou verwezen kunnen worden naar de Stichting Merkawah (zie bijlage 4).

Ook het aanraden van literatuur over het onderwerp kan rustgevend werken (bibliotherapie). Want nogmaals: het gaat niet om een ziektebeeld, maar om een aspect van het leven waarover de betrokkene meer wil weten.

Deze "verwijzingsmogelijkheden" zijn echter wel bedoeld als vervolg op de eerste ontmoeting. Het blijft van belang, dat iedere hulpverlener vanuit een begripvolle houding de patiënt benadert.

Het zou heel goed zijn, als er binnen elk ziekenhuis duidelijke afspraken zouden zijn over de wijze waarop men bij een (vermoedelijke) BDE te werk gaat. Eén vertrouwenspersoon in of buiten het huis die in voorkomende gevallen wordt ingeschakeld na de eerste signalering. Hiermee zou de patiënt en zijn familie wellicht een langdurige zoektocht bespaard kunnen worden.

Op bijlage 2 wordt summier aangeduid, hoe ik mij het maken van zulke afspraken voorstel. Het gaat hierbij meer om de achterliggende gedachte dan om de concrete vormgeving. Bovendien is het idee gebaseerd op eigen praktijkervaring m.b.t. besluitvorming en deze verschilt nu eenmaal per instelling.

4.4 Speciale aandacht voor kinderen

In principe is er geen verschil tussen de ervaring van kinderen en die van volwassenen. De beleving ervan zou echter wel eens spontaan kunnen zijn. Ik ga uit van de aanname dat kinderen dicht bij hun "herkomst" als geestelijk wezen staan en dat de herkenning, die we ook bij volwassenen al zagen, nog directer en onbevangener plaatsvindt.

Deze aanname is uiteraard voor discussie vatbaar, maar of men deze aanvaardt of bestrijdt, voor de wijze waarop men ingaat op een BDE bij kinderen mag dat geen verschil maken. Het kind verkeert in een afhankelijkheidssituatie ten opzichte van de volwassene en in de klinische context zijn dat er nogal wat! Artsen, verpleegkundigen, (spel)therapeuten en de ouders die op hun beurt vaak een afhankelijkheidsverhouding voelen tot die deskundigen.

Het bevestigen van het kind in zijn realiteitsbeleving van de BDE is dan ook van het hoogste pedagogische belang. Iedere poging, deze ervaring te relativieren, zal het kind schaden. Voor zichzelf wéét het, dat wat het heeft meegemaakt ècht was; dat praat niemand het uit zijn hoofd. Maar het ziet ook in, dat het onbegonnen werk is, tegenover volwassenen die kennelijk niet begrijpen willen wat het kind wil overbrengen, in de verdediging te gaan.

In plaats van onbevangen te vertellen en te tekenen, zal het op een of andere manier afweergedrag gaan vertonen op basis van onmachtgevoelens tegenover de onwetende, maar o zo indringende volwassenen.

En dan is er een probleem geschapen; het kind is moeilijk opvoedbaar geworden en moet in behandeling. Psychologen, kinderpsychiaters en orthopedagogen kunnen worden ingeschakeld, maar of deze achter de werkelijke oorzaak van het probleemgedrag komen, is in hoge mate afhankelijk van de vraag, of er iemand bij is die de BDE als uitgangspunt neemt en de hier geschetste weg tot het probleem herkent.

Hopelijk is deze theoretische schets geen weergave van de praktijk, maar ondenkbaar is het niet. In wezen gaat het om niets anders dan de problematiek van het niet-geaccepteerd worden, zoals we die op andere gebieden in de orthopedagogiek ook tegenkomen. De BDE mag dus niet geduid worden als de oorzaak van gedragsverandering, ook niet de veronderstelde hersenbeschadiging die als gevolg van het trauma of het ziekteproces waar alles mee begon een hanteerbaar uitgangspunt lijkt, maar de wijze waarop de omgeving in eerste instantie reageerde op de spontane uitingen van het kind.

Maar hoe dan wel?

In de eerste plaats zullen de ouders van een kind dat in een toestand van klinische dood heeft verkeerd (al was het maar enkele seconden b.v. tijdens anesthesie of bij fibrillatie tijdens hartcatheterisatie) of van wie men kan aannemen dat het in zo'n toestand verkeerd kan hebben (bijna-verdrinking, bijna-verstikking en dergelijke) over dit medisch gegeven moeten worden ingelicht. Daaraan gekoppeld zou de mogelijkheid van een ervaring, in welke vorm dan ook, genoemd kunnen worden, zoals ook andere gevolgen van het gebeurde worden uitgelegd.

Doorslaggevend is, dat wie deze voorlichting geeft, zelf goed doordrongen is van de heldere werkelijkheidsbeleving van het kind en dat ook op de ouders overbrengt. Benaderen de ouders later het kind niet vanuit die overtuiging, maar hebben ze in het achterhoofd de gedachte dat het kind een soort droom of hallucinatie had, dan vallen ze bij het kind even snel door de mand als bij een regelrechte afwijzing. Kinderen voelen meestal feilloos aan, of ouders volkomen eerlijk spreken of dat zij toneelspelen, nog afgezien van de waarschijnlijkheid dat kinderen die een BDE hebben beleefd, verhoogd sensitief geworden zijn voor dit soort communicatie.

Vervolgens is het van even groot belang dat ziekenhuismedewerkers de gevoelsuitingen van het kind na zo'n kritieke situatie mede vanuit de hier beschreven optiek observeren en durven interpreteren. Deze gevoelsuitingen kunnen bestaan uit de eerder genoemde "kwaadheid en ondankbaarheid", uit tekeningen zoals onder 4.1. genoemd (Licht, vlinders en vogels, geboorte en dood, ook overleden oma's, opa's of anderen) en uit uitspraken, rechtstreeks over de ervaring of door middel van vragen en opmerkingen die "te wijs" aandoen voor de kalenderleeftijd van het kind.

Het is daarom van groot belang dat naast de gebruikelijke deskundigen ook de speltherapeuten, die op kinderafdelingen toch vaak het dichtst bij het kind staan, enig inzicht hebben in de aard van wat we een bijna doodervaring noemen en dat juist zij niet over allerlei uitingen van het kind heenlopen, of uit onbekendheid met het fenomeen, of uit angst voor het niet-alledaagse.

Tenslotte: het is een groot misverstand te denken dat BDE's bij kinderen niet zouden voorkomen bij gebrek aan referentiekader (nog geen culturele of godsdienstige vorming) of omdat een korte hartstilstand te weinig tijd zou laten voor zo iets. BDE's kunnen iedereen vanaf de geboorte overkomen (wellicht bij heel jonge kinderen gemakkelijker dan bij ouderen) en tijd is een begrip dat in deze situaties alle betekenis verliest (zie 5.2).

4.5 Reanimatie nader beschouwd

In paragraaf 2.7 (Communicatie) werd aangegeven, hoe iemand met een BDE kan ervaren, dat hij mag kiezen voor terugkeer of zonder meer terugverwezen wordt naar het lichaam. Gezien vanuit deze beleving, voor de BDE'er een reële keuze of een onontkoombare terugverwijzing, kan de vraag rijzen, of reanimatie dan wel zo beslissend is voor die terugkeer. Zeker komen mensen uit een toestand van klinische dood spontaan terug. Meestal zal dit het geval zijn bij bijna-verdrinking, verbloedingen, elektrocutie en dergelijke. Bij acute hartstilstand lijkt het echter onwaarschijnlijk dat iemand zonder onmiddellijke reanimatie nog tot leven kan komen. Beslissend zou in deze gevallen dus zijn, of er op deskundige wijze wordt gereanimeerd of niet. Nu lijkt het me weinig nuttig te discussiëren over de vraag of reanimatie wel zin heeft als de beslissing over terugkeer op een voor ons ongrijpbaar geestelijk niveau wordt genomen. Iedereen die op verantwoorde wijze kan reanimeren, zal dat mijns inziens *in acute situaties* altijd moeten doen. (De kans op succesvolle reanimatie is op hartbewakingsafdelingen $\pm 80\%$, op andere afdelingen van het ziekenhuis $\pm 45\%$ en op straat $\pm 20\%$, maar uiteindelijk sterft nog 15-25% van de mensen in het ziekenhuis na een geslaagde reanimatie.) Wel kunnen we de functie van de reanimatie min of meer relativeren. Zo zou het beter te accepteren zijn dat lang niet elke reanimatiepoging het beoogde succes heeft, als we de onbewijsbare, maar voor de patiënt reële, factor van het keuzemoment laten meespreken. Vanuit die optiek is een niet-geslaagde reanimatie zeker geen kwestie van "medisch falen", maar een onontkoombare gebeurtenis die aanvaard moet worden. Men heeft gedaan wat nodig en mogelijk was van onze kant gezien, maar of onze pogingen ook functioneel waren in de werkelijkheidsbeleving van de patiënt, is niet te controleren.

