

# Onbegrepen bekkenbodemplachten: een miskend probleem bij misbruikte mannen

Marjan van den Hove, Toine Lagro-Janssen

**Een op de 5 mannen krijgt ooit te maken met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Bij 1 op de 20 gaat het om seksueel geweld. De kans dat uw patiënt u hierover vertelt is klein. Daarom is het goed om alert te blijven op signalen van seksueel misbruik en deze tijdig bespreekbaar te maken. Zo helpt u onnodige onderzoeken en verwijzingen te voorkomen en kunt u zorg dragen voor adequate hulpverlening. Bedenk dat ook onverklaarde bekkenbodemplachten op een seksueel trauma kunnen wijzen.**

De media besteden steeds meer aandacht aan het vóórkomen en de gevolgen van seksueel misbruik. Vaak schetsen ze een klassiek beeld: de man is de dader, de vrouw het slachtoffer. Seksueel misbruik van mannen komt weliswaar minder vaak voor, maar is zeker geen zeldzaamheid. Jaarlijks krijgt 1,5% van alle mannen in Nederland te maken met seksuele grensoverschrijding.<sup>1</sup> Slechts 20% van hen zoekt hulp.<sup>2</sup> De helft van

## CASUS: EEN ADOLESCENT MET EEN GEVOELIGE BLAAS

Johan, 19 jaar, bezoekt het spreekuur. Zijn dossier vermeldt veelvuldig huisartsbezoek in het afgelopen jaar voor frequente, pijnloze mictie, zonder bloed, met verhoogde aandrang en een onaangenaam gevoel in het perineum. Leegplassen gaat probleemloos, er is geen nycturie. De aandrang hindert hem enorm. Kweken, ook op soa, en uitgebreid onderzoek door de uroloog leiden tot de conclusie van een gevoelige blaas, met onbekende oorzaak. Deze uitslag is de reden van zijn komst. Gaandeweg het gesprek vertelt Johan dat hij als puber seksueel is misbruikt door de eigenaar van de tuinderij waar hij zaterdag werkte. Zijn thuissituatie was destijds gespannen.

## CASUS: EEN JONGE MAN MET ANALE PIJN

Jeroen, 29 jaar, blanco voorgeschiedenis, bezoekt het spoedsprekuur met forse anale pijnklachten. Zijn huisarts denkt aan een fissuur. In de weken erna doet Jeroen meermaals een indringend beroep op zijn huisarts. Uiteindelijk wordt hij via de SEH opgenomen, maar er wordt geen verklaring voor zijn klachten gevonden. Hij ontwikkelt angst- en panieklachten. Na een aantal gesprekken vertelt hij de ggz-psycholoog dat hij als tiener seksueel werd misbruikt door de trainer van zijn sportclub. De recente geboorte van zijn zoon heeft herinneringen aan het misbruik opgeroepen.

## KADER 1 DEFINITIES

- Seksueel geweld: iedere vorm van dwang tot en/of ervaring met manuele, orale, vaginale of anale seks tegen de wil.
- Seksuele grensoverschrijding: een bredere term, waartoe naast bovenstaande handelingen ook ongewenst aanraken en zoenen behoren.
- Seksueel misbruik: overkoepelende, algemeen gebruikte term, waaronder alle vormen van seksueel getinte ongewenste handelingen vallen en waarbij er sprake is van leeftijds- en/of machtsverschil.

de mannelijke slachtoffers ontwikkelt langdurige psychische en lichamelijke klachten. Ook klachten van de bekkenbodem kunnen een gevolg zijn van seksueel misbruik.<sup>3</sup> Slachtoffers praten er echter niet over en huisartsen denken er niet aan. Een gemiste kans, want vroegtijdige herkenning en tijdige hulp kunnen de gevolgen verminderen en het risico op herhaling van het misbruik verkleinen.<sup>4</sup>

Seksueel misbruik omvat alle vormen van seksueel getinte ongewenste handelingen waarbij er sprake is van een leeftijds- of machtsverschil [kader 1].<sup>5</sup>

## MYTHEN OVER MANNELIJKE SLACHTOFFERS

Er zijn meerdere redenen waarom het voor mannen nóg moeilijker is dan voor vrouwelijke slachtoffers om over hun misbruik te vertellen. De boosdoeners voor het zwijgen van mannelijke slachtoffers zijn de heersende mythen over mannelijkheid [tabel 1].<sup>6</sup> Gevoelens van schaamte, schuld en twijfel over de eigen rol ('Heb ik het zelf uitgelokt?') en geaardheid ('Ben ik toch homoseksueel?') kunnen hardnekkig zijn en onthulling in de weg staan.<sup>7</sup> Mannen zijn ook nog minder dan vrouwen geneigd aangifte te doen van seksueel geweld.<sup>8</sup> Door het verzwijgen van seksueel misbruik, en het niet tijdig herkennen van signalen van misbruik door hulpverleners, is de zorg voor mannelijke slachtoffers niet optimaal.

## DE KERN

- Seksueel misbruik van mannen is geen zeldzaamheid.
- Veel huisartsen denken hier niet aan en brengen het onderwerp dus ook niet ter sprake.
- Onverklaarde bekkenbodem- of urologische klachten kunnen bij mannen duiden op een doorgemaakt seksueel trauma.

## WAAROP MOET U ALERT ZIJN?

Veel slachtoffers van seksueel misbruik ontwikkelen psychische klachten [tabel 2]. Ongeveer 40% van de mannen krijgt na seksueel geweld een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Dit percentage is bij vrouwen ongeveer hetzelfde, maar voor beide seksen gelden lagere incidentiecijfers voor PTSS na niet-seksuele trauma's, respectievelijk 5% voor mannen en 10% voor vrouwen.<sup>3</sup> Ook slaapproblemen, angst- en stemmingsklachten, en verslaving kunnen signalen zijn. Seksuele disfuncties komen tweemaal vaker voor bij mannen die op jonge leeftijd seksueel geweld hebben meegemaakt dan bij mannen zonder die ervaring. Het betreft vooral erectiele disfunctie, ejaculatio praecox en libidoproblemen.<sup>9</sup> Seksueel misbruik hangt zowel bij vrouwen als bij mannen samen met het vóórkomen van somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK), zoals het prikkelbaredarmsyndroom, vermoedelijkheid, specifieke chronische pijnklachten en fibromyalgie.<sup>10,11</sup>

## BEKKENBODEMKLACHTEN EN UROLOGISCHE PROBLEMEN

Zoals beide casussen illustreren komt ook het chronisch bekkenpijn syndroom meer voor na seksueel geweld.<sup>12</sup> De patiënt heeft dan (vaak forse) pijnklachten in bekken en onderlichaam, gedurende minimaal 6 maanden, zonder specifieke lichamelijke oorzaak. Pijnsyndromen als chronische prostatitis, interstitiële cystitis en vulvaire pijn vallen hier ook onder. Overactiviteit van de bekkenbodem speelt een belangrijke rol. Fysieke en psychische schade na seksueel geweld verhogen

de spanning in de bekkenbodemspieren. Hierdoor kunnen er meer of nieuwe pijnklachten ontstaan, met meer angst en mentale spanning tot gevolg. Door deze vicieuze cirkel neemt de overactiviteit verder toe. Bij een derde tot de helft van de mensen met chronische bekkenpijn is er in het verleden sprake geweest van (seksueel) geweld.<sup>13</sup>

Ook sommige urologische symptomen komen vaker voor bij mannen met seksueel misbruik in hun voorgeschiedenis. Bij 30% van de patiënten met een overactieve blaas bleek er sprake van een seksueel trauma.<sup>14</sup> Ook bij patiënten met een interstitiële cystitis bleek PTSS 5 keer vaker voor te komen dan bij de algemene bevolking.<sup>15</sup> Slachtoffers van seksueel misbruik rapporteren bij deze aandoeningen opvallend meer pijn, stemmingsklachten en ziekte last dan patiënten zonder seksueel misbruik in de voorgeschiedenis.<sup>14</sup> Bij een toename van de complexiteit van urologische problemen lijkt de kans op een geschiedenis van seksueel misbruik groter te worden.<sup>16</sup> Belangrijke contextuele signalen zijn sociale problematiek (actueel of in het verleden), frequent spreekuurbezoek of juist het mijden van zorg. De aanwezigheid van specifieke risicofactoren kan ook op seksueel misbruik wijzen. Zo lopen mensen met een beperking een groter risico om op een moment in hun leven slachtoffer te worden van seksueel geweld. Hetzelfde geldt voor patiënten met eerdere geweldservaringen, vluchtelingen en homo- en biseksuele mannen.

## HOE KUNT U HELPEN?

Patiënten leggen vaak zelf geen relatie tussen bekkenbodemklachten en seksueel geweld. Als u alert bent op de gevolgen van seksueel misbruik en signalen meent te herkennen, is het raadzaam actief naar seksueel misbruik te vragen. Er is nog veel niet bekend over de effectiviteit van communicatie door (huis)artsen met slachtoffers van seksueel geweld. Bij mannelijke slachtoffers is dat kennishiaat nog groter. Wat betreft vrouwelijke slachtoffers weten we dat huisartsen vaak onvoldoende alert zijn op signalen en dat het vergroten van het besef bij artsen door voorlichting en training ertoe leidt dat

Tabel 1

Mythen over mannelijkheid die ervoor zorgen dat mannen zwijgen over hun misbruik staan optimale zorg in de weg

Mythe	Misvatting als gevolg van de mythe	Waarom het een misvatting is
Jongens zijn sterk en stoer	Mannen zijn sterk genoeg om de dader te overmeesteren/te ontvluchten Mannen zijn geen slachtoffers	Dwang kan ook bestaan uit dreigen/smeken/manipuleren Vaak is middelenmisbruik in het spel Afhankelijkheidsrelaties
Lucky boy	Een man heeft altijd zin in seks Elke ervaring is meegenomen	Ook jongens en mannen hebben hun grenzen, deze worden echter minder serieus genomen dan bij vrouwen
Erectie = toestemming	Een erectie betekent dat je instemt of opgewonden bent, er is sprake van gewenste seks	Een erectie is een onderdeel van de autonome freeze-reactie bij gevaar Erectie kan een genitale respons zijn op aanraking, zonder dat deze als prettig wordt beleefd



Mannelijke slachtoffers praten niet snel over seksueel geweld en huisartsen denken er niet aan.

Foto: Unsplash

ze zich beter toegerust voelen om het gesprek met de patiënt aan te gaan.<sup>17</sup> Hoe eerder u seksueel misbruik bespreekbaar maakt, des te eerder er ook adequate hulp kan worden geboden. Bovendien kan dit een lange zoektocht naar somatische oorzaken voorkomen. Als de patiënt snel steun en hulp krijgt, neemt niet alleen de kans op het ontwikkelen van langdurige problematiek af, maar wordt ook de kans op herhaling van het slachtofferschap kleiner.<sup>18</sup>

**Tabel 2**

Signalen die op seksueel misbruik bij mannen kunnen wijzen

Klachten en aandoeningen	Psychische klachten Posttraumatische stressstoornis Angst/paniekstoornis Depressie Seksuele disfuncties Twijfel over geaardheid Verslaving/middelenmisbruik Lichamelijke klachten Somatisch onverklaarde lichamelijke klachten Bekkenpijnsyndroom en urologische klachten
Context	Hoge medische consumptie Sociale problematiek Mijden van zorg
Risicofactoren	Homo- en biseksuele mannen Voorgeschiedenis van geweld Verstandelijke beperkingen Psychiatrische voorgeschiedenis Vluchtelingen

Wanneer u naar seksueel geweld vraagt is het belangrijk dat u uitlegt waarom u deze vraag stelt en wat de relatie met de klacht is. U kunt op een directe of een indirecte manier naar misbruik vragen [**kader 2**]. Patiënten hebben behoefte aan een luisterend oor en erkenning voor wat ze is aangedaan. Vaak voelen ze zich veilig bij hun huisarts omdat ze weten dat die vertrouwelijk met hun informatie zal omgaan. Wanneer een patiënt u voor het eerst vertelt over het misbruik, is het belangrijk om onbevooroordeeld te luisteren, en niet aan waarheidsvinding te doen. Voorkom uitspraken die de patiënt (mede)verantwoordelijk maken (bijvoorbeeld: ‘Waarom ben je met die man meegegaan? Waarom heb je je niet verweerd?’). Dit zogenaamde *victim blaming* kan een kwetsbaar slachtoffer verder beschadigen. Zorg voor een veilige, rustige omgeving en sluit aan bij de wensen en mogelijkheden van de patiënt. Deze zal niet meteen een oplossing verwachten. Rond het consult zorgvuldig af. Evalueer wat het bespreken bij de patiënt heeft losgemaakt en welke steun zijn omgeving kan bieden. Maak een vervolgspraak en geef duidelijk aan hoe en wanneer de patiënt u kan bereiken. Gebruik de sociale kaart van hulpverleners in uw omgeving om zo nodig gericht te verwijzen. Wanneer het seksuele geweld in de voorgaande week heeft plaatsgevonden, verwijst u uw patiënt naar het Centrum Seksueel Geweld in uw regio ([www.centrumseksueelgeweld.nl](http://www.centrumseksueelgeweld.nl)). Wanneer het misbruik langer geleden plaatsvond, kunt u in samenspraak met het slachtoffer naar een passende optie voor hulp zoeken. Dit zal in veel gevallen een traumapsycholoog of psychosociaal hulpverlener zijn. Als er, zoals bij Johan en Jeroen in onze casussen, sprake is van een chronisch bekken-

## KADER 2

### VRAGEN NAAR SEKSUELE GRENSOVERSCHRIJDING

- Direct: 'Uit ervaring weet ik dat mannen met de klachten die u beschrijft, iets naars kunnen hebben meegemaakt, zoals een vervelende seksuele ervaring. Speelt dit mogelijk bij u ook?'
- Indirect: 'Omdat deze klachten vaker voorkomen bij traumatische ervaringen die mensen in hun leven meemaken, zou ik u hier graag een aantal vragen over willen stellen. Vindt u dat goed?'

### CASUSSEN: SLOT

In onze casussen kwamen beide mannen veelvuldig op het spreekuur. Er was sprake van bekkenbodemplachten, die somatisch onvoldoende te verklaren waren. De dader was in beide gevallen een vertrouwenspersoon. Johan was destijds kwetsbaar door een gespannen thuissituatie. De moeilijke periode als eerstejaarsstudent in een nieuwe omgeving hebben zijn eenzame gevoelens als adolescent en de spanning over het geheime seksuele misbruik doen opleven. Jeroen krijgt klachten na de geboorte van zijn zoon. Door zijn nieuwe rol als vader veranderen de herinneringen aan het misbruik voor hem van betekenis. In beide gevallen hadden wij als huisartsen eerder actief kunnen vragen naar seksueel geweld, en onnodige onderzoeken en verwijzingen kunnen voorkomen.

pijnsyndroom, is verwijzing naar een gespecialiseerde bekkenfysiotherapeut op zijn plaats.

### CONCLUSIE

Seksueel misbruik van mannen is geen zeldzaamheid, maar veel huisartsen denken niet aan deze mogelijkheid. Daarom brengen ze het onderwerp ook niet ter sprake. Het is belangrijk hierop bedacht te zijn. Onverklaarde bekkenbodemplachten of urologische klachten bij mannen kunnen duiden op een door-gemaakt seksueel trauma. ■

### LITERATUUR

1. CBS. Prevalentiemonitor huiselijk geweld en seksueel geweld 2020. <https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2020/51/prevalentiemonitor-huiselijk-geweld-en-seksueel-geweld-2020>. Geraadpleegd op 24 mei 2021.
2. De Graaf H, Wijzen C. Seksuele gezondheid in Nederland 2017. Utrecht: Rutgers, 2017.
3. Lagro-Janssen ALM. Signaleren en benadering door de huisarts van seksueel misbruik bij volwassenen. *Bijblijven* 2019;35:56-66.
4. Bicanic I, Van Minnen A. Jongens en mannen als slachtoffer van seksueel geweld. *PsyXpert* 2019;1.
5. Centrum Seksueel Geweld. Seksueel misbruik. <https://centrum-seksueelgeweld.nl/seksueel-misbruik>. Geraadpleegd op 24 mei 2021.

6. De Ruiters E. Misbruikte jongens – door schuld en schaamte verborgen. *Bijblijven* 2019;35:87-92.
7. Walker J, Archer J, Davies M. Effects of male rape on psychological functioning. *Br J Clin Psychol* 2005;44:445-51.
8. Covers MLV, Teeuwen J, Bicanic IAE. Male victims at a Dutch Sexual Assault Center: a comparison to female victims in characteristics and service use. *J Interpers Violence* 2021;8862605211015220. DOI:10.1177/08862605211015220 [epub ahead of print].
9. Bicanic IAE, Engelhart IM, Sijbrandi M. Posttraumatische stressstoornis en seksuele problemen na seksueel geweld. *Prevalentie en behandeling. Gedragsther* 2014;47:256-74.
10. Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders; a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009;302:550-61.
11. Teunissen TAM, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen ALM. Signalen van seksueel misbruik herkennen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:D546.
12. Lagro-Janssen ALM, Teunissen D. Chronische bekkenpijn. In Van der Horst HE, De Wit NJ, redactie. *Somatisch onvoldoende verklaarde klachten. Praktische huisartsgeneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017.
13. Hammers-Cupido, RJ. Chronische bekkenpijn. In Lagro-Janssen ALM, Teunissen D, redactie. *Urogynaecologie. Praktische huisartsgeneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2020.
14. Lai HH, Morgan CD, Vetter J, Andriole GL. Impact of childhood and recent traumatic events on the clinical presentation of overactive bladder. *Neurourol Urodyn* 2016;35:1017-23.
15. McKernan LC, Johnson BN, Reynolds WS, Williams DA, Cheavens JS, Dmochowski RR, et al. Posttraumatic stress disorder in interstitial cystitis/bladder pain syndrome: relationship to patient phenotype and clinical practice implications. *Neurourol Urodyn* 2019;38:353-62.
16. Beck JJH. *Sexual abuse evaluation in urological practice* [Proefschrift]. Leiden: Universiteit Leiden, 2013.
17. Lo Fo Wong S, Wester F, MOL SSL, Lagro-Janssen ALM. 'I am not frustrated anymore.' Family doctors' evaluation of a comprehensive training on partner abuse. *Patient Educ Couns* 2007;66:129-37.
18. Cambell R, Wasco S, Ahrens C, Seft T, Barnes HE. Preventing the 'second rape': rape survivors' experiences with community service providers. *J Interpers Violence* 2001;16:1239-59.

Van den Hove M, Lagro-Janssen ALM. Onbegrepen bekkenbodemplachten: een miskend probleem bij misbruikte mannen. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1328-3. Huisartsenpraktijk Oud-Geleen, Geleen: M. van den Hove, huisarts, [marjanvdhove@gmail.com](mailto:marjanvdhove@gmail.com). Radboudumc, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen: prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, oprichter Centrum Seksueel Geweld Gelderland-Zuid en-Midden, emeritus-hoogleraar Vrouwenstudies Medische wetenschappen. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.