

Signaleren en benadering door de huisarts van seksueel misbruik bij volwassenen

Prof. dr. Toine Lagro-Janssen, *emeritus hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, afdeling Eerstelijns geneeskunde in het Radboudumc, en hoofd van het Centrum Seksueel Geweld Gelderland-Zuid en -Midden te Nijmegen*

Samenvatting

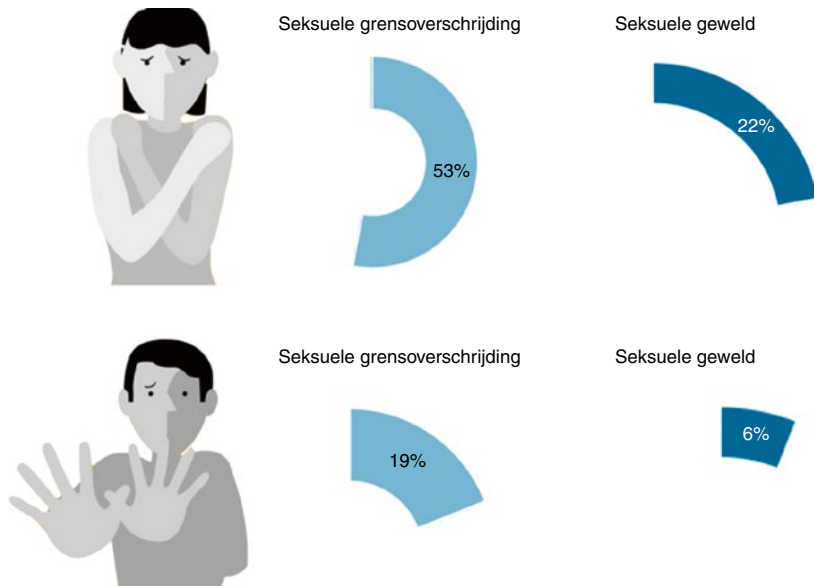
Slachtoffers van seksueel misbruik vertellen meestal niet spontaan over een verkrachting of langdurend seksueel misbruik in de voorgeschiedenis. Daar zijn vele redenen voor, bijvoorbeeld omdat ze geen relatie zien tussen klachten en het trauma. Huisartsen op hun beurt zijn terughoudend in het bespreekbaar maken, omdat ze onvoldoende kennis en kunde bezitten in hoe te signaleren en hoe ernaar te vragen. Daarom blijft seksueel misbruik in de spreekkamer vaak onbesproken en onbehandeld. Dit hoofdstuk bespreekt bij welke klachten en contextuele factoren u als huisarts alert moet zijn op seksueel misbruik, welke mensen extra risico lopen en dit artikel geeft aanbevelingen voor een juiste benadering.

Inleiding

Seksueel misbruik uit zich op verschillende manieren. Alle ongewenste seksuele handelingen treffen meer vrouwen dan mannen. In Nederland heeft een op de vijf vrouwen en 6% van de heteroseksuele mannen manuele, orale, vaginale of anale seks tegen de wil meegemaakt.¹ Bij homo- en biseksuele mannen is dat percentage 18%. Als zoenen en seksueel aanraken tegen de wil meegeteld wordt, gaat het om indrukwekkende percentages namelijk de helft van de vrouwen en een op de vijf mannen. (figuur 1)

Definities en meer gespecificeerde prevalentiecijfers over seksueel misbruik staan beschreven in artikel 2 *Prevalentie van seksueel geweld en presentatie aan de huisarts* in dit themanummer. Seksueel misbruik is kortom een veelvoorkomend probleem met potentieel ernstige gevolgen voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de slachtoffers. Huisartsen hebben er in hun dagelijkse praktijk veel meer mee te maken dan de meesten zich realiseren. Er wordt in de spreekkamer niet over gepraat. De dader van seksueel misbruik is vaak een bekende van het slachtoffer. Bij structureel misbruik komt de dader bijna altijd uit de directe primaire leefomgeving. Bij de acute verkrachtingen zijn het in ruim 80% van de gevallen bekenden uit het uitgaanscircuit, of van school of