Reanimaties lukken vaker niet dan wel en hun uitvoering brengt het nodige technische geweld met zich mee. Lukt de reanimatie niet, dan kan een stervensproces ernstig zijn verstoord zonder dat daar iets positiefs tegenover staat. Bovendien is de dood voor lang niet alle mensen iets waartegen met alle macht moet worden gestreden. Kortom, soms is het beter maar helemaal niet te reanimeren. De vraag die dan natuurlijk rijst is "wanneer niet?"

In zijn dissertatie "Beslissen om niet te reanimeren" wordt deze vraag gesteld en beantwoord door de

voormalig IC-arts J.J.M. van Delden.

Uitvoerig komen de medische en ethische implicaties van deze vraag aan de orde in het onderzoek van Van Delden, waarbij de wens van de patiënt zo veel mogelijk centraal staat. Het gaat dan voornamelijk om patiënten bij wie de noodzaak tot (herhaalde) reanimatie te voorzien is. Dan kunnen we eigenlijk niet meer spreken van acute situaties.

Hoewel de wens van de patiënt in het algemeen niet zo zeer voortkomt uit medische overwegingen, is een goede en eerlijke voorlichting over de medische toestand en de prognose belangrijk, zodat hij deze mee kan laten wegen in zijn besluitvorming. De uiteindelijke motivatie voor de wens, in voorkomende gevallen niet (meer) te reanimeren, zal -denk ik- minder op rationele dan op gevoelsmatige gronden berusten.

(5 Deze gevoelsmatige gronden vinden hun oorsprong -bewust of onbewust- in die diepere lagen van het menselijk bestaan die bij de naderende dood zo essentieel blijken te zijn, dat ze bij de gereanimeerde BDE'er zelfs bewerkstelligen dat hij ervan overtuigd is, dat de beslissing om terug te keren niet in de eerste plaats ligt bij het wel of niet lukken van de reanimatie, maar bij het "overleg" dat hij buiten het dagbewustzijn had. Van zijn kant gezien was de reanimatiepoging het *middel* om die beslissing gestalte te geven. In die zelfde visie is de "mislukte" reanimatie wel een poging om de beslissing om *niet* terug te keren, ongedaan te maken en daarmee inderdaad een ernstige verstoring van het stervensproces. Zo kan achter de aangehaalde alinea van Van Delden een extra dimensie gezien worden.

Dit slaat een brug naar een vaak verzwegen vorm van "reanimatie" die een grote betekenis kan hebben voor gelovigen: het gebed. Voor wie niet vertrouwd is met de betekenis daarvan, is enige toelichting hier wellicht op z'n plaats. De bedoeling van het volgende is slechts, enig idee te geven over de achtergronden van sommige patiënten en hun familieleden in crisissituaties en zeker niet om de lezer in zijn of haar persoonlijke levensovertuiging te beïnvloeden.

Om te beginnen breng ik de motieven in herinnering op grond waarvan men in het "overleg" (2.7.) kiest voor terugkeer uit de bijna-doodtoestand naar het lichaam, zoals de gedachte aan kinderen voor wie gezorgd moet worden. Je zou kunnen zeggen, dat van de liefde voor de achterblijvers een sterke kracht uitgaat die in die toestand als een trekkende kracht wordt gevoeld.

Deze trekkende kracht kan door mensen die daarop durven vertrouwen in zekere zin worden geconcretiseerd in een vorm die past bij hun zienswijze. Als de - al dan niet hoorbare - roep die van de achterblijvenden uitgaat, wordt ingegeven door onvoorwaardelijke liefde voor de stervende, kan dit de wens tot terugkeer versterken en deze realiseren. Voor mensen met een kerkelijke achtergrond zal de vormgeving al gauw bestaan in het bekende "gebed". Bestaat dat slechts uit het uitspreken van woorden zonder de hier genoemde intentie, dan kan het misschien nog wel betekenis hebben voor wie die woorden uitspreekt, maar het is niet het "gebed" waaruit de kracht voortkomt die hier bedoeld werd.

Ik denk dat niet de vormgeving van doorslaggevende betekenis is, maar de *intentie* waarmee een handeling (i.c. het gebed) wordt uitgevoerd. Een gebed moet niet gezien worden als een magische handeling waarmee men een hogere macht zou kunnen dwingen een proces tot staan te brengen, maar als een van de vormen waarin men de onberedeneerbare interactie tussen gedachten en menselijke geest (en de "geestelijke wereld") als houvast kan beleven. Een vrouw die haar man door een hartstilstand getroffen ziet worden en uit de grond van haar hart roept: "Jan, kom terug!" bidt zo gezien evenzeer. Ook kunt u allerlei andere vormen van "spirituele interactie" tegenkomen, die we dan wel niet het predikaat "gebed" toekennen, maar die met dezelfde positieve intentie kunnen worden uitgevoerd en waarvan een "reanimerende kracht" kan uitgaan.

Dat deze kracht geen pure fictie is, maar soms zo sterk kan zijn als een fysiek uitgevoerde reanimatie, moge blijken uit een relaas dat Dr. Moody in "Leven na dit leven" weergeeft. Bijzonderheid hierbij is dat het effect van het gebed hier doet denken aan dat van de "mislukte" reanimatie. Als de achterblijvenden niet beseffen dat een stervende uiteindelijk ook moet kunnen worden losgelaten, kan het dwingende karakter van het gebed ook verstrend werken op het stervensproces:

Ik was bij mijn bejaarde tante tijdens haar laatste, slepende ziekte. Ik zorgde een beetje voor haar en al die tijd bad iedereen in de familie voor een spoedig herstel van haar gezondheid. Haar ademhaling stokte verscheidene malen, maar ze werd telkens weer teruggehaald. Uiteindelijk keek ze me op een dag aan en ze sprak: "Joan, ik ben er geweest, in het hiernamaals en het is er verrukkelijk. Ik wil er blijven, maar dat lukt me niet zolang jullie bidden om me bij jullie te houden. Jullie gebeden houden me hier vast. Bid toch alsjeblieft niet meer." We hielden er allemaal mee op en kort daarna stierf ze.

Bezinning op de BDE

Uit al het vorenstaande hebben we als onontkoombaar kunnen vaststellen, dat er mensen zijn die op de rand van wat wij leven en dood noemen, een buitengewone ervaring hadden die zij als werkelijkheid beleefden.

We hebben geconcludeerd, dat een hulpverlener deze ervaring dient te respecteren door de realiteitsbeleving van de patient/cliënt als uitgangspunt te nemen in zijn/haar contacten.

Om deze twee punten draait de bedoeling van dit boek. Dat neemt niet weg dat het verschijnsel zelf bij de hulpverlener meer vragen kan oproepen dan er antwoorden te geven zijn. Die antwoorden zal men in dit boek ook niet vinden. Ik denk trouwens, dat er geen algemene antwoorden bestaan op vragen die voortkomen uit de persoonlijke werkelijkheidsbeleving van ieder afzonderlijk. Want we realiseren ons meestal niet, dat het begrip "werkelijkheid" subjectief is, hoewel ons van kinds af aan wordt voorgehouden, dat er maar één objectieve werkelijkheid zou bestaan. Op latere leeftijd worden we ons ervan bewust, dat die objectieve realiteit in wezen de subjectieve beleving van onze opvoeders was. Dan gaan we onze eigen werkelijkheid creëren.

