

# Bijna Dood Ervaring - en dan?



Uit de "Goddelijk Komedie"  
(La Divina Commedia)  
Van Dante Alighieri (14e eeuw)  
*Paradijs 31:1-3*

In de vorm ener sneeuw witte roos  
Vertoonde zich het leger der heiligen aan mij,  
Dat voor eeuwig met Christus verbonden was.  
*Houtgravure van Gustave Doré (19e eeuw)*

Elly Moerman

# Bijna Dood Ervaring- en dan?

Denk je dat je slaapt en in je slaap ben je in dromenland,  
En in je droom ga je naar de hemel,  
En daar pluk je een vreemde en wonderschone bloem,  
Wat als je ontwaakt met de bloem nog in je hand?  
Ja, wat dan?

Samuel Taylor Coleridge.

Eindscriptie SPSO / Academie Integrale Mens Wetenschappen  
Studierichting Psychologie  
Elly Moerman  
scriptiebegeleider: drs. T.W.A.M. Verhamme  
16 mei 2004

## Vooraf:

Op 23 september 1978 krijg ik de eerste weeën. Op dat moment ben ik 9 maanden zwanger van wat later zou blijken onze tweede dochter. De hele zwangerschap is volgens het boekje verlopen. Na enige tijd gaan mijn man en ik samen met de verloskundige naar het ziekenhuis. Ik word naar de verloskamer gereden. Regelmatig wordt er door de verloskundige geluisterd door de grote houten toeter.

De vliezen worden gebroken.

Het wordt heel stil op de verloskamer. Iedereen loopt door elkaar heen, er wordt snel, en zacht gesproken met elkaar. Op mijn vraag wat er aan de hand is, krijgen noch ik, noch mijn man een antwoord. De weeën vallen weg, maar ik voel me goed. Ondertussen is ook de gynaecoloog erbij gekomen en nog meer verplegend personeel.

Wij weten niets.

Er wordt mij gezegd te gaan persen. "Ik heb geen persweeën!" Dat is niet aan de orde.

Er wordt gerammeld met tangen, scharen, bakjes, doeken. Mijn man gaat onderuit, wordt de verloskamer uitgetrokken en op de gang neergelegd.

Ineens merk ik dat ik van bovenaf naar een vrouw kijk die op een bed ligt met haar benen in de steunen. Ik zie paniek bij de verplegers en doktoren, ik zie veel bloed op het bed en op de grond, ik zie dat er met grote handen heel hard op de buik van de vrouw wordt gedrukt, en dan zie ik dat er een kind wordt geboren uit de vrouw. Het kind wordt direct meegenomen naar een andere kamer. Er is verslagenheid bij de verplegers. Iedereen wacht af.

Mijn hoofd valt met een harde klap naar achteren als het hoofdkussen met een vaart wordt weggehaald.

En weer zie ik grote drukte.

Ik schiet pijlsnel door een donkere tunnel. Er overstroomt mij een groot vredig, gelukkig gevoel. Ik voel me intens tevreden, gelukkig, stil en vredig. Ik hoor prachtige muziek. Ik zie prachtige kleuren en prachtige bloemen in alle mogelijke kleuren in een grote weide. Aan het eind is een mooi, helder warm licht. Daar moet ik naar toe.

Ik zie een wezen, in een licht gewaad. Het wezen wacht op mij en steekt haar hand uit. Ik voel me warm en liefdevol opgewacht.

Maar voordat we samen naar het warme heldere licht gaan, draait zij zich om en voel ik me teruggezogen.

Ik merk dat er een verpleegster hard op mijn wangen aan het slaan is en mij roept. Na enige tijd (?) weet ik waar ik ben en weet ik ook dat het met mijn kind niet goed is. Onze dochter leeft niet (meer). Wat doet deze terugkeer mij pijn! En wat wil ik graag terug naar ??? ja naar waar?

Deze wereld gaat door.

Ik moet door na deze ervaring. Eenzaam, onbegrepen door iedereen en soms ook door mijzelf. Het was zo mooi, zo prachtig dat ik daarna niet meer wilde leven.

Met heimwee naar wat ik heb meegemaakt. En met schuldgevoel over de dood van mijn dochter. In mij is een enorme gespletenheid.

Weer in de maatschappij zijn is enorm zwaar.

## **Inleiding:**

Niemand wil dood. Toch sterven we allemaal binnen nu en honderd jaar. De dood overkomt ons allemaal. Toch is de dood taboe. De dood is de ultieme en gemeenschappelijke vijand. Elke dag maken we de dood mee. We zouden de dood moeten kennen, maar toch blijft hij een vreemde voor ons. Anderzijds zien we het leven, de wedergeboorte van de natuur, de kringloop van de sterren en de planeten, na de nacht komt de dag.

Wat gebeurt er als mensen dood gaan? De denkende mens, met als ultiem mysterie zijn eigen existentie, tracht al duizenden jaren een antwoord op die vraag te vinden. Na vele eeuwen van speculatie, filosofie, religie blijft de dood een mysterie dat alle mensen met elkaar delen. Het zou dus kunnen zijn dat we zo bang zijn voor de dood, dat we het eeuwige leven hebben uitgevonden. Maar het zou ook kunnen dat leven en dood zich werkelijk voltrekken in trage cirkelvormige bewegingen.

In de geschiedenis van de mensheid kan men signalen van menselijke relatie met de dood terugvinden. Sprekend over de dood raakt men immers de kern van het leven aan, en worden we herinnerd aan de beperktheid van onze kennis. Grote delen van de psychologie zijn geïnspireerd door de dood, net zoals de filosofie, de letterkunde, de muziek, en de beeldende kunst.

We kunnen in het denken over de dood, de mensheid ruwweg verdelen in twee groepen: enerzijds zijn er diegenen die geloven in een leven na de dood, anderzijds zijn er diegenen die met hun laatste adem alle leven zien verdwijnen. Dit zou er op kunnen wijzen dat er een wereld van de levenden is en een wereld van de doden is, en wie aan de ene kant staat, kan nooit op bezoek gaan aan de andere kant.

Raymond Moody e.a. hebben echter vastgesteld dat er een niemandsland tussen die twee rijken bestaat. Het is de zone tussen leven en dood. Wetenschappelijk valt het bestaan van dit rijk van het midden (nog) niet aan te tonen.

De literatuur van de Middeleeuwen staat vol van verhalen. Moody heeft de ervaringen niet uitgevonden. Hij heeft ze een naam gegeven.

Die naam Bijna-Dood-Ervaringen (BDE's) heeft het paradigma gevormd voor en de stimulans gegeven tot het vele onderzoek dat wordt gedaan sinds zijn boek "Leven na dit leven". (1976)

Het benoemen van een bepaald verschijnsel is belangrijk omdat wij als mens dan betekenis geven aan een verschijnsel.

Moody heeft een ervaring herontdekt die, naar we nu weten, veel voorkomt bij mensen. Daarnaast heeft hij er door er een precies passende naam aan te geven voor gezorgd dat dit soort ervaringen nader wordt onderzocht en bestudeerd zullen / zouden gaan worden. De naam Bijna-Dood-Ervaring is heel effectief. Moody zegt niet dat hij meer heeft bewezen dan het bestaan en het veelvuldig voorkomen van een BDE. Heeft het BDE-onderzoek wetenschappelijk bewezen dat er leven is na de dood? Nee, er is alleen bewezen dat veel mensen op het moment van hun dood een heilzame ervaring hebben die een belofte lijkt in te houden. (Bij een positieve BDE. Er bestaat ook een negatieve BDE!)

Rond het millennium heeft er een belangrijke doorbraak plaatsgevonden in het onderzoek naar BDE. Hieruit blijkt dat we niet langer hoeven te twifelen aan het bestaan van bewuste geestelijke activiteit tijdens een toestand van klinische dood met een vlak EEG (Van Lommel 2001).

Uit het geval Pam Reynolds (BBC- documentaire "The day I died") mogen we zelfs afleiden dat het bewustzijn het wegvallen van elke hersenactiviteit, inclusief in de hersenstam, overleeft. (Sabom 1998)

Mijn eigen mening zal ongetwijfeld door deze scriptie heen lopen. Niemand is echt neutraal, want iedereen is betrokken, en ik zeker!

## **Waarom dit onderwerp?**

Met deze scriptie stel ik mij ten doel de BDE verder uit de taboesfeer te halen, erkenning te krijgen voor de BDE.

Voor mij persoonlijk zal het schrijven van deze scriptie een afronding vormen van een proces van ruim 25 jaar. Een tijd waarin ik nergens met mijn eigen BDE terecht kon, en men mij op zijn minst raar vond. Toch heb ik deze ervaring en heeft deze ervaring ook gevolgen voor mij.

Ik wil de BDE plaatsen als een reële gebeurtenis voor wie iedere vorm van ontkenning van buitenaf als onbegrip wordt ervaren. Dus ook voor mijzelf.

Bovendien is dit een afstudeerscriptie aan de SPSO / Academie voor Integrale Menswetenschappen in Utrecht. Mensen in opleiding voor een hulpverlenend beroep kunnen vertrouwd worden met het verschijnsel BDE waarmee men geconfronteerd kan worden. Ik hoop dat men, maar vooral de hulpverlener, alert is op bepaalde uitspraken en andere uitingen als tekeningen van kinderen en veranderd gedrag na kritieke situaties, om zo mee te kunnen werken aan een positieve integratie van de ervaring in het leven van de BDE-er.

Door het lezen van boeken en publicaties zal ik tot een beeld kunnen komen hoe er door diverse mensen onderzoek naar een BDE is gedaan; tot welke conclusies deze mensen zijn gekomen. Uit een eigen onderzoek onder de 21 huisartsen in Soest en Soesterberg, zal ik te weten komen hoe de mens (hulpverlener) anno 2004 tegenover een BDE staat. ( In ieder geval de Soester(bergse) huisartsen).

Ik zal een ook een hoofdstuk wijden aan de gevolgen die een BDE kunnen hebben; een hoofdstuk aan bijzondere BDE's; en een hoofdstuk aan de negatieve BDE. Daar wordt nog het minst over geschreven en toch zijn er ook mensen met een negatieve BDE, en hoe moeten zij verder?

Natuurlijk kan een hoofdstuk gewijd aan de stichting Merkawah niet ontbreken. Zij verrichten al jaren zeer nuttig werk om de BDE bekender te laten worden en de BDE-ers te begeleiden na hun BDE.

## **Wat is een BDE?**

Wat gebeurt er als mensen dood gaan? Er zijn gewone mensen die aan de rand van de dood zijn geweest en een wonderbaarlijke glimp hebben opgevangen van de wereld aan de andere kant; een wereld die liefde en begrip uitstraalt. Zulke van de dood teruggekeerde mensen worden nooit meer helemaal de oude.

In de wereld zijn ruim 25.000 mensen bekend die een BDE hebben gehad. Het is een universele ervaring, onafhankelijk van cultuur, land, geslacht of leeftijd. Een hoogleraar kan het hebben of een zwakbegaafde jongeman of een klein kind, dat maakt allemaal niets uit. De woordkeus zal verschillen maar de ervaringen die ze hebben gehad en die ze onder woorden proberen te brengen, zijn identiek.

De laatste 20 jaar (!) is er veel literatuur verschenen over de BDE. Toch is de BDE niet van de laatste tijd.

De Griekse filosoof Plato was één van de eersten. Hij vertelde het verhaal van de soldaat ER. Deze had een ervaring liggend op de brandstapel en bijkomend vlak voordat deze werd aangestoken. Daarna vertelde hij een verhaal van de andere wereld waar hij was geweest. Dit vertoont veel overeenkomsten met wat we heden een BDE noemen.

In elke religie is het beeld van voortbestaan na de dood een normaal gedachtegoed. In zowel het Tibetaanse dodenboek als het Egyptische dodenboek wordt uitvoerig ingegaan op de wereld na dit leven op aarde. En ook in de bijbel zijn hierover aanwijzingen te vinden.

Het eerste onderzoek is van eind 19<sup>e</sup> eeuw: Albert Hein onderzocht in 1892 dertig bergbeklimmers die bijna-fatale valpartijen overleefden. Toen tekende zich al een beeld af van wat we later de BDE zouden noemen.

In Nederland is een studie verricht bij 344 patiënten die klinisch dood waren ten gevolge van een hartstilstand bij een acuut hartinfarct. (Van Lommel, 2001) Al deze mensen werden met succes gereanimeerd. Deze patiënten overleefden hun hartstilstand. Van de 344 patiënten had slechts 18% een BDE.

Heeft niet iedereen een BDE? We kunnen alleen maar constateren dat volgens onderzoek 10-60% van de mensen die in een levensgevaarlijke toestand hebben verkeerd, zich een ervaring kunnen herinneren. Het kan dus ook zo zijn dat men zich de BDE niet wil of kan herinneren. Denk dan aan verdringing.

De BDE= Bijna-Dood-Ervaring is een term die door Moody voor het eerst werd gebruikt in zijn boek "Life after life"(1976), na een eigen onderzoek dat ooit toevallig was begonnen toen hij als 22-jarige filosofie studeerde aan de universiteit van Virginia. Moody werd tijdens zijn studie medicijnen voor het eerst geconfronteerd met het verhaal van een BDE.

Echter deze term is niet ideaal omdat je niet bijna dood hoeft te zijn om zo'n ervaring te hebben. Een BDE komt ook voor in een periode van stress, isolatie, depressie.

De ervaringen vallen volgens Moody in drie categorieën uiteen:

1. De ervaringen van personen die weer tot leven werden gewekt, nadat zij klinisch dood waren verklaard door hun artsen.
2. De ervaringen van personen die, als gevolg van een ongeluk, ernstig letsel of ziekte de lichamelijke dood zeer nabijkwamen.
3. De ervaringen van personen die, terwijl ze stierven, van deze ervaringen vertelden aan personen aan hun sterfbed. Deze brachten dan later verslag uit van de inhoud van de doodservaring.

Moody maakte alleen gebruik van de eerste twee groepen van ervaringen. De derde wordt nl. verteld door anderen.

Als ik voor een definitie van een BDE moet kiezen, kom ik tot de volgende door Moody gebruikte:

“Verkeerd hebben in een situatie waarin de persoon heel gemakkelijk had kunnen sterven of gedood had kunnen worden of zelfs zo dichtbij de dood was dat hij klinisch dood geacht of verklaard werd maar toch overleefde en het leven voortzette”. (Tijdschrift voor parapsychologie, 1996 (4))

Deze moet mijns inziens wel gecombineerd worden met de definitie van de cardioloog Pim van Lommel (1998):

“Een bijna-doodervaring is een geheel van indrukken tijdens een bijzondere bewustzijnstoestand, die kan optreden tijdens een periode van klinische dood, maar ook tijdens een periode van ernstige ziekte, een bijna-fatale situatie (ongeluk) of tijdens een sterfproces”. (Bijna-doodervaringen, symposiumbundel door Pim van Lommel 1996)

Uit een Amerikaanse en Duitse enquête is gebleken dat ongeveer 4% van de bevolking een BDE heeft meegemaakt. Dat wil zeggen dat in Nederland ongeveer 600.000 mensen een BDE hebben gehad. Het percentage bij kinderen tijdens een kritieke medische situatie zoals een bijna-verdrinking ligt waarschijnlijk boven de 90%!

## **Belangrijke onderzoekers:**

### ***Moody***

Moody heeft in 1975 van 150 personen hun bijna-doodervaringen tijdens hun klinische dood onderzocht. Daaruit heeft hij 15 aspecten van een BDE gehaald. Niemand heeft alle aspecten ervaren.

1. Onuitsprekelijkheid: Het merendeel van de BDE-ers ondervindt grote moeilijkheden in het adequaat omschrijven van hun ervaring.
2. Het horen van het nieuws: Tijdens de ervaring horen mensen van een arts of een andere aanwezige dat zij dood zijn.
3. Gevoelens van rust en vrede: BDE-ers rapporteren opmerkelijke gevoelens van rust, bevrijding, relaxatie, vrede en stilte.
4. Het geluid: Men hoort tijdens zijn /haar klinisch dood-zijn vaak geluiden zoals gonzen, gerinkel, fluittoon, geraas of muzikale vormen van geluid.

