

# Waarom blijven slachtoffers van seksueel geweld verborgen?

Toine Lagro-Janssen

**De uitzending van BOOS in januari 2022 over seksueel overschrijdend gedrag bij de crew van het tv-programma *The Voice of Holland* veroorzaakte een mediastorm. De publieke opinie benadrukt de abnormaliteit van seksueel overschrijdend gedrag. Daders worden geregeld gepathologiseerd tot monsters, terwijl een enkeling het voorval bagatelliseert of het waarheidsgehalte ervan in twijfel trekt. Mogelijke oorzaken van misbruik passeren de revue. Waarom slachtoffers niet of laat hulp zoeken en de impact van seksueel geweld komen minder aan bod. Antwoorden op deze vragen op basis van onderzoek zijn cruciaal voor passende zorg door de huisarts.**

In Nederland maakt 22% van de volwassen vrouwen en 6% van de mannen seksueel geweld mee. Seksueel geweld is gedefinieerd als iedere vorm van dwang tot en/of ervaring met manuele, orale, vaginale of anale seks tegen de wil.<sup>1</sup> Als we

zoenen en seksueel aanraken tegen de wil meetellen, stijgen de percentages naar 53% van de vrouwen en 19% van de mannen.<sup>1</sup> De #MeToo-beweging en diverse onderzoekscommissies concluderen dat binnen machtsafhankelijke relaties geregeld sprake is van seksueel geweld (de Commissie Deetman (2011, de rooms-katholieke kerk), de Commissie de Vries (2017, sport), de Commissie Samson (2012, de jeugdzorg), de Commissie De Winter (2019, de jeugdzorg) en de Commissie Olfers en Van Wijk (2021, de turnwereld)).

De meeste plegers zijn bekenden van het slachtoffer.<sup>1</sup> De dader is geen zeldzaam monster, maar een van ons. Binnen de geneeskunde is seksueel geweld als ziekmakende factor een verborgen probleem. Het blijft onzichtbaar omdat slachtoffers een complex afwegingsproces doorlopen bij het al dan niet zoeken van hulp, en omdat slachtoffer en huisarts niet bekend zijn met de medische gevolgen van seksueel geweld.<sup>1-3</sup>



Slachtoffers van seksueel geweld beseffen vaak niet dat het om misbruik gaat.

Foto: Shutterstock

## DE KERN

- De meeste plegers van seksueel geweld zijn bekenden van het slachtoffer, waardoor slachtoffers twifelen of ze het voorval als seksueel geweld mogen benoemen.
- Zelfverwijt en angst om zelf de schuld te krijgen belemmeren het zoeken van hulp.
- Schaamte, de ervaring vaak niet geloofd te worden en socioculturele factoren maken het zoeken van hulp moeilijk.
- Seksueel geweld vormt een ernstig risico op chronische lichamelijke en psychische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, aanhoudende lichamelijke klachten, PTSS, angststoornissen en depressie.
- De huisarts is degene die de relatie kan leggen tussen de gepresenteerde klacht en seksueel geweld.
- Exploratie van het hulpzoekproces van het slachtoffer biedt de huisarts de kans om het slachtoffer te ondersteunen bij het zoeken naar hulp.

## HET ZOEKEN NAAR HULP

Een kwart van de vrouwen en 1 op de 3 mannen heeft nooit over seksueel misbruik verteld.<sup>1</sup> Slachtoffers zwijgen omdat ze niet beseffen dat het om misbruik gaat. Ze niet willen geloven dat het hen echt is overkomen, omdat de pleger een bekende is, ze heftige emoties en psychische pijn willen vermijden, ze niets willen oprakelen of omdat ze het gebeurde snel willen vergeten.<sup>1-3</sup> Ze willen doorgaan met hun leven.<sup>2</sup> Ook de drempels om professionele hulp te zoeken zijn hoog en divers van aard.<sup>4,5</sup> Van alle slachtoffers vraagt 20% van de vrouwen en 10% van de mannen professionele hulp aan een arts of andere hulpverlener.<sup>1</sup> Een recent literatuuronderzoek laat zien hoe het zoeken naar hulp verloopt.<sup>5</sup> Het hulpzoekgedrag na seksueel geweld is een dynamisch proces, waarin het slachtoffer voor 3 kernvragen wordt gesteld.<sup>6,7</sup> Zo kan het slachtoffer zich afvragen of er wel sprake is van seksueel geweld: 'Hoe interpreteer ik wat er precies is gebeurd en ervaar ik het als een probleem?' Is het antwoord bevestigend, dan moet bepaald worden of voor dit probleem hulp nodig is: 'Ik heb een probleem, wat kan ik doen, en hoort daar hulp bij?' Wil of kan het slachtoffer het probleem niet zomaar voorbij laten gaan, dan kiest het uit de opties voor hulp die er zijn: 'Welke beschikbare hulp zal ik gebruiken? Kan ik zelf met eigen hulpbronnen verder (eigen mentale kracht, sport) of schakel ik informele of formele hulp in?' Individuele, interpersoonlijke en socioculturele factoren beïnvloeden de keuzen van het slachtoffer.

