

## Genezen door middel van een “MDMA-party”

Als we mogen geloven wat er in het artikel: *Nederlandse veteranen gaan 'partydrug' MDMA testen tegen trauma's*, Volkskrant 3 februari 2018 staat, kunnen we de ballonnen en de slingers vast ophangen. De NOS, Hart van Nederland en anderen, maken ook melding van dit fenomeen.

De kop van het artikel suggereert dat er iets uitgevonden is dat werkt op een manier zoals de griepvrij tegen de griep zou werken. Vermetten[1] geeft aan dat in een van de studies 83% genees en in een ander experiment: driekwart. Er was geen terugval. Genezen is echter een moeilijk begrip bij psychische problemen. Tussen de regels door wordt nog wel vermeld, dat geestverruimende middelen als MDMA zijn verboden. Het gebruik ervan is niet zonder gevaar. Dat maakt het lastig om ze als medicijn geregistreerd te krijgen.

De Amerikaanse overheid subsidieert geen onderzoek naar de potentiële geneeskracht van verboden drugs. Daarom wordt het geld bij elkaar gesprokkeld door de Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS). In het artikel van Hart van Nederland wordt ook vermeld dat er nog wel toestemming nodig is van de medische autoriteiten om het middel te testen.

Wat mij trof is de belangrijke opmerking van Agnes van Minnen[2] die vindt dat de psychotherapie waarmee MDMA in de Amerikaanse studies wordt gecombineerd, niet precies genoeg omschreven is. Verslavingsarts Robert van de Graaf hoopt dat psychiaters die met psychoactieve stoffen gaan werken bijgeschoold worden omdat het anders te riskant is. Daarbij maakt hij nog de belangrijke opmerking dat MDMA op zich geen geneesmiddel is.

Toen ik dit artikel las kwamen er vele vragen bij mij op, zoals: wat is het verschil met LSD?; MDMA is toch geen geneesmiddel?; het is toch een verboden drug?; wat voor effect heeft dit op de getraumatiseerde cliënt?; wordt het middel op zich nu het medicijn?; wat zijn de bijverschijnselen?; welke onderzoeken zijn er geweest?; hoe wordt de therapie ingezet?; welke therapiemethode wordt gebruikt?; hoe wordt er een integratie bewerkstelligd als de cognitie eraf is?; wie gaat dit middel toedienen en wie doet de therapie?; wat als de cliënt verslaafd is aan een ander middel, bijvoorbeeld alcohol?

De veelheid van vragen deed mij in eerste instantie besluiten niet te reageren. Echter vanwege het feit dat getraumatiseerden veelal in de kou staan, reageer ik nu toch.

Op de eerste plaats staat de drug op lijst 1 van de Opiumwet, een harddrug met een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid. Het produceren, verhandelen en in het bezit hebben van dit middel is dus strafbaar.[3] In de jaren zeventig en tachtig werd het gebruikt door psychiaters in Amerika, maar ondanks hun protest kwam het toch op de lijst van middelen met onaanvaardbare risico's.

Daardoor moest ik meteen aan Bastiaans[4] denken die LSD gebruikte bij de behandeling van trauma. Dit leverde hem veel weerstand op bij collega's en bij de Inspectie voor de Volksgezondheid. De tegenstanders vonden dat zijn werk niet

wetenschappelijk onderbouwd was. Hij wist zich telkens weer gesteund door een intensieve lobby vanuit het voormalige verzet en door zijn contacten aan het Nederlandse hof, in het bijzonder met prins Bernhard.

In de film "Begrijpt u nu waarom ik huil" van Louis van Gasteren is de behandelingsmethode met LSD door Bastiaans te zien. We zien hier ook dat LSD gebruik wordt als ondersteuning, om te komen bij de situaties uit het verleden die verwerkt moeten worden.

Uiteindelijk struikelde hij over het gebruik van ibogaïne bij een jonge heroïneverslaafde vrouw die overleed, waardoor hij uiteindelijk moest stoppen met zijn werk. Op dit moment zien we echter, dat er in Nijmegen al enige tijd getracht wordt om een trial op te zetten die ibogaïne wil bestuderen als middel voor opiaatverslaving.[5]

De vraag is nu of het middel MDMA gebruikt gaat worden ter ondersteuning van de therapie of als therapie. In het laatste geval komt er weer een gedragsmatig middel op de markt met als doel "verdringing".

