

Dokter, mag ik nog een kwartje?

D.T. Schepers

Profiel: Jeugd

Kernthema Ruimte voor kinderen en Jongeren

Basisgroep: 5423SAS1WC

Docent: Y. Wittenberg

Student nummer: 500888757

Aantal woorden: 12673

Inhoud	
Inleiding	4
Macro-niveau	5
Ontwikkelingen in het buitenland	6
Wetgeving Nederland	7
Registratie	7
Meso-niveau	8
Geestelijke gezondheid in Nederland	9
Sociaal werk	9
Betrokkenen	11
Micro-niveau	12
Positieve onderzoeksresultaten	12
Mening jongeren	13
Negatieve kant	13
Samenvatting	15
Doelstelling	15
Vraagstelling	15
Onderzoeksopzet	17
Resultaten	20
Autoriteit	21
Geschiktheid	23
Vergelijking	24
Kosten baten analyse	26
Protocol	27
Toekomst	29
Conclusie	31
Bibliografie	35

De afgelopen maanden ben ik bezig geweest met het schrijven van mijn afstudeerscriptie. In mijn scriptie staat de volgende onderzoeksvraag centraal: 'Hoe denken experts over MDMA ondersteunde therapie bij minderjarigen?' De toepassing van MDMA ondersteunde therapie bij psychiatrische klachten van volwassenen is een behandelvorm waar al enige tijd onderzoek naar wordt gedaan. Volgens Toebes et al., (2024) onderdrukt MDMA angstige gevoelens en afweermechanismen. Op deze manier is het makkelijker om terug te denken aan trauma's. Het terugdenken aan trauma's is de eerste stap om ze te verwerken. Het meeste onderzoek richt zich op therapieresistente PTSS. De uitkomsten van deze onderzoeken zijn bijzonder positief.

Tijdens mijn studie word ik opgeleid als jongerenhulpverlener, daarnaast schrijf ik mijn scriptie binnen het thema Ruimte voor Kinderen en jongeren. Mijn interesse ligt logischerwijs bij deze doelgroep. Om die reden wilde ik graag onderzoeken of de eerder gevonden positieve onderzoeksresultaten bij volwassenen ook gelden voor minderjarigen.

Ik heb dit onderzocht door ten eerste literatuuronderzoek te doen, en daarnaast interviews te houden met experts op dit gebied. De deelnemers (geïnterviewden) van mijn onderzoek waren psychiaters en wetenschappers. Na het doen van literatuuronderzoek en het analyseren van de interviews kwam ik tot de volgende conclusie. Experts zijn onder voorbehoud positief over MDMA ondersteunende therapie bij minderjarigen. Ze onderstrepen echter wel een paar belangrijke zaken waaraan voldaan moet worden voordat de behandeling kan worden aangeboden. Ten eerste moet er meer onderzoek naar deze behandeling worden gedaan. Op basis van dit onderzoek moeten richtlijnen worden opgesteld waarin staat beschreven hoe de behandeling dient te worden uitgevoerd, wat hier voor nodig is en welke cliënten voor de behandeling in aanmerking komen.

Omdat ik heb gemerkt dat er veel misverstanden zijn over MDMA geassisteerde therapie, heb ik op basis van mijn scriptie een essay geschreven en geschreven om zo het thema aan te kaarten onder jeugdprofessionals. Dit essay heb ik aangeboden aan socialevraagstukken.nl Ik denk dat dit belangrijk is voor de beroepspraktijk omdat het in mijn optiek altijd goed is om verder te kijken dan de -op dit moment- bestaande behandelopties. Nieuwe behandelingen bieden niet alleen een uitkomst voor cliënten die niet gebaat zijn bij de huidige behandelingen maar bieden hulpverleners ook nieuwe handvaten.

Inleiding

Op de crisisopvang waar ik vorig jaar stage liep, hadden veel jongeren last van (complexe) trauma's. Van de jongeren hoorde ik vaak dat zij traumabehandelingen erg zwaar vonden. Soms waren de behandelingen zo zwaar dat deze gestaakt werden. Ook leken behandelingen soms überhaupt niet aan te slaan. De trauma's van deze jongeren maakten het dagelijks leven voor deze jongeren moeilijk. In sommige gevallen liepen de jongeren tegen zoveel moeilijkheden aan dat ze geen andere uitweg zagen dan een suïcidepoging.

13–36% van de adolescenten die psychotherapie ontvangen stopt vroegtijdig met de behandeling (Gutner et al., 2016; Ormhaug & Jensen, 2018; Skar et al., 2022). Volgens (James et al., 2013) reageert, 20% van de adolescenten die psychotherapie reageert hier niet voldoende op. Als PTSS niet afdoende wordt behandeld kan dit ernstige gevolgen hebben voor de psychosociale ontwikkeling van jongeren (Mueser et al., 1998; Verlinden & Linadauer, 2015). Daarnaast kunnen PTSS-klachten toenemen als deze niet afdoende behandeld worden (Chessen et al., 2011).

Per toeval kwam ik wat nieuwsberichten tegen over het gebruik van MDMA tijdens het behandelen van psychiatrische aandoeningen. Dit onderwerp wekte mijn interesse en ik besloot me hierin te verdiepen. Ik vond verschillende artikelen over gebruik van psychedelica in de psychiatrie. In 1938 maakte de Zwitserse medicijnfabrikant Sandoz de stof LSD. LSD bleek hallucinogeen en dook meer en meer op in de psychiatrie. (Freudenmann et al., (2006); Passie (2018). Ook in Nederland werd rond die tijd geëxperimenteerd met LSD: psychiater Jan Bastiaans behandelde na de Tweede Wereldoorlog mensen die psychische schade hadden opgelopen tijdens de oorlog (Enning, 2009). In 1966 werd LSD verboden in

Nederland (Zandstra et al., 2020) en een jaar later ook in de Verenigde Staten (Lee et al., 1988). Onderzoeken naar medisch LSD gebruik werden hierdoor gestaakt. Wetenschappers en behandelaren zochten een alternatief en kwamen zo terecht bij de synthetische drugs MDMA. In het jaar 1975 ontdekte chemicus Alexander Shulgin de stof en begon te experimenteren met de mogelijke therapeutische werking en was hier enthousiast over (Benzenhöfer et al., 2010; Passie, 2018). In 1985 werd de stof door de WHO verboden en in 1988 in Nederland (Staatscourant, 1988). De reden hiervoor was de toename in druggerelateerd geweld (Van Amsterdam et al., 2021). Vanaf de jaren 10 is er volgens Toebes et al., (2024) een “psychedelische renaissance” waarin weer belangstelling ontstaat voor de therapeutische werking van MDMA.

Ik ben van mening dat het feit dat traumabehandelingen worden gestaakt omdat deze als te zwaar worden ervaren een reden is om verder te zoeken naar andere behandelingen die wel aanslaan bij deze doelgroep. Nieuwe behandelingen die mogelijk wel aanslaan verlichten niet alleen de situatie van deze jongeren maar ook van hun omgeving. Daarnaast biedt een nieuwe behandeling ook meer mogelijkheden voor hulpverleners. In deze scriptie wil ik onderzoeken hoe experts denken over het gebruik van MDMA ondersteunde therapie bij minderjarigen en welke rol sociaal werkers spelen in het al dan niet mogelijk maken van de behandeling.

Macro-niveau

Uit een internationaal onderzoek, naar de prevalentie van een groot aantal psychische aandoeningen, uitgevoerd in 16 landen wereldwijd blijkt dat 50% van deze klachten voor het 14^e levensjaar (Kessler et al., 2007).

Het Trimbos instituut vermeldt dat er geen representatieve cijfers zijn over jeugdigen onder de 18 in de GGZ. Doordat de jeugdzorg in 2015 van het Rijk is verplaatst naar gemeenten lukt het niet om landelijke cijfers bij elkaar te brengen. Het NJI, (z.d) publiceert wel cijfers van voor 2015. In 2013 zaten er 152.700 jongeren in de GGZ.

Jaarlijks ervaren 100.000 jongeren in Nederland een traumatische gebeurtenis. 1 op de 6 ontwikkelt hierdoor PTSS(Hardeman & Lindauer 2017,) Zoals eerder beschreven reageert een dikke tien procent van de jongeren niet op EMDR en Cognitieve gedragstherapie, twee vooraanstaande trauma behandelingen. Ondanks dat de meeste minderjarigen gebaat zijn bij de huidige behandelingen blijft vooralsnog een behoorlijke groep jongeren over wiens PTSS niet behandeld kan worden.

Psychiatrische problematiek gaat verder dan onze landsgrenzen (Kessler et al., 2007) Dit geldt ook voor de ontwikkelingen op het gebied van MDMA geassisteerde therapie.

Ontwikkelingen in het buitenland

In Zwitserland wordt al sinds 2014 gewerkt met MDMA ondersteunende therapie. Uit correspondentie tussen de Staatscommissie en Peter Gasser, de voorzitter van de Zwitserse vereniging van artsen (*Schweizerische Ärztgesellschaft für Psycholytische Therapie*), kwam de hieronder staande informatie. Het Zwitserse Federale Bureau voor Volksgezondheid (BAG) reguleert het gebruik van middelen die niet zijn goedgekeurd. Artsen (psychiaters en psychotherapeuten) kunnen een uitzonderingsvergunning aanvragen voor het gebruik van MDMA, LSD en psilocybine. De arts volgt een opleiding om met een van deze stoffen te werken. De behandeling is geen eerste keus en voor patiënten gelden strikte criteria. De behandeling wordt nauwlettend gemonitord. Volgens de *Schweizerische Ärztgesellschaft für Psycholytische Therapie* hebben de behandelingen geen effect op het recreatieve drugsgebruik in Zwitserland (Toebe et al., 2024).

In Australië zijn sinds januari 2024 behandelaren begonnen met MDMA-geassisteerde therapie. Een jaar eerder kondigde de registratie autoriteit *Therapeutic Goods Administration* (TGA), aan MDMA de status *controlled substance* te geven, waardoor de stof voor medische doeleinden kan worden ingezet (Therapeutic Goods Administration, 2023).

Wetenschappers die zelf onderzoek doen naar MDMA ondersteunde therapie (Blau et al., 2023; Rossel et al., 2023; Davey, 2023) oordeelden dat het wetenschappelijke bewijs te summier was om deze stap te zetten. De TGA erkent de geringe hoeveelheid onderzoek maar vindt dat de voordelen opwegen tegen de nadelen. “*Authorised persons*” mogen van de TGA MDMA voorschrijven (TGA, 2023). De *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, (2023) heeft ook een eerste richtlijn geschreven voor MDMA ondersteunde therapie.

Voor de twee onderstaande tekst is gebruik gemaakt van ChatGPT (OpenAI, 2024; zie Bijlage II).

De Verenigde Staten lopen voorop in onderzoek naar MDMA ondersteunde therapie. Na het verbod op MDMA in 1986 richtten therapeuten en onderzoekers MAPS (*Multi Disciplinary Association For Psychedelic Studies*) op om dit onderzoek voort te zetten. MAPS financiert de studies naar MDMA ondersteunde therapie en heeft Lykos Therapeutics opgericht, een *public benefit corporation* die zowel sociale als financiële doelen nastreeft. Zodra MDMA-therapie voor PTSS wordt goedgekeurd, zal Lykos MDMA leveren aan behandelaren en trainingen aanbieden (Toebe et al., 2024).

Hoewel de FDA MDMA ondersteunde therapie nog niet heeft goedgekeurd, erkent het de aanzienlijke voordelen ten opzichte van bestaande PTSS-behandelingen (Feduccia et al., 2019). De FDA heeft deze therapie de status *breakthrough medicine* gegeven, dit staat een versnelde goedkeuringsprocedure toe (MAPS, 2017).

Wetgeving Nederland

MDMA is een verboden stof en staat daarom op Opiumlijst I. Onderzoek doen naar drugs op Opiumlijst I mag alleen onder zeer strikte voorwaarden en is daarom duur en moeilijk. Een verandering in beleid zou het onderzoek naar MDMA makkelijker kunnen maken (Van Amsterdam et al., 2021).

De verschillen tussen de politieke partijen zijn erg groot. Van oudsher conservatieve en of rechtse partijen zien voornamelijk problemen rondom drugs. De VVD wil vooral straffen voor druggerelateerde misdrijven verhogen (VVD.nl, z.d.). Volgens het CDA zorgt het gedoogbeleid voor normalisering van drugsgebruik. Dit beleid moet daarom worden afgeschaft (CDA.nl,z.d.). Ook de PVV wil straffen omtrent drugs verhogen (PVV.nl, z.d.). Partijen als D66, Volt en PVDA/GL pleiten voor een opener drugsbeleid met een gereguleerde markt om zo de veiligheid van gebruikers te waarborgen. D66 wil de positieve geluiden over de inzet van MDMA bij patiënten met psychische of geestelijke klachten nader onderzoeken en de barrières wegnemen (D66.nl z.d.).

Uit een onderzoek van Amsterdam et. al. (2021) waarin verschillende soorten drugsbeleid werden geanalyseerd, blijkt dat een beleid waarin een verplaatsing van MDMA naar Opiumlijst II het makkelijker maakt om onderzoek te doen omdat de voorwaarden minder streng zijn (Amsterdam et. al. 2021).

In 2023 stelde het kabinet de Staatscommissie MDMA in: *Voorbij Extase*. Deze commissie had als opdracht om uit te zoeken wat de voor- en nadelen zijn van het inzetten van MDMA tijdens therapie. Volgens de Staatscommissie vormt de huidige Europese wetgeving geen belemmering voor medisch MDMA gebruik in Nederland, zij het in het kader van wetenschappelijk onderzoek (Toebes et al., 2024). Volgens artikel 2 van het opiumwetbesluit mag MDMA worden voorgeschreven aan proefpersonen. Dit onderzoek mag enkel plaatsvinden binnen instellingen zoals universiteiten en zorginstellingen, zoals ziekenhuizen en verslavingsklinieken (wetten.overheid.nl, 2024).

Registratie

Om MDMA aan te merken als een geneesmiddel moet het worden geregistreerd, waarna het middel onder de Geneesmiddelenwet valt. In Nederland wordt dit gedaan door de volgende

instanties: het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (BGC) en het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA).

Voor registratie bij de EMA moet een registratiedossier bij de EMA worden ingediend. Dit dossier moet voldoende onderzoeksresultaten bevatten om te bewijzen dat MDMA ondersteunde therapie effectief is. De organisatie die over genoeg data beschikt om dit te doen is de eerder genoemde Lykos Therapeutics. Lykos heeft aangegeven niet in Europa voor registratie te gaan; daarnaast wil het bedrijf haar data niet delen met andere organisaties. Voor een registratie in Europa zou dus een nieuwe rechtspersoon een eigen registratie-data dossier moeten indienen bij de EMA. Dit is ingewikkeld omdat de kosten van het onderzoek erg hoog zijn. Deze hoge kosten zorgen voor terughoudendheid bij bedrijven en academische instellingen (Toebes et al., 2024).

Volgens Toebes et al., (2024) is er overtuigend bewijs dat MDMA ondersteunde therapie effectief is voor de behandeling van PTSS. De Staatscommissie hoopt daarom dat de behandeling zo snel mogelijk in Nederland wordt aangeboden. De Staatscommissie raadt de overheid aan om de ontwikkelingen in de Verenigde Staten af te wachten en deze als voorbeeld te gebruiken. Verder adviseert de Staatscommissie om duidelijke wet- en regelgeving op te stellen om de veiligheid en effectiviteit van de behandeling te solidereen. Deze wet- en regelgeving bestaat uit de volgende punten: Ten eerste adviseert de Staatscommissie om een landelijk indicatie orgaan in te stellen. De functie van dit orgaan is de behandelcapaciteit gelijkmatig verdelen over de hulpbehoevenden. De vraag naar MDMA geassisteerde therapie zal waarschijnlijk groter zijn dan het aanbod. Ten tweede raadt de commissie aan om de MDMA ondersteunde therapie alleen aan te bieden bij gekwalificeerde kennis- en expertise centra. Ten derde adviseert de commissie het opzetten van een centraal systeem waar effecten en bijwerkingen van de behandeling worden bijgehouden. Het laatste advies van Toebes et al., (2024) luidt als volgt: Begin op korte termijn met een groot naturalistisch onderzoek. Bij deze vorm van onderzoek worden de deelnemers jaren lang gevolgd om inzicht te krijgen in lange termijn effecten, veiligheid en de persoonlijke ervaringen van de deelnemers. Voor dit onderzoek moet volgens Toebes et al., (2024) een ontheffing worden aangevraagd bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (wetten.overheid.nl, 2024).

Meso-niveau

De organisaties die betrokken zijn bij dit onderwerp zijn geestelijke gezondheidsinstellingen en hun personeel. Zij zullen de MDMA geassisteerde therapie moeten uitvoeren. De verschillende personeelstakken hebben hun eigen beroepsverenigingen.

Geestelijke gezondheid in Nederland

Volgens (www.zorgwijzer.nl, z.d.) zijn de huis- en of jeugdarts of praktijkondersteuner huisarts het eerste aanspreekpunt voor jongeren. Zij bieden hulp bij lichte klachten en kunnen medicatie voorschrijven. Van hier uit kan een jongere worden doorverwezen naar deskundigen die verschillende soorten hulpverlening en therapie aanbieden. Dit gebeurt zo lang mogelijk zonder verblijf in een instelling. Zo nodig kan er toch worden gekozen voor een opname en in een uiterst geval een gedwongen opname. GGZ instellingen werken met een groot aantal psychiatrische problematieken en hebben eigen methodieken die tijdens de verschillende behandelingen worden gehanteerd. Psychiatrie instellingen hebben zich te houden aan de door het IGJ (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) opgestelde regels, zoals het nastreven van “*informed consent*”. Dit bestaat uit een informatieplicht en toestemmingsvereiste. Op basis hiervan wordt een gezamenlijk besluit genomen: “*shared decision making*” (knmg.nl, 2022). Verder moeten zorgverleners die medicatie toedienen bevoegd en deskundig zijn en blijven, en zijn er regels en afspraken over dubbele controle bij het geven van medicijnen met extra risico’s (IGJ.nl, z.d.).

Zorginstellingen

Het aanbieden van MDMA ondersteunde therapie in de GGZ zal de dagelijkse praktijk voor hulpverleners en behandelaren veranderen. Zij zullen MDMA-behandelingen uiteindelijk moeten uitvoeren. Het stigma dat in onze samenleving op drugs rust, zal ook voor behandelaren en hulpverleners gelden.

Voor sommige medewerkers van GGZ instellingen is de combinatie drugs en psychiatrie wellicht geen fijne gedachte. In Nederland is bij 80% van de jongeren in de verslavingszorg sprake van andere psychiatrische problemen (Moska, 2019). Internationaal is dat percentage volgens Couwenbergh et al. (2006) 74%. Uit eigen ervaring weet ik dat drugsgebruik en -bezit in psychiatrie instellingen dan ook verboden is. Er worden veel maatregelen getroffen om drugs zoveel mogelijk buiten de deur te houden, bijvoorbeeld door visitaties en controles. Cliënten die wel drugs gebruiken, bijvoorbeeld op verlof, kunnen dan ook rekenen op sancties zoals vermindering van vrijheid.