5. De donkere tunnel: Frequent melden overlevenden dat zij het gevoel hadden snel door een donkere ruimte te worden getrokken. Deze ruimte wordt soms benoemd als een tunnel, grot, pijp, luchtkoker, riool, leemte, vacuüm, dal en cilinder.
6. Uittredingservaring: Veel BDE-ers ervaren dat ze uit hun (dode) lichaam oprijzen en in staat zijn conversaties te volgen, de gebeurtenissen visueel te volgen en naar vrije wil zich te kunnen verplaatsen naar andere ruimtes.
7. Het ontmoeten van anderen en het betreden van een andere wereld: Verschillende mensen hebben gewag gemaakt van een wereld van ongelooflijke schoonheid met andere geestelijke wezens in hun omgeving. Deze waren er om de overgang naar de dood gemakkelijker te maken of om te melden dat hun tijd om te sterven nog niet gekomen was. Prachtige landschappen, bloemen, schitterende kleuren.
8. Contact met een stralend, niet verblindend licht: Volgens veel ervarers is de kern van hun ervaring het contact met een bovenaards helder licht. Dit licht (soms benoemd als God, Jezus, een engel...) is niet veroordelend maar aanvaardend, warm en liefdevol. Men werd er als het ware naar toe getrokken.
9. De terugblik of levensschouw: Een snelle panoramische terugblik op het leven die vooral de thema's liefde en kennis beklemtoont. Deze terugblik evalueert het leven.
10. De grens of de barrière: Een deur, omheining, watermassa, mist, een barrière. Een grens waarvan men weet dat eenmaal daarover terugkeer naar het leven niet meer mogelijk is.
11. De terugkeer: Op een bepaald moment kreeg men de keuze of werd men verplicht terug te keren naar het lichaam. Dit gaat veelal gepaard met verzet tegen de terugkeer, dit blijkt vooral zo te zijn wanneer men in contact kwam met het wezen van licht.
12. Het vertellen aan anderen: BDE-ers hebben absoluut geen twijfel over de echtheid van hun ervaring. Maar afwijzing en ongeloof van anderen veroorzaken pijn en conflicten.
13. Invloeden op het verdere leven: Hun leven krijgt meer inhoud, meer waarde, men denkt meer na en voelt zich nauwer betrokken bij essentiële filosofische vraagstukken.
14. Nieuwe zienswijze op de dood: Een sterk gewijzigde houding ten opzichte van de stoffelijke dood, sterke vermindering (verdwijnen) van de angst voor de dood.
15. In de jaren na de BDE worden vaak eenzaamheid en heimwee gevoeld; heimwee naar de volmaakte liefde, naar het geaccepteerd zijn zoals je bent. Hierdoor kan op een BDE een periode met depressie volgen. Iemand kan zich ook erg eenzaam voelen als hij merkt dat hij niet begrepen wordt als hij terug is.



16. Bevestiging: Tijdens de episode dat de BDE-er zich buiten zijn /haar lichaam bevond was hij/zij getuige van gebeurtenissen in de stoffelijke wereld (details van een medische ingreep, reactie van omstanders,...) die achteraf blijken te kloppen met verslagen van getuigen.
17. Verhoogde intuïtie: Dit kan leiden tot helderhorendheid, heldervoelendheid of helderziendheid. Het kan mensen overrompelen en bang maken. Deze gevoeligheid is vaak niet goed bespreekbaar.

Zelf heb ik tijdens mijn BDE en daarna te maken gehad met de aspecten 1, 3, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 15 en 17.

De volgorde van deze ervaringen is niet invariabel. En ook komen niet alle ervaringen bij iedereen aan bod. Ondanks alle overeenkomsten van de verschillende getuigenissen merkt Moody op dat geen enkele ervaring identiek is aan een andere ervaring.

Voor Moody (en voor mij) zijn deze feiten voldoende om aan te nemen dat er een leven na de dood mogelijk is.

## ***Ring***

De onderzoeker Ring heeft naast citaten van ervaringsdeskundigen in zijn werk kwantitatieve gegevens opgenomen die zijn betoog ondersteunen. Elk persoon werd eerst gevraagd de ervaring te vertellen en daarna werd een gestructureerd interview afgenomen om beïnvloeding te vermijden. Ring noemde de ervaring die bij iedereen voorkwam op het moment van sterven een "kernervaring".

Ring kwam vervolgens tot de volgende indeling:

Personen met een diepgaande kernervaring:	26%
Personen met een middelmatige kernervaring:	22%
Score onvoldoende voor een kernervaring:	52%

De verschillende onderdelen van de kernervaring schijnen niet in willekeurige volgorde te verlopen, maar een patroon te volgen.

De verdeling van de personen met kernervaring ziet er dan als volgt uit:

1. Gevoelens van vrede.  
Rust, warmte,comfort en alle pijn verdwijnt.  
60%
2. Uittreding.  
Personen voelen zich gescheiden van hun fysieke lichaam. Waarneming vanuit extern gezichtspunt.  
37%
3. Binnengaan in de duisternis.  
Gevoel door een ruimte te reizen met een grote snelheid.  
23%

4. Verschijnen van het licht.  
Verschijnen van een prachtig wit licht. Men voelt zich aangetrokken en personen worden er als het ware naar toe gezogen. Soms ervaart men hier een panoramisch levensoverzicht.  
16%
5. Binnentreden in het licht of in een hemels landschap.  
Binnentreden in een fantastische omgeving. Bloemen, bomen, bergen, rivieren.  
10%

Het werd duidelijk dat er meer elementen voorkwamen naarmate de betrokkene dichter bij de dood was geweest.

Volgens Ring bestaan er 5 stadia. Deze stadia hebben gemeen met elkaar dat zij een levendige en zinvolle ervaring zijn voor de personen. Ze vormen de basis van het verhaal voor alle personen. Er is duidelijk overeenkomst met Moody's 15 aspecten. Ik kan mijzelf scharen onder alle 5 stadia.

Woorden doen overigens enorme afbreuk om de ervaringen te beschrijven! Het is mooier dan mooi, prachtiger dan prachtig, fantastischer dan fantastisch, rustiger dan rust, vrediger dan vredig, comfortabeler dan comfortabel, paradijselijker dan paradijselijk.

## ***Sabom***

In 1982 deed de cardioloog Michael Sabom ook een onderzoek naar BDE. Hij kon een BDE niet geloven. Hij merkte op dat een deel van de ondervraagden melding maakte van bijzondere bewustzijnstoestanden. Hij besloot daar verder onderzoek naar te doen. Hij verkreeg een 100% score bij de vraag: "Sensatie te scheiden van het lichaam / gevoel dat de ervaring buiten het lichaam plaatsgreep". Verder voegt Sabom de elementen onbeschrijfelijkheid, gevoel van tijdloosheid en realiteit toe aan de karakteristieke eigenschappen van de BDE. Deze werden al door Moody en Ring beschreven en voegen dus niets extra's toe. Sabom had wel bijzondere aandacht voor de autoscopische BDE. Sabom had 34 mensen die zeer gedetailleerd vertelden hoe ze hun lichaam verlieten en meenden de realiteit waar te nemen terwijl ze lichamelijk buiten bewustzijn waren en het gevoel hadden buiten hun fysieke lichaam te zijn en rond te zweven in de ruimte; zij namen alles waar wat er met hen gebeurde. De overeenkomsten met de verslagen van de artsen waren opvallend.

Sabom ontwikkelde een classificatiesysteem die de BDE in drie categorieën verdeelt:

1. De autoscopische BDE: zichzelf zien vanuit een hogere positie
2. De transcendente BDE: schijnbare reis van het bewustzijn naar vreemde regionen.
3. Een combinatie van beiden.

Na de onderzoeken van Moody en Ring zijn er nauwelijks nog aspecten veranderd aan de inhoudelijke beschrijving van de ervaring. Ook de meest recente onderzoekers blijven terugrijpen naar de vragenlijsten van Ring om de BDE te begrijpen.

Uit al de onderzoeken kunnen nu de voornaamste gegevens worden gehaald:

- Ervaring is echt voor de beleving
- Woorden schieten te kort
- Tijdloosheid
- Zich voortbewegen door een duisternis / tunnel
- Helderheid en snelheid van denken vergroot
- Gevoelens van rust en vrede
- Gevoel ineens alles te begrijpen
- Gevoelens van vreugde
- Perceptie te scheiden van het lichaam
- Zien van hemelse landschappen
- Zien van al dan niet overleden personen
- Contact met religieuze en mystieke figuren
- Zien van / omgeven door een helder wit licht
- Scènes uit de toekomst waarnemen
- Horen van geluiden
- Keuze al dan niet terug te keren naar het lichaam

### **Verschillen.**

Door zowel Moody, Ring en Sabom is er onderzoek gedaan naar eventuele verschillen van een BDE door persoonlijke, situationele of culturele variabelen. Bij mannen wordt de BDE dieper ervaren bij zelfdoding en bij ongeval; bij vrouwen is dat bij ziekte. Er is daarover echter nog geen overeenkomst omdat de onderzoeken met te weinig deelnemers hebben plaatsgevonden om de stelling te bevestigen. Er werd vastgesteld dat de inhoud van de ervaring onafhankelijk is van woonplaats, opleiding in jaren en beroep van de ondervraagden.

Bij elke bijna-doodsoorzaak kan een BDE voorkomen. Er worden wel een aantal bijzonderheden opgemerkt.

Er wordt gemeld dat mystieke aspecten als visuele hallucinaties, ontmoeten van anderen en levensoverzicht tijdens BDE, meer voorkwamen bij mensen die bijna verdrongen, dit in tegenstelling tot zieken, en ongevallen zonder hoofdbeschadiging. Bij zelfdoding kunnen alle stadia van een BDE beleefd worden.

Een plotseling bijna-sterven bij kinderen geeft geen levensoverzicht en geen verandering van tijdsgevoel en geen transcendentie gevoelens. Deze komen wel bij volwassenen voor.

Na een hartfalen wordt de BDE voornamelijk gevolgd door een uitbreiding. Dit komt hierbij meer voor dan bij andere bijna-dood oorzaken.

Door Allan Kellehear werd in 1993 een groot onderzoek gedaan op basis van culturele onderzoeken. De Anglo-Europese BDE is er een zoals die beschreven wordt door Moody in 1975. Kellehear onderzocht beschrijvingen uit China, India, Guam, West Nieuw Brittannië, Native Noord Amerika, Aboriginal Australië en Maori Nieuw Zeeland. Kellehear vindt bij alle culturen het contact met overledenen en beschrijvingen van een andere wereld.

De uittredingen en het levensoverzicht werd in een aantal gevallen opgemerkt, de tunnel heel zelden. Dit kan volgens Kellehear wijzen op het onbeschrijflijke karakter van de BDE en haar symbolische karakter dat ze daardoor kan krijgen. Voor verklaringen over het minder vaak voorkomen van het levensoverzicht en de uittreding bij niet-westerse BDE verwijst Kellehear naar de gebrekkige steekproeven (slechts vier in Guam en maar één in Aboriginal Australië). Ook mogen we de culturele context niet onderschatten in het begrijpen van een BDE. Een BDE verschilt van persoon tot persoon en van cultuur tot cultuur. Als voorbeeld wordt dan genoemd de rivier de Ganges in de plaats van de tunnel in India en in de plaats van het witte licht, een plaatselijke goeroe.

De cultuur heeft dus invloed op de inhoudelijke aspecten van de ervaring. Toch kan gesteld worden dat uit de onderzoeken tot nu toe blijkt dat er bepaalde constante componenten onlosmakelijk verbonden zijn met de ervaring bijna-dood te zijn.

### **Belangrijke onderdelen:**

#### ***De uittreding.***

Volgens Ring bestaat de kernervaring (zie bladzijden 8 en 9) uit 5 stadia. De uittreding is er hier één van. Omdat ik deze ervaring ook bij mijn BDE heb gehad wil ik hier verder op ingaan.

Een uitreding is een bijzondere toestand waarbij de mens vertelt het stoffelijk lichaam te verlaten. Afhankelijk van onderzoek beschrijven 24% tot 66% een uittreden bij een BDE. Er is enig onderzoek naar verricht.

Voor de BDE kan de uittreding gebruikt worden om na te gaan of de waarnemingen van mensen buiten hun lichaam overeenstemmen met de realiteit. Het is een visuele realiteit die ze eigenlijk niet konden waarnemen, want de ogen waren dicht en de mensen waren buiten bewustzijn. Achteraf is er echter wel melding van gemaakt. De vraag is of het "zelf" zich kan afscheiden van het lichaam en wat zou dat "zelf" dan wel zijn? De BDE-ers benadrukken de echtheid van een uittreding (ik ook) en twijfelen er niet aan dat hun lichaam dat achterbleef alleen maar een omhulsel was. Is er inderdaad een essentieel deel van het bewustzijn dat in staat is het lichaam te verlaten?

Sabom (1982) is een onderzoeker die aanvankelijk heel sceptisch was ten aanzien van een uittreding. Hij besloot de getuigenissen op te nemen op band en te onderwerpen aan een vergelijking met het medisch rapport. Daaruit kwamen opmerkelijke overeenkomsten naar voren.

Moody (1989) beschrijft een 70-jarige vrouw wonend op Long Island, en vanaf haar 18<sup>e</sup> blind. Zij wist in detail te beschrijven wat er om haar heen gebeurde, terwijl de artsen haar na een hartaanval terug bijbrachten. Niet alleen kon ze beschrijven hoe de instrumenten eruit zagen, maar ze kon zelfs zeggen welke kleur ze hadden. Het verwonderlijkst was dat de meeste instrumenten 50 jaar geleden toen ze nog beschikte over haar gezichtsvermogen, niet eens waren uitgevonden.

Zo zijn er veel beschrijvingen door verschillende onderzoekers. Het blijven echter vertellingen die door derden worden opgeschreven. Zekerheid kan pas worden verkregen door experimenteel gecontroleerd onderzoek. De parapsychologie is de wetenschappelijke tak die onderzoeken verricht in universitaire onderzoekscentra. Zij hebben zich ook gebogen over uittredingen.

Zo schreef prof. Charles Tart in 1998 over een vrouw die beweerde in staat te zijn tijdens haar slaap haar lichaam te verlaten. Daarom werd het volgende bedacht: zij zal een viertal nachten worden geobserveerd in een slaaplaboratorium. Elektrische huidweerstand, oogbewegingen, hartslag en bloeddruk worden geregistreerd. Met behulp van een computer wordt uit een willekeurige tabel van willekeurige getallen voor iedere nacht een getal bestaande uit vijf cijfers gekozen. Dit getal is slechts zichtbaar vanuit de positie bij het plafond. Mevrouw krijgt de opdracht te gaan slapen, uit te treden tijdens haar slaap en het waargenomen getal te rapporteren. De vierde nacht rapporteerde de vrouw dat zij van het plafond het getal 2 5 1 3 2 had waargenomen. Dit kwam overeen met het door de computer gekozen getal. (kans van 1 / 100.000).

De fysicus prof. Carcus ontwikkelde een experiment waarbij telepathie kon worden uitgesloten. De proefpersoon ligt in een kamer en in een andere ruimte bevindt zich een doos met een kleine opening. Het is de bedoeling dat de persoon via een uittreding in die doos kijkt en direct na terugkeer in zijn lichaam rapporteert. In de doos zit een verticaal staande draaimolen met vijf verschillende beelden met als achtergrond een schijf, die in vier kleursegmenten is verdeeld. De computer draait de carrousel en de kleurenschijf onafhankelijk van elkaar in een willekeurige positie. De kleur – beeld combinatie is alleen zichtbaar wanneer men door het venstertje kijkt aan de zijkant van de doos. Er werden door herhaalde treffers statistisch significante resultaten geboekt.

Maar Morse (1986) stelt dat door de elektrische prikkeling van de temporale kwab de sensatie gecreëerd kan worden het lichaam te verlaten. Morse stelt op basis van experimenten van Penfield (1955) dat deze sensaties verkregen zijn door prikkeling van de temporale kwab, en nadien echter gekwalificeerd als herinnering.

