

# Huisarts en incest

J. H. AUSSEMS, W. A. M. ALTING VON GEUSAU EN  
A. J. A. SMITS

**Seksueel misbruik van kinderen in het gezin komt veel voor. Het taboe is groot en de kinderen leven in een isolement. De hulpverlening heeft de omvang en ernst van het probleem altijd miskend en de huisarts lijkt hierop geen uitzondering te vormen. Door middel van interviews met 26 huisartsen en een enquête onder 37 vrouwen met incest-ervaringen is een poging gedaan duidelijkheid te krijgen over de manier waarop huisartsen omgaan met deze problematiek. Uit het onderzoek blijkt dat huisartsen zeer weinig gevallen van incest binnen hun praktijk zien. Vroegere incest-ervaringen worden zelden te genover huisartsen geuit; de blinde vlek is echter het grootst bij signaleren van actuele incest-situaties. De signalen die bij incest worden uitgezonden zijn echter zeer specifiek.**

## Inleiding

Het taboe op seksueel misbruik van kinderen binnen het gezin is groot. Dit taboe strekt zich uit tot verschillende niveaus: het gezin, de omgeving en de samenleving. Geheimhouden staat voorop en signaleren van buitenaf is bijna onmogelijk.<sup>1,2</sup> Dit vormt een groot probleem in de hulpverlening bij incest.

Als eerstelijns hulpverlener heeft de huisarts een belangrijke signaleringsfunctie. Hij kent in veel gevallen de gezinnen en bij hem komen de signalen van actuele of vroegere incest meestal het eerste binnen. Een eerste vraag is: *hoort en ziet* de huisarts die signalen, ook als ze niet rechtstreeks worden uitgezonden? En als de huisarts die signalen opvangt al zijn het slechts vermoedens hoe *reageert* hij daarop en welke rol kan hij spelen bij het ingaan op die signalen? En tenslotte: welk *beleid* voert de huisarts na het bekend worden van een incestsituatie en het omgaan met late gevolgen van incest?

Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Ver-  
lengde Groenestraat 75, 6525 EJ Nijmegen.  
J.H. Aussems, semi-arts; Drs. W.A.M. Alting  
von Geusau, agoog; Dr. A.J.A. Smits, psycholoog.  
Correspondentie: J.H. Aussems, p/a Nijmeegs  
Universitair Huisartsen Instituut.

## Methoden

Voor dit explorierend onderzoek werd een aselechte steekproef van 30 huisartsen uit de regio 's-Hertogenbosch benaderd. De huisartsen die bereid waren mee te werken, werd een semi-structureerd interview van ongeveer 50 minuten afgenomen. De vragenlijst had betrekking op hun kennis van zaken over het onderwerp, het vóórkomen in de praktijk, de betrokkenheid van de huisartsen bij incestproblematiek en hun reactie op incest.

Via de 'Vereniging tegen seksuele kindermishandeling binnen het gezin' werd in de regio Noord-Brabant een groep van 120 vrouwen met incestervaringen aangeschreven. Gezien de emotionele beladenheid van de problematiek werd volledige anonimiteit bewerkstelligd. De vragenlijst die door de incestslachtoffers schriftelijk werd beantwoord, had vooral betrekking op hun ervaringen met de huisarts, hun eigen incest-ervaringen en de gevolgen die zij er tot op heden van ondervinden.

## Resultaten

Van de 30 huisartsen waren 26 bereid of in staat mee te werken aan het onderzoek. Van de 120 aangeschreven incestslachtoffers hebben 37 vrouwen de vragenlijst ingevuld en getourneerd.

## Huisartsen

Uit de interviews kwam allereerst naar voren dat het merendeel van de huisartsen (21) geen specifieke informatie over incest-problematiek krijgt, doch genoeg neemt met informatie via de algemene media.

• *Frequentie*. Op de vraag hoe vaak men beroepshalve was geconfronteerd

Tabel 1 *Ervaring van huisartsen met incest.*

	Vroegere incest	Actuele incest
Nooit	4	17
1 - 3 maal	10	9
4 - 5 maal	8	
> 4 maal	4	

met incest-situaties (inclusief sterke vermoedens) waren de antwoorden zeer divers (tabel 1). Overigens gaven alle huisartsen aan dat de gesignaleerde gevallen van recente datum waren, dat wil zeggen van de afgelopen 4 à 5 jaar.

