

# Altijd in beweging

Zo veranderlijk als de mens is, zo veranderlijk is de discipline van de psychiatrie. Nieuwe diagnoses, nieuwe behandelvormen en nieuwe concepten vormen en vernieuwen de psychiatrie tot op de dag van vandaag. We vroegen verschillende onderzoekers en behandelaren uit het veld om nieuwe ontwikkelingen waar zij zich mee bezig houden toe te lichten. Zo vertelt **Jackie June ter Heide** over de paradigmatische verschuiving die moral injury teweeg brengt; **Tijmen Bostoën** en **Erwin Krediet** vertellen over de potentieel revolutionaire gevolgen van MDMA-behandelingen; en **Maarten Eisma** legt uit hoe de opname van de diagnose persisterende rouwstoornis in de DSM-V-TR nieuwe gevolgen kan hebben voor ons begrip van rouw.

## Beter laat dan nooit: oog voor moral injury

Met inzichten over psychotrauma kan het wonderlijk gaan. Neem nou de PTSS-diagnose. Die verscheen in 1980 voor het eerst in de DSM-III en was in belangrijke mate gestoeld op de ervaringen van Vietnam-veteranen. Wat indertijd al bekend was, is het feit dat zoveel Vietnam-veteranen last hadden van schuldgevoelens. Schuld over het niet kunnen redden van kameraden, schuld over het losgaan op burgers. Er werd over geschreven door psychiaters als Robert Lifton<sup>1</sup> en Jonathan Shay<sup>2</sup>. Toch duurde het nog 33 jaar voordat aanhoudend schuldgevoel formeel erkend werd als een symptoom behorend bij PTSS<sup>3</sup>.

In de tussentijd richtten behandelaren zich op het verminderen van angst. Dat stond immers centraal binnen de PTSS-diagnose. Ik weet nog goed dat ik als beginnend behandelaar met een vluchteling wilde stilstaan bij de herinnering aan een bijna-doodervaring. Nee, zei hij, ik vind dat saai. Hij had geen last van angst, hij had last van schuldgevoel.



Vietnam, 1966

Foto Flickr

Nu schuld in de DSM staat, krijgen we er eindelijk of opnieuw, oog voor. Hardnekkige, invaliderende schuldgevoelens komen vaak voor bij getraumatiseerde patiënten. Ze voelen zich schuldig over het doden van mensen tijdens een vredesmissie, over het niet voorkomen van

een suïcide, over verstijven tijdens een verkrachting. Maar dat ze zich zo schuldig voelen is niet het eerste wat ze zeggen. Je moet er oog voor hebben om het boven tafel te krijgen.

De laatste tien, twintig jaar is er een nieuw begrip dat ons helpt om oog te hebben voor schuldgevoelens en gerelateerde emoties zoals schaamte, walging en woede. Dat begrip is moral injury. Moral injury duidt op de psychische wond die kan ontstaan wanneer mensen, tegen hun eigen morele overtuigingen in, anderen schaden, niet kunnen voorkomen dat anderen geschaad worden, of zelf geschaad worden omdat degenen op wie ze vertrouwden onbetrouwbaar bleken.<sup>4</sup> Dergelijke ervaringen slaan diepe wonden in hun zelfbeeld, hun beeld van anderen en van de wereld. Die ervaringen zorgen ervoor dat ze maar blijven piekeren over wat ze anders hadden moeten doen, dat ze vinden dat ze geen recht meer hebben op geluk en liefde, of dat ze menen hun leven lang boete te moeten doen.

Deze patiënten proberen we te helpen. Niet door hen bloot te stellen aan hun angst, zoals gebruikelijk in traumagerichte therapie, maar door met hen te kijken naar hun schuldgevoel. Ergens, bedolven onder dat schuldgevoel, liggen de waarden die geschonden zijn, zoals zorgzaamheid, eerlijkheid of trouw.<sup>5</sup> We bespreken welke waarde geschonden is en hoe verdrietig dat is. We proberen iets van de herinnering te verwerken. We kijken of het mogelijk is dat de patiënt zichzelf of een

ander vergeeft. En we proberen patiënten te motiveren om weer te gaan leven volgens hun waarden.<sup>6</sup> Zo doen we eindelijk wat we al veel eerder hadden moeten doen: erkennen dat de wonden die geslagen worden door wat wij elkaar aandoen, misschien wel de diepste wonden zijn. Zie je wel, brommen Lifton en Shay dan vanuit de boekenkast. Eindelijk oog voor moral injury.