De beschrijving van een uittreding kan zeer gedetailleerd zijn, maar toch kunnen zij volgens Blackmore (1993) geen bewijs vormen voor iets dat het lichaam schijnt te verlaten. We weten niet hoe bewust een persoon was tijdens zijn uittreden. Het is aannemelijk te maken dat een deel van de zintuigen nog actief is en deze informatie achteraf verwerkt tot een coherent verhaal. Blackmore stelt dat mensen tijdens een BDE wel accurate informatie weergeven over de omgeving maar dat dit inhoudt dat deze mensen of hun lichaam verlieten of paranormaal begaafd zouden zijn.

Blackmore probeert deze dan ook te verklaren aan de hand van een aantal normale menselijke capaciteiten:

- Algemene kennis vooraf
- Fantasie en reconstructie van het geheugen
- Toevalstreffers
- Resterende sensorische gewaarwordingen tijdens de BDE (bijvoorbeeld horen en aanraken). Buiten bewustzijn is immers niet een alles – of niets fenomeen.

Al deze informatie zou gecombineerd worden in de hersenen en geproduceerd worden als herinnering aan het gebeuren. Ons geheugen kan ons immers bedriegen. We kennen allen het verschijnsel dat we het verhaal net iets beter willen laten overkomen.

Op die manier kunnen er subtiele veranderingen plaatsgrijpen in het geheugen die aldus zullen worden herinnerd als zijnde realiteit.

Ook het perspectief (het boven het lichaam zweven) is volgens Blackmore een illusie geproduceerd door de hersenen. Op basis van reflecties van ons geheugen zouden we in staat zijn een projectie te maken van onszelf die zich eender waar in een ruimte bevond. Bovendien zijn er vijf zintuigen. De kans bestaat dat enkel het zien tijdens bepaalde verdovingen of bewusteloosheid afgesloten is waardoor er nog steeds gehoord, gevoeld, geroken en getast kan worden. Al die informatie kan gecombineerd worden en als eindresultaat de uittreding opleveren. Bovendien kan het best zijn dat de ervarder zichzelf wil overtuigen en al dan niet bewust argumenten toevoegt aan zijn beschrijving om het geheel geloofwaardiger te maken. Blackmore besluit met het stellen dat veel anekdotisch materiaal niet nagetrokken kan worden. Dat het verlangen en het geloof in een leven na de dood zo sterk kan zijn dat er inderdaad fantasieën ontstaan rond een zelf dat in staat is zichzelf af te splitsen (Blackmore 1993).

Maar Fenwick (1996) gaat hierin niet met Blackmore mee. Fenwick kan moeilijk accepteren dat een stervend brein in staat zou zijn deze sensaties, die vaak verbluffend overeenstemmen met de realiteit, accuraat geproduceerd zouden worden.

Op basis van wetenschappelijke literatuur en op basis van de onderzoeksgegevens is het antwoord op de vraag wat precies een uittreding is: "We weten het niet."

Dan ondergaat Pamela Reynolds in 1991 een zware en langdurige hersenoperatie. Zij ervaart een uittreding en een BDE terwijl zij klinisch dood was gedurende een vol uur en tegelijkertijd via medische instrumenten continu werd gecontroleerd. Hierdoor is misschien wel sprake van de enige (tot nu toe) volledig medisch gecontroleerde BDE. Pamela Reynolds kon het allemaal na vertellen. Volgens Sabom is haar geval uniek vanwege het feit dat zij een BDE had gedurende de periode dat ze helemaal aan de instrumenten lag en onder medische observatie was.

“Als je nu zou denken aan het opzetten van een laboratoriumexperiment waarin je mensen zo dicht als maar mogelijk is op het randje van de dood of zelfs in een (toestand van klinische) dood zou kunnen brengen, ze vervolgens weer terug zou brengen en dan aan hen vragen wat zij zich konden herinneren, dan zou het geval van Pamela Reynolds daarbij het dichtst in de buurt zitten, vergeleken met elk ander geval dat bekend is”, aldus Sabom. “Dit is een klassieke BDE die gebeurde onder buitengewoon goed gemonitorde medische omstandigheden, elk klinisch signaal van leven en dood gedurende die momenten werd vastgelegd. Dat maakt haar zaak zo merkwaardig en zo waardevol.”

Als een BDE-er praat over zulke herinneringen als het uit-het-lichaam-treden en het waarnemen van zijn eigen reanimatie, dan is het moeilijk voor de huidige neurowetenschap te begrijpen hoe dit kon gebeuren met gebruikmaking van een geheugensysteem dat uitgevallen is. Of men moet stellen dat het toch op een of andere manier plaatsvindt in de hersenen en dat dit vervolgens wordt vastgelegd in het geheugen op een wijze die de medici niet begrijpen.

Pim van Lommel geeft als commentaar hierop: “Als men weet dat de hersenen niet functioneren tijdens een periode van klinische dood en er tijdens een BDE een uittredingservaring optreedt, die geverifieerd kan worden door aanwezige artsen, verpleging en familie, dan is er bewezen dat de BDE tijdens de periode van klinische dood optrad, en niet de eerste seconde of de laatste seconde van de bewusteloosheid zoals Blackmore beweert. We moeten dan tot de conclusie komen dat de BDE met helder bewustzijn wordt ervaren tijdens niet-functionerende hersenen. Bewustzijn en herinneringen kunnen dus niet het product zijn van de hersenen. Het geval Pamela Reynolds is speciaal belangrijk voor sceptici omdat bij haar alle omstandigheden tijdens de hersenoperatie waren geregistreerd.”

Het blijft een discussie. Er wordt enerzijds de mogelijkheid open gehouden dat een uittreding een hallucinatie is, en anderzijds de mogelijkheid dat iets het lichaam verlaat.

Het verdient dus meer wetenschappelijk onderzoek. Maar dat is wel een groot karwei, omdat mensen altijd betekenis ontleen aan wat hen overkomt. Het is dan ook best mogelijk dat de uittreding op andere manieren wordt geïnterpreteerd.

De nieuwste studies over BDE duiden op twee conclusies. Ten eerste, dat het bewustzijn en herinneringen, evenals waarneming, ervaren kunnen worden tijdens niet-functionerende hersenen, en dus onafhankelijk van de hersenen, van het lichaam, kunnen zijn. En ten tweede, dat de BDE, met onder andere de objectiveerbare en controleerbare uittredingservaring, tijdens de periode van bewusteloosheid, tijdens de periode van klinische dood optreedt, en niet in de eerste of in de laatste seconde van de bewusteloosheid.

Er moet dus wel tot de conclusie worden gekomen dat de BDE niet een bijproduct is van afstervende hersencellen, of van hallucinaties, hetgeen Blackmore en velen met haar nog steeds geloven. Maar meestal is deze mening gebaseerd op onvoldoende kennis van, en inzicht in, de laatste wetenschappelijke studies over BDE's.

## ***Het licht.***

Het licht is het enige element van de bijna-doodervaring, waar bij wetenschappelijk onderzoek van de hersenen absoluut geen verklaring voor kan worden gevonden. Uit de bekentenissen van kinderen komt heel duidelijk naar voren dat het licht het belangrijkste element is van de BDE. Hoe kunnen we het licht na de dood wetenschappelijk verklaren? Er is geen biochemische of psychologische verklaring voor.

Waar komt het licht vandaan? De hersenen zijn gestopt met functioneren. Waar de meeste elementen van een BDE exact in de anatomie van de hersenen kunnen worden gelokaliseerd, verklaart het niet wat er gebeurt, als het bewustzijn door de tunnel reist en het licht, een wereld van kleur en helderheid, bereikt.

Misschien geeft dit licht de geboorte weer in een spiritueel rijk. Veel verhalen van kinderen met een BDE wijzen op deze mogelijkheid. Er zijn veel voorbeelden van mensen die terugkeerden en door het licht religieus zijn geworden. Dat is niet gelijk aan het zich aansluiten bij een bepaald kerkgenootschap. Er zijn mensen die geloven dat het licht hen de kracht heeft gegeven hun leven te veranderen.

## **Diagnose.**

In de psychiatrische geneeskunde heeft men de neiging religieuze en spirituele ervaring te associëren met psychopathologie. Freud (1959) heeft mystieke ervaring beschreven als een symptoom van ego-regressie of een disjuncte van de temporale kwab.

Het is belangrijk hoe de ervaring van een BDE geïntegreerd wordt in het leven en zodoende gebruikt wordt als stimulus voor persoonlijke groei, maar de BDE kan er ook toe leiden dat zij gezien wordt als instabiliteit van de eigen psyche en de ervaring wordt dan verdrongen. De verantwoordelijkheid van de hulpverlener komt hier naar voren en zijn/haar relatie met het begrijpen van de BDE in termen van diagnostiek.

Om erkenning te verkrijgen voor een BDE is het van belang deze te onderscheiden van de psychopathologie. Een BDE is deels een posttraumatische stress stoornis (PTSS), maar ook mogelijk ook een dissociatieve stoornis. Er zijn zelfs meerdere stoornissen in te vinden. Soms wordt er zelfs gediagnosticeerd naar een kort durende psychotische stoornis. (Greyson 1997).

Serdahaley (1992) ziet ook een relatie tussen een BDE en epilepsie. En dan de vorm van epilepsie ten gevolge van een stoornis in de temporale kwab. Daarin zijn wel overeenkomsten te vinden als verlies van pijn, transcendente omgeving zien, contact met hoger zelf en ontmoetingen met lichtwezens.

Echter een BDE is duidelijk te onderscheiden van:

- ◆ Depersonalisatie
- ◆ Post-traumatische stress-stoornis (PTSS)
- ◆ Uittreding
- ◆ Een door drugs verkregen ervaring



- ◆ Kortdurende psychotische stoornis
- ◆ Levensfase problemen
- ◆ Multiple persoonlijkheidsstoornis (MPS)

Ring heeft een onderzoeksinstrument gemaakt om de diepte van de ervaring op te sporen aan de hand van de ervaring zoals Moody die heeft beschreven (1975). Bij deze Weighted Core Experience Index (WCE-index) wordt op basis van een tiental elementen de diepte van de BDE bepaald. De BDE wordt als een diepe of middelmatige ervaring geïnclassificeerd. Helaas werd de WCE-index later als een zwak screeningsinstrument beoordeeld.

De NDE-scale van Greyson (1983) is een vragenlijst van 16 items. De schaal is vooral goed bruikbaar als instrument om te differentiëren tussen organisch-neurologische stoornissen en non-specifieke stress aan de ene kant en het hebben van een BDE aan de andere kant. Deze lijst deelt de BDE in op basis van de meest voorkomende elementen in de ervaring (affectief, paranormaal, transcendent of cognitief). Beide vragenlijsten kunnen elkaar aanvullen en geven een goed beeld van een BDE.

Altijd als iemand een levensbedreigende situatie heeft meegemaakt moet men alert zijn op veranderingen, want dan bestaat de mogelijkheid van een BDE. Als men voor zo'n ervaring geen erkenning krijgt, kan dat heel verwarrend zijn en ertoe leiden, dat men vereenzaamt en zich vervreemd gaat voelen van de wereld om zich heen.

## **Wanneer?**

### ***Alleen bij bijna-sterven?***

In 1991 wordt duidelijk de stelling ingenomen dat een BDE niet alleen is voorbehouden aan mensen in een bijna-sterven situatie. Alleen al denken dat men zal sterven is voldoende om klassieke BDE onderdelen op te wekken. Denk dan aan de tunnel, of het zien van licht. Een psychische toestand als extreme angst te zullen sterven kan voldoende zijn om een BDE op te wekken. Psychische factoren zijn even belangrijk als fysische factoren (klinische dood).

In 1990 deden Owens, Cook en Stevenson onderzoek daarnaar door medische dossiers op te vragen en de groep te verdelen in tweeën: een groep BDE-ers die echt klinisch nabij de dood was en een groep die helemaal niet in levensgevaar was.

Dit leverde de volgende resultaten op:

- 75% van de mensen die behoren tot de groep medisch gezien bijna-dood hebben het licht gezien. Slechts 40% van de mensen van de groep medisch gezien niet bijna-dood, hebben die ervaring.
- Er waren personen die zeiden dat ze cognitieve verbetering merkten (snel denken, logische en uiterst heldere gedachtegang, visuele en auditieve helderheid). Dit was voor 19% van de klinisch niet bijna-dood het geval. Dit staat in sterke tegenstelling met de mensen die wel klinisch bijna-dood waren, nl. 62%. Klinisch dicht bij de dood komen geeft de ervaring van verbeterde cognitieve functies. Dit komt overeen met het zien van het licht.

- Mensen die het licht zagen vermelden meer dan 5 positieve emoties. Dit was minder het geval bij mensen die niet het licht zagen. De emoties waren merendeels positief voor 81% van alle groepen.
- Het verlaten van het lichaam kwam bij alle groepen even vaak voor; evenals het zien van een levensfilm.

## ***Frequentie?***

Toen ik in 1978 mijn eigen BDE had, en met mijn verhaal nergens naar toe kon, had ik sterk het gevoel dat ik de enige was die iets dergelijks had meegemaakt. Pas vele jaren later ontdekte ik een boek in de bibliotheek. Ik bleek niet de enige ter wereld te zijn, maar in mijn omgeving en bij mijn artsen vond ik nog steeds geen gehoor. Eerst waren meer mensen ervan overtuigd dat een BDE slechts sporadisch voorkwam. Maar nu wordt daar anders over gedacht. Volgens Ring (1984) zou tenminste één derde van de mensen die op de rand van de dood komen een BDE hebben. In 1982 voerde The Gallup Organisation een nationaal onderzoek uit, waaruit bleek dat 15% een BDE had.

De verschillen kunnen voortkomen uit het feit dat het type ervaring niet werd gespecificeerd, het niet geheel duidelijk is of de ondervraagden wel klinisch dood waren, en dat een deel van het onderzoek alleen maar onder personen gehouden is die gereanimeerd zijn geworden.

Epidemiologisch onderzoek heeft verder aangetoond dat bij benadering 1% van de bevolking een BDE heeft gehad van het type Moody (onderzoek van Locke en Shontz in 1983).

In mijn eenzaamheid heb ik lang getwijfeld aan mij zelf. Wat is er met mij aan de hand dat ik zo'n ervaring heb meegemaakt? Heb ik iets bijzonders of heb ik juist iets niet? Wat is er mis met mij?

Er blijkt ook daar onderzoek naar gedaan te zijn.

In 1984 deden Twemlow & Gabbard een onderzoek waarbij men 34 BDE-ers vergeleek met 380 niet-BDE-ers op doodsangst, attentieabsorptie, hysterische tendens, psychotisme en gevaar opzoeken. Er werd amper één verschil gevonden: BDE-ers scoren hoger op attentieabsorptie wat suggereert dat deze mensen de tendens hebben de aandacht sneller naar binnen te richten. Maar dit kan best ook het gevolg zijn van de BDE.

Kohr vond in 1983 dat BDE-ers vóór de ervaring meer paranormale ervaringen hadden, meer droomden en mediteerden. Hij bracht dit in verband met Maslow die stelt dat het ervaren van transcendenties is gebaseerd op een open houding ten aanzien van deze fenomenen. Meer gesloten mensen zouden deze piekervaringen blokkeren.

Locke & Shontz concluderen in hun onderzoek in 1983 dat er geen verschillen bestaan, wanneer BDE-ers (proefgroep) vergeleken worden met een controlegroep op basis van extraversie, neurotiscisme, angst en IQ.

Ieder mens kan dus een BDE krijgen. Een hele opluchting dat ook op papier te zien staan. Het bevestigt wat ik wel wist maar nergens bevestigd kon vinden.

## **Stellingen over de BDE.**

Er zijn vele hypothesen over een BDE opgesteld, maar er is erg weinig consensus over. De interpretaties van een BDE gaan van toxische hallucinatie tot een transcendent gebied van menselijke existentie. Door middel van een uiteenlopend arsenaal van mens- en medische wetenschappen probeert men een verklaring te vinden voor een BDE. Echter veel van de hypothesen worden nooit getest. Deze theorieën zijn dan ook onbewezen.