Sociaal werk

Het thema Ruimte voor kinderen en jongeren gaat over de vraag hoe de samenleving de kwaliteit van leven van jongeren beïnvloedt en hoe sociaal werkers ervoor kunnen zorgen dat jongeren hier meer inspraak op hebben. Uit de wil om kinderen en jongeren te beschermen is een zekere onderwaardering ontstaan waardoor er *over* jongeren wordt

gepraat in plaats van *met* jongeren. Binnen het thema Ruimte voor Kinderen en Jongeren zijn de begrippen emancipatie, participatie en mobilisatie speerpunten. Abdallah (2021) omschrijft deze begrippen als volgt: emancipatie gaat over het verwerven van een betere positie. Participatie is het meedoen, meedenken en meebeslissen. Mobilisatie betekent het in actie komen om in het belang van een bepaald thema. Op deze manier wordt de machtspositie van jongeren en kinderen verbeterd.

Uit een NEMESIS-2 studie onder de Nederlandse bevolking blijkt dat het draagvlak om individuen met psychische problemen in het eigen leven toe te laten niet is gegroeid sinds 1987 (Ten Have et al. 2015). Het Panel Psychisch (Van Erp et al., 2019) onderzocht stigma in de GGZ en verslavingszorg. 73% van de panel-leden gaf aan in de afgelopen twee jaar last te hebben gehad van een negatief zelfbeeld, minder zelfvertrouwen en een lagere kwaliteit van leven, ten gevolge van stigmatisering, zowel zelfstigma als stigma door naasten. Meer dan de helft, (54%) rapporteerde last te hebben gehad van stigma door hulpverleners. Volgens ggzstandaarden.nl, (2017) verbergt 66% de psychische diagnose. Het stigma op drugsgebruik is volgens Van Boekel, (2015) nog groter dan het stigma op andere psychische problematiek.

Als resultaat van stigmatisering ervaren mensen een veelvoud aan negatieve gevolgen. Bijvoorbeeld angst, werkloosheid, lage zelfachting, depressieve symptomen en hopeloosheid. Al deze zaken zijn risicofactoren voor suïcidaliteit (ggzstandaarden.nl, 2017).

Sociaal werkers kunnen bijdragen aan de participatie, de emancipatie en de mobilisatie van kinderen en jongeren door het stigma op drugsgebruik en psychische aandoeningen te verminderen. Daarnaast kunnen sociaal werkers de bekendheid van de behandeling vergroten. Dit kan bijvoorbeeld door voorlichting en educatie op lokaal niveau in gemeentes, verenigingen, de (ggz)werkvloer en buurthuizen (ggzstandaarden.nl, 2017). Volgens ggzstandaarden.nl (2017) moet hierbij gebruik gemaakt worden van ervaringsdeskundigen. Door ervaringsdeskundigen een podium te geven krijgt de samenleving meer begrip voor hun situatie.

In contact met deze jongeren en hun systeem kunnen sociaal werkers gepaste ondersteuning bieden door in gesprek te gaan over dat wat in de ogen van deze jongeren en hun systeem belangrijk is (ggzstandaarden.nl, 2017). Sociaal werkers dragen op die manier bij aan de emancipatie en participatie van deze groep. Deze initiatieven zijn het meest waardevol als sociaal werkers zich inzetten om de continuïteit te waarborgen.

Behalve het verminderen van het stigma op MDMA ondersteunde therapie kunnen sociaal werkers ook in de GGZ werkzaam zijn en daar in contact komen met jongeren met therapie resistente PTSS.

Betrokkenen

Als MDMA ondersteunde therapie toch wordt geregistreerd als geneesmiddel dient zich een ander probleem aan: tekort aan gekwalificeerde behandelaren. Omdat de therapie intensief is, zullen de behandelaren die überhaupt gekwalificeerd zijn niet veel patiënten kunnen behandelen. Daarom adviseert de Staatscommissie beroepsverenigingen zoals NVvP, NVP, NIP, V&VN, dit zijn afkortingen voor Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlandse Vereniging Psychotherapeuten, Nederlands Instituut voor Psychologen en Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden, om richtlijnen op te stellen voor MDMA ondersteunde therapie.

Onderzoekers van Vugt et al., (2023) hielden een focusgroep met behandelaren gespecialiseerd in het behandelen van trauma klachten. In dit onderzoek werd besproken of de behandelaren MDMA ondersteunde therapie passend vonden voor adolescenten. De behandelaren dachten dat de cliënten vrijer zouden spreken omdat hun verdedigingsmechanismen door de bewustzijnsverandering naar de achtergrond zouden worden gedrukt. Verder waren de behandelaren enthousiast over korte duur van het traject . Ook zou MDMA ondersteunde therapie een goede vervanger zijn voor cliënten die niet reageren op bestaande behandeling en een laatste stap voor een gesloten plaatsing.

Uiteraard werd er in dit onderzoek ook gevraagd welke nadelen behandelaren zagen. Behandelaren vonden de therapiesessies van acht uur lang duren: zowel voor de patiënt als de therapeuten. Verder maakten de behandelaren zich zorgen om de hoge kosten van de twee-op-een begeleiding en het opleiden van behandelaren. Verder wilden de behandelaren meer informatie over de lange termijn effecten van MDMA op adolescenten. Afsluitend gaven de behandelaren aan dat ze bang waren dat beoefenaars en verzekeraars adolescenten te snel zouden verwijzen naar MDMA ondersteunde therapie, als blijkt dat de behandelaar kosteneffectief is. Ook werd er in dit onderzoek gevraagd naar een minimum leeftijd, hierop kwam geen eenduidig antwoord, dit hangt af van de beslisvaardigheid van de jongere.

Er zijn verhalen bekend over behandelaren die de lijdensdruk van hun patiënten dusdanig hoog inschatten dat ze nu al vormen van MDMA- ondersteunde therapie aanbieden aan deze patiënten. Ook zijn er commerciële partijen die inspelen op de behoefte van personen die wanhopig op zoek zijn naar een behandeling. De Staatscommissie noemt dit het grijze circuit (Toebes et al., (2024). Het gaat hier om een kwetsbare groep mensen met psychische problemen die wanhopig op zoek is naar een behandeling die hun situatie kan verlichten. Het is belangrijk dat hier toezicht op komt.

ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum is naar eigen zeggen de enige instelling in Nederland die onderzoek doet naar MDMA als onderdeel van psychotherapie. (NOS.nl,2024). Thijmen Bostoen, psychiater van ARQ, zegt hierover dat MDMA veel effect heeft op de cliënten “Je

ziet dat mensen op een veel zachtere manier naar hun problemen kunnen kijken in plaats van dat ze worden overspoeld door emoties. Ze hebben minder schuldgevoelens en kunnen beter praten over wat ze hebben meegemaakt.” Aldus Thijmen Bostoen (arq.org, 2024). Momenteel treft ARQ de voorbereidingen voor een klinische studie naar MDMA ondersteunde therapie bij PTSS. Dit onderzoek is goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie (arq.org, 2024). De Staatscommissie benadrukt dat naast bedrijven, GGZ-instellingen en universiteiten ook verzekeraars kunnen meedoen aan dit soort onderzoeken, in het kader van zorginnovatie (Toebes et al., 2024).

Micro-niveau

Uit meta- studies lijkt naar voren te komen dat psychotherapie voor jongeren met complexe PTSS ineffectief is (Bisson et al., 2013 Weisz et al., 2017). Complexe PTSS is namelijk een voorspeller voor non respons en vroegtijdig afbreken van de therapie Skar et al., (2022). De onderstaande paragraaf gaat over de betrokken partijen op microniveau, aangaande MDMA ondersteunde therapie: de jongeren met hardnekkige trauma's.

MDMA ondersteunde therapie lijkt veel voordelen te hebben. Uit onderzoek blijkt dat verantwoord gebruik van MDMA zorgt voor een klachtenvermindering bij mensen die lijden aan PTSS (Mithoefer et al. 2018). Mithoefer et. al., (2010) vonden in hun onderzoek geen heftige bijwerkingen. Uit een onderzoek van Mitchel et. el., (2023) bleek dat een groot deel van de deelnemers niet meer voldeed aan de criteria die een PTSS- diagnose. De lange termijn effecten van de behandeling zijn ook duurzaam: behandelde patiënten lieten geen terugval zien en hadden daarnaast geen behoefte om na de behandeling nog MDMA te gebruiken (Mitchell, et al., 2023). Het gebruik van MDMA tijdens het behandelen van sociale angsten schijnt ook een positieve werking te hebben (Danforth et al., 2018; Lear et al., 2023). Volgens onderzoekers Sessa et al., (2018) kan MDMA ondersteunde therapie ook nuttig zijn voor mensen met een alcoholverslaving. Het laatste ziektebeeld dat mogelijk met MDMA behandeld kan worden is een ongeneeslijke ziekte met uitzichtloos lijden (Schimmel et al. 2020). De therapie met MDMA zorgt ervoor dat terminaal zieke patiënten meer rust kunnen vinden in het feit dat ze niet meer beter zullen worden en daardoor zullen overlijden.

In de Washington Post vertelt veteraan Jon Lubecky over zijn ervaringen met MDMA als behandeling tegen zijn PTSS. Lubecky vertelt dat geen enkele behandeling leek aan te slaan, toen hij een onderzoek over MDMA tegenkwam besloot hij mee te doen. Sinds zijn deelname zijn klachten verminderd en kan hij zijn leven weer oppakken

Volgens Toebes et al., (2024) zijn er mensen die baat hebben bij MDMA ondersteunde therapie. Dit zijn mensen die tot nu toe geen passende behandeling hebben gevonden voor hun ziektebeeld. Dit is niet alleen positief voor deze patiënten maar ook voor hun omgeving. Volgens GGZ, N. K, (2016) heeft de directe omgeving van psychiatrische patiënten niet zelden te kampen met problemen als gevolg van de ziekte van hun naaste(n).

Mening jongeren

Onderzoekers Van Vugt, et al., (2023) onderzochten wat adolescenten, met trauma ervaringen en hun ouders van MDMA ondersteunde therapie voor adolescenten met PTSS vonden. De adolescenten die meededen aan dit onderzoek waren overwegend positief over MDMA ondersteunde therapie. Voor de ouders was het stigma dat op MDMA rust een reden om discreet over de behandeling te praten. Daarnaast maakten de ouders zich zorgen om verslavingsrisico en de duur van de behandeling. Zowel de ouders en jongeren geloofden dat MDMA ondersteunde therapie zou kunnen helpen met het bespreekbaar maken van diepe gevoelens. Van Vugt et al., (2023) concludeerden dat het voor ouders en adolescenten belangrijk was om goed geïnformeerd te worden over MDMA-ondersteunende therapie. Zonder deze informatie maakten jongeren en ouders zich zorgen over verslavingsrisico, negatieve na-effecten en het effect op de cognitieve ontwikkeling. Eenmaal voorzien van achtergrondinformatie over de behandeling gaven de jongeren aan dat ze zelf gebruik zouden maken van de therapie. De ouders zouden hiermee instemmen.

Negatieve kant

Het is niet zo dat drugs, waaronder MDMA, geen kwaad doen. Onderzoekers Ronhaar en Timmerman, (2004) onderzochten problematisch drugsgebruik van patiënten van een psychiatrisch ziekenhuis. Uit hun onderzoek bleek dat bij 42% van de patiënten in de maand voor hun opname sprake was van middelengebruik. Bij jonge mannen was dit zelfs 64%. Uit een onderzoek van het CBS, (2023) dat werd uitgevoerd tussen 2015 en 2021 bleek dat er een samenhang is tussen middelengebruik en een minder goede mentale gezondheid. In de periode tussen 2021 en 2022 gaf 35 procent van de drugsgebruikers aan slaapproblemen te hebben, tegen over 23% van de niet-gebruikers. 25% Van de drugsgebruikers ervaarde psychische klachten, bij niet-gebruikers was dit percentage 13%. In ditzelfde jaar

rapporteerde 29% van de gebruikers angstige periodes en 22% had naar eigen zeggen een depressie. Bij de niet-gebruikers was dit respectievelijk 16% en 9%. Volgens volksgezondheid en zorg (z.d.) is het hebben van stemmingsproblemen (depressie etc.) een risicofactor voor het gebruiken van drugs.

Los van de terughoudendheid door het stigma op en de kleine hoeveelheid onderzoek kan men ook vragen stellen over de bijwerkingen van medisch MDMA gebruik. Van MDMA is bekend dat het zowel fysieke als mentale klachten kan geven. Volgens het Trimbos instituut, (2022) lopen gebruikers op korte termijn het risico op psychosen en paniekaanvallen. Risico's voor de fysieke gezondheid zijn oververhitting, versnelde hartslag, leverfalen en hyponatriëmie ('watervergiftiging'). Langdurige psychische klachten zijn het beleven van hallucinaties terwijl de drugs is uitgewerkt of depersonalisatie. Depersonalisatie is het "niet-eigen ervaren van gevoel, gedachten gedrag en lichaam", dit veroorzaakt angst en paniek (Croes et al., (2017).

MDMA ondersteunde therapie tegenover huidige behandelingen

MDMA ondersteunde therapie lijkt misschien risicovol, maar andere behandelingen of medicatie brengen ook risico's met zich mee. Volgens Groen, Van der Wouden en Bindels, (2010) vergroten antipsychotica de kans op diabetes en obesitas. Dit verhoogt weer de kans op hart en vaatziekten. Volgens de hartstichting.nl (z.d.) overlijdt in Nederland 1 op de 5 vrouwen en 1 op de 5 mannen aan een hart- en/of vaat ziekte. Antidepressiva heeft als grote bijwerking slapeloosheid en ook een korte, tijdelijke verhoging in suïcidaliteit, terwijl het therapeutische effect nog weken op zich laat wachten. Daarnaast krijgen jongeren in de GGZ ook te maken met verplichte zorg zoals dwang-voeding, fysieke fixatie, en het verplicht nemen van medicatie. Deze vormen van verplichte zorg kunnen traumatiserend zijn (Mulder, Scholten & Van Dorp 2021; Chieze, et al., 2019), en leiden tot meer incidenten en slechtere behandeluitkomsten (Van der Helm et al., (2018 ; De Valk et al., 2016; Schaftenaar et al., (2018).

De angst dat MDMA ondersteunde therapie de kans op verslaving zou vergroten lijkt ongegrond. Nicholas et al., (2022) onderzochten alcohol en middelengebruik van patiënten die waren behandeld met MDMA-ondersteunende therapie. Uit dit onderzoek bleek een jaar na de behandeling geen toename in MDMA gebruik. Uit dit onderzoek bleek ook dat de patiënten minder alcohol dronken na de MDMA ondersteunde therapie. Uit een kleine studie naar de effecten van MDMA-therapie op alcoholgebruik Sessa et al., (2021) bleek zelfs dat MDMA-therapie het alcoholgebruik onder deelnemers deed afnemen.

Samenvatting

In de geschiedenis worden al langere tijd psychedelica waaronder MDMA gebruikt om psychiatrische problematiek te behandelen. In verschillende landen, waaronder Nederland is er een hernieuwde interesse in MDMA ondersteunde therapie. De uitkomsten van de onderzoeken naar deze behandeling zijn overwegend positief: ogenschijnlijke therapie resistente problematiek kan toch worden verholpen. Al deze onderzoeken zijn gedaan bij volwassenen. Therapieresistente problematiek is echter niet alleen voorbehouden voor volwassenen, ook minderjarigen kunnen vastlopen. Desalniettemin zit er een aantal haken en ogen aan MDMA ondersteunde therapie. Ten eerste is de behandeling nog niet geregistreerd, ten tweede is de therapie intensief en daardoor duur. Ook rust er een stigma op MDMA, zijn de lange termijn effecten voor minderjarigen niet duidelijk en moet er nog onderzocht worden welke doelgroepen daadwerkelijk in aanmerking komen voor de behandeling.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om uit te zoeken hoe experts denken over het gebruik van MDMA ondersteunde therapie bij minderjarigen in de GGZ. Op dit moment zijn er namelijk signalen dat MDMA een positieve rol kan spelen in het behandelen van therapieresistente PTSS en andere psychiatrische klachten. Deze behandeling met MDMA is tot nu vooral gericht op volwassenen. Hardnekkige psychiatrische problemen die niet kunnen worden verholpen met bestaande behandelingen komen echter niet alleen voor bij volwassenen maar ook bij jongeren. Tot nu toe is er nog niet uitgebreid onderzocht wat de mogelijkheden zijn als het gaat om MDMA-geassisteerde therapie bij minderjarigen. Dit heeft te maken met de hoge kosten, ethische kwesties omdat de doelgroep minderjarig is en het een stigma rondom drugsgebruik.

Vraagstelling

Na de themaverkenning en doelstelling hierboven te hebben geschreven kom ik tot de volgende hoofdvraag voor mijn onderzoek: Hoe denken experts over het gebruik van MDMA ondersteunde therapie bij minderjarigen in de GGZ?

Om deze hoofdvraag te beantwoorden heb ik een aantal deelvragen opgesteld.

Deelvraag 1: Wat is er bekend over MDMA gebruik in de GGZ?

Deze deelvraag moet in kaart brengen wat de onderzoeken die tot nu toe zijn gedaan uitwijzen. Om de meerwaarde van MDMA te onderzoeken is het essentieel om een goed beeld te hebben van de huidige kennis die er over MDMA-gebruik is in de GGZ.

Deelvraag 2: Wat zijn volgens experts positieve gevolgen van het aanbieden van voordelen MDMA ondersteunde therapie aan minderjarigen?

De onderzoeken die tot nu toe zijn gedaan laten positieve signalen zien. Toch is het belangrijk om nader te onderzoeken welke specifieke voordelen het gebruik van MDMA heeft. Hierbij kan worden gedacht aan verschillende zaken: kosten, efficiëntie, bijwerkingen, de aard van de psychiatrische problematiek en de nuttigheid.

Deelvraag 3: Wat zijn volgens experts de negatieve gevolgen van het aanbieden van MDMA ondersteunde therapie aan minderjarigen?

Drugsgebruik is nooit zonder risico, om MDMA in te zetten als medicijn moet net als bij andere medicatie onderzocht worden welke nadelen dit mogelijk met zich meebrengt. Deze nadelen moeten worden afgewogen tegen de voordelen van MDMA gebruik in de GGZ.

Deelvraag 4: Hoe denken experts over de huidige beleidskeuzes ten aanzien van MDMA in de GGZ?

Het MDMA gebruik in de GGZ wordt zowel direct als indirect aan banden gelegd door wet- en regelgeving uit de politiek. Eventueel gebruik van MDMA in de GGZ is dus sterk afhankelijk van de politieke visie ten opzichte van drugsgebruik, zowel in de GGZ als drugsgebruik in zijn algemeenheid.

Deelvraag 5: Is er volgens experts draagvlak voor de invoering van MDMA ondersteunde therapie in Nederland?

Met deze vraag wil ik onderzoeken of experts de kans realistisch achten dat MDMA ondersteunde therapie in de toekomst een reguliere behandeling is voor minderjarigen in de GGZ.