## ZELFVERWIJT EN COPINGGEDRAG

Schuldgevoel is de belangrijkste *individuele factor* die ervoor zorgt dat het slachtoffer het voorval bagatelliseert, de ernst en gevolgen ervan minimaliseert, en het niet als seksueel geweld interpreteert.<sup>2,8,9</sup> Wanneer het slachtoffer zichzelf de schuld geeft en zichzelf verwijt te hebben bijgedragen aan het voorval door 'onnadenkend of naïef' gedrag, door zich te weinig te

verzetten, door niet duidelijk genoeg te hebben gezegd geen seks te willen of door alcohol- of drugsgebruik, zal het zich afvragen of de ervaring wel seksueel geweld genoemd kan worden. Zelfverwijt verkleint de kans dat een slachtoffer hulp gaat zoeken.<sup>7,8,10</sup> Het copinggedrag van een slachtoffer bepaalt mede of het hulp zoekt.<sup>6,11,12</sup> Een slachtoffer kan gewend zijn om problemen actief tegemoet te treden en daarvoor hulp te zoeken. Het kan ook een probleemvermijdende copingstrategie hebben, doen alsof er geen problemen zijn en het gebeurde snel willen vergeten. Deze manier van coping kan hulpzoekgedrag in de weg staan. Als slachtoffers bang zijn dat ze de controle over hun leven verliezen wanneer ze om hulp vragen, zullen ze de problemen zelf willen oplossen. Ze kunnen ook denken dat hulp niets oplost of dat hulpverleners hen niet van harte willen helpen.<sup>4</sup> Mannen, slachtoffers uit de lagere sociaaleconomische klasse en slachtoffers met eerdere slechte ervaringen hebben vaker een negatieve houding jegens hulp en hulpverleners.<sup>4,11</sup> Bovendien kunnen ze vrezen dat praten tot meer psychische schade en pijn leidt, waardoor om hulp vragen geen optie is.<sup>6</sup> Bij het zoeken naar hulp kunnen kennis over soorten behandelingen, de geschiktheid en toegankelijkheid ervan, en de mate van vertrouwen in de hulp(verlener) een rol spelen.

Als *interpersoonlijke factor* om hulp te zoeken wordt angst voor wraak en represailles van de dader en de omgeving genoemd, naast angst om niet geloofd te worden of zelf de schuld te krijgen. De 'waarom ik'-vraag, het niet kunnen geloven dat de bekende jou heeft verkracht, en loyaliteit en begrip voor een bekende dader vergroten de kans dat het slachtoffer het gebeurde niet als seksueel geweld labelt.<sup>6</sup> Ook speelt schaamte een belangrijke rol. Wanneer het slachtoffer zich schaamt, zal dat het voorval geheim willen houden voor ouders, vrienden en de omgeving, en bang worden voor negatieve reacties. Jonge slachtoffers willen hun ouders vaak geen verdriet doen of vrezen agressief gedrag tegen een bekende pleger.<sup>7</sup> Niet altijd is hulp gratis en naast de deur te vinden. Ook de omgeving kan de toegankelijkheid van de hulp bevorderen of belemmeren. Tot slot kunnen *socioculturele factoren* van invloed zijn op het hulpzoekgedrag. Een slachtoffer zal het voorval niet interpreteren als seksueel geweld wanneer het gedrag een geaccepteerde manier is waarop men binnen een gemeenschap met elkaar omgaat, als mannen vrouwen domineren en wanneer verkrachtingsmythen gemeengoed zijn.<sup>13</sup> Vooral specifieke

### KADER 1 HOE VRAAG IK NAAR SEKSUEEL GEWELD?

De directe manier: 'Uit ervaring weet ik dat mensen met de klachten die u beschrijft, iets naars kunnen hebben meegemaakt, zoals een vervelende seksuele ervaring. Speelt dit bij u ook?'

