



JORIS HAAGEN

*Eric Vermetten over  
zijn drijfveren,  
innovatief onderzoek  
en de DSM-5*

# Innovatie en inspiratie in medische psycho- traumatologie



*Eric Vermetten tijdens het uitspreken van zijn oratie op 23 mei 2014  
(Erik Kottier).*

Onlangs aanvaarde Eric Vermetten (1961) de leerstoel medisch-biologische en psychiatrische aspecten van psychotrauma's, een samenwerking tussen de Universiteit Leiden, het Ministerie van Defensie en Arq Psychotrauma Expert Groep. Joris Haagen sprak met de kersverse hoogleraar.

***Gefeliciteerd met uw leerstoel; hoe omschrijft u uw centrale leerstoelopdracht?***

‘Mijn opdracht is het kennisdomein van de medisch-biologische en psychiatrische aspecten van psychotrauma's op de kaart zetten en bijdragen aan de kennisverruiming op dit gebied. Twee zaken staan daarin centraal. Allereerst verbinden. Het Nederlandse psychotraumaveld was lange tijd een lappendeken van vooraanstaande onderzoekers die weinig gemeenschappelijke visie delen. Ik wil met deze leerstoel de partijen bij elkaar brengen, en dan richt ik mij vooral op het combineren van technologische en klinische expertise. Denk bijvoorbeeld aan samenwerking met de TU Delft en TU Twente, die jongens doen bijzonder bruikbaar werk voor de psychiatrie. Als tweede moet je je realiseren dat het veld en de kennisdomeinen zeer heterogeen zijn. Het gaat onder andere om geheugen, slaap, emotie, dissociatie en comorbide stoornissen. Wat ik belangrijk vind is dat er verbanden *tussen* deze kennisdomeinen worden gelegd. Hiervoor zijn experts uit deze domeinen nodig die samenkomen om aan de heterogeniteit van psychotrauma's recht doen.’

***Kunt u vertellen hoe u in het psychotraumaveld bent gekomen?***

‘Om te begrijpen waar ik vandaan kwam is het goed te beseffen dat ik als psychiater niet direct terecht kwam in het psychotraumaveld, maar via fysiotherapie, beweging, taal en werkelijkheid en ook de hypnose’, aldus Vermetten. ‘Ik was gefascineerd door Schultz (1884-1970), een Duitse psychiater die sprak over “gestufte Aktivhypnose”, de autogene training. Via hypnose en suggestie beïnvloedde hij de pijngewaar-

wording bij patiënten. De geest bepaalt mede hoe pijn wordt ervaren. Ik ervoer de kracht van taal, het gebruik van woorden en metaforen, en werd geboeid hoe ervaringen zich als het ware kunnen vastzetten in het lichaam en blijven terugkomen. Mijn fascinatie begon vanuit een fenomenologische zoektocht. Ik kwam via contacten aan Stanford en Yale in aanraking met patiënten die lijden aan psychotrauma's.

Ik ben gestart met een opleiding in de psychiatrie, die ik heb afgemaakt aan de Yale University. Hier kreeg ik een sterke neurowetenschappelijke uitbouw van de psychiatrie-opleiding en startte ik met onderzoek op gebied van beeldvorming. Daarna ben ik voor één jaar naar Emory University gegaan om in 2001 te starten als burgerpsychiater bij Defensie. Veel (ex) soldaten worstelden op dat moment met de gevolgen van hun uitzending naar Srebrenica, het Ministerie van Defensie beoordeelde dat er behoefte was aan zorg en onderzoek. In 2003 promoveerde ik aan de Universiteit Utrecht op de neurobiologie van PTSS en ik werd in 2007 via een opleiding aan het Instituut samenwerking Defensie Relatieziekenhuizen gemilitariseerd en bevorderd tot kolonel. Bij de formatie van het Onderzoekscentrum binnen de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg werd ik hoofd van dit expertisecentrum. Sindsdien hebben we ons toegelegd op fundamenteel en toegepast neurobiologisch onderzoek, met sterke nadruk op innovatie.’

***Wat zijn uw drijfveren?***

‘Je kunt je vast de discussie van vroeger herinneren. Wat was “shell shock” nu echt, en waarom

dacht men ook aan aanstellerij? Deze discussie is lang geleden beslecht, maar patiënten met PTSS zitten nog altijd in een spanningsveld van geloofwaardigheid, lijdensdruk en ziekte winst. Dat komt mede doordat de symptomen dramatisch kunnen zijn, niet iedere patiënt weet zich goed uit te drukken; ze vertellen vaak een verbrokken verhaal, soms overschaduwd door boosheid. Er is ruimte voor misinterpretaties; wat wordt verteld, wat wordt verzwegen? Dit kan zorgen voor spanningen in de geloofwaardigheid naar de werkgever, collega's, artsen, vrienden en familie. Ik wil via medisch-gereleerde termen een bijdrage leveren aan het ziektemodel, en dit waar mogelijk valideren vóór de patiënt en om de patiënt. Mijn drijfveer is inzicht in de symptomatologie, waar mogelijk deze te objectiveren, en in te zetten voor de behandelbeoordelingen. Zo kan kennis ontstaan die ingezet kan worden in behandeling.'

