

# Vijf vragen aan...

# Linda Verhaak

In de rubriek ‘Vijf vragen aan...’ wordt een meer of minder bekend VEN-lid aan u voorgesteld.

Tekst: **Deana de Zwart** Foto: **De Beeldenbrigade**

Linda Verhaak is klinisch psycholoog en psychotherapeut bij Equator Foundation in Diemen.

Linda is teamleider van het Expertiseteam Seksueel Geweld en Uitbuiting (SGU).

Dit team richt zich op de zorg voor slachtoffers van mensenhandel en seksueel geweld met een migratieachtergrond.

## Wat doet het Expertiseteam SGU en hoe ziet jouw functie als teamleider eruit?

“Het expertiseteam is in 2013 opgericht en houdt zich voornamelijk bezig met diagnostiek en behandeling van vluchtelingen die slachtoffer zijn geworden van seksueel geweld en/of uitbuiting. De behandeling richt zich op posttraumatische stressklachten en soms op de comorbide persoonlijkheidsproblematiek. Binnen het team werken verschillende disciplines samen: psychologen, psychiaters, artsen, lichaamsgerichte therapeuten, seksuologen en een maatschappelijk werker. Er bestaat een wettelijke regeling dat slachtoffers van mensenhandel drie maanden recht op opvang hebben. Dit om ze de gelegenheid te bieden om aangifte te doen. Slachtoffers van mensenhandel worden tijdens die zogenaamde bedenktijd opgevangen op een locatie van de Categorale Opvang Slachtoffers Mensenhandel (COSM). We hebben een nauwe samenwerking met de COSM in Amsterdam (ACM). In de opvang kunnen slachtoffers deelnemen aan preventiegroepen, waarbij thema’s behandeld worden volgens een draaiboek dat door Equator ontwikkeld is. Daarbij is veel aandacht voor psycho-educatie. Mijn collega-groepstherapeuten hebben wekelijks contact met de bewoners en zij signaleren samen met de woonbegeleiders welke mensen de meeste klachten hebben. Deze mensen komen op intake op onze locatie in Diemen voor verdere behandeling. Tussen binnenkomst in de COSM en intake bij

Equator zit -afhankelijk van de spoed- enkele weken. We hebben dan vaak nog maar zes tot acht weken de tijd voor behandeling. Soms wordt dit zelfs nog korter als de zaak snel geseponneerd wordt door de politie, en soms hebben we meer tijd omdat een slachtoffer een verlenging of tijdelijke status heeft gekregen. Als slachtoffers zwanger zijn, proberen we hen zo snel mogelijk behandeling aan te bieden, vanwege de impact die traumatisering ook op de hechting tussen moeder en kind heeft.

Het liefst zou ik willen dat we patiënten twee keer per week zouden kunnen behandelen, maar soms is dat te zwaar om ambulante in te zetten. Dat zou mogelijk wel kunnen als de patiënten intern in de opvang behandeld en begeleid kunnen worden door goed opgeleid personeel. Maar die aanvraag ligt nog bij de gemeente.

Als teamleider houd ik me bezig met het ontwikkelen van beleid, de contacten met onze ketenpartners, het borgen van wetenschappelijk onderzoek op de werkvloer, met het verspreiden van kennis via congressen en in conflictgebieden via *War Trauma Foundation*. En natuurlijk behandel ik ook patiënten.

Het is belangrijk om een brug te slaan tussen wetenschappelijk onderzoek en de praktijk. Er is weinig onderzoek naar de behandeling van slachtoffers van mensenhandel, dus ik ben blij dat wij de komende jaren meer te weten gaan komen over de effectiviteit van traumabehandeling bij deze veelzijdige doelgroep.” ▶



In het vorige EMDR Magazine stelde Jannetta Bos de volgende vraag aan jou: "Hoe werk je met slachtoffers van mensenhandel (gedwongen prostitutie) en wat is de rol van EMDR in de behandeling bij deze doelgroep?"

"Ik werk met een aantal *evidence based* methoden voor PTSS: Narratieve exposure therapie (NET), imaginaire exposure en EMDR. NET is een goede methode vanwege het narratieve aspect met aandacht voor de hele levenslijn, inclusief de waardevolle momenten. De methode is in Oeganda ontwikkeld. Een NET-behandeling kost meestal meer tijd dan EMDR en die tijd hebben we vaak niet, vanwege de korte periode dat slachtoffers in de opvang verblijven. Met EMDR kun je direct naar de grootste angst gaan, zeker als er een specifieke situatie is waar iemand veel last van heeft. Je kunt zo snel de angst eruit halen.

Maar soms lijkt de *arousal* te laag voor een effectieve EMDR. We hebben te maken met culturele factoren, onzekerheid over hun juridische positie en vermijding, waardoor emoties anders geuit worden. Het is soms knap lastig om bijvoorbeeld bij Afrikaanse patiënten de spanning aan de gezichtsexpressie af te lezen. Maar veel patiënten geven aan dat de traumatherapie ze wel helpt en we zien gelukkig ook vaak een verbetering in het functioneren. Naast traumatherapie worden op indicatie ook andere methodieken en disciplines ingezet. Soms lijkt er enige sprake van sociaal wenselijke antwoorden op de vraag of de behandeling helpt. Als daarbij hardnekkige vermijdende coping een grote rol speelt, en de patiënt kan langer in behandeling blijven, is schematherapie vaak helpend.

Het is belangrijk om niet alleen klachtgericht, maar ook krachtgericht te werken en aandacht te hebben voor

het vergroten van perspectief, van het netwerk en van de identiteit. We hebben daar bij Equator een Nederlandstalige herstelondersteunende zorgmodule voor ontwikkeld. Die ondersteunt mensen in hun toekomst-oriëntatie, bijvoorbeeld bij het vinden van werk of opleiding. Ook werken we samen met het *tracing-team* van het Rode Kruis, die uitzoekt of en waar kinderen en partners van patiënten nog in leven zijn.”

### Wat kenmerkt voor jou deze doelgroep?

“In grote lijnen zie ik twee categorieën slachtoffers van mensenhandel. Het is natuurlijk wel een heel grove indeling, maar goed... Enerzijds de ‘zielige vogels’ die veelal uit Afrika komen en die kwetsbaar, angstig, schrikachtig en depressief zijn en daarbij soms last hebben van dissociatieve en psychotische klachten, schaamte en zelfverwijt. Anderzijds de ‘streetwise-groep’, vaker van Oost-Europese origine, met patiënten die opgegroeid zijn in een leven vol geweld en complexe interpersoonlijke relaties, voor wie liefde en geweld altijd zijn samengegaan. Zij reageren meer met emotieregulatieproblemen, agressie en soms suïcidaliteit. Het niet durven praten over wat ze hebben meegemaakt, is een kenmerk dat we bij veel slachtoffers zien. Naast de impact van voodoo en dreigementen door de mensenhandelaren speelt ook vaak een rol dat de politie niet tot vervolging overgaat na de aangifte. Bijvoorbeeld als een slachtoffer niet aan kan geven waar ze opgesloten heeft gezeten (omdat ze alleen de binnenkant van het gebouw gezien heeft), wie de uitbuiters precies waren, of vanwege gebrek aan bewijs. Het komt niet zelden voor dat we tijdens de therapie meer te weten komen over wat iemand is overkomen dan oorspronkelijk verteld is bij de politie of IND. Meer in het algemeen heb ik enorme bewondering voor de veerkracht van de slachtoffers van mensenhandel. Velen hebben voor ons ondenkbare gruwelijkheden ondergaan en weten ergens toch hun kracht weer te hervinden. Echt geweldig.”

### Wat betekent het voor jou persoonlijk om dit werk te doen?

“Ik houd van complexe problematiek. De combinatie van psychiatrische en psychosociale problematiek maakt effectieve behandeling van onze doelgroep in verschillende opzichten een uitdaging. Er is sprake van veel instabiliteit en onzekerheid over hun verblijf in Nederland, zij hebben huis en haard verloren, velen hebben hun kinderen moeten achterlaten in het land van herkomst en voelen zich vreemden in deze nieuwe culturele context. Vóór mijn studie psychologie heb ik een jaar vrijwilligerswerk met jongeren gedaan in Kenia

en Oeganda. Daar ben ik al onder de indruk geraakt van de levenskracht van Afrikanen, van de wijze waarop ze contact maken en van hun humor. Het eerste slachtoffer van mensenhandel dat ik bij het expertiseteam behandelde was een bijzondere en veerkrachtige Afrikaanse vrouw die ik nooit zal vergeten.

Ze verloor haar moeder op jonge leeftijd en heeft vervolgens een aaneenschakeling van traumatische ervaringen meegemaakt: seksueel misbruik en vernederingen, ingelijfd worden door het rebellenleger en verkracht worden, vluchten en op jonge leeftijd in een vluchtelingenkamp bevallen, het kind moeten achterlaten en opnieuw moeten vechten in het rebellenleger. Uiteindelijk belandde ze in een stad, waar de blanke vrouw die haar hulp aanbood haar in de mensenhandel bleek te loodsen. Zo kwam ze naar Nederland. Veel geweld en abortussen later is ze gevlucht en in een opvang terechtgekomen. Ze was suïcidaal en had last van psychotische klachten. Na een lange behandeling heeft ze haar leven geleidelijk aan weer op kunnen pakken. De eerste acht jaar van haar leven bleken zo goed geweest te zijn dat ze weer een basis kon vinden om op door te gaan, ook al is ze niet klachtenvrij. Er getuige van mogen zijn hoe iemand na zoveel rampspoed weer in zijn kracht komt te staan; dat voelt als een bijzonder voorrecht.

Ik vind het fantastisch dat ik in Afrika mee kan werken met projecten om de kennis van traumabehandeling te vergroten. De NET leent zich als methodiek goed om over te dragen op teams voor traumabehandeling in Afrika. Zelf vind ik EMDR een prettige methodiek omdat deze voor de therapeut minder belastend is. Hoewel ik van complexe problematiek houd, is het werk door de heftige levensverhalen maar vooral ook door de onmacht rond de wet- en regelgeving zwaar. Dat betekent dat ik alert ben op voldoende ontspanning en qua *coping* voortdurend kijk waar ik wél invloed op kan hebben. En niet onbelangrijk: ik werk met leuke enthousiaste collega's in een jong en dynamisch team.”

### Wie wil je de volgende keer aan het woord laten in deze rubriek en wat is je vraag?

“Charlotte van de Wall. Charlotte is klinisch psycholoog en heeft in Friesland KieN opgezet, een netwerkorganisatie die niet alleen zorg biedt, maar die vraag en aanbod in de zorg aan kinderen en gezinnen bij elkaar brengt. Mijn vraag aan Charlotte is: ‘Hoe heb je het van een eigen praktijk naar een instelling gebracht?’” ■