• *Signalen*. Gevraagd naar de mogelijke signalen voor seksueel misbruik in heden of verleden noemden de huisartsen vooral 'psychosomatische' klachten: 13 huisartsen dachten aan psychosomatische klachten bij het kind (met name buikpijn, slapeloosheid en dromen) en 7 huisartsen noemden klachten bij de moeder. Daarnaast werden genoemd: gedragsstoornissen bij het kind (8), een knik in de psychologische ontwikkeling (bijvoorbeeld afgenomen schoolprestaties) (6) en lichamelijke verwondingen bij het kind (4).

• *Beleid*. Over het te voeren beleid na het bekend worden van een actuele incest-situatie werd door de huisartsen verschillend gedacht. Een kleine meerderheid (14) van de huisartsen gaf aan geen ander beleid te voeren dan bij andere gezinsproblemen, dat wil zeggen afwachten en voorzichtig ingaan op initiatieven vanuit het gezin zelf. Vier huisartsen stonden een actiever beleid voor. Verschillend werd eveneens gedacht over het eigen aandeel in de begeleiding en over het verwijzbeleid.

## Vrouwen

• *Achtergrond*. Uit de interviews met de 37 vrouwen kwam naar voren dat het merendeel afkomstig was uit grote (26), godsdienstige (32) gezinnen met relatief weinig contacten met de buitenwereld (20). De vader vervulde veelal een autoritaire rol (24) en veel vrouwen (26) spreken van een weinig vertrouwensvolle relatie met de moeder (loyaliteitstekort, rivaliteit). Bovendien hadden 21 vrouwen een weinig vertrouwensvolle relatie met de vader. Bij dit laatste kan worden aangetekend dat de vader niet in alle gevallen ook de dader was.

• *Dader*. In 22 gevallen was de vader de dader. In 11 gevallen was er sprake van misbruik door twee of meer personen in de familie. Bij 30 vrouwen begon de incest voor het 13e levensjaar en bij 21 vrouwen hield het seksueel misbruiken op na het 16e jaar; 26 vrouwen werden langer dan drie jaar misbruikt.

• *Huisarts*. In ongeveer de helft van de gezinnen van het slachtoffer was de moeder nog al eens ziek, maar ook de vrouwen zelf (27) bezochten destijds regelmatig de huisarts, meestal met 'vage' klachten, zoals buikpijn, hoofdpijn en moeheid. Opvallend daarbij is, dat 19 vrouwen vonden dat zij niet serieus

**Tabel 2** Aangekruiste klachten/problemen van vrouwen met incest-ervaring respectievelijk destijds, later en nu (n = 37) en dezelfde klachten/problemen in de algemene bevolking.

Klachten/problemen	Tijdstip			Klachten/problemen in bevolking
	destijds	later	nu	
Buikpijn	51	60	43	17 <sup>11</sup>
Hoofdpijn	43	57	51	45 <sup>11</sup>
Slaapstoornissen	66	57	43	17 <sup>b</sup>
Depressies	69	91	77	23 <sup>12</sup>
Alcoholverslaving		34	14	7 <sup>12</sup>
Rustgevendende medicijnen	14	63	22	30 <sup>b</sup>
Eetstoornissen	14	54	43	?
Zelfpijniging	29	43	23	?
Angsten	86	86	86	26 <sup>12</sup>
Problemen met seksualiteit	49 <sup>a</sup>	94	74	10 <sup>b</sup>
Relatieproblemen	54	89	74	37 <sup>12</sup>
Suicidepoging	16	28	16	0,2 <sup>10</sup>

<sup>a</sup> Exclusief het incestprobleem destijds.

<sup>10</sup> Nota 2000; <sup>11</sup> Van de Lisdonk (n = 108 vrouwen); <sup>12</sup> Furer en Tax (n = 3245 volwassenen).

<sup>b</sup> Nog niet gepubliceerde cijfers uit het OPHAR-OUTCOME-project, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (n = 1442 vrouwen).