In Vrij Nederland van 18 februari lezen we namelijk: "Neem PTSS," zegt Goldsmith[6], "de medische wereld heeft er geen antwoord op. We geven patiënten valium, xanax of prozac, maar echt werken doen die medicijnen niet. MDMA werkt wel. Een vrouw die als kind seksueel misbruikt werd door een oom en 25 jaar lang niet het huis uit durfde, komt nu weer buiten. Dat is genezing. Laten we wel wezen: de psychiatrie kan zelden iets genezen. Dus dit is echt bijzonder. En het is heel hoopgevend."

Doblin[7], de oprichter van MAPS is al even lyrisch als Goldsmith omdat Zoloff en Paxel, de medicijnen voor PTSS die door de Food and Drugs Administration FDA zijn goedgekeurd, om onverklaarbare redenen op vrouwen heel weinig effect hebben en MDMA wel.

Een van de proeven[8] waarop de deelname van Nederlandse veteranen aan een internationaal onderzoek naar MDMA gebaseerd is, concentreerde zich op twee sessies van een acht uur durende psychotherapie die ongeveer 3-5 weken van elkaar waren gepland, waarbij 12 proefpersonen MDMA kregen en acht een placebo. De proefpersonen kregen ook wekelijks psychotherapie vóór en na elke experimentele sessie. 10 van de 12 personen reageerden op de behandeling.

Uit nadere bestudering van het onderzoek blijkt echter dat er wel beperkingen waren, omdat zowel de meeste deelnemers en proefonderzoekers nauwkeurig konden vermoeden of ze in de behandelings- of de placebogroep zaten. De placebo had geen psychoactief effect, maar onderzoekers konden verhoogde bloeddruk en andere symptomen in de MDMA-groep detecteren.

Belangrijk is ook dat deze proef geconcentreerde perioden van contact tussen patiënt en therapeut inhield (31 uur over twee maanden), waaronder twee therapie sessies die een hele dag duurden (8 uur) en overnachtingen in de kliniek. De dosering was in eerste instantie 125 mg en na ongeveer 2 uur 62.5 mg. Michael Mithoefer (onderzoeker) geeft aan dat MDMA-geassisteerde psychotherapie speciale

klinieken zou vereisen, die zijn uitgerust voor langere behandelingssessies en overnachtingen.

De zin van Mithoefer: "Deze methode omvat ook de voorbereiding van de patiënt en een nauwe follow-up om de verdere verwerking van emoties en de integratie van cognitieve verschuivingen die kunnen plaatsvinden te ondersteunen; deze zijn van vitaal belang voor de veiligheid en het therapeutisch effect", doet mij erg denken aan de therapeutische sessies die naast de LSD sessies van Bastiaans gehouden werden, om te zorgen dat er op een of andere manier toch integratie kan ontstaan.

We hebben hier in ieder geval te maken met een onderzoek, waarbij ook therapie gebruikt wordt. De methode van psychotherapie volgde de principes ontwikkeld door Stanislav Grof, MD en anderen voor LSD-psychotherapie (Pahnke et al., 1971) en Holotropic Breathwork (Grof, 2000), en aangepast voor MDMA-geassisteerde psychotherapie door Metzner en anderen (Greer en Tolbert, 1998; Metzner and Adamson, 2001)[9]

Het is ook interessant om het Zwitserse onderzoek, dat iets anders is opgebouwd en ook andere (mindere) resultaten laat zien, te lezen.[10]

Ton Nabben, drugsonderzoeker aan de Universiteit van Amsterdam stelt in een artikel van GGZ-nieuws, dat er sprake is van een psychedelische golf. "Steeds meer wetenschappers scharen zich achter het gebruik ervan, en er worden congressen rond georganiseerd. Er is duidelijk een revival gaande." [11]

Hij zegt: "MDMA is een mooi voorbeeld van een partydrug met een therapeutische werking".

