Tekst: Marjan Enzlin
Beeld: Studio Oostrum

‘Ik laat mijn **cliënten niet** jarenlang **neuzelen**’

Psycholoog Margreet Krottje (39) heeft acht uur per dag cliënten op de bank met een stevige historie als het gaat om huiselijk geweld en/of seksueel misbruik. Cliënten die niet leven, maar overleven. Cliënten aan wie veel zorgprofessionals hun handen niet durven branden. Krottje: “Mijn cliënten krijgen erkenning voor wat zo traumatisch is geweest.”



Ik ben vanzelf in deze doelgroep gerold toen ik gevraagd werd om orde op zaken te gaan stellen bij een project voor slachtoffers van loverboys in Frankrijk. Ik had daarvoor niet meer dan een lang weekend. Ik kwam ’s nachts om 01.00 uur binnengevallen en trof hulpverleners aan die in alle staten waren, omdat de zaak compleet uit de hand was gelopen. Cliënten die de boel op z’n kop zetten, professionals die de controle volledig kwijt waren. Het was één grote toestand, maar ik wist direct dat ik goed zat. Dat ik iets had met juist deze populatie slachtoffers. Heel gek, maar ik had het gevoel dat ik op een schoolreisje was. Een half jaar later begon ik in Nederland mijn praktijk. Vier dagen per week zitten hier mensen op de bank die slachtoffer zijn van huiselijk en of seksueel geweld.

Prostituees, asielzoekers, keurige dames en heren uit ogenschijnlijk prima milieus, hoog- en laagopgeleiden, dikke en dunne mensen, intelligente cliënten en zwakbegaafden; slachtoffers heb je overal. En het zijn er veel; 1 op de 3 vrouwen heeft er ooit mee te maken gehad en 1 op de 10 mannen. Het zou heel goed zijn als zorgprofessionals uit andere sectoren – en dan bedoel ik vooral huisartsen, gynaecologen, kinderartsen en urologen – zich daar wat meer van bewust waren.

Niet iedere hulpverlener of zorgprofessional is geschikt om te werken met de populatie die op mijn bank belandt. Dat is ook helemaal niet erg. Een huisarts heeft bijvoorbeeld maar 10 minuten en is er niet om dergelijke behandeltrajecten aan te gaan. Maar een huisarts heeft wel de ideale positie om signalen op te vangen en te duiden. Vervolgens kan verwijzing plaatsvinden, maar dan moet het onderwerp wel eerst op tafel liggen.

Ik heb de stellige indruk dat veel huisartsen het moeilijk vinden om ernaar te vragen. En dus laten ze mogelijke slachtoffers, die in het algemeen veel vaker met vage klachten op de praktijk verschijnen dan andere patiënten, eerst uitgebreid onderzoeken. Ze vragen wel naar spanning en stress, maar ze vragen vaak niet concreet naar seksueel misbruik of (huiselijk) geweld. Ik raad ze altijd aan om dat wel te doen. Vraag of de patiënt ooit te maken heeft gehad met misbruik of geweld. Veel patiënten die jarenlang gezwegen hebben, geven op die vraag gewoon antwoord. Dan blijkt dat ze altijd gezwegen hebben omdat ze zelf nooit een verband hebben gelegd tussen hun klachten en het misbruik of omdat niemand ze er ooit naar gevraagd heeft. Daar sta ik elke keer weer van te kijken. Dat je vervolgens als huisarts niet weet wat je met de informatie moet, geeft niets. Je kunt gewoon zeggen dat je zelf geen specialist bent op dit gebied, maar zult zoeken naar iemand die wel kan helpen. Stel je eens voor wat een tijd, geld en energie het zou besparen als die mensen niet eerst allemaal door de somatische molen hoefden.

Het is mijn droom ooit landelijke centra te starten waar ‘mijn’ populatie behandeld kan worden via de methode die ik hanteer en die succesvol blijkt voor zo’n 60 à 70 procent van de slachtoffers die ik behandel. Dat lijkt misschien niet veel, maar als je je bedenkt dat de uitval in deze groep altijd groot is en dat die 60 à 70 procent dus wel weer leert leven, is dat percentage hoog. Met pappen en nathouden – wat uit angst voor crisis vaak gebeurt – geven professionals deze slachtoffers levenslang. Ik laat mijn cliënten niet jarenlang neuzelen over hun angst. Ik dek niet toe. Mijn cliënten krijgen erkenning voor wat zo traumatisch is geweest en begrip voor hun vaak onlogische gedrag en vervolgens gaan we daar in het hier en nu mee aan de slag. Daarbij realiseer ik me heel goed dat die methode niet voor iedereen geschikt is, dus ik let gaandeweg goed op en verwijs door als ik denk dat de cliënt de behandeling niet verdraagt. Maar ik begin er wel aan en ik zet ook langer door dan de gemiddelde therapeut. Het is mijn stellige overtuiging dat veel hulpverleners, ook in de psychiatrie, te bang zijn om dat te doen. Bang voor een crisis bij de patiënt, bang voor lang arbeidsverzuim (dé angst van arbo-artsen), bang om de cliënt werkelijk te horen en eigenlijk dus bang om de verantwoordelijkheid te nemen. Het allerlastigste in mijn werk is dat veel van mijn collega’s zo bang zijn.

Begrijp me goed; ik veroordeel deze hulpverleners niet om hun onvermogen op dit gebied. Ieder heeft zo z’n eigen kwaliteiten, talenten en specialismen. Maar ik wil ze wel wakker schudden. Er zijn nog steeds huisartsen die zeggen dat ze ‘gelukkig’ geen of nauwelijks slachtoffers in hun praktijk hebben. Mijn antwoord daarop is: dan heb je ze niet gezien. Ik zou ze adviseren ogen en oren open te houden en te verwijzen naar een stevige hulpverlener die met deze heftige trauma’s raad weet. En begin nou eens gewoon met de vraag: heeft u ooit te maken gehad met seksueel of (huiselijk) geweld? Dat zou al zo veel schelen.

‘Het allerlastigste in mijn werk is dat veel van mijn collega’s zo bang zijn’

Margreet Krottje geeft in haar boek *Een ademloos leven* hulpverleners en patiënten/cliënten inzicht in de complexe gevolgen van huiselijk en/of seksueel geweld, maar ook in de mogelijkheden die er nog zijn als leven overleven is geworden. Bestellen via www.weer-mens.nl.