### ***Psychodynamisch.***

De hypothese dat de BDE kan worden getriggerd door een psychische beleving is al vaker getoetst. Onafhankelijk van elkaar vermelden onderzoekers personen die allen verwachten te sterven en als gevolg daarvan een BDE ervaren. (Cook 1990, Gabbard 1991). Dit kan erop wijzen dat psychische factoren niet te verwaarlozen zijn in het ontstaan van deze ervaring. De belangrijkste psychodynamische hypothesen zijn:

#### **- depersonalisatie**

Pfister gaf in 1930 al een psychologische verklaring voor de BDE. Nu volgen Noyes en Kletti hem daarin, door een BDE als een depersonalisatie te zien. Pfisters veronderstelde dat mensen die bedreigd worden met een schijnbaar onoverkomelijk gevaar deze ervaring trachten te ontvluchten door het te vervangen met aangename fantasieën die het individu beschermen van een emotionele shock. Deze persoonsverdedigende fantasieën zouden bestaan uit gevoelens van vrede, van rust, van buitenlichamelijke projectie van het zelf en een panoramisch levensoverzicht. (Ring 1981)

Echter:

- + Depersonalisatie verschilt op te veel punten van de psychische staat van de BDE-er. Bovendien worden tijdens de BDE realistische percepties gemaakt, die niet verklaard kunnen worden op basis van een fantasie van het bewustzijn ter verdediging van de persoon. (Ring 1980)
  - + Er zijn mensen die niet verwachten te zullen sterven en toch een BDE hebben. Dit gaat niet samen met de hypothese van depersonalisatie. (Sabom 1983)
- aangename fantasieën te produceren. (Smiths 1996)

#### **- Imaginaire verwezenlijking van het verlangen.**

De aangename gevoelens van rust, van vrede, en van euforie kunnen een fantasie zijn die opgewekt wordt als men geconfronteerd wordt met zijn / haar levenseinde. Deze hypothese sluit aan bij het wishful thinking en de depersonalisatie hypothese. (Smiths 1996)

Echter:

- + De argumenten tegen depersonalisatie gaan ook hier op. Ring haalt Kübler-Ross aan die stelt dat voor kleine kinderen ouderfiguren de meest belangrijke personen zijn. Dan kan men veronderstellen dat tijdens een BDE kinderen voornamelijk melding zouden maken van ouderfiguren die hen verder in een leven na de dood veiligheid en geborgenheid bieden. Als we de inhoud van kinder-BDE erop nalezen dan moet vastgesteld worden dat dit niet het geval is. (Ring 1980)
- + Het schema van de BDE is in grote lijnen constant (Sabom 1983) , terwijl het allemaal verschillende mensen zijn met verschillende verlangens. Dit past niet bij deze hypothese.

#### **- Verwachtingen en hallucinaties.**

Mensen zouden op basis van hun religieuze of culturele overtuiging bepaalde verwachtingen hebben ten aanzien van de dood. Deze zouden dan door middel van hallucinaties geproduceerd kunnen worden. De BDE-er is overtuigd van de echtheid van zijn ervaring, dit geldt niet voor de hallucinatie. (Jansen 1996)

Echter:

- + Moody merkte op dat veel mensen andere ervaringen hadden dan ze verwachtten.
- + Personen die zowel een BDE als een hallucinatie hebben meegemaakt beschrijven dat beide ervaringen totaal anders van aard zijn (Sabom 1982). Psychiatrische patiënten gebruiken dezelfde woorden om hun psychotische of hun door drug-opgewekte ervaringen te beschrijven. Zowel door niet-psychiatrische mensen als door psychiatrische mensen wordt de BDE omschreven als van een andere zijnsorde.
- + Men vond onafhankelijk van cultuur of van religieuze overtuiging dezelfde componenten terug bij veel BDE-ers. Volwassenen en kinderen die voor hun eigen BDE deze niet kenden, vermeldden dezelfde componenten.

#### **- Sensorische deprivatie.**

Deze hypothese stelt dat wanneer sensorische input volledig gereduceerd wordt BDE-achtige ervaringen opgewekt worden. Dit resultaat bereikt men met zogenaamde "floating tanks". Men laat een persoon geblinddoekt en met proppen in de oren, drijven in een tank water op lichaamstemperatuur. In deze situatie treden na verloop van tijd verschijnselen op die in grote mate parallel lopen met de BDE. (Jansen 1997) Blackmore vond dezelfde ervaringen ook bij twee mijnwerkers die voor zes dagen in complete duisternis onder de grond vast zaten. Deze mannen vermeldden vreemde lichtervaringen, vrouwelijke wezens met stralende lichamen en prachtige tuinen. Blackmore besluit met het gegeven dat ook ten tijde van een BDE sensorische deprivatie aan de orde is aangezien de ogen lange tijd gesloten zijn. Zo stelt men dat de BDE een hallucinatie zou zijn als gevolg van sensorische deprivatie.

Echter:

- + Aangezien de deprivatie een hallucinatie opwekt wordt de BDE onrechtstreeks verklaard als een hallucinatie. (Zie ook hierboven bij hallucinatie)
- + Het is niet zo dat beide ervaringen in zijn geheel gelijk aan elkaar zijn, omdat ze beiden een aantal componenten gelijk hebben.

+ Sommige BDE-ers zijn maar een paar minuten buiten bewustzijn. Dit kan dan niet gelijk gesteld worden aan langdurige sensorische deprivatie (als zes dagen onder de grond). Deze zaken hebben weinig essentiële gelijkenissen met elkaar.

### **-Birth memories.**

Grof en Halifax (1983) geven een verklaring voor de BDE in de zin van "birth memories". Volgens deze theorie zou de toestand van hyperalertheid tijdens een BDE lang verborgen herinneringen en gevoelens geassocieerd met de geboorte kunnen wakker roepen. Er zijn parallellen te vinden tussen deze ervaringen. De tunnel is het geboortekanaal, de uittreding is de geboorte en de heroïsche figuur is de vader of de arts. Maar dit is niet het geval met de gevoelens van vrede, rust (bij een positieve BDE) en angst en horror (bij een negatieve BDE). (Jambo 1997)

Echter:

- + Deze theorie werd bekritiseerd door Becker en Greyson (1983) op basis van het gegeven dat het neonatale zenuwstelsel niet in staat zou zijn deze beelden op te slaan en dat bovendien het geboorteprocés niet correspondeert met de BDE.
- + Op basis van deze theorie kunnen we verwachten dat mensen die met een keizersnede ter wereld kwamen een duidelijk andere BDE zullen hebben dan mensen die langs de natuurlijke weg geboren werden. Blackmore verwerpt daarom deze theorie (1993).

Het is best mogelijk dat een psychische toestand de trigger kan geven tot een neurologische keten die vervolgens de persoon in een andere bewustzijntoestand kan brengen. Het is wel duidelijk dat alleen de psychologische verklaringen onvoldoende zijn om het hele scala van de BDE te verklaren. (Moody 1982) Ook Owen (1988) stelt dat een afzonderlijke theorie niet in staat is in te staan voor alle componenten van een BDE. Verschillende disciplines kunnen naast elkaar werken zonder elkaar in de weg te staan. De verschillende theorieën kunnen beter samenwerken dan elkaar tegenwerken. De BDE-er is daar het meest bij gebaat.

## ***Farmacologisch.***

### **- Medicatie tijdens de BDE.**

Wanneer patiënten in levensgevaar zijn worden vaak medicijnen toegediend. Sommige onderzoekers stellen dat de BDE een gevolg is van de toegediende medicatie. (Smiths 1996) Inderdaad veroorzaken sommige soorten anesthetica verschijnselen die sterk lijken op de BDE. (Ring 1980).

### **- Drugs.**

Bepaalde drugs als LSD zijn in staat om hallucinatorische geestestostanden en ervaringen op te wekken.

Echter:

- + Moody (1975), Ring (1980) getuigen allen van gevallen van een BDE waarbij geen enkel medicijn of middel was toegediend.
- + De inhoud en de structuur van de hallucinatie bij het innemen van bepaalde medicijnen is zeer persoonlijk. (Sabom 1983)

## ***Biomedisch.***

### **- Cerebrale anoxia en hypercarbia.**

Blackmore (1993) spitst haar onderzoek toe op de rol van anoxia (te weinig zuurstof) op het bewustzijn. De resultaten van haar onderzoek wijzen erop dat voorbijgaande, niet levensbedreigende vormen van anoxia, BDE-achtige ervaringen kunnen opwekken. Tunnelervaringen, het licht zien, uittreding en typische BDE-geluiden zijn aspecten die zowel anoxia als de BDE gemeen hebben.

Deze gevoelens kunnen worden verklaard door de rol van hypercarbia. Door de verhoging van het koolzuurniveau in de hersenen wekt men sensaties zoals het zien van het witte licht, voorbijflitsen van herinneringen, ontmoetingen met figuren. Er zijn evenveel componenten die wel teruggevonden worden bij de BDE maar niet bij anoxia. Ook hier is echter weer geen consensus tussen de wetenschappers.

Echter:

- + Tijdens een hypercarbia heeft men ook de volgende sensaties vastgesteld: waarnemen van beelden in veelvoud, gekleurde geometrische figuren en dwangmatige puzzels. Deze ervaringen wijken duidelijk af van de BDE. (Smiths 1996)
- + Sabom (1982) rapporteerde de waarden van zuurstof in het bloed tijdens de BDE. Hij stelt dat er geen relatie is tussen de BDE en anoxia / hypercarbia op basis van deze waarden. Sabom stelt verder dat bij anoxia eerder vertroebeling dan verheldering van het denken te verwachten is.
- + Veel mensen die dichtbij de dood komen zullen geconfronteerd worden met een zuurstofgebrek en een te hoog koolzuurgehalte in de hersenen (bijvoorbeeld hartfalen, verdrinking). Natuurlijk zullen er dan gemeenschappelijke componenten gevonden worden, maar het is duidelijk dat niet de hele ervaring hierdoor wordt veroorzaakt, gezien het aantal componenten dat wel bij een BDE maar niet bij anoxia optreedt. (positieve emoties, paradijselijke scènes zien, transformatieve eigenschappen)
- + Van Lommel stelt dat er bij kortdurende reanimatie nauwelijks sprake kan zijn van cerebrale hypoxie.
- + Er zijn mensen die een BDE rapporteren zonder fysisch nabij de dood te zijn.

### **- Temporale lobe.**

Wanneer de hersenen beginnen te sterven, vindt er een ineensstorting van het visuele gebied plaats hetgeen resulteert in een tunnelvisioen. Blackmore (1993) baseert zich hiervoor op een theorie van Cowan (1982).

Cowan onderstelt dat wanneer de cortex onderdrukt wordt dit ertoe zal leiden dat er verticale lijnpatronen zouden overblijven. Deze corticale lijnpatronen zouden dan visueel overeenstemmen met een tunneleffect. Vervolgens kunnen de ogen niet langer zien en de hersenen niet langer meer interpreteren wat men ziet. De tunnel wordt donkerder en het organisme sterft. Dit wordt verklaard doordat er een onderbreking van de bloedstroom is in de achterste hersenslagader. Vervolgens zouden er snelle elektrische impulsen in de rechter temporale hersenkwab afgevuurd worden die de typische BDE sensaties opwekken.

Volgens Morse (1986) zou door de activatie van de neuronale verbindingen naar de temporale lobe in het brein de specifieke BDE-trigger-code gegeven worden. Hij baseert zich op een onderzoek van Penfield.

Echter:

- + Sabom stelt dat ondanks de overeenkomsten er significante verschilpunten zijn. De patiënten van Penfield rapporteren tijdens deze prikkeling gevoelens van angst en eenzaamheid (bij BDE vrede en rust), de omgeving wordt gedeformeerd waargenomen en tenslotte is het panoramisch levensoverzicht van totaal andere orde. Bij Penfield betreffen het nietszeggende flitsen, bij de BDE is dit een diepgaande evaluerende terugblik.
- + De theorie van Cowan is gebaseerd op de veronderstelling dat een onderdrukte cortex deze patronen zou voeren. Dit werd nooit getoetst.
- + Er zijn talrijke patiënten waarbij de cortex wordt onderdrukt en die geen tunnel zagen tijdens de BDE. Bovendien komt in bepaalde culturen de tunnel tijdens de BDE nauwelijks voor. Daar maakt de tunnel bijvoorbeeld plaats voor een rivier die men dient over te steken.

### **- De ketaminehypothese.**

De neuropsychiater Karl Jansen stelt dat intraveneuze toediening van 50 –150 mg. ketamine de voornaamste componenten van de BDE kan reproduceren (1965). Een vorm van celbeschadiging kan verhinderd worden door toedienen van ketamine. Sabom en Moody stonden soms versteld van patiënten die gedurende een lange periode klinisch dood waren zonder nadien een hersenbeschadiging te hebben opgelopen. Het ketaminemodel van Jansen kan daarvoor een passende verklaring bieden (Jansen 1999). Een voordeel van ketamine is dat men niet bijna dood hoeft te zijn om deze ervaring te krijgen. Men kan deze ervaring dus experimenteel opwekken. Terwijl men onder invloed is van ketamine is er een reductie van de alfa hersengolven.

Echter:

- + Veel ketamine gebruikers zullen obsessief teruggrijpen naar dezelfde ervaring, dit leidt soms tot suicide. Dit werd nooit gevonden bij BDE-ers.
- + Amper 30% van de ketamine gebruikers geloven dat de ervaring die ze hadden echt waren. Dit staat in contrast met de meerderheid van de BDE-ers die weten dat hun ervaring echt was.
- + Deze verklaring zou alleen gelden bij BDE tengevolge van bijna-hersenbeschadiging, maar hoe verklaren we dat mensen zonder fysieke problemen een BDE krijgen?

### ***Transcendent.***

Er zijn veel pogingen ondernomen om de BDE wetenschappelijk te verklaren. De enige hypothese die zowel psychologische, fysiologische en farmacologische modellen enigszins overkoepelt is het neurologische model dat gebaseerd is op de ketaminehypothese van Jansen. Dit model laat echter ook een deur op een kier naar transcendentale hypothesen.

Het huidige wetenschappelijke paradigma heeft geen verklaring voor iets als “de ziel” die het lichaam zou verlaten. Toch vertellen duizenden mensen hoe ze het lichaam verlaten en in staat zijn objectief verifieerbare waarnemingen te doen. Ook de meest sceptische onderzoekers die de tijd nemen om de BDE grondig te bestuderen stellen vast dat bepaalde componenten hen voor een raadsel stellen.

Om zo iets als een uittreding en een BDE te kunnen aanvaarden hebben we behoefte aan een totaal ander paradigma. Het merendeel van de transcendente modellen zijn hypothetisch van aard. Vaak baseert men zich op de recente bevindingen van de kwantum mechanica en de holografie. In plaats van de BDE trachten te kaderen in het huidige stramien trachten deze wetenschappers een ruimere blik te werpen op dit fenomeen.

#### **- Het holografisch model.**

Ring (1980) denkt in holografische termen als het op een BDE verklaring aankomt. Hij merkt op dat de eerste stadia van de BDE gelijk zijn aan de beschrijvingen gegeven door personen die een uittreding ervaren. Beide groepen beschrijven hoe de gevoelens van vrede en rust vooraf gaan aan een afsplitsing van het ware zelf aan het fysisch lichaam. Ring stelt dat er voldoende ervaringen zijn om aan te nemen dat zowel de BDE-er als de uittreder een feitelijke scheiding van het lichaam ondergaat en derhalve in staat is een realiteit te ervaren buiten het lichaam. De BDE-ers zouden volgens Ring na het verlaten van het lichaam een blik werpen in een andere dimensie. Ring stelt dat deze beschrijving geen zweverige mystieke verklaring is doch gefundeerd kan worden door een holistisch paradigma. Hij baseert zich daarbij voornamelijk op het werk van de neurochirurg Pribam die een holistisch model voor het brein ontwikkelde. Pribam stelt dat ons brein frequenties opvangt uit de ons omliggende realiteit en deze bewerkt tot een beeld zoals we dit allen kennen. Volgens Ring is de BDE derhalve een mystieke ervaring die op een directe wijze zonder tussenkomst van het brein toegang biedt tot het holografisch domein. Na de afscheiding van het fysieke lichaam zou het bewustzijn holografisch blijven werken en in staat zijn dezelfde frequenties op te vangen. Wanneer men de dood nabij komt scheidt een deel zich af en ervaart men deze realiteit op een diepgaande wijze. Alles is in deze dimensie aanwezig en de belever ervaart alles te weten, een levensterugblik en een toekomstvisie te zien.