Figuur 1: Seks tegen de wil.¹



werk. Dat maakt het bespreken van het misbruik tot een groot taboe vanwege angst niet geloofd te worden, schaamte, schuldgevoelens, loyaliteiten naar dader, angst voor wraak door dreigementen, angst voor de gevolgen, het zich niet bewust zijn dat het niet normaal is, en er geen woorden voor hebben. Er is een scala aan gezondheidsproblemen die gerelateerd zijn aan actuele seksueel misbruik of misbruik in het verleden. De huisarts is door de vertrouwenspositie en de continuïteit van zorg bij uitstek de persoon die van groot belang kan zijn voor het slachtoffer om het stilzwijgen te doorbreken op weg naar herstel. Vaardigheden om te signaleren, om kwetsbare groepen te herkennen en om op een juiste manier het gesprek te voeren en te handelen zijn cruciaal. Dit hoofdstuk geeft inzicht in deze onderwerpen.

Signaleren

In de praktijk van de huisarts zal het meestal gaan om een vermoeden van misbruik. Een vermoeden vormt zich op basis van de *aard van de klachten* en van de *context en voorgeschiedenis* van de patiënt.²

Klachten

Meer dan de helft van de Nederlandse vrouwen en bijna de helft van de mannen ervaart problemen door een verkrachting.¹ Daarbij noemt 40% van de vrouwen en 29% van de mannen psychische klachten, en 28% van de vrouwen en 22% van de mannen seksuele problemen. Bovendien wijt 22% van de vrou-

wen en 15% van de mannen de later opgetreden relatieproblemen aan de verkrachting.¹ Een recent grootschalig onderzoek onder 42.000 vrouwen uit de 28 lidstaten van de Europese Unie meldt dat 84% van de vrouwen die ooit slachtoffer zijn geweest van seksueel misbruik, ernstige en langdurige psychologische gevolgen ondervinden. Het gaat om depressieve klachten, angst- en paniekaanvallen, posttraumatische stressstoornissen (PTSS), slaapproblemen, somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en seksuele problemen.^{3,4} De kans op het ontstaan van SOLK en psychiatrische stoornissen na seksueel misbruik is groter vergeleken met vrouwen zonder ervaringen met seksueel misbruik.^{5,6} (tabel 1)

Tabel 1. De gevolgen van seksueel misbruik.^{5,6}

Gevolgen van seksueel misbruik	OR
Psychogene insulten	3.0
Chronische bekkenpijn	2.7
Maag-darm stoornissen	2.4
Aspecifieke chronische pijn	2.2
Slaapstoornissen	16.1
Zelfmoordpogingen	4.1
Angststoornissen	3.0
Eetstoornissen	2.7
Depressie	2.7
PTSS	2.4

Automutilatie, tentamen suïcide, misbruik van alcohol, drugs, pijnstillers en psychofarmaca, en eetstoornissen als boulimia en anorexia komen vaak als gevolg van (seksueel) geweld voor. Bedenk dat het in 15% van het aan de huisarts gemelde fysieke partnergeweld ook om seksueel geweld gaat. De helft van de slachtoffers van een verkrachting ontwikkelt zonder therapie een PTSS. Dat is meer dan na andere traumatische ervaringen, waar PTSS ontstaat bij 5% van de mannen en 10% van de vrouwen.⁴ Van de SOLK-klachten vormen in het bijzonder chronische pijnklachten van spieren, gewrichten, nek, schouder en hoofd belangrijke signalen van misbruik. Een verhoogde alertheid, een constant gevoel van onveiligheid, op je hoede te moeten zijn en geestelijke instabiliteit, leiden tot toegenomen spierspanningen. Ook patiënten met het chronischevermoeidheidssyndroom, het prikkelbaredarmsyndroom en chronische bekkenpijn blijken vaker een verleden te hebben van seksueel misbruik en geweld dan patiënten zonder deze klachten.⁷ Angst en paniek veroorzaken hyperventilatieklachten met hartkloppingen, pijn op de borst en tintelingen in de extremiteiten. In tabel 2 staan obstetrische en gynaecologische klachten die een signaal kunnen zijn voor misbruik en geweld actueel of in het verleden.

Tabel 2. Obstetrische en gynaecologische signalen van seksueel geweld.

Obstetrische en gynaecologische klachten van seksueel geweld
Chronische (gynaecologische) onderbuikkklachten
Pijn gebied vagina/ uterus
Paniek bij partus
Machteloosheid, flashbacks
Overactieve bekkenbodem
SOA, UWI
Afwijkend uitstrijkje
Bloedverlies zwangerschap
Ongewenste zwangerschap, abortus
Seksuele problemen

Context en voorgeschiedenis

Slachtoffers van seksueel geweld zijn meestal grootgebruikers van de gezondheidszorg. Daar zorgen de gevolgen van het misbruik met bovenstaande psychiatrische en SOLK-klachten voor. Hun ervaren gezondheid is lager en hun financiële en werkomstandigheden zijn door gemiste opleidingskansen in het verleden slechter. Ze beschikken over minder bronnen waaruit ze vanzelfsprekend kunnen putten om deel te nemen aan maatschappelijke welstand en welbevinden. Dat zou voor de huisarts een belangrijk signaal moeten zijn voor een vermoeden van trauma's in de voorgeschiedenis. Hetzelfde geldt voor aperte zorgmijders, bijvoorbeeld patiënten die medicatie (pijnstillers en psychofarmaca) via de praktijkassistente bestellen en weigeren op het spreekuur te komen of afspraken verzuimen. Naast de hoge consultfrequentie vallen de verzoeken om verwijzingen voor aanvullend onderzoek of specialist op, met een dwingende zoektocht naar somatische oorzaken, ondanks normale bevindingen. Ingezette behandelingen geven vaak geen baat, waardoor de huisarts bevangen kan worden door een gevoel van onmacht. Gevoelens van onmacht zouden voor huisartsen altijd een moment van reflectie moeten zijn om stil te staan bij vragen over wat mogelijk aan de hand is. Seksueel misbruik en geweld horen dan als vermoedens in de overwegingen meegenomen te worden.

Meestal zijn slachtoffers bang dat ze door het misbruik lichamelijk (inwendig) letsel hebben opgelopen. Omdat het juist bij angst voor ziekten en letsel van groot belang is om lichamelijk vaak gynaecologisch onderzoek te verrichten, kan onverwacht gedrag bij dit onderzoek, zoals angstig, erg meegaand of uitdagend gedrag, eveneens een signaal van niet-pluis zijn en een vermoeden op seksueel misbruik oproepen. Seksuele traumata, mishandeling, verwaarlozing in het verleden moeten de huisarts alert maken op actueel misbruik. Een seksueel trauma in het verleden verhoogt immers bij ongeveer twee op de drie slachtoffers de kans op herhaling in de toekomst (revictimisatie). Eén op de vier man-

nelijke en bijna de helft van de vrouwelijke slachtoffers van seksueel misbruik zal later in zijn of haar leven opnieuw geconfronteerd worden met seksueel misbruik.⁸ Van de slachtoffers van de acute verkrachtingen, die in 2018 hulp kregen van een van de 16 Nederlandse Centra Seksueel Geweld, rapporteerde een op de vier eerder seksueel geweld te hebben meegemaakt.⁹ Een herhaald slachtofferschap moet dus het vermoeden op actueel misbruik versterken. Vluchtelingen, zeker vrouwen die alleen reizen, worden tijdens de vlucht, evenals in het land van herkomst, frequent met verkrachtingen geconfronteerd. Vragen naar seksueel geweld bij vluchtelingen, nadat een vertrouwensrelatie is opgebouwd, is noodzakelijk. Ook bij patiënten die opgegroeid zijn in eenoudergezinnen, na vechtscheidingen, of in samengestelde gezinnen, is het zinvol om in de context van SOLK en psychiatrische klachten te denken aan seksueel geweld.

Risicogroepen

Seksueel misbruik betreft misbruik in machtsafhankelijke relaties, meestal *genderbased*, met mannen in de machtspositie. Jonge vrouwen, adolescenten tussen de 12 en 18 jaar, en vrouwen tussen de 18 en 25 lopen het meeste risico op acute verkrachtingen¹⁰ (tabel 3). Het verkrachtingsrisico is tussen de 12 en 24 jaar vier keer zo groot vergeleken met andere groepen. Sexting, het maken en versturen van persoonlijke naaktfoto's of seksfilmpjes van zichzelf via sociale media, en het afspreken en hebben van seks via datingapps komt in de leeftijdsgroep 18-24 jaar het meest voor, overigens even vaak als in de groep mensen zonder een vaste relatie.¹ Jonge vrouwen met een laag zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, geen vriendenkring, schoolverzuim, en sociaal geïsoleerd zijn ontvankelijk en een makkelijke prooi voor mensen of mannen met slechte bedoelingen. Ook vrouwen met een cognitieve (of lichamelijke) beperking zijn vaker slachtoffer van seksueel misbruik. Bij de acute verkrachtingen gaat het om 20% van alle slachtoffers.¹⁰ Zij kunnen situaties van onveiligheid niet altijd goed inschatten, zijn gevoelig voor complimenten en meer geneigd om in een machtsafhankelijke relatie verstrikt te raken.

Daarnaast vormen patiënten met seksueel geweld en emotionele verwaarlozing in de voorgeschiedenis, patiënten die lijden aan psychiatrische aandoeningen, en patiënten waarbij veel hulpverlening betrokken is (43% van de acute verkrachtingen) een risicogroep voor seksueel misbruik (tabel 3). Alcohol en drugs spelen bij misbruik een belangrijke rol. Beide veroorzaken een sterk verhoogd risico op seksueel geweld. Bij de slachtoffers van een verkrachting geeft 29% aan dat zij zelf en/of de dader alcohol of drugs hadden gebruikt, 31% van de vrouwen en 23% van de mannen.¹ Alcohol zorgt ervoor dat het slachtoffer minder alert is op onveilige situaties, op gevaar, en tevens minder in staat is om zich te verweren, weg te lopen, of het geweld te stoppen. De dader is met alcohol overmoedig, egocentrisch, op eigen genot uit, grenzeloos, en, zeker in combinatie met drugs als cocaïne, agressief. In het CSG Gelderland-Zuid en -Midden geeft een op de vier slachtoffers aan dat er sprake was van (onvrijwillig) gebruik van alcohol en/of drugs (tabel 3).

Tabel 3. Kenmerken slachtoffers CSG Gelderland-Zuid en-Midden 2018.¹⁰

Kenmerk slachtoffer	Percentage van de slachtoffers
Cognitief beperkt	20%
Actueel gebruik psychofarmaca	14%
DFSA*	24%
Eerder seksueel misbruik	29%
Hulpverlening aanwezig	43%

* DFSA = Drug facilitated sexual assault = vermoeden van seksuele activiteit (aanranding of verkrachting) waarbij er instemming afwezig is of niet-geldig door het effect van drugs, incl. alcohol

Bespreekbaar maken

Een op de vier vrouwen en een op de drie mannen heeft nooit iets over het meegemaakt seksueel geweld aan iemand verteld.¹ De meeste slachtoffers willen het misbruik zo snel mogelijk vergeten. Het is niet ongewoon dat de huisarts degene is aan wie een slachtoffer voor het eerst vertelt over een aanranding of verkrachting in het verleden. De meeste slachtoffers leggen ook geen relatie met ervaren klachten en het seksuele geweld. Als slachtoffers erover vertellen is dat in de eerste plaats aan vrienden, kennissen of familie. Van alle slachtoffers vraagt 20% van de vrouwen en 10% van de mannen professionele hulp aan arts of andere hulpverlener.¹ Er kan dus met recht gesproken worden over seksueel geweld als een verborgen geheim. Omdat veel slachtoffers het seksueel misbruik verzwijgen en omdat hulpverleners signalen niet herkennen is de hulp aan slachtoffers vaak niet adequaat.² Het gesprek in de spreekkamer over seksueel misbruik vindt niet plaats. Huisartsen zijn terughoudend om naar vervelende seksuele ervaringen en seksueel misbruik te vragen, omdat ze bang zijn dat de arts-patiëntrelatie verstoord wordt. Soms vrezen hulpverleners dat ze door te vragen de doos van Pandora, een bron van ellende, openen en geconfronteerd worden met een bodemloze put aan narigheid. Door een tekort aan kennis en de complexiteit van het probleem voelen ze zich niet in staat en ook niet geroepen een oplossing te bieden. Slachtoffers op hun beurt verwachten meestal niet dat de huisarts alle problemen direct kan oplossen. Ze wensen vooral een luisterend, niet veroordelend oor, met compassie voor en erkenning van hetgeen hun is aangedaan. Ze willen een vriendelijke dokter, waarbij ze zich veilig voelen, omdat deze vertrouwelijk met hun verhaal en het gesprek in de spreekkamer zal omgaan.¹¹ Communicatievaardigheden en een goede arts-patiëntrelatie zijn wezenlijke voorwaarden voor het gesprek over seksueel misbruik.

Er zijn verschillende manieren om naar misbruik te vragen. De vraag kan het beste aansluiten bij de lichamelijke of psychische klachten of problemen waar de patiënt hulp voor vraagt. Leg altijd uit waarom u ernaar vraagt. Twee voorbeelden van de direct manier van vragen zijn: 'Uit ervaring weet ik dat mensen (vrouwen of mannen) met de klachten die u beschrijft, vaak iets naars, iets vervelend hebben

meegemaakt zoals vervelende seksuele ervaringen (of seksueel misbruik). Speelt dit bij u mogelijk ook? De huisarts kan het ook algemener en neutraler vragen: ‘Omdat we weten dat veel mensen (vrouwen of mannen) lichamelijk of seksueel misbruik meemaken en dat dit allerlei lichamelijke en psychische klachten kan veroorzaken, vragen we tegenwoordig routinematig naar seksueel misbruik en partnergeweld. Heeft u daarmee in uw leven te maken gehad?’

Een meer indirecte manier is de vraag ‘Omdat deze klachten vaker voorkomen bij problemen in een relatie, mag ik u iets vragen over uw huidige of vroegere relaties (of seksuele ervaringen)?’ Vervolgens kunt u afhankelijk van het antwoord vragen stellen als ‘Zijn er vaak spanningen in de relatie?’ Of ‘Voelt u zich veilig in de relatie?’ Het verloop van het gesprek geeft aan of er vragen over vervelende seksuele ervaringen, hetzij aanranding of verkrachting als een eenmalige gebeurtenis, hetzij als structureel misbruik aan bod kunnen komen. Bij laaggeletterden of mensen met een verstandelijke beperking moet zoveel mogelijk een concrete vraag gesteld worden. Een vraag als ‘Komt of zit iemand wel eens aan u terwijl u dat eigenlijk niet wilt?’, is een goed voorbeeld.

Het is belangrijk om als een patiënt voor het eerst over misbruik vertelt (*disclosure*) dat u het consult afsluit met de vraag wat de patiënt na het consult gaat doen. Moedig haar of hem aan om contact te zoeken op welke manier dan ook met een vertrouwd persoon. Belangrijk is dat u de patiënt een vervolgsconsult aanbiedt. Patiënten begrijpen dat een positief antwoord op een van bovenstaande vragen meer tijd vereist en dat een vervolgsafpraak belangrijk is. Maak die (langere) afspraak liefst direct samen met patiënt bij de assistente, maar laat de beslissing over wel of geen vervolgsafpraak en de termijn waarop over aan de patiënt. In mijn ervaring vinden patiënten een vervolgsafpraak zeer prettig. Ze hebben in de tussentijd meestal zelf gereflecteerd over hetgeen in het eerste consult is besproken. Geef na een *disclosure* duidelijk uw bereikbaarheid (werkdagen) aan, zodat de patiënt u indien nodig telefonisch weet te vinden.

De benadering

Direct na een verkrachting

Vroegtijdige en goed uitgevoerde, adequate behandeling direct na een verkrachting biedt bescherming tegen het ontstaan van lichamelijke en psychische schade. Het kan herhaling, revictimisatie, van het geweld voorkomen. Het Centrum Seksueel Geweld (CSG) biedt dag en nacht hulp voor iedereen die 7 dagen of korter een aanranding of een verkrachting heeft meegemaakt.^{9,10} Het centrum is er voor man en vrouw, jong en oud. Er zijn 16 CSG's verspreid over het land, die alle binnen een uur rijden bereikbaar zijn. (www.centrumseksueelgeweld.nl) In een CSG kunnen slachtoffers rekenen op integrale medische en psychologische hulp en een forensisch-medisch onderzoek. Vaak willen de slachtoffers uit angst, schuld en schaamte geen hulp, laat staan aangifte doen. Het is belangrijk om het slachtoffer te informeren over de gevolgen voor hun lichamelijke en psychische gezondheid, en over de kans die de eerste 7 dagen (liefst zo snel mogelijk na het trauma) biedt om door een betrouwbaar forensisch sporenonderzoek de bewijslast bij (eventue-

Figuur 2. Locaties 16 Centra Seksueel Geweld



le) aangifte te versterken. De huisarts kan het slachtoffer motiveren om juist in de verwarrende periode na een verkrachting de noodzakelijke acute hulp te zoeken.

In de acute fase focust de *medische zorg* op het behandelen van eventuele letsels, het voorkomen van een ongewenste zwangerschap en van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA). Indien geïndiceerd en gewenst wordt de morning-afterpil (MAP) voorgeschreven. Is het te laat voor de MAP, maar wel binnen 5 dagen na de verkrachting, dan wordt onder bescherming van antibiotica een Cu-IUD geplaatst. Er worden nulmonsters SOA en HIV afgenomen en er wordt beoordeeld of er een indicatie is tot Post Expositie Profylaxe (PEP) en Hepatitis B-vaccinatie. PEP en hepatitis B moeten binnen 72 uur gestart worden. De screening op andere SOA's dan HIV is na 2 weken. Op indicatie zal op drugs en/of alcohol worden gescreend.

Het *forensisch onderzoek* vindt plaats als het slachtoffer aangifte wil doen. In die situaties komt de zedenrechercheur voor het verplichte, informatieve gesprek

naar de locatie van de acute opvang. In het merendeel van de 16 CSG's vindt de acute opvang plaats op de SEH of de GGD. Op verzoek van de zedenrechercheur voegt de forensisch arts zich bij het team voor het sporenonderzoek. Voor kinderen en jongeren onder de 14 jaar wordt vanwege de specifiek vereiste deskundigheid de forensisch arts van het Nederlands Forensisch Instituut ingeschakeld, die ter plekke bij het team aansluit. De meeste slachtoffers willen na de verkrachting zo snel mogelijk weg van de plaats van delict, veilig naar huis, douchen, uitrusten en/of doen alsof er niets gebeurd is. Hoewel goed te begrijpen vanuit het slachtoffer, toch is het belangrijk om te zorgen dat het onderzoek naar sporen zo betrouwbaar mogelijk uitgevoerd wordt. Daarom zijn een aantal tips in de situatie direct na seksueel geweld van belang zoals niet douchen of wassen, niet de tanden poetsen, niet naar het toilet gaan, niet eten of drinken, en niet de kleren gedragen tijdens de verkrachting, in de was doen.

Psychologische hulp in de acute fase bestaat uit psycho-educatie, dat is uitleg geven over wat normale reacties zijn op een trauma. Dit kan de acute stress na het trauma verminderen en het risico op het ontwikkelen van een PTSS verkleinen. Kennis over seksuele traumata, onder andere de vele uitingsvormen, de dynamiek tussen dader en slachtoffer, de gevolgen, de verwerking, en mogelijke behandelingen is nodig om mensen met een trauma te kunnen begrijpen en hen goed te kunnen informeren. Informatie geven over normale reacties na de verkrachting is belangrijk. Zo kunnen slachtoffers herbelevingen krijgen, gevoelens hebben van schaamte en ongelof dat dit hun is overkomen (waarom ik en waarom juist door die aardige persoon?), zich schuldig voelen en/of boosheid ervaren. Vaak voelen ze zich in de war, verdoofd, slapen ze slecht, zijn ze angstig, vertonen vermijdingsgedrag, zijn somber en kunnen zich moeilijk concentreren. Belangrijke adviezen in die eerste fase zijn om een normaal dag- en nachtritme aan te houden, gezond te eten, geen alcohol en drugs te gebruiken, en het gewone leven weer zo snel mogelijk oppakken. Afleiding zoeken en het vertellen aan en steun zoeken bij familie en vrienden zijn belangrijk. In elk geval is het streven dat het misbruik niet een geheim wordt waar niemand van weet. Voor schoolgaande kinderen en studenten is een melding bij een mentor aan te raden, zonder dat de hele school het hoeft te weten. Afhankelijk van de persoon kan het erover schrijven opluchting geven. Blijven de klachten na een maand bestaan dan is traumatherapie aangewezen. De meeste CSG's leggen na toestemming van het slachtoffer contact met de huisarts voor de overdracht van de zorg.

Het risico op *PTSS* is groter en de prognose slechter als het slachtoffer jonger is, een eerder (seksueel) trauma of stressvolle gebeurtenis in de jeugd heeft meegemaakt, eerder psychiatrische problemen heeft ervaren, weinig emotionele en cognitieve vaardigheden bezit, het trauma gewelddadiger is en/of met meerdere daders, het een dader betreft die zou moeten beschermen (onder andere ouderlijk gezin, docent, mentor) en het slachtoffer gebrek aan sociale steun ervaart. Negatieve reacties van de omgeving en hulpverleners vormen in de acute fase een belangrijk obstakel voor herstel. Het *blaming the victim* met de waaromvragen: waarom was je nog zo laat op straat, waarom ben je met hem meegegaan, waarom heb je zoveel gedronken, waarom ging je alleen naar huis, waarom vertel je

het nu pas?, impliceren een schuldvraag. Ze richten bij het slachtoffer ernstige schade aan.¹¹ Wat het slachtoffer bovenal wil, is erkenning voor hetgeen gebeurd is, hetgeen haar of hem is overkomen, voor de angst, pijn, machteloosheid, vernedering en de verwarring. De eerste opvang moet een gevoel van veiligheid aan het slachtoffer teruggeven. Centraal staat dat het belangrijk is te benadrukken dat het slachtoffer zelf geen schuld heeft aan het gebeurde en niet medeplichtig is aan het misbruik. Psycho-educatie is aangewezen om het *blaming the victim*-fenomeen te doorbreken en een aantal mythen te ontkrachten. Het zijn klassieke mythen die ondanks de verworven kennis hardnekkig blijven bestaan en die slachtoffers gevangen houden in hun schuld en schaamte. Zoals het idee dat slachtoffers zich moeten verzetten, schreeuwen of weglopen en er zonder geweld of verzet geen sprake is van misbruik. De helft van de slachtoffers verstijft tijdens de verkrachting, ze voelen zich verlamd, ze bevriezen en kunnen zich niet verzetten.¹¹ Dat is een fysiologische reactie op stress en op doodsangst. Ook de lubricatie bij vrouwen en de erectie bij mannen zijn fysiologische reacties op stress.¹² Het optreden van een genitale reactie is geen bewijs van instemming, maar een teken van grote angst, waardoor alle bloedvaten opengaan. Door bloedstuwning krijgt de man een erectie en wordt de vagina van de vrouw nat en de clitoris gezwollen. Een dader gebruikt dat vaak als bewijs dat het slachtoffer instemt met de seksuele handeling. Slachtoffers raken door die onverwachte lichamelijke reacties in de war, ze schamen zich en voelen zich schuldig. Ze zijn opgelucht te horen dat het helemaal niet onbewust een teken van instemming is.

Na verloop van tijd

De meeste slachtoffers hebben professionele hulp nodig om te herstellen van traumata van seksuele aard. Seksueel geweld tast immers het gevoel van eigenwaarde aan, het interfereert met de eigen identiteit, het zelfgevoel van het slachtoffer. Het moment echter waarop slachtoffers hulp zoeken verschilt sterk. Het verloop van het herstel is ook niet goed te voorspellen, omdat het herstelproces dynamisch verloopt.¹³ Slachtoffers zoeken naar een balans tussen ontkenning enerzijds en anderzijds de behoefte aan professionele hulp. Zij willen zwijgen, willen vermijden eraan te denken, niets oprakelen, ze willen vooral doorgaan met hun leven. Mogelijk is dit vermijdingsgedrag een bescherming tegen te overweldigende emoties. Dat is een van de redenen waarom slachtoffers zo vaak zwijgen over het gebeurde en het snel willen vergeten. Anderzijds voelen ze dat het niet lukt om het gebeurde te vergeten en voelen ze de noodzaak voor professionele hulp. Om hulp vragen roept echter angst op, omdat oud zeer wordt opengebroken, angst voor het onbekende, angst voor controleverlies, en hulpvragen een vertrouwen in de hulpverlener veronderstelt.¹³ De huisarts moet daarom vooral luisteren om te kunnen beoordelen in welke fase van herstel zich het slachtoffer bevindt. Goed aansluiten bij de behoefte van het slachtoffer is noodzakelijk en vooral ook niet te snel gaan en teveel vanuit het doktersperspectief willen.

Als patiënten niet spontaan over hun seksuele traumata in het verleden vertellen, is het allerbelangrijkste voor de huisarts om eraan te denken, te signaleren en te durven vragen. In een goede arts-patiëntrelatie, gestoeld op wederzijds ver-

trouwen, vindt een meerderheid van de patiënten dat de huisarts mag vragen naar intieme en pijnlijke zaken. Bij slachtoffers is vaak het vertrouwen in mensen en soms ook in hulpverleners door het trauma geschonden. De huisarts zal daarom geduldig en voorzichtig extra moeite moeten doen om het vertrouwen met een slachtoffer op te bouwen. De huisarts heeft de tijd in de vele (korte) contacten door de jaren heen. Dat geeft continuïteit van zorg en brengt stabiliteit. Aandacht voor het verhaal, onbevooroordeeld luisteren, erkenning voor het aangedane leed, een veilige sfeer en vertrouwen bieden, op zoek gaan naar de hulpbronnen die het slachtoffer heeft aangeboord om verder te leven, en zoveel mogelijk aansluiten bij wensen en mogelijkheden van het slachtoffer zijn kernkwaliteiten van een goede benadering en hulpverlening. Empathie tonen, maar geen medelijden uitstralen is de juiste attitude. Empathie bekrachtigt, medelijden verzwakt.

Kortom: de huisarts is door de vertrouwenspositie en de continuïteit van zorg bij uitstek de persoon die van groot belang kan zijn voor het slachtoffer om het stilzwijgen te doorbreken op weg naar herstel. Vaardigheden om te signaleren, om kwetsbare groepen te herkennen en om op een juiste manier het gesprek te voeren en te handelen zijn cruciaal. Durf te vragen!

Referenties

1. Graaf H de, Wijsen C. Seksuele gezondheid in Nederland 2017. Utrecht: Rutgers; 2017.
2. Teunissen TAM, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen ALM. Signalen van seksueel misbruik herkennen. Ned Tijdschr Geneeskd. 2016; 160:D546
3. Kjaertum M. Violence against women: an EU-wide survey. Vienna: European Union Agency for Fundamental Rights; 2015. ISBN 978-92-9239-99-3.
4. Bicanic IAE, Engelhard IM, Sijbrandij M. Posttraumatische stressstoornis en seksuele problemen na seksueel geweld. Prevalentie en behandeling. Gedragstherapie. 2014; 47(4): 256-74
5. Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorder: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2009; 302(5):550-61
6. Chen LP, Hassen Murad M, Parras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematisch review and meta-analysis. Mayo Clin Proc. 2010; 85(7):618-29
7. Lagro-Janssen ALM, Teunissen TAM. Chronische bekkenpijn. In: Horst van der HE, Wit de NJ. Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Houten, Bohn Stafleu van Loghum. 2017; 131-43. ISBN: 9789036806398.
8. Slotboom A, Bekkum AJ van, Wijkman MDS, Jong J de, Hendriks J. Preventie van seksueel misbruik in de residentieële jeugdzorg. Een onderzoek naar revictimisatie en daderschap. Amsterdam: VU; 2014.
9. Landelijk netwerk centrum seksueel geweld. Jaarverslag 2018. Utrecht; 2018. Available from: <https://www.centrumseksueelgeweld.nl/wp-content/uploads/2018/06/CEN120-Jaarverslag-landelijk-WEB.pdf>.
10. Centrum seksueel geweld Gelderland-Zuid en -Midden. Jaarverslag 2018. Nijmegen; 2018. Available from: <https://www.centrumseksueelgeweld.nl/wp-content/uploads/2019/04/Jaarverslag-CSG-2018-G-Z-M.pdf>.
11. Minnen A van. Verlamd van angst. Herstellen na seksueel misbruik. Amsterdam: Boom. 2017.
12. Lunsden R van, Laan E. Seks!. Amsterdam: Prometheus. 2017.
13. Hutschemaekers GJM, Zijlstra E, Bree C de, Lo Fo Wong S, Lagro-Janssen ALM. Similar yet unique: the victim's journey after acute sexual assault and the importance of continuity of care. Scand J Caring Sci. 2019. Doi: 10.1111/scs. 12693.