Definities van relevante begrippen:

- Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS): Psychiatrische stoornis die ontstaat na het ervaren van een traumatische gebeurtenis. PTSS gaat gepaard met de volgende symptomen: vermijdingsdrang, herbeleven van de gebeurtenis verandering in stemming en cognitie (Anderson et al., 2013).
- Complexe Post Traumatische Stress Stoornis (CPTSS): Complexe PTSS omvat bovenstaande klachten en daarnaast een gevoel van waardeloosheid en schaamte, moeite met het aangaan van relaties en emotionele regulatie (WHO, 2022)
- MDMA-ondersteunde/ geassisteerde therapie: Behandelvorm waarbij de effecten van middel MDMA een therapiesessie ondersteunen.

- Psychotherapeutisch: geneeswijze die werkt met psychische middelen. (Van Dale, 1993)Makkelijker gezegd therapie zonder medicatie gebruik.
- Farmacotherapeutisch: geneeswijze door middel van geneesmiddelen. (Van Dale, 1993)

Onderzoekopzet

In eerste instantie was ik van plan om verschillende mensen te interviewen. Ik had het plan om in gesprek gaan met medewerkers in de psychiatrie: zowel groepswerkers, psychiaters en teamleiders. Hiernaast zou ik ook met GGZ-patiënten in gesprek willen om uit te vragen hoe zij tegenover een behandeling met MDMA staan. Ik wilde dit doen via mijn netwerk aan te sluiten bij een onderzoek over dit thema: via mijn huidige stageplek werd ik in contact gebracht met een onderzoek naar dit onderwerp. Aanvankelijk was het mijn plan om mijn scriptie binnen deze organisatie te schrijven. Ik heb dit uiteindelijk niet gedaan omdat ik vreesde dat mijn scriptie zich dan voornamelijk op het micro- en meso niveau zou richten en niet op het macro niveau. Daarnaast zou mijn onderzoek mogelijk minder onafhankelijk zijn als ik mijn scriptie binnen een organisatie had geschreven omdat ik mogelijkerwijs gebonden zou zijn aan de wensen en overtuiging van de organisatie.

Voor mijn scriptie heb ik in eerste instantie zelf potentiële deelnemers benaderd met de vraag of ik ze mocht interviewen. Ik heb beperkte tijd voor mijn scriptie, ik kan het me niet veroorloven om te veel tijd te besteden aan het zoeken van deelnemers. Daarom heb ik eerst gebruik gemaakt van mijn netwerk, dit leek mij het makkelijkst omdat deze personen mij kennen. Ik voel enige afstand tussen potentiële deelnemers en mezelf omdat zij mij niet kennen en om die reden wellicht minder snel bereid zijn tot deelname. Dit noemt Kemper, (2019) een gemakssteekproef, omdat het eenvoudige en snelle manier is om deze mensen te interviewen. Deze soort steekproef zorgt dat je als onderzoeker makkelijk en snel in contact komt met deelnemers. Volgens Kemper, (2019) is de externe validiteit van een gemakssteekproef lager omdat de onderzoeker de deelnemers zelf kiest. Op den duur werd het lastiger om deelnemers te vinden, ik heb toen in mijn netwerk heb rondgevraagd naar mensen die bij het onderwerp betrokken zijn. Verder heb ik deelnemers gevraagd of zij iemand anders kenden die ook betrokken waren bij het onderwerp en of ik diegene kon interviewen. Dit noemt Kemper, (2019) een sneeuwbalsteekproef. Het nadeel van een sneeuwbalsteekproef is dat de gekozen deelnemers geen realistische vertegenwoordiging zijn van de gehele populatie (Kemper 2019).

Zowel een gemakssteekproef als een sneeuwbalsteekproef zijn vormen van een selecte steekproef. Bij een selecte steekproef bestaat de kans dat de gekozen populatie niet evenredig verdeeld is over de gehele populatie. Volgens Flyvbjerg, (2006) is een selecte steekproef gunstig voor het verkrijgen van bepaalde inzichten.

Voor het vinden van een groot deel van mijn deelnemers heb ik gebruik gemaakt van een sneeuwbalsteekproef (Kemper, 2019).

De experts die ik heb geïnterviewd hebben verschillende achtergronden, dit is interessant voor mijn onderzoek omdat dit mij de mogelijkheid geeft om het onderwerp vanuit meerdere perspectieven belichten. Het brede scala aan respondenten zorgt er echter wel voor dat de diepgang minder is waardoor de uitkomsten van de interviews statistisch gezien niet representatief zullen zijn. Kemper, (2019) noemt een aantal nadelen van interviews. Volgens Kemper, (2019) dreigt tijdens interviews het gevaar dat een deelnemer sociaal wenselijke antwoorden geeft. Daarnaast is een interviewer subjectief en kan hij daardoor onbewust sturende vragen stellen.

Tijdens het afnemen van de interviews stelde ik vragen op basis van eerder opgezochte literatuur. Daarnaast had ik ook een verkennende houding en probeerde ik in kaart te brengen wat de situatie van mijn deelnemers was. Volgens Kemper, (2019) is het dit een semi-gestructureerde interview. Ik heb een interviewleidraad opgesteld maar wilde tegelijkertijd een open houding aannemen dus ik ben ook van deze leidraad afgeweken. De interviewleidraad heb ik opgesteld door mijn deelvragen op te delen in kleinere onderdelen. Deze onderdelen heb ik in open vragen verwerkt. Door deze onderdelen in de interviews te behandelen worden logischerwijs de deelvragen beantwoord.

Voor het transcriberen van de interviews die ik heb afgenomen heb ik gebruik gemaakt van kunstmatige intelligentie. Het doel hiervan was de beoogde tijdswinst die dit oplevert. Tijdens de interviews werd geen gevoelige of kwetsbare informatie over de deelnemers besproken. Daarnaast is het moeilijk om achteraf na te gaan wie de deelnemers waren. Om die reden heb ik de afweging gemaakt om gebruik te maken van de transcriptie functie van Teams en van turboscribe ai.com. Als ik een kwetsbare doelgroep zou hebben geïnterviewd en er in deze interviews persoonlijke, gevoelige informatie was besproken zou ik deze hulpmiddelen niet gebruikt hebben. Uiteraard heb ik de interviews nagelezen, terug geluisterd en aangepast waar nodig.

De data van mijn interviews heb ik geanalyseerd met de *Grounded Theory*. Nadat ik de interviews had afgenomen heb ik deze getranscribeerd. Om te transcriberen moet je een geluidsopname maken, hiervoor heb ik de deelnemers uiteraard eerst om toestemming gevraagd. De eerste stap van *grounded theory* is open coderen. Open coderen houdt in dat je de relevante tekstfragmenten van de interviews voorziet van een naam. Ik heb dit gedaan

door opmerkingen te plaatsen in de transcripties. Hierna leg je je verbanden tussen de codes, dit heet axiaal coderen. De laatste stap van de grounded theory is selectief coderen. Bij selectief coderen ga je op zoek naar verbindingen tussen de categorieën (Kemper, 2019). Door deze verbindingen uit te werken worden de deelvragen en daarna de hoofdvraag beantwoord. In het document “Schepers_Daniël_500888757_interviews” is de analyse van de interviews terug te lezen. In bijlage I van dit document staat de codeboom. De uitkomsten van de interviews zal ik koppelen aan wetenschappelijk onderzoek in het resultaten hoofdstuk.

Om de kwaliteit van deze scriptie hoog te houden is het belangrijk om aandacht te besteden aan zaken zoals afhankelijkheid, geloofwaardigheid en overdraagbaarheid.

Om de afhankelijkheid van deze scriptie te peilen is het belangrijk om transparant te zijn over de manier waarop het onderzoek is uitgevoerd (Kemper, 2019). In mijn onderzoek doe ik dit door de uitgewerkte interviews en de verwerking hiervan op te nemen in het document . De geloofwaardigheid van dit onderzoek toon ik aan door de eindversie van deze scriptie eerst aan de deelnemers voorleggen zodat zij kunnen controleren of ze zich herkennen in mijn manier van schrijven. Het op deze manier betrekken van deelnemers in een onderzoek zorgt voor membervaliditeit, dit verhoogt de geloofwaardigheid van het onderzoek (Kemper, 2019).

Volgens Kemper, (2019) is de belangrijkste voorwaarde wat betreft onderzoek ethiek: een onderzoek mag niet schadelijk zijn voor de deelnemers (geïnterviewden). Om die reden zal ik deelnemers altijd anoniem vermelden in mijn verslag. De deelnemers zijn van te voren geïnformeerd over het feit dat ik een geluidsopname van het interview zal maken. Ik heb de participanten verteld dat ik de opname zal verwijderen zodra ik mijn beoordeling heb.

Het doel van deze scriptie is om te onderzoeken wat de mening van experts is over MDMA ondersteunde therapie bij minderjarigen. Dit is een vrij nieuw en complex onderwerp waar veel verschillende aspecten een rol in spelen. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden moet het onderzoek kwalitatief van aard zijn, zodat de deelnemers kunnen uitweiden over zaken die zij relevant vinden. Volgens Silverman (2014) is het niet het doel van kwalitatief onderzoek om de bevindingen van participanten plat te slaan tot algemene uitspraken. Omdat ik een klein aantal deelnemers heb geïnterviewd geldt de conclusie van mijn onderzoek dan ook alleen voor de deelnemers en zijn de bevindingen niet te veralgemeniseren naar een grotere groep.

Resultaten

Deelnemers (geïnterviewden)	Functie
Deelnemer 1	Kind- en Jeugdpsychiater
Deelnemer 2	Kind- en jeugd psychiater
Deelnemer 3	Wetenschapper MDMA ondersteunde therapie
Deelnemer 4	Lid Staatscommissie
Deelnemer 5	Gepensioneerd psychiater
Deelnemer 6	Wetenschapper drugsgebruik onder jongeren

Na een analyse van de afgenomen interviews ontdekte ik de volgende overkoepelende thema's: geschikt voor MDMA therapie, vergelijking met andere behandelingen, autoriteit, geschiktheid, vergelijken, kosten-baten analyse, protocol en toekomst.

Deze thema's zijn als volgt tot stand gekomen: na het axiaal coderen ontstond er een grote verzameling aan categorieën. Door op een holistische manier naar mijn vraagstuk te kijken ontdekte ik verbanden tussen deze categorieën, dit werden de hoofdthema's. Deze

hoofdthema's vormen de essentie van wat de deelnemers over mijn vraagstuk hebben gezegd.

In het volgende hoofdstuk werk ik deze thema's uit en beschrijf ik wat participanten erover hebben gezegd. Na deze thema's te hebben uitgewerkt geef ik antwoord op de deelvragen van mijn onderzoek. Via de beantwoording van deze deelvragen geef ik vervolgens antwoord op de hoofdvraag: hoe denken experts over MDMA ondersteunde therapie bij minderjarigen in de geestelijke gezondheidszorg?

Autoriteit

MDMA geassisteerde therapie is een nieuwe behandeling, voordat een nieuwe behandeling mag worden ingezet moet deze worden geregistreerd. Omdat MDMA een verboden middel is, gaat dit niet zonder slag of stoot.

De Verenigde Naties hebben MDMA in het Verdrag inzake psychotrope stoffen (1971) opgenomen, dit betekent dat de stof wordt aangemerkt als een risico voor de gezondheid. Op basis van het Verdrag inzake psychotrope stoffen stellen individuele lidstaten hun eigen regels en wetten op (wetten.overheid.nl, 2023). In Nederland kennen we dit als de Opiumwet die is opgedeeld in lijst I en lijst II. MDMA staat op lijst I, wat inhoudt dat bezit ervan strafbaar is. Het ministerie van VWS coördineert de opiumwet en heeft als taak om de algemene gezondheid van de bevolking te beschermen. Het beschermen van de volksgezondheid heeft hierin de prioriteit (tweedekamer.nl, 2015).

Volgens het Internationaal verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele rechten, Internationale Arbeidsorganisatie zijn lidstaten verplicht om een zo goed mogelijke fysieke en mentale gezondheid te garanderen voor hun staatsburgers. Als blijkt dat MDMA ondersteunde therapie een effectieve en duurzame behandeling is moet de overheid de behandeling mogelijk maken. Zij mag hierbij wel rekening houden met de beschikbaarheid van financiële en andere middelen (Heerma van Voss & Keizer, 2005).

Volgens deelnemer 1 is het in het kader van onderzoek al mogelijk om MDMA ondersteunde therapie aan te bieden. Hiervoor moet toestemming worden gevraagd bij de IGJ. Een uiteindelijke registratie van de behandeling zou worden gedaan bij de EMA, de Europese Medicijnen Autoriteit en bij het CBG, het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Dit zijn zoals deelnemer 1 het noemde "apolitieke organisaties". De politiek heeft hier geen rol in. Zolang de behandeling nog niet is geregistreerd kan deze worden aangeboden via het zo geheten *Compassionate use*: in het Nederlands schrijnende gevallen voor wie geen alternatief bestaat (ema.europa.eu z.d.) Een andere optie is een artsenverklaring, dat houdt in dat een arts een verklaring geeft waarmee een apotheek om toestemming vraagt bij het IGJ. Voorwaarden zijn streng hiervoor zijn dat. Bovenstaande kan echter alleen op kleine schaal omdat een arts per patiënt een verklaring moet indienen (igj.nl, z.d.).

Deelnemer 1 ziet een rol voor de politiek als de behandeling in de toekomst eventueel geregistreerd. Dan moet er namelijk een debat gevoerd worden over het vergoeden van deze behandeling. Deelnemer 6 noemde het advies van de Staatscommissie aan de overheid: hij vond dat de politiek haar best moet doen om de behandeling te verwezenlijken. Deelnemer 6 zei dat er in de politiek een vrij brede belangstelling is voor MDMA ondersteunde therapie. Hij verwachtte geen hevige pogingen om de behandeling onmogelijk te maken. Dit is interessant want in de themaverkenning is te lezen dat politieke partijen helemaal niet zo eensgezind zijn over MDMA.

Daarnaast gaven Deelnemer 1 en 3 gaven aan dat de studies naar MDMA geassisteerde therapie eerder zouden kunnen worden uitgebreid als de overheid hiervoor meer geld beschikbaar zou stellen. Beide deelnemers noemden een subsidie vanuit het samenwerkingsverband ZonMw (Zorg Onderzoek Nederland Medische Wetenschappen.) ZonMw werkt in opdracht van de overheid en doet onderzoek naar nieuwe behandelingen in de gezondheidszorg (zonmw.nl, z.d.). Deelnemer 5 vindt de ontwikkelingen rondom MDMA ondersteunde therapie “erg traag” gaan. Deze deelnemer is enthousiast over de behandeling en vindt dat er werk van moet worden.

De resultaten van de studies naar de therapeutische werking van MDMA hebben een aanzienlijke bekendheid verworven. Het resultaat hiervan is dat er momenteel mensen zijn die verwachten baat te hebben bij deze behandeling omdat hun problematiek niet verholpen is met eerdere behandelingen. Uit Trimbos onderzoeken van De Jonge, (2021) en het grote uitgaansonderzoek van Van Beek (2023), kwam naar voren MDMA- gebruikers het middel gebruiken om psychische of emotionele problemen te verlichten. Deelnemer 1 en 6 noemden beide het ondergrondse gebruik van MDMA op het moment dat blijkt dat het medisch toepasbaar is. “De katalysator is gewoon overvloedig beschikbaar” concludeert deelnemer 1. Volgens deelnemer 6 zijn er wellicht behandelaren die op zoek zijn naar een nieuwe behandeling omdat de huidige behandelingen niet aanslaan. Beide deelnemers benadrukten het belang van toezicht op dit ondergrondse circuit.

Ook in andere landen waar men al verder is met het uitrollen van de behandeling houden bepaalde instanties de behandeling tegen het licht en controleren ze het wetenschappelijke bewijs dat nodig is om aan te tonen dat de behandeling daadwerkelijk effectief is. In de Verenigde Staten heeft de FDA de behandeling nog niet goedgekeurd. Het is nog niet helemaal bekend waarom dit precies is gebeurd maar de deelgenoten van dit onderzoek noemen de volgende redenen: Volgens deelnemer 1,3 en 4 heeft de FDA wat vraagtekens bij de kwaliteit van de studies. Zo zouden de proefpersonen bij voorbaat al positief gestemd zijn over MDMA. Verder is het de vraag of er tijdens de studies genoeg aandacht is geweest voor de negatieve effecten en ervaringen. Volgens deelnemer 1 zijn de studies naar MDMA ondersteunde therapie een beetje gepaard gegaan met het gevoel de wereld te kunnen genezen van PTSS.

Bij de behandeling MDMA ondersteunde therapie gaat het zoals de naam al doet vermoeden om de samenwerking tussen de stof MDMA en de therapie die erop volgt. Volgens Toebes et al. (2024) zijn er geen aanwijzingen dat de stof MDMA op zichzelf een therapeutisch effect heeft. De combinatie tussen de therapie en het middel maakt het lastig om de behandeling te beoordelen, aldus deelnemer 3: “En dat zien we ook in Amerika, waar het nu nog net niet geregistreerd is als geneesmiddel en daar lijkt dit een soort probleem in te zijn dat de geneesmiddelenautoriteit heeft gezegd, ja, we kunnen nog niet vaststellen of het veilig is en goed werkt, maar de geneesmiddelen autoriteiten is misschien niet de beste partij om vast stellen hoe het zit met de therapie component.”

Geschiktheid

MDMA ondersteunde therapie is een unieke behandeling die vanwege de kleine schaal en de beschikbare capaciteit niet voor alle ggz-patiënten beschikbaar zal zijn. De volgende paragraaf gaat over welke doelgroepen volgens de deelnemers van mijn onderzoek wel en niet geschikt zijn voor MDMA ondersteunde therapie.

Volgens de deelnemer kan MDMA ondersteunde therapie, bij de juiste indicaties, bij jongeren worden ingezet. “Een zwaar trauma is niet alleen voorbehouden aan volwassenen natuurlijk.” Deelnemers 3 en 4 vinden het verstandig om eerst te onderzoeken hoe 16- en 17-jarigen op de therapie reageerden. Als dit eenmaal helder is kan er ook onderzocht worden of jongere tieners ook baat hebben bij MDMA geassisteerde therapie “Je wilt dus heel eigenlijk stapje voor stapje gaan kijken ook onder 16 17 jarigen is een groep die niet reageert op traumabehandeling, die vastlopen met heel veel klachten die daardoor niet kunnen deelnemen in de samenleving naar school kunnen geen werk kunnen doen.” Deelnemer 2 gaf aan wel terug houdend te zijn in het geval van minderjarigen omdat het nemen van een gezamenlijke beslissing in zijn ogen moeilijker zou zijn met pubers die zoals bekend moeite hebben met het inschatten van lange termijn gevolgen.