---

**Jackie June ter Heide** - Klinisch psycholoog en onderzoeker bij ARQ Centrum'45

## REFERENTIES

1. Lifton, R. J. (1973). *Home from the war: Learning from Vietnam veterans*. Beacon Press.
2. Shay, J. (1994). *Achilles in Vietnam: Combat trauma and the undoing of character*. Scribner.
3. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
4. Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29, 695-706.
5. Graham, J., Haidt, J., Koleva, S., Motyl, M., Iyer, R., Wojcik, S. P., & Ditto, P. H. (2012). Moral foundations theory: The pragmatic validity of moral pluralism. *Advances in Experimental Social Psychology*. Via <https://ssrn.com/abstract=2184440>
6. Evans, W. R., Walser, R., D., Drescher, K. D., & Farnsworth, J. K. (2022). *Werkboek moreel trauma*. SWP.

## MDMA-ondersteunde psychotherapie als nieuwe behandeling voor PTSS?

Nadat psychedelica 50 jaar geleden verboden werden, zijn deze middelen weer terug in de psychiatrie. De toepassing van psilocybine bij de behandeling van depressie en verslaving wordt door diverse universiteiten over de hele wereld onderzocht en ketamine is sinds kort een geregistreerd geneesmiddel voor therapieresistente depressie. Een ander middel waarnaar veel onderzoek wordt gedaan is MDMA, ook wel bekend als ecstasy.

Door de effecten van MDMA – zoals het verminderen van angst en schaamte, toegenomen (zelf)compassie en het vergroten van inzicht in psychische processen – lijkt het middel bijzonder geschikt als ondersteuning bij traumabehandeling en lijkt het ook doorbraken te kunnen geven bij moeilijk te behandelen posttraumatische stressstoornis (PTSS).

