

# Zwanger door incest

*Informatie voor hulpverleners  
over het verwerkingsproces*

Stichting Ambulante Fiom



# Zwanger door incest

*Informatie voor hulpverleners  
over het verwerkingsproces*





Met dank aan (voormalige) Fiom-collega's en ervaringsdeskundigen.  
Deze brochure werd financieel mogelijk gemaakt door het ministerie van VWS.

## Colofon

Dit is een uitgave van:  
Stichting Ambulante Fiom

e-mail: [info@fiom.nl](mailto:info@fiom.nl)  
website: [www.fiom.nl](http://www.fiom.nl)

*Auteur:* Ellen Giepmans  
*Vormgeving:* Studio Wittenberg, Schijndel  
*Druk:* NPC, Schijndel  
*Uitgave:* 2e druk, oktober 2011

# Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b>	5
• Doel	
• Ervaring	
<b>2. Incest en zwanger: twee thema's</b>	7
<b>3. Signaleren</b>	9
• Signalen zwangerschap door incest	
• Zwijgen	
<b>4. Hulp</b>	13
• Fasen in de hulpverlening	
• Groepshulpverlening	
<b>5. Verwerking</b>	19
• Fase 1 <i>het eigen verhaal</i> Handvatten voor de hulpverlener	
• Fase 2 <i>emoties</i> Handvatten voor de hulpverlener	
• Fase 3 <i>erkenning, rouw en integratie</i> Handvatten voor de hulpverlener	
• Fase 4 <i>betekenis geven</i>	
<b>6. Valkuilen</b>	29
<b>7. Cijfers en wetgeving</b>	33
• Wetgeving	
• Meldrecht	
<b>8. Literatuurlijst</b>	37

*“Het kind is verwekt uit geweld,  
maar op het moment van zwangerschap  
is het mijn kind.”*

# 1. Inleiding

Een zwangerschap is meestal iets moois. Er wordt naar de komst van het kindje uitgekeken.

Maar wat als de zwangerschap is veroorzaakt door incest? Als een meisje of vrouw zwanger is geraakt omdat ze door haar vader, broer, opa, oom of neef seksueel is misbruikt?

Dat deze zwangerschappen voorkomen is misschien moeilijk voor te stellen, toch bestaan ze. Want juist bij incest is veelal sprake van onbeschermd seks. Dat betekent dat een vrouwelijk slachtoffer risico loopt zwanger te raken. Een zwangerschap die vaak omgeven is met geheimhouding, net als de incest. Een geheim binnen een geheim dus.

## DOEL

---

De Stichting Ambulante Fiom (Fiom) wil een bijdrage leveren aan het zichtbaar en bespreekbaar maken van deze problematiek. Het doel van deze brochure is hulpverleners alert te maken op het bestaan van zwangerschappen door incest. Het ontwikkelen van een professioneel bewustzijn kan helpen in het (h)erkennen van dit soort zwangerschappen. Hulp bieden bij de verwerking van een zwangerschap die door incest is ontstaan, komt dan binnen bereik en biedt de getroffen vrouwen waar ze recht op hebben: erkenning en professionele ondersteuning. Het doel voor hen: het heroveren van de regie over hun eigen leven.

In principe is de informatie in deze brochure bruikbaar voor alle hulpverleners<sup>1</sup> die werken met vrouwelijke cliënten. Het is van be-

---

<sup>1</sup> Uit interviews met deze vrouwen blijkt dat deze doelgroep bij verschillende hulpverleners terecht komt o.a.: het algemeen maatschappelijk werk, de huisarts, de V.S.K., psycholoog, slachtofferhulp, herstellingsoord, haptonoom, paragnost, vrijgevestigde (regressie-) therapeuten, het ziekenhuis, GGZ.

lang dat zij alert zijn op signalen die wijzen op ervaringen met seksueel misbruik en de gevolgen daarvan. Meer specifiek is dit boekje gericht op hulpverleners die in hun werk te maken kunnen krijgen met vrouwen die in het verleden zwanger zijn geweest door incest, mogelijk in combinatie met problemen rondom (tiener)moederschap, abortus, afstand ter adoptie of zwangerschapsverlies. Basiskennis over de verwerking van seksueel misbruikervaringen, het proces van trauma & herstel, wordt bekend verondersteld.

## **ERVARING**

---

Veel informatie in deze brochure is afkomstig van ervaringsdeskundigen. De Stichting Ambulante Fiom startte in 1999 als pilot een verwerkingsgroep voor vrouwen die zwanger zijn geweest door incest. Dit gebeurde mede naar aanleiding van de zoektocht van een cliënte naar gepaste hulp. Zij gaf aan dat ze zich niet thuis voelde in het bestaande hulpverleningsaanbod. De verwerkingsgroep abortus, verwerkingsgroep afstand ter adoptie, verwerkingsgroep ongewenste kinderloosheid, verwerkingsgroep incest: overal herkende ze wel iets, maar ze miste het contact met lotgenoten die net als zij zwanger waren geweest door incest. In 2002/2003 werd de groep herhaald met gebruikmaking van de eerder opgedane ervaringen.

De pilot is geëvalueerd in een kwalitatief onderzoek (Giepmans, 2003). Voor dit onderzoek zijn negen vrouwen geïnterviewd die zwanger zijn geweest door incest. Hun ervaringen zijn in deze brochure verwerkt.

## 2. Incest en zwanger: twee thema's

Dat de gevolgen van seksueel misbruik ingrijpend en langdurig zijn, is bekend. Wanneer vrouwen door het misbruik zwanger zijn geraakt, zijn de gevolgen nog ernstiger. (Van Heerbeek & Van Duuren). De kern van deze verzwaring wordt gevormd door de manier waarop de zwangerschap is ontstaan (seksueel misbruik) en de relatie met de misbruiker die nu ook de biologische vader wordt. Dit bepaalt de verhouding tussen de vrouw en haar – ongeboren – kind.

Volgens ervaringsdeskundigen gaat de zwangerschap 'een laagje dieper' dan het seksueel misbruik op zich. Het schuldgevoel wordt groter. Zeker wanneer er sprake is geweest van meerdere zwangerschappen, kan een vrouw zich afvragen hoe ze de zwangerschap had kunnen voorkomen en hoe ze de vrucht/het kind had kunnen beschermen. Ze kan zich (mede)verantwoordelijk voelen voor de afloop van de zwangerschap.

