

Commentaar Pim van Lommel op artikel Woerlee

getiteld 'Reactie op 'de man met het gebit' naar aanleiding van het artikel
"Een gesprek met TG over de Man met het gebit" door Titus Rivas.

In het recente artikel van Titus Rivas, gebaseerd op een hernieuwd interview met de verpleegkundige TG, worden grotendeels de vele details bevestigd van de beschrijving van de uitreding van een patiënt tijdens zijn hartstilstand, zoals destijds opgetekend door deze zelfde verpleegkundige in 1991 en 1994. Nieuw was voor mij de datum van de reanimatie, omdat ik destijds had begrepen dat deze reanimatie plaats had gevonden in de tijd dat het ziekenhuis in Nijmegen deelnam aan onze prospectieve studie naar BDE bij alle achtereenvolgende patiënten die succesvol waren gereanimeerd in tien Nederlandse ziekenhuizen. Ook was voor mij nieuw te lezen dat patiënt gedurende zijn reanimatie op een bepaald moment lichamelijke pijn heeft gevoeld van de machine die uitwendige hartmassage toepaste.



Belangrijk is thans dat vele details verder zijn nagevraagd en uitgewerkt, hetgeen voor mij wederom duidelijk maakt hoe goed dit geval van een uitreding is geobjectiveerd en gecontroleerd. Een aanvullend gesprek met deze verpleegkundige was destijds in 1990 gevoerd door Vincent Meijers, een van de co-auteurs van onze studie, en later in 1994 door Ap Addink, één van de vrijwilligers van Merkawah, op verzoek van Ruud van Wees, een andere coauteur van onze studie.

Omdat de feiten wederom zo duidelijk en gedetailleerd zijn weergegeven verbaast het mij dat Gerald Woerlee toch nog van mening blijft dat alles goed te verklaren is met het materialistische, reductionistische model, waarin geen plaats is voor een objectiveerbare uitreding, ondanks alle feitelijke details. Om deze reden wordt door hem van alles geprobeerd om het verhaal eenzijdig en soms ook foutief te citeren zodat het beeld wordt geschapen dat patiënt 'gewoon' bij bewustzijn was tijdens de gehele reanimatie procedure. Hij weigert om principiële redenen een andere verklaring dan de zijne in overweging te nemen, en noemt elke andere verklaring bovennatuurlijk of bovenmenselijk.

Gaarne wil ik dan ook de vele foutieve interpretaties en citaten door Woerlee bespreken om duidelijk te maken dat de feiten en medische verklaringen anders zijn dan hij beweert.

Gebitsprothese

Woerlee schrijft dat patiënt voelde hoe zijn gebitsprothese werd verwijderd en in een bakje in een lade werd gelegd. *[Integendeel, het gebit werd helemaal níet in een bakje gelegd, maar rechtstreeks op een houten plankje - redactie]* Het leggen van een gebit in een bakje is niet te voelen, en dat wordt ook niet in het verslag beschreven. In het verslag van TG staat duidelijk dat patiënt vanuit een positie *buiten en boven* zijn lichaam alles gedetailleerd heeft waargenomen. Hij nam alles waar vanaf het plafond van de kleine reanimatiekamer, waardoor het mogelijk was de positie en vorm van het

aanrechtje te beschrijven, evenals de vorm van de (ongebruikelijke) reanimatiekar, inclusief met wat er allemaal opstond en met het uitschuifbaar, houten tableautje waar zijn gebit op werd gelegd. Ook was hij in staat het uiterlijk van de verpleegkundige TG en van de twee vrouwelijke verpleegkundigen te beschrijven (dit laatste was vooral beschreven in een eerder interview). Patiënt, die behalve tijdens pupilcontrole gesloten ogen had, beschrijft details die niet zichtbaar konden zijn vanuit zijn liggende positie op het reanimatiebed. Bij pupilcontrole wordt met een fel lampje in de ogen geschenen om de pupilreactie te testen, en iedereen kan weten dat wanneer iemand met een felle lamp in de ogen schijnt, men niets meer kan zien of herkennen, zelfs als men bij bewustzijn is.

De discussie van het wel of niet doorgaan met de reanimatie was pas gevoerd nadat men een tijd lang bezig was met de reanimatie, en er steeds opnieuw moest worden gereanimeerd (zie verslag). Tussendoor had patiënt na ongeveer twintig minuten steeds kortdurend hartritme, waarbij het op dat moment mogelijk is dat hij weer zeer tijdelijk een verlaagd waakbewustzijn kon ervaren, met het ervaren van lichamelijke pijn. Meestal blijkt dit uit onrust en verwardheid. In het verslag is niet duidelijk te achterhalen wanneer patiënt de pijn van het reanimatieapparaat heeft gevoeld, maar TG geeft aan dat dit later tijdens de reanimatie moet zijn gebeurd, en níet op het moment dat het gebit door hem werd verwijderd. TG beschrijft in het artikel namelijk dat patiënt uiteindelijk na lange tijd (na ruim één uur) ook heel kleine pogingen deed om te gaan ademen, hetgeen wijst op beginnend herstel van de functie van de hersenstam (en mogelijk ook van beginnend herstel van het waakbewustzijn met de mogelijkheid van het voelen van pijn?). Waarschijnlijk heeft patiënt in die laatste periode van de reanimatie dus de pijn van de massagepomp fysiek gevoeld.

Groot hartinfarct

Woerlee veronderstelt dat bij patiënt primair sprake moet zijn geweest van onderkoeling, waardoor de hartslag langzaam was geworden en uiteindelijk over was gegaan in ventrikelfibrilleren (VF). Maar bij patiënt bleek sprake te zijn van een groot hartinfarct, en de bewusteloosheid van patiënt moet dus zijn veroorzaakt door VF, waardoor hij in het weiland op de grond was gevallen. *NB: In enkele gevallen ontstaat geen VF maar een asystolie (het ontbreken van elektrische activiteit van het hart) bij patiënten met een 'onderwand'-infarct, maar ook deze mensen raken bewusteloos.* Er is dus geen sprake geweest van een man die gestruikeld of gevallen was tijdens een wandeling in een weiland en onderkoeld was geraakt, zoals Woerlee suggereert, maar van een patiënt met een acuut groot hartinfarct met 'primair' VF. De gevallen van onderkoelde perso-

nen die Woerlee beschrijft betreft vooral mensen die in zeer koud water bijna zijn verdronken, en alsnog na een lange tijd succesvol konden worden gereanimeerd. Zijn stelling dat 'het duidelijk is dat deze man bewusteloos lag door onderkoeling, maar wel met een hartslag tot zeer kort voordat de ambulance arriveerde' is dus niet gebaseerd op de genoemde feiten, omdat patiënt een acuut hartinfarct had met VF, hetgeen duidelijk is aangetoond door de GGD en later ook in het ziekenhuis.

Bij binnenkomst was patiënt niet aanspreekbaar (door uitval van de hersenschors), cyanotisch (met een blauw-paars verkleurde huid), hij vertoonde 'lijkvlekken', hij had een ondertemperatuur (onderkoeld), had geen hartslag, geen ademhaling (door uitval van het ademhalingscentrum dat gelegen is vlak bij de hersenstam), geen lichaamsreflexen (door uitval van de hersenschors), geen worgreflex, geen cornea reflex, en lichtstijve wijde pupillen (alle drie een teken van uitval van de hersenstam). Direct na de installatie van het uitwendige hartmassage apparaat [*dat echter nog niet was ingeschakeld!* Zie commentaar TG – red] werd het kunstgebit verwijderd, en op dat moment heeft patiënt alles gedetailleerd kunnen waarnemen. Toen echter was zijn klinische toestand nog niet hersteld want alle reflexen van hersenschors en hersenstam waren nog uitgevallen, en werd hij nog niet beademd. NB. Na een hartstilstand van langer dan 37 seconden duurt het herstel van het EEG en van de hersenfuncties langer nadat de bloedcirculatie adequaat is hersteld, hetgeen echter nooit het geval kan zijn met alléén uitwendige hartmassage en beademing omdat defibrillatie hiervoor altijd noodzakelijk is. Hoe langer een hartstilstand duurt, hoe langer het duurt dat de hersenfuncties van een patiënt herstellen, vandaar dat patiënten soms dagen tot weken in coma op de ICU aan de beademing blijven liggen, ondanks het herstel van hartslag en bloeddruk.

En hoe langer het duurt voordat met adequate reanimatie wordt gestart, hoe kleiner de kans op overleving, omdat de hersenen onherstelbaar zijn beschadigd. Hoe langer alleen uitwendige massage en beademing wordt toegepast voordat een patiënt wordt gedefibrilleerd, hoe kleiner de kans dat patiënt zijn hartstilstand zal overleven omdat de bloedvoorziening van hersenen en hart onvoldoende zijn en blijven om een definitieve beschadiging van de hersenen te voorkomen. De overlevingskans van patiënten met een hartstilstand buiten het ziekenhuis is daardoor slechts ongeveer 10 procent. De levensvatbaarheid, of herstelbaarheid van hersenen en hart neemt snel af ondanks adequate uitwendige reanimatie, maar de kans op overleving neemt toe bij onderkoeling, hetgeen tegenwoordig ook wel therapeutisch wordt toegepast (hypothermie). Bij de beschreven patiënt met het kunstgebit is zijn overleving waarschijnlijk te danken aan zijn nog relatief jeugdige leeftijd in combinatie met onderkoeling in het weiland.

Ter verduidelijking nogmaals: bij alleen uitwendige reanimatie, zonder defibrillatie of pacemaker, zal een patiënt in alle gevallen overlijden.

Extreem zeldzame gevallen

Dat mensen in extreem zeldzame gevallen een (verlaagd) bewustzijn kunnen hebben of (verminderd) aanspreekbaar kunnen worden tijdens reanimatie, zoals ook in één geval wordt gemeld door TG, is doordat op dat moment de hartslag en bloeddruk meestal tijdelijk even zijn hersteld. Bij een langdurige reanimatie komt het soms voor dat het ritme tijdelijk wordt hersteld maar daarna treedt dan weer recidiverend VF

op, met vaak uiteindelijk overlijden als gevolg. Alleen uitwendige hartmassage en beademing is onvoldoende om patiënten in leven te houden bij het wegblijven van het herstel van het hartritme en bloeddruk. In mijn ruim dertigjarige ervaring als cardioloog, waarbij ik meer dan duizend reanimaties persoonlijk heb meegemaakt, is het *nooit* voorgekomen dat patiënten reageerden tijdens VF of asystolie, ondanks adequate reanimatie, maar het gebeurde wel heel zelden bij een langdurige en moeizame reanimatieprocedure tijdens het kortdurend en tijdelijk herstel van het hartritme en de bloeddruk, maar patiënten zijn dan vaak verminderd aanspreekbaar, verward, en lichame-lijk erg onrustig. Indien wordt gemeld dat patiënten tijdens reanimatie kortdurend (verminderd) aanspreekbaar en lichame-lijk onrustig waren is dat dus eigenlijk nooit tijdens VF.

Enige uitzondering

De enige uitzondering is een publicatie uit begin zestiger jaren, waarbij een patiënt aanspreekbaar was tijdens inwendige hartmassage, dus bij een rechtstreekse massage van het hart van een patiënt met een met spoed opengesneden borstholte, omdat rechtstreekse inwendige massage een hogere bloeddruk veroorzaakt dan uitwendige hartmassage. En het door Woerlee geciteerde artikel van Bihari bevat één geval van een (verlaagd!!) bewustzijn tijdens reanimatie wegens asystolie, waarbij dus geen defibrillatie wordt toegepast, maar een tijdelijke pacemaker wordt ingebracht. Want uitwendige hartmassage en defibrillatie (stroomstoot op de borst) zijn extreem pijnlijk, en wordt dus gelukkig niet gevoeld omdat patiënten ondanks de genoemde uitwendige hartmassage en beademing binnen enkele tellen bewusteloos zijn. Dat wordt ook gezien bij die patiënten die tijdens een hartkatheterisatie of dotterbehandeling als complicatie VF krijgen, en binnen 15–30 seconden succesvol worden gereanimeerd. Zij hebben nooit enige pijn ervaren, ook niet als op dat moment een BDE met uittreding was opgetreden.

Gehoor intact?

Dat patiënten kunnen horen tijdens een reanimatie of coma wordt door Woerlee verklaard door het feit dat bij coma, door zuurstoftekort, het gehoor toch intact blijft. Hoe is dat bekend? Is dat bewezen? Omdat mensen later kunnen vertellen wat er is gezegd betekent nog niet dat het gehoor intact was. Want het is bekend dat mensen met een BDE met uittreding precies kunnen vertellen wat er is gezegd, maar zij hebben niets met hun oren gehoord, omdat ook mensen die hardhorend of doof zijn precies kunnen navertellen wat er is gezegd. Zij horen geen stemmen, zij horen ook geen lawaai of geluid, maar zij ontvangen alle gedachten van mensen rechtstreeks in hun bewustzijn. Gehoortesten tijdens coma zijn ook niet uitvoerbaar, en dus een bewijs dat patiënten echt letterlijk via de oren iets tijdens coma hebben gehoord is nooit geleverd, en op basis van goed gedocumenteerde gevallen van dove en hardhorende mensen met een BDE ook uiterst onwaarschijnlijk. Het lijkt een vorm van niet-zintuiglijke waarneming te zijn, hetgeen ook geldt voor de later objectiveerbare waarneming van de omgeving of van de eigen reanimatie, zoals ook in dit geval de waarneming van het verwijderen van het eigen gebit. En de vergelijking met een 'locked-in' syndroom gaat niet op, omdat dit syndroompatiënten betreft die in een langdurig coma zijn, en niet tijdens reanimatie tijdens de korte duur van klinische dood. Een BDE met uittreding lijkt eerder een 'locked-out' syndroom!

In de film/video “*De Dood Nabij*”, door Stichting Merkawah geproduceerd in 1991 en nog steeds verkrijgbaar, vertellen drie patiënten over hun BDE en hun waarnemingen tijdens hun hartstilstand. Willem Witteveen vertelt in deze film hoe hij van zijn (reeds lang overleden) vader te horen krijgt dat hij ‘nog terug moet omdat hij nog een taak te verrichten heeft’, hij wordt daarna door zijn vader teruggeleid naar zijn levensloze lichaam op de CCU, waar Willem van boven ziet hoe een ‘Indonesisch uiziende’ zuster met de ‘elektroden’ van de defibrillator in haar hand naar zijn lichaam loopt, hij ziet van boven ‘dat haar kruintje kaal is’ (!), hij ziet de ‘elektroden’ geplaatst worden op zijn lichaam, en ..PPSSJJTT wordt hij ogenblikkelijk teruggezogen in zijn lichaam, waarbij hij opmerkt dat ‘zijn hoofd’ aan de andere kant was als ‘zijn hoofd’ van zijn fysieke lichaam, waardoor hij het gevoel kreeg dat hij in zijn lichaam terug ‘draaide’. En dat was een vreselijk nare en pijnlijke ervaring, zoals hij zelf zegt in de film. Willem Witteveen beschrijft dus duidelijk hoe hij weer bewust terug kwam in zijn lichaam en de pijn in zijn lichaam weer voelde op het moment dat zijn hartritme werd hersteld door defibrillatie.

Foutieve interpretatie

De verklaring van Woerlee dat uitwendige hartmassage onvoldoende bloeddruk veroorzaakt om mensen in leven te houden, of om hen weer tot bewustzijn te laten komen, klopt. Dat heb ik ook uitgebreid in mijn boek *Eindeloos Bewustzijn* in hoofdstuk 8 beschreven op pagina 157-158. Dat vervolgens Woerlee beweert dat bij ongeveer 10-20% van de mensen met een hartstilstand dankzij uitwendige hartmassage een voldoende bloeddruk kan worden bereikt om bewustzijn te handhaven of te herstellen, berust op een foutieve interpretatie van één (vrij oud) artikel, waarin wordt beschreven hoe 15 patiënten werden gereanimeerd met behulp van een machinale uitwendige hartmassage en kunstmatige beademing door middel van intuïtie, en waarbij uiteindelijk als resultaat 3 van de 15 patiënten levensvatbaar (‘viable’) bleken te zijn, hetgeen door Woerlee wordt geïnterpreteerd als dat zij bewustzijn tijdens de reanimatie moeten hebben ervaren. Dit laatste wordt in het betreffende artikel helemaal niet vermeld.

Dat in extreem zeldzame gevallen (minder dan 5 in de gehele wereldliteratuur) een *verlaagd* bewustzijn zou zijn gemeld tijdens een hartstilstand betekent niet dat hiermee opeens het *verruimde bewustzijn* kan worden verklaard, met gevoel van zelfidentiteit, met helder nadenken, met emoties, met herinneringen vanaf de vroegste jeugd, en soms met de mogelijkheid van waarneming buiten en boven het levensloze lichaam. Het bewustzijn tijdens een BDE is heel anders dan het gewone, dagelijks ervaren waak- of dagbewustzijn. Het is een paradoxaal ervaren van een verruimd en zeer helder bewustzijn tijdens de totale (of bijna totale) tijdelijke uitval van alle hersenfuncties.

Woerlee gaat er vanuit dat de patiënt wakker werd zeer kort nadat hij onder de massagepomp werd geplaatst, dus binnen één minuut, nog tijdens VF, en voordat bij patiënt zijn gebit werd verwijderd om de mayo-tube in te kunnen brengen [*maar nogmaals - de hartpomp was nog niet ingeschakeld -red*]. In het artikel stelt TG echter juist dat op het moment van het verwijderen van het gebit patiënt geen ritme had en niet werd beademd. Dus deze veronderstelling van Woerlee is een eigen interpretatie van feiten, zoals die totaal niet in het artikel van Titus Rivas worden gemeld, en lijkt dit hij alleen te

doen om zijn eigen theorie te kunnen onderbouwen en bevestigen. Zijn conclusie berust dus niet op enig feitelijk of wetenschappelijk bewijs. Woerlee schrijft ook dat patiënt ‘voelde’ dat zijn gebit werd verwijderd, dat hij ‘hoorde’ dat zijn gebit op een houten oppervlak werd gelegd, terwijl in het gesprek met TG juist duidelijk wordt gemeld dat patiënt alles heeft ‘waargenomen’ *vanuit een positie buiten en boven zijn lichaam*, terwijl de reanimatie in volle gang was. Dat hij ‘waarnam’ wat er werd gezegd tijdens de reanimatie vond volgens het precieze verslag van TG veel later plaats, vermoedelijk pas na ongeveer 20 tot 30 minuten, toen zijn polsslagen en hartritme weer op gang was gekomen na verschillende periodes van defibrillatie, maar zijn bloeddruk moet nog erg laag zijn geweest want zijn ademhaling was nog onvoldoende en hij was nog niet aanspreekbaar. Maar ondanks dat voelde hij blijkbaar op dat moment wel de pijn van de hartmassage-pomp.

Onvoldoende en niet overtuigend

Woerlee beweert overigens wel dat mensen uittredingen kunnen ervaren ten gevolge van zuurstoftekort, met ‘gevoel’ van zweven, maar ontkent het feit dat controleerbare waarnemingen mogelijk zijn, terwijl de door patiënt gemelde waarnemingen in dit geval niet zichtbaar konden zijn omdat hij met gesloten ogen op zijn rug op het reanimatiebed lag. Woerlee gaat er ondanks dit gedetailleerde verslag nog steeds van uit dat een uittreding slechts een *idee* is dat mensen zijn uitgetreden. Hiermee geeft hij er blijk van dat hij het interview met TG niet goed heeft gelezen, of heeft willen lezen, en ook niet goed heeft willen interpreteren.

Maar wij mogen Woerlee dankbaar zijn dat hij zoveel tijd en energie besteedt aan het verschijnsel BDE, al is zijn verklaring van de grondig beschreven feiten naar mijn mening volstrekt onvoldoende en niet overtuigend.

* * *