Doblin geeft aan[12]: "In fase 3 van de studie gaan we therapeuten trainen in het gebruik van MDMA. Het is belangrijk dat ze zelf ervaring hebben met MDMA, opdat ze patiënten effectiever kunnen bijstaan. Het leek ons dat psychiaters en therapeuten zelf bang zouden zijn om lsd of psilocybine te gebruiken. MDMA is minder gestigmatiseerd." Moeten we hier nu uit afleiden dat de behandelaars dit ook zelf gaan gebruiken?

Toch schuilt er een gevaar van de snelle oplossing in deze hype. Er wordt te vaak gezegd dat het een geneesmiddel is. Zo lezen we in hetzelfde GGZ-artikel dat Sienaert[13] zegt: "Een spuit ketamine daarentegen werkt binnen luttele uren. Onderzoek heeft aangetoond dat de depressieve klachten binnen twee à drie uur verdwijnen. Het werkt supersnel. Het nadeel: vaak is het effect niet erg langdurig. Dat is wat verder onderzoek moet uitwijzen: in welke dosissen en met welke regelmaat kan zo'n middel soelaas bieden?"

Natuurlijk zijn er ook tegengeluiden, zoals die van Roos van Westrhenen[14] die sceptisch is over de ontwikkeling. Ze werkt als psychiater en klinisch farmacoloog in het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam. Ze ziet zichzelf geen illegale harddrugs voorschrijven aan haar patiënten. Zeker bij posttraumatische stress betwijfelt ze de winst van drugs, vanwege het hoge middelenmisbruik in deze patiëntengroep.

In het kader van het gebruik van MDMA krijgen we te maken met eerder ontstane verslavingsverschijnselen. In een artikel[15] *Psychiatrische aandoeningen bij UNIFIL veteranen op de Militaire Psychiatrie* (Vermetten et al., 2007) lezen we: “in het bijzonder misbruik en afhankelijkheid van alcohol (bij respectievelijk 17,5% en 9,5% van de patiënten met PTSS)”.

In: *Hulpverlening aan Nederlandse veteranen: over preventie, signalering en nazorg / Wim D. Visser, p. 108-151* lezen we: “ Concluderend kan gesteld worden dat verslavings-problematiek bij veteranen, die getraumatiseerd zijn en lijden aan een PTSS of andere posttraumatische symptomatologie, een belangrijk bijkomend verschijnsel is.” De polikliniek Psychiatrie van het Centraal Militair Hospitaal ziet per jaar circa vijftig veteranen. Men schat dat bij de helft van de aangemelde veteranen misbruik van middelen voorkomt.

Driessen[16] geeft aan: “Want de stoornis komt nooit alleen, maar gaat gepaard met een trits aan ‘secundaire klachten’: alcohol- en drugsverslaving of agressief gedrag.”[17]

Dirk Steenssens, psychiater en medisch directeur van verslavingszorginstelling Rodersana in Oirschot schat in, dat zo'n 60 procent van de militairen met PTSS verslavingsproblemen ontwikkelt.[18]

Alhoewel er niet of weinig onderzoek naar is gedaan, is de verslaving een belangrijk gegeven bij de behandeling met MDMA. Los van het feit dat mensen met een ernstig trauma verslavingsgevoelig zijn, is het ook een contra-indicatie bij de behandeling met MDMA.

Drugsadvies.nl, een onafhankelijke organisatie, onderdeel van Stichting Helder Gooise Meren, die al meer dan 15 jaar laagdrempelige preventie en voorlichtingsactiviteiten organiseert, geeft het volgende overzicht over de reacties op MDMA:

- De lichamelijke effecten zijn: verwijde pupillen, ook wel knaken genoemd; verminderde eetlust; stijve kaken; droge mond en droge keel; verhoogde hartslag en verhoogde temperatuur.
- De geestelijke effecten zijn: energiek gevoel, de gebruiker voelt een enorme lading energie en kan uren achter elkaar bezig zijn; extreem euforisch gevoel, de gebruiker vindt iedereen lief en aardig en gaat uit van het goede in de mens; gevoel van zweven; meer behoefte aan interactie met andere personen, van praten tot aan knuffelen; zintuigen beleven prikkels op een andere manier, vooral bij muziek en aanrakingen is dit het geval.
- De korte termijn risico's zijn: uitputting en overbelasting van het lichaam; uitdroging omdat de lichaamstemperatuur hoger wordt; oververhitting; watervergiftiging; ontstekingen.
- De lange termijn risico's zijn: hersenschade; geheugen problemen; psychoses; angstaanvallen; depressies.
- MDMA en alcohol vergroot kans op hoofdpijn en misselijkheid en er ontstaat gevaar met oververhitting, hoewel alcohol enigszins afkoelt drijft het ook vocht af. Hierdoor kan de gebruiker uitgedroogd raken en daardoor oververhit raken. Oftewel het lichaam kan de kerntemperatuur niet onder de 38 graden houden.

- MDMA en cocaïne/amfetamine geeft: grotere kans op uitputting lichaam, alle drie de middelen zijn namelijk opwekkende drugs. In combinatie zorgt dit voor overbelasting van het hart; vergroot kans op hersenschade; vergroot kans op uitdroging en oververhitting en vergroot kans op hartritme stoornis, hartinfarct of hersenbloeding

Gezien deze effecten zien we ook hoe tijdens de onderzoeken, de bloeddruk, polsslag en temperatuur constant gecontroleerd worden, en dat deze verhoogd zijn. Daarnaast waren angsten, duizeligheid, droge mond, onrust, hoofdpijn, slapeloosheid en misselijkheid de belangrijkste bijverschijnselen[19].

De proefpersonen moesten alle psychotrope medicatie (stoffen die een invloed hebben op de psyche door het veranderen van fysiologische processen in het centraal zenuwstelsel) verminderen, voordat ze aan het onderzoek deelnamen. Exclusiecriteria omvatten significante medische aandoeningen. Exclusieve psychiatrische aandoeningen waren: een voorgeschiedenis van psychotische stoornissen, bipolaire stoornis type I, borderline persoonlijkheidsstoornis, dissociatieve identiteitsstoornis, en verslavingsverschijnselen of afhankelijkheid binnen 60 dagen na inschrijving.

Personen die MDMA meer dan vijf keer of minder dan 6 maanden voorafgaand aan de inschrijving hadden gebruikt werden ook uitgesloten.

Zoals we zien beginnen veel mensen nu buiten de behandeling te vallen, omdat vele getraumatiseerden comorbide (tegelijk aanwezige) stoornissen hebben.

Het begint erop te lijken dat er bij de behandeling van ernstig trauma een probleem bestaat in behandelingsmethoden en/of bij de behandelaars zelf. Uit onderzoeken blijkt namelijk dat, met betrekking tot het functioneren van een therapeut, therapeuten uit de psychodynamische praktijk zowel bij de CGT als bij de psychodynamische behandeling hoog scoorden. Dit in tegenstelling tot de gedragstherapeuten (Jones & Pulos, 1993).

We hebben gezien dat traumabehandelingen eerst ingezet zijn met gedragstherapie en nu schiet het volledig de andere kant uit, naar psychedelische middelen. Daarnaast is de therapeutische begeleiding, die nu gebruikt is in de proef, gebaseerd op Grof die zelf veel met LSD heeft geëxperimenteerd.

Psychologie wil zoveel mogelijk een échte wetenschap zijn, terwijl nu Oosterse filosofische spirituele essenties ingezet worden. Grof gebruikte LSD-therapie, en later, toen dat verboden werd, *Holotropic Breathwork* - om ervaringen op te wekken van dezelfde soort als die we ervaren in een (spirituele) crisis. Dit in de overtuiging dat zo'n crisis altijd een helende en transformerende potentie heeft.

Zoals we hierboven al zagen wordt *Holotropic Breathwork* ingezet bij de behandeling van MDMA. Dit wordt door Grof gezien als een toestand die het natuurlijke innerlijke genezingsproces van de psyche van het individu activeert, waardoor de zoeker een bepaald stel interne ervaringen krijgt. Met de innerlijke helende "intelligentie" die het proces begeleidt, is de kwaliteit en de inhoud die wordt voortgebracht uniek voor elke persoon en voor die specifieke tijd en plaats.