De indirecte manier: 'Omdat deze klachten vaker voorkomen bij vervelende ervaringen die mensen in hun leven meemaken, zou ik u hier graag een aantal vragen over willen stellen. Vindt u dat goed?'

culturele factoren belemmeren slachtoffers om hulp te vragen. Een taboe op praten over seks, het kwijtraken van de maagdelijkheid door de verkrachting, de norm dat problemen binnenshuis moeten worden opgelost, de angst voor verlies van de familie-erf, uitstoting door de gemeenschap of eerwraak maken het vragen om hulp zeer moeilijk.<sup>3,4,14,15</sup>

### GEVOLGEN OP LANGERE TERMIJN

Seksueel geweld vormt een ernstig (verborgen) risico op gezondheidsschade.<sup>16,17</sup> Meer dan de helft van de Nederlandse vrouwen en bijna de helft van de mannen die in een vragenlijst aangeven verkracht te zijn, ervaart problemen door de verkrachting.<sup>1</sup> 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 vrouwen en 15% van de mannen later opgetreden relatieproblemen aan de verkrachting.<sup>1</sup> Slachtoffers van seksueel misbruik lijden vaker dan niet-slachtoffers aan slaapstoornissen (oddsratio (OR) 16,1), zelfmoordpogingen (OR 4,1), angst- en paniekstoornissen (OR 3,0), depressies (OR 2,7), eetstoornissen (OR 2,7), chronische bekkenpijn (OR 2,7), maag-darmstoornissen (OR 2,4), een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (OR 2,4) en specifieke chronische pijn (OR 2,2).<sup>18,19</sup> De helft van de slachtoffers van een verkrachting ontwikkelt zonder therapie PTSS.<sup>20,21</sup> Dit is meer dan na andere traumatische ervaringen, waarbij PTSS ontstaat bij 5% van de mannen en 10% van de vrouwen.<sup>20,21</sup> Wanneer de omgeving de verkrachting niet erkent en het slachtoffer ervan beschuldigt zelf aandeel te hebben gehad in het seksuele geweld, verhoogt dit het risico op PTSS.<sup>22</sup>

De aanhoudende lichamelijke klachten (ALK, voorheen SOLK), vooral pijnklachten van spieren in nek, schouders en bekken, kunnen we verklaren met een constant gevoel van onveiligheid en verhoogde waakzaamheid, wat leidt tot gespannen spieren en chronische stress. Zowel een door het trauma geïnduceerde ongezonde leefstijl met roken, alcoholmisbruik en ongezonde voeding, als een disregulatie van het neurobiologische stressgerelateerde responsstelsel kan hierbij een rol spelen.<sup>23</sup> Normaliter activeert stress het hypothalamus-hypofyse-bijniersysteem, de HPA-as. Wanneer de stress te hoog is of te lang aanhoudt, zoals bij PTSS, gaan de HPA-as en het immuunsysteem disfunctioneren.<sup>23</sup> Seksueel misbruik richt via de stressmechanismen op den duur lichamelijke schade aan. Ook recent onderzoek bevestigt het verhoogde risico op chronische aandoeningen, zoals respiratoire aandoeningen (OR 1,4), het prikkelbaredarmsyndroom (OR 1,4), chronische hoofdpijn (OR 1,3), migraine (OR 1,4) en hart- en vaatziekten (OR 3,0).<sup>17,24-27</sup> Het is evident dat seksueel misbruik direct na het trauma en op den duur via de stressmechanismen zowel lichamelijke als psychische schade kan aanrichten.

### HOE KUNT U DEZE KENNIS TOEPASSEN?

Vaak zullen slachtoffers geen relatie leggen tussen de ervaren klachten en het seksuele geweld in de voorgeschiedenis. Het is aan u als huisarts om die relatie te signaleren. De beschreven

### KADER 2 VICTIM BLAMING

*Victim blaming* betekent dat iemand, bewust of onbewust, een slachtoffer de schuld geeft van wat hem of haar is overkomen. Het slachtoffer krijgt negatieve reacties uit de omgeving. De schuld wordt niet bij de dader, maar bij het slachtoffer gelegd. Omdat de meeste slachtoffers zichzelf voortdurend afvragen of ze niet zelf aanleiding hebben gegeven, voelen ze zich alleen maar meer schuldig.<sup>2,28,32</sup>

Voorbeelden van victim blaming:

- Waarom heb je [zoveel] gedronken?
- Waarom heb je die eerste afspraak bij jou thuis gemaakt?
- Waarom ben je toen het zo laat werd niet samen met je vriendin naar huis gegaan?
- Waarom heb je niet geschreeuwd, je verzet, ben je niet weggelopen, gewoon weggegaan?
- Waarom, waarom, waarom...

Victim blaming kan negatieve gevolgen hebben voor het herstelproces.<sup>2,10,11</sup> Een slachtoffer zal ook minder snel hulp zoeken. Victim blaming leidt tot zelfverwijt en verhoogt het risico op het ontwikkelen van PTSS.<sup>22</sup> Victim blaming is vaak schadelijker dan de gebeurtenis zelf.<sup>33</sup>

lichamelijke en psychische klachten kunnen u alert maken en een eerste aanleiding vormen om actief naar seksueel geweld te vragen. Elders is beschreven welke andere signalen u ter beschikking staan en welke personen extra risico lopen op seksueel misbruik.<sup>28</sup>

De beschreven lichamelijke en psychische gevolgen van seksueel geweld betreffen klachten waarvoor patiënten geregeld het spreekuur bezoeken.<sup>29</sup> [Kader 1] geeft voorbeelden van manieren waarop u bij een vermoeden van seksueel geweld daarnaar kunt vragen.<sup>28</sup> U bent in de gelegenheid en krijgt het vertrouwen om ernaar te vragen. De meeste patiënten weten dat u betrouwbaar met hun informatie zult omgaan. Het bespreken voorkomt wellicht een lange specialistische zoektocht naar oorzaken van de klachten. Wanneer uw patiënt hulp krijgt, maakt dat bovendien de kans op herhaling van seksueel geweld (revictimisatie) kleiner.<sup>30</sup> De eerste stap bestaat eruit de ervaring op een sensitieve manier bespreekbaar te maken, zonder enige schuld bij het slachtoffer te leggen, wat we ook wel *victim blaming* noemen.<sup>13,28</sup> [Kader 2] beschrijft wat victim blaming is en welke gevolgen het heeft.

Gericht luisteren is uiterst belangrijk voor het exploreren van de hulpvraag. Het is cruciaal om te achterhalen welke gedachten en gevoelens het slachtoffer bij het hulpzoekproces bezighouden. Vindt het slachtoffer dat het seksuele geweld toch niet zo erg was, zoals ook de pleger beweerde? Voelt het slachtoffer zich mede schuldig? Wil het slachtoffer als vermijdingsstrategie niet met de verkrachting worden geconfronteerd? Denkt het dat praten het verdriet juist verergert of heeft het geen idee wat hulpverlening inhoudt? Factoren die er ooit toe hebben

geleid dat het slachtoffer geen hulp heeft gezocht zijn mogelijk destijds valide geweest, maar kunnen nu belangrijke barrières vormen om hulp te accepteren. Bespreek deze factoren samen en ondersteun het slachtoffer bij het beslissingsproces. Bedenk dat u als huisarts op goede gronden veronderstelt dat er een mogelijke relatie is met de ervaren klachten. De patiënt heeft een probleem dat blijkbaar niet zonder hulp vanzelf overgaat. Feit is ook dat er effectieve hulpverlening voorhanden is.<sup>31</sup> Toon begrip voor het slachtoffer, wees geduldig en let op de continuïteit van de zorg.<sup>2</sup> Doel is dat het slachtoffer het leven weer vol (zelf)vertrouwen kan oppakken. Aan dat herstelproces kunt u een belangrijke bijdrage leveren.<sup>32</sup> ■