Daarin zoeken we dan naar nieuwe zekerheden en leggen die vast in stellingen en dogma's, waarvan we op onze beurt weer vinden dat we die aan het nageslacht dienen over te dragen als vaststaande realiteit. Tot we soms tot de ontdekking komen, dat niets zo vast staat als het moeten leven met de zekerheid van het ongewisse. Ja, dat dit zelfs de voorwaarde is voor een voluit bewust leven. Iedere verworven zekerheid op het juiste moment weer durven loslaten om ruimte te krijgen voor nieuwe ontwikkeling behoedt ons voor verstarring. En verstarring is in mijn belevingswereld de echte (geestelijke) dood.

Wie op het punt staat alles en iedereen, zelfs zijn eigen lichaam, te verliezen, wordt zich dit (soms op het laatste ogenblik pas) bewust en maakt dan ruimte voor nieuwe gewaarwordingen.

In de volgende paragrafen worden enkele onderwerpen aangestipt die de gedachten kunnen bepalen tot de relativiteit van ons zoeken naar zekerheden, om te ontdekken dat het altijd ook anders kan zijn.

5.1 Interpretaties

We hebben geleerd dat verschijnselen van welke aard dan ook, uit onderzoek verklaard dienen te worden en dat de betekenis ervan duidelijk en liefst algemeen geldend moet zijn. De BDE lijkt mij echter door geen enkele wetenschap te claimen als exclusief deelgebied. Men kan begeleidende factoren beschrijven en kwantitatief onderzoek verrichten (hoe vaak komt BDE voor en welke elementen uit de ervaring worden door de BDE'er genoemd), maar het gaat te ver, deze beschrijvingen tot verklaring te verheffen.

Het beschrijven van waarneembare factoren bij mensen in levensbedreigende situaties beperkt zich uit de aard van de zaak tot dat wat binnen de kaders van de wetenschap met het verstand is te beredeneren. Een BDE gaat over de grenzen van het normale weten heen, ook voor de persoon die het treft. Dàt hij over die grenzen heen kan komen, houdt naar mijn mening verband met het gegeven dat hij, door welke externe factoren dan ook, het ordenende en naar logische verbanden zoekende vermogen van de hersenen durft loslaten en daardoor de diepere lagen van zichzelf ontmoet in een verruimde vorm van bewustzijn (naar *zijn* ervaring), terwijl hij -schijnbaar paradoxaal- in een toestand van bewusteloosheid verkeert (naar *onze* waarneming). Dit brengt mij tot de gedachte, dat de uiterste voorwaarde voor het optreden van een BDE is, dat het denkvermogen grotendeels of geheel wordt uitgeschakeld, voor zover dit aan de hersenen gebonden is, en dat daarmee de ruimte wordt geboden aan een nieuw soort denkkader dat zich aan onze logische ordeningen onttrekt. Daar ligt dan de grens van ons weten. Ook dit is slechts een idee, een produkt van verstandsgebonden denken en dus voor tegenspraak vatbaar. Het *verklaart* bovendien niets. Maar het is de vraag, of alles *verklaard* dient te worden.

Zo komen we bij de *betekenis* van de BDE. Hierover kan men tot in het oneindige van mening blijven verschillen. Ik denk, dat de betekenis voor de betrokkene in ieder geval bestaat in de zin die hij er zelf aan geeft. Als er één algemene, maar essentiële, betekenis aan de BDE gehecht zou kunnen worden, is het dat we erdoor kunnen leren dat wat we "de" werkelijkheid noemen, slechts (een aspect van) "een" werkelijkheid is. Niet alleen onze gebondenheid aan materiële en fysieke verworvenheden moeten we uiteindelijk loslaten, maar ook het vaak grenzeloze vertrouwen in het verstand, de ratio die alles wil ontsluit, maar daardoor ook kan ontluisteren. Maar ook dit is een interpretatie.

5.2 Tijd en ruimte

"Tijd bestaat niet" beweren BDE'ers vaak na hun "tijdloze" ervaring. Het is ook moeilijk voor te stellen, hoe iemand in zeer korte tijd -naar aards begrip- een heel leven herbeleeft en vaak ook nog het hier en nu meebeleeft (zoals de eigen operatie, het ongeval). Tijd zie ik als een van de meetinstrumenten waarmee we ons in de stoffelijke wereld moeten oriënteren, zoals we hebben leren leven met maten en gewichten. Tijd is dus wel reëel, maar alleen relevant, zolang we ons leven hier ordenend indelen.

Tijdsbeleving is per persoon en per situatie al heel verschillend. Vijf minuten bij de tandarts duren voor sommige mensen "langer" dan een leuke avond met vrienden. Daarin proeven we al iets van de betrekkelijkheid van het begrip "tijd".

Wie zijn BDE onder woorden tracht te brengen, doet dit uiteraard door de tijdloze totaalbeleving te ordenen en in dagelijkse termen te "vertalen". Het brein tracht het ondeelbare te delen door de beleving als het ware in stukjes te knippen en een plaats in de tijd te geven, zodat het verhaal voor ons verstaanbaar wordt. Door sommige van die beschrijvingen is bij mij wel eens de indruk gewekt, dat men op het kritieke moment even los was van de binding met onze tijd en, om het beeldend uit te drukken, door een "gat in de tijd" terugblikte op het verleden, inclusief de aanleiding tot de BDE. Deze gedachte wordt versterkt doordat het ook voorkomt, dat iemand een voorschouw meldt: hij voorziet belangrijke gebeurtenissen in zijn toekomst. Zo beschrijft de arts/ psychiater George Ritchie hoe hij tijdens zijn BDE in 1943 steden te zien kreeg die hij veel later zou bezoeken en daarin zelfs de weg zou blijken te weten. Maar ook eenvoudiger toekomstbeelden worden van tijd tot tijd gemeld (zie ook 2.6). Het lijkt, dat men soms in een soort helicopterview oorzaken en gevolgen in hun samenhang helderder ziet dan we in het dagelijks leven voor mogelijk houden, een zuivere vorm van "helderzien". Zo wordt ook "ruimte" ervaren als gebonden aan ons fysiek waarnemingsvermogen met als oriëntatiemiddel het metriek stelsel. In een volgende dimensie is het "er zijn" essentieel, niet plaatsgebonden.

Kortom, de BDE'er ervaart de betekenis van begrippen als tijd en ruimte als van relatieve waarde: noodzakelijk voor het leven hier, tegelijkertijd beperkend in communicatie- en belevingsmogelijkheden. Wellicht is het besef dat deze beperkingen bij de lichamelijke dood worden opgeheven, een van de elementen die de angst voor de dood wegnemen.

5.3 Relatie BDE en sterfbedvisioen

Waarschijnlijk is het sterfbedvisioen bekender dan de bijnadoodervaring. Hiermee is niet gezegd, dat de moderne westerse mens er dus beter mee zou kunnen omgaan. Extatische uitroepen van patiënten worden nogal eens als "onrust" aangemerkt en de onzekerheid of angst bij de hulpverlener wordt dan "weggespoten" met verdovende middelen, niet bij de arts of de verpleegkundige, maar bij de stervende patiënt. De rust is weergekeerd.

In "Nader tot het Licht" haalt de kinderarts Melvin Morse de Franse historicus Ph. Ariès aan die de gewoonten rond het sterven in oude tijden beschrijft.

Volgens Ariès gebeurde het dikwijls dat de stervende persoon visioenen had van God en ontmoetingen met overleden vrienden en familieleden. Hij vertelde zijn familie dan hierover. Hoe anders is het sterven tegenwoordig. Patiënten die sterfbedvisioenen hebben, worden voor "angst" behandeld met verdovende middelen en valium. Deze wissen het kortetermijngeheugen en maken het patiënten onmogelijk om zich de visioenen of bijnadoodervaringen die ze hadden, te herinneren.