Uit onderzoek komt naar voren dat de meeste vrouwen ten tijde van de zwangerschap jonger zijn dan 19 jaar<sup>2</sup>.

Ook blijkt dat niemand van de respondenten van te voren bang was voor een zwangerschap:

- ze stonden er niet bij stil. Veel vrouwen zijn bezig met het overleven van het geweld;
- ze hebben geen (juiste) seksuele voorlichting gehad en denken bijvoorbeeld dat ze alleen zwanger kunnen worden als ze geslachtsgemeenschap hebben als ze ongesteld zijn of dat baby's alleen uit liefde worden geboren.

---

<sup>2</sup> Giepmans (2003), Van Son, Ensink en Akkermans (2003), Van Duuren en Van Heerbeek (1997).



De angst voor zwangerschap is wel aanwezig na de eerste zwangerschap, evenals de hoop dat het misbruik stopt, bijvoorbeeld bij terugkeer naar huis na de bevalling. Plegers nemen echter zelden de verantwoordelijkheid om de zwangerschap te voorkomen door voorbehoedsmiddelen te (laten) gebruiken. Ook niet na de eerste zwangerschap (Van Duuren & Van Heerbeek).

## *“Zwanger door incest is een dimensie verder dan incest...”*

Voor ervaringsdeskundigen zijn incest en de zwangerschap door incest twee aparte thema's.

Hoewel de zwangerschap *samenhangt* met het misbruik, noemden de geïnterviewde vrouwen verschillende redenen die de zwangerschap voor hen onderscheidde van de seksueel misbruikervaring:

- *“Zwanger door incest is een dimensie verder dan incest. De zwangerschap is zo een eigen ervaring en voor sommigen geldt dat ook voor de bevalling en de kinderen”.*
- de zwangerschap tast de identiteit meer aan dan het seksueel misbruik op zichzelf.
- de ontwikkeling van moedergevoelens. *“Het kind is verwekt uit geweld, maar op het moment van zwangerschap is het mijn kind. Op dat moment ben je moeder. Je wilt het beschermen. Dat is ongeveer het ergste wat een moeder kan overkomen: het gevoel dat het jouw schuld is dat het kind er niet meer is. Of dat reëel is of niet: dat gevoel heb je”.*
- de zwangerschap zorgt voor een ander schuldgevoel: *“Misbruik wordt je aangedaan; bij de zwangerschap is er ook sprake van eigen handelen. Je hebt zelf wel of niks gedaan. Het gaat niet alleen over jezelf maar ook over de kinderen die in je groeien. Daar voel je je schuldig over. De gevoelens zijn complex”.*
- de zwangerschap kan ook in positieve zin anders zijn dan het

misbruik: *“Het misbruik was verschrikkelijk. Je wilt niet meer leven. Door de zwangerschappen hield ik het vol: als je zwanger bent besta je echt. En doe je er dus wel toe. Het is iets moois. Toch ben ik blij dat mijn kindje het niet gered heeft”.*

- de misbruikervaring in het verleden is meer een ‘afgerond geheel’ dat geen relatie heeft met nu. Wanneer een vrouw bevalt en haar kind groeit op in het gezin dan wordt zij dagelijks geconfronteerd met haar vader, het misbruik en de gevolgen daarvan. Vrouwen die niet weten waar hun kinderen zijn, blijven in onzekerheid. Een vrouw van wie de kinderen vermoord zijn na de geboorte, zei: *“Door incest is mijn lijf beschadigd, maar ik neem mijn leven terug. Ik kan veel dingen overdoen. Maar mijn kinderen komen niet meer terug”.*
- ten slotte is het taboe op ‘zwanger door incest’ groter dan het taboe op seksueel misbruik. Dit maakt de zwangerschap nog moeilijker bespreekbaar: *“het gaat het voorstellingsvermogen van mensen te boven: dat komt niet voor”.*

### 3. Signaleren

Aan de buitenkant kun je niet zien of een zwangerschap door incest is ontstaan. De hulpverlener is afhankelijk van de informatie die de vrouw geeft. *“Als je niet wilt dat iemand het weet, dan komt diegene dat ook niet te weten”.* De vrouwen komen bijna nooit rechtstreeks met deze problematiek bij de hulpverlening terecht. Vaak zijn andere klachten aanleiding om hulp te zoeken, bijvoorbeeld klachten die te maken hebben met de manier waarop de zwangerschap is geëindigd:

- een miskraam of doodgeboorte;
- (illegaal) afbreken van de zwangerschap door een abortusbehandeling;
- de baby is geboren en groeit op bij de moeder en/of haar familie;

- de baby is ter adoptie (illegaal) afgestaan;
  - ook komt het voor dat de baby na de geboorte wordt gedood.
- Het is meestal de pleger die bepaalt wat er gebeurt.

De zwangerschap door incest wordt al dan niet bewust verzwegen. Intuïtie van de hulpverlener speelt dus een grote rol. Als hij of zij bijvoorbeeld sterk het gevoel heeft dat er iets niet klopt van wat men hoort en ziet, is het belangrijk te beseffen dat zwangerschap door incest voorkomt en dat het mogelijk een verklaring kan zijn voor bepaalde klachten.

Adequate signalering is van groot belang. Het bewust beseffen dat deze zwangerschappen bestaan, het letten op signalen en het serieus nemen van de eigen twijfels van de hulpverlener, kunnen helpen bij het herkennen van deze problematiek.