#### **En hoe denkt u de geloofwaardigheid van patiënten te versterken?**

'Daarvoor gebruiken we (beeldvormend) hersenonderzoek en biologische producten, zoals bloed en speeksel. Een scepticus zou zich afvragen wat al die mooie plaatjes van de hersenen nu eigenlijk opleveren. Ze leveren inzicht in hoe de hersenen werken bij angst, intrusies en dissociatieve ervaringen. Veel studies lieten, op basis van angstconditionering, zien dat de amygdala hyperactief is bij PTSS-patiënten. Maar bij een deel van de patiënten zagen we dat het neuronale circuit niet altijd zo werkt. Er waren juist omgekeerde reacties te zien. We herkenden een subgroep getraumatiseerden die tijdens het luisteren naar hun

eigen traumatische scripts dezelfde dissociatieve reacties ervoeren als in hun dagelijkse leven. Bij deze PTSS-patiënten overheerste een ander hersencircuit, dat van de ervaring "uit" zetten, niet voelen, niet weten, dissociatie. Hersenonderzoek stelde ons in dit voorbeeld in staat onderscheid te maken tussen klassieke PTSS en een dissociatief subtype. Samen met prevalentieonderzoek en de impact die dit heeft voor behandeling, heeft dit opgeleverd dat het subtype in de DSM-5 is opgenomen. Hersenonderzoek kan helpen vaststellen *hoe, waar en wanneer* we moeten interveniëren.' Hij gaat verder: 'Voor de patiënt biedt neurobiologische diagnostiek een *objectieve* legitimering van de ziekte die ze hebben. Je valideert daarmee hun klachten. Dit doen we met instrumenten uit de wetenschapstak die momenteel de hoogste betekenisgeving in de psychiatrie heeft, namelijk de neurowetenschappen. Dit is immers het vigerend paradigma. Hersenonderzoek moet doorgroeien naar meer praktisch nut met directe terugkoppeling op het patiënteniveau.'

#### **U noemt in uw voorbeeld één van de wijzigingen in de DSM-5 ten opzichte van de DSM-IV. Bent u tevreden over de nieuwe DSM?**

'De DSM is een fantastisch instrument waar we ontzettend trots op mogen zijn. Het creëren van een uniform classificatiesysteem was pionierswerk van Amerikaanse onderzoekers en klinici. Dat het sinds de DSM-IV is doorgeschooten en in handen is gevallen van de zorgverzekeraars en zorginkopers, is echter zorgwekkend. Als je zorgverleners bijna dwingt tot het stellen van diagnoses als voorwaarde om vergoeding te kunnen krijgen, dan kun je je afvragen of we

het op de juiste wijze gebruiken. Alan Francis en Robbert Spitzer waarschuwden al in eerdere DSM edities voor deze 'gevaaren', een advies dat met de komst van DBCs de strijd heeft verloren. Ik heb kritiek op de inrichting van de GGZ, maar niet door het gebruik van DSM zelf.'

'De DSM-5 is natuurlijk niet perfect', vervolgt hij. 'Het had de ambitie om de classificaties neurobiologisch gevalideerd te maken en een meer dimensioneel karakter te geven. Dit is helaas niet van de grond gekomen. De Taskforce en ikzelf waren graag tot een trauma spectrumstoornisgroep gekomen met daarin PTSS, obsessief compulsieve stoornis (OCD), dissociatieve stoornissen en de borderline persoonlijkheidsstoornis bij elkaar gevoegd. Dit doet meer recht aan het etiologische moment van psychotrauma. De reden dat dit er niet kwam heeft te maken met het huidige meer conservatieve karakter van de APA, de werkwijze is erg ingebed in het hele systeem van prevalenties van stoornissen en zorgaanpakken. De oude pioniers ten tijde van de eerste DSM-versies zijn tegenwoordig de conservatieven', verzucht Vermetten.

#### **Welke nieuwe inzichten zullen het veld de komende jaren op zijn kop zetten?**

'Een van de parels van de toekomst zal een ver gaand samenkomen zijn van technologische ontwikkelingen en *evidence based* psychotherapieën. We dragen nu al veel *wearables*, denk aan smartphones. Deze apparaten zullen steeds meer invloed krijgen op de planning, zorg en gemoedstoestand van ons leven. Technologie kan de potentie van therapie vergroten. De nieuwe therapievorm 3MDR is hier een mooi voorbeeld

van. 3MDR staat voor Military Motion Memory Desensitization and Reprocessing. Het is niet zo zeer EMDR-based, maar een meer gepersonaliseerde therapie doordat 3MDR, net als *Virtual Reality*, de aandacht richt op de unieke ervaring van het eigen trauma dat in een virtuele omgeving gerecreëerd wordt. Je kunt deze therapiesetting definiëren als een variant van *gamification*, waarbij spelprincipes en speltechnieken in een niet-spelcontext worden gebruikt om therapie te bevorderen.'