Hiermee zijn we terug in het tijdperk van “geloven”, dat niets meer te maken heeft met empirisch psychologisch onderzoek. Indien we naar de geschiedenis van de therapie kijken (Rump, 2014) zien we, dat er een eeuwenoude methode bestaat van waaruit de psychoanalyse ontstaan is. Dit fenomeen, hypnose, is afgeserveerd door de meeste wetenschappers ondanks het feit dat daar veel onderzoeksmateriaal over bestaat. Daarnaast bestond en bestaat er ook nog vanuit het verleden een onvolledige opvatting over de manier van inductie. Men gaat er namelijk vanuit, dat hypnose alleen ingezet kan worden door middel van ontspanning.

Ik heb dit onderwerp in het verleden ook besproken met Bastiaans, maar deze vond het als arts makkelijker om LSD te gebruiken. Hypnose toepassen, gebruikmakend van de juiste inductie, moet echter goed geleerd worden en heeft als voordeel dat in de trancetoestand, zowel het cognitieve- als het Gedissocieerde (niet-bewuste) bewustzijn, beiden aanwezig zijn.

Ondanks het feit dat tijdens hypnose het cognitieve, reflectieve bewustzijn op een laag pitje staat, is het wél aanwezig, zodat er in ieder geval integratie kan plaatsvinden. De gedissocieerde (niet bewuste) delen kunnen makkelijk bereikt worden. Daarnaast is het mogelijk voor de therapeut om volledige controle te houden en kan een sessie afgesloten worden, zonder dat er van alles door blijft werken bij de cliënt. Zo kan er gefaseerd gewerkt worden aan het verwerkingsproces van de traumatische situaties. Dit in tegenstelling tot de proeven met MDMA waar we zien dat na de sessie de proefpersonen 's nachts niet slapen!

Vanwege de manier waarop een trauma ontstaat, is het nodig om gefaseerd te werken. Van der Hart heeft al aangegeven dat bij de behandeling van PTSS de achtereenvolgende fasen zijn gericht op: 1) stabilisatie en symptoomreductie; 2) behandeling van traumatische herinneringen; en 3) persoonlijkheidsre-integratie en rehabilitatie. Daarnaast dient het ook een combinatie te zijn van gedrag- en psychodynamische therapie. (Van der Hart, 2003)

Tuut (2013) geeft aan dat ook Cloitre (2009) heeft ontdekt dat een gefaseerde behandeling meer passend is en Mooren en Stöfsl (2011) stellen eveneens een driefasenmodel voor dat zich richt op:

- a. stabilisatie van functioneren en symptoomreductie,
- b. behandeling van traumatische herinneringen,
- c. integratie van verleden en heden en perspectief op de toekomst.

Bij de *eerste fase* wordt door Ten Broeke et al. (2009) aangegeven dat een chirurg ook niet gaat opereren als de conditie van de cliënt het niet toelaat. Ook Bastiaans geeft aan, dat hij al in 1974 in de richtlijnen voor de psychoanalytische psychotherapie, heeft aangegeven dat in de eerste introductiefase gekeken moet worden of bevoegde instanties wel hebben gekeken naar lichamelijke of materiele schade, zodat er een goed behandelingsklimaat is (Bastiaans et al, 1981).

Het is belangrijk om eerst te kijken naar de persoonlijkheidsstructuur van de cliënt. Deze bepaalt namelijk zowel in hoeverre de persoon de mogelijkheid heeft gehad om delen te verdringen als de sterkte van de dissociatie. Hierdoor zien we ook van waaruit bepaalde comorbide diagnoses ontstaan zijn, die de situatie complexer

maken. Technisch gezien kan voor het deel inzicht en acceptatie gewekt worden met gespreks-therapie. Hierdoor kan ook de angstreductie bewerkstelligd worden.

Bij de *tweede fase* is het wel duidelijk dat veel onderzoekers vinden dat er blootstelling moet komen aan de traumatische situatie. Het probleem is echter dat het niet slechts herinneringen zijn, zoals dit wel opgevoerd wordt bij imaginaire exposure. Verdrongen delen kunnen teruggehaald worden als herinneringen, die dan ook weer als zodanig herkend worden.

Dissociatieve delen, namelijk die delen die te overweldigend waren en buiten het cognitief bewustzijn zijn gebleven, maar die de motor vormen achter de sterke uitingsvormen, zijn echter geen herinneringen die zo maar teruggehaald kunnen worden. Ze liggen als het ware “achter” de verdrongen delen die bewust gemaakt moeten worden.

Eerst dienen de verdrongen delen bewust gemaakt te worden, waarbij verwerkingsprocessen plaats moeten vinden en interventies ingezet moeten worden, die ervoor zorgen dat de persoon weer kracht gaat ervaren in plaats van de onmacht die gespeeld heeft.

Na deze fase kunnen pas de dissociatieve delen aan bod komen. Het remmen of dempen van angstreacties is werken met conditioneringen die niets te maken hebben met verwerking en al zeker niet met integratie. Alleen al bij de delen die verdrongen zijn (afsluiting) hebben we in de geschiedenis kunnen zien, dat op het moment een persoon op oudere leeftijd lichamelijke klachten gaat vertonen ook de psychische klachten vrij gaan komen.

De tweede fase is een balanssituatie tussen het opbouwen van Ik-sterkte en verwerkings- en integratieprocessen. Actieve imaginatie en indien nodig hypnotische technieken als sterkere vorm, kunnen gebruikt worden voor verwerking, het opbouwen van Ik-sterkte en integratie. Hypnose geeft een sterkere focus, hetgeen lijkt op de opmerking bij het onderzoek over EMDR van Hoeven & Van der Schoot (2010), dat hyperconcentratie op een herinnering voor meer complete en waarheidsgetrouwe herinneringen zorgt. Het gaat bij hypnose niet alleen om herinneringen, maar om beelden van de situaties uit het verleden die duidelijker worden en makkelijker naar boven gehaald kunnen worden. De therapeut heeft een sterkere controle op de te verwerken delen, doordat hij ervoor kan zorgen dat er geen overspoeling plaatsvindt en een sessie af kan sluiten zonder dat “de deur naar het verleden” open blijft staan.

De tweede fase bestaat uit het werken met verdrongen- en gedissocieerde delen. Zolang deze laatste niet geïntegreerd zijn blijft er een spanningsveld tussen Momentaan- en Gedissocieerd bewustzijn. Door de verwerking van verdrongen delen krijgt een cliënt “lucht”, maar ontstaat er nog geen evenwicht in het functioneren. We kunnen wachten op nieuwe veruiterlijkingen of meer en andere comorbide stoornissen. Het is noodzakelijk de onbekende gedissocieerde delen te integreren in het Momentaan (cognitief) bewustzijn.

Als dit gebeurd is komen we bij de *derde fase* die weer perspectief moet bieden voor de toekomst. Het levensverhaal is door de integratie weer compleet, maar er kunnen

existentiële vragen zijn die nog een plek moeten krijgen. Ook hier kan actieve imaginatie behulpzaam zijn.

Misschien is het goed om toch gebruik te maken van de geschiedenis en de veelheid aan onderzoeken op het gebied van de werking van psychodynamische-, psychoanalytische- en hypnotherapeutische therapieën te gebruiken, zodat het gewenste *evidence-based* gebruikt kan worden. Dit lijkt me wenselijker dan gebruik maken van een soort sjamanistische sessies, zoals nu tijdens het internationale onderzoek naar MDMA lijkt te gebeuren. Belangrijker is echter dat de ernstig getraumatiseerden goed begeleid worden.

Dr. Harry A.J. Rump MEd

16 februari 2018

## Noten

[1] Bijzonder hoogleraar psychotraumatologie bij de universiteit van Leiden/LUMC en hoofd van het onderzoekscentrum van de militaire geestelijke gezondheidszorg van defensie.

[2] Bijzonder hoogleraar angstregulatie en behandeling van angststoornissen aan de Radboud Universiteit.

