

Slachtoffers worden nog steeds niet begrepen

Interview met Toine Lagro-Janssen

Lange tijd werd seksueel geweld nauwelijks serieus genomen in de medische wereld. Feminist en huisarts Toine Lagro-Janssen (70) zag dit veranderen. Justine van de Beek spreekt haar over de nog altijd schadelijke mythes over seksueel geweld.



Beeld door: Desiré van den Berg

Huisarts? Dat was een man – daar kon je in de jaren '70 de klok op gelijk zetten. Vrouwen vormden maar een paar procent van de beroepsgroep. Toen Toine Lagro-Janssen in 1975 de deuren van haar Nijmeegse praktijk opende, was ze zelfs de eerste vrouw in de hele regio. Niet verwonderlijk dat haar wachtkamer vol vrouwen zat. Al snel merkte ze dat er in de medische wereld weinig kennis was over de specifieke problemen waar haar patiënten mee worstelden. Ze besloot zich daarin te specialiseren. Haar feministische kant smolt samen met haar medische professie, en langzamerhand werd seksueel geweld een rode draad in haar werk.

Nu, op haar zeventigste, is ze nog steeds actief als hoofd van het Centrum Seksueel Geweld (CSG) in Nijmegen. In de CSG's – zestien locaties verspreid over het land – worden slachtoffers geholpen door diverse professionals: artsen, psychologen en onderzoekers. Een mooi voorbeeld van hoe de hulpverlening bij seksueel geweld verbeterd en de voorheen versnipperde aanpak tegengaat. Nog steeds maakt in Nederland de helft van de vrouwen fysiek of seksueel geweld mee, volgens onderzoek uit 2014 van de Fundamental Rights Agency, een Europese organisatie die grond-rechten onderzoekt en erover adviseert.

Voor mij is geweld tegen vrouwen een belangrijk thema en drijvende kracht achter mijn feminisme vanwege de jarenlange mishandeling van mijn oma door mijn opa. Ik was bij een lezing van Lagro-Janssen, raakte geïnspireerd en sprak met haar.

Toine Lagro-Janssen (70) is feminist, oud-huisarts, emeritus professor Vrouwenstudies en Medische Wetenschappen en hoofd van het Centrum Seksueel Geweld in Nijmegen.

Justine van de Beek (22) is socioloog en feminist en schrijft onder andere voor OneWorld over gender en seksualiteit.



Beeld door: Desiré van den Berg

Over feminisme in de medische wereld hoor je niet zo vaak. Hoe kwamen die twee voor jou bij elkaar?

“Tijdens mijn studietijd waren het de roerige zeventiger jaren. In de eerste feministische golf (rond 1900, *red.*) stond het vrouwenrecht centraal, in de tweede feministische golf (in de jaren '60 en '70, *red.*) de gezondheid van vrouwen en het vrouwenlijf, zoals het abortusrecht. De geneeskunde werd erg door mannen gedomineerd; in mijn eerste studiejaar was zo'n 6 procent van mijn medestudenten vrouw. Inmiddels is dat zo'n twee derde. Door die ondervetegenwoordiging was er weinig aandacht voor vrouwspecifieke zaken, zoals menstruatiekachten, of voor de werking van medicijnen bij vrouwen. Actiegroepen binnen de geneeskunde, nauw verbonden aan het feminisme, kwamen daartegen in verzet.

Er speelde ook nog iets anders mee. Ik werd aan het begin van mijn studietijd moeder. Toen ik naar de decaan ging, zei hij: ‘Nou, u kunt gewoon het beste stoppen. Mijn vrouw werd ook zo anders toen we kinderen kregen.’ Ik ben toen doorgegaan met studeren, samen met mijn man. Ik zeg altijd: in weerstand gedij ik goed. Er waren geen crèches, dus die hebben we zelf opgericht. Met een kleine groep ouders, inclusief alleenstaande moeders en lesbische stellen, kraakten we een pand en zorgden we om de beurt voor elkaars kinderen. Die collectieve opvang was heel dierbaar, want de vrouwen in die groep hebben allemaal een opleiding afgemaakt.