## **SIGNALEN VAN ZWANGERSCHAP DOOR INCEST**

---

Uit verschillende bronnen komen aanwijzingen naar voren die kunnen wijzen op een zwangerschap door incest of op een zwangerschap door incest die in het verleden heeft bestaan. De tekenen zijn niet opzichzelfstaand, maar meestal verbonden met elkaar. Signalen kunnen zijn:

- vaag antwoord geven op concrete vragen als het ontstaan van de zwangerschap of wie de verwekker is
- een wens tot abortus of afstand die niet helder geformuleerd is
- geen of een negatieve beleving van de zwangerschap
- moeilijk praten; steeds dichtklappen; vermijden van (oog) contact
- schuld- en schaamtegevoelens
- moeite met vertrouwen
- een negatief zelfbeeld, problemen met het aangeven van grenzen
- de indruk dat de vrouw in een isolement leeft

- spijbelen of langere periodes helemaal niet op school verschijnen
- dwang door ouders om een bepaalde keuze te maken ten aanzien van de zwangerschap zoals abortus of afstand ter adoptie
- relatie met pleger: bijvoorbeeld veel cadeautjes ontvangen, iemands 'prinsesje' zijn
- verstoorde relatie met moeder
- geen toestemming krijgen om alleen in gesprek te gaan met een hulpverlener
- verstoorde ontwikkeling in de puberteit
- signalen van seksueel misbruik
- een onbedoelde zwangerschap zonder toelichting
- psychiatrische ziektebeelden zoals depressie, zelfmoordneigingen, automutilatie, borderline symptomen en/of dissociatie
- psychiatrische ziektebeelden/ (oorlogs-)trauma bij ouders

Uit interviews met ervaringsdeskundigen komt verder naar voren dat het geen uitzondering is dat een vrouw of meisje vaker dan één keer zwanger is geraakt door incest. Meestal begint het seksueel misbruik door een familielid al op zeer jonge leeftijd (zolang ze zich kunnen herinneren) of in de puberteit.

## **ZWIJGEN**

---

Ook al is het duidelijk dat de vrouw zwanger is geraakt door incest, er kunnen redenen zijn waarom zij daarover blijft zwijgen (op het moment zelf en daarna). Angst en schaamte zijn daarvoor meestal de belangrijkste argumenten. De vrouw kan bijvoorbeeld bang zijn voor de pleger van incest. Hij kan haar intimideren of chanteren. Hij kan dreigen de vrouw, het hele gezin of zichzelf iets aan te doen als zij over het misbruik en de daaruit voortkomende zwangerschap gaat praten. Veel slachtoffers voelen zich verantwoordelijk voor

het gezin en/of blijven loyaal aan de pleger omdat hij immers hun vader, opa, broer of oom is.

*“Ik heb mezelf ook lang genoeg voor de gek gehouden. De angst houdt je tegen. Ik denk dat het afhankelijk is van je situatie. Zolang ik nog thuis woonde, had ik het niet kunnen vertellen”.*

Wanneer niet over het seksueel misbruik gesproken wordt, is het voor de meeste vrouwen een logisch gevolg om ook over de zwangerschap te zwijgen. Eén vrouw omschreef de zwangerschap als een geheim binnen een geheim. *“Je bent bang dat als je over het misbruik gaat praten, je ook over de zwangerschappen moet beginnen. Als je praat over het misbruik, dan gaan de zwangerschappen wroeten. Dat wil je niet”.*

## *“Zolang ik nog thuis woonde, had ik het niet kunnen vertellen”*

Nog meer redenen om te zwijgen zijn zaken als schuldgevoel. Soms ziet een vrouw zichzelf als moordenaar, verrader van het kind en schaamt ze zich over wat er gebeurd is. Of het komt gewoon niet bij haar op om het er over te hebben. Haar wereld is vaak klein, ze leeft geïsoleerd of heeft geen idee met wie ze erover zou kunnen praten. Af en toe zendt ze wel signalen uit maar krijgt geen effectieve reacties waardoor ze haar woorden inslikt. Herinneringen wegduwen is een manier om te overleven (dissociatie). De vrouwen kunnen ook lange tijd te horen hebben gekregen dat ze toch niet geloofd worden als ze er met iemand over gaan praten: iedereen zal denken dat ze gek zijn. Ze twijfelen aan zichzelf en/of voelen zich slecht. Vaak denkt het slachtoffer in kwestie dat zij de enige is die zwanger is geraakt door incest. Of ze ervaart het als verraad aan haar ouders wanneer zij over vroeger gaat praten.

De beladenheid van de problematiek bemoeilijkt het doorbreken van het stilzwijgen.

Meestal lukt dit pas als vrouwen in staat zijn om over hun incest-ervaring te spreken<sup>3</sup>. Hiervoor moeten ze zich veilig voelen en iemand hebben die ze vertrouwen. Dit kan iemand uit de directe omgeving zijn, maar ook een hulpverlener. Op welk moment vrouwen ook over hun ervaringen gaan praten, het heeft gevolgen voor de relatie met hun omgeving. Het is van belang om hier tijdens de hulpverlening bij stil te staan.

## 4. Hulp

Seksueel misbruikt worden is een traumatische gebeurtenis. Dat traumatische ervaringen verlies van basisveiligheid, van basisvertrouwen tot gevolg hebben, wordt als bekend verondersteld.

Wanneer een vrouw als gevolg van incest zwanger raakt, leidt dit daarbij ook tot verlies van haar jeugd (ze wordt moeder), van de zwangerschap of van het kind (bij overlijden of afstand ter adoptie). Volgens Herman (1993) zijn onmacht en isolement de kern-ervaringen van een psychisch trauma. Het herstel is erop gericht dat de vrouw weer de macht krijgt en zich verbonden voelt met anderen. 'Herstel is alleen mogelijk binnen de context van relaties; het kan niet in een isolement plaatsvinden. In haar hernieuwde verbondenheid met anderen maakt de overlevende zich opnieuw psychische vermogens eigen die door de traumatische ervaring zijn beschadigd of vervormd. Deze vermogens liggen op het vlak van vertrouwen, autonomie, initiatief, competentie, identiteit en intimiteit. Zoals ze oorspronkelijk tot stand zijn gekomen, zo moeten ze ook weer worden opgebouwd: in relatie met andere mensen.'

---

3 Andersom komt ook voor: het verwerken van de zwangerschap vormt de aanleiding om over de (andere) ervaringen van het seksueel misbruik te gaan praten.

In de vrouwenhulpverlening wordt uitgegaan van de overlevingskracht van vrouwen. Geprobeerd wordt de door slachtoffers ontwikkelde overlevingsstrategieën om te buigen van overleven naar zorgen voor zichzelf. Samen met de desbetreffende vrouw wordt gekeken naar haar overlevingsstrategieën; wat is de functie, hoe helpt het haar, hoe belast het haar, wat wil ze wijzigen en wat is daar voor nodig. Overleven wordt, binnen de beschikbare mogelijkheden, het hernemen van de regie over het eigen leven.