### Summary

**Aussems JH, Alting von Gesau WAM, Smits AJA. General practitioner and incest. Huisarts Wet 1988; 31: 48-50.**

The general practitioner plays an important role in tracing incest. In many cases he knows the families and he is usually the first to receive signals of current or previous incest. The first question is: does the general practitioner *hear and see* these signals – even if they are only suspicions – how does he *react* to them, and what is the role he can play in dealing with them? Moreover: what is the general practitioner's *strategy* once the incest situation is known, and how does he manage the late sequelae of incest?

For this exploratory study a random sample of 30 general practitioners was approached; 26 were willing and able to participate. A semi-structured interview of about 50 minutes was held with these participants. In addition, 120 incest victims were sent a questionnaire via the 'Association against sexual child abuse within the family'; 37 of these women completed and returned the questionnaire.

The answers to the question about the frequency of professional confrontations with incest situations varied widely. Questioned about possible signals of past or present sexual abuse, the practitioners mentioned in particular 'psychosomatic' complaints in the victims (abdominal pain, insomnia, dreams) and the mothers. Also mentioned were: behaviour disorders and impeded psychological development (e.g. diminished performance at school) as well as physical injuries in the victims. Once an incest situation is revealed, most practitioners adopt a strategy similar to that in other family problems: wait-and-see

and cautiously handle possible initiatives coming from the family; only four respondents advocated a more active strategy.

The interviews with the 37 women (victims) revealed that most of them came from large, religious families with relatively few outside contacts. The father usually played an authoritarian role and many victims mentioned a not very confidential relationship to the father and/or mother. In 22 cases the father was the offender; in 11 cases two or more persons in the family (had) abused the victim. In 30 cases the incest started before the victim was 13 years old, and in 21 cases it ceased after the victim reached the age of 16 years.

In some 50 percent of the families of the victims the mother was not infrequently ill, and the victims themselves also regularly attended surgery hours, usually with 'vague' complaints. Many victims thought that they had not been taken seriously, but only 11 reported having tried to indicate to the general practitioner that sexual abuse was involved (abdominal complaints, stress, problems at home and attempted suicide.) In only 7 cases had the incest been known to some other person within the family or outside.

Once the sexual abuse was known, 11 women reported, there had been no guidance in 11 cases and in the other cases the care provided or the referral strategy had not been well-organized. A striking finding was that the general practitioner provided guidance in only two cases.

**Key words** Family practice; Incest.

**Correspondence** J.H. Aussems, Nijmegen University Department of General Practice, Verlengde Groenstraat 75, 6525 EJ Nijmegen, The Netherlands.

waren genomen: de huisarts zou weinig tijd hebben en hield zich afstandelijk. De meeste vrouwen (26) waren te bang geweest om te proberen de huisarts duidelijk te maken dat er sprake was van seksueel misbruik; 11 slachtoffers zouden wél bewust aanwijzingen hebben gegeven in de vorm van buikklachten, overspannenheid, problemen thuis en een suicidepoging (2). Volgens deze vrouwen probeerde de huisarts nauwelijks duidelijkheid te krijgen over de gepresenteerde klachten. De houding van de huisarts zou gekenmerkt zijn door onbegrip.

• **Omgeving.** Slechts 7 vrouwen antwoordden dat de incest in de omgeving bekend werd in de periode dat er daadwerkelijk misbruik was. Ook later werd het zwijgend zelden doorbroken. In slechts 15 gevallen was de incest bij iemand in de familie, of daarbuiten bekend. Een kleinere meerderheid (23) zegt ook geen pogingen in het werk te hebben gesteld om de situatie duidelijk te maken; als redenen werden onder meer angst voor represailles, schaamtegevoelens en onbegrip genoemd. Hiermee is overigens niet gezegd, dat door deze vrouwen geen (onbewuste) signalen zijn uitgezonden. De 12 vrouwen die zeggen wél signalen te hebben gegeven, noemden onder meer klagen over het gezin, over de dader, huilbuien, gedragsstoornissen en inlichten van onderwijzend personeel.

• **Begeleiding.** Na het bekend worden van de incest is er naar het eigen oordeel voor 11 vrouwen geen begeleiding geweest, terwijl er voor de overige vrouwen weinig lijn zat in de hulpverlening of het verwijzbeleid. Opvallend is het kleine aantal huisartsen (2) dat voor begeleiding werd ingeschakeld.