Verder verklaart men op basis van deze hypothese het verschijnen van het licht en andere componenten in de BDE. Deze stelling kan ook verklaren waarom er verschillen optreden in de BDE, alles is aanwezig in deze holografische dimensie en deze wordt beïnvloed door het bewustzijn van het individu. (Ring 1980)

#### **- Interactionistisch dualisme.**

Dit model is ontwikkeld door Kenneth Arnette (1995). Hij baseert zich op Descartes dualisme maar breidt het uit met een interactioneel concept. Naar analogie met Descartes onderstelt Arnette dat het menselijk organisme bestaat uit essence en uit body. Arnette gebruikt vervolgens de gegevens van BDE-onderzoek met het symbolisch interactionisme. De BDE-gegevens die Arnette bestudeert zijn afkomstig van Moody, Ring en Sabom.



Arnette spitst zijn aandacht vooral toe op het interactioneel component. Deze interacties splitst hij in vier groepen:

- Interacties met het eigen lichaam en essence: men komt na de BDE met een schok plots in het lichaam.
- Interacties met lichamen van anderen en essence: wanneer men tijdens een BDE een uittreding heeft, is men niet in staat anderen aan te raken of te manipuleren.
- Interacties van essence met essence: dit gebeurt wanneer personen beschrijven hoe ze overleden personen ontmoeten tijdens hun BDE, de interactie tussen deze essences gebeurt woordloos.
- Cognitief effect van de splitsing essence / body: deze effecten worden gekenmerkt door een versneld denken, helderheid en rationaliteit.

Vervolgens kadert Arnette deze gegevens in een elektromagnetisch en kwantummechanisch model. Het menselijk lichaam produceert een elektrisch veld dat zich met tussenruimten uitstrekt over de ruimte. Er is genoeg reden om ook aan te nemen dat de essence van soortgelijke aard is. Tijdens een BDE beschrijven mensen het werkelijke zelf als bestaande uit "geladen golven", "kleine energie ballen" en "energiepatronen". Beide energievelden zijn dipolisch. Dat houdt in dat essence en body kunnen werken als een magneet. Wanneer de denkbeeldige schakelaar van het lichaam aangezet wordt, worden beide velden plotseling naar elkaar getrokken. Deze hypothese verklaart de schok waarmee personen beschrijven terug in het lichaam te komen, en verklaart ook waarom essence bij interactie met andere lichamen geen contact kan maken. Deze elektromagnetische golven zouden namelijk even uniek zijn als onze vingerafdrukken en beïnvloeden andere velden niet. (Arnette 1995).

Ring (1980) stelde al dat men terecht komt in een holistische dimensie, een verschuiving van het bewustzijn. Deze beide stellingen (van Arnette en Ring) versterken elkaar.

Daarbij kan dan de volgende stelling aan toegevoegd, die van de impliciete orde.

### **- De impliciete orde.**

Het voorgaande sluit aan bij de impliciete orde van David Bohm. Bohm beschrijft het volgende:

In een grote holle cilinder bevindt zich een kleine holle cilinder. De ruimte tussen beiden is opgevuld met een vloeistof als glycerine. Wanneer men een kleine druppel inkt laat vallen op de vloeistof blijft de druppel zoals hij is, een zwart vlekje. Wanneer we één van de cilinders ronddraaien breidt de druppel zich in tegengestelde richting uit. Het wordt een langgerekte streep die dunner en dunner wordt tot het verdwijnt. Wanneer we de cilinder vervolgens in tegengestelde richting draaien verschijnt een langgerekt streepje dat zich vervolgens ontpopt tot de oorspronkelijke inktvlek (Bohm 1980).

Zo veronderstelt Bohm dat alle vormen en gebeurtenissen die in het stoffelijke universum aanwezig zijn in het onzichtbare energieveld ordelijk besloten liggen. Dit op een holografische wijze waarbij ieder deel een min of meer zwakke afspiegeling van het totaal bevat.

Bohm meldt dat uit de onzichtbare orde niet alleen stoffelijke maar ook al het cognitieve, inclusief het bewustzijn ontstaat. Stof en geest kunnen binnen deze zienswijze niet zonder elkaar bestaan, maar ze vormen twee verschijningsvormen van één en dezelfde entiteit.

De totale geschiedenis van de kosmos (verleden, heden en toekomst) met zijn levende en niet-levende grootheden liggen op een nog onbekende wijze in een diepere submanifeste zijnsorde (1991).

### **- Koppeling aan de BDE.**

Zoals door Moody, Ring, Sabom, Greyson, Fenwick, Morse en nog vele andere onderzoekers werd vastgesteld bestaat de BDE uit een aantal deelcomponenten. Een aantal van deze componenten zijn:

- Gevoel toegang te hebben tot alle kennis (heden, verleden en toekomst)
- Een evaluerende levensterugblik (verleden)
- Een visie krijgen van de toekomst (toekomst)
- Gevoel van eenheid met het universum

Iemand komt terecht in de impliciete zijnsorde met een deel van zijn bewustzijn en krijgt aldus kennis over verleden, heden en toekomst en gaat beschikken over alle kennis met een gevoel van totale eenheid. Deze beschrijvingen kunnen dan beschrijvingen zijn van het contact met die impliciete zijnsorde.

### **En wat hiermee verder?**

Geen enkele theorie is in staat om de volledige BDE te verklaren. Aangezien er individuele verschillen zijn, maar de grote lijnen van de BDE gelijk lopen, is het aannemelijk dat er enerzijds persoonlijke variabelen een rol spelen en anderzijds biologische mechanismen werkzaam zijn, die zorgen voor een gemeenschappelijk kader. Ook de transcendente hypothesen die voornamelijk gebaseerd zijn op kwantumfysica en de holografische aard van het universum lijken consistent te zijn met de fenomenologische beschrijvingen van de BDE. Het is belangrijk in de verklaring van dit fenomeen openheid te bewaren en niet bij voorbaat bepaalde modellen te verwerpen. Er is een koppeling te maken van deze modellen.

De BDE kan zowel door een psychische toestand (angst te zullen sterven) als door een fysische toestand (levensbedreigende lichamelijke toestand) getriggerd worden. In veel gevallen is het waarschijnlijk de combinatie van beide die verantwoordelijk is voor het geven van een neurologische prikkel. Op zijn beurt kan dit een rij van neurologische gebeurtenissen in gang zetten. Dit alles leidt tot een bijzondere bewustzijnstoestand. Jansen stelt dat dezelfde bewustzijnstoestand langs verschillende wegen kan worden bereikt. (1999)

Ongeveer 30% van de mensen kan zich een BDE herinneren. Deze bijzondere bewustzijnstoestand zal afhankelijk van het denkkader uitgelegd worden als een droom, als een hallucinatie, als een blik in het hiernamaals, als een blik in de impliciete holografische zijnsorde.

Als dit proces herinnerd wordt, vindt een indringende transformatie plaats voor de belevener.

Echter:

+ Als de BDE veroorzaakt werd door ketamine vindt de transformatie niet plaats!

+ Als de BDE werd veroorzaakt door prikkeling van de rechter temporale kwab vindt geen transformatie plaats!

### **Van Lommel.**

In december 2001 publiceerde de Nederlandse cardioloog Pim van Lommel van het Rijnstate Ziekenhuis te Arnhem, een artikel over BDE in het medische tijdschrift The Lancet. De studie werd uitgevoerd bij hartpatiënten die met succes waren gereanimeerd na een hartstilstand. BDE's hebben daardoor meer wetenschappelijk aanzien gekregen.

Van Lommel trekt de conclusie dat er echt BDE's voorkomen en dat ze niet eenvoudigweg door fysiologische of psychologische oorzaken verklaard kunnen worden. Bovendien is de conclusie getrokken dat het bewustzijn niet vernietigd wordt als de corticale hersenactiviteit ophoudt, maar dat het blijft bestaan bij een vlak EEG en daardoor ook na de dood.

Volgens Van Lommel toont nieuw bewijsmateriaal aan dat naturalistische verklaringen voor een BDE tekort schieten. Van Lommel is zelfs van mening dat de huidige neurofysiologische verklaringen moeten worden herzien.

Dood ontstaat niet van het ene moment op het andere. Daar gaat een stervensproces aan vooraf. Dat proces begint als het hart stilstaat. Vervolgens stoppen de hersenen met functioneren. Dan volgt de rest van het lichaam. Dit is een actief proces dat uren kan duren.

Als je een kloppend hart hebt met alleen hersendood en je houdt die circulatie in stand, je houdt het hart kloppend en je geeft medicijnen voor een goede bloeddruk, dan is het lichaam niet dood want de cellen versterven niet. De interactie tussen bewustzijnsvelden en je hersenen kan zijn verbroken, maar je weet nooit of dit definitief is of tijdelijk.

De mensen verklaren dat hun bewustzijn door blijft bestaan terwijl hun lichaam daar voor dood ligt. Wie uit zijn lichaam is geraakt, is zijn/haar bewustzijn geworden in die zin dat de beperkingen van het bewustzijn tijdens je leven weggevallen zijn. De beperkingen van het lichaam zijn opgeheven. Als je dan in deze bewustzijnservaring via een tunnel in een andere dimensie komt, waar geen ruimte en tijd zijn, ervaar je dat er ook geen verleden, heden en toekomst is; alles is aanwezig. Je bewustzijn is dan enorm ruim.

Via de BDE krijgt de mens de kans te ervaren dat als hij in deze bewustzijnsvelden zit, hij ook alles kan meemaken wat hij in het verleden heeft meegemaakt. De mens komt in contact met zijn eigen bewustzijnsvelden, met zijn eigen herinneringen en ook met die van anderen. Al de bewustzijnsvelden zijn onderling verbonden met elkaar. Hij komt ook in contact met de bewustzijnsvelden van gebeurtenissen in de toekomst. Er is een interactie tussen een immaterieel veld, een niet-materiële zijnsorde in het universum en het fysieke deel van de mens.

Het concept in de huidige wetenschap vertelt dat het bewustzijn in de hersenen is gelokaliseerd maar dat is nooit aangetoond, nooit bewezen. Zo wordt er ook gezegd dat de hersenen binnen een uur vol zitten als ze de informatie opnemen die ze toegediend krijgen. Maar dan kunnen hersenen niet de bewustzijnsherinneringen bevatten. Echter uit de BDE's blijkt dat het bewustzijn van je hogere Zelf veel omvattender is dan je kunt ervaren met je dagbewustzijn in je lichaam. Je ego dat je ervaart in je lichaam is wat anders dan je hogere Zelf dat je ervaart buiten je lichaam. Er is wel een onderling verband, maar je hogere Zelf is een veel grotere dimensie dan je ego. Je ego sterft af als je lichaam afsterft. Je hogere Zelf, je hogere bewustzijn waarmee je in contact bent met alle andere bewustzijnsvelden die bestaan, ooit bestaan hebben en nog zullen bestaan, blijft.

Het enige dat niet verandert is je DNA. Dit is het enige constante in je lichaam. Het DNA speelt een essentiële rol als het contactpunt tussen je cellen en je bewustzijnsvelden. Maar hoe? Na de BDE zijn de functies van de hersenen veranderd: de mensen houden een verhoogde intuïtie. Hoe komt het dat de functie van je lichaam na een BDE zo verandert? Welke rol speelt de DNA-functie hierin? Volgens Van Lommel heeft elk mens zijn eigen persoonsspecifieke DNA in al zijn cellen (en dus ook in zijn hersencellen) en ieder mens kan hierdoor met zijn eigen bewustzijnsvelden contact maken. Je DNA speelt een essentiële rol in je contactmogelijkheden. Je DNA gaat kapot als je cel zich niet meer splitst en definitief afsterft. Mensen ervaren iets in een BDE en krijgen hier het wezenlijke inzicht dat dood niet bestaat.

Onderzoek naar BDE kan echt niet langer zomaar verworpen worden als pseudo-wetenschappelijk.

## **BDE en dan?**

### ***Gevolgen van een BDE.***

Praten over verlichting en mooie BDE's is natuurlijk goed, maar het is ook goed eens stil te staan bij de gevolgen van een BDE, want die zijn niet gering. Conflicten en disharmonie zijn eerder regel dan uitzondering.

Maar een steeds weer terugkerende vraag (ook voor mij door de jaren heen en zeer geleidelijk beantwoord) is, hoe integreer ik de BDE in mijn persoonlijkheid, in mijn leven, of hoe blijf ik mens tussen de andere mensen? En is daar een tijdspad voor? Een BDE is eigenlijk een eeuwig-durend-leven-ervaring.

Hoe moet je met zoveel inzicht nu weer verder, met het onbegrip thuis, en op je werk en de schampere bejegening van artsen tot en met leken, die van het verschijnsel niet gehoord hebben, of niet willen horen!

Wat moet je met die gevoelens van verwarring, eenzaamheid en depressie? Je moet wel heel stevig in de schoenen staan om die gevoelens te kunnen weerstaan. "Met een BDE weet je toch beter?" Maar velen (en ik ook) hebben er jaren therapie voor nodig om dat inzicht te krijgen.

Alhoewel mijn BDE toen niet werd erkend, was mijn leven wel op zijn kop gezet. Mensen die veranderingen bij mij opmerkten, weten dat aan het overlijden van onze dochter. Met mijn verhaal over een paradijs wisten ze geen raad. Mijn verlangen daarnaar toe terug was even onbegrijpelijk. Mijn angst voor de dood was totaal verdwenen, ook onbegrijpelijk.

Nu is er door verschillende onderzoekers aangetoond dat mensen na een levensbedreigende gebeurtenis diepgaande veranderingen ondergaan.

Natuurlijk kan de vraag gesteld worden of de veranderingen hun oorzaak vinden in de BDE. Ook daar is onderzoek naar gedaan. Groth-Marnat heeft in 1998 een vergelijkend onderzoek gedaan tussen twee groepen mensen. De experimentele groep had een BDE gehad. De controlegroep was wel dicht bij de dood geweest maar had geen BDE gehad. Verder waren de groepen niet anders aan elkaar. Er kwamen opmerkelijke verschillen naar voren tussen beide groepen.

De verschillen zijn vooral op de volgende gebieden:

- \* Meer zorg voor anderen.
- \* Gereduceerd materialisme
- \* Meer appreciatie voor natuur.
- \* Geloof in leven na de dood.
- \* Gevoel van zelfwaarde gestegen.
- \* Toename transcendentale gevoelens.

Deze onderzoeksgegevens sluiten aan bij de bevindingen van het onderzoeksteam onder leiding van Elfferich en Van Lommel. (1998) Zij stellen in hun onderzoek dat zich over acht jaar uitspreidde: ".....dit duidt op een veranderingsproces dat zich zowel voor BDE-ers als niet-BDE-ers in bovendien positieve richting ontwikkelt. Men wordt zelfbewuster, socialer en spiritueler."

Maar dan komen de verschillen tussen BDE-ers en niet BDE-ers naar voren:

1. Zelfwaardering nam oorspronkelijk toe maar bleef gelijk na vier jaar bij BDE-ers.
2. Toekomstperspectief duidelijk toegenomen bij BDE-ers.
3. Wat anderen van je vinden verliest over de jaren duidelijk aan belang voor BDE-ers.
4. Belang aan een hogere levensstandaard is bij BDE-ers dubbel zo sterk afgenomen.
5. Geloof in God is minder sterk toegenomen bij BDE-ers.
6. Interesse in godsdienst en kerk laat bij BDE-ers steeds grotere afname zien.
7. Spiritualiteit neemt bij BDE-ers steeds meer toe.
8. Interesse in de dood neemt bij een groep BDE-ers steeds toe.
9. Geloof in leven na de dood stijgt voor de BDE-ers.