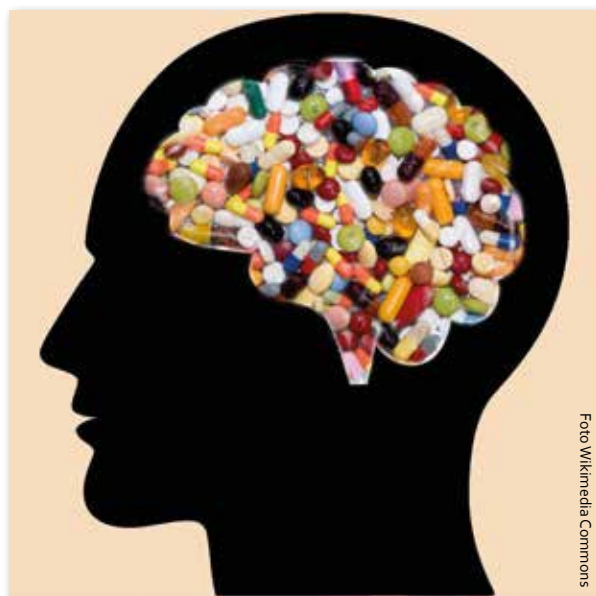


Foto Wikimedia Commons

Van 2008 tot en met 2020 werden wereldwijd verschillende onderzoeken gedaan naar de toepassing van MDMA-ondersteunde psychotherapie (MDMA-OP) voor de behandeling van ernstige en chronische PTSS. In deze studies deden 105 mensen mee, waaronder ook veteranen. De meeste patiënten werden eerder al uitgebreid behandeld voor PTSS, maar met beperkt resultaat. Na MDMA-OP verloor 54% van deze patiënten hun PTSS-diagnose, en tegelijkertijd werd de therapie goed verdragen. De Amerikaanse geneesmiddelenautoriteit (FDA) verleende deze therapievorm daarom een 'breakthrough status'. Sindsdien zijn er twee grootschalige registratiestudies bij 194 patiënten afgerond met soortgelijke resultaten. Op basis van deze studies zal MDMA het komende jaar beoordeeld worden door de FDA als mogelijk geneesmiddel. Indien deze beoordeling positief is, kan MDMA vanaf 2024 als geneesmiddel voor PTSS toegepast gaan worden in de Verenigde Staten, Canada en Israël. In Europa, onder andere bij ARQ Centrum'45, zal dit jaar een grote studie starten op basis waarvan MDMA binnen enkele jaren mogelijk ook in Nederland geregistreerd kan worden als medicijn.

Bij MDMA-OP voor PTSS volgt de patiënt een uitgebreid psychotherapeutisch traject, waarbij twee- tot driemaal MDMA wordt toegediend. Deze MDMA-sessies duren acht uur en worden begeleid door twee therapeuten. Onder invloed van MDMA kunnen de hevige emoties die bij PTSS horen beter verwerkt worden en wordt inzicht opgedaan in wat er allemaal heeft bijgedragen aan het ontstaan van de PTSS. Een patiënt die bij ARQ Centrum'45 met MDMA-OP werd behandeld beschreef het als volgt:

*'Het voelt aan als een jaar therapie in een dag. Er komt zoveel voorbij, vaak details die je helemaal vergeten was of waar je liever helemaal niet aan denkt. Het lukt om het aan te gaan, de MDMA helpt hierbij. Al in de ochtend na de MDMA-sessie voelde ik dat er dingen veranderd waren, wat eerder nooit gelukt was met andere traumabehandelingen.'*

## Kan rouw een stoornis zijn?

In de nieuwe revisie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 is de persisterende rouwstoornis de enige nieuw opgenomen diagnose (DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022). Deze diagnose wordt gekenmerkt door een hevig verlangen naar de overleden dierbare en/of aanhoudende cognitieve preoccupatie met de overledene, gecombineerd met drie

*'Moeilijke herinneringen zijn nu overschreven, ze voelen anders, de nachtmerries zijn verdwenen en dit blijft.'*

MDMA-sessies kunnen emotioneel echter wel zwaar zijn en het verwerken van alles wat loskomt kan als uitdagend worden ervaren. Vandaar dat psychotherapeutische begeleiding door goed opgeleide therapeuten als een essentieel onderdeel wordt gezien voor een veilige en effectieve behandeling.

De ervaringen met MDMA-ondersteunde psychotherapie bieden hoop voor mensen die ondanks uitgebreide behandeling met chronische klachten blijven worstelen. Als de resultaten van de studies overtuigend genoeg zijn om MDMA als geneesmiddel te registreren, dan zou het goed kunnen dat patiënten binnen enkele jaren een MDMA-behandeling door de psychiater aangeraden wordt.

---

**Tijmen Bostoën** - Psychiater, MDMA-therapeut en promovendus - ARQ Centrum'45/Leids Universitair Medisch Centrum

---

**Erwin Krediet** - Psycholoog, MDMA-therapeut i.o. en promovendus - ARQ Centrum'45/Leids Universitair Medisch Centrum

### REFERENTIES

Mithoefer, M. C., Feduccia, A. A., Jerome, L., Mithoefer, A., Wagner, M., Walsh, Z., ... & Doblin, R. (2019). MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: study design and rationale for phase 3 trials based on pooled analysis of six phase 2 randomized controlled trials. *Psychopharmacology*, 236, 2735-2745.

Mitchell, J. M., Bogenschutz, M., Lilienstein, A., Harrison, C., Kleiman, S., Parker-Guilbert, K., ... & Doblin, R. (2021). MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Nature medicine*, 27(6), 1025-1033.

van acht aanvullende symptomen, ten minste een maand lang, ten minste een jaar na het verlies. Ernstige, langdurige rouw is daarmee, ook in Nederland, een stoornis geworden. Maar kan rouw eigenlijk wel een stoornis zijn?