In die tijd pleitte ik er met een medestudente voor dat seksueel en fysiek geweld onder de uitgebreide registratie van huisartsen moest vallen. Bij die registratie verzamelen huisartsen veel achtergrondinformatie van patiënten en documenteren zo het probleem beter; het gebeurt bijvoorbeeld bij jaarlijkse griepgevallen. Het verzoek werd afgewezen. Geweld tegen vrouwen zou niet belangrijk genoeg zijn, niet vaak voorkomen en geen medische zaak zijn. Inmiddels staat het gelukkig veel meer op de medische agenda, al valt het nog steeds niet onder die registratie.”

Wat was de situatie in 1975, toen je als huisarts ging werken?

“Onder de vrouwen die in mijn praktijk langskwamen, heerste grote onvrede over de gezondheidszorg. Problemen waar ze mee kwamen, kende ik alleen van horen zeggen: incest, misbruik, geweld. Ik had er niets over geleerd tijdens mijn opleiding. Het werd niet serieus genomen, niet gezien als trauma met ver strekkende gevolgen voor de gezondheid. Mensen zagen het als een inbreuk op de privacy om geweld te signaleren, te behandelen of in te grijpen. Geweld was iets voor achter de voordeur.

Het is pas kortgeleden dat we het zijn gaan zien als een maatschappelijk en medisch probleem. Denk aan het ‘het houdt niet op, niet vanzelf’-spotje. Inmiddels zit seksueel geweld gelukkig wel in de basisopleiding van artsen. Het zou wat mij betreft nog meer aan bod mogen komen.

Binnen de medische wetenschap bleef en blijft aandacht voor gender laag op de rangorde staan, dat zie je terug bij wetenschappelijk onderzoek en het belang dat men eraan hecht. Neem pijn: we weten nog heel weinig over de verschillende pijngrenzen tussen mannen en vrouwen, welke medicatie en wat voor soort zorg het meest geschikt is voor mannen of vrouwen. Maar het scoort wel hoog als je nu bezighoudt met genetica of kankeronderzoek. Dat verschil in status is onterecht. Je moet als arts natuurlijk competent zijn, weten hoe fysiologie en anatomie eruit zien, maar tegelijkertijd moet je het kunnen plaatsen binnen het levensverhaal van je patiënt om hem of haar echt te begrijpen. Mannen zouden bijvoorbeeld pijn minder kunnen rapporteren, omdat ze aangeleerd krijgen dat dat zwak is. Daarom is aandacht voor vrouwen- en mannenrollen van enorm belang.”

Er is nu meer kennis over vrouwspecifieke medische vraagstukken, maar je stuit in je huidige werk toch nog op (medische) mythes over seksueel geweld. Welke zijn dat?

“Er is een aantal dingen waarvan ik weet dat slachtoffers het vaak niet zelf zullen vertellen, en waarvan ik zie dat het enorm oplucht als ik het tijdens het gesprek in mijn praktijk aankaart. Die gedachten houden mensen namelijk gevangen in hun schuld en schaamte, en kunnen ze ervan weerhouden aangifte te doen. Het zijn klassieke mythes, die ondanks de nieuwe kennis die we nu hebben, blijven heersen.

Bijvoorbeeld het idee dat slachtoffers zich moeten verzetten, en er zonder fysiek geweld en verzet geen sprake is van misbruik. Veel slachtoffers verstijven tijdens misbruik, ze bevriezen als het ware, en kunnen zich dus niet verzetten. Ook kan iemand nat worden, een erectie krijgen en zelfs een orgasme ervaren – fysieke reacties die helemaal losstaan van hun instemming. Een dader gebruikt dat vaak als bewijs dat het slachtoffer instemde met de seksuele handeling.

Wat vrijwel altijd terugkomt, is dat slachtoffers zich afvragen of ze het misbruik zelf hebben uitgelokt. Ze zijn soms boos op zichzelf omdat ze vooraf al het gevoel hadden dat de dader niet deugde. Als ik zus of zo had gedaan, had ik het dan kunnen voorkomen? Dat is een manier van traumaverwerking. Als iets willekeurig gebeurt, kan het nog eens gebeuren. Wanneer slachtoffers echter geloven dat zij (deels) schuldig zijn, denken ze dat ze het kunnen voorkomen. Op die manier oefenen ze controle uit.