## **FASEN IN DE HULPVERLENING**

---

Het hulpverleningstraject is te verdelen in drie fasen:

1. Intake
2. Werkfase
3. Afsluiting

Tijdens de *intake* is het van groot belang vertrouwen op te bouwen en samen met de cliënte te bepalen wat haar doelen zijn.

In de *werkfase* kan door middel van verschillende werkvormen (praten, tekenen, beeldhouwen, visualiseren) gewerkt worden aan het realiseren van de doelstelling. Deze kan bijvoorbeeld betrekking hebben op de volgende thema's:

- de relatie met het (ongeboren) kind: moeder-kind-rol, gevoelens en gedrag; kinderen uit de anonimiteit halen en uitzoeken welke plaats de kinderen die verwekt zijn door incest krijgen in het huidige gezin; in het hier en nu;
- afhankelijk van hoe de zwangerschap is geëindigd:
  - rouwen om het verloren gegane moederschap
  - afstand ter adoptie: uitzoeken: wel/niet op zoek gaan naar kinderen<sup>5</sup>

---

5 Zowel afstandsmoeders als adoptiekinderen kunnen zich inschrijven in het contactregister van de Fiom als zij wel gevonden willen worden, maar zelf geen zoekactie willen of kunnen starten. Hierdoor staat geregistreerd dat zij biologische moeder zijn van een kind.

- wanneer moeder en kind een gezin vormen: hoe met elkaar om te gaan;
- wat en wanneer wel/niet vertellen;
- de relatie met de pleger voor en na het bekend worden van de zwangerschap; vader-moeder-rol en daarmee verbonden gevoelens en gedrag, wel of geen aangifte doen;
- de relatie met eventuele andere, niet-misbruikte kinderen, familie, vrienden en vriendinnen voor en na het bekend worden van de zwangerschap; veranderingen in de relaties, veroordeling, steun;
- uitvinden of men opnieuw moeder durft te worden;
- waarden en normen: cultuur/religie/levensbeschouwing;
- leren omgaan met (ambivalente) gevoelens als verdriet, schuld, schaamte, boosheid, verlies, wraakzucht, macht/onmacht, (wan) hoop, agressie, eenzaamheid, liefde;
- intimiteit/seksualiteit; de eigen socialisatie, man/vrouw-verschillen, intimiteit en seksualiteit in het huidige gezin van de vrouw;
- identiteit; zelfbeeld, de eigen socialisatie, moederschap en partnerschap, eigenwaarde;
- sociaal netwerk/vangnet; waar is steun te vinden;
- toekomstperspectieven; doelen, acties.

Methodieken die (onder andere) kunnen worden ingezet: seksespecifieke hulpverlening, emancipatorische hulpverlening, systeemgerichte hulpverlening, psycho-educatie.

De werkfase kenmerkt zich door het helpen van de vrouw, met het actief en gericht ordenen van de ervaring. Aangezien de belangrijkste werkvorm het gesprek is, zijn de volgende communicatieve aspecten van belang:

- het erkennen van de autonomie en deskundigheid van de cliënte over zichzelf en haar leven;
- het hanteren van gesprekstechnieken bijvoorbeeld open vragen,



- gesloten vragen, doorvragen, verhelderen, terugkoppelen, metacommunicatie;
- het verkennen in en buiten het geëigende;
  - het expliciteren van wat men bewust of onbewust niet hardop mag of durft te zeggen;
  - non-verbale communicatie, bijvoorbeeld houding, stemgeluid, oogcontact, ademhaling;
  - logische redenering, consistentie, argumentatie, congruentie.
- De *afsluitende fase* kenmerkt zich door het 'binnen halen van de winst': welke stappen heeft de cliënte kunnen zetten in het heroveren van de regie over haar eigen leven. Het afscheid nemen kan een confrontatie opleveren met eerdere verlieservaringen en het is van belang hier voldoende tijd voor te nemen. Afscheidsrituelen kunnen behulpzaam zijn in het loslaten van de hulpverlening; van deze tijd van werken aan zichzelf.

## **GROEPSHULPVERLENING**

---

Het verwerkingsproces kan worden doorlopen door middel van individuele hulpverlening en/of groepshulpverlening. Op basis van de ervaringen met de pilotgroep van de Fiom, kan worden geconcludeerd dat ook voor deze vrouwen (h)erkenning en ondersteuning via groepswork extra kan bijdragen aan het herstel.

*“Een groep relateert heel erg.*

*En wat jij niet durft, durft een ander wel.”*

Alle geïnterviewde vrouwen die groepshulpverlening hebben gehad, benadrukken de meerwaarde van de groep: *“Een hulpverlener heeft er dan wel voor geleerd, maar de één op één situatie weerhoudt je er soms toch van om bepaalde dingen te zeggen. Je schaamt je omdat je denkt dat je de enige bent en omdat je niet weet welke woorden je moet gebruiken. Een groep relateert heel erg. En wat jij niet durft, durft een ander wel”.*

Ook komt het voor dat deelnemers in een groep bepaalde dingen eerst bij anderen zien en daarna pas bij zichzelf: *“Bij een ander zie je dat beschermen van het kind onmogelijk was. Ze had alles gedaan wat ze kon. Duidelijk. Pas later zie je dat je er zelf ook alles aan gedaan hebt. Het kon niet anders”*.

Sommigen vinden het prettig dat de vrouwen in de groep ook kritische vragen durfden te stellen, iets dat ze bij hulpverleners wel eens misten omdat die zich zo begripvol opstelden. Doordat ze met verhalen van lotgenoten geconfronteerd worden, gaan veel vrouwen kritisch naar zichzelf kijken. De herkenning, bevestiging, het lotgenotencontact, de steun, zorgden ervoor dat de groepsvorm positief beleefd werd. Een vrouw zei: *“Je weet wat je allemaal kan doen om de ander te helpen. Toen het proces op gang kwam, was de begeleiding alleen maar een steuntje in de rug. Tijdens het proces van vertellen en doorvoelen heb je elkaar nodig”*.