Wat de stervende te zeggen heeft, komt sterk overeen met de mededelingen van BDE'ers. Een situationeel verschil is, dat tijdens een sterfbedvisioen contact met de buitenwereld mogelijk is. De stervende lijkt in een toestand van dubbel bewustzijn (zowel dagbewustzijn als visionair bewustzijn) te verkeren. Opvallend is, dat mensen die het contact met de medemensen al kwijt waren (coma) of bij wie het verstoord was (dementie, verstandelijke handicap) in deze situatie opeens helder en "normaal" kunnen communiceren, meestal voor korte tijd, maar ook wel (met tussenpozen) dagen- en zelfs wekenlang. Dan zien we de telkens terugkerende teleurstelling, dat men nog niet "verder" kan gaan. Wat er kan gebeuren als geen morfine, valium en dergelijke (kunnen) worden toegediend, blijkt b.v. uit het verslag over Morses 11-jarige patiënt Seth:

Drie dagen voordat Seth stierf, had zich een kring van familie en vrienden rond zijn bed verzameld. Zij schrokken vreselijk toen Seth plotseling rechtop in zijn bed ging zitten en verklaarde dat Jezus in de kamer was. Daarna vroeg hij iedereen om voor hem te bidden.

Om ongeveer drie uur 's nachts herhaalde dit zich. Seth ging plotseling rechtop zitten en liet de vier mensen die aan zijn bed zaten schrikken. "Er zijn prachtige kleuren in de lucht", schreeuwde hij. "Het zijn heel mooie kleuren. Je kunt hier heel hoog springen, héél hoog!"

.....

Bij het aanbreken van de nieuwe dag zag het er naar uit dat zijn leven zou eindigen. Seths ademhaling verslechterde en zijn hart ging tekeer als van een marathonloper. Maar toch had de kleine Seth nog iets te vertellen. Hij opende zijn ogen en vroeg zijn bedroefde ouders om hem "te laten gaan". "Wees maar niet bang", zei hij. "Ik heb God, engelen en herders gezien, ik zag het witte paard." "Het is er schitterend, het is er prachtig", zei hij, terwijl hij zijn handen voor zich uitstrekte. Al snel daarna viel hij in slaap. Seth kwam niet meer bij bewustzijn en stierf twee dagen later.

De beschrijving van Hans Stolp in "Als de dood vroeg komt" over een 12-jarig comateus meisje in het AZG* bevestigt eveneens de bewering, dat de stervende in een toestand van dubbel bewustzijn kan verkeren:

Ze ontwaakte plotseling uit haar coma, ging rechtop zitten en keek met stralende ogen naar de witte kale muur tegenover haar bed en riep, alsmar kijkend naar de muur en niet naar degenen die naast haar bed zaten: "Kijk eens papa, wat mooi!" Ze stak haar hand uit en wees naar de muur. "Daar is een berg in de zee, en op die berg een stad, en het is er mooi, heel mooi. En alles is licht! Wat mooi! Daar ga ik naar toe." Zelden heb ik zo'n opgetogen stem gehoord. Toen viel ze terug in haar kussens, haar ogen gleden weer dicht en een paar uur later stief ze, zonder nog bij bewustzijn te zijn gekomen.

Een inhoudelijk verschil met een BDE is, dat verschijningen van overleden familieleden of vrienden, van engelen of religieus te duiden figuren bij een sterfbedvisioen als helpers optreden die de stervende "halen". Bij de BDE zien we deze als begeleiders die de patiënt terugsturen of voor de keuze stellen. Ook zien we bij BDE's meer uittredingsbelevingen, levensoverzichten en tunnelervaringen. Het lijkt mij goed, de stervende aan te moedigen, de banden die hem nog vasthouden los te laten en zich in vol vertrouwen aan het "visioen" over te geven. Sommige beroepsbeoefenaren zullen zo'n houding strijdig vinden met de regel, het "leven" zo lang mogelijk in stand te houden. Er zijn echter omstandigheden waarin het toepassen van de regel om de regel -zeker tijdens een onafwendbaar stervensproces- het karakter van mishandeling krijgt.

* AZG = Academisch Ziekenhuis Groningen, thans UMCG.

5.4 Hallucinaties en dromen

Hallucinaties zijn waanvoorstellingen die altijd gepaard gaan met een toestand van bewustzijnsdaling. Er is geen sprake van een levensbedreigende toestand, het perceptieve deel van het centraal zenuwstelsel blijft werkzaam, ook zonder dat indrukken van buitenaf worden opgenomen (Coelho). We zagen, dat tijdens een BDE het bewustzijn juist verruimd wordt. Iemand die "uittreedt", neemt de materiële omgeving helderder waar dan hij met zijn fysieke zintuigen vermocht en deze waarneming is dikwijls achteraf te verifiëren. Voorts heeft hij inzicht in logische verbanden, ook al is hij deze kennis later, terug in het lichaam, grotendeels weer kwijt door de beperkingen die zijn hersenen hem opleggen.

De BDE'er neemt juist wel indrukken van buitenaf op, terwijl we mogen aannemen, dat de perceptie, fysiologisch gezien, minimaal of nihil is, zeker als de patiënt klinisch dood is.

De positieve veranderingen die vaak in het leven van een BDE'er optreden staan in schril contrast met de slechte prognose van psychotici. Bovendien stemmen de ervaringen van de meeste BDE'ers met elkaar overeen en dit is moeilijk te verzoenen met de variabiliteit van hallucinaties, fantasieën en dromen.*

Draagt de hallucinatie dus veel elementen in zich die *tegengesteld* zijn aan de kenmerken van een bijnadoodervaring, sommige dromen liggen mijns inziens dichter bij de BDE en vertonen meer *parallel*len. Evenals de hallucinatie is de droom meer persoonsgebonden dan de BDE, die immers universele kenmerken heeft, maar lucide dromen werken voor de persoon zelf vaak verhelderend ten aanzien van een mogelijke oplossing van bepaalde problemen. Ze kunnen inzicht geven over de plaats van de dromer in aardse en bovenaardse situaties, ze kunnen bemoedigen of waarschuwen, ze geven vaak een als reëel ervaren contact met een overleden familielid of geliefde en soms geven ze een blik over de tijd heen, overeenkomstig de beleving in een BDE. Dit laatste lijkt me meer een gebeurtenis waarbij inzicht in de samenhang der dingen buiten het beperkte en beperkende verstand om wordt gegeven, dan dat ik van een "voorspellende" droom zou willen spreken. De term "voorspellend"

suggereert dat alles vastligt en dat laat geen ruimte voor de vrije wil van de mens die mijns inziens met het verkregen inzicht vanuit eigen verantwoordelijkheid moet blijven beslissen en handelen.

Dat dromen in het algemeen nog vele andere functies (kunnen) hebben, blijft in dit verband buiten beschouwing.

Deels ontleend aan brochure "De dood nabij", uitgave IANDS Nederland.

5.5 Fantoombellevingen

Dr. Herms Romijn legt in zijn studie "Hersenen, Geest en Kosmos" een verband tussen bepaalde aspecten van fantoombellevingen en BDE's in het hoofdstuk "bovenzintuiglijke waarnemingen". Nadat hij eerder de neurologische verklaringen voor dit verschijnsel na amputatie van ledematen had beschreven, vermeldt hij hier:

.....betreft personen die ten gevolge van een ongeval hun rug hebben gebroken, zodat hun romp en benen verlamd zijn geraakt. Ook zij ervaren vaak zeer gedetailleerd een fantoomromp en fantoombenen, maar -en dit is het wonderlijke- zij ervaren hun fantoombenen gedurende de eerste minuten of uren na het ongeval in een andere stand ten opzichte van de romp dan hun verlamde, stoffelijke benen. Er is voor hun gevoel dus een vorm van dissociatie opgetreden.

Soms staan de fantoombenen loodrecht in de lucht en is het onmogelijk dat gevoel te beïnvloeden. Hij gaat dan verder met de vraag, of mensen met een gebroken nek ook verregaande gevoelens van dissociatie kennen ten aanzien van romp en armen.

En dan is het nog maar een klein stapje naar een volledige dissociatie, dat wil zeggen ook het hoofd en de hersenen erbij. Maar dan raakt de patiënt waarschijnlijk in slaap of bewusteloos en zijn we aangeland bij de hiervoor besproken uittredingservaringen zoals gerapporteerd door bewusteloze slachtoffers van hartinfarcten en verkeersongevallen. De overeenkomst tussen beide fenomenen is opvallend en geeft te denken.

Ik geef deze interessante beschouwing van dr. Romijn weer, omdat deze in zekere zin een stap zet tussen de neurobiologie als aardse wetenschap en de beleving van de mens in een andere dimensie. Bij gebrek aan harde gegevens over de beleving van deze patiënten moeten we het laten bij het signaleren van dit fenomeen. Het lijkt mij aannemelijk, dat er een verband bestaat tussen de volledige uittreding waarbij sommige BDE'ers spreken over een "fijnstoffelijk" kleed en een "volmaakt lichaam" (zie 2.2.) en de fantoombellevingen. Onder 5.1. noemde ik het "uitschakelen van het denkvermogen" voorwaarde voor een BDE. In de bovengenoemde gevallen hebben de hersenfuncties geen invloed meer op bepaalde lichaamsdelen, wat *voor die delen* wellicht hetzelfde effect heeft, met andere woorden: er kan dan een vorm van partiële uittreding plaatsvinden. De patiënt beleeft dat zoals Romijn dit weergeeft.

6 Nabeschouwing

De bedoeling van dit geschrift was:

- * Op een eenvoudige wijze onder woorden te brengen, wat iemand in kritieke medische omstandigheden (zoals een toestand van klinische dood) soms kan beleven.
- * Deze beleving te plaatsen als een reële gebeurtenis voor de betrokkene voor wie iedere vorm van ontkenning van buitenaf als onbegrip wordt ervaren.
- * Het verschijnsel als zodanig op een gepaste wijze tegemoet te treden, wat vertaald kan worden als: zodanig in de beroepshouding te integreren dat de patiënt of cliënt niet geschaad wordt in zijn/haar integriteit.
- * Mensen in opleiding voor een hulpverlenend beroep vertrouwd te maken met een "randverschijnsel" waarmee men geconfronteerd kan worden, of men dat nu wil of niet.
- * Mensen in de praktijk de mogelijkheid te bieden, het verschijnsel bespreekbaar te maken en patiënten eventueel "door te verwijzen" buiten het eigen vakgebied.
- * Alertheid op bepaalde uitspraken en andere uitingen als tekeningen van kinderen en veranderd gedrag na kritieke situaties, te verhogen en zo mee te kunnen werken aan een positieve integratie van de ervaring in het leven van de BDE'er, speciaal dat van kinderen.

Motieven om dit te doen uitgeven waren:

- * Het verschijnsel bijnadoodervaring uit de sfeer van het taboe te halen, terwijl er zo veel mensen blijken te zijn die minstens een deelervaring hebben gehad tijdens kritieke toestanden.
- * Het verschijnsel binnen de hulpverlening daardoor bespreekbaar te maken als iets dat blijkbaar bij het mens-zijn behoort, maar niet tot een specifieke discipline gerekend kan worden.

- * De diffuse belangstelling voor het onderwerp, zoals die bijvoorbeeld blijkt in de lessen aan (aanstaande en zich specialiserende) verpleegkundigen en bij de opleiding voor agogische beroepen, in hanteerbare banen te leiden en zo eventuele angst of afkeer van BDE's en de aangetipte aanverwante verschijnselen weg te nemen.

Naast gegevens, ontleend aan de aangehaalde literatuur, kwamen veel voorbeelden en denkbeelden van mensen die in persoonlijke contacten mij de nodige stof tot nadenken gaven. Ook de eigen bijnadoodervaring (1968) droeg bij aan het begrip voor de belevingswereld van anderen.

Publikaties van en contacten met leden van het bestuur van de Stichting Merkawah verdiepten het inzicht in het onderwerp. De grootste inspiratie kwam echter uit de hulpverlening: contacten met verpleegkundigen en artsen, pastores en psychologen leerden me, dat de manier waarop men in die beroepsgroepen mensen met een BDE beschouwt, varieert van volledige acceptatie tot absolute afwijzing en afkeer.

Uit dit geheel van gegevens heb ik getracht een handzaam boekje samen te stellen, zonder enige wetenschappelijke pretentie, maar evenmin met de bedoeling, hulpverleners een bepaalde levensbeschouwelijke hoek in te praten. Als kennismaking met het onderwerp BDE in de opleidingen kan dit boekje wellicht behulpzaam zijn. Wie zich verder wil verdiepen in het onderwerp vindt voldoende ingangen in de bestaande -en ongetwijfeld nog komende- literatuur op dit gebied.

Wie eenmaal kennis heeft genomen van het bestaan van dit fenomeen en de consequenties ervan voor de betrokkene en zijn/haar omgeving, werk, gezin en sociale verbanden, zal zich bij onverwachte confrontatie met iemand met een BDE tenminste herinneren, er ooit over gehoord en/of gelezen te hebben. Daardoor alleen al zal de benadering van de patiënt/cliënt een ander, begripvoller karakter dragen dan wanneer zo'n ontmoeting bij de hulpverlener aan niets refereert.

De nadruk die hier en daar gelegd werd op de zorg voor kinderen met een BDE hangt samen met mijn loopbaan in het onderwijs aan kinderen die "zeer moeilijk opvoedbaar" worden genoemd en in verschillende (ortho)pedagogische instituten waar ik leerde hoe kwetsbaar onbegrepen kinderen en jongeren kunnen zijn tegenover de volwassene die denkt te weten wat goed voor je is.

Ik hoop, dat ondanks de indringendheid waarmee sommige beschrijvingen van ervaringen kunnen overkomen, de tekst ieder de vrijheid heeft gelaten in de eigen opvattingen over leven en dood.

Hoewel.... het evalueren van de eigen normen en waarden misstaat niemand. Het kan soms leiden tot herbezinning en verdere ontwikkeling.

Bijlagen

- 1 Tien tips voor hulpverleners
- 2 Structurele vorm voor een ziekenhuis
- 3 (Ortho)pedagogisch medewerk(st)er kinderkliniek
- 4 IANDS-Nederland / Stichting Merkawah

Literatuuropgave

- 1 Gemakkelijk toegankelijk
- 2 Wetenschappelijk

Bijlage 1 Tien tips voor hulpverleners

10 tips voor hulpverleners, geformuleerd door de psycholoog Ruud van Wees, deels ontleend aan "De tunnel en het Licht" van dr. R.A. Moody.

- Houd rekening met de mogelijkheid van een bijna doodervaring.*
Iemand die bijna dood is geweest, kan zich mogelijk een beleving herinneren die hem of haar met heimwee vervult. Informeer ernaar onder vier ogen, want het gaat om een intieme ervaring die van veel waarde is voor de persoon.
- Besef dat sommige BDE'ers de terugkeer tot hun lichaam en hun leven als heel onplezierig (hebben) ervaren.*
Zij zijn kort na de crisis nog vol van de kwaliteit die zij ervaren hebben tijdens de BDE. Het vooruitzicht verder te moeten leven in de dagelijkse tredmolen, mogelijk nog verzaamd door gebrekkige lichaamsfuncties, kunnen sommigen een tijdje moeilijk accepteren.
Van enkelen is bekend, dat zij daarom kort na de crisis de dood zochten, bijvoorbeeld door het infuus eruit te trekken. Het kan dus even duren eer ze over de frustratie heen zijn en accepteren, dat ook voor hen het leven verder gaat.
Bij velen blijft het verlangen naar "Het Leven" knagen, zonder dat zij op enig moment suïcidaal zijn en allen verwerpen uiteindelijk suïcide als middel om aan de gevoelens van heimwee tegemoet te komen.
- Laat BDE'ers vrijuit praten over hun ervaring.*
Luister aandachtig en laat hen praten over hun BDE zoveel als ze willen. Neem niet de gelegenheid te baat om je eigen zorgen over leven na de dood te verlichten of je eigen theorieën erover te spuien. De BDE'er heeft een indringende ervaring gehad en heeft iemand nodig met een gewillig oor, om te vertellen hoe het was.
- Stel hen gerust door te vertellen dat zij niet de enigen zijn.*
Zeg, dat dergelijke ervaringen heel gewoon zijn. Vertel hun ook, dat wij nog niet precies weten waarom ze voorkomen, maar dat de vele anderen, die de ervaring hebben gehad, erdoor gegroeid zijn.
- Vertel hun hoe deze ervaring wordt genoemd.*
Hoewel al miljoenen mensen een BDE hebben gehad, weten maar weinigen hoe die ervaringen heten. Zeg hun dat ze een bijna doodervaring hebben gehad. Door een naam aan deze episode toe te kennen geef je de BDE'er een handvat tot beter begrip van deze verwarrende en onverwachte gebeurtenis.
- Zeg niet dat het slechts om een hallucinatie gaat.*
De BDE kan een persoon behoorlijk in verwarring hebben gebracht. Zij/hij kan er zo door verrast en in verlegenheid geraakt zijn, dat ze een tijdje helemaal van streek zijn. Mogelijk is de persoon ook bang om voor gek versleten te worden, zodat er gezwegen wordt over de beleving. Een afwijzende of negerende reactie vanuit de omgeving kan de verwarring verergeren of haar/hem helemaal doen dichtklappen. Een luisterend oor en begrip van anderen is de beste remedie. Hoe u zelf ook over de ervaring denkt, een BDE'er ziet het zelf niet als een hallucinatie of droom, maar als een beleving met meer werkelijkheidsgehalte dan onze dagelijkse ervaring en waarneming.
- Haal het gezin erbij.*
Vaak zijn de veranderingen van mensen die een BDE ondergaan, erg moeilijk te verwerken voor de rest van het gezin. Een vader die misschien een hardwerkend, ambitieus type was vóór zijn BDE, wordt ineens een veel zachter, vriendelijker type na het voorval. Zo'n verandering kan moeilijk zijn voor een gezin, dat eraan gewend was, dat het gezinshoofd altijd veeleisend en kortaf was. Het is belangrijk de dialoog in het gezinsleven op gang te brengen, zodat iedereen zijn gevoelens erover kan uiten. Eventuele problemen kunnen dan worden opgelost zonder dat het hele gezin eraan kapot gaat.