Voor deze negen punten geldt dat deze transformaties voor niet-BDE-ers nihil of omgekeerd waren in vergelijking met de veranderingen van de BDE-ers. Elfrich stelt ook aan het eind van het onderzoek dat er verder onderzoek nodig is omdat het moeilijk is een definitieve conclusie nu al te nemen op basis van dit onderzoek. De BDE zou het verwerkingsproces na een levensbedreigende situatie vergemakkelijken o.a. door een verminderde angst voor de dood en geloof in leven na de dood. Anderzijds zal de BDE voor bijkomende complicaties zorgen. De BDE zal in het leven geïntegreerd moeten worden en hebben BDE-ers vaak een verhoogde gevoeligheid.

Welke zijn de veranderingen na een BDE? Voor mijzelf was een van de grootste verandering een totaal verlies van angst voor de dood. Dit staat in grote tegenstelling met mijn houding ten aanzien van mijn BDE. Daarbij wist ik vanaf die tijd dat het leven na de dood niet ophoudt, maar dat er na de dood nog leven bestaat. Reïncarnatie was voor mij toen ook duidelijk. Daar had ik altijd al mee geworsteld maar nu had ik duidelijkheid. Om een antwoord te zoeken op al mijn vragen kwam ik in de bibliotheek ook boeken tegen (helaas niet over een BDE) over paranormale fenomenen. Die boeken hadden een sterke aantrekkingskracht op mij. Pas sinds een paar jaar is mij helder waarom. Ik verslond alles wat ik maar kon vinden over leven en dood en de waarden van het leven en de dood. Het bleef echter binnenshuis. Ik kon er nergens mee terecht.

Het blijkt dat Moody (1978 en 1987), maar ook Ring (1984) en Sabom (1982) en anderen, systematisch de veranderingen na een BDE hebben genoteerd.

Wat hebben zij allen gevonden?

- Grotere bezorgdheid naar anderen toe (geduld, tolerantie en begrip) en grotere capaciteit om liefde naar anderen te tonen). Liefde delen is een primair aandachtspunt bij veel BDEers.
- Daling van de doodsangst. Soms verlangt de BDE-er er zelfs naar vanwege een zekere heimwee naar die allesomvattende en onvoorwaardelijke Liefde.
- Toename van geloof in leven na de dood. Mensen vermelden het gevoel te hebben te weten wat er gebeurt na de dood van hun fysisch lichaam en dit geeft hen een gerust gevoel.
- Openheid voor de mogelijkheid van reïncarnatie.
- Toename van transcendente gevoelens.
- Reductie van het materialisme.
- Sterk verantwoordelijkheidsgevoel ten opzichte van de wereld en de natuur.
- Toegenomen bewustzijn voor paranormale ervaringen; verhoogde intuïtie en gevoeligheid voor horen, zien en voelen.
- Drang naar kennis en zoeken naar diepere waarden in het leven.
- Positieve veranderingen in houding ten aanzien van het zelf (zelfwaarde stijgt), doch geen ego-inflatie maar eerder een acceptatie van zichzelf. Daarbij ook een andere visie op mens en samenleving.

- Behoefte aan stilte en om zich terug te trekken (dromerigheid bij kinderen) of juist behoefte erover te praten hoewel er geen woorden voor te vinden zijn.
- Last van overgevoeligheid.
- Veranderd slaapritme, last van te dichte nabijheid van de partner.

Onder andere Ring voegt hier nog aan toe dat er een toename is voor spiritualiteit, echter een afname in georganiseerde religieuze rites. Het gevoel van religiositeit wordt vooral gekenmerkt door het zich dichter voelen bij God en het hebben van een grotere tolerantie naar andere geloofsovertuigingen. Ring trekt daaruit de conclusie dat de levenshouding algemeen een bepaalde diepgang heeft gekregen, waarin een acceptatie en appreciatie van het leven centraal staan. Ring spreekt dan van een constructieve transformatie. (1980)

Maar uit het onderzoek komt ook naar voren dat er ook moeilijkheden in het interpersoonlijke leven kunnen voorkomen, alsook veranderingen in het levensdoel en het inslaan van alternatieve wegen.

In een onderzoek van Fenwick & Fenwick in 1996 met 350 BDE-ers vermeldt 47% dat ze na hun ervaring een bepaald type van paranormale vermogens hebben: telepathie, healing, toekomst voorspellen. Dit geeft veel mensen ambivalente gevoelens. Er wordt aan zichzelf getwijfeld en aan hun capaciteiten. Ook in onderzoeken van Ring en anderen wordt de conclusie getrokken dat BDE-ers na hun ervaring beschikken over paranormale vermogens. Men is het er over eens dat deze vermogens na een BDE toenemen. Er is nog geen experimenteel onderzoek naar deze vermogens bij de BDE-ers gedaan, maar algemeen wordt aangenomen dat deze vermogens wel bestaan.

Voor mij persoonlijk was het meest moeilijke het feit dat ik met mijn BDE nergens gehoord werd. In die tijd was er ook nog geen publicatie over te vinden in de bibliotheek en hield ik mijn ervaring maar voor me. Ik twijfelde sterk aan mijn ervaring en aan mij zelf. Pas in 1998 doet Elfrich een onderzoek naar de integratie van de BDE in het leven. Hij beschrijft dat men eerst de eigen BDE moet accepteren. Dan start men een zoektocht naar antwoorden en naar kennis, die dan vervolgens leidt tot de integratie van de BDE in het leven. En pas dan kunnen de BDE-ers met hun ervaringen en vermogens gaan werken. Men gaat verder met het weten dat er iets is, dat ze niet bang hoeven te zijn en dit maakt hen tot gevoelige mensen. Het staat er zo eenvoudig. Maar als je verhaal over je BDE wordt weggewuifd is het lastig je BDE te accepteren. Want wat moet je accepteren? Je verdringt je eigen BDE. De zoektocht heb ik pas ingezet na het lezen van een publicatie over een BDE. Toen kon ik langzaam mijn BDE accepteren. Maar ik kon er nog niet mee naar buiten komen. Het praten met anderen zonder een BDE, bleek vaak een afwijzing of ontkenning of onbegrip op te leveren, voor mij soms diep kwetsend en pijnlijk. Dat proces heeft bij mij ruim 20 jaar geduurd(!) en inderdaad geleid tot ziekte. Pas toen ik in 1998 werd gehoord, kon ik met mijn ervaring iets gaan doen en kan ik mijn kracht (in mijn handen) gebruiken.

Pas toen kon ik weer een beetje blij zijn met het leven, hier en daar.  
Pas toen kon ik weer gaan integreren in de maatschappij. Gelukkig, ik ben niet gek. Mijn gedachten en gevoelens zijn toch relevant. Je moet dus luisteren naar je diepe innerlijke bewegingen, met je eigen gedachten, ze zijn niet raar of gek; ze zijn nodig om door de wirwar te komen bij je werkelijke identiteit, mijn eigen identiteit en niet die van de massa. Pas als dat lukt kun je ook weer goed integreren in de maatschappij.

### ***Waardoor ontstaan de veranderingen?***

Op zich is een BDE de oorzakelijke factor van de transformatie. Welke componenten verantwoordelijk zijn voor de veranderingen, daarover is nog weinig bekend. Veel van de veranderingen worden ook bereikt door b.v. psychotherapeutisch werken. Ik denk dan aan angstreductie, sterker zelfbeeld, genieten van het leven. Psychotherapeutisch werken alleen, is een langdurig proces, terwijl een BDE slechts enkele minuten in beslag neemt.

Kellehear (1990) stelt dat de transformatie werkzaam is door drie processen heen in de BDE:

- Tijdens de BDE is er een onverwachte scheiding van het zelf en neemt men een extern perspectief.
- Vervolgens is er een transitieperiode waarin men de dood verwacht en reflecteert op het geleefde leven (life review)
- Tenslotte is men door deze ervaring veranderd en keert men terug naar de oorspronkelijke sociale groep, die niet veranderd is.

Ring (1996) houdt er een andere visie op na. Volgens hem wordt na de BDE een hoger, nieuw menselijk potentieel geopend. Voor veel BDE-ers was het contact met het licht, de kern van hun ervaring. Het licht schijnt hen dan verder te begeleiden op hun levensweg. Voor veel BDE-ers was het contact met het licht de transformatieve kracht van de BDE. Ring haalt dan Stanislav Grof (1985) aan die aantoont dat hetzelfde patroon van transformatie gevonden kan worden bij mensen die transcendentale of spirituele ervaringen hebben zonder BDE.

Er zijn dus verschillende componenten die min of meer verantwoordelijk kunnen zijn voor de persoonlijke transformaties na een BDE. Welke deze componenten zijn is nog onvoldoende onderzocht.

Wel is duidelijk geworden dat deze veranderingen flink verschillen van mensen die wel nabij de dood kwamen maar geen BDE hadden. Ook tonen de veranderingen opvallende gelijkenissen met verhalen die staan in de mystieke literatuur. Dit past bij het gegeven dat voor veel BDE-ers de ervaring een transcendentale ervaring was.

De gevolgen van een BDE zijn echter wel meetbaar en observeerbaar. Deze zijn uniek, diepgaand en doordringend en blijvend bevonden door vele onderzoekers. De veranderingen zijn over het algemeen positief te noemen. De effecten worden sterker naarmate de BDE-er zelf, maar ook zijn omgeving de ervaring accepteert en integreert. De BDE zal een keerpunt markeren waarbij de houding ten opzichte van leven en dood blijvend veranderd is.



Ik heb, doordat mijn BDE niet erkend werd, de veranderingen heel lang diep weggestopt. Alleen mijn angst voor de dood was onmiddellijk verdwenen. Pas de laatste jaren gedurende mijn therapie en daarna, heb ik mijn BDE volledig erkend en ook mijn veranderingen toegestaan.

### ***De omgeving?***

Er is helaas maar weinig onderzoek gedaan naar de gevolgen voor de personen die met de BDE-er leven. De enige conclusies die gemaakt zijn, zijn:

- Aangezien het individu diepgaande veranderingen kent is het onvermijdelijk dat ook de omgeving zal worden beïnvloed.
- Vaak worden de veranderingen door de omgeving niet begrepen. Dit is vooral voor de BDE-er een frustrerende aangelegenheid.
- De moeilijkste aanpassing vond men bij de relaties waar het gezin of de partner de verandering niet kon accepteren.

De weinige onderzoeken spreken elkaar tegen wat betreft de cijfers over wel of niet meer huwelijkse problemen na een BDE.

Toen ik mijn ervaring vertelde aan mijn man, heeft hij goed geluisterd en ook veel vragen gesteld. Maar ook voor hem was deze ervaring onbekend. Hij heeft er wel altijd open voor gestaan. Anders was het met de doktoren en verplegend personeel. Er kwam geen reactie, mijn verhaal werd doodgezwegen of er werd overheen gepraat als ik voorzichtig mijn verhaal kwijt wilde. Met vrienden en kennissen was het ook niet bespreekbaar.

Ik raakte totaal in de verwarring. Was ik gek? Daarbij kwam het verdriet om de dood van onze dochter, en mijn schuldgevoel daarover. Ik heb mijn BDE maar heel ver weggestopt en geprobeerd "gewoon" verder te leven.

### **Hulpverlening.**

#### ***Reactie van hulpverleners.***

Toen ik terugkwam uit mijn BDE en aan een verpleegster mijn verhaal wilde vertellen, kwam er geen reactie. Het enige dat gezegd werd was dat ik nu wel weer snel beter zou worden?! Na nog een keer voorzichtig een poging gedaan te hebben heb ik het niet meer aangedurfd en voelde me onbegrepen en alleen.

Mensen met een BDE hebben iets meegemaakt, iets waargenomen en proberen de ander duidelijk te maken wat zij hebben gezien en gehoord. Alleen de ander heeft daar geen enkele voorstelling van. De ander heeft het zelf niet meegemaakt en het wordt dus erg moeilijk om te begrijpen wat er wordt bedoeld. Toch zijn woorden een manier om het aan de ander duidelijk te maken. Maar woorden schieten ook te kort. Alles schiet te kort.

Zoals Elfferich (1996) al aantoonde is het van belang dat de ervaring wordt geaccepteerd en de integratie van het leven zeer belangrijk voor een goede verwerking. Ik heb mijn ervaring gepoogd diep weg te stoppen en maar verder te leven. Ruim 25 jaar later blijkt dat een onmogelijke opgave.

In 1979 (ruim twee jaar na mijn BDE) heeft Anthony Lee als eerste richtlijnen aan verpleegkundigen gegeven hoe om te gaan met mensen met een BDE ervaring. Hij gaf de onderstaande adviezen:

- Houd rekening met de mogelijkheid van een BDE.
- Vertel hun hoe deze ervaring wordt genoemd.
- Besef dat sommige BDE-ers de terugkeer tot hun lichaam en hun leven als heel onplezierig (hebben) ervaren.
- Geef de patiënt de zekerheid dat ze niet alleen staan met hun ervaring.
- Luister aandachtig naar hun ervaring.
- Neem een niet-veroordelende houding aan.
- Teken de getuigenis op.
- Observeer de veranderingen na de BDE.
- Haal het gezin erbij, het is belangrijk de dialoog in het gezinsleven op gang te brengen.
- Laat hen andere BDE-ers ontmoeten.
- Laat BDE-ers over deze ervaring lezen.
- Bedenk vooral dat de hulpverlener van de BDE-er meer kan leren dan andersom!

Wat zou ik gelukkig zijn geweest als er maar een deel van deze adviezen was opgevolgd. Uit onderzoek is gebleken dat hoe groter de kennis van de BDE des te positiever de houding ten opzichte van de ervaring. BDE-ers voelen zich vaak geïsoleerd en praten niet veel over hun BDE. Toch ervaren ze hun BDE als een zeer belangrijk punt in hun leven. (Voor mij is het een omslagpunt in mijn leven maar een omslagpunt dat na vele jaren pas erkend werd door mij en door therapeuten). Het is voor hen van groot belang dat zij bevestigd worden in hun ervaring, en dat zij vernemen dat hun ervaring al door een groot aantal mensen werd gemeld en dat zij niet alleen staan met hun ervaring. Als de BDE benoemd wordt als hallucinatie, als droom of als fantasie dan wordt er geen recht gedaan aan de BDE en zijn ervaarder. Des te sneller een BDE wordt erkend, des te gemakkelijker wordt de ervaring verwerkt.

Maar lang niet alle buitenzintuiglijke ervaringen zijn een BDE. Nu de BDE meer in de publiciteit komt, het begrip duidelijker omschreven wordt en een naam heeft gekregen, worden vaker ervaringen gemeld die geen echte BDE zijn. Hoe kun je weten (als hulpverlener) of een patiënt iets heeft meegemaakt in de toestand van bewusteloosheid? Vaak komt een gerichte vraag over als een opluchting; er is iemand die het niet gek vindt. Is er iets te melden dan komt er wel wat. Zo niet dan denkt de patiënt daar waarschijnlijk niet verder over na. Hooguit vindt hij de vragensteller een beetje gek, en wat hindert dat?

Uit sommige kenmerken kan men iets voorzichtig opmaken, in ieder geval rekening houden met een BDE.

Denk dan aan:

- De “ondankbare” reanimatiepatiënt.
- De rust die uitgaat van iemand die voor 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.
- Een merkwaardig soort “uitstraling” zoals die voordien niet was op te merken.
- 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.

Lukoff pleit ervoor om in de DSM-IV de BDE onder te brengen in de categorie “psychospirituele problemen zonder mentale stoornis”. Er bestaat een normale reactie volgend op de BDE.

Deze reactie kan volgens Greyson & Harris (1987) bestaan uit:

- angst
- depressie
- interpersoonlijke problemen
- echtscheiding
- te positieve media-belangstelling
- psychospirituele problemen / zingevingproblemen
- boosheid en agressie
- gevoel abnormaal te zijn
- sociale dood (doordat de persoonlijkheid van de BDE-er veranderd kan zijn en dit heeft zijn invloed op het sociale netwerk van de BDE-er).