Er zijn weinig onderwerpen die in mijn onderzoeksveld de afgelopen jaren meer discussie hebben opgeroepen

dan de persisterende rouwstoornis. Voorstanders, geleid door leden van stuurgroepen van diagnostische handboeken zoals de DSM, juichen deze ontwikkeling toe in psychiatrische tijdschriften. Ze citeren onderzoek dat laat zien dat de hevige, aanhoudende rouw die een kleine groep nabestaanden ervaart, te onderscheiden is van depressie en posttraumatische stressstoornis, voorspellend is voor verminderde kwaliteit van leven en suïcidale neigingen, en zich beter laat behandelen met rouwtherapie dan andere therapieën. Een rouwdiagnose zal bovendien de communicatie tussen onderzoekers, klinici en beleidsmakers bevorderen en geeft een stimulans aan onderzoek, zodat we betere behandelingen kunnen ontwikkelen voor mensen met ernstige rouw. Het biedt ook erkenning voor het aanhoudende leed dat sommige nabestaanden ervaren.



Je zou bijna vergeten dat het besluit om een rouwdiagnose te includeren in de DSM om meerdere redenen een controversiële beslissing is. Een van de meest intrigerende discussies op dit vlak vind ik de vraag of je normale rouw eigenlijk wel van een rouwstoornis kunt onderscheiden. Eerder onderzoek liet zien dat rouwsymptomen niet kwalitatief lijken te verschillen van (gewone) rouwervaringen. Veel nabestaanden verlangen bijvoorbeeld weleens naar de overledene of denken herhaaldelijk na over de overledene. Het onderscheid tussen rouw en een persisterende rouwstoornis is vooral een verschil in gradatie: voor sommige mensen is de rouw langduriger en heviger en gaat het gepaard met meer beperkingen in het dagelijks leven. Maar waar ligt de grens? Wanneer wordt rouw eigenlijk pathologisch? Aanhoudende, ernstige rouw en functionele beperkingen betekenen niet automatisch dat de rouw ook een stoornis is. Een recente meta-analyse schat dat bijna de helft van de mensen die een gewelddadig verlies meemaakt een persisterende rouwstoornis ontwikkelt. In een nationale Zweedse steekproef van ouders die een kind verloren, werd geschat dat één derde van deze nabestaanden een rouwstoornis heeft. Blijkbaar zijn hevige rouwreacties na dergelijke verliezen een veelvoorkomende en dus normale reactie op een uitzonderlijke, stressvolle levensgebeurtenis.

Mogelijk leidt de nieuwe rouwstoornis dus tot de medicalisering van normale rouw. Sommige rouwexperts zijn daarom principieel tegen de inclusie van de persisterende rouwstoornis in de DSM. Tegelijkertijd zou het excluderen van de rouwstoornis uit de DSM-5-TR in veel westerse landen, waar vergoede zorg mede-afhankelijk is van een diagnostisch label, betekenen dat sommige nabestaanden die hulp nodig hebben geen bewezen effectieve behandeling, zoals cognitieve gedragstherapie, krijgen. Ik ben zelf een pragmaticus. Aangezien de fundamentele wijziging van ons verzekerings- en zorgsysteem op korte termijn onmogelijk is, moedig ik de inclusie van de persisterende rouwstoornis in de DSM-5-TR aan. Niet omdat ik geloof dat rouw pathologisch kan zijn, maar omdat ik vind dat alle nabestaanden die langdurig, ernstig lijden bewezen effectieve hulp verdienen.

**Maarten Eisma** - Universitair docent Klinische Psychologie bij de Rijksuniversiteit Groningen

#### MEER WETEN?

De belangrijkste argumenten voor en tegen de inclusie van de persisterende rouwstoornis in diagnostische handboeken vind je in dit open-access wetenschappelijke artikel:

Eisma, M. C. (2023). Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Challenges and controverses. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.

<https://doi.org/10.1177/00048674231154206>