8. *Laat hen andere BDE'ers ontmoeten.*

Wanneer u geen anderen kent, verwijst u hen dan naar IANDS Nederland, de Stichting Merkawah (www.merkawah.nl), waar zo'n gesprek voor hen geregeld kan worden. Groepsgesprekken zijn ook aan te raden. In het ideale geval bestaat zo'n groep uit vier mensen die gewoon wat praten over de problemen die het gevolg zijn van hun BDE.

De mensen die hieraan meedoen praten vaak heel gewoontjes over hun beleving, niet als over een of andere illusie, fantasie of droom. Het is bijna alsof ze samen op reis zijn geweest naar een ander land. Nodig ook eventueel hun echtgenoten uit op deze groepszittingen, omdat het een hele geruststelling voor hen kan zijn andere BDE'ers en hun echtgenoten te ontmoeten. Het is gebleken dat een BDE soms wordt gevolgd door een scheiding, omdat de partner zoveel persoonsveranderingen ondergaat. Door anderen te ontmoeten die in dezelfde situatie zitten, kunnen nieuwe BDE'ers en hun echtgenoten zien hoe anderen deze episoden hebben ingepast in hun gezinsleven. Er zijn natuurlijk altijd mensen die het heerlijk vinden een "zachtere" huwelijkspartner te hebben. Maar dat geldt niet voor iedereen. Zo kunnen dergelijke mensen jarenlang hun echtgenoot hebben aangespoord om het toch eens wat rustiger aan te doen en het dan toch niet waarderen als dat inderdaad gebeurt.

9. *Laat de BDE'ers over deze ervaring lezen.*

Dit soort therapie heet bibliotherapie en wordt gewoonlijk niet aanbevolen door psychiaters en psychologen. De reden ervan is dat sommige patiënten het verre van troostend vinden om over hun psychische problemen te lezen. Patiënten met schizofrenie zouden het zeker niet rustgevend vinden om hun symptomen zwart op wit gedrukt te zien. Met BDE's ligt dit echter heel anders. Het gaat hier om een spirituele ervaring, niet om een ziekte!

In een latere fase, als ze tijd hebben gehad hun ervaring in hun leven aan te passen, is het belangrijk om BDE'ers naar goede boeken over dit onderwerp te verwijzen. Op die manier kunnen ze een scala van ervaringen en ideeën over dit onderwerp op hun gemak overdenken. Het doel hiervan is de persoon te helpen zijn ervaring verder in te passen in zijn leven en ervoor te zorgen, dat de verandering die een BDE met zich meebrengt, een verandering te goede is, die leidt tot persoonlijke groei.

Het onderzoek dat hiernaar gedaan is, wijst erop dat de veranderingen zeer positief kunnen zijn. Dat onderzoek toont aan dat de BDE's, of je ze nu beschouwt als reizen naar een andere wereld of anderszins, een sterke uitwerking hebben op mensen die ze meemaken. De consequenties van de BDE zijn in ieder geval heel werkelijk.

10. *Bedenk vooral dat u meer van hen kunt leren dan zij van u.*

Aantekening van de auteur:

Uit de beschrijvingen van de veranderingen is al gebleken, dat deze vaak veel gecompliceerder zijn dan in deze "tips" wordt gesuggereerd. Met name de punten 7 en 8 geven een te simpel beeld van de werkelijke problematiek die de verandering voor de omgeving oproept. Men leze hoofdstuk 3.4 er nog eens op na.

Ook de door Moody veronderstelde eenstemmigheid tussen BDE'ers onderling lijkt me een sterke vereenvoudiging van de werkelijkheid. Juist het besef dat men in dit leven moet staan overeenkomstig ieders eigen aard en taak laat de verschillen tussen de mensen duidelijker aan de oppervlakte komen. Ik bestrijd, dat tolerantie en liefde voor de medemens altijd vertaald zou moeten worden in "zachtheid". Het gaat in de omgang met mensen om de intentie waarmee men vorm geeft aan de "opdracht" die men ziet. Die vorm moet dan in overeenstemming zijn met de aard van de persoon die de opdracht uitvoert. De intentie van waaruit gehandeld wordt, is van doorslaggevende betekenis en zal bij een BDE'er wellicht meer voortkomen uit het besef dat hij eigen belangen ondergeschikt moet maken aan die van de naaste. Maar de vormgeving kan bij zijn persoon passen als "de leraar", "de arts", "de rechter" of "de leider". In die hoedanigheid kan een strikte rechtvaardigheid meer ten dienste van de medemens staan dan de "zachtheid" die Moody veronderstelt.

Hieronder wordt een mogelijkheid aangegeven, om binnen de intramurale gezondheidszorg te komen tot een min of meer eensluidende benadering van patiënten/cliënten met een BDE. Voor "ziekenhuis" kan dus ook gelezen worden: revalidatiekliniek, verzorgings/verpleeghuis, brandwondencentrum.

- 1 Per afdeling of dienst vindt per beroepsgroep (of interdisciplinair) overleg plaats, gericht op herkenning van de BDE en op de manier waarop men vanuit de eigen functie daarop zou kunnen reageren.
- 2 Uit dit overleg komen (een of meer) vertegenwoordigers bijeen met die van andere afdelingen/diensten. Als de resultaten van elk afdelingsoverleg van tevoren schriftelijk zijn vastgelegd, kan in deze bijeenkomst een afspraak gemaakt worden, op welke wijze men in dit ziekenhuis zal omgaan met BDE-patiënten.
- 3 Het is aan te bevelen, deze afspraken vast te leggen en te beschouwen als deel van patiëntenbeleid. Uiteindelijk dienen de afspraken dan ook als beleidspunt door de directie te worden geaccepteerd.

In het onder 1 bedoelde overleg blijkt, welke medewerk(st)ers affiniteit met het onderwerp hebben. Deze kunnen in voorkomende gevallen als eerste gesprekspartner voor de patiënt fungeren. Zij zullen ook gemotiveerd zijn om gegevens betreffende de ervaring van de patiënt vast te leggen. Dit dient mijns inziens in nauw overleg met de patiënt te gebeuren en mag niet integraal in de medische gegevens worden opgenomen. Wel kan van belang zijn dat deze verslagen later beschikbaar zijn, bijvoorbeeld als de patiënt psychische problemen vertoont. Bij kinderen lijkt het me zelfs noodzakelijk, dat de ouders/verzorgers toestemming geven voor zo'n verslag, omdat niet te voorzien is, welke rol de BDE gaat spelen bij eventuele ontwikkelingsstoornissen. Zie ook hoofdstuk 4.4. Is de BDE op een afdeling door dit overleg eenmaal een normaal bespreekbaar onderwerp geworden, dan zal het voor altijd binnen de "cultuur" van die afdeling bespreekbaar blijven, ook bij verloop en vernieuwing van het personeel.

De onder 2. genoemde bijeenkomst zal moeten leiden tot een algemeen aanvaarde richtlijn die de garantie biedt dat iedere medewerk(st)er op de signalen van BDE-patiënten ingaat op een positieve, erkennende en bemoedigende manier. De wijze waarop ieder dat doet, mag geen afbreuk doen aan de eigen persoonlijkheid van de hulpverlener: wie niet zelf betrokken wil of kan worden, roept de hulp van een ander in.

Uit het voorgaande moge duidelijk zijn, dat de uitwerking van dit idee per huis zeer kan verschillen. Toch hoeft deze manier om tot een afspraak over het onderwerp te komen, slechts eenmaal zo expliciet in praktijk te worden gebracht. Is de omgang met patiënten met een BDE eenmaal een integraal deel van de patiëntenzorg, dan is het onverwachte en onbekende element er uit. Niemand hoeft dan meer te improviseren vanuit eigen schrik, verwarring of bevooroordeeldheid, maar men kan zich met behoud van eigen visie houden aan de algemeen geldende richtlijnen. Het "taboe" is weg en men kan er nu ook onderling gewoon over spreken. Gesprekken met verpleegkundigen (en ook interviews van anderen) leerden mij, dat nu nog veel verpleegkundigen individueel eigenlijk uit de praktijk best weten van het bestaan van BDE's, maar er in collegiaal contact liever niet over praten. Redenen voor deze terughoudendheid zijn dan onbekendheid met het verschijnsel en angst, dat anderen je als "vreemd" gaan beschouwen, waardoor je er niet meer "bij" zou kunnen horen.

Aansluitend op de in deze paragraaf beschreven schets voor inrichtingen in het algemeen, kan ik me voorstellen, dat een meer op kinderen toegespitste constructie wordt opgezet, waarin - meer nog dan bij de volwassen patiënten - aandacht wordt gegeven aan de leefomgeving, met name aan de ouders of verzorgers. Hiertoe zou een (ortho)pedagogisch geschoolde medewerk(st)er, die zich goed kan inleven in de beleving van het BDE-kind, kunnen worden aangesteld (of uit de functionerende mensen naar voren kunnen komen) die in staat is, op de ouders/verzorgers over te brengen, wat het kind heeft ervaren en hoe zij daar op de manier die hier wordt bepleit, mee om kunnen gaan. (Bij "verzorgers" moet ook gedacht worden aan groepsoepvoeders in internaten.)

In het bijzonder op kinderafdelingen van academische ziekenhuizen, de afdelingen kindercardiologie en brandwondencentra lijkt me een dergelijke functionaris van grote betekenis, niet alleen met het oog op BDE's, maar in ruimere zin ter verkrijging van meer inzicht in spirituele belevingen van ernstig zieke of gewonde kinderen en van kinderen die (soms onuitgesproken) weten dat ze spoedig zullen sterven.

Op bijlage 3 vindt u een suggestie voor zo'n functie in de vorm van een doel- en taakomschrijving.

Een suggestie

Doelomschrijving

- 1 Het verkrijgen van inzicht in de *spirituele* beleving van ernstig zieke kinderen, kinderen met ernstig letsel en kinderen die in een toestand van klinische dood hebben verkeer, alsmede van stervenden.
- 2 Het geven van inzicht en voorlichting aan ouders/verzorgers van deze kinderen in nauwe samenwerking met de andere hulpverleners, teneinde inadequate reacties te voorkomen en voor het kind een begripvolle opvang te waarborgen.
- 3 Het vertrouwd maken van de medewerk(st)ers van de kliniek/afdeling met het gegeven, dat kinderen/jongeren ten gevolge van de medisch kritieke situatie ervaringen kunnen hebben die voor de patiënt zonder meer als realiteit worden beleefd en dat een onderling samenhangende manier van benadering van groot belang is.

Taakomschrijving

- 1 Het *signaleren* van belevingen van patiënten door middel van observatiemateriaal als verslaglegging van gedragingen en uitspraken en aan de hand van tekeningen en andere expressiemogelijkheden.
- 2 Het samen met andere interne en eventueel externe deskundigen *interpreteren* van de gegevens en het vastleggen van deze gegevens in het behandelings-/begeleidingsplan.
- 3 Meedenken over de wijze waarop *ouders/verzorgers* worden ingelicht over de bevindingen en hoe zij daarin zo nodig zullen worden begeleid.
- 4 Daadwerkelijke *ondersteuning* van de ouders in de verwerking van de veranderingen die het kind heeft ondergaan en in het vinden van een (wellicht geheel nieuwe) manier van omgaan met het kind op een niet-bevooroordeelde wijze, zonder angst en met behoud van ieders eigenheid.
- 5 Het geven van *voorlichting* aan medewerk(st)ers van de afdeling of kliniek.

Het bovenstaande is slechts bedoeld als praatpapier, een uitgangspunt, dat kan leiden tot een geheel andere vormgeving vanuit een reeds bestaand model. Het is dan ook maar een suggestie. Uiteindelijk gaat het om de achterliggende bedoelingen.

Secretariaat**Website: www.merkawah.nl****Algemeen e-mailadres: [info@merkawah](mailto:info@merkawah.nl)****Het algemene telefoonnummer is 06 504 28 220**

De Nederlandse afdeling van de International Association for Near-Death-Studies, de Stichting Merkawah, is in 1988 opgericht met een driedig doel:

- a Het opzetten, uitvoeren en stimuleren van *systematisch onderzoek* naar bijnadoodervaringen in Nederland.
- b Het *uitdragen van kennis* over BDE's door middel van verschillende activiteiten.
- c *Ondersteuning* van mensen die een BDE hadden.

In een tiental algemene ziekenhuizen in Nederland werd begin 1989 een zg. prospectief onderzoek gestart dat zich beperkte tot de groep patiënten met een hartstilstand op de afdelingen cardiologie en ICU.

Het uitdragen van kennis vindt onder andere plaats door het beleggen van bijeenkomsten voor geïnteresseerden in het algemeen of voor bepaalde doelgroepen als medici, verpleegkundigen, pastores e.d. Lezingen worden op aanvraag gehouden en op verschillende opleidingen worden gastlessen/-colleges gegeven. Voorts wordt het periodiek "Terugkeer" uitgegeven, dat vier keer per jaar verschijnt.

Bij ondersteuning van BDE'ers moet men denken aan landelijke bijeenkomsten voor mensen met een ervaring en hun naasten. Daarnaast kunnen op verschillende plekken in het land groepen bijeenkomen van mensen die minder hun ervaringen uitwisselen dan men zou denken, maar veeleer door gedachtenwisseling elkaar helpen, de ervaring te integreren in het dagelijks leven. De meest directe vorm van ondersteuning ligt vaak in het eerste contact onder vier ogen (meestal voorafgegaan door een indringend telefoongesprek) door de coördinator van de Stichting of een door haar aanbevolen vrijwillig(st)er met BDE-verleden in het land. Dat eerste contact met iemand die zich volledig kan verplaatsen in de beleving van de BDE'er is vaak van groot belang voor de eigen acceptatie en verdere doordinking van de betekenis voor de persoon zelf. Ouders van kinderen die een BDE hebben gehad, zouden hier naar mijn mening meer gebruik van kunnen maken, als de hulpverleners hen (durven) doorverwijzen naar *IANDS-Nederland/Stichting Merkawah*. Vanzelfsprekend kan ook verwezen worden naar een aan de hulpverlener bekende en naar zijn/haar mening vertrouwde persoon in de omgeving van de eigen woonplaats.

Onderzoeksplan en resultaten.

Onderzoek begint altijd met vragen waarop de onderzoeker, volgens de regels van de wetenschappelijke methode, een antwoord zoekt. De vragen van het Nederlandse BDE-onderzoek liggen op de volgende terreinen: de frequentie van de BDE bij Nederlandse patiënten met een hartstilstand, de inhoud van deze BDE's, de mogelijke oorzaken van BDE's, de veranderingen na en de verwerking van de BDE en de verschillen met gereanimeerde patiënten zonder BDE.

In de *voorbereidende fase* van het onderzoek werd de onderzoeksopzet uitgewerkt. Hierin komen de vragen, de hypothesen (vermoedens van antwoorden), de voorgenomen wijze van gegevensverzameling en statistische bewerking, alsook de planning en de organisatie aan de orde. Het onderzoek werd beperkt tot de groep patiënten met een hartstilstand. Er werden contacten gelegd met medici en verpleegkundigen binnen "strategische" afdelingen, zoals cardiologie en ICU's, van tien Nederlandse ziekenhuizen.

Alle patiënten die in een bepaald tijdsbestek zouden worden gereanimeerd in deze tien deelnemende ziekenhuizen dienden te worden benaderd met een inventarisatie-interview, een diepte-interview en een enquête om de gegevens te verzamelen.

In *fase 2* werden 345 inventarisatie-interviews afgenomen. Dit zijn korte interviews die in de betrokken ziekenhuizen zo spoedig mogelijk na de reanimatie gehouden werden. Het belangrijkste doel van deze interviews was het vaststellen of iemand een BDE had beleefd tijdens de hartstilstand en zo ja, wat de inhoud ervan was. Hiertoe was een korte vragenlijst ontwikkeld en waren in elk ziekenhuis enkele vrijwilligers geworven onder het verpleegkundig en medisch personeel. Zij ontvingen een mondelinge instructie om met de vragenlijst om te kunnen gaan. Een van hen droeg de verantwoordelijkheid voor de juiste uitvoering van de inventarisatie-interviews en voor de verzameling en het beheer van de formulieren. Verder waren er contactpersonen aangesteld die goed op de hoogte waren van het onderzoek. Zij bezochten regelmatig de ziekenhuizen om eventuele problemen te signaleren en op te lossen.

Fase 3 werd gevormd door de afname van de diepte-interviews (dit zijn uitgebreide interviews aan de hand van een gedetailleerde vragenlijst), ongeveer een jaar na de reanimatie. Patiënten die uit de inventarisatiefase als ervaren tevooorschijn kwamen en een even grote, vergelijkbare groep niet-ervvaarders werd gevraagd aan deze fase van het onderzoek deel te nemen. De vragenlijst werd beproefd en daarna werd een aantal medewerkers getraind in de techniek van het diepte-interview. Een coördinator bereidde de interviews voor en zorgde voor de organisatie. Alle interviews werden vastgelegd op cassettebanden en vervolgens door de interviewer uitgeschreven.

De volgende ronde, *fase 4*, bestond uit een enquête die aan alle in het onderzoek betrokken en nog in leven zijnde reanimanten werd verzonden.

Fase 5: Het onderzoek werd afgesloten met eindpublicaties in de vorm van wetenschappelijke artikelen en een populaire versie van de bevindingen in boekvorm.

U vindt de reultaten van het onderzoek (2001) op <http://www.zarqon.co.uk/Lancet.pdf>.

Het boek werd uitgegeven in 2007 bij Ten Have. Auteur is Pim van Lommel. De titel: "Eindeloos bewustzijn".

Tenslotte

Voordat het zover was, werd veel gevegd van de onderzoeksleiders en -medewerkers. Hulp van gekwalificeerde vrijwilligers was nodig vanwege de beperkte tijd van de - eveneens op vrijwillige basis werkende - onderzoeksleiders.

Het is hartverwarmend om te zien hoeveel mensen, vanwege de interesse in het BDE-fenomeen en de mogelijke implicaties ervan, bereid waren een deel van hun tijd in dit grootschalige Nederlandse onderzoek te steken.

(Deels bewerkte (geactualiseerde) tekst uit het tijdschrift "Terugkeer").

Literatuuropgave

Gemakkelijk toegankelijk

Akkerman, A.J., *Uitzicht op morgen: berichten over leven na dit leven*. Rotterdam: Stichting Davidshuis, 1990

Atwater, P., *Terugkeer naar het leven: de gevolgen voor het leven na een bijna doodervaring*. Naarden:

Strengolt, 1988

Eijk, P. van der, *Naar het hiernamaals en terug*. Den Haag: BZZTôH, 1991

Grey, M., *De dood gezien: ervaringen op de grens van leven en dood*. Den Haag: BZZTôH, 1986

Hampe, J.C., *Sterven is heel anders: ervaringen met de eigen dood*. Baarn: Ten Have, 1988, vierde druk

Klink, J., *Het onbekende venster, nieuwe ervaringen met leven en sterven*. Baarn: Ten Have, 1989

Klink, J., *Vroeger toen ik groot was, vèrgaande herinneringen van kleine kinderen*. Baarn: Ten Have, 1992, vierde druk

Kübler-Ross, E., *Over de dood en het leven daarna*. Baarn: Ambo, 1985

Lommel, Pim van, *Eindeloos bewustzijn*, Ten Have 2007

Mochel, H., *Tussen leven en dood: paradijselijke ervaringen van mensen die terugkeerden*. Tekst bij het programma "Rondom Tien". Kampen: Kok/NCRV, 1984

Moody, R.A. jr., *Leven na dit leven / gedachten over leven na dit leven, ervaringen van mensen tijdens hun klinische dood*. Bussum: Strengolt, 1987

Moody, R.A. jr., *De tunnel en het licht: het verschijnsel bijnadoodervaring*. Utrecht/Antwerpen: A.W. Bruna, 1988

Morse, M., *Nader tot het Licht: bijnadoodervaringen bij kinderen*. Rijswijk: Elmar, 1991

Morse, M. en P. Perry, *Veranderd door het Licht*. Rijswijk: Elmar, 1993

Preger, G., *Daarom kwam ik terug: Rozita's bijnadoodervaring*. Deventer: Ankh-Hermes, 1991

Ritchie, G.G., *Terugkeer uit de dood*. (autobiografisch). Haarlem: J.H. Gottmer/H.J.W. Becht, 1990, tweede druk

Stolp, H., *Dichterbij dan ooit.....: over verlichtende ervaringen*. Baarn: Ten Have, 1989

Brochures van de Stichting Merkawah met bijdragen van o.a. de cardioloog drs. W. van Lommel en ds. Hans Stolp:

De dood nabij en Een bijnadoodervaring, en hoe verder?. Loosdrecht, 1990 en 1992

Wetenschappelijk

Blackmore, S., *Dying to live: science and the near-death experience.* London: Grafton, 1993

Delden, J.J.M. van, *Beslissen om niet te reanimeren: een medisch en ethisch vraagstuk.* Assen: Van Gorcum, 1993

Flynn, C.P., *De bijnadoodervaring.* Deventer: Ankh-Hermes, 1988

Lorimer, D., *Whole in One: the near-death experience and the ethic of interconnectedness.* London: Arkana, 1990

Meijers, V.F.G., *Bijna dood doet leven.* Doctoraalscriptie. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1985

Renard, H., *Vorbij dit leven: religie en wetenschap over het bestaan na de dood.* Amsterdam: Bres, 1986

Ring, K., *Life at Death: a scientific investigation of the near-death experience.* New York: Coward, McCann & Geoghegan, 1980

Ring, K., *Heading toward omega: in search of the meaning of the near-death experience.* New York: Quill W.Morrow, 1984

Romijn, H., *Hersenen, Geest en Kosmos: neurobiologische, quantummechanische en psychologische aspecten.* Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger, 1992, tweede druk

Sabom, M.B., *Herinneringen aan de dood: ervaringen van mensen tijdens hun klinische dood.* Naarden: Strenght, 1983

Stolp, P.J.C., *Pastoraat aan ernstig zieke kinderen.* *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, Vol. 39, p. 1308-1319, 1984

Boek: *Als de dood vroeg komt.* Kampen: J.H. Kok, 1986

Wees, R. van, *Vergelijkend onderzoek van bijnadoodervaringen.* Doctoraalscriptie. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1984

Zaleski, C., *Otherworld journeys: accounts of near-death experience in medieval and modern times.* London: Oxford University, 1989. New York: Bress, 1989

Uitgebreide literatuuropgave op aanvraag verkrijgbaar bij IANDS Nederland/Stichting Merkawah, www.merkawah.nl .