## LITERATUUR

- De Graaf H, Wijsen C. Seksuele gezondheid in Nederland 2017. Utrecht: Rutgers, 2017.
- Hutschemaekers GJM, Zijlstra E, De Bree C, Lo Fo Wong S, Lagro-Janssen A. Similar yet unique: the victim's journey after acute sexual assault and the importance of continuity of care. *Scand J Caring Sci* 2019;33:949-58.
- Bertling L, Mack A, Vonk H, Timmermans M. Slachtoffers van zedenmisdrijven. Een verkenning van de overwegingen voor contact met politie en/of hulpverlening. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek, 2017.
- Patterson D, Greeson M, Cambell R. Understanding rape survivors' decisions not to seek help from formal social systems. *Health Soc Work* 2009;34:127-36.
- Pijlman V, Eichelsheim V, Pemberton A, De Waardt M. Onderzoek naar de 'tijdelijke regeling eigen risico zorgverzekering slachtoffers van seksueel geweld'. Amsterdam: NSCR, 2021.
- Liang B, Goodman L, Tummala-Narra P, Weintraub S. A theoretical framework for understanding help-seeking processes among survivors of intimate partner violence. *Am J Community Psychol* 2005;36:71-84.
- Deloveh HL, Cattaneo LB. Deciding where to turn: a qualitative investigation of college students' helpseeking decisions after sexual assault. *Am J Community Psychol* 2017;59:65-79.
- Ameral V, Palm Reed KM, Hines DA. An analysis of helpseeking patterns among college student victims of sexual assault, dating violence and stalking. *J Interpers Violence* 2020;35:5311-35.
- Ullman SE, O'Callaghan E, Shepp V, Harris C. Reasons for and experiences of sexual assault nondisclosure in a diverse community sample. *J Fam Violence* 2020;35:839-51.
- Carson K, Babad S, Brown EJ, Brumbaugh C, Castillo B, Nikulina V. Why women are not talking about it: reasons for nondisclosure of sexual victimization and associated symptoms of posttraumatic stress disorder and depression. *Violence Against Women* 2020;26:271-95.
- Sit V, Schuller RA. Understanding support providers' views of 'helpful' responses to sexual assault disclosures: the impacts of self-blame and physical resistance. *J Interpers Violence* 2018;33:1236-59.
- Cambell R, Dworkin E, Cabral G. An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma Violence Abuse* 2009;10:225-46.
- Van den Hove M, Lagro-Janssen ALM. Onbegrepen bekkenbodemplakten: een miskend probleem bij misbruikte mannen. *Huisarts Wet* 2021;64:27-30.
- Gouweloos, Kremers A, Sadat A, Bicanic I. Traumabehandeling na eenmalig seksueel geweld. Hoe kan drop out van Turkse en Marokkaanse meisjes worden verminderd? *Psychologie & Gezondheid* 2011;36:136-45.
- Bijl S, Lagro-Janssen T, Teunissen D. Eergerelateerd geweld in de spreekkamer. *Huisarts Wet* 2020;63:57-9.
- Brunton R, Dryer R. Sexual violence and Australian women: a longitudinal analysis of psychosocial and behavioral outcomes. *Soc Sci Med* 2022;292:114224.
- Noteboom A, Ten Have M, De Graaf R, Beekman AFF, Penninx BWJH, Lamers F. The longlasting impact of childhood trauma on adult chronic physical disorders. *J Psychiatr Res* 2021;136:87-94.
- 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.
- Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc* 2010;85:618-29.
- Bicanic IAE, Engelhard IM, Sijbrandij M. Posttraumatische stressstoornis en seksuele problemen na seksueel geweld. Prevalentie en behandeling. *Gedragstherapie* 2014;47:256-74.
- Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med* 2001;31:1237-47.
- Olf M, Langeland W, Draijer N, Gersons BPR. Genderdifferences in posttraumatic stress disorder. *Psych Bull* 2007;133:183-204.
- Dunlop BW, Wong A. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in PTSD: pathophysiology and treatment interventions. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2018;89:361-79.
- Basile KC, Smith SG, Zwald M. Chronic diseases, health conditions, and other impacts associated with rape victimization of U.S. women. *J Interpers Violence* 2021;36:NP12504-20.
- Jina R, Thomas LS. Health consequences of sexual violence against women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013;27:15-26.
- Jakubowski KP, Murray V, Stokes N, Thurston RC. Sexual violence and cardiovascular disease risk: a systematic review and meta-analysis. *Maturitas* 2021;153:48-60.
- Thurston RC, Jakubowski K, Chang Y, Koenen K, Maki PM, Barinas Mitchell E. Sexual assault and carotid plaque among midlife women. *J Am Heart Assoc* 2021;10:e017629.
- Lagro-Janssen T. Signaleren en benadering door de huisarts van seksueel misbruik. *Bijblijven* 2019;35:56-67.
- Lomans AM, Uyen AA, Akkermans RP, Lagro-Janssen ALM, Teunissen DAM. Help-seeking behaviour in primary care of men and women with a history of abuse: a Dutch cohort study. *Eur J Gen Pract* 2022;28:40-7.
- Cambell R, Wasco S, Ahrens C, Sefl T, Barnes HE. Preventing the 'second rape': rape survivors' experiences with community service providers. *J Interpers Violence* 2001;16:1239-59.
- Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2016;43:128-41.
- Kim van Laar. Gewoon zeggen als je het niet fijn vindt! *Bijblijven* 2019;35:9-14.
- Bicanic I. Podcast Het schadelijk effect van victim blaming. Centrum voor Seksueel Geweld.

Lagro-Janssen ALM. Waarom blijven slachtoffers van seksueel geweld verborgen? *Huisarts Wet* 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-1588-6. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts n.p., emeritus hoogleraar Vrouwenstudies Medische wetenschappen. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.