Ik verwijs bij dit hoofdstuk ook naar bladzijde 39 e.v. met daar het verslag van mijn eigen onderzoek onder de huisartsen van Soest en Soesterberg.

### ***Direct na een BDE.***

Tussen de 18 en de 33% van de mensen die bij de dood komen zouden een BDE ervaren. Dit houdt in dat veel hulpverleners in de klinische praktijk te maken kunnen krijgen met spontane meldingen van een BDE. Orne (1995) deed een studie naar de eerste momenten na een BDE in een ziekenhuis. Orne ontdekte dat in het begin men niet begreep wat er met hen gebeurd is en men is niet in staat om de BDE in een zinvolle context te plaatsen.

Een vertrouwelijke dialoog kan een eerste aanzet zijn om in de toekomst de ervaring met een vertrouwenspersoon te delen. Het is dus van belang dat een vroege interventie door verpleegkundigen die op de hoogte zijn van een BDE, wenselijk is.

Ik kan dat alleen maar onderschrijven. Het zou mijn verwarring en mijn angst van jaren verminderd hebben. Erkenning van het meegemaakte, ik ben dus niet gek! Ook Elferich (1998) stelt dat kort na een BDE een gesprekje van mens tot mens veel leed kan voorkomen. Het benoemen van de ervaring als BDE maakt deel uit van een goede patiëntenvoorlichting.

### ***Enige tijd na een BDE.***

Moody, Atwater, Greyson en Elferich hebben een aantal punten van aandacht bijeengevoegd ten behoeve van de begeleiding van de BDE-er teneinde de integratie van de ervaring in het leven in te passen.

- De BDE kan het best zonder te oordelen uitvoerig beluisterd worden.
- De interpretatie van de ervarder moet geaccepteerd worden; bij veel mensen zal de ervaring spiritueel geïnterpreteerd worden. Het is van belang de ervaring een plaats te geven in het leven alsook belangrijke anderen te betrekken in het verwerkingsproces.
- Als hulpverlener is het van belang te weten hoe lang het geleden is dat deze ervaring plaatsvond.
- Men mag niet nalaten te beklemtonen dat de ervaring uniek is, maar men kan wel vertellen dat er meer mensen zijn met dergelijke ervaringen.
- Er moet informatie gegeven worden aan de persoon en aan zijn / haar gezin over BDE.
- Het is van belang de ervaring verder te laten verbaliseren, te laten reflecteren en vragen te stellen.
- De ervarder moet doorverwezen kunnen worden naar een (praat-) groep met mensen met gelijksoortige ervaringen.

Voor een therapeut die een dergelijke (praat)groep wil gaan begeleiden hebben Moody (1988) en Greyson (1997) een aantal raadgevingen op papier gezet.

- Een groep kan bestaan uit een vijftal mensen, allen met een BDE.
- In de groep kunnen verschillende denkbeelden onderzocht worden, zonder schaamte of schuldgevoelens.
- De groep moet zoveel mogelijk van allerlei informatie worden voorzien.
- Als BDE-ers ervaren dat mensen met gelijksoortige ervaringen dezelfde problemen hebben dan kunnen sterke groepsbanden ontstaan.

## **Bijzondere BDE's.**

### **BDE bij kinderen.**

Wijsheid komt uit de mond van kinderen.

De BDE's van kinderen hebben een bijzondere betekenis. Kinderen hebben zich nog maar weinig bezig gehouden met vraagstukken van leven en dood en het hiernamaals. Kinderen kijken nog onbevangen naar de wereld om hen heen.

De BDE maakt kinderen niet angstig en lijkt in niets op het effect dat een psychiatrische afwijking heeft.

Maar het onderkennen van een BDE bij een kind is wel een must, het kind wordt daardoor in een omgeving gelaten die in ieder geval thuis veiligheid garandeert. Een kind is afhankelijk van volwassenen en het is voor hen onmogelijk de BDE te verwoorden. Kinderen kunnen wel duidelijk maken dat zij een BDE hebben gehad door bijvoorbeeld tekeningen, uitspraken (wijsheid die niet bij hun kalenderleeftijd past), of in hun spel.

Als kinderen identieke ervaringen als volwassenen melden zou daaruit opgemaakt

kunnen worden dat de BDE geen cultureel bepaald fenomeen is. Men mag er immers vanuit gaan dat kinderen nog niet in één of andere religieuze zin geïndoctrineerd zijn en nog geen concreet beeld over de dood hebben gevormd. Het aantal gerapporteerde ervaringen is beperkt, maar toch blijkt eruit dat de BDE bij kinderen dezelfde elementen bevat als bij volwassenen en ook beantwoordt aan het door Ring ontdekte patroon. Deze ervaring bestaat uit het gevoel het lichaam te verlaten, het lichaam te zien vanuit vogelperspectief, waarnemen van duisternis, reizen door een tunnel en terugkeer naar het lichaam.

Bij een kinder-BDE werden er verder geen depersonalisaties, noch levensoverzicht, noch verandering van tijdsgevoel, noch transcendente gevoelens gerapporteerd. Dit zou erop kunnen wijzen dat deze aspecten secundair zijn aan de BDE bij volwassenen. (Ring 1980)

De BDE werd door kinderen nooit beschreven tijdens hallucinaties, als een gevolg van medicatie of psychologische stress, maar alleen op het randje van de dood.

Kinderen met een BDE kunnen te herkennen zijn aan:

- onhandelbaarheid
- probleemgedrag
- paranormaal worden
- tekeningen van vlinders maken
- bijzonder uitspraken als: naar opa en oma gaan (terwijl deze niet meer leven) en "had me daar maar gelaten".

Hoe kunnen ouders hun kind met een BDE steunen? Enige tips van Atwater zijn:

- Slaappatronen van kinderen kunnen plotseling veranderen; soms slapen ze minder en is er een toename van halfslaap en rusteloosheid. Sommigen kunnen bang zijn voor slaap en last hebben van nachtmerries. Ook het herbeleven van de BDE in de droom komt vaak voor. Moedig het kind aan erover te praten.
- Versnelling. Het kind gaat op een andere versnelling over en wordt eerder volwassen; het wordt onafhankelijk. De belangstellingssfeer verandert.
- Schrijven en tekenen zijn even belangrijk als praten. Vraag het kind een boek te maken over zijn ervaring. Als ouders kun je een dagboek bijhouden van het hele gebeuren. Het kan later van grote waarde zijn.
- Huisdieren. Kinder-BDE-ers hebben de neiging zich terug te trekken, en wijzen soms knuffels en omhelzingen af. Huisdieren zijn heel geschikt voor aanrakingstherapie.
- Voeding. Let op het suikergebruik (allergie). Kinder-BDE-ers zijn gemiddeld gevoeliger voor het gebruik van suiker. Groente en fruit zijn belangrijk.

Ook zeer jonge kinderen kunnen een BDE krijgen. (Morse 1990)

Angst voor de dood is anders bij jonge kinderen dan bij volwassenen.

Er zijn echter nog maar weinig onderzoeken verricht naar BDE bij kinderen.

Waar nog minder onderzoek naar gedaan is, maar wel moet gebeuren is dat zich ook rondom de geboorte allerlei ervaringen manifesteren, de perinatale ervaringen.

Onderzoek door Grof geeft steeds meer aanwijzingen dat een complete ziel zich verbindt met de foetus en dat er zo in dit vroege stadium van menszijn al een compleet ontwikkeld wezen aanwezig is. En in deze fase al een BDE kan beleven.

Maar hierover is heel weinig bekend.

## **Negatieve BDE.**

De meeste BDEers beschrijven dat hun ervaring werd gedomineerd door prettige gevoelens als vrede, rust. Maar niet alle verhalen over de BDE zijn even opgewekt en vreugdevol. Sommige BDE-ers (meestal volwassenen) beschrijven de ervaring als emotioneel pijnlijke gevoelens van angst, vrees, afschuw, angstaanjagend, eenzaamheid, schuld. Kinderen lijken hier zelden of nooit last van te hebben.

Waarschijnlijk heeft dit te maken met hun onbevangenheid en het niet bevoordeeld zijn in zaken van leven en dood.

Inhoudelijk zijn er duidelijke verschillen in beleving:

- Een tunnelervaring die wordt ervaren als volslagen duisternis
- Angst en paniek in plaats van euforie.
- De aanwezigheid voelen als een kwaadaardige macht in plaats van als een bron van licht.
- Het betreden van een omgeving van dreiging en chaos.

Greyson (1996) verdeelde de negatieve BDE in drie soorten:

- De meest gewone soort bevatte dezelfde elementen als de positieve BDE met een uittreden, en snel door een tunnel bewegen naar een licht, maar de ervaren beleeft deze als angstaanjagend, waarschijnlijk door een gevoel van verlies aan controle.
- De tweede wat minder vaak voorkomende soort, was een gevoel van alleen zijn, van niet-bestaan, van helemaal eenzaam zijn in een leegte. Soms ontving de ervaren een overtuigend bericht dat de wereld met hemzelf daarin nooit echt had bestaan. Na afloop blijft de ervaren met een leegte en een fatalistisch gevoel van wanhoop zitten.
- De derde en meest zeldzame soort gaf het beeld van helse landschappen, (vallen in een put, marteling), en entiteiten (demonen), vreselijke geluiden, angstaanjagende dieren.

Rommer voegde daar in 2000 nog een vierde type aan toe. Deze komt nog minder vaak voor. Hierin voelt de BDEer zich negatief beoordeeld door een Hogere Macht tijdens zijn levensterugblik. Bij een positieve BDE voelt de BDEer zich geliefd. Dit gebeurt echter niet in een negatieve BDE.

Mensen met een negatieve ervaring koppelen daar ook vaak een leerelement aan. Zij komen tot verandering in hun levensbeschouwing. De spirituele ervaring mag dan negatief worden genoemd, de uitwerking is minstens even spectaculair als bij de positieve BDE. Wat de wezenlijke betekenis van een BDE voor iemand persoonlijk is, positief of negatief, kan alleen de persoon voor zichzelf intuïtief vatten.

Van alle BDE's is ongeveer 1 tot 15% een negatieve BDE. (Bonenfant 2001) Ze kunnen echter vaker voorkomen dan nu gemeld wordt. Verdringing van een negatieve BDE komt regelmatig voor. Bovendien als je erover spreekt wordt de herinnering aan de negatieve BDE weer levendig. Ook schaamt de belever zich vaak voor een dergelijke BDE of is hij bang dat anderen hem daardoor zullen veroordelen. Over een negatieve BDE is immers nog minder bekend!

Er is geen onderscheid te maken tussen mensen die een negatieve BDE kunnen krijgen en wie een positieve BDE.

Het verschil kan erin gelegen zijn hoe iemand sterft. Uit onderzoek blijkt, dat als iemand zelfmoord pleegt de kans op een negatieve BDE iets groter is. Waarschijnlijk omdat de zelfmoord in een periode van veel emotionele pijn plaatsvindt. Wat de ziel van iemand die zelfmoord pleegt betreft: de oude religies en ook het sjamanisme leren over het algemeen dat de ziel de "volledige tijd" van iemands leven aan de aardse materie gebonden blijft. Er is echter nog te weinig onderzoek naar gedaan om te zeggen dat na een poging tot zelfdoding veelal een negatieve BDE volgt.

Echter:

- + Het is niet bekend waarom de meeste mensen een positieve BDE melden en sommigen een negatieve BDE vermelden.
- + Beide ervaren melden dat zij zonder hun BDE geen verdere persoonlijke en spirituele ontwikkeling zouden hebben gemaakt.
- + Het is te verwachten dat mensen met een negatieve ervaring deze minder snel zullen rapporteren en dat onderzoekers er minder voor open staan.

De laatste 10 jaar werden er slechts 50 negatieve ervaringen gemeld in tegenstelling tot duizenden positieve ervaringen (Moody 1996). Uit deze gegevens mag je concluderen dat de negatieve BDE veel minder vaak voor komt dan de positieve.

### **Stichting Merkawah.**

In 1988 werd de Stichting Merkawah in het leven geroepen door een chirurg, een cardioloog, twee psychologen en een coördinator met als eerste doel het verrichten van wetenschappelijk onderzoek naar het verschijnsel "bijna-doodervaringen". Dit onderzoek werd in tien algemene ziekenhuizen in Nederland gehouden onder gereanimeerde hartpatiënten.

De Stichting Merkawah is de Nederlandse afdeling van de International Association for Near Death Studies (IANDS) en stelt zich ten doel:

- Mensen met een bijna-doodervaring te begeleiden en voor te lichten.
- Bekendheid te geven aan het verschijnsel BDE en de gevolgen ervan.
- Bij te dragen aan wetenschappelijk en literatuuronderzoek naar de oorzaak en de gevolgen van een BDE.
- Het scheppen van mogelijkheden tot contact voor mensen met een BDE en andere geïnteresseerden.
- Het uitgeven van het kwartaalblad "Terugkeer".

Ondersteuning wordt via het bestuur geboden door vrijwilligers: regionale medewerkers, telefonisch hulp, lotgenotencontact en landelijke bijeenkomsten die regelmatig worden georganiseerd, voor BDE-ers, hun verwanten en anderen om elkaar te kunnen ontmoeten en ervaringen uit te wisselen.

### **Onderzoeksverslag naar de hulpverlening na een BDE anno 2004.**

Ik was heel nieuwsgierig naar verandering in de houding van huisartsen ten opzicht van een BDE.

Toen ik in 1978 mijn BDE had, was het onmogelijk erover te spreken. Nu ruim 26 jaar later, had ik de gedachte (of was het hoop?) dat er door de doktoren anders naar een persoon met een BDE werd gehandeld. Uit het feit dat er nu literatuur over een BDE te vinden is, had ik afgeleid (subjectief!) dat er ook onder de medici meer bekendheid met een BDE zou zijn.

Ik besloot daartoe een onderzoek te doen.  
Als probleemstelling heb ik gekozen voor:

" Hoe is de houding van de Soester(bergse) huisartsen anno 2004 ten opzichte van een patiënt die een BDE heeft beleefd? Is er verandering opgetreden in hun houding, en zo ja waardoor?"



#### + **Methode van onderzoek.**

Om een antwoord te krijgen op deze probleemstelling heb ik gekozen voor een enquête. De enquête heeft middels een schriftelijke vragenlijst plaatsgevonden. Dit om volledige anonimiteit te kunnen geven voor zowel de huisarts als zijn patiënt. De enquête bestaat uit een negental vragen met grotendeels vaste antwoordcategorieën.

Er zijn in totaal 21 vragenlijsten verstuurd.

Van deze 21 aangeschreven huisartsen van Soest(erberg) heb ik van 14 artsen een ingevulde vragenlijst teruggekregen. Dit is een response van 66%. Als ik daarbij meeneem dat er nogal wat huisartsen in een groepspraktijk werkzaam zijn, heb ik een redelijk beeld gekregen anno 2004.

#### + **Achtergrondgegevens.**

##### **Geslacht:**

Van de 14 teruggezonden vragenlijsten waren er 4 ( 28,6%) van vrouwen en 8 (57,1%) van mannen. Twee (14,3%) personen hadden op die vraag niets ingevuld.

##### **Aantal jaren praktijkvoerend:**

Twee (14,3%) gaven aan 1 – 5 jaar  
drie (21,4%) gaven aan 5 – 10 jaar  
vier (28,6%) gaven aan 15 – 20 jaar  
twee (14,3%) gaven aan 20 – 25 jaar  
drie (21,4%) gaven aan >25 jaar.

De grootste groep (64,3%) geeft aan langer dan 15 jaar een praktijk te hebben. Het lijkt logisch aan te nemen dat zij in hun (groeps)praktijk iemand met een BDE hebben ontmoet. Het is ook de periode dat de onderzoeken naar een BDE meer en meer op gang zijn gekomen.

#### + **Veranderde opvatting t.o.v een BDE.**

Het is (voor mij) opmerkelijk te ontdekken dat 85,7% van de artsen melden geen veranderde opvatting over een BDE te hebben in de loop der jaren. En juist de laatste 20 jaar is er zo veel onderzoek naar gedaan. Is daar dan niets van bij deze artsen terechtgekomen? Hebben zij er nooit over gelezen?

Slechts 2 (14,3%) artsen hebben hun mening bijgesteld.

Eén (7,1%) geeft aan dat het door een patiënt komt en één (7,1%) geeft aan dat het door de TV is gekomen. Dus niet door hun opleiding of bijscholing!

#### + **Opleiding en bijscholing.**

Door bijna alle deelnemende artsen (78,6%) wordt aangegeven dat er door hun opleiding of bijscholing geen of onvoldoende aandacht voor een BDE is.

Er is nog veel werk te doen voor onderzoekers en voor de Stichting Merkawah naar mijn mening. Mensen in de hulpverlening moeten minimaal op de hoogte zijn van het bestaan van een BDE en weten (te vinden) hoe een BDE-er hulp te verlenen. Juist de eerste periode na een BDE is heel belangrijk daarin. Als BDE-er heb je het heel hard nodig dat je je gehoord voelt, en zeker in de beginperiode.

Een mooi onderwerp voor een nieuw onderzoek in de toekomst, "Wat is de beste manier om de BDE en hulpverlening aan een BDE-er meer bekend te krijgen?"

In ieder geval zal er van mijn kant het boekje van Bert van Schuijlenburg "Waar was de patiënt?" naar de Soester(bergse) huisartsen gaan, aangevuld met een folder van de Stichting Merkawah, begeleid van een schrijven van mij. Het vervolg daarop zal gaan in overleg met de Stichting Merkawah.

**+ Welke gevolgen kunnen er zijn voor een BDE-er?**

Er kon hier meer dan één antwoord aangegeven worden.

Het is schrikken als maar één huisarts alle gevolgen van een BDE aangeeft. Het verdwijnen van de doodsangst wordt door 33,3% genoemd. Daar staat tegenover dat slechts 6,6% weet dat een depressie, een boosheid en agressie kunnen voorkomen na een BDE.

6,6% meldt dat een BDE geen gevolgen achterlaat, en eveneens 6,6% geeft eerlijk aan dat hij / zij het niet weet. Het geeft te denken!

**+ Hoe vaak heeft de huisarts met een BDE te maken gehad?**

Er wordt door 21,4% gemeld dat zij nooit met een BDE te maken hebben gehad; 71,4% geeft aan dat het 1 – 5 keer is gebeurd (waarvan een deel aangeven van "maar 1 keer") en 7,1% geeft aan dat het 5 – 10 keer is gebeurd. (Deze arts meldt dat alleen doodsangst verdwijnt. De andere gevolgen zijn niet aangegeven.)

**+ Conclusie.**

Ik kan helaas niet de conclusie trekken dat er de laatste 25 jaar veel verandering in de opvang van mensen met een BDE is opgetreden in vergelijking met mijn eigen beleving na de BDE. Ik ben daar behoorlijk van geschrokken en in teleurgesteld. Het geeft mij (opnieuw) het gevoel dat ik niet serieus wordt genomen met mijn BDE. Ik heb nu echter in therapie, ook anders ervaren, en weet dat het niet aan mij ligt. Er ligt wel een taak op mij te wachten. De contacten zijn inmiddels gelegd.

**Tot slot.**

Tot in lengte van dagen zullen bepaalde mensen eraan blijven twijfelen, maar ik ben ervan overtuigd, ik weet, dat een BDE reëel is. Ik kan zeggen dat een BDE iets heel anders is dan een hallucinatie of een droom. De BDE laat een unieke vingerafdruk achter op de mens die niet na te maken is door welke ervaring dan ook. De BDE, in het bijzonder de ervaring met het mystieke licht, verandert het leven van mensen ingrijpend. Is het niet direct dan wel later; het is niet weg te stoppen.

De studie van de BDE staat nog steeds in de kinderschoenen. De meest fundamentele vraag of de BDE reëel is, werd nog niet opgelost. Is het wel te verwachten van de wetenschap een antwoord te bieden op de vraag naar de realiteit van deze ervaring?

Maar de techniek staat niet stil. Het is aannemelijk dat het aantal mensen dat gereanimeerd zal worden, zal blijven toenemen. Het is daarom ook redelijk te veronderstellen dat het aantal BDE-ers zal blijven toenemen. Hoeveel mensen een BDE hadden is nog onvoldoende onderzocht. Maar daarvoor is het nodig dat de BDE erkend wordt en bekend wordt zodat mensen hun ervaring naar buiten durven brengen. Er is duidelijk meer onderzoek nodig!

Het maken van deze scriptie heeft meer bij mij losgemaakt dan ik vooraf had gedacht. Een goede keuze dus! Ik heb alles zelf ervaren. Ik heb de laatste jaren veel boeken en artikelen gelezen. Ik heb er in mijn (kunstzinnige) therapie mee gewerkt. En toch, alles zo achter elkaar lezen, achter elkaar en geordend opschrijven, het heeft wel degelijk zijn uitwerking.

Het feit dat ik de onderzoeksvragen naar de Soester(bergse) huisartsen toestuurde, met mijn naam erbij, was voor mij een stap om er mee naar buiten te komen.

Het feit dat ik anderen mijn onderwerp van deze eindscriprie moest vertellen, was een stap.

Ik heb bij mijzelf gemerkt dat het taboe van jaren nog zijn nawerking heeft.

Ik ben donateur geworden van de Stichting Merkawah en heb mijn medewerking toegezegd. Het is goed voor mij, nu, en op deze manier uitgebreid met mijn eigen BDE bezig te zijn.

Ik begrijp nu dat als je een BDE hebt gehad, je nog maar een glimp hebt mogen waarnemen van wat er na dit aardse leven komt. Maar als je terug moet en weer in dit leven gezet wordt, dan heb je wel een andere kijk op en weet gekregen van een ander soort bewustzijn. Leren luisteren, vooral na een BDE, dat is heel belangrijk in het integratieproces.

Deze eindscriprie en mijn nieuwe werk (o.a. voor Merkawah) zullen een nieuw begin vormen. De verandering als gevolg van mijn eigen BDE mag nu eindelijk naar buiten komen.

Het was een schok (en ook teleurstelling) dat uit het onderzoek bleek dat er nog zo weinig is veranderd in de houding van deze huisartsen vergeleken met een dertigtal jaar geleden.

Er is ook voor mij nog veel werk te doen opdat de BDE bekender zal worden in de hulpverlening, zodat anderen niet de lange moeizame weg zullen moeten gaan die ik heb gelopen en velen met mij. Door erover te praten en door mezelf tijd te gunnen, kan ik, en ook anderen na hun BDE, een belangrijke rol spelen bij de bewustwording over de essentie van ons bestaan, over de waarde van de liefde voor mens en natuur, over ziekte en gezondheid, over waarheid en godsbegrip. En dat alles in de huidige materieel ingestelde maatschappij. Het is een verantwoordelijke, zware, maar ook zeer mooie weg om te gaan.

Een BDE is een prachtige ervaring, die de mens(heid) veel kan brengen. Een geweldig cadeau.

“Het is de moeite waard  
Om te sterven om te  
Weten te komen wat  
Het leven betekent.”

T.S. Eliot.

## **Dank!**

Op deze plaats wil ik Hans danken voor zijn geduld en voor zijn liefde. Hij is er altijd voor mij in liefde en in vertrouwen. Zonder hem had ik nu geen afstudeerscriptie geschreven.

Ik dank mijn kinderen voor hun liefde. Zij hebben mij in hun jeugd, jaren zoekend en vertwijfeld meegemaakt.

Ik dank Ted Verhamme voor zijn steunende begeleiding bij deze scriptie.

## **Gebruikte literatuur:**

- Anderson, M.  
Atwater, P. Reis naar het verleden. Aartselaar (B), Deltas z.j.  
Terugkeer naar het leven: de gevolgen voor het leven van de bijna dood ervaring. Naarden, Strengholt 1989
- Baarda en De Goede Basisboek methoden en technieken. Groningen, Stenfert Kroese 2001
- Bowman, C. Kinderen uit de hemel. Utrecht, Bruna 2002
- Brennan, Barbara A. Licht op de aura. Haarlem, Becht 2000
- Brennan, Barbara A. Bronnen van licht. Haarlem, Becht 2000
- Crevits, Luc Zijn bijna-doodervaringen bovennatuurlijk? Skepp
- Elfferich e.a. Ervaringen van patiënten na reanimatie: 10 jaar onderzoek in Nederland. IANDS/Merkawah, 1998
- Eeman, Werner Bijna-doodervaringen: onderzoek naar getuigenissen. Skepp
- Eijk, P. van der Naar het hiernamaals en terug. 's-Gravenhage, BZZTôH 1991
- Fostè, John Verdriet om de dood van een kind. Tielt, Lannoo 2001
- Grey, M. De dood gezien. 's-Gravenhage, BZZTôH 1986
- Jansen, Ad Is doodgaan beter worden? Hoorn, Westfriesland z.j.
- Koesen, Wim Is er dan toch leven na de dood? Amsterdam, Amsterdam boek 1975
- Kübler-Ross, E. De cirkel van het leven. Amsterdam, Ambo 2000
- Kübler-Ross, E. Over de dood en het leven daarna. Amsterdam, Ambo 2000
- Kwant, Lambèrt de BDE en suïcide 1 en 2. Terugkeer (Merkawah), herfst 2001 en voorjaar 2004
- Lodewick, G. Waar komt de continuïteit in een steeds veranderend lichaam vandaan? Interview met Pim van Lommel. [www.xs4all.nl/~sbo/nieuwsbrieven](http://www.xs4all.nl/~sbo/nieuwsbrieven)
- Meyel, Sun van Doodgaan is meer gaan leven. Cothen, Servire 1993
- Meyel, Sun van Op weg naar inzicht. Cothen, Servire 1993
- Lommel, Pim van Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. The Lancet, december 2001
- Lommel, Pim van Reactie op het artikel van Luc Crevits. Skepp.
- Lommel, Pim van Over visuele waarneming. Terugkeer (Merkawah) winter 2003
- Lommel, Pim van Bijna-doodervaringen, symposiumbundel. Deventer, Ankh-Hermes 1996
- Moody, Raymond A. De tunnel en het licht. Utrecht, Bruna 1994
- Moody, Raymond A. Over de grens van leven en dood. Utrecht, Bruna 1994
- Moody, Raymond A. Leven na dit leven. Naarden, Strengholt 1987
- Moody, Raymond A. Vorige levens. Utrecht, Bruna 1989

Morse, Dr. Melvin.	Veranderd door het licht. Rijswijk, Elmar 1991
Morse, Dr. Melvin	Nader tot het licht. Rijswijk, Elmar 1991
Opdebeeck, Anja	Bijna dood. Tielt, Lannoo 2001
Parsons, C.	Ontmoetingen met het onbekende. Weert, M & P z.j.
Ring, K.	Het licht gezien. Deventer, Ankh-Hermes 2000
Rivas, Titus	De theoretische interpretatie van bijna-doodervaringen. Tijdschrift voor Parapsychologie, juli 2003
Schuijlenburg, Bert van	Waar was de patiënt? Assen, Van Gorcum 1994
Zeeuw, G. van der	Wonderen of wetten. Deventer, Ankh-Hermes bv. 1995
Zeeuw, G. Van der	Helder weten. Deventer, Ankh-Hermes bv. 1995

BBC documentaire "The day I died" maart 2003

Websites:

[www.merkawah.nl](http://www.merkawah.nl)

[www.iands.org](http://www.iands.org)

[www.lifeafterlife.com](http://www.lifeafterlife.com)

[www.melvinmorse.nl](http://www.melvinmorse.nl)

[www.near-death.com](http://www.near-death.com)

[www.kubler-ross.nl](http://www.kubler-ross.nl)

[www.skepp.be](http://www.skepp.be)

[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)

<http://users.pandora.be/ovok/verlang.htm>

## **Inhoudsopgave:**

Vooraf		2
Inleiding		3
Waarom dit onderwerp?		4
Wat is een BDE?		5
Belangrijke onderzoekers	Moody	6
	Ring	8
	Sabom	9
Verschillen		10
Belangrijke onderdelen	De uittreding	11
	Het licht	15
Diagnose		15
Wanneer?	Alleen bij bijna sterven?	16
	Frequentie	17
Verklaringen van de BDE	Psychodynamisch	18
	Farmacologisch	20
	Biomedisch	21
	Transcendent	22
	En wat hiermee verder?	25
Van Lommel		26
BDE en dan?	Gevolgen van een BDE	27
	Waardoor ontstaan veranderingen?	31
	De omgeving	32
Hulpverlening:	Reactie van hulpverleners	32
	Direct na een BDE	34
	Enige tijd na een BDE	35
Bijzondere BDE's:	BDE bij kinderen	36
	Negatieve BDE	37
Stichting Merkawah		39
Onderzoeksverslag		39
Tot slot		41
Dank		43
Gebruikte literatuur		44
Inhoudsopgave		46
Bijlagen:	De begeleidende brief	
	De enquête	

160504em

Soest, 27 maart 2004.

Geachte heer, mevrouw,

Als afstudeeronderwerp voor mijn studie psychologie aan de SPSO / Academie voor Integrale Menswetenschappen, heb ik gekozen voor het onderwerp: "Bijna Dood Ervaring (BDE) en dan?".

U, als huisarts hebt wellicht in uw praktijk patiënten die een BDE hebben gehad.

Ik zag graag dat u de bijgevoegde vragenlijst invult. Dit kan geheel anoniem, er wordt geen enkel gegeven van u of van uw patiënten gevraagd. In bijgevoegde reeds gefrankeerde enveloppe kan het formulier worden teruggezonden naar mij graag voor 1 mei 2004.

Als u vragen hebt, kunt u ten alle tijden contact met mij opnemen.

Ik dank u heel hartelijk voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

elly moerman

Clemensstraat 74  
3766 GX Soest  
035-6011856  
hemoerman@zonnet.nl



## Onderzoeksvragen scriptie Bijna Dood Ervaring (BDE) onder de huisartsen in Soest /Soesterberg.

1. Bent u een man / vrouw?
2. Hoe lang hebt u een praktijk als huisarts?
  - \* 1 – 5 jaar
  - \* 5 – 10 jaar
  - \* 10 - 15 jaar
  - \* 15 - 20 jaar
  - \* 20 – 25 jaar
  - \* meer dan 25 jaar
3. Is een Bijna Dood Ervaring volgens u:
  - \* een visioen door medicijnen
  - \* een fantasie / droom
  - \* positieve ervaring
  - \* negatieve ervaring
  - \* een blik in een andere dimensie
4. Is uw opvatting over een Bijna Dood Ervaring in de loop van de jaren veranderd?
  - \* Nee, ga door naar vraag 6
  - \* Ja.
5. Waardoor is de veranderde opvatting over Bijna Dood Ervaring bij u ontstaan?
  - \* Ervaring
  - \* Nascholing
  - \* Collega's
  - \* Anders,
  - \* nl.....
6. Hoe is de aandacht voor een Bijna Dood Ervaring volgens u tijdens de opleiding?
  - \* Onvoldoende
  - \* Enigszins
  - \* Voldoende
7. Hoe is de aandacht voor een Bijna Dood Ervaring volgens u tijdens de nascholing?
  - \* Onvoldoende
  - \* Enigszins
  - \* Voldoende

8. Wat kunnen volgens u gevolgen zijn van een Bijna Dood Ervaring?
- \* geen
  - \* verdwijnen van doodsangst
  - \* depressie
  - \* boosheid en agressie
  - \* zingevingproblemen
  - \* gevoel abnormaal te zijn
  - \* interpersoonlijke problemen
9. Hoe vaak hebt u in uw praktijk te maken gehad met patiënten met een Bijna Dood Ervaring?
- \* Nooit
  - \* 1-5 keer
  - \* 5-10 keer
  - \* meer dan 10 keer.

Heel hartelijk dank voor uw tijd en uw aandacht.

elly moerman