Het proces dat de vrouwen in de groep doorlopen hebben, verschilde van elkaar. De ene vrouw had haar gevoelens in verband met de zwangerschap min of meer een plaats gegeven; een andere vrouw werd zich nu pas bewust van haar emoties, nadat ze in de groep voor het eerst woorden aan haar ervaring kon geven. Zij had het idee dat haar proces toen pas begon. Goede vervolghulpverlening is dan van belang.

Door deelname aan de groep zeggen de deelneemsters dat zij de zwangerschap beter een plaats hebben kunnen geven. Het overheerst niet meer; het is deel geworden van wie ze nu zijn. Een vrouw uit de tweede pilot vertelde: *“De wereld is veel mooier na de groep.”* Bij een andere vrouw zijn *“de diepe pijn en het verdriet eruit”*. Het gevolg van de groep is volgens een derde: *“overleven wordt ‘leven’. Er zijn ook leuke dingen in het leven naast stress en eenzaamheid. Ik mag er zijn en mijn kinderen, geboren door incest, ook!”*

Groepshulpverlening is niet voor iedereen geschikt. Algemene criteria voor deelname zijn:

- kunnen omgaan met vertrouwelijke informatie;
- zich aan afspraken kunnen houden;
- in staat zijn om naar de eigen situatie te kijken;
- bereid zijn over de eigen situatie te praten;
- in staat zijn naar anderen te luisteren;
- beschikken over steun uit de omgeving.

### *Specifieke criteria*

Voor vrouwen die zwanger zijn geweest door incest is het daarnaast nodig om extra aandacht te besteden aan de verhouding draagkracht/draaglast. De incest-ervaring dient in zoverre verwerkt te zijn dat het geen belemmering vormt om zich in de groep op de gevolgen daarvan te kunnen richten. Extra individuele ondersteuning door een hulpverlener is noodzakelijk.

### *Contra-indicaties*

Afhankelijk van de samenstelling van de groep kan een actuele zwangerschap een reden zijn om niet deel te kunnen nemen aan groepshulpverlening. Voorbeelden van andere contra-indicaties zijn psychiatrische klachten/ziektebeelden en middelengebruik waardoor een vrouw niet aan bovengenoemde criteria kan voldoen.

***“Bij een ander zie je dat beschermen van het kind onmogelijk was. Ze had alles gedaan wat ze kon.***

***Duidelijk.***

***Pas later zie je dat je er zelf ook alles aan gedaan hebt. Het kon niet anders.”***

## 5. Verwerking

Tijdens de hulpverlening verloopt het verwerkingsproces bij de meeste vrouwen volgens een bepaald patroon.<sup>6</sup>

De te onderscheiden fasen zijn niet strikt gescheiden, ze kunnen elkaar overlappen. Het betreft het eigen verhaal, emoties, erkenning, rouw en integratie. Betekenis geven is ook een belangrijk punt.

### **FASE 1 *Het eigen verhaal***

---

De eerste stap op weg naar herstel is het bespreekbaar maken van de zwangerschap. Het praten hierover met een hulpverlener lukt meestal pas als een vrouw het gevoel heeft dat de hulpverlener:

- echt in haar geïnteresseerd is,
- op regelmatige tijden bereikbaar is,
- veiligheid kan bieden,
- de verhalen kan aanhoren,
- deskundig is,
- emoties kan laten zijn en zien zonder er door overspoeld te worden
- en de vrouw serieus neemt.

### **HANDVATTEN VOOR DE HULPVERLENER**

---

Een hulpverlener kan cliënten stimuleren het onderwerp aan te kaarten door:

- de mogelijkheid van een zwangerschap standaard te noemen in het rijtje van gevolgen van seksueel misbruik. Het aan de orde laten komen als een reële mogelijkheid.

---

<sup>6</sup> Peter John Schouten, psychodramatherapeut, ontwikkelde vanuit zijn ervaring met het werken met mannelijke cliënten met seksueel-misbruikervaring (Fiom, AMW, TransAct) een therapiemodel. Vrouwen die zwanger zijn geraakt door seksueel misbruik, doorlopen tijdens hun verwerkingsproces over het algemeen dezelfde fasen.

Het niet benoemen vergroot volgens een vrouw het taboe.

*“Je moet laten weten dat het vaker gebeurt en reageren alsof het normaal is. Niet alsof het een freaky probleem is, zo van: het kan nog erger. Maar gewoon als een gevolg van het seksueel misbruik,”*.

Ook al komt er geen (bevestigend) antwoord: het feit dat een hulpverlener het misbruik en een zwangerschap aankaart geeft de cliënte de informatie dat het bespreekbaar is. Zij kan er op een later (veiliger) moment op terugkomen;

- alert te zijn op een mogelijke zwangerschap in het verleden, het durven signaleren, er naar durven vragen in een gesprek door het stellen van gerichte vragen, eventueel met de introductie: *“Ik stel soms pijnlijke vragen, je hoeft niet te antwoorden, dat is aan jou”*. Daarbij is het uiteraard aan de cliënte om te bepalen hoe gedetailleerd ze erover wil vertellen;
- gericht te vragen naar het ontstaan van zwangerschappen; het aantal zwangerschappen, vragen of seksueel contact vrijwillig/gewenst was;
- seksueel misbruik-ervaringen te expliciteren zonder versluierd taalgebruik;
- voldoende tijd te nemen: als iemand veertig jaar haar mond heeft gehouden zijn een paar gesprekken meestal niet genoeg om de problematiek aan de orde te stellen en te starten met hulpverlening;
- rekening te houden met de leeftijd en ontwikkelingsfase van jonge cliënten<sup>7</sup>;
- te erkennen waar de grens ligt van de eigen deskundigheid, deze te bespreken en de cliënte te verwijzen; intern of extern.

Herman (1993; 228) geeft aan dat ‘de reconstructie van het verhaal begint met een overzicht van het leven van de cliënt voorafgaand aan het trauma en van de omstandigheden die tot het gebeurde

---

7 In gesprek gaan met jonge vrouwen vraagt specifieke deskundigheid.

Lezenswaardig: : *‘Ik heb ook wat te vertellen’*, communiceren met pubers en adolescenten van Martine F. Delfos.

hebben geleid. De cliënt moet worden aangemoedigd te praten over haar belangrijkste relaties, haar idealen en dromen en problemen en conflicten die aan de gebeurtenis vooraf zijn gegaan. Dit schept een context waarbinnen de specifieke betekenis van het trauma kan worden begrepen.