[3] <http://www.drugsadvies.nl/>

[4] Jan Bastiaans was zenuwarts, hoogleraar psychiatrie en directeur van de Jelgersmakliniek

[5] <https://www.vn.nl/waarom-therapeutisch-drugsgebruik-weer-terug-is/>

[6] Neal Goldsmith, psychotherapeut in New York en een van de organisatoren van het Horizon symposium.

[7] Rick Doblin, Ph.D., is the founder and executive director of the Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS).

[8] Michael C. Mithoefer, Mark T. Wagner, Ann T. Mithoefer, Lisa Jerome and Rick Doblin. The safety and efficacy of  $\pm$ 3,4-methylenedioxymethamphetamine -assisted psychotherapy in subjects with chronic treatment-resistant posttraumatic stress disorder: the first randomised controlled pilot study. *Journal of Psychopharmacology*, 19th July 2010 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122379/>

SAGE Publications UK. "MDMA (Ecstasy)-assisted psychotherapy relieves treatment-resistant PTSD, study suggests." ScienceDaily. ScienceDaily, 20 July 2010. [www.sciencedaily.com/releases/2010/07/100719082927.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2010/07/100719082927.htm)



Mithoefer, MC, Wagner, MT, Mithoefer, AT. (2011) The safety and efficacy of±3,4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy in subjects with chronic, treatment-resistant posttraumatic stress disorder: the first randomized controlled pilot study. *J Psychopharmacol* 25: 439–452. Google Scholar, Link

[9] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122379/>

[10] <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269881112464827>

<https://pdfs.semanticscholar.org/4e1b/e80cd379af0f77880be6a1f7310248290ece.pdf>

[11] <https://www.ggznieuws.nl/home/geef-psychiatrische-patienten-partydrugs/>

[12] <https://www.vn.nl/waarom-therapeutisch-drugsgebruik-weer-terug-is/>

[13] Professor Pascal Sienaert van het Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven in Kortenberg.

[14] <https://www.nemokennislink.nl/publicaties/partydrugs-op-doktersvoorschrift/>

[15] <http://docplayer.nl/69073854-Psychiatrische-aandoeningen-bij-unifil-veteranen-op-de-militaire-psychiatrie.html>

[16] Twan Driessen behandelt als arts en psychotherapeut bij Centrum '45 al jaren mensen met oorlogstrauma's.

[17] <https://www.vn.nl/nazorg-defensie-niet-laten-schieten/>

[18] Omroep Brabant Publicatie: woensdag 20 maart 2013 - 22:18 Auteur: Karin Kamp

[19] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122379/table/table5-0269881110378371/>

## Literatuur

Bastiaans J. et al. (1981). *Mensen bij gijzelingen*. Alphen aan den Rijn : A.W. Sijthoff.

Broeke, E. ten , Jongh, A. de & Oppenheim, H. (2009). *Praktijkboek EMDR, casus conceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam, Pearson assessment and Information.

Cloitre, M. (2009). Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. *CNS Spectrums*, 14, 1, 32-43.

Greer GR, Tolbert R. (1998) A method of conducting therapeutic sessions with MDMA. *J Psychoactive Drugs* 30: 371–379 [PubMed]

Grof S. (2000) *Psychology of the Future*. Albany, NY: State University of New York Press [Ref list]

Hart, O. van der. (2003). *Trauma, Dissociatie en Hypnose. Handboek (4de druk)*. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers

Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(2), 306-316.<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.306>

Metzner R, Adamson S. (2001) Using MDMA in healing, psychotherapy and spiritual practice. *Ecstasy: the complete guide. Rochester, VT: Inner Traditions*; 182–207 [Ref list]

Mooren, T. & Stöfseel, M. (2011). Complex trauma: hoe te behandelen? *GZ-psychologie, 1*, 18-25.

Pahnke WN, Kurland AA, Unger S, Savage C, Grof S. (1971) The experimental use of psychedelic (LSD) psychotherapy. *Int J Clin Pharmacol 4*: 446–454 [PubMed]

Rump, H.A.J. (2014). *Geestelijke gezondheidszorg, verlichting of verdichting*. Nijmegen: Jungiaans instituut.

---