Om te bepalen of personen in aanmerking komen voor een bepaalde behandeling is het belangrijk om de medische en psychiatrische geschiedenis van deze personen na te gaan. De deelnemers zeiden hier het volgende over. Omdat MDMA de hartslag en de bloeddruk verhoogt waren alle deelnemers het erover eens dat personen met een hartaandoening niet in aanmerking kwamen voor de behandeling. Volgens deelnemer 1,2 en 4 zijn personen

met een geschiedenis van psychoses of schizofrenie of vatbaarheid daarvoor niet geschikt. Deelnemer 2 noemde ook vatbaarheid voor epilepsie als risico. Volgens deelnemer 3 is het op dit moment, op basis van de huidige wetenschappelijke kennis te ingewikkeld om te zeggen welke doelgroep sowieso niet in aanmerking komt voor de behandeling. “Je probeert het zo simpel mogelijk te houden om te kijken. Hoe werkt dit voor PTSS? En dan later kunnen we uitbreiden of bepaalde comorbiditeiten niet daar in kunnen zitten.” Deelnemer 5 vond het belangrijk om voorzichtig te zijn met patiënten die impulsief zijn, vatbaar zijn voor psychoses en bipolaire stoornissen, maar wilde deze patiënten niet per definitie uitsluiten.

Deelnemer 2 gaf aan dat een geschiedenis van middelen gebruik of verslaving voor hem een exclusie criteria zou zijn. Voor deelnemers 1, 3 en 4 hoefde dit geen probleem te zijn. Deelnemer 3: “De ervaring is gewoon anders als je dat binnen de klinische setting doet of beetje op een feestje doet, dus dat maakt al het hele middel anders.”. Deelnemer 4 vond verslaving in eerste instantie ook een exclusie criterium maar heeft ook kennis gemaakt met iemand die een verslavingsgeschiedenis had en MDMA ondersteunde therapie heeft gekregen “Die had ongeveer alles al gebruikt in zijn leven en was al aan meerdere dingen verslaafd geweest, maar merkte dat MDMA eigenlijk in deze behandeling daar geen effect op had”. Deelnemer 5 vond dat je cliënten zou mogen vragen om in aanloop naar de behandeling geen middelen te gebruiken. Naast fysieke of psychische gesteldheid noemden deelnemer 2 en 4 ook dat een voorgeschiedenis met agressie onwenselijk is in hun optiek.

Deelnemer 2 was benieuwd naar de dosis MDMA. Deze deelnemer benoemde de persoonlijke aanleg die voor elk individu verschillend is: de persoonlijke aanleg geldt ook bij therapeutische hoeveelheden MDMA.

Een laatste belangrijke vereiste om te bepalen of cliënten geschikt zijn voor de behandeling is volgens deelnemer 4 de intrinsieke motivatie van een client “. Je moet zelf ook wel echt bij die pijn toe durven gaan anders wordt het hem niet.”

Vergelijking

In Nederland bestaan protocollen voor het voorschrijven van GGZ behandelingen, deze protocollen zijn te vinden in de protocollen van farmacotherapeutisch kompas en van de NVvP. In deze protocollen staat beschreven welke behandeling de voorkeur heeft bij welke diagnose. Om een richtlijn voor te schrijven moeten behandelingen dus met elkaar worden vergeleken. In volgende paragraaf wordt de behandeling MDMA ondersteunde therapie vergeleken met andere behandelingen.

De stof MDMA is de enige psychedelische stof waarvan de medische werking wordt onderzocht. Zoals in de themaverkenning beschreven is MDMA de vervanger van LSD. De deelnemers noemden tijdens de interviews ook andere psychedelica die voor medische doeleinden worden gebruikt. Voorbeelden hiervan zijn psilocybine en ketamine. De werking van psilocybine wordt nog onderzocht, deze onderzoeken richten zich op obsessief-compulsieve stoornis, depressie en angststoornissen. De ontwikkelingen rondom psilocibine lopen voor op MDMA Ketamine wordt al gebruikt in het behandelen van therapie resistente depressie. Deelnemer 5 vond de behandeling met ketamine overigens gevaarlijker dan MDMA, omdat deze vaak patiënten suïcidaal zijn. Volgens deelnemer 6 wordt gebruik van zwaardere onder bepaalde voorwaarden ook toegestaan. Hij noemde tijdens het interview dat er voor ernstig heroïne verslaafden plekken zijn waar zij op recept heroïne kunnen krijgen. Als er een middel verslavend is dan is het heroïne wel”.

MDMA ondersteunde therapie klinkt wellicht als een invasieve behandeling, zeker voor minderjarigen. Op dit moment worden er wel meer zware middelen ingezet bij minderjarigen. Deelnemer 1: “Ik bedoel DEX amfetamine, nou, succes ermee.” Deelnemer 2 noemde methylfenidaat (ADHD medicatie), ECT(elektroconvulsietherapie) en clozapine, (antipsychoticum). Deze behandelvormen of middelen hebben negatieve bijwerkingen maar na veel gedegen onderzoek kun je de voor en nadelen tegen elkaar opwegen.

Volgens het zorg instituut Nederland, (2020) wordt in de behandeling van PTSS antidepressiva voorgeschreven. Dit is vooral symptoombestrijding. Deelnemer 5 noemde in het in het interview de vervelende bijwerkingen van antidepressiva. “Die ik ook heel makkelijk heb voorgeschreven in het verleden.”

Een behandeling voor PTSS waar de bijl wel bij de wortel wordt gelegd is tijdens exposure therapie, zoals EMDR deze manier van therapie is evidence based en boekt overwegend goede resultaten. Deelnemer 2 noemt ook EMDR als een goede psychotherapeutische behandeling voor PTSS maar “als je gaat kijken naar wat zou je farmacotherapeutisch kunnen doen, daar mist echt iets”

Deelnemer 3 beschreef tijdens het interview dat in de geneeskunde altijd eerst de behandeling wordt gekozen met de grootste kans op genezing. Mocht dit niet werken: dan neem je de op een na beste keuze enzovoort. “Op dit moment is MDMA- therapie, ja, dat staat eigenlijk nog niet eens op dat lijstje”(…) En daarnaast is het een meer ik zou zeggen een meer invasieve therapie(…). Als je kan voorkomen dat je iemand een medicijn geeft, dan doe je dat liever.”

Volgens de deelnemers zijn de bestaande behandelingen voor een groot deel van de populatie toereikend, maar niet voor iedereen. Deze deelnemers zijn van mening dat MDMA ondersteunde therapie een mooie aanvulling zou zijn op de huidige behandelingen, een voorwaarde hiervoor is echter wel dat- er net als bij de huidige behandelingen het geval is -er veel data beschikbaar moet zijn zodat de behandelopties goed met elkaar kunnen worden vergeleken.

Kosten baten analyse

In deze paragraaf wordt toe gelicht wat volgens de deelgenoten van dit onderzoek de voor- en nadelen zijn van MDMA ondersteunde therapie. Aan MDMA- ondersteunde therapie heeft, net als andere behandelingen voor- en nadelen die tegen elkaar dienen te worden afgezet.

De deelnemers zijn het erover eens dat een voordeel van de behandeling is dat mensen die tot nu toe niet zijn geholpen met de bestaande behandelingen toch lijken op te knappen van MDMA geassisteerde therapie. Deze groep mensen kan dan weer deelnemen aan de samenleving. Deelnemer 1 noemt hierbij de hoge zorgkosten die therapieresistentie met zich mee brengt, tegenover het economisch actief worden. Volgens deelnemer 1, 3,4 en 5 wordt de therapie onder veilige omstandigheden uitgevoerd. Het middel wordt farmacologisch geproduceerd: hierdoor is het middel zuiver, dat is heel anders dan MDMA die op straat te koop is. De dosis tijdens de therapie wordt nauwkeurig vastgesteld: 1-1,5 mg per kg lichaamsgewicht (Toebes et al, 2024). Daarnaast zijn patiënten altijd onder begeleiding van twee psychiaters. Deelnemer 4 en 6 beschrijft hoe MDMA therapie kan zorgen dat mensen de verbinding met hun omgeving opzoeken. Uit onderzoek blijkt dat mensen die last hebben van trauma's zich veelal isoleren van hun omgeving (Mooren en Schoorl, 2008; Chaban & Frankova, 2019). Echter is blijkt het hebben van een sociaal netwerk als helpende factor tijdens het herstellen van een trauma. (Maercker & Hecker, 2016; Platt, et al., 2014). Een ander voordeel is volgens hem dat een patiënt tijdens een MDMA sessie vanuit een ander perspectief naar zijn/haar problemen kijkt en zo tot nieuwe inzichten komt.

Er ligt op dit moment een stigma op het middel MDMA volgens deelnemer 3 en 4 is dit stigma onnodig groot. MDMA is niet zonder risico maar is beduidend minder schadelijk dan andere harddrugs zoals cocaïne, speed en heroïne (Trimbos instituut). Volgens deelnemer 3 vormt dit stigma geen grote hindernis. Er is volgens hem een duidelijk verschil in medisch gebruik en recreatief gebruik van MDMA. Deelnemer 4 denkt daarentegen wel dat er een stigma op MDMA ligt en dat dat voor weerstand kan zorgen. "Het nadeel kan ook zijn, dat is het oordeel wat families soms heeft over zo'n middel, dus dat dat ook een drempel kan zijn voor iemand om deze therapie aan te gaan." Deelnemer 6 is juist van mening dat MDMA

“zijn imago mee” heeft omdat het bekend staat als de love drug en men er over het algemeen niet bang is voor MDMA.

Een ander nadeel dat door deelnemer 1 werd genoemd is dat we aan de ene kant veel succes verhalen horen over de therapie maar dat er anderzijds niet veel kennis beschikbaar is over het lot van mensen bij wie de therapie niet goed heeft uitgepakt. Het doen van onderzoek naar MDMA ondersteunde therapie brengt hoge kosten met zich mee: de onderzoeken zijn duur en ook de MDMA die wordt gebruikt is duur. Het doen van onderzoek is nodig om MDMA ondersteunde therapie überhaupt ooit als behandeling aan te kunnen bieden. Volgens deelnemer 1 kost een therapie traject voor een persoon ongeveer 72 uur. Hij zegt hier het volgende over. “daar had je ook wel aardig wat andere mensen met reguliere praattherapie mee kunnen helpen”. Uit een voorspelende studie van Marseille et al., (2020) bleek dat de hoge kosten van MDMA-ondersteunde opwegen tegen de kosten van de bestaande zorg: over een periode van 30 jaar levert MDMA geassisteerde therapie 103 miljoen dollar op. Voor deelnemer 2 is het nu een nadeel dat hij niet beschikt over kennis over de therapie. Over de bijwerkingen, dosering, afhankelijkheid en misbruik. Ook de andere deelnemers vonden het een nadeel dat er nog veel onduidelijkheden zijn over MDMA ondersteunde therapie bijvoorbeeld over de lange termijn effecten. “De hersenen van minderjarige zijn natuurlijk kwetsbaarder”, aldus deelnemer 5.

Het leek deelnemer 6 plausibel dat meer mensen MDMA gaan gebruiken voor zelfmedicatie als MDMA ondersteunde therapie een behandeling wordt. Hij voegt hier aan toe dat MDMA “een redelijk zelf regulerend middel is” omdat het niet verslavend is. De eventuele toename zal dan kort zijn. Desalniettemin vindt deelnemer 6 het belangrijk om in te blijven zetten op preventie en destigmatisering van gebruikers. Volgens deelnemer 5 is er ook zonder de behandeling sprake van zelfmedicatie.

Ondanks de arbeidsintensiviteit van de behandeling en het stigma op MDMA waren de deelnemers het erover eens dat de behandeling verder onderzocht moet worden. Deelnemers 5 en 6 noemden het onethisch om de behandeling niet aan te willen bieden. “De mate van invalidering is soms heel indrukwekkend hoor(...)Mensen die helemaal niet kunnen functioneren. Altijd gespannen zijn. Altijd slecht slapen.” Aldus deelnemer 5

Protocol

Voor onderstaande tekst is gebruik gemaakt van ChatGPT (OpenAI, 2024; zie Bijlage II).

Voor behandelingen in de gezondheidszorg moet een protocol worden opgesteld. Hierin wordt opgeschreven hoe de therapie er inhoudelijk uitziet, wanneer deze wordt gebruikt en voor wie en onder welke voorwaarden. Deze paragraaf vermeldt wat de mening van de deelnemers is over de inhoud van dit protocol.

De MDMA ondersteunde therapie bestaat uit verschillende soorten sessies:

1. Voorbereidingsfase: In deze fase worden de doelen, verwachtingen, de psychiatrische en medische geschiedenis van de patiënt en de thuissituatie geïnventariseerd. Verder is deze fase bedoeld om een vertrouwensband tussen de patiënt en de therapeuten op te bouwen.
2. Sessies met MDMA: De MDMA-sessies vinden twee of drie keer plaats. Vanwege de lange werkingsduur van MDMA duren deze sessies tussen de 6 en 8 uur per keer. Tijdens de sessies richt de patiënt zich op het innerlijke proces. Waar behandelaars bij normale therapie directief zijn, is bij MDMA ondersteunde therapie de patiënt leidend. Deelnemer 1 zegt hier het volgende over: "Een hands-off approach is daarbij nodig. En dat vereist training en ook een bepaald type behandelaar." Volgens deelnemer 5 moet de behandelaar aan bepaalde karaktereigenschappen voldoen: "stressbestendig zijn en tegen een stootje kunnen"
3. Integratiesessies: Na een MDMA-sessie zijn er drie tot vier therapeutische sessies plaats. De eerste is in de volgende ochtend na de sessie met MDMA. In deze sessies wordt gezocht hoe de opgedane inzichten tijdens de MDMA sessies zijn toe te passen in het dagelijks leven.

Tijdens de MDMA-sessies krijgt een patiënt continue begeleiding van twee psychiaters of ggz-psychologen, speciaal opgeleid om deze therapie te geven. Deelnemer 1 gelooft dat ander personeel ook in staat zou zijn om de patiënt te begeleiden. "Er zijn gewoon verpleegkundigen die beter zo'n gesprek kunnen voeren dan menig psychiater. Dat weet ik zeker." Deelnemer 4 gaf aan dat het wel verstandig is als er tijdens de behandeling in ieder geval een BIG geregistreerde behandelaar aanwezig is. Hiernaast zou een verpleegkundig specialist kunnen staan, mits deze ook is opgeleid. "Uiteindelijk gaat het er heel erg om dat je die veiligheid kan bieden". Deelnemer 5 was van mening dat een verpleegkundig specialist de therapie ook zou kunnen aanbieden, mits goed opgeleid. "Een verpleegkundig specialist zou wel eens misschien meer... instrumenten kunnen hebben dan een psycholoog. Die niet altijd bekend is met psychopathologie". Deelnemer 5 denkt dat het een behoorlijke uitdaging kan zijn om voldoende bekwaam personeel te vinden. Voor deelnemer 3 is het niet vreemd dat de therapie enkel door een psychiater of een psycholoog gegeven zou kunnen worden. Alle traumatherapie wordt namelijk door psychologen en psychiaters gegeven.

Tot op heden is de MDMA ondersteunde therapie een individuele behandeling, hierdoor zijn de kosten hoog en is de capaciteit laag. Deelnemer 1 noemt het groepsaspect als een oplossing voor dit probleem. Tijdens de integratie sessies zouden individuen uit een bepaalde doelgroep, bijvoorbeeld oorlogsveteranen gezamenlijk kunnen deelnemen aan de behandeling. Je zou zelfs kunnen overwegen of bepaalde personen samen een MDMA sessie kunnen doen, aldus deelnemer 1. Volgens deelnemer 3 zouden de voorbereidende en de integratie sessies eventueel in groepsverband kunnen, de MDMA sessies voorlopig niet. Volgens deelnemer 3 is het "een stuk lastiger om in groepsverband te doen en dan aan iedereen aandacht te kunnen schenken en dat goed in te richten. Beide deelnemers

noemden dat moet onderzocht worden of er ook patiënten gebaat zijn bij minder MDMA sessies.

Volgens deelnemers 1 en 4, 5 en 6 zal de behandeling, vanwege de intensiviteit en de hoge kosten in eerste instantie alleen beschikbaar moeten zijn voor mensen met therapieresistente PTSS. Daarnaast zijn er andere, minder intensieve behandelingen die ook goed werken en dus eerst moeten worden geprobeerd. Deelnemer 2 en 3 voegen hier aan toe dat op basis van onderzoek bepaald zou moeten worden of de behandeling een laatste redmiddel blijft of dat het een meer reguliere behandeling wordt. Deelnemer 2 omschrijft dit proces via de volgende stappen “of we er bekend mee zijn, hoe het werkt of we er vertrouwen in gaan hebben dat het werkt, nou op basis van onderzoek en dan of we onszelf bekwaam in voelen.”

Alle deelnemers noemden tijdens de interviews het belang van duidelijke richtlijnen voor behandelaren. Deelnemer 1 verwacht dat de behandeling in eerste instantie op kleine schaal zal worden aangeboden. Het zou dan het beste zijn om dit op een centrale plek te doen om ervaring en kennis op te doen. Deelnemer 4 noemt iets soortgelijks: hij zou graag zien dat de behandelaren onder supervisie van ervaren behandelaren staan tijdens het uitvoeren van de therapie. Deelnemers 4 en 5 denken dat het goed is dat de behandeling wordt gedaan door twee behandelaren. Deelnemer 4 haalt hier een zedendelict uit de VS aan. “Dan is het is het denk ik wel een voorwaarde om zo'n therapie met zijn tweeën te doen om ja die sociale controle daarop te hebben.”

Toekomst

Zoals eerder al beschreven staat MDMA geassisteerde therapie nog in haar kinderschoenen. Deze paragraaf beschrijft het toekomstperspectief van de behandeling, volgens de deelgenoten van dit onderzoek.

Over het toekomstperspectief van MDMA ondersteunde therapie zijn de deelnemers het unaniem eens: alle participanten zien het gebeuren dat het een behandeling wordt in Nederland. Er wordt volgens de deelnemers veel onderzoek gedaan in Nederland. “Ik denk als het ergens toekomst heeft, dan is het hier wel” aldus deelnemer 4. Ondanks dat de deelnemers hetzelfde denken over de toekomst van de behandeling plaatsten zij persoonlijke kanttekeningen. Volgens deelnemer 1 en 5 zou de behandeling aanvankelijk op kleine schaal worden aangeboden. Bij hoge nood zou de behandeling wel op grotere schaal kunnen

worden aangeboden. Hierin heeft de kosteneffectiviteit een belangrijke rol. Volgens deelnemer 1 kan er in de toekomst nog veel gebeuren waardoor de ontwikkeling van MDMA ondersteunde therapie stagneert of juist wordt versnelt. Deelnemers 2, en 4 denken dat uit onderzoek duidelijk zal worden of de behandeling op grote schaal zal worden uitgevoerd. Deelnemer 3 denkt, op basis van de huidige data dat de behandeling zou moeten opschalen. De deelnemers vinden allemaal dat er meer onderzoek moet worden gedaan. Over dit onderzoek zeggen deelnemers 3 en 4 dat er ook moet worden gekeken naar de manier van onderzoek. Een probleem in de studies is namelijk dat deze niet te blinderen zijn: deelnemers van de onderzoeken weten of ze al dan niet MDMA hebben gekregen. Deelnemer 6 vindt het belangrijk dat er eerst voldoende ervaring wordt opgedaan bij volwassenen, daarna kan worden onderzocht of minderjarigen ook een potentiële doelgroep zijn. Dit is volgens hem, net als bij alle andere behandelingen een kwestie van “trial en error”. Als MDMA ondersteunde therapie niet aan slaat ben je volgens hem een ervaring rijker. Deelnemer 5 voegt hier aan toe dat de eventuele negatieve bijwerkingen niet “irreversibel zijn”. Deze deelnemer vindt het belangrijkom mensen met negatieve ervaringen goed op te vangen. Ook deelnemer 1 zou dit graag zien in de toekomst. Hij noemt dit een *harm reduction* centrum. Hier zouden bijvoorbeeld de eerder genoemde groep mensen die op dit moment zelf experimenteert met MDMA of de groep mensen die door onopgeleide professionals is behandeld terecht kunnen.

Deelnemer 2 en 4 zijn kinder-jeugd psychiater, beide deelnemers gaven aan de behandeling interessant te vinden en zouden er in de toekomst mee willen werken. Hiervoor geldt de voorwaarde dat er, gesteund door voldoende wetenschappelijk bewijs, richtlijnen worden opgesteld. Deelnemer 2 voegde hier aan toe informed consent erg belangrijk te vinden.

Er rust een stigma op MDMA, ik heb de deelnemers gevraagd welke rol dit stigma in hun optiek speelt. Deelnemer 2 denkt dat het stigma op MDMA betekent dat er nog veel werk moet worden verzet voordat het een erkende behandeling is. Het stigma zou voor deelnemer 2, als behandelaar geen probleem zijn “als je mensen maar goed meeneemt in wat de voor- en nadelen daarvan zijn.” Volgens deelnemers 1 en 4 zou het stigma dat nu op MDMA rust, in de toekomst kunnen afnemen waardoor het wellicht eerder een geaccepteerde behandeling wordt. Volgens de deelnemers is dit stigma onterecht omdat MDMA niet verslavend is.

Volgens deelnemer 1 en 6 zou de levensovertuiging van cliënten of hun omgeving ook een reden kunnen zijn om niet open te staan voor de behandeling. Volgens deelnemer 6 kan je als behandelaar dan de werking uitleggen en het belang van behandelen onderstrepen.

Deelnemer 1,3 en 6 brachten de toepassing van MDMA ondersteunde therapie voor andere indicaties ter sprake. Deelnemer 3 “In principe zou dat onderzoek steeds uit moeten wijden naar andere diagnoses, andere doelgroepen en steeds breder kijken wat wel niet toepasbaar

is en voor wie is wel of niet toepasbaar is, maar dit is echt een soort proces wat over veel jaren gaat.” Een van deze indicaties zou alcoholmisbruik kunnen zijn: volgens Sessa, 2018; Sessa et al., 2021; Nicholas, 2022 is een behandeling met MDMA effectief in het bestrijden van een alcoholverslaving. Deelnemer 1: “we hebben vijftigduizend mensen ongeveer die bij de verslavingszorg ingeschreven staan voor een alcoholverslaving. Nou, tel uit je winst daarmee.”

Conclusie

Je begint dit hoofdstuk met het benoemen van de hoofdvraag en (in één zin) de wijze waarop de data verzameld zijn. Dan beantwoord je kort de deelvragen. Wees bondig, de lezer heeft immers net je resultaten gelezen. Vervolgens geef je antwoord op de hoofdvraag met behulp van je resultaten en de literatuur uit de themaverkenning. Benoem hoe jouw onderzoek bijdraagt aan jouw Sociale Agenda thema. Vervolgens reflecteer je inhoudelijk op de opbrengsten van je onderzoek. Wat zeggen deze nu, wat is er nieuw en verrassend en wat voorspelbaar? Wat voegt jouw onderzoek toe aan het debat? Welke meerwaarde heeft het voor de doelgroep, de beroepspraktijk, (de ontwikkeling van) het beroep sociaal werker en voor het professionele, maatschappelijke en politieke debat over sociaal werk? Ook geef je kort aan waarop je geen antwoord hebt kunnen vinden en beschrijf je eventuele onverwachte opbrengsten. Tot slot reflecteer je op de kwaliteit van je werk. Noem zwakke kanten van je onderzoek, hoe je hebt geprobeerd om deze zo goed mogelijk op te vangen en in hoeverre deze de validiteit en betrouwbaarheid van je conclusies beïnvloeden. Benadruk ook de sterke kanten, wat kun je wél zeggen op basis van jouw onderzoek? Welk effect kan jouw onderzoek op de deelnemers en anderen hebben, is dit ethisch verantwoord? Hoe betrouwbaar en valide zijn jouw uitkomsten en zijn ze ook toepasbaar op andere mensen en situaties? Wat kan de praktijk er wel en niet mee?

Tijdens deze scriptie heb ik onderzoek gedaan naar de vraag: **“Hoe denken experts over MDMA ondersteunde therapie bij minderjarigen?”** Deze vraag heb ik beantwoord met door semi-gestructureerde interviews af te nemen bij experts op dit gebied. Het beantwoorden van deze onderzoeksvraag heb ik gedaan door onderstaande deelvragen te beantwoorden:

Wat zijn volgens experts de negatieve gevolgen van het aanbieden van MDMA ondersteunde therapie aan minderjarigen?

De deelnemers van dit onderzoek zagen de volgende nadelen van MDMA ondersteunde therapie bij minderjarigen. De deelnemers noemden de hoge kosten van de therapie, het gebrek aan kennis en expertise over de behandeling, en de lange termijn effecten. Wat doe je met doelgroep die wel behandelt wil worden maar niet voor in aanmerking komt

Wat zijn volgens experts positieve gevolgen van het aanbieden van MDMA ondersteunde therapie aan minderjarigen?

Volgens de participanten is MDMA ondersteunde therapie een mooie, unieke therapievorm die een uitkomst kan bieden voor een deel van een therapie resistente doelgroep. Deze groep zal een betere kwaliteit van leven ervaren, minder op het zorgstelsel drukken en ook mee doen in de samenleving

Hoe denken experts over de huidige beleidskeuzes ten aanzien van MDMA in de GGZ?

De deelnemers die op de hoogte waren van het bestaan van de Staatscommissie "Voorbij extase" vonden dat de politiek redelijk was aangehaakt bij het thema maar benadrukten dat er meer geld nodig is voor het realiseren van MDMA ondersteunde therapie in Nederland. Dit conflicteert met de politieke opinie die in de themaverkenning staat beschreven

Is er volgens experts draagvlak voor de invoering van MDMA ondersteunde therapie in Nederland?

De participanten van dit onderzoek waren het er over eens dat er in Nederland draagvlak is voor de behandeling. Volgens de deelnemers is Nederland een progressief land dat openstaat voor nieuwe behandelingen. Ook wordt er in Nederland steeds meer onderzoek gedaan naar MDMA ondersteunde therapie.

Door deze deelvragen te beantwoorden kan ik concluderen dat de experts die ik heb geïnterviewd overwegend positief gestemd zijn over MDMA ondersteunde therapie bij minderjarigen. Onderling verschilden de participanten in mate van enthousiasme. Waar de ene deelnemer de behandeling niet wil uitsluiten voor minderjarigen ziet een andere participant de behandeling als uitkomst voor minderjarigen. De deelnemers waren onder voorbehoud positief. Er moet aan bepaalde voorwaarden voldaan worden. Er moet meer en beter onderzoek worden gedaan en duidelijke richtlijnen worden opgesteld

Dit onderzoek levert een bijdrage aan het thema Ruimte voor Kinderen en Jongeren omdat de focus ligt op een erg kwetsbare groep: jongeren met therapieresistente PTSS, die als gevolg van hun problematiek vast lopen in het dagelijks leven. Door te onderzoeken of deze behandelvorm geschikt is voor minderjarigen probeer ik met deze scriptie een lans te breken voor deze groep. De behandeling is in eerste instantie beschikbaar voor volwassenen en

jongeren worden beschermd tegen de mogelijke negatieve (lange termijn) effecten. Dit is zeker verstandig maar tegelijkertijd kan te veel voorzichtigheid ook haar doel voorbij schieten. De behandeling zou van meerwaarde kunnen zijn voor de jongeren maar ook voor de beroepsgroep. Met deze scriptie wil ik benadrukken waarom het belangrijk is om nieuwe behandelingen te onderzoeken. De beroepspraktijk van hulpverleners die met therapieresistente doelgroepen werken is zeer complex. De beroepsgroep krijgt nieuwe handvaten om een vastgelopen groep te behandelen, sociaal werkers kunnen namelijk ook werkzaam zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze scriptie en het daarop gebaseerde beroepsproduct zijn voer voor maatschappelijk debat omdat het een nieuw, vrij onbekend onderwerp is waar op verschillende manieren tegenaan kan worden gekeken. Het onderwerp gaat niet alleen sociaal werkers aan maar ook de samenleving.

Het brongebruik is divers. De belangrijke aspecten rondom het thema heb zijn op micro-, meso- en macroniveau geanalyseerd door gebruik te maken van zowel nationale als internationale wetenschappelijke artikelen en beleidsstukken. Daarnaast heb ik zes diverse experts uit de praktijk geïnterviewd. Elk onderzoek heeft sterke en minder sterke kanten, door een groot aantal onderzoeken met elkaar te vergelijken krijg je een betrouwbaar beeld (Kemper 2019). De kennis die ik hiermee heb opgedaan heb ik verbonden aan de uitkomsten van de interviews die ik heb gehouden met de deelnemers van dit onderzoek. Tijdens het onderzoek is getracht mensen uit verschillende disciplines te interviewen om op die manier zoveel mogelijk verschillende perspectieven mee te nemen in het onderzoek. De deelnemers van mijn onderzoek bleken vrij eensgezind, dit onderzoek zou mogelijk een andere, meer genuanceerde uitkomst hebben gehad als er meer kritische deelnemers waren geïnterviewd. Daarnaast heb ik een relatief kleine groep mensen geïnterviewd. De resultaten van mijn onderzoek zijn hierdoor niet te vertalen naar een grote groep experts op dit gebied. De externe validiteit van dit onderzoek is dus niet bijzonder hoog.

De kwaliteitscriteria van kwalitatief onderzoek zijn volgens Kemper, (2019) afhankelijkheid, geloofwaardigheid en overdraagbaarheid. Afhankelijkheid gaat om de vraag of het onderzoek aanvankelijk is van degene die het heeft uitgevoerd (Kempers, 2019). Volgens Kemper, 2019 waarborg je de afhankelijkheid door inzichtelijk te maken hoe de deelnemers zijn benaderd hoe de interviews zijn gegaan en hoe deze zijn geanalyseerd. Dit heb ik omschreven in de onderzoeksopzet, en in staat de code boom opgenomen. Geloofwaardigheid gaat over het redeneren op de juiste manier. Als onderzoeker kun je dit waarborgen door het onderzoek aan de respondenten voor te leggen, ook wel membervaliditeit (Kemper, 2019). De uiteindelijke versie van mijn onderzoek heb ik dan ook naar alle deelnemers gestuurd. De laatste kwaliteitseis, overdraagbaarheid van dit onderzoek is laag. Volgens camper 2019 betekent overdraagbaarheid namelijk dat de onderzoekresultaten gelden voor een grote groep mensen. Het doel van kwalitatief onderzoek is juist niet om algemene uitspraken te

doen. Het doel van kwalitatief onderzoek is om aandacht te besteden aan alle verschillende perspectieven die deelnemers inbrengen (Silverman, 2014). Het besteden van voldoende aandacht aan verschillende meningen noemt Kemper, (2019) *fairness*. De fairness van dit onderzoek is hoog. Kemper, (2019) beschrijft nog vier kwaliteitseisen die samen met fairness onder de naam authenticiteit vallen. De tweede eis is ontologische authenticiteit, hiermee wordt bedoeld dat de deelnemers, door het onderzoek nieuwe inzichten krijgen (Kemper, 2019). Het zou eventueel kunnen dat de deelgenoten nieuwe inzichten opdoen door deze scriptie te lezen. Echter, de deelgenoten van dit onderzoek weten dusdanig veel van MDMA ondersteunde therapie af dat ik denk dat dit niet zomaar het geval is. De derde eis is educatieve authenticiteit. Educatieve authenticiteit houdt in dat deelnemers iets leren over elkaar perspectieven (Kemper, 2019). Dit wordt gewaarborgd door de zojuist genoemde member validiteit. Hierop volgden we katalyserende authenticiteit. Hierbij gaat het om de vraag of deelnemers in actie willen komen om een situatie te veranderen (Kemper 2019). Het zou kunnen dat een deel van de deelnemers aan het denken is gezet en meer, of op een andere manier aan de slag gaat met zaken rondom MDMA ondersteunde therapie. Ik heb mijn beroepsproduct en mijn scriptie naar de deelnemers gestuurd, deze zouden hier wellicht bij kunnen helpen. De laatste subcategorie van authenticiteit is de tactische authenticiteit Hiermee wordt bedoeld dat de onderzoeker middelen aanbiedt om een verandering teweeg te brengen (Kemper, 2019). Je zou deze scriptie en het beroepsproduct als zulke middelen kunnen zien.

Aanbevelingen

Na het doen van dit onderzoek zijn er uiteraard nieuwe vragen ontstaan. De deelnemers zijn het erover eens dat MDMA ondersteunde therapie een uitkomst zou kunnen bieden voor minderjarigen met therapieresistente PTSS. De deelnemers benadrukken het belang van onderzoek: er is nu nog te weinig wetenschappelijke kennis over dit onderwerp. Dit onderzoek kan zich richten op allerlei behandelinhoudelijke punten. Het is echter verstandig om bij het begin te beginnen en eerst in kaart te brengen hoeveel minderjarigen er precies in aanmerking komen voor MDMA ondersteunde therapie. Ondanks dat het bekend is dat minderjarigen net als volwassenen last kunnen hebben van therapieresistente PTSS en de huidige behandelingen niet voor alle minderjarigen toereikend zijn betekent dit dat deze hele groep jongeren in aanmerking komt voor MDMA ondersteunde therapie. Omdat MDMA ondersteunde therapie vrij duur en arbeidsintensief is, zal het aanbod schaars zijn. Het is zaak dat de doelgroep die de behandeling het hardst nodig heeft deze het eerste krijgt.

Daarnaast is het nuttig om in kaart te brengen hoe minderjarigen naar MDMA ondersteunde therapie kijken. Omdat het per definitie om een zeer kwetsbare groep gaat is het belangrijk om de wensen en grenzen van deze groep in kaart te brengen. MDMA ondersteunde

therapie is een bijzondere behandeling waar veel haken en ogen aan zitten, alle potentiële cliënten maar zeker minderjarigen moeten van genoeg informatie worden voorzien. Ook hierbij is de schaarste van de behandeling belangrijk om mee te nemen: het opzetten van een dure, intensieve behandeling kost veel tijd geld en energie. De vraag is of dit goed besteed is op het moment dat blijkt dat jongeren de behandeling niet zien zitten. In het kader van *informed consent* is het belangrijk dat de potentiële doelgroep open staat voor MDMA ondersteunde therapie belangrijk.

De laatste aanbeveling is gericht aan de beroepsgroep sociaal werkers. Sociaal werkers kunnen een sleutelrol spelen in de ontwikkelingen rondom MDMA ondersteunde therapie. Omdat de behandeling relatief onbekend is kunnen sociaal werkers zich inzetten om de naamsbekendheid van MDMA ondersteunde therapie te vergroten. Daarnaast rust er een stigma op MDMA. Sociaal professionals kunnen een voorvechtersrol nemen in het bestrijden van het stigma rondom deze behandeling bestrijden en zo te werken aan de positieve reputatie van de behandeling. In beide gevallen doen sociaal werkers er goed aan samen te werken met jongeren die in aanmerking (willen) komen voor de behandeling. De situatie van deze jongeren inzichtelijk maken onderstreept het belang van het verder onderzoeken van MDMA ondersteunde therapie. Een positieve reputatie kan er toe leiden dat zorginstellingen voorbereidingen treffen om MDMA ondersteunde therapie op termijn aan te bieden.

Bibliografie

Anderson, D., Lord, C., Risi, S., DiLavore, P., Shulman, C., Thurm, A., & Pickles, A. (2017). American psychiatric association.(2013). diagnostic and statistical manual of mental disorders. washington, dc: Author. *The Linguistic and Cognitive Effects of Bilingualism on Children with Autism Spectrum Disorders*, 21, 175.

Blau, A., & Geoff Thompson, G. (2023). "'Serious concerns' over TGA's decision making on landmark psilocybin, MDMA ruling", ABC News. Geraadpleegd op 22 november van

2024 <https://www.abc.net.au/news/2023-03-18/psychedelic-charity-accused-lobbying-tga-mdma-psilocybin/102103782>

Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, (12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>

Benzenhöfer, U., & Passie, T. (2010). Rediscovering MDMA (ecstasy): the role of the American chemist Alexander T. Shulgin. *Addiction*, 105(8), 1355-1361. [10.1111/j.1360-0443.2010.02948.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02948.x)

Chaban, O. S., & Frankova, I. A. (2019). Guilt, shame and social withdrawal in the context of post-traumatic stress disorder. *Likars' ka sprava*, (1-2), 83-92. [https://doi.org/10.31640/JVD.1-2.2019\(12\)](https://doi.org/10.31640/JVD.1-2.2019(12))

Chessen, C. E., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2011). Untreated posttraumatic stress among persons with severe mental illness despite marked trauma and symptomatology. *Psychiatric Services*, 62(10), 1201-1206.

Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., & Sentissi, O. (2019). Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 10, 491. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00491>

Couwenbergh, C., van den Brink, W., Zwart, K., Vreugdenhil, C., van Wijngaarden-Cremers, P., van der Gaag, R.J. (2006). Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders: a review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(6), 319-328. [10.1007/s00787-006-0535-6](https://doi.org/10.1007/s00787-006-0535-6)

Croes, E., Vreeker, A., Ruiter, N. D., & Alderliefste, G. (2017). Langdurige klachten na ecstasygebruik. Geraadpleegd op 22 november 2024 van, <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1583-langdurige-klachten-na-ecstasygebruik.pdf>

Danforth, A. L., Grob, C. S., Struble, C., Feduccia, A. A., Walker, N., Jerome, L., & Emerson, A. (2018). Reduction in social anxiety after MDMA-assisted psychotherapy with autistic adults: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *Psychopharmacology*, 235(11), 3137-3148. [10.1007/s00213-018-5010-9](https://doi.org/10.1007/s00213-018-5010-9)

Davey, M. (2023) "Australian decision to allow psychedelic drug prescriptions criticised by mental health experts", Geraadpleegd op 22 november 2024 van, <https://www.theguardian.com/australia-news/2023/jul/06/australian-psychedelic-drug-prescription-decision>.

De Valk, S., Kuiper, C., Van der Helm, G.H.P., Maas, A.J.J.A., & Stams, G.J.J.M. (2016) Repression in Residential Youth Care: A Scoping Review. *Adolescent Research Review* 1(3), 195-216. <https://doi.org/10.1007/s40894-016-0029-9>

De Jonge, M. C. (2021). Persona's in middelengebruik. *Trimbos-instituut*. Geraadpleegd op 11 november 2024 van, <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2021/11/AF1923-Personas-in-middelengebruik-Eindrapportage.pdf>

Enning, B, (2009). De oorlog van Bastiaans.

Gutner, C. A., Gallagher, M. W., Baker, A. S., Sloan, D. M., & Resick, P. A. (2016). Time course of treatment dropout in cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 115. DOI: [10.1037/tra0000062](https://doi.org/10.1037/tra0000062)

Feduccia, A. A., Jerome, L., Yazar-Klosinski, B., Emerson, A., Mithoefer, M. C., & Doblin, R. (2019). Breakthrough for trauma treatment: safety and efficacy of MDMA-assisted psychotherapy compared to paroxetine and sertraline. *Frontiers in psychiatry*, 10, 650. [10.3389/fpsy.2019.00650](https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00650)

Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative inquiry*, 12(2), 219-245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>

Freudenmann, R., W, Oxler, F., Bernschneider-Reif S. (2006). The origin of MDMA (ecstasy) revisited: the true story reconstructed from the original documents. *Addiction*, 101(9):1241-5. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01511.x.

GGZ standaarden (2017). Geraadpleegd op 30 november 2014 van, <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/destigmatisering/samenvatting>

Groen, E., Van Der Wouden, H., & Bindels, P. (2010). Antipsychotica: let op metabole bijwerkingen. *Huisarts en wetenschap*, 53, 504-507.

Inspectie Gezondheidszorg Jeugd (IGJ) (z.d.). Geraadpleegd op 12 september 2024 van, <https://www.igj.nl/onderwerpen/medicatieveiligheid/nieuws/2023/12/21/overkoepelende-normen-over-medicatieveiligheid-in-de-hele-maatschappelijke-zorg>

IGJ (z.d.)Leveren op artsenverklaring. Geraadpleegd op 3 januari 2025 van,<https://www.igj.nl/zorgsectoren/geneesmiddelen/beschikbaarheid-van-geneesmiddelen/leveren-op-artsenverklaring>

Hardeman, E. Ramón Lindauer: 'Sinds gemeentes verantwoordelijk zijn voor de jeugdzorg zijn kinderen en jongeren er alleen maar op achteruit gegaan'. *GZ - Psychologie* 9, 8–13 (2017). <https://doi.org/10.1007/s41480-017-0045-9>

Heerma van Voss, G. J. J., & Keizer, A. (2005). Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele rechten, Internationale Arbeidsorganisatie. *Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele rechten, Internationale Arbeidsorganisatie*, (74-VI). <https://hdl.handle.net/1887/14608>

James, A. C., Reardon, T., Soler, A., James, G., & Creswell, C. (2020). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane database of systematic reviews*, (11).<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004690.pub3>

Jesuraj, M. J. (2012). Impact of substance abuse on families. *Rajagiri Journal of Social development*, 4(2), 18-23. DOI: [10.1080/19371918.2013.759005](https://doi.org/10.1080/19371918.2013.759005)

Kemper, P. (2020). Spelregels van praktijkgericht onderzoek van aanleiding tot aanbeveling. Pearson Benelux BV.

Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Üstün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359-364.

KNMG.nl(2022). Geraadpleegd op 10 oktober 2024 van, <https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/patientenrechten/informed-consent>

Lear, M. K., Smith, S. M., Pilecki, B., Stauffer, C. S., & Luoma, J. B. (2023). Social anxiety and MDMA-assisted therapy investigation: A novel clinical trial protocol. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1083354. [10.3389/fpsyt.2023.1083354](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1083354)

Lee, M., A. en Shlain, B. (1988) *Acid Dreams*.

Mardani, M., Alipour, F., Rafiey, H., Fallahi-Khoshknab, M., & Arshi, M. (2023). Challenges in addiction-affected families: a systematic review of qualitative studies. *BMC psychiatry*, 23(1), 439. DOI: [10.1186/s12888-023-04927-1](https://doi.org/10.1186/s12888-023-04927-1)

Marseille, E., Kahn, J. G., Yazar-Klosinski, B., & Doblin, R. (2020). The cost-effectiveness of MDMA-assisted psychotherapy for the treatment of chronic, treatment-resistant PTSD. *PLoS One*, 15(10), e0239997. DOI: [10.1371/journal.pone.0239997](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239997)

Maercker, A., & Hecker, T. (2016). Broadening perspectives on trauma and recovery: A socio-interpersonal view of PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 1–9.
DOI: [10.3402/ejpt.v7.29303](https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.29303)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, (2015). “*Uitgangspunten huidige drugsbeleid*” Geraadpleegd op 7 november 2024
<https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2015D41825&did=2015D41825>
5

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, (2024) Geraadpleegd op 1 november van 2024, <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport>

Mitchell, J. M., Bogenschutz, M., Lilienstein, A., Harrison, C., Kleiman, S., Parker-Guilbert, K., & Doblin, R. (2023). MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Focus*, 21(3), 315-328. DOI:[10.1038/s41591-021-01336-3](https://doi.org/10.1038/s41591-021-01336-3)

Mithoefer, M. C., Wagner, M. T., Mithoefer, A. T., Jerome, L., & Doblin, R. (2010). The safety and efficacy of $\pm$ 3,4 methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy in subjects with chronic, treatment-resistant posttraumatic stress disorder: the first randomized controlled pilot study. *Journal of psychopharmacology*, 25(4), 439-452.
<http://dx.doi.org/10.1177/0269881110378371>

Mithoefer, M. C., Mithoefer, A. T., & Feduccia, A. (2018). 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-assisted psychotherapy for post-traumatic stress disorder in military veterans, firefighters, and police officers: a randomised, double-blind, dose-response, phase 2 clinical trial. *Lancet Psychiatry*; 5: 486-97 [10.1016/j.physbeh.2018.12.007](https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2018.12.007)

Moska, C. (2019). Youth in Transition Fact Sheet. *Parnassia Addiction Research Centre (PARC)* doi: [10.1186/s12888-021-03520-8](https://doi.org/10.1186/s12888-021-03520-8).

Mooren, T., & Schoorl, M. (2008). Bijeenkomst 5: Sociale steun. In *Beter beginnen* (pp. 91-93). Bohn Stafleu van Loghum, Houten. DOI - [10.1007/978-90-313-6318-6](https://doi.org/10.1007/978-90-313-6318-6)

Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Osher, F. C., Vidaver, R., & Foy, D. W. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(3), 493.
DOI: [10.1037//0022-006x.66.3.493](https://doi.org/10.1037//0022-006x.66.3.493)

Mulder, E., van Dorp, M., Scholten, M. *et al.* Op weg naar minder gedwongen afzonderingen. *Kind Adolesc Prakt* 20, 14–22 (2021).
<https://doi.org/10.1007/s12454-021-0653-9>

Nicholas, C. R., Wang, J. B., Coker, A., Mitchell, J. M., Klaire, S. S., Yazar-Klosinski, B., ... & Doblin, R. (2022). The effects of MDMA-assisted therapy on alcohol and substance use in a phase 3 trial for treatment of severe PTSD. *Drug and alcohol dependence*, 233, 109356. [10.1016/j.drugalcdep.2022.109356](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109356)

Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2018). Investigating treatment characteristics and first-session relationship variables as predictors of dropout in the treatment of traumatized youth. *Psychotherapy Research*, 28(2), 235-249.
DOI: [10.1080/10503307.2016.1189617](https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1189617)

OpenAI. (2024). ChatGPT (Versie GPT 3.5) [Large language model]. Geraadpleegd op 18 december 2025, van, <https://chat.openai.com>”.

OpenAI. (2024). ChatGPT (Versie GPT 3.5) [Large language model]. Geraadpleegd op 20 december 2025, van <https://chat.openai.com>

OpenAI. (2024). ChatGPT (Versie GPT 3.5) [Large language model]. Geraadpleegd op 27 december 2025 van, <https://chat.openai.com>

OpenAI. (2024). ChatGPT (Versie GPT 3.5) [Large language model]. Geraadpleegd op 8 januari 2025, van, <https://chat.openai.com>”.

Opiumwet, (2024). Geraadpleegd op 31 oktober 2024 van,
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0001941/2024-04-16>

Opiumwetbesluit, (2024) Geraadpleegd op 31 oktober 2024 van,
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0014405/2023-01-01>

Passie, T.(2018) The early use of MDMA (‘Ecstasy’) in psychotherapy (1977–1985). *Drug Science, Policy and Law.*;4. doi:[10.1177/2050324518767442](https://doi.org/10.1177/2050324518767442)

Platt, J. M., Keyes, K. M., Koenen, K. C., & Galea, S. (2014). Size of the social network versus quality of social support: Which is more protective against PTSD? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(8), 1279–1286” DOI: [10.1007/s00127-013-0798-4](https://doi.org/10.1007/s00127-013-0798-4)

Ronhaar, P. K. J., & Timmerman, L. (2004). Alcohol-en druggebruik bij acute opnames in een randstedelijk psychiatrisch ziekenhuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 649-659.
Geraadpleegd op 22 november 2024 van,
<https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-632> Alcohol-en-druggebruik-bij-acute-opnames-in-een-randstedelijk-psychiatrisch-ziekenhuis

- Rossell, S., Meikle, S., E, Williams, M., L, & Castle, D., J. (2023). "Why didn't the TGA consult with Australian researchers and clinicians with experience in psilocybin-assisted psychotherapy for treatment-resistant major depressive disorder?", *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 57.7 935-936.
<https://doi.org/10.1177/0004867419888575>
- Royal Australian and The, "Therapeutic use of MDMA for PTSD and psilocybin for treatment resistant depression", Geraadpleegd op 22 november 2024 van,
<https://www.ranzcp.org/getmedia/0cf57ea2-0bd7-4883-9155-d2ba1958df86/cm-therapeutic-use-of-mdma-for-ptsd-and-psilocybin-for-treatment-resistant-depression.pdf>
- Schäfer, G. (2011). FAMILY FUNCTIONING IN FAMILIES WITH ALCOHOL AND OTHER DRUG ADDICTION. *Social policy journal of New Zealand*, (37). doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113238
- Schaftenaar, P., Van Outheusden, I., Stams, G. J., & Baart, A. (2018). Relational caring and contact after treatment. An evaluation study on criminal recidivism. *International Journal of Law and Psychiatry*, 60, 45–50. <http://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.07.011>
- Schimmel N, Breeksema, J., & Veraart, J. (2022). Psychedelica bij existentieel lijden bij patiënten meteen levensbedreigende ziekte. *Tijdschrift Psychiatrie* ; 62: 659-8.
<https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/555/articles/12297>
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V., & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes*, 71(2), 134-168. <https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.2.134>
- Sessa, B.(2018). Why MDMA therapy for alcohol use disorder? And why now? *Neuropharmacol* ; 142: 83-8. [10.1016/j.neuropharm.2017.11.004](https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2017.11.004)
- Sessa, B., Higbed, L., O'Brien, S., Durant, C., Sakal, C., Titheradge, D., & Nutt, D. J. (2021). First study of safety and tolerability of 3, 4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy in patients with alcohol use disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 35(4), 375-383. [10.1177/0269881121991792](https://doi.org/10.1177/0269881121991792)
- Skar, A. M. S., Braathu, N., Jensen, T. K., & Ormhaug, S. M. (2022). Predictors of nonresponse and drop-out among children and adolescents receiving TF-CBT: investigation of client-, therapist-, and implementation factors. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1212. DOI: 10.1186/s12913-022-08497-y

Staatscourant. (1988). *"Aanwijzing middelen die met onmiddellijke ingang onder de Opiumwet vallen"*, Geraadpleegd op 22 november 2024 van, <https://wetten.overheid.nl/BWBR0005730/2022-04-01>

Teams (z.d.) transcriptie functie Geraadpleegd op 9 oktober 2025 van, Teams app

Teams (z.d.) transcriptie functie Geraadpleegd op 11 november 2025 van, team app

Teams (z.d.) transcriptie functie Geraadpleegd op 17 oktober 2025 van, Team app

Ten Have, M., Van Weeghel, J., Van Dorsselaer, S., Tuithof, M., & De Graaf, R. (2015). Houding van de algemene bevolking ten opzichte van (ex-) psychiatrische patiënten; resultaten van NEMESIS-2. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, (2015/11), 785- Geraadpleegd op 30 november 2024 van, 794.https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/tijdschrift/issue/2015/11/50-10711_Houding-van-de-algemene-bevolking-ten-opzichte-van-ex-psychiatrische-patienten-resultaten-van-NEMESIS-2

Therapeutic Goods Administration, (2023). "Change to classification of psilocybin and MDMA to enable prescribing by authorised psychiatrists", Geraadpleegd op 22 november 2024 van, <https://www.tga.gov.au/news/news/update-mdma-and-psilocybin-access-and-safeguards-1-july-2023>

Therapeutic Goods Administration, "Update on MDMA and psilocybin access and safeguards from 1 July 2023", Geraadpleegd op 22 november 2024 van, <https://www.tga.gov.au/news/news/update-mdma-and-psilocybin-access-and-safeguards-1-july-2023>

Therapeutic Goods Administration, "Update on MDMA and psilocybin access and safeguards from 1 July 2023", Geraadpleegd op 22 november 2024 van, <https://www.tga.gov.au/news/news/update-mdma-and-psilocybin-access-and-safeguards-1-july-2023>

Toebes, B., Van den Brink, W., Gresnigt, F., De Jonge, M., Kolthoff, E. W., & Vermetten, E. (2024). MDMA: *Voorbij de extase: Rapport van de Staatscommissie MDMA*. [https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/1109801944/VGP-1067133_B_Rapport_MDMA - _Voorbij_de_extase.pdf](https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/1109801944/VGP-1067133_B_Rapport_MDMA_-_Voorbij_de_extase.pdf)

Trimbos instituut.nl (z.d.). Psychische gezondheid Geraadpleegd op 11 november, 2024 van, <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz/>

Turboscribe(z.d.) geraadpleegd op 8 oktober van, turboscribe ai.com

Turboscribe(z.d.) geraadpleegd op 9 oktober van, turboscribe ai.com

Turboscribe(z.d.) geraadpleegd op 11 oktober van, turboscribe ai.com

Van Amsterdam, J. G., Nabben, T., Peters, G. J., van Bakkum, F., Noijen, J., & van den Brink, W. (2021). Voorstel voor rationeel MDMA-beleid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 63(9), 665-672. <https://doi.org/10.1177/02698811209813>

Van Beek, R. J. J., Monshouwer, K., Schutten, F., den Hollander, W., Andree, R., & van Laar, M. (2023). Het Grote Uitgaansonderzoek 2023. Geraadpleegd op 22 november 2024 van, <https://www.trimbos.nl/kennis/alcohol/alcohol-en-uitgaan/cijfers-alcoholgebruik-uitgaanders/>

Van Boekel, L. C. (2015). *Stigmatization of people with substance use disorders: Attitudes and perceptions of clients, healthcare professionals and the general public*. Ipskamp Drukkers. , <https://doi.org/10.34894/YABJDT>

Van Dale (1993) 12^e druk

Van der Helm, G.H.P., Kuiper, C.H.Z., & Stams, G.J.J.M. (2018). Group climate and treatment motivation in secure residential and forensic youth care from the perspective of self-determination theory. *Elsevier. Children and Youth Services Review*, 93, 339-344. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.07.028>

Van der Poel, A., van Vliet, E., & Stoele, M. (2008). Ondersteuning van mantelzorgers van verslaafden. *Verslaving*, 4, 56-66. DOI:[10.1007/BF03078924](https://doi.org/10.1007/BF03078924)

Van Vugt, A. S., Zijlmans, J., Lindauer, R., & van Dam, L. (2023). MDMA-assisted psychotherapy with adolescents suffering from PTSD: Do or don't? a qualitative study with youth, parents, and clinicians. *Drug Science, Policy and Law*, 9, 20503245231198477.doi:10.1177/20503245231198477

Verlinden, E., & Lindauer, R. J. L. (2015). Trauma bij kinderen en adolescenten: screening, diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 912-916 Geraadpleegd op 25 december 2024 van, [Trauma bij kinderen en adolescenten: screening, diagnostiek en behandeling - Tijdschrift voor Psychiatrie](#)

Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K. M., Krumholz Marchette, L. S., Chu, B. C., Weersing, V. R., & Fordwood, S. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72(2), 79–117. <https://doi.org/10.1037/a0040360>

World Health Organization (2022) ICD-11: International classification of diseases (11th revision). <http://id.who.int/icd/entity/585833559>

van Erp, N., Knispel, A., Michon, H., de Lange, A., Boumans, J., Hulsbosch, L., & Kroon, H. (2019). Stigmatisering door hulpverleners in de GGZ. Geraadpleegd op 30 november 2024 van, <https://www.trimbos.nl/docs/d4033c43-3fe3-4b78-90b6-b5406835b1fc.pdf>

Verenigde Naties (1979). Verenigde Naties, Verdrag inzake psychotrope stoffen
<https://wetten.overheid.nl/BWBV0001103/2022-11-23>

VZinfo.nl(z.d.). Geraadpleegd op 22 september 2024 van,
<https://www.vzinfo.nl/drugsgebruik>

Zandstra, P., & Pottjewijd, W.,(2020). *XTC: een biografie*.

Zorg instituut Nederland, (2020). *Zinnige Zorg bij PTSS–verbetersignalement* Geraadpleegd op 7 november 2024 van,
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/06/15/zinnige-zorg-bij-ptss-verbetersignalement>

ZorgkaartNederland. (z.d.). Aantal GGZ-instellingen in Nederland. Geraadpleegd via
<https://www.zorgkaartnederland.nl>.

Zorgwijzer (z.d.) Geraadpleegd op 3 januari 2025 van, <https://www.zorgwijzer.nl/faq/ggz>

Bijlage I: codeboom

Protocol

Behandeling: 54x

Behandelaar: 10x

Protocol: 28x

Bekwaam/behandelaar: 3x

Inhoud protocol: 3x

Interactie middel en therapie: 3x

Laatste redmiddel: 3x

Scheiding in taal: 2x

Nieuwe vorm: 2x

Kosten Baten

Kosten baten: 16x

Nadeel: 13x

Stigma: 19x

Financiën: 5x

Veiligheid: 9x

Voorwaarde: 8x

Positief: 7x

Lange termijn: 5x

Gevolgen kind: 1x

Bekendheid: 1x

Gevolgen: 4x

Ethiek: 3x

Geschiktheid

Geschiktheid: 10x

Problematiek: 5x

Persoonlijke voorkeur: 1x

Doelgroep: 50x

Vergelijking

Huidige behandelingen: 1x

Vergelijken and Opinie: 4x

Gebruik: 1x

Psychotica12x

Middelen1x

ere behandelingen: 22x

Autoriteit

Animo: 1x

Autoriteit: 20x

Registratie: 9x

Politiek: 13x

Regelgeving: 4x

Toekomst

Thema leeft: 4x

Onderzoek: 12x

Meer onderzoek nodig: 37x

Toekomst: 10x

Onderzoek/toekomst: 2x

Geen wondermiddel: 1x

Bijlage II: verantwoording kunstmatige intelligentie

Tijdens het schrijven van mijn scriptie heb ik een aantal keer gebruik gemaakt van kunstmatige intelligentie, als hulpmiddel. In deze bijlage beschrijf ik hoe en waarom ik kunstmatige intelligentie gebruikt heb.

Omdat ik een aantal stukken tekst wilde inkorten heb ik gebruik gemaakt van OpenAI.com. De gegenereerde inhoud heb ik enkel als inspiratie gebruikt om vervolgens zelfstandig mijn tekst in te korten. Hieronder volgt een overzicht van de prompts en de gegenereerde inhoud.

prompt: kun je de volgende tekst beknopt voor me opschrijven?

Voor behandelingen in de gezondheidszorg moet een protocol worden opgesteld. Hierin wordt opgeschreven hoe de therapie er inhoudelijk uit ziet, wanneer deze wordt gebruikt en voor wie en onder welke voorwaarden. De richtlijnen voor MDMA ondersteunde therapie moeten nog geschreven worden. Deze paragraaf vermeldt wat de mening van de deelnemers is over de inhoud van dit protocol. De MDMA ondersteunde therapie bestaat uit verschillende soorten sessies: 1 Voorbereidingsfase: In deze fase overleggen patiënt en behandelaars wat de doelen van de patiënt zijn en hoe deze kunnen worden bereikt met MDMA geassisteerde therapie. Ten tweede wordt de psychiatrische en medische geschiedenis van de patiënt nagegaan. Hierna wordt er tijd vrijgemaakt voor het opbouwen van een vertrouwensband tussen de patiënt en de therapeuten. Tevens worden de verwachtingen en de ondersteuning thuis bestudeerd. 2. Sessies met MDMA: De MDMA-sessies vinden twee of drie keer plaats. Tussen sessies zit steeds een maand. MDMA heeft een lange werkingsduur, de sessies duren tussen de 6 en 8 uur per keer. Tijdens de sessies richt de patiënt zich op het innerlijke proces. Waar behandelaars bij normale therapie directief zijn, is bij MDMA ondersteunde therapie de patiënt leidend en volgen de behandelaars. Deelnemer 1 zegt hier het volgende over: "Dus je moet ook best wel handen afhouden, weet je wel. Dus een hands-off approach is daarbij nodig. En dat vereist training en ook een bepaald type behandelaar." Er is gedurende de sessie verbaal contact tussen behandelaars en patiënt om te kijken hoe de patiënt zich voelt. 3. Integratiesessies: Na een MDMA-sessie zijn er drie tot vier therapeutische sessies plaats. De eerste is in de volgende ochtend na de sessie met MDMA. In deze sessies wordt gezocht naar een vertaalslag tussen

de besproken hoe de indrukken van de MDMA-sessies kunnen worden geïntegreerd in het dagelijkse leven van de patiënt. Ook onderzoeken de patiënt en de behandelaren samen welke rol het systeem van de patiënt kan spelen. Het systeem kan hier desgewenst over meepraten. In deze fase draait het vooral om het zoeken inzichten en de betekenis van deze inzichten. Tijdens de MDMA-sessies krijgt een patiënt continue begeleiding van twee behandelaren, opgeleid om deze therapie te geven. Deelnemer 1 gelooft dat ander personeel ook in staat zou zijn om de patiënt te begeleiden. “Er zijn gewoon verpleegkundigen die beter zo'n gesprek kunnen voeren dan menig psychiater. Dat weet ik zeker. Zolang ze maar daarin getraind zijn en bekwaam en bevoegd zijn.” Deelnemer 4 denkt dat de therapie niet perse door twee psychiaters of ggz psychologen gegeven hoeft te worden. Deelnemer 4 zegt dat de behandeling ook gegeven kan worden door een verpleegkundig specialist en een BIG geregistreerde behandelaar. De verpleegkundig specialist zou net als de behandelaar goed getraind moeten zijn. “Uiteindelijk gaat het er heel erg om dat je die veiligheid kan bieden”. Voor deelnemer 3 is het niet vreemd dat de therapie enkel door een psychiater of een psycholoog gegeven zou kunnen worden: “In de zin dat in principe worden alle traumatherapie gegeven door psychologen en psychiaters, dus dit is een soort een variant van traumatherapie zou ik zeggen” Tot op heden is de MDMA ondersteunde therapie een individuele behandeling, hierdoor zijn de kosten hoog en is de capaciteit laag. Deelnemer 1 noemt het groepsaspect als een oplossing voor dit probleem. Tijdens de integratie sessies zouden individuen uit een bepaalde doelgroep, bijvoorbeeld oorlogsveteranen gezamenlijk kunnen deelnemen aan de behandeling. Je zou zelfs kunnen overwegen of bepaalde personen samen een MDMA sessie kunnen doen, aldus deelnemer 1. Deelnemer 3 zegt dat de sessies met MDMA voorlopig niet geschikt zijn om gezamenlijk te doen “Het is nu heel erg gericht op één soort individuele ervaring waarbij je tijd hebt om zelf na te denken dat we denk ik een stuk lastiger om in groepsverband te doen en dan aan iedereen aandacht te kunnen schenken en dat goed in te richten.” Deelnemer 3 denkt dat de voorbereidende sessies en de integratie sessies eventueel wel in groepsverband kunnen. Ook kun je volgens deelnemer 1 en 3 variëren in de hoeveelheid MDMA sessies die worden gedaan met een patiënt. Nu is het vaste protocol drie MDMA-sessies. Verder onderzoek moet uitwijzen of er ook cliënten gebaat zijn bij minder MDMA-sessies. Dat maakt de behandeling minder intensief voor patiënt en behandelaar. Deelnemer 1 benoemt dat, als MDMA ondersteunde therapie een behandeling wordt, de behandeling aan het begin op kleine schaal zal worden aangeboden. Het zou dan het beste zijn om dit op een centrale plek te doen om ervaring en kennis op te doen. Deelnemer 4 noemt iets soortgelijks: hij zou graag zien dat de behandelaren onder supervisie van ervaren behandelaren staan tijdens het uitvoeren van de therapie. Deelnemer 4 denkt dat het goed is dat de behandeling wordt gedaan door twee behandelaren. Deelnemer 2 haalt hier het zedendelict uit de VS aan. “Dan is het is het denk ik wel een voorwaarde om zo'n therapie met zijn tweeën te doen om ja die sociale controle daarop te hebben.” Deelnemers 1 en 4 vinden het belangrijk dat er

richtlijnen worden opgesteld waaraan behandelaren zich moeten houden. Voor deelnemer 4 is een richtlijn een voorwaarde voor de behandeling dat er richtlijnen zijn waar behandelaren zich aan moeten houden om zo te voorkomen dat behandelaren hun eigen draai aan de therapie geven. Hier kleven volgens deelnemer 4 risico's aan. Ondanks dat er signalen zijn dat MDMA ondersteunde therapie nuttig kan zijn voor het bestrijden van een veelheid aan klachten zal de behandeling aanvankelijk als laatste redmiddel worden ingezet in de strijd tegen therapieresistente PTSS. Uit verdere onderzoeken moet blijken of de behandeling een laatste redmiddel blijft, aldus deelnemer 3. Op basis van de huidige data oordeelt deelnemer 3 dat de behandeling zou moeten opschalen. Deelnemer 2 ziet de plek van MDMA geassisteerde therapie opschuiven als blijkt dat het een effectieve behandeling is: "Maar het gaat puur uiteindelijk altijd in onze rangorde van wat gaan we doen om of we er bekend mee zijn, hoe het werkt of we er vertrouwen in gaan hebben dat het werkt, nou op basis van onderzoek en dan of we onszelf bekwaam in voelen." Deelnemer 4 denkt dat het in eerste instantie goed is om MDMA ondersteunde therapie beschikbaar te houden voor therapie resistente doelgroepen, omdat het een dure en intensieve behandeling is. Deelnemer 1 zegt dat MDMA ondersteunde therapie niet meteen zou moeten worden aangeboden. Minder intensieve behandelingen hebben namelijk ook effect en moeten eerst geprobeerd worden. Als blijkt dat de nood hoog is zou volgens deelnemer 1 de schaal waarop MDMA ondersteunde therapie wordt aangeboden moeten worden vergroot.

Gegenereerde inhoud:

Samenvatting MDMA ondersteunde therapie en meningen deelnemers over protocol

Protocol en opzet van de therapie

MDMA ondersteunde therapie omvat drie fasen:

1. Voorbereidingsfase: Bespreking van doelen, medische en psychiatrische geschiedenis, opbouw van vertrouwen, en studie van verwachtingen en thuissituatie.
2. MDMA-sessies: Twee tot drie sessies (6-8 uur), waarbij de patiënt leidend is en therapeuten een hands-off aanpak volgen. Training en veiligheid zijn hierbij cruciaal.
3. Integratiesessies: Bespreking en toepassing van inzichten uit de MDMA-sessies in het dagelijks leven.

Rol van behandelaren

- Begeleiding door twee behandelaren, niet per se psychiaters of psychologen. Volgens deelnemers kunnen ook goed getrainde verpleegkundigen of BIG-geregistreerde behandelaren dit doen, mits zij veiligheid bieden.

- Centrale supervisie en duidelijke richtlijnen zijn essentieel om de kwaliteit te waarborgen en risico's te beperken.

Mogelijkheden voor groepsaspect en aanpassing van sessies

- Groepssessies tijdens integratiefase kunnen helpen om kosten te drukken en capaciteit te vergroten. MDMA-sessies in groepsverband zijn voorlopig minder geschikt.
- Het aantal MDMA-sessies (momenteel drie) kan variëren afhankelijk van de patiënt. Minder sessies kunnen de behandeling minder intensief maken.

Beperkte inzetbaarheid en toekomstperspectief

- Therapie wordt voorlopig ingezet als laatste redmiddel bij therapieresistente PTSS vanwege de hoge kosten en intensiviteit.
- Opschaling is mogelijk als verder onderzoek de effectiviteit bevestigt. Minder intensieve behandelingen moeten eerst worden geprobeerd.

Deelnemers benadrukken het belang van richtlijnen en centrale uitvoering in de opstartfase, met supervisie en evaluatie op basis van ervaring en onderzoek.

Prompt: kun je de volgende tekst beknopt opschrijven?

Vergelijking In Nederland bestaan protocollen voor het voorschrijven van GGZ behandelingen, deze protocollen zijn te vinden in de protocollen van farmacotherapeutisch kompas en van de NVvP. In deze protocollen staat beschreven welke behandeling de voorkeur heeft bij welke diagnose, de meest effectieve behandeling wordt als eerste ingezet. Om een richtlijn voor te schrijven voor moeten behandelingen dus met elkaar worden vergeleken. In volgende paragraaf wordt de behandeling MDMA ondersteunde therapie vergeleken met andere behandelingen. MDMA ondersteunde therapie klinkt wellicht als een invasieve behandeling, zeker voor minderjarigen. Op dit moment worden er wel meer zware middelen ingezet bij minderjarigen. Deelnemer 1: "Ik bedoel DEX amfetamine, nou, succes ermee." Deelnemer 2 noemde een ander middel voor ADHD: methylfenidaat. Deze deelnemer zei het volgende over methylfenidaat "dat is nu ook nummer één behandeling, medicamenteus bij ADHD. Maar dat is puur op basis van het feit dat we weten dat het heel goed werkt." De voordelen wegen op tegen de nadelen en op basis daarvan wordt de keuze gemaakt om al dan niet methylfenidaat voor te schrijven. Hetzelfde geldt voor de behandeling ECT en het antipsychoticum clozapine. ECT heeft nare bijwerkingen en er rust een stigma op de behandeling, net als op MDMA. "Je ziet dat dat langzaam dat stigma ook weer wat minder

wordt dat hij ook weer, dat is ook weer wat sneller worden ingezet nu weer bij bij volwassenen” Deelnemer 2. Clozapine wordt op basis van de bekende resultaten en het uitgebreide onderzoek ook eerder voorgeschreven dan in het verleden, aldus deelnemer 2. Deelnemer 3 beschreef tijdens het interview dat in de geneeskunde altijd eerst de behandeling wordt gekozen met de grootste kans op genezing. Mocht dit niet werken: dan neem je de op een na beste keuze enzovoort. “op dit moment is MDMA- therapie, ja, dat staat eigenlijk nog niet eens op dat lijstje”(…) En daarnaast is het een meer ik zou zeggen een meer invasieve therapie omdat je iemand een geneesmiddel geeft. Als je kan voorkomen dat je iemand een medicijn geeft, dan doe je dat liever. Het zorg instituut Nederland (2020) riep behandelaren op om minder benzodiazepine voor te schrijven in de behandeling van PTSS. Benzodiazepinen zijn: een nare bijwerking is de verslavende werking. In de behandeling van PTSS worden ook antidepressiva voorgeschreven. Dit is vooral symptoom bestrijding. Het daadwerkelijke probleem gaat niet over. Een behandeling voor ptss waar de bijl wel bij de wortel wordt gelegd is tijdens exposure therapie, zoals EMDR deze manier van therapie is evidence based en boekt overwegend goede resultaten. noemt ook EMDR als een goede psychotherapeutische behandeling voor PTSS. “als je gaat kijken naar wat zou je farmacotherapeutisch kunnen doen, daar mist echt iets” Toch is niet iedereen geholpen met deze behandeling. Uit een onderzoek van Steenkamp et al., (2015) waarin de effectiviteit van exposure therapie bij veteranen met PTSS werd door gelicht bleek dat de klachten bij twee derde van de deelgenoten niet afnamen. Het is een gegeven dat de bestaande behandelingen voor een groot deel van de populatie toereikend zijn, daarentegen heb je ook een groep mensen die niet is geholpen met deze therapieën. Volgens de deelnemers zou MDMA ondersteunde therapie een mooie aanvulling zijn op de huidige behandelingen een voorwaarde hiervoor is echter wel dat- er net als bij de huidige behandelingen het geval is -er veel data beschikbaar moet zijn zodat de behandelopties goed met elkaar kunnen worden vergeleken.

Gegenereerde inhoud:

In Nederland zijn GGZ-behandelprotocollen beschikbaar via het farmacotherapeutisch kompas en de NVvP, waarin de meest effectieve behandelingen per diagnose worden aanbevolen. MDMA ondersteunde therapie wordt vergeleken met andere behandelingen zoals methylfenidaat voor ADHD, ECT en clozapine. Hoewel MDMA-therapie als invasief wordt gezien, gebruiken behandelaars al zwaardere middelen bij minderjarigen. Stigmatisering speelt een rol bij behandelingen zoals ECT en MDMA, maar deze worden steeds vaker ingezet op basis van bewezen effectiviteit.

Volgens deelnemer 3 wordt eerst gekozen voor behandelingen met de hoogste genezingskans, en MDMA-therapie staat hier nog niet op. Het Zorginstituut Nederland adviseerde minder benzodiazepines voor PTSS en stimuleerde evidence-based therapieën zoals EMDR, hoewel niet alle patiënten hier baat bij hebben. Onderzoek toont dat bestaande behandelingen voor veel mensen effectief zijn, maar een aanzienlijke groep blijft onbehandeld. Deelnemers zien MDMA-therapie als een waardevolle aanvulling, mits er voldoende data beschikbaar is om behandelopties goed te vergelijken.

Prompt: kun je de volgende tekst beknopter opschrijven?

De Verenigde Staten zijn voorlopers in het doen van onderzoek naar MDMA ondersteunde therapie. Toen MDMA in 1986 werd verboden reageerden onderzoekers en therapeuten daarop door de organisatie MAPS op te richten. MAPS wilde onderzoek blijven doen naar MDMA ondersteunde therapie. MAPS financiert het gros van de onderzoeken naar MDMA ondersteunde therapie. MAPS heeft een public benefit corporation opgezet: Lykos Therapeutics. Een public benefit corporation is een bedrijfsvorm waarin het doel zowel sociale als financiële winst is. Lykos therapeutics zal MDMA aanbieden aan behandelaren als MDMA ondersteunde therapie is goedgekeurd voor PTSS. Daarnaast geeft het bedrijf trainingen aan behandelaren. Lykos heeft data-exclusiviteit afgedwongen bij de FDA. Dit houdt in dat de onderzoeksresultaten niet mogen worden gebruikt door andere instellingen. De FDA heeft MDMA geassisteerde therapie nog niet goedgekeurd als behandeling maar erkent wel dat deze manier van behandelen “een substantieel voordeel” biedt ten opzichte van de huidige PTSS behandelingen (Feduccia et al., 2019). Daarnaast heeft de FDA de status: breakthrough medicine toegekend aan MDMA ondersteunde therapie. Deze status zorgt ervoor dat onderzoekers in samenwerking met de FDA het registratie-traject versneld kunnen doorlopen (Maps,2017).

Gegenereerde inhoud:

De Verenigde Staten lopen voorop in onderzoek naar MDMA ondersteunde therapie. Na het verbod op MDMA in 1986 richtten therapeuten en onderzoekers MAPS op om dit onderzoek voort te zetten. MAPS financiert het grootste deel van dit onderzoek en heeft Lykos Therapeutics opgericht, een public benefit corporation die zowel sociale als financiële doelen nastreeft. Zodra MDMA-therapie voor PTSS wordt goedgekeurd, zal Lykos MDMA leveren aan behandelaren en trainingen aanbieden.

Lykos heeft bij de FDA data-exclusiviteit afgedwongen, wat betekent dat hun onderzoeksresultaten niet door anderen mogen worden gebruikt. Hoewel de FDA MDMA

ondersteunde therapie nog niet heeft goedgekeurd, erkent het de aanzienlijke voordelen ten opzichte van bestaande PTSS-behandelingen. Ook heeft de FDA deze therapie de status *breakthrough medicine* gegeven, wat een versnelde goedkeuringsprocedure mogelijk maakt.

Omdat ik grote moeite had met het vinden van wetenschappelijke bronnen waarin werd beschreven waarom essays een goede manier zijn om iets te agenderen heb ik onderstaande vraag aan open ai gesteld. De gegenereerde bronnen heb ik eerst bestudeerd en beoordeeld, daarna heb ik ze gebruikt.

Prompt: zijn er wetenschappelijke bronnen die aantonen dat een essay goed werkt om iets te agenderen?

Gegenereerde inhoud: wetenschappelijke bronnen die specifiek aantonen dat essays effectief zijn als een middel voor agendering zijn beperkt, maar er is wel onderzoek naar het bredere concept van agenda-setting en het gebruik van participatieve en schriftelijke vormen van communicatie binnen die context.

1. Agendering via participatieve methoden: Onderzoek wijst uit dat het betrekken van verschillende belanghebbenden in het agenderen van onderwerpen, zoals bij participatief onderzoek of publieke engagement, kan leiden tot meer bewustzijn, legitimiteit en acceptatie van onderwerpen binnen besluitvormingsprocessen. Essays kunnen als een schriftelijke vorm van participatie fungeren door complexe ideeën samen te brengen en een platform te bieden voor het formuleren van opinies of oproepen tot actie. Dit kan vooral relevant zijn als het onderwerp maatschappelijke impact heeft, zoals gezondheidszorg of sociale rechtvaardigheid

American Communication Journal

European Journal of Futures Research

.

2. Effectiviteit van geschreven communicatie: Hoewel specifieke studies over essays en agendering schaars zijn, is er bewijs dat schriftelijke communicatie in bredere zin (zoals opiniestukken en wetenschappelijke papers) vaak wordt gebruikt om onderwerpen zichtbaar te maken voor beleid en media. Dergelijke stukken worden soms overgenomen door andere mediaplatforms, wat hun bereik vergroot en bijdraagt aan de publieke en politieke agenda

3. Narratieve kracht: Essays bieden een structuur waarin feiten, emoties en persoonlijke ervaringen gecombineerd kunnen worden. Deze narratieve aanpak maakt complexe onderwerpen toegankelijker en kan helpen om sociale kwesties te benadrukken en ondersteuning te mobiliseren. Dit is een bekend mechanisme binnen agenda-setting theorieën.

Essays zijn een belangrijk instrument in de communicatie voor agendering, maar hun impact hangt sterk af van de inhoud, de doelgroep en de distributiekkanalen. Overweeg aanvullend onderzoek naar participatieve agendering en schriftelijke narratieven om een sterker argument te onderbouwen.

Om de code boom op te stellen heb ik gebruik gemaakt van Open AI, (2024) . De rekenkracht van chat gpt kon mij op een snelle en makkelijke manier helpen om alle categorieën bij elkaar op te tellen. Hierna heb ik de categorieën onder de hoofdthema's geplaatst en opgenomen in de codeboom.

Prompt: kan je de volgende begrippen bij elkaar optellen zoals bij een codeboom? bij sommige staat het aantal er al achter, bij sommige niet. Het is de bedoeling dat ze opgeteld worden in hoe vaak ze voorkomen, de frequentie van het woord, zoals 'protocol'

Politiek

Politiek

Politiek

Autoriteit

Autoriteit

Autoriteit

Autoriteit

behandeling

behandeling

Politiek

behandeling

Behandeling

Kosten baten

stigma

veilig

veilig

veilig

veilig

veilig

veilig

Politiek

Protocol

Protocol

Vergelijken andere behandelingen

politiek

Financien

Onderzoek

Autoriteit

onderzoek

Autoriteit

onderzoek

Onderzoek

Financien

Financien

Financien

Autoriteit/ politiek

Politiek

protocol

Vergelijking andere behandelingen

Kosten baten

Doelgroep

Kosten baten

Kosten baten

Kosten baten

Meer onderzoek nodig

Kosten baten

Kosten baten

Kosten baten

Protocol

Protocol

Protocol

Protocol

Protocol

Protocol

Protocol

Protocol

Behandelaar/protocol

Behandelaar/protocol

Behandelaar/protocol

Behandelaar/protocol

Behandelaar/protocol

protocol

toekomst

Autoriteit

behandeling

Vraagtekens onderzoek

Vraagtekens onderzoek

Vraagtekens onderzoek

Vraagtekens onderzoek

Vraagtekens onderzoek

Vraagtekens onderzoek

Vraagtekens onderzoek/ meer onderzoek nodig

Vraagtekens onderzoek

Meer onderzoek nodig

Meer onderzoek nodig

Meer onderzoek nodig

Meer onderzoek nodig

Niet geschikt

Niet geschikt

Niet geschikt

Registratie

Registratie

Doelgroep

Doelgroep/ geschiktheid

Doelgroep

doelgroep

Problematiek

Neg/pos/doelgroep

Positief/ doelgroep

Negatief/doelgroep

doelgroep

doelgroep

stigma

protocol

Doelgroep

protocol

Doelgroep

Behandelaar

Behandelaar

Vergelijken andere behandelingen

behandeling

protocol

protocol

Nadelen

Nadelen

Nadelen

toekomst

nadelen

psychedelica

onderzoek

Andere landen

protocol

Laatste redmiddel

stigma

financien

protocol

toekomst

protocol

geschiktheid

Geschiktheid

Meer onderzoek nodig

Vergelijking andere behandelingen

Doelgroep

Doelgroep onderzoek

Doelgroep

Doelgroep

onderzoek

onderzoek

Thema leeft

Psychedelica

Problematiek

Positief

Meer onderzoek nodig

Stigma

positief

doelgroep

ethiek

Gezamenlijk besluit

Gezamenlijk besluit

Lange termijn

Behandelaar

Gezamenlijk besluit

behandelaar

behandelaar

Lange termijn

Huidige behandelingen

doelgroep

Lange termijn

doelgroep

Meer onderzoek nodig

Doelgroep

Doelgroep

Gezamenlijk besluit

Gezamenlijk besluit

Psychedelica

Gezamenlijk besluit

Gezamenlijk besluit

Gezamenlijk besluit

Gezamenlijk besluit

Bekwaam/ behandelaar

Bekwaam/behandelaar

Bekwaam/behandelaar

Bekwaam/behandelaar

Bekwaam/behandelaar

Bekwaam/behandelaar

Lange termijn

Gevolgen kind

Meer onderzoek nodig

Behandeling

Nadeel: afhankelijkheid.

Bekwaam/ behandelaar

Gezamenlijk beslissen

Plaats in protocollen

Vergelijken andere behandelingen

Vergelijken andere behandelingen

Bekwaam/behandelaar

Vergelijken andere behandelingen

Gezamenlijk besluiten

Gezamenlijk beslissen

Vergelijken andere behandelingen

Bekwaam/behandelaar

Vergelijken andere behandelingen

Vergelijken andere behandelingen

Vergelijken andere behandelingen

Gezamenlijk beslissen

Gezamenlijk beslissen

Bekwaam/behandelaar

Vergelijken andere behandelingen

Meer onderzoek nodig

Meer onderzoek nodig

Bekwaam/behandelaar

Nadeel

Nadeel

Behandeling

Nadeel

Nadeel

Problematiek

Nadeel

Nadeel

Nadeel

Nadeel

Ongeschikte doelgroep: versalving

Ongeschikte doelgroep: verslaving

Doelgroep

Doelgroep

Doelgroep

Manier van werken

Huidige behandelingen

Huidige behandelingen

Vergelijken huidige behandelingen

Vergelijken huidige behandelingen

Vergelijken huidige behandelingn

Vergelijken huidige behandelingen

uitzonderingen

Maatwerk

Innoveren

Protocol

protocol

Gezamenlijk beslissen

Maatwerk

Maatwerk

Behandeling

Behandeling

Behandeling

Behandeling

Toekomst

Positief

minderjarigen

Meer onderzoek

Gezamenlijk beslissen

Behandeling/protocol

Behandeling

Kosten-baten

Positief

Behandeling

Meer onderzoek nodig

Meer onderzoek nodig

Meer onderzoek nodig

Meer onderzoek nodig

Positief

Meer onderzoek nodig

Bekwaam/behandelaar

positief

positief

Mogelijk niet geschikt

Mogelijk niet geschikt

Mogelijk niet geschikt

Mogelijk niet geschikt

Persoonlijke aanleg

Persoonlijke aanleg

Mogelijk niet geschikt

Bekwaam/ behandelaar

Persoonlijke aanleg

Persoonlijke aanleg

Vergelijken huidige behandelingen

Vergelijken huidige behandelingen

Mogelijk niet geschikt

Kosten baten

Plaats protocol

Gezamenlijk besluit

Bekwkaam/behandelaar

Gezamenlijk besluit

Meer onderzoek nodig

Gezamenlijk besluit

Gezamenlijk besluit

Gezamenlijk besluit

Gezamenlijk besluit

Vergelijken andere behandelingen

Vergelijken andere behandelingen

Vergelijken andere behandelingen

Vergelijken andere behandelingen

Interactie middel en therapie

Kosten baten

Plaats in protocol

Kosten baten

Plaats protocol

Plaats in protocol

Voorwaarde

Voorwaarde

voorwaarde

voorwaarde

Bekwaam

Kosten baten

Meer onderzoek nodig

Bezig met onderzoek

Bezig met onderzoek

doelgroep

problematiek

effectief

Meer onderzoek nodig

Meer onderzoek nodig

effectief

leeftijd

Mogelijk bij jeugd

Mogelijk bij jeugd

Mogelijk bij jeugd

Volwassenen en jeugd vergelijken

Volwassenen en jeugd vergelijken

Afhankelijk/ vergelijken

Afh/vergelijken

doelgroep

Onderzoek doen jeugd

Laatste redmiddel

Laatste redmiddel

problematiek

Mogelijk bij jeugd

veilig

Inhoud protocol

Inhoud protocol

veilig

veilig

Kosten baten analyse

Geschikte doelgroep

Geschikte doelgroep

Meer onderzoek nodig

Laatste redmiddel

Gevolgen deelnemers

Gevolgen deelnemers

Meer onderzoek nodig

Kosten baten

Kosten baten

Kosteneffectief: voordeel

Zien in praktijk

behandelaar

Behandeling/protocol

behandelaar

groepsaspect

groepsaspect

Variëren protocol

Variëren protocol

Variëren protocol

Kosten baten

Meer onderzoek nodig

Meer onderzoek nodig

Geschikte behandeling

Kosten baten

toekomst

protocol

doelgroep

protocol

problematiek

problematiek

Grijze circuit

Meer onderzoek nodig

Kosten baten

voorwaarde

voorwaarde

Kosten baten

financien

Kosten efficiënt

Onderzoek/ toekomst

onderzoek

Variëren protocol?

onderzoek

onbekend

onderzoek

onderzoek

doelgroep

doelgroep

Onderzoek: wie wel/niet

Doelgroep

Doelgroep

Meer onderzoek

Meer onderzoek nodig

Het leeft

politiek

NL rol

kosten

psychedelica

politiek

Het leeft

financiën

toekomst

Onderzoek: nadeel

Onderzoek

Onderzoek: nadeel

Werking

werking

Nieuwe vorm

Autoriteit/registratie

Veiligheid

Autoriteit

Registratie

Onderzoek

onderzoek

onderzoek

stigma

veilig

veilig

stigma

stigma

stigma

stigma

vergelijken

Voorbeeld ketamine

Voorbeeld ketamine

etisch

Scheiding in taal

Opinie

opinie

opinie

politiek

Politiek

Politiek

doelgroep

Doelgroep

doelgroep

stigma

Scheiding in taal

Doelgroep

toekomst

doelgroep

Doelgroep

Meer onderzoek nodig

Doelgroep

Doelgroep

geschiktheid

Meer onderzoek nodig

Meer onderzoek nodig

Eerder gebruik

Eerder gebruik

Eerder gebruik

Autoriteit

Autoriteit

autoriteit

Registratie

behandelaar

Problematiek

toekomst

Onderzoek

praktijk

onderzoek

Toekomst

protocol

Laatste redmiddel

Grote schaal

Onderzoek/toekomst

Kritiek onderzoek

Kritiek onderzoek

stigma

onderzoek

Kosten baten

Meer onderzoek nodig

Onderzoek

onderzoek

onderzoek

doelgroep

doelgroep

Doelgroep

Doelgroep

behandeling

autoriteit

Behandeling

Behandeling

behandelaren

behandelaar

Bekwaam

Bekwaam

Positief over mdma at

Behandeling

Behandeling

Behandeling

Behandeling

Veiligheid

Behandeling

Behandeling

Behandeling

Ethiek

Problematiek

Geschiktheid

Onderzoek

Meer onderzoek nodig

doelgroep

onderzoek

Doelgroep/ onderzoek

Doelgroep

Financien

Doelgroep

Vergelijking andere behandeling/ behandeling

Behandeling

Positief

Autoriteit

Vraagtekens onderzoeken

Onderzoek

Behandeling

Behandeling

Behandeling

Behandeling

behandeling

Positief

protocol

Positief

behandeling

behandeling

behandeling

behandeling

behandeling

Behandeling

Vergelijken

Meer onderzoek nodig

Meer onderzoek nodig

Stigma

stigma

stigma

Nadeel

Behandeling/protocol

Behandeling/protocol

Behandeling/protocol

Behandeling/protocol

Behandeling/ protocol

Autoriteit

Behandeling/protocol

Behandeling/protocol

Vergelijking andere middelen

Behandeling/protocol

Protocol/behandeling

Behandeling

Behandeling

Behandelaar

Behandelaar

Behandelaar

Behandelaar

Behandelaar

Toekomst

veiligheid

behandeling

behandeling

behandeling

behandeling

Stigma

positief

positief

Vergelijking andere behandelingen

Protocol

Verslavend

Vergelijking andere middelen

Stigma

Geschiktheid

Geschiktheid

behandeling

Behandeling

Behandeling

Stigma

Doelgroep

Protocol/ behandeling

Toekomst

Stigma

Meer onderzoek nodig

Meer onderzoek

Protocol

Behandeling

Behandeling

Behandeling

Behandeling

Behandeling

Doelgroep

Problematiek

Doelgroep

Doelgroep

Behandeling

Behandeling

Behandeling

Doelgroep

Lange termijn

Doelgroep

Doelgroep

Positief

Meer onderzoek nodig

Doelgroep

protocol

Doelgroep

Doelgroep

Thema leeft

Thema leeft

Thema leeft

Registratie

positie

Registratie

registratie

Doelgroep

doelgroep

Problematiek

problematiek

positief

bijwerkingen

Registratie

info

Ethiek

voorzitters

Gevolgen

gevolgen

Ethiek

Positief

Doelgroep

Regelgeving

Andere behandelingen

Andere behandelingen

medicatie

voorzichtig

doelgroep

doelgroep

doelgroep

onderzoek

doelgroep

Nadeel

nadeel

Regelgeving

onderzoeken

ouders

Positief

Doelgroep

Doelgroep

Doelgroep

doelgroep

succesvol

Uitleggen

Doelgroep

Doelgroep

risico

Middelengerbruik

Voorwaarde

Veiligheid

Doelgroep

Doelgroep

Gevolgen

Gevolgen

Gevolgen

weerstand

registratie

Stigma

Middel

plaats

Plaats

Behandeling

Bereidheid

Behandeling

Ziektebeeld

Personeel

Opleiden

Zelf niet

Zwaar

Behandelaar

Behandelaar

Behandelaar

Zware behandeling

Succeservaring

Behandelaar

Voordeel

patient

voorwaarde

voorwaarde

onderzoek

risico

toekomst

doelgroep

onderzoek

Plaats in protocol

Nadeel

nadeel

onderzoek

Behandeling

Probleem

onderzoek

Plaats protocol

vergelijking

rangorde

Thema leeft

psychotica

regelgeving

Regelgeving

behandeling

Regelgeving

Thema leeft

Voordeel

gebruik

regelgeving

lobby

regelgeving

Loby

officieel

regelgeving

regelgeving

onderzoek

Regelgeving

Thema leeft

schaal

problematiek

Doelgroep

ontwikkeling

overheid

positief

ontwikkelingen

ontwikkelingen

Behandeling

protocol

Behandelaar

opleiden

onderzoek

onofficeel

nadeel

voordeel

nadeel

Risico's

behandelopties

Therapie resistent

noodzaak

behandelaar

Geen wondermiddel

nadeel

hindernissen

psychotica

aanbieders

Risico

risico

doelgroep

doelggroep

doelgroep

doelgroep

Onderzoek doen

voorbereiden

exclusie

Ouders

nodig

doelgroep

regelgeving

regelgeving

randvoorwaarden

randvoorwaarden

behandeling

randvoorwaarde

randvoorwaarde

behandeling

opinie

jongeren

Begin bij begin

belangen

doelgroep

behandelen

voordelen

voordelen

voordelen

voordelen

voordelen

voordelen

voordelen

voordelen

voordelen

voordelen

voordeel

voordeel

voordelen

voordelen

voordelen

Voordeel

gevolg

gevolg

stigma

stigma

voordeel

voordeel

toename

stigma

Ander middel

beleid

misbruik

toename

bekendheid

Bekendheid

debat

debat

debat

debat

stigma

advies

Betrokkenen

Betrokkenen

Betrokkenen

betrokkenen

Betrokkenen

Betrokkenen

regelgeving

draagvlak

toekomst

doelgroep

doelgroep

doelgroep

doelgroep

doelgroep

problematiek

Doelgroep

doelgroep

doelgroep

problematiek

Problematiek

animo

animo

gerbuik

Gerbuik

middel

Nadeel

Richtlijnen

Informatie verstrekken

Opine

Middellen

doelgroep

voordeel

opinie

Nadeel

nadeel

stigma

politiek

ethiek

nadelen

dosis

onderzoek

onderzoek

Andere behandeling

onderzoek

doelgroep

onderzoek

status

doelgroep

doelgroep

Persoonlijke voorkeur

doelgroep

randvoorwaarden

stigma

informereren

stigma

Wetenschap: onenigheid

Wetenschap onenigheid

realistisch

Positief

positief

reputatie

reputatie

Risico's

Risico's

psychotica

psychotica

succes

Tegenstand

informatie

Thema leeft

Thema leeft

Gegenereerde inhoud:

1. Behandeling: 54x
2. Doelgroep: 50x
3. Meer onderzoek nodig: 37x
4. Protocol: 28x
5. Vergelijken andere behandelingen: 22x
6. Autoriteit: 20x
7. Stigma: 19x
8. Kosten baten: 16x
9. Politiek: 13x
10. Nadeel: 13x
11. Onderzoek: 12x
12. Geschiktheid: 10x
13. Behandelaar: 10x
14. Toekomst: 10x
15. Registratie: 9x
16. Veiligheid: 9x
17. Voorwaarde: 8x
18. Positief: 7x
19. Lange termijn: 5x
20. Financiën: 5x
21. Problematiek: 5x
22. Gevolgen: 4x
23. Opinie: 4x
24. Thema leeft: 4x
25. Regelgeving: 4x
26. Bekwaam/behandelaar: 3x
27. Ethiek: 3x
28. Inhoud protocol: 3x
29. Interactie middel en therapie: 3x
30. Laatste redmiddel: 3x
31. Onderzoek/toekomst: 2x
32. Scheiding in taal: 2x
33. Nieuwe vorm: 2x
34. Gevolgen kind: 1x

- 35. Bekendheid: 1x
- 36. Gebruik: 1x
- 37. Animo: 1x
- 38. Persoonlijke voorkeur: 1x
- 39. Geen wondermiddel: 1x
- 40. Huidige behandelingen: 1x

Bijlage III: interview leidraad

- 1. Opleiding
- 2. Mening MDMA
- 3. Behandelaren
- 4. Ethiek
- 5. Bekwaam
- 6. Problematiek:
- 7. Behandelaren
- 8. Ander disciplines
- 9. Voordelen
- 10. Behandeling
- 11. patiënten
- 12. Nadelen
- 13. behandeling
- 14. patiënten
- 15. Huidige behandelingen: toereikend
- 16. Voorwaarden
- 17. Hindernissen
- 18. Ander middelen/ behandelingen
- 19. Doelgroep:
- 20. Wie komt in aanmerking
- 21. Wie niet

- 22. Stigma
- 23. Rol politiek
- 24. Andere instanties
- 25. Meer onderzoek
- 26. Op welke schaal
- 27. Toekomst
- 28. Misbruik