De volgende stap is het reconstrueren van de traumatische gebeurtenis als een opsomming van feiten. Uit de losse fragmenten van versterkte beelden en gewaarwordingen stellen de cliënt en de hulpverlener gaandeweg een geordend, gedetailleerd, verbaal verslag samen dat is gesitueerd in de tijd en ingebed in de historische context. Het verhaal omvat niet alleen de gebeurtenis zelf, maar ook de reactie van de cliënte en die van belangrijke mensen in haar leven. Naarmate het verhaal zich toespitst op de meest ondraaglijke momenten, wordt het voor de cliënte steeds moeilijker zich in woorden uit te drukken. Soms schakelt de cliënt spontaan over op non-verbale communicatiemiddelen zoals tekenen, schilderen of beeldhouwen.

*“Uit de losse fragmenten stellen de cliënt  
en de hulpverlener gaandeweg  
een geordend verbaal verslag samen”*

Voorbeelden van vragen die de hulpverlener kan stellen over de tijd waarin de zwangerschap plaatsvond: waar gebeurde het, wat gebeurde er precies, onder welke omstandigheden, heeft de vrouw iemand in vertrouwen kunnen nemen, wie wisten er nog meer van, door wie of hoe werd besloten wat er met de zwangerschap gebeurde, was er sprake van (medische) begeleiding tijdens de zwangerschap en tijdens de bevalling, was er nazorg, heeft de cliënte het kindje een naam gegeven.

Het is van belang te expliciteren: “en wat gebeurde er toen”, totdat er helderheid is. Interpretaties of lacunes invullen, is af te raden.

### *Begrenzen*

Wanneer het zwijgen over een (vaak) lang bewaard geheim wordt verbroken, is begrenzing door de hulpverlener belangrijk. Dat kan door bijvoorbeeld onderwerpen te parkeren die voor nu te zwaar zijn. Niet alles hoeft meteen verteld te worden. De eerste pogingen om over de zwangerschap te praten, kunnen gepaard gaan met een zekere mate van dissociatie. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de cliënte het verhaal verstopt dat ze heeft opgeschreven of het aan de hulpverlener geeft met het verzoek om dit buiten de spreekkamer te lezen. De hulpverlener moet er voor waken dat er een gescheiden communicatiekanaal ontstaat. Het is juist de bedoeling dat de cliënte het verhaal in de spreekkamer brengt, waar het kan worden verteld en aangehoord.

Ook de cliënte kan begrenzen. Zij kan zich geremd voelen. Dit kan tot gevolg hebben dat zij haar ervaring minder erg maakt, bijv. door:

- in plaats van te praten over twee zwangerschappen die hebben plaatsgevonden, één zwangerschap te noemen;
- te vertellen dat ze 'een beetje zwanger' is geweest, waarmee ze dan een zwangerschap bedoelt die twee maanden heeft geduurd;
- wanneer de baby na de geboorte door de vader is vermoord, in eerste instantie te vertellen dat de baby meteen na de geboorte is overleden.

### *Veiligheid en vangnet*

Het onder ogen zien van de ervaringen die de cliënte heeft meegemaakt kan heftig zijn voor alle betrokkenen. Het is belangrijk om zorgvuldig aandacht te besteden aan de voorwaarden waaraan de hulpverlening moet voldoen. Veiligheid voor de cliënte staat voorop. Wanneer het zwijgen is doorbroken en het geheim naar buiten is gekomen, kan de confrontatie met het verleden ook bij mensen uit de directe omgeving veel losmaken. De cliënte kan bang zijn dat alle bedreigingen die door de omgeving zijn geuit, nu daadwerkelijk worden uitgevoerd.

De hulpverlener dient te onderzoeken hoe reëel deze angst is en of het nodig is om bijvoorbeeld de politie in te schakelen.

Het kan voorkomen dat de vrouw aan personen die ze vertrouwt, al wel verteld heeft over het seksueel misbruik, maar niet over de zwangerschap. Bijvoorbeeld omdat zij deze ervaring niet eerder zelf onder woorden kon brengen of omdat haar omgeving al zo schrok van het seksueel misbruik, dat ze de zwangerschap en eventuele andere gevolgen maar achterwege heeft gelaten.

### *Partner*

Met name de partner<sup>8</sup> kan bij de verwerking een belangrijke rol spelen. Hij krijgt veel te maken met de gevolgen van de zwangerschap door incest. Sommige partners zijn trots op hun vrouw en op de manier waarop zij met haar ervaring omgaat. Vrouwen ervaren dit niet altijd als prettig: *“Ik voel me op een voetstuk geplaatst; de relatie is niet meer gelijkwaardig. Mensen kunnen hierdoor ook teveel van je verwachten”*. En: *“Het is ook niet fijn om een uitzondering te zijn of het ergste van het ergste meegemaakt te hebben. Er moet net zo goed ruimte zijn voor de problemen van mijn partner.”* Voor partners kan de zwangerschapservaring ook teveel zijn. Hij of zij wil haar niet geloven of men kan de informatie niet aan.

Het vraagt veel inzet en openheid van beide partners om samen door het verwerkingsproces te komen. Men moet niet alleen kunnen praten over wat dwars zit, maar ook goed kunnen luisteren. De partner kan het gevoel hebben dat hij met zijn problemen nergens terecht kan omdat hij dat ervaart als zwakheid of als verraad aan zijn partner. De hulpverlener die de vrouw begeleidt, kan de partner in dat geval een parallel hulpverleningstraject aanbieden of dit door een collega laten doen.

---

<sup>8</sup> Voor de leesbaarheid is voor de mannelijke vorm gekozen. Daar waar 'hij' staat, kan ook 'zij' gelezen worden.



