

# Psychische problematiek en hulpverlening na een BDE

## Opzet, uitvoering en resultaten van een onderzoek onder BDE'ers van Stichting Merkawah

Igor Corbeau

### Inleiding

Eind maart 2004 werden alle als BDE'er geregistreerde donateurs van Stichting Merkawah gevraagd om een vragenlijst in te vullen in het kader van mijn afstudeeronderzoek over psychische problematiek en hulpverlening na BDE's. Na een overweldigende en hartverwarmende respons ben ik de afgelopen maanden bezig geweest de resultaten te interpreteren en een onderzoeksverslag te schrijven. Nu dit verslag af is en met een mooi cijfer beoordeeld, werd me door het bestuur van de stichting gevraagd een artikel over mijn bevindingen te schrijven voor *Terugkeer*. Natuurlijk ging ik heel graag op dit aanbod in. In het onderstaande zult u daarom een samenvatting vinden van het onderzoeksproces en de vele resultaten en bevindingen die dit onderzoek heeft opgeleverd. *Ik zou hier echter niet mee willen aanvangen voordat ik eerst een zeer hartelijk dankwoord heb uitgesproken naar alle respondenten van dit onderzoek. Zonder jullie was dit nooit mogelijk geweest!*

Op het moment dat de vragenlijsten aan iedereen opgestuurd zouden worden, was ik behoorlijk nerveus. Zoals ik in de begeleidende brief schreef, zou de hoeveelheid en de kwaliteit van de respons het onderzoek zowel kunnen "maken" als "breken". Ik kan daarom haast niet onder woorden brengen hoe blij ik was toen ik na een aantal dagen al een stapel van bijna 30 volledig ingevulde en geretourneerde vragenlijsten in mijn bezit had. Dit aantal is in de weken daarop uiteindelijk opgelopen tot 84, een aantal waar ik niet van had durven dromen! Bij het lezen van de vele aangrijpende verhalen en reacties (en ook de ontzettend lieve aanmoedigingen aan mijn adres) die in de vragenlijsten waren geschreven, was ik vaak erg geroerd. Ik ben ervan overtuigd dat dit alles mij extra kracht heeft gegeven om het onderzoeksverslag op een goede manier af te ronden. Uiteraard gaan er ook dankwoorden uit naar het bestuur van Merkawah, in het bijzonder naar Mabel de Graaf-van Osnabrugge en Piet Hein van Seggelen, die mij de gelegenheid hebben gegeven dit onderzoek uit te voeren; de BDE'ers die de vragenlijst getest hebben en van waardevolle feedback hebben voorzien (Marijke, Sabine, Jacqueline en Mickey, ontzettend bedankt!); Ruud van Wees, voor zijn begeleiding en zeer goede feedback; de mensen van het Parapsychologisch Instituut, voor sponsoring van het onderzoek; Joseph van der Put, voor hulp bij het zoeken naar literatuur; en



natuurlijk de begeleiders vanuit de universiteit: Eli Meijer en Victor Spoomaker.

### Waarom dit onderwerp?

Tijdens het schrijven van mijn literatuurscriptie over bijnadoodervaringen stuitte ik op het feit dat er nog relatief weinig wetenschappelijke publicaties bestonden waarin gesproken wordt over de problemen die BDE'ers tegen kunnen komen na de ervaring. Zeker in een land als Nederland, waarin nog altijd het motto heerst "doe maar normaal dan doe je al gek genoeg", leek het mij onwaarschijnlijk dat BDE'ers na het vertellen over hun ervaring door iedereen in hun omgeving volledig serieus genomen zouden worden. Bovendien kwam uit bijvoorbeeld het onderzoek van Pim

van Lommel *et al* naar voren dat het integreren van de ervaring in het leven meestal jaren in beslag neemt. Na enig zoeken binnen de verschillende wetenschappelijke tijdschriften kwam ik een artikel tegen van Bruce Greyson, getiteld: *The Near-Death Experience as a Focus of Clinical Attention*, waarin uitgebreid verslag werd gedaan van de (psychische) problemen waarmee sommige BDE'ers na de ervaring te maken krijgen. Greyson maakt bij deze problemen een onderscheid tussen intrapersoonlijke problematiek (problemen die vooral binnen de persoon zelf spelen) en interpersoonlijke problematiek (problemen die ontstaan in wisselwerking met de sociale omgeving van de persoon). De volgende intrapersoonlijke problemen worden door hem genoemd: voortdurende boosheid of depressie over het naar het leven teruggekeerd zijn en moeilijkheden met de acceptatie van de terugkeer ('re-entry problems' of 'withdrawal symptoms'); problemen met het inpassen van de BDE binnen de voorheen aangehangen levens- en religieuze overtuigingen; overdreven identificatie met de ervaring, met als gevolg dat men zichzelf op de eerste plaats ziet als BDE'er; en de angst dat de BDE een uiting is van geestelijke instabiliteit. Interpersoonlijke problematiek die in het artikel genoemd wordt is: een gevoel van exclusiviteit of afzondering van anderen die geen BDE hebben ervaren; een constante angst voor ridiculisering of afwijzing door anderen naar aanleiding van de BDE; problemen met het integreren van persoonlijkheidsveranderingen binnen de verwachtingen van familie en vrienden; het niet onder woorden kunnen brengen van de betekenis en de impact van de BDE; moeilijkheden met het

aanhouden van normale rolpatronen die niet meer dezelfde waarde hebben na de ervaring; het moeilijk kunnen accepteren van de limitaties en tekortkomingen van menselijke relaties in vergelijking met de onvoorwaardelijke liefde die werd ervaren tijdens de BDE; problemen met familieleden over extreme persoonlijkheidsveranderingen die worden ervaren als een “sociaal overlijden van de vroegere persoonlijkheid”; en absurd hoge verwachtingen van familieleden ten opzichte van de BDE'er nadat zij door de media ingelicht zijn over enkel de positieve persoonlijkheidsveranderingen na een BDE. Deze bevindingen waren echter nog nooit getoetst onder een grote groep BDE'ers.