'Ongetwijfeld zal deze term bij sommigen de haren te berge doen rijzen', aldus Vermetten. 'Critici zouden zeggen: therapie en PTSS zijn toch geen spelletje. Natuurlijk is er scepsis en weerstand, maar misschien is die wel groter bij de therapeut dan bij de patiënt. Gamification in virtual reality maakt behandelingen interactief. Bij 3MDR wordt een sessie uitgevoerd terwijl de patiënt daadwerkelijk loopt in de virtuele wereld. Een ander hype-woord is empowerment, waarbij patiënten zelf controle krijgen over de reacties die hun lichaam geeft. Van belang is dat de reconsolidatie (het heropslaan van de bewerkte traumatische herinneringen) maximaal effectief kan zijn. 3MDR is een mooi voorbeeld van gamification, waarbij opgemerkt wordt dat het niet zomaar een spelletje is, het blijft wel gaan om datgene waar iemand onder lijdt en niet kan "rechtbreien". Het blijft een proces dat begeleid doorlopen wordt, als een *onderdeel* van psychotherapie.

Een andere parel is het onderzoek naar de "golden hours" tijdens therapie. Exposuretherapie wekt traumatische herinneringen op en maakt ze als het ware labiel, dat wil zeggen: veranderbaar. Bij het reconsolideren van de herinnering,

### **Medical and Military Psychotraumatology: Past, Present and Future** *The impact of great wars and beyond*

Ter ere van de benoeming van kol. dr. Eric Vermetten tot bijzonder hoogleraar *Medisch-biologische en psychiatrische aspecten van psychotrauma's*, vond op 22 mei 2014 het internationale symposium *Medical and Military Psychotraumatology: Past, Present and Future* plaats. Enkele van de meest invloedrijke internationale wetenschappers op het gebied van militaire psychotraumatologie gaven in de Pieterskerk te Leiden lezingen over het verleden, heden en de toekomst van het veld. Uit Australië, doceerde prof. dr. Alexander McFarlane over de historische opgedane lessen uit de twee Wereldoorlogen. De Amerikaanse prof. dr. David Spiegel besprak belangrijke wijzigingen tussen de DSM-IV en de DSM-5 voor PTSS, over het nieuwe dissociatieve PTSS subtype en de behandelconsequenties. Kol. Rakesh Jetly schiep een beeld van de Canadese

kunnen we deze voor de cliënt dragelijker maken. Reconsolidatie wordt gezien als de *golden hours* van therapie en door hier te interveniëren met chemische stoffen, kunnen we de reconsolidatie faciliteren. Daar moeten we nog veel van leren, zoals wat, wanneer en hoeveel we moeten geven. Recent is een Europese groep opgericht die de kennis op dit gebied gaat bundelen.'

Aan het eind van het gesprek betoont Eric Vermetten zijn dankbaarheid voor de wijze waarop de leerstoel is geformuleerd. 'Deze unieke

aanpak van psychiatrische zorg in Kandahar (Afghanistan).

Diverse hoogstaande nationale sprekers vulden vervolgens het programma van de buitenlandse keynote speakers aan door het bijzondere van het Nederlandse psychotraumaveld te belichten. De sluier van de toekomst werd enigszins gelicht door de laatste bevindingen uit verschillende studies over acute psychologische ondersteuning op het slagveld, en technologische (serious gaming), medicamenteuze en genetische vorderingen.

Tot slot werden er twee posterprijzen uitgereikt. Namens het publiek ontving Alieke Reijnen (promovendus Militaire Geestelijke Gezondheidszorg) de eerste prijs voor haar poster over de gevolgen van uitzending naar een oorlogsgebied op de testosteronniveaus en de ontwikkeling van PTSS bij militairen. Joris Haagen (promovendus Universiteit Utrecht/Arq) won de juryprijs voor zijn meta-analyse naar voorspellers van behandel-effectiviteit bij getraumatiseerde veteranen en militairen.

stoel aan de Universiteit Leiden zorgt ervoor dat ik bij Defensie kan blijven en kan samenwerken met Stichting Arq. Op de vraag wanneer hij generaal wordt ontlok ik een laatste lach bij Eric. 'Er is maar één generaal bij ons thuis en dat is mijn vrouw!'

JORIS HAAGEN is psycholoog, onderzoeker aan de Universiteit Utrecht. Tevens is hij redactielid van de Cogiscope.