Het slachtoffer is ook vaak bezig met de dader, alsof dat haar verantwoordelijkheid is. ‘Ik geef hem niet aan, want dan krijgt hij een strafblad en dat verpest zijn carrière.’ Ik spreek vanuit de vrouwelijke vorm, omdat het merendeel van de slachtoffers die ik zie vrouwen zijn. Soms helpt het om iemand die te veel rekening houdt met de gevolgen van de aangifte voor de dader te vragen: kun je wel érgens een melding doen, bijvoorbeeld binnen de vereniging of organisatie waar het misbruik zich voltrok, zodat het in elk geval stopt?

Een andere mythe is dat wanneer het slachtoffer veel gedronken heeft, of drugs heeft gebruikt, de dader geen strafbaar feit pleegt. We zien dat jongeren die alcohol hebben gedronken minder snel aangifte doen, zeker als de dader een bekende was, onder andere vanwege deze mythe: als iemand dronken of high is, is iemand niet in staat om toestemming te geven, en is het dus strafbaar. Ook hoor je in de maatschappij vaak onbegrip wanneer iemand na tig jaren alsnog naar voren komt als slachtoffer. Nou, omdat mensen misbruik zo snel mogelijk willen vergeten. Er kunnen later triggers komen, zoals de #MeToo-beweging, of iets wat het slachtoffer op tv ziet. Of misschien ziet ze wat haar eigen dochter overkomt, waar ze zelf nooit over heeft gesproken.”

Wat zeggen dit soort mythes over ons?

“Ze tonen aan hoe slecht we slachtoffers van geweld begrijpen, ook in de medische wereld. We moeten nog veel meer onderzoeken hoe het met hen door de tijd heen gaat. Wat is hun voorgeschiedenis? Kunnen ze relaties aangaan, herstellen ze? We weten dat allemaal niet. De hulpverlening moet ook minder aannemen. Laten we goed kijken naar wat slachtoffers meemaken en wat ze nodig hebben, en niet bij wijze van spreken gelijk EMDR-therapie (een behandeling om trauma’s te verwerken, *red.*) voorschrijven – omdat je dan misschien voorbij gaat aan de kracht die in een slachtoffer zelf zit. Of in de mens überhaupt, want het woord patiënt of slachtoffer reduceert, het is maar één stukje van jezelf.”



Beeld door: Desiré van den Berg

Over #MeToo gesproken, in de media zijn naar aanleiding van de beweging een aantal zaken van seksueel misbruik met gevolgen voor daders breed uitgemeten. Het lijkt daardoor alsof het leven van een (vermeende) dader na een aanklacht voorbij is. Is dat ook een mythe?

“In het algemeen is het inderdaad zo dat er eigenlijk niks gebeurt. Bij verkrachtingszaken wordt het overgrote deel van de zaken geseponneerd (80 procent, *red.*). Ook hebben de meeste organisaties geen plan van aanpak waarin staat dat seksuele intimidatie of overschrijdend gedrag op de werkvloer niet getolereerd wordt en wat voor actie er volgt als het wel gebeurt.

Zo'n organisatie zegt bijvoorbeeld: we geven de dader eerst een online cursus, bij de tweede keer volgt een aantekening en bij de derde keer volgt ontslag. In de meeste gevallen komt de dader er dus nog steeds mee weg. Dat is treurig.

Er zijn grote capaciteitsproblemen bij de politie en justitie, maar er is wel een grotere urgentie voor het probleem dan vroeger. De samenwerking in de CSG's tussen hulpverleners, artsen en rechercheurs is een enorme verbetering, en de politie is bij aangifte of melding veel slachtoffervriendelijker geworden. Binnen de opleiding Geneeskunde in Nijmegen ben ik bezig met het opstellen van een plan van aanpak bij seksuele intimidatie van studenten. Alle ontwikkelingen stemmen me hoopvol.

Het belangrijkste is dat we de heersende mythes moeten doorbreken. De mensen die naar voren zijn gekomen door de #MeToo-beweging zijn ongelofelijk dapper. Zij breken met de schaamte rondom misbruik.”