Ander onderzoek over problematiek na BDE's richtte zich op zelfonthulling. Regina M. Hoffman legde in haar onderzoek een verband tussen studies over de helende werking van zelfonthulling (het vertellen van informatie over het zelf die waarheidgetrouw en onthullend is en die onmogelijk op een andere manier kan worden geweten) en BDE's. Ze geeft onder andere aan dat zelfonthulling over de BDE waarschijnlijk bevorderend werkt voor de psychische en lichamelijke gezondheid van de BDE'er en dat het ervaren van een gevoel van afwijzing tijdens een dergelijke onthulling juist het tegenovergestelde effect heeft. Ook hier waren de aannamen echter niet getoetst onder een grote groep BDE'ers.

Was de hoeveelheid wetenschappelijke literatuur over psychische problematiek na BDE's al zeer beperkt, over hulpverlening na BDE's was nog minder bekend. Slechts in een aantal artikelen wordt het onderwerp aangesneden en meestal resulteert dit in weinig verhelderende aanbevelingen. Er was sowieso nog nooit onderzoek gedaan naar de vraag in hoeverre BDE'ers zelf behoefte aan hulpverlening hebben na hun BDE.

Mijns inziens was dit alles reden genoeg voor een gedegen onderzoek onder een grote groep BDE'ers naar de mogelijke problematische processen die komen kijken na een BDE en de behoefte aan en ervaringen met hulpverlening daarbij.

## Onderzoeksvragen

Al vrij snel kwam ik tot de volgende tweeledige vraagstelling:

1. “In welke mate is er sprake van intrapersoonlijke/interpersoonlijke problematiek en psychopathologie na een BDE, en welke factoren houden verband met deze mogelijke problemen en symptomen?”
2. “Is er behoefte aan professionele hulpverlening na een BDE en, wanneer van hulpverlening gebruik wordt gemaakt, hoe succesvol wordt deze ervaren?”

Voor het onderzoek werd onder intrapersoonlijke en interpersoonlijke problematiek verstaan: de concrete door Greyson genoemde problemen na een BDE, in tegenstelling tot de symptomen die door deze problemen veroorzaakt worden. Psychopathologie werd binnen het onderzoek gezien als de specifieke symptomen en gevoelens die veelal ontstaan vanuit intra- en interpersoonlijke problematiek en die door middel van kwantitatieve onderzoeksinstrumenten gemeten kunnen worden. Hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld angsten, depressieve gevoelens etc.

De volgende vijf deelvraagstellingen werden uit deze onderzoeksvraagstelling geformuleerd:

1. In welke mate is er sprake van intrapersoonlijke/interpersoonlijke problematiek en psychopathologie na een BDE?
2. Welke factoren houden verband met intrapersoonlijke/interpersoonlijke problematiek en psychopathologie na een BDE?
3. In hoeverre en rond welke problematiek wordt professionele psychische hulp gewenst door de BDE'er, en waar zoekt hij deze?
4. In hoeverre wordt de behandeling als succesvol ervaren door de BDE'er?
5. Welke factoren dragen aan dit eventueel ervaren succes bij?

## Methode van dataverzameling

De vraag was nu op welke manier data verzameld kon worden om deze vragen te beantwoorden. Gekozen werd om een vragenlijst te ontwikkelen die door iedere persoon die een BDE had ervaren ingevuld kon worden. Om te toetsen in hoeverre de door Greyson genoemde intrapersoonlijke/interpersoonlijke problematiek door de ondervraagde BDE'ers werd ervaren, werden de genoemde problemen omgezet in uitspraken waarvan de BDE'er aan kon geven in hoeverre hij die op zichzelf van toepassing achtte in het jaar na de BDE, de periode daarna en op het moment van afname van de vragenlijst. Psychopathologie werd gemeten aan de hand van een bestaande, veelgebruikte klachtenlijst, de Symptom Checklist 90 (SCL-90). De factoren die verband zouden kunnen houden met deze intrapersoonlijke/interpersoonlijke problematiek en psychopathologie werden aan de hand van bestaande literatuur en mijn eigen gedachtesprongen en gevolgtrekkingen daaruit als volgt gekozen en in de vragenlijst verwerkt: de verklaring die de respondent gaf voor de BDE, de vraag of de BDE in de kindertijd dan wel in het volwassen leven plaatsvond, de verstreken tijd sinds BDE, de mate en aard van zelfonthulling over de BDE, de verstreken tijd sinds de eerste zelfonthulling over de BDE, de mate van persoonlijkheidsverandering na de BDE, de reacties van anderen op de persoonlijkheidsveranderingen, de inhoudelijke elementen van de ervaring en het hebben van een negatieve dan wel positieve BDE. Hoewel het “meten” van de “diepte” van de ervaring natuurlijk enorm arbitrair is (het idee dat er een vast patroon voor BDE's bestaat waarin de ene persoon “verder” kan komen dan de ander is al geruime tijd bekritiseerd door vele onderzoekers, en naar mijn idee ook rijp voor de prullenbak), leek het mij toch verantwoord om de NDE-Scale van Bruce Greyson voor dit onderzoek te gebruiken. Met deze lijst wordt de BDE opgedeeld in vier categorieën: cognitieve, affectieve, paranormale en transcendente ervaringen. Elke BDE'er kon op deze categorieën hoger of lager scoren en de som van alle categorieën bij elkaar vormde de totaalscore op de BDE, oftewel de “diepte”. Hierdoor kon er toch tot op zekere hoogte een onderscheid gemaakt worden tussen bijvoorbeeld zeer korte of “lichte” BDE's, zoals enkel een uittreding, met een gevoel van vreugde en “diepere” BDE's waarin ervaringen uit alle vier de categorieën voorkwamen.

Ook werd de respondent gevraagd of hij behoefte aan hulpverlening had gehad voor problematiek ten gevolge van de ervaring en werd hem gevraagd welke problemen daarvoor in aanmerking kwamen. Vervolgens kon de BDE'er aangeven bij welk soort hulpverleners hij hulp gezocht had en in

hoeverre deze hulpverlening succesvol was geweest. De factoren die mogelijk van invloed waren op dit succes werden als volgt gekozen en in de vragenlijst verwerkt: de mate van kennis van de hulpverlener over BDE's, de mate waarin de BDE'er zichzelf door de hulpverlener serieus genomen voelde, de mate waarin de BDE een plaats kreeg in de behandeling en de mate waarin de BDE'er zich door de hulpverlener geaccepteerd voelde zoals hij was.

## Resultaten

Aangezien er uiteindelijk 84 vragenlijsten werden ontvangen van de 155 verstuurd exemplaren is het responspercentage dus 54%. Met andere woorden: meer dan de helft van de gevraagde BDE'ers besloot om de vragenlijst in te vullen en terug te sturen. Zoals ik al eerder aangaf is dit een erg mooi percentage, waardoor de bevindingen uit het onderzoek redelijk serieus genomen kunnen worden. In het volgende zullen de resultaten per deelvraagstelling besproken worden.

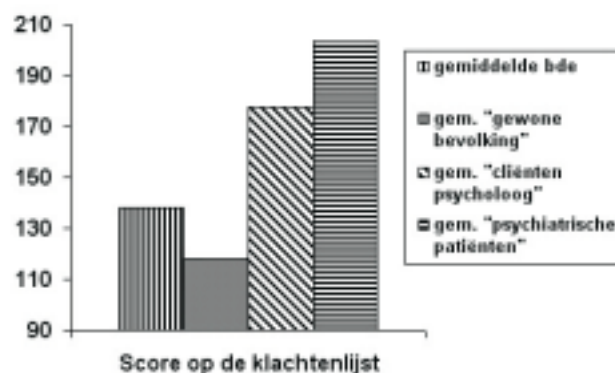
### 1. In welke mate is er sprake van intrapersonlijke/interpersoonlijke problematiek en psychopathologie na een BDE?

Om de gemiddelde scores van de BDE'ers op de klachtenlijst (de SCL-90, oftewel de lijst om psychopathologie te meten) te kunnen interpreteren werd gebruik gemaakt van drie normgroepen: de "gewone bevolking", "cliënten uit psychologenpraktijken" en "psychiatrische patiënten". Op deze manier kon gekeken worden in hoeverre de BDE'ers hoger, gelijk of lager scoren dan de gemiddelde scores van deze groepen mensen op de klachtenlijst.

Het blijkt dat in vergelijking met de "gewone bevolking" de BDE'ers van dit onderzoek gemiddeld genomen "hoog" scoren op de SCL-90. Let wel: het gaat hier om het groepsgemiddelde van de groep respondenten van dit onderzoek, wat betekent dat er ook veel BDE'ers gemiddeld of juist lager scoren in vergelijking met de "gewone bevolking". Wanneer vergeleken wordt met "cliënten uit eerstelijns psychologenpraktijken" scoren de BDE'ers "beneden gemiddeld" en in vergelijking met "poliklinische psychiatrische patiënten" scoren ze "laag". Men zou dus kunnen zeggen dat gemiddeld genomen de BDE'ers van dit onderzoek meer psychopathologie vertonen dan de gewone bevolking, maar niet zoveel als het gemiddelde van de mensen die onder behandeling zijn bij een psycholoog en nog veel minder dan "psychiatrische patiënten".

Wanneer we daarentegen de gemiddelden loslaten en meer op een individueel niveau kijken, dan blijkt dat een niet te verwaarlozen aantal van de BDE'ers (19%) gelijk of hoger scoort dan het gemiddelde van "psychiatrische patiënten" op de klachtenlijst. Hieruit dient echter niet geconcludeerd te worden dat één op de vijf BDE'ers in feite een psychiatrische patiënt is of zou moeten zijn! Zoiets kan namelijk nooit bepaald worden door enkel een vragenlijstje, dat slechts bedoeld is om een eerste indicatie te geven. Wat wel met enige zekerheid uit dit alles geconcludeerd kan worden is dat mensen die een BDE hebben meegemaakt een grotere kans hebben om psychopathologie te vertonen dan de gemiddelde persoon.

Zie **Figuur 1** voor een overzicht van de scores op de SCL-90 van de vier normgroepen.



**Figuur 1:** Gemiddelde scores van BDE'ers, de "gewone bevolking", "cliënten uit psychologenpraktijken" en "psychiatrische patiënten" op de klachtenlijst SCL-90. (Ter verduidelijking: de gemiddelde score van de BDE'ers is 138, die van de "gewone bevolking" 118, etc.)

De BDE blijkt in ieder geval bij sommige mensen specifieke intrapersonlijke en interpersoonlijke problemen te veroorzaken. De door Greyson genoemde problemen worden allemaal in meer of mindere mate door de BDE'ers van dit onderzoek ervaren. In zowel "het jaar na de BDE", "de periode daarna" en "op dit moment" wordt het probleem dat de onvoorwaardelijke liefde van het licht niet te ervaren is in aardse relaties, het meest door de respondenten op zichzelf van toepassing geacht. Andere hoog scorende problemen zijn:

"betekenis BDE niet onder woorden kunnen brengen", "boos/ verdrietig/ depressief om weer terug te zijn", "zich afgezonderd voelen van anderen die geen BDE hebben gehad" en "BDE is alles; normale leven kan niet meer boeien". Het

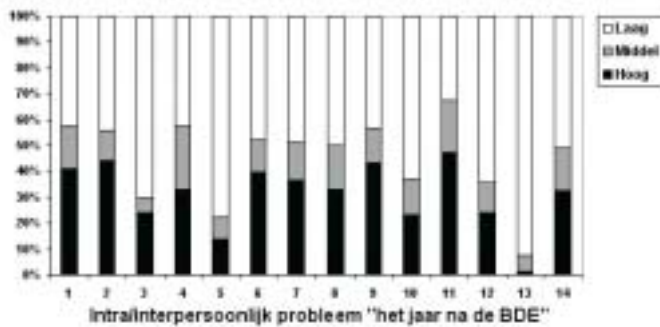
overgrote deel van deze problemen neemt significant in intensiteit af in de jaren die volgen. Zie **Figuren 2, 3 en 4** voor een overzicht van de scores over de drie perioden.

Andere veelgenoemde problemen die door de BDE'ers van dit onderzoek zelf naar voren werden gebracht zijn: "relatieproblemen/echtscheidingen", "onbegrip van anderen over BDE", "heimwee naar de ervaring/existentiële heimwee", "eenzaam voelen" en "problemen met paranormale ervaringen/ helderziendheid".

### 2. Welke factoren houden verband met intrapersonlijke/interpersoonlijke problematiek en psychopathologie na een BDE?

Er blijkt geen verband te bestaan tussen het geven van een bepaald soort verklaring voor de BDE (zoals: "ik ben werkelijk buiten mijn lichaam getreden / de ervaring was realiteit" of "geen verklaring") en intrapersonlijke/interpersoonlijke problematiek of psychopathologie. Dit kan ook te maken hebben met het feit dat het overgrote deel van de respondenten hetzelfde antwoord gaven op hun verklaring voor de BDE, namelijk de al eerder genoemde optie "[...] de ervaring was realiteit", waardoor er weinig vergelijkingsmateriaal was. Ook blijkt er geen significant verschil te bestaan tussen mensen die een BDE hebben tijdens de kindertijd en mensen die een BDE meemaken in het volwassen leven wat betreft hun scores op intrapersonlijke/interpersoonlijke problematiek en psychopathologie. Wanneer op itemniveau naar intrapersonlijke

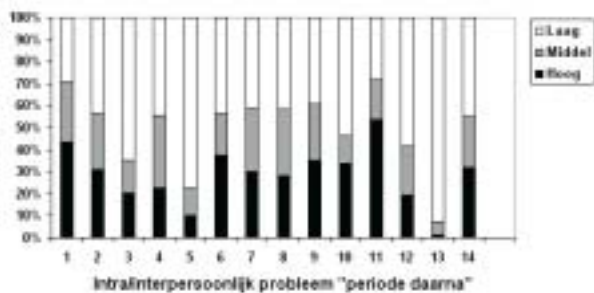
*Opmerking BDE'r:*  
Ik mocht er niet over spreken,  
anders werd ik in een  
inrichting geplaatst.



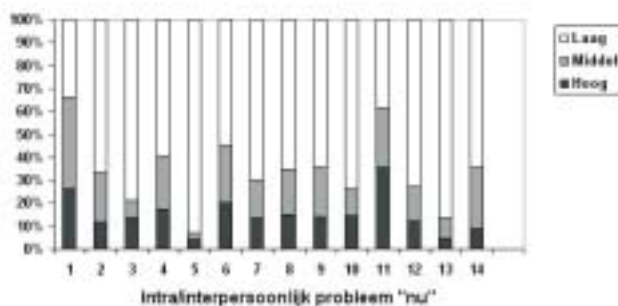
**Figuur 2:** Percentages laag (score 1-3), middel (score 4-7) en hoog (score 8-10) scorende respondenten op intrapersonlijke/interpersoonlijke problemen in "het jaar na de BDE":

- 1 = enorme behoefte om over de BDE te praten
- 2 = boos/verdrietig/depressief om weer terug te zijn
- 3 = problemen met inpassen binnen religieuze overtuigingen
- 4 = BDE is alles; normale leven kan niet meer boeien
- 5 = bang dat BDE teken is gek te worden
- 6 = afgezonderd voelen van anderen die geen BDE hebben gehad
- 7 = bang zijn om door anderen voor gek verklaard te worden over BDE
- 8 = anderen hebben moeite met persoonlijkheidsveranderingen
- 9 = betekenis BDE niet onder woorden kunnen brengen
- 10 = levensstijl en rolpatronen slecht aan kunnen houden
- 11 = onvoorwaardelijke liefde niet ervaren in aardse relaties
- 12 = familieleden herkennen BDE'er niet meer terug
- 13 = hoge verwachtingen van familie na BDE in media
- 14 = geen raad weten met gevoeligheid na BDE

(Ter verduidelijking: op het probleem "boos/verdrietig/depressief om weer terug te zijn" scoorde iets meer dan 40% van de respondenten "hoog", ongeveer 10% "middel" en iets meer dan 40% "laag".)



**Figuur 3:** Percentages laag (score 1-3), middel (score 4-7) en hoog (score 8-10) scorende respondenten op intrapersonlijke/interpersoonlijke problemen in "periode daarna":



**Figuur 4:** Percentages laag (score 1-3), middel (score 4-7) en hoog (score 8-10) scorende respondenten op intrapersonlijke/interpersoonlijke problemen "nu":

problematiek wordt gekeken worden echter wel degelijk enkele verschillen zichtbaar, onder andere wat betreft het probleem "betekenis BDE niet onder woorden kunnen brengen" en de "enorme behoefte om over de BDE te praten" waarbij de kinder-BDE'ers significant lager scoren dan volwassen BDE'ers. Een grote kans bestaat dat de scores op intrapersonlijke/interpersoonlijke problematiek (op het moment van afname van de vragenlijst) en psychopathologie voor een deel worden vertekend door het verschil in tijd die verstreken is sinds de BDE. Voor kinder-BDE'ers is deze tijd veel langer, zodat zij ook meer de tijd hebben gehad om de BDE een plaats te geven in hun leven en de problemen door te werken. Het feit dat deze scores voor een groot deel nu gelijk zijn is wellicht een aanwijzing dat kinder-BDE'ers juist meer intrapersonlijke/interpersoonlijke problematiek en psychopathologie ondervinden dan volwassen BDE'ers.

De verstreken tijd sinds de BDE blijkt namelijk een behoorlijke invloed te hebben op intrapersonlijke problematiek en psychopathologie. Hoe langer het geleden is dat de

*Opmerking BDE'r:*

*Ik wist niets af van BDE's, dacht dat ik de enige was en had het gevoel dat anderen dachten dat ik niet goed snik was.*

BDE plaatsvond, hoe minder intrapersonlijke problemen en psychopathologie worden ondervonden. Dit is wederom een aanwijzing dat het integreren van de ervaring een flinke tijd kan duren en doorgaat in de jaren die volgen.

Zelfonthulling is ook een invloedrijke factor. Zo blijkt de reactie van anderen op het moment dat de BDE'er voor het eerst over de BDE vertelde van invloed te zijn op zowel intrapersonlijke als interpersoonlijke problematiek. Is de eerste reactie negatief, afwijzend of met desinteresse, dan zijn de scores significant hoger dan wanneer de eerste reactie positief of neutraal is. Dit geldt voor alle perioden, met uitzondering van intrapersonlijke problematiek op het moment van afname van de vragenlijst (hier is het verschil niet significant). Deze uitkomst is in overeenstemming met de bevindingen van Hoffman dat afgewezen worden tijdens zelfonthulling (vooral net na de BDE) een zeer negatieve uitwerking kan hebben op de BDE'er. Opvallend is ook dat de effecten daarvan bij sommige mensen jaren later nog merkbaar zijn.

Het aantal personen aan wie de BDE'er verteld heeft over zijn ervaring blijkt geen significante invloed te hebben op intrapersonlijke/interpersoonlijke problematiek of psychopathologie.

De percentages positieve en negatieve reacties die men over het geheel van anderen heeft gekregen na het vertellen over de BDE blijkt echter wel samen te hangen met interpersoonlijke problematiek (op het moment van afname van de vragenlijst). Hoe meer positieve reacties men heeft gekregen, hoe lager de scores op deze problematiek en psychopathologie; hoe meer negatieve reacties, hoe hoger de scores.

Terwijl veel respondenten aangeven een enorme behoefte te hebben om over de BDE te praten, geeft een niet te verwaarlozen minderheid aan deze behoefte nooit of nauwelijks te hebben gehad. Het is dus niet vanzelfsprekend dat iemand die een BDE heeft gehad erover **moet** praten. Kennelijk verwerken sommige mensen de ervaring liever in stilte, terwijl anderen dit doen door erover te praten.

Wanneer de groep mensen geselecteerd wordt die ooit een bevredigend en onthullend gesprek hebben gehad, blijkt dat hoe vaker zo'n gesprek heeft plaatsgevonden, hoe lager zij scoren op enkele schalen van de klachtenlijst. Het hebben van positief ervaren zelfonthullingsgesprekken blijkt dus in verband te staan met lagere psychopathologiescores.

De duur van de tijd die verstreken is sinds het eerste gesprek over de BDE heeft een verminderende invloed op de mate van interpersoonlijke problematiek en psychopathologie, evenals de tijd die verstreken is sinds het eerste bevredigende en onthullende gesprek. De kans is echter groot dat met deze bevinding een overlap bestaat met de verstreken tijd sinds de BDE. Een nauwkeuriger tijdmeting zou hier in verder onderzoek misschien uitsluitsel over kunnen geven.

De mate van zelf ervaren persoonlijkheidsverandering blijkt verband te houden met interpersoonlijke problematiek in het jaar na de BDE en de periode daarna. Hoe sterker de BDE'er het gevoel heeft veranderd te zijn qua persoonlijkheid, hoe meer interpersoonlijke problemen hij rapporteert. De reacties op deze persoonlijkheidsveranderingen zijn wellicht van groter belang: een hoger percentage positieve reacties van mensen in de omgeving van de BDE'er op deze persoonlijkheidsveranderingen houdt verband met vermindering van interpersoonlijke problematiek en psychopathologie, een hoger percentage negatieve reacties met vermeerdering van intrapersoonlijke problematiek, interpersoonlijke problematiek en psychopathologie. De mate waarin de persoonlijkheidsveranderingen nu geaccepteerd worden door de directe omgeving van de BDE'er hangt sterk samen met de mate van intrapersoonlijke problematiek, interpersoonlijke problematiek en psychopathologie van de BDE'er. Hoe meer de persoonlijkheidsveranderingen geaccepteerd worden, hoe minder intrapersoonlijke/interpersoonlijke problematiek en psychopathologie de BDE'er ondervindt.

Dit alles maakt wel duidelijk hoe belangrijk het is in welke sociale situatie de BDE'er terugkomt na zijn ervaring. Staat de omgeving open voor dit soort ervaringen en is zij flexibel in het omgaan met de persoonlijkheidsveranderingen, dan zal de BDE'er veel minder problemen tegenkomen dan wanneer dit niet het geval is.

De inhoudelijke elementen van de BDE houden ook verband met intrapersoonlijke/interpersoonlijke problematiek en psychopathologie. Hoe "dieper" de ervaring, hoe hoger de score op intrapersoonlijke problematiek in het jaar na de BDE en op interpersoonlijke problematiek op het moment van afname van de vragenlijst. Ook de score op psychopathologie blijkt hoger te zijn naarmate de ervaring meer elementen van de NDE-Scale bevatte. Een andere opvallende bevinding is dat de 'diepte' van de ervaring in verband blijkt te staan met de mate van zelf ervaren persoonlijkheidsverandering. Hoe 'dieper' de ervaring, hoe meer de BDE'er het gevoel heeft veranderd te zijn qua persoonlijkheid.

Het hebben van een negatieve BDE houdt licht verband met enkele subschalen van de klachtenlijst. Hoe negatiever de ervaring, hoe hoger de score op deze schalen.

De scores op intrapersoonlijke en interpersoonlijke problematiek enerzijds en de scores op de klachtenlijst anderzijds blijken

bovendien sterk met elkaar samen te hangen. Dit resultaat is een sterke aanwijzing dat deze intrapersoonlijke en interpersoonlijke problematiek serieus genomen dient te worden, aangezien het psychopathologie in de hand lijkt te werken.

### **3. In hoeverre en rond welke problematiek wordt professionele psychische hulp gewenst door de BDE'er, en waar zoekt hij deze?**

Meer dan de helft van de ondervraagde respondenten geeft aan behoefte aan hulpverlening te hebben (gehad). Het meest genoemde probleem waar hulp voor werd gezocht was "onvoorwaardelijke liefde niet ervaren in aardse relaties", gevolgd door "een persoon nodig hebben om de BDE aan te vertellen", "betekenis BDE niet onder woorden kunnen brengen" en "geen raad weten met gevoeligheid sinds BDE". Het meest werd gebruik gemaakt van de hulp van de huisarts, gevolgd door "psycholoog", "paranormaal therapeut/ deskundige", "dominee", "psychiater" en "psychotherapeut". Een ruime meerderheid blijkt lotgenotencontact belangrijker dan of even belangrijk als hulpverlening te vinden.

### **4. In hoeverre wordt de behandeling als succesvol ervaren door de BDE'er?**

De behandelingen van psychologen, psychiaters, huisartsen en maatschappelijk werkers worden over het algemeen als slecht tot zeer slecht ervaren. Zo geeft iets minder dan de helft van de BDE'ers die bij de huisarts of psycholoog onder behandeling zijn geweest aan dat ze eerder achteruit zijn gegaan dan

voortgeholpen door de interventie. Dit is een schokkend resultaat te noemen, zeker wanneer in ogenschouw genomen wordt dat bij deze twee

soorten hulpverlening het meest voor hulp werd aangeklopt. Spiritueel ingestelde therapieën, zoals paranormaal therapeuten en transpersoonlijk psychiaters die aanbieden, lijken het meeste succes te hebben, evenals de hulp van psychotherapeuten en de Stichting Merkawah.

Als tegenwerping zou gezegd kunnen worden dat de slechte resultaten van psychologen en huisartsbehandelingen waarschijnlijk dateren van jaren geleden toen er nog weinig bekend was over BDE's. Het blijkt echter dat er geen verband bestaat tussen behandelingssucces en verstreken tijd sinds de BDE. De uitgebreide media-aandacht voor het fenomeen BDE's lijkt dus op hulpverlenergebied nog niet zijn vruchten te hebben afgeworpen.

### **5. Welke factoren dragen aan dit eventueel ervaren succes bij?**

De mate waarin de BDE door de therapeut serieus genomen werd, de BDE een plaats kreeg in de behandeling, de BDE'er geaccepteerd werd zoals hij was, en het kennisniveau van de therapeut blijken allemaal sterk verband te houden met het door de BDE'er ervaren succes van de behandeling: hoe hoger deze waarden, hoe groter het ervaren succes.

De mate waarin de behandeling als succesvol werd ervaren blijkt bovendien samen te hangen met interpersoonlijke problematiek en psychopathologie. Hoe succesvoller de behandeling, hoe minder er sprake is van interpersoonlijke problematiek en psychopathologie. Dit geeft aan dat de meting van behande-

#### *Opmerking BDE'r:*

*Het grootste probleem was dat ik niet meer paste in een leven met echtgenoot waarin materialisme een grote rol speelde. Ons huwelijk is dan ook op de klippen gelopen.*

lingssucces redelijk valide is, zeker wanneer in het achterhoofd gehouden wordt dat deze therapieën in sommige gevallen een maand, maar in andere tientallen jaren voor afname van de vragenlijst door de respondenten ondergaan kunnen zijn.

## Conclusies

Wat kan aan de hand van de bovenstaande resultaten geconcludeerd worden? Een BDE is kennelijk een ervaring die bij veel mensen een sterke en lang aanhoudende invloed heeft op hun psychische gesteldheid. Veel BDE'ers komen (ondanks de vele positieve effecten van de BDE) problemen tegen die zowel in henzelf spelen, als problemen die voortkomen uit interactie met de omgeving. Indien de omgeving van de BDE'er op een adequate manier reageert kunnen echter veel problemen voorkomen of beperkt worden. Dit kan onder andere door het verhaal te laten vertellen en niet afwijzend te reageren, en het aanvaarden en accepteren van de persoonlijkheidsveranderingen van de BDE'er. Uiteraard is dit voor veel familieleden en vrienden makkelijker gezegd dan gedaan. Mensen met een weinig spirituele inslag kunnen moeite hebben de verhalen van BDE'ers serieus te nemen. Het feit dat veel BDE'ers geen waarde meer hechten aan geld kan partners tot wanhoop drijven. De BDE'er staat daarom in veel gevallen voor een extreem moeilijke opgave: hoe vertel ik mijn familie en vrienden dat ik de meest indrukwekkende ervaring van mijn leven heb gehad in een wereld waarin zij niet geloven? Dit probleem is misschien wel tekenend voor de intrapersoonlijke/interpersoonlijke problematiek die in dit onderzoek onderzocht werd.

Wanneer de intrapersoonlijke/interpersoonlijke problemen nader bekeken worden is namelijk te zien dat het grootste deel van deze problemen voortkomt uit de verschillen tussen de leefwereld van de BDE en de leefwereld in de westerse cultuur: "betekenis BDE niet onder woorden kunnen brengen", "bang zijn om door anderen voor gek verklaard te worden over BDE", "levensstijl en rolpatronen van voor de BDE slecht aan kunnen houden", "problemen met inpassen binnen religieuze overtuigingen", "bang dat BDE teken is gek te worden", "afgezonderd voelen van anderen die geen BDE hebben gehad". De BDE'er heeft iets meegemaakt dat haaks staat op wat binnen de gangbare cultuur voor mogelijk wordt gehouden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat veel BDE'ers vlak na de ervaring twijfelen aan zichzelf en al helemaal niet staan te popelen om hun naasten over de gebeurtenissen in te lichten. De kloof tussen het westers materialisme en de BDE is voor velen te groot, met als gevolg de problemen die hierboven genoemd zijn. Daarom dient naar mijn idee niet de BDE, maar het feit dat de westerse cultuur en wetenschap geen vaste plaats heeft voor dit soort spirituele ervaringen, gezien te worden als voornaamste veroorzaker van intrapersoonlijke/interpersoonlijke problematiek en psychopathologie. De resultaten zijn in overeenstemming met deze stelling: komt de BDE'er terug in een sociale omgeving die zijn verhalen serieus neemt en die weinig problemen heeft met de (vaak spiritueel getinte) persoonlijkheidsveranderingen, dan is de kans op problemen vele malen kleiner dan wanneer dit niet het geval is. Ook de uitkomsten van het hulpverleningsvraagstuk ondersteunen deze stelling: succes wordt bereikt bij (met uitzondering van psychotherapeuten) spiritueel ingestelde hulpverleners.

Een cultuuromslag valt niet binnen afzienbare tijd te verwachten. Twee simpele veranderingen zouden echter al behoorlijk wat leed kunnen besparen:

- Laat de BDE een vaste plaats krijgen binnen het onderwijs van de studies geneeskunde en verpleegkunde. Puur het weten dat dergelijke ervaringen bestaan (ongeacht wat de verklaring is) kan al veel veranderen in de manier waarop met patiënten omgegaan wordt tijdens en na operaties. Ook psychologen en maatschappelijk werkers dienen hierover kennis te verwerven, zodat BDE-problematiek sneller aan het licht kan komen en er adequater hulp gegeven kan worden dan nu het geval is. Het feit dat deze beroepsgroepen het er qua hulpverlening zo schrikbarend slecht vanaf brengen is hiervoor een teken aan de wand.
- Meer serieuze aandacht voor BDE's in zowel wetenschappelijke als populaire media kan gaandeweg ervoor zorgen dat de BDE en BDE-problematiek een vaste plaats krijgen binnen de samenleving. Helaas staat het onderzoek naar BDE's de laatste jaren op een bedenkelijk laag pitje. Afgezien van het artikel van Pim van Lommel *et al* in de Lancet mijden de grote wetenschappelijke tijdschriften het onderwerp alsof het een nietszeggend randverschijnsel is dat geen aandacht behoeft. Dit is ontzettend jammer, juist omdat meer aandacht voor BDE's binnen de wetenschap de problemen die in dit onderzoek beschreven staan zouden kunnen doen verminderen. Ik hoop daarom dat mijn onderzoek een klein steentje kan bijdragen aan het vergroten van de aandacht die het onderwerp absoluut verdient. ||

### *Opmerking BDE'r:*

*Niemand houdt ons tegen om de onvoorwaardelijke liefde en licht te ervaren en te delen. Aardse verwachtingen en angsten in onszelf houden ons van het leven in licht en liefde af.*

## Appendix: Opmerkingen van BDE'ers in de open vragen (per vraag)

### Verklaring BDE:

- hoeft geen verklaring, het IS. De realiteit tijdens de BDE is veel fundamenteeler dan wat wij hier als realiteit verstaan.

### Andere reactie op eerste gesprek over BDE:

- Ik mocht er niet over spreken, anders werd ik in een inrichting geplaatst. (later bij volgende vraag: "het was een bevestiging voor m'n inzicht t.a.v. de kerk")
- Mijn moeder heeft het verhaal vlak erna aangehoord, vaak laten vertellen. Heeft gunstige invloed gehad op verwerking. Daarna echter plm acht jaar niet over gesproken en dat werkte negatief (ging me afsluiten).
- De afwijzing die direct na de BDE plaatsvond heeft er voor gezorgd dat ik wel mijn mond hierover hield. Het gesprek 32 jaar na mijn BDE verliep zeer positief.
- De dominee zei heel wijs: ik begrijp je niet, ga naar Merkawah.

**Consequenties reactie op eerste gesprek over BDE:**

- Toen ik er voor het eerst over praatte (met mensen van Merkawah) viel er veel van me af. Het voelde bevrijdend en ik werd emotioneel diep geraakt toen we de ervaringen deelden.
- Gevoel van onbegrepen zijn nam nog verder toe. Maar werd gecompenseerd door de raad die ik tijdens de BDE had gekregen: Mensen hebben lief voor zover ze kunnen.
- Nee, ik was heel verbaasd over de enorm negatieve ervaringen van anderen.
- Ik wist niets af van BDE's, dacht dat ik de enige was en had het gevoel dat anderen dachten dat ik niet goed snik was.
- Men vond het maar gek, niet te begrijpen. Ik twijfelde enorm (was dit een hallucinatie). Ik wist voor mezelf zeker dat deze geweldige ervaring belangrijk voor me zou zijn.
- Had snel door te moeten zwijgen, omdat ik anders voor gek genomen werd. Dit heeft 17 jaar geduurd.
- Nee, eigenlijk niet. Ik beleef mijn BDE nog steeds dagelijks opnieuw. Het is onderdeel van mijn dagelijks leven geworden. Ik voel me er ongelofelijk door verrijkt. Het verwerken kost wel wat tijd.
- Deze ervaring is voor mij niet te verwerken; hoeft ook niet.
- De dag na de ervaring ben ik naar de huisarts gegaan, hij kon er niet over praten. Zelf ben ik op onderzoek uitgegaan en kwam snel bij "Merkawah" terecht.
- Durfde er niet meer over te praten en dacht dat ik gek geworden was: ging alles ontkennen om te kunnen overleven: afsluiting gevoelswereld.
- Het heeft tien jaar geduurd om erover te praten en je leven weer op de rails te hebben.
- Ik heb een aantal jaren mijn mond gehouden. Later nog eens ter sprake gebracht. Werd voor fantast versleten. Nog later intensief ter sprake gebracht. Werd voor gek versleten + psychiatrisch. Nu nog.
- Ja, mijn ervaring werd serieus genomen. Ik werd dus serieus genomen en geaccepteerd. Daardoor kon ik de ervaring veel sneller integreren.
- Ik wist niet wat mij overkomen was en ben er mee naar mijn huisarts gegaan. Hij zei: als je zo doorgaat moet ik je op laten nemen. Toen heb ik vier jaar m'n mond gehouden.

**Andere problemen na BDE:**

- Depressie omdat overal misverstanden en conflicten waren. Hieraan wil ik niet meedoen, maar anderen verwachten dat je je verdedigt. Het lijkt dat je hier niet aan dualiteit kan ontkomen en als je er niet aan mee doet, wordt het niet begrepen.
- Loop soms tegen eigen beperkingen aan. Waarom straalt ik niet meer hemels licht door? Soms voel ik heimwee en ook onzekerheid. Geen garantie dat als ik opnieuw (definitief) de aarde verlaat, het weer zo mooi zal zijn. Ik hoor immers mensen met meerdere – ook negatieve – ervaringen.
- Het grootste probleem was dat ik niet meer paste in een leven met echtgenoot waarin materialisme een grote rol speelde. Ons huwelijk is dan ook op de klippen gelopen.

- Ik heb ondervonden dat onze maatschappij niet zit te wachten op mensen zoals ik. Ze zijn alleen maar bezig met geld, aanzien en alledaagse dingen. Als ik alleen al vertel welke boeken ik lees krijg ik rare reacties. Ze vragen me o.a. of ik niet beter met beide benen op de grond kan blijven staan. Ze vinden me onnatuurlijk of zweverig. Dus zeg ik niets meer! Wat denkt u. Als ik zou vertellen over mijn bijnadoodervaring?
- Ik voelde me hier op aarde niet meer thuis. Ik was liever daar gebleven. Ik vond veel dingen niet belangrijk meer, veel interesseerde me niet meer zo.
- Man vroeg scheiding aan. Hij zei "dat ik gek was. Niet meer van deze wereld was. Ik was godsdienstwaan-zinnig". Moeite met regelgeving en wetten. Geld interesseert me niet meer, maar ik moet rekeningen betalen. Alles is te oppervlakkig. Kan geen negativiteit meer verdragen. Het meeste is onnozel.
- Het contact met andere kon me gigantisch uitputten, omdat ik teveel voelde, teveel beelden zag.

**Andere problemen waarvoor hulp gewenst was:**

- De gevoeligheid voor andere mensen en omgeving is heel sterk en zeer vermoeiend en verwarrend, allemaal informatie verwerken in zeer korte tijd vergt veel van je. Zeker als je het niet in de hand hebt.
- Ik begreep de bijbehorende paranormale gebeurtenissen niet en dacht dat ik zwaar overspannen was.
- Nu, na een aantal jaar psychotherapie kan ik het aardse beter accepteren en nu ook aanvaarden.
- Ik kon de ervaring en de impact ervan niet begrijpen en moeilijk vormgeven in het aardse leven.
- Het heeft tijd nodig om te verwerken en herstellen van datgene waar geen woorden voor zijn.
- Niemand houdt ons tegen om de onvoorwaardelijke liefde en licht te ervaren en te delen. Aardse verwachtingen en angsten in onszelf houden ons van het leven in licht en liefde af. *(opmerking Igor: dit vind ik persoonlijk een van de mooiste opmerkingen)*
- Ik voelde me eenzamer als nooit eerder. Ik bleef telepathische gedachten houden over de wereld en de mensen en werd door mijn omgeving als "eng" bestempeld.

**Andere elementen voor een goede behandeling:**

- Ik zou zo graag willen dat er begrip/begeleiding of wat dan ook voor partners zou zijn (ook als ze er niet voor open staan). Ze vallen in een gat en berokkenen zichzelf en de BDE'er enorm veel leed.
- Reguliere hulp zou BDE'ers serieuzer moeten nemen. Niet te snel het plakkaat "psychotisch" opplakken. Regulier en alternatief zouden meer samen moeten werken. Er valt m.i. nog veel te leren van elkaar.
- Juist het open kunnen stellen op zielsniveau brengt het proces sneller op gang en geeft ruimte om "het onbenoembare" benoembaar te maken.
- Want alhoewel de meesten denken dat je opeens een heilige bent en daarom geen fouten zou maken is dat een foutieve mening... Een mens met BDE maakt fouten, die zijn soms extra pijnlijk en werken schuldgevoelens in werking. [...] Merkawah, was voor mij mijn thuiskomst, onvoorwaardelijke liefde! ||