• **Klachten/problemen.** Tabel 2 geeft een overzicht van de klachten/problemen die zijn aangekruist. Bijna alle klachten/symptomen kwamen destijds in opvallende mate voor en daarin komt nauwelijks verandering.

### Beschouwing

Een respons van ongeveer 30 procent is weliswaar klein, maar voldoende voor een exploratief onderzoek als het onderhavige. Het op 13 oktober 1987 gepresenteerde NISSO-onderzoek over de behandeling van incest in de gezondheidszorg, is gebaseerd op de getuigenissen van 50 incestslachtoffers.

Het is opvallend hoe weinig er bekend is over de vragen die het uitgangspunt vormden voor dit onderzoek.<sup>3,4</sup> Niet

minder opvallend is hoe weinig huisartsen naar hun zeggen worden geconfronteerd met incest. Met name in Amerika, maar ook in Nederland en Duitsland, zijn verschillende onderzoeken gedaan naar het vóórkomen van incest.<sup>5 6</sup> Uit deze studies komt voor vrouwen een cijfer van 5-20 procent en voor mannen 0,5-1 procent naar voren. In de literatuur wordt momenteel als zeer reële schatting aangehouden dat 10 procent van de vrouwen ooit incest heeft ondervonden.

Deze cijfers steken schril af tegen de aantallen die de geïnterviewde huisartsen weten te melden. Kennelijk missen zij nogal wat signalen; allerlei signalen die bekend zijn uit de literatuur (en ook door de geënquêteerde vrouwen zijn genoemd) worden door hen niet vermeld: relatiestoornissen in de verhouding tussen vader en moeder, of tussen moeder en dochter, een vaak zieke of afwezige moeder en eenzaam, teruggetrokken gedrag van het kind.<sup>7-9</sup> Andere signalen bij het kind (of in het latere leven van de vrouw) zijn: angst voor elke vorm van seksualiteit, sterke schaamte- en schuldgevoelens, relatieproblemen en problemen met agressie (bijvoorbeeld niet boos kunnen zijn op anderen; het meisje/de vrouw richt haar agressie op zichzelf, door automutilatie, anorexia of een suïcidepoging).

In dit verband kan worden opgemerkt dat incest niet alleen een medisch en psychosociaal probleem is, maar ook een maatschappelijk probleem, dat kan worden opgevat als een gevolg van een ongelijke machtsverhouding tussen mannen en vrouwen. Machtsverhoudingen in de samenleving worden weerspiegeld in de rolpatronen in veel gezinnen en in incest-gezinnen zijn deze verhoudingen doorgaans extremer dan gemiddeld het geval is.<sup>1 2 5 6</sup>

De percentages klachten/problemen uit tabel 2 zouden van meer betekenis zijn als we een vergelijkbare groep vrouwen zonder incestervaringen dezelfde klachtenlijst hadden kunnen afnemen. Bij gebrek hieraan hebben we in de literatuur gezocht naar gegevens uit bevolkingsonderzoeken. Hierbij bestaat echter een grote diversiteit in de gebruikte vragenlijsten en de definiëring van de klachtenrubrieken. Om toch een voorzichtige vergelijking mogelijk te maken hebben we aan tabel 2 een kolom toegevoegd met klachtenpercentages uit bevolkingsonderzoeken. Uit deze vergelijking kan worden opgemaakt, dat bijna alle klachten/problemen beduidend frequenter worden gerapporteerd door vrouwen met incest-

varingen dan door de algemene bevolking. Voor zelfpijniging en eetstoornissen konden wij ook bij navraag aan deskundigen niet aan een schatting komen. Duidelijk is echter dat het hier om zeer kleine aantallen gaat. Hieruit leiden we af dat deze twee probleemcategorieën een belangrijke signalerende betekenis kunnen hebben.

De nogal negatieve ervaringen van de geënquêteerde vrouwen met de huisarts vormen een duidelijk signaal voor bezinning. Huisartsen lijken tal van kansen om incestsituaties te signaleren onbenut te laten. De rol van de huisarts in geval van acute incestsituaties zou vooral liggen in het signaleren, zelf begeleiden of verwijzen naar deskundige instanties en als hulpverlener op de achtergrond blijven.<sup>3 13-16</sup>

De diffuse signalen maken het de huisarts echter niet gemakkelijk. De huisarts krijgt vaker te maken met de (late) gevolgen van vroegere incestervaringen. Een juiste attitude, die het mogelijk maakt voor mensen om hun emoties te uiten over hun verleden, is dan essentieel. Acceptatie, vertrouwen, geduld en begrip zijn vooral belangrijk.<sup>4 16</sup> Artsen hebben vaak ten onrechte vooroordelen over de complexiteit van de opvang en verwerking van geleden geweld en te weinig vertrouwen in de gezonde vitaliteit van het slachtoffer. Mensen met dergelijke onverwachte herinneringen dienen niet te worden beschouwd als patiënten met een (psychische) ziekte, maar als gezonde mensen die slachtoffer zijn geworden van geweld en die in hun emotionele beleving ervan serieus genomen willen worden.

Er wordt van de huisarts geen oplossing gevraagd, maar een houding waarin acceptatie van de persoon en haar beleving de boventoon voert. Of de problematiek verwijzing naar andere hulpverleners behoeft, blijkt later vanzelf, als de eerste stappen maar worden gezet.

### Aanbevelingen

- Binnen de opleiding dient meer aandacht te worden besteed aan incest.
- De verruiming van de begrippen 'gezondheid en ziekte' in onze maatschappij vraagt van de huisarts meer dan een medisch-psychosociale visie; met betrekking tot incest dient de huisarts meer 'outreaching' te werk te gaan.
- In voorkomende gevallen is te denken aan verwijzing naar de 'Vereniging tegen Seksuele Kindermishandeling binnen het gezin'.

- Meldingsplicht van incestsituaties aan het bureau vertrouwensartsen lijkt aanbevelenswaardig. In zo'n geval kan de relatief deskundige vertrouwensarts adviezen geven over het te volgen beleid. Daarnaast zou een betere registratie mogelijk worden.

### Dankbetuiging

Met dank aan de huisartsen, aan mw. M.J. Nottet, contactpersoon van de Vereniging tegen seksuele kindermishandeling binnen het gezin, en vooral aan de vrouwen die bereid waren informatie te geven over hun incest-ervaringen.

- <sup>1</sup> Van de Deur H, Staats L. Incest, macht, gezin [Doctoraalscriptie pedagogiek]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.
- <sup>2</sup> Anoniem. De straf of zwijgen is levenslang. Amsterdam: Sara, 1983.
- <sup>3</sup> Van Busschbach, Verhaak P. Hoe hantieren huisartsen psychische klachten? Maandbl Geest Volksgezondh 1986; 5: 475-92.
- <sup>4</sup> Van Montfoort A. Kindermishandeling, incest, vrouwenmishandeling: begrijpen of ingrijpen? Maandbl Geest Volksgezondh 1986; 11: 1083-96.
- <sup>5</sup> Drayer N. De omgekeerde wereld. 's-Gravenhage: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1985.
- <sup>6</sup> Geiser K. Hidden victims. Boston: Beacon Press, 1979.
- <sup>7</sup> Horkheimer M. Autoriteit en gezin. Alfa-boek, 1983.
- <sup>8</sup> Imbens A, Jonker I. Godsdienst en incest. Amersfoort: De Horstink, 1985.
- <sup>9</sup> Nelson S. Incest, feiten en mythen. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1984.
- <sup>10</sup> Anoniem. Nota 2000 gezondheid als uitgangspunt. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.
- <sup>11</sup> Van de Lisdonk E. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1983.
- <sup>12</sup> Furer JW, Tax B, red. Somatische klachten, psychiatrische symptomen en psychosociale problemen. Regioprojekt Nijmegen, deel I 1987.
- <sup>13</sup> Van Braam Houckgeest Q, Van Vugt M, Ten Winkel S. Ruimte binnen veilige grenzen. Maandbl Geest Volksgezondh 1986; 7/8: 725-36.
- <sup>14</sup> Hulpverlening bij geweld in gezin en relatie. GHI-bulletin 1985, september.
- <sup>15</sup> Neeskens B, Klein Herenbrink A. Wat heet 'incest' [Doctoraalscriptie psychologie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1984.
- <sup>16</sup> Anoniem. Het zwijgen doorbroken. Zutphen: Vereniging tegen seksuele kindermishandeling binnen het gezin, 1985.