### *Familie*

Vrouwen ondervinden vaak weerstand van familie (ouders, broers en/of zussen), wanneer zij met hun zwangerschapservaring naar buiten treden. Zij worden voor gek verklaard, of de familie ontkent alles. De familie vindt het meestal belangrijker om een bepaald beeld van de familie in stand te houden, dan het slachtoffer te steunen. Dit ervaren de meeste vrouwen als pijnlijk: *“Ik hoopte zo op steun. Maar door de reactie van de familie heb ik er een trauma bij”*. Een andere vrouw herkent zich in de woorden van Nancy Venable Raine (1999): *“als ze je ontkennen, nemen ze je stem, maar ook je waardigheid af. Ze ontkennen je wezenlijke zelf dat je al zo lang hebt moeten verstoppen”*.

Het kan zijn dat meerdere kinderen uit het gezin seksueel misbruikt zijn en hierdoor zwanger zijn geraakt. Zij kunnen deze confrontatie niet altijd op gelijke wijze aan en gaan hun ervaring naar elkaar en/of naar zichzelf ontkennen. Sommige families starten een rechtszaak tegen de vrouw om hun (juridische) onschuld te bewijzen.

### *De omgeving*

De omgeving in bredere zin (vrienden, kennissen, collega's) reageert over het algemeen geschokt wanneer een vrouw vertelt dat ze zwanger is geweest door incest.

Ook in bepaalde hulpverleningsgroepen waar vrouwen aan hebben deelgenomen (verwerking seksuele mishandeling/incest, verwerking abortus, verwerking afstand ter adoptie) kan het andere deelnemers aangrijpen: *“De reactie vol afschuw weerhield mij ervan om verder op het onderwerp in te gaan: iedereen viel stil”*.

Het bespreken van de ervaringen kan ook leiden tot beter begrip bij de omgeving. Als een vrouw verteld heeft over het seksueel misbruik, kan de zwangerschap gezien worden als een logisch gevolg. Soms hebben vrienden zelf ontbrekende stukken al ingevuld, bijvoorbeeld door aan te nemen dat de vrouw eerder een abortus heeft gehad en daarom geen kinderen wil. Het kan een extra schok zijn te horen dat haar kinderen na de geboorte zijn weggehaald en waarschijnlijk nog leven.

### *Kinderen*

Kinderen die door incest geboren zijn en bij de moeder opgroeien, weten niet altijd wie hun biologische vader is. Hierover kan door de familie een verhaal verzonnen zijn, bijvoorbeeld dat de eigenlijke opa en oma de ouders van het kind zijn en de biologische moeder zijn/haar zus.

De moeder kan er voor kiezen de waarheid uit angst voor de pleger en/of bescherming van het kind geheim te houden. Zeker wanneer het kind een goede band denkt te hebben met de pleger, kan de moeder het idee hebben dat ze haar kind iets afneemt.

Ook kinderen die door incest zijn geboren en daarna (illegaal) ter adoptie zijn afgestaan, komen de waarheid over hun afkomst lang niet altijd te weten. Sommige biologische moeders vinden dat zij het recht niet hebben om hun kind te gaan zoeken of zijn bang dat zij met de zoekactie het leven van hun kind verstoren. Wanneer een kind zelf naar zijn of haar biologische moeder op zoek gaat, kan dit aan de kant van de moeder leiden tot het weigeren van contact of terughoudendheid met informatie over de verwekker omdat de seksueel misbruikervaringen in alle heftigheid dan weer boven komen.

*“Wanneer het kind wel op de hoogte raakt van de situatie, kan dit leiden tot veel verwarring bij het kind, waardoor de moeder (nog meer) schuldgevoelens krijgt.”*

In de gevallen waarbij sprake is geweest van een illegale adoptie, zijn er vaak weinig aanknopingspunten om het kind terug te vinden. Betrokken hulpverleners (bijvoorbeeld de huisarts, pastoor) kunnen een belangrijke schakel vormen.

Wanneer het kind wel op de hoogte raakt van de situatie, kan dit leiden tot veel verwarring bij het kind, waardoor de moeder (nog meer) schuldgevoelens krijgt.

Vrouwen die kinderen krijgen uit een zelf gekozen relatie, kunnen gaan afwegen of en wanneer zij vertellen over de zwangerschappen door incest. Het kan zijn dat de vrouw naar haar kinderen toe blijft zwijgen uit angst voor hun reactie. Ervaringen van vrouwen die hun kinderen hebben ingelicht, zijn over het algemeen positief: het is met hen bespreekbaar. Zo af en toe komen de kinderen er nog eens op terug.

Wanneer een cliënte zich afvraagt of ze en zo ja wanneer ze haar kind moet vertellen over het feit dat het uit een incest-relatie is geboren, kan de volgende informatie van pas komen.

Kinderen van wie de vader ook hun opa is<sup>9</sup> hebben vaak al het gevoel dat er niets niet klopt, ook al weten ze niet wie hun vader is. De omgeving wil er niet over praten en het kind voelt dat er gelogen wordt of krijgt ontwijkende antwoorden. Dit kan, ook op latere leeftijd, veel frustratie en boosheid met zich meebrengen, bijvoorbeeld richting moeder, vader/opa, oma of andere mensen uit directe omgeving.

Voor de informatie verstrekt wordt moet het betreffende kind er wel aan toe zijn om de waarheid aan te kunnen. Dit kan bijvoorbeeld het moment zijn waarop het veel vragen gaat stellen over de vader. Er moet rekening mee gehouden worden dat het kind geschokt kan zijn wanneer het hoort wie de vader is. Zeker als het altijd van opa (als opa) heeft gehouden. Het kind kan er last van hebben dat de moeder door wat er gebeurd is, niet van hem of haar kan houden of het kind juist 'doodknuffelt'. Er kan behoefte zijn aan informatie over verhoogde risico's op lichamelijke ziekten en erfelijke aandoeningen. Het hebben van een kinderwens kan beïnvloed worden: iemand die altijd graag kinderen had willen hebben, kan hier van afzien als hij/zij hoort wie de eigen vader is. Ook de relatie met al aanwezige kinderen kan veranderen.

---

9 Bron: groepsgesprek georganiseerd door een maatschappelijk werker van de Fiom met vier volwassenen van wie hun vader ook hun opa is/was (1999).

## **FASE 2 *Emoties***

---

Als de cliënte haar ervaring heeft verteld, kunnen de gevoelens die daarbij horen, worden onderzocht. Dit hoeven niet alleen de gevoelens te zijn van onmacht, kwaadheid en pijn. Vaak is er in de ervaring ook een element van positieve gevoelens: aandacht, liefde, contact.

In deze fase kan de cliënte komen met haar belevingen: ze uitspreken, opnieuw doorleven, en zo komen tot een herschikking van haar emoties. Hier begint voor haar het 'terug in beheer nemen van het verhaal'.

Over het algemeen kan worden gesteld dat cliënten het beheer over hun eigen ervaringen verloren hebben. Ze ervaren daarin de invloed van de ander, de pleger nog heel sterk. In deze fase kan zij veel last hebben van nachtmerries.

Door de emoties en gevoelens rondom de ervaring te uiten, te beleven en uit te spreken, krijgt de cliënte de kans de regie weer terug te nemen. Een belangrijk onderdeel daarin is 'macht'.

Ten tijde van het misbruik was er sprake van een machtsverschil dat het vrouwen moeilijk, zo niet onmogelijk maakte om weerstand te bieden. Verwarring over eigen handelen, 'gehoorzaamheid' verantwoordelijkheid en grenzen stellen komen aan de orde. In deze fase kan – met alle emoties van dien – de cliënte een start maken met het herveroveren van haar macht.

## **HANDVATTEN VOOR DE HULPVERLENER**

---

Voor de hulpverlener kan het nodig zijn om in deze fase voortdurend te onderhandelen over grenzen. Het zich niet laten afleiden door negatieve interacties, maar warm, oprecht empatisch en geïnteresseerd blijven is van wezenlijk belang. Wanneer de hulpverlener kan rekenen op steun vanuit de organisatie is deze houding makkelijker vol te houden.

### **FASE 3 *Erkenning rouw en integratie***

---

Het erkennen van de machtsbalans tussen hulpverlener en cliënte, zijnde gelijkwaardig en ongelijk, kan helpen bij het voorkomen van misverstanden. Het kan ook als voorbeeldfunctie dienen voor een gezonde relatie met elkaar, in dit geval een werkrelatie.

Het is voor de cliënte belangrijk te ervaren dat zij de macht terug in handen kan nemen. Het erkennen en rouwen om wat verloren is gegaan is voorwaarde om een stap vooruit te kunnen zetten. Het verleden wijzigen kan niet; verkregen inzichten kunnen wel helpen bij het herstellen van het vertrouwen in zichzelf en haar mogelijkheden.

### **HANDVATTEN VOOR DE HULPVERLENER**

---

De hulpverlener is niet directief meer maar neemt op een gepaste wijze afstand. Er wordt een meer coachende rol aangenomen.

Vanuit de expertise van de hulpverlener kan deze:

- bewaken of er geen terugval naar een eerdere fase is;
- de cliënte desgevraagd van adviezen dienen;
- werkvormen aanreiken die het integreren bevorderen, zoals het aandragen van rituelen of het organiseren van een bijeenkomst voor partners, kinderen, vrienden, of andere belangrijke personen uit de omgeving, waarin ruimte is voor hun ervaringen tijdens het verwerkingsproces van de vrouw.

### **FASE 4 *Betekenis geven***

---

Het geven van betekenis aan negatieve of traumatische ervaringen is een individueel proces. Dit deel is ondenkbaar zonder het doorlopen van de vorige fasen. Het kan voor de cliënte moeilijk zijn om te beseffen wat de ervaring van het seksueel misbruik en de zwangerschap heeft aangericht.

Het een plaats geven van de zwangerschap, het in balans brengen van zichzelf – wie ben ik, wat wil ik - komen in deze fase aan de orde. Inzichten die zijn opgedaan, vertrouwen dat is ontstaan en gedeeld, helpen daarbij.

Sommige cliënten gaan inzien dat door de inzet en het proces in de hulpverlening wijsheid is opgedaan. Zij zien dat de ervaringen en het doorwerken daarvan hun keuzevrijheid heeft gebracht in het hier en nu. Ze kunnen blij en trots zijn op het feit dat ze de kracht hebben, of hebben opgedaan, om naar buiten te komen met wat hun daadwerkelijk dwars zit en daar sterker door te worden.

## 6. Valkuilen

Meer nog dan bij veel andere gevoelige onderwerpen kan het voorkomen dat de hulpverlener onzeker wordt zodra deze te maken krijgt met cliënten die zwanger zijn geweest door incest. Hij of zij wordt misschien sterker dan ooit geconfronteerd met de eigen waarden, normen en gevoelens van (on-)veiligheid. De valkuilen zijn niet anders dan die de hulpverlener tegen kan komen in het werken met incestslachtoffers die niet zwanger zijn geraakt door incest, maar misschien wel dieper.

Uit preventief oogpunt wordt hier een aantal veel voorkomende valkuilen beschreven<sup>10</sup>.

### *Negatieve gevoelens*

Het verhaal van de cliënte kan wellicht negatieve of gemengde gevoelens oproepen over de vrouw. De hulpverlener moet zich

---

<sup>10</sup> Gebaseerd op de methodiekbeschrijving *Groepshulpverlening aan moeders van seksueel misbruikte kinderen*.  
Fiom & MOVISIE (2004).

realiseren dat die gevoelens er zijn en er vervolgens afstand van kunnen nemen. Dit kan door de probleemsituatie zoals de vrouw die schetst, te accepteren als een gegeven.

### *Waarheidsvinding*

Als de cliënte voldoende vertrouwen ervaart om bepaalde ervaringen of details te bespreken of hier later op terug te komen, kan dit bij de hulpverlener de indruk wekken dat de vrouw (onderdelen van) het verhaal verzonnen heeft<sup>11</sup>. Het is de taak van de hulpverlener dit te beseffen, er vervolgens afstand van te nemen en te onderzoeken hoe dit effect heeft op het hulpverleningscontact. Het is van belang te erkennen dat de cliënte een vrouw is die hulp nodig heeft. Voor haar is het ingewikkeld om om te gaan met de negatieve maatschappelijke oordelen, de veroordeling door haar familie en haar eigen schuld- en schaamtegevoelens. Zij is gewend dat mensen haar niet geloven en om voor leugenaar uitgemaakt te worden. Zij zal veel doen om het geloof ofwel ongeloof van de hulpverlener te testen om er achter te komen of de hulpverlener vertrouwd kan worden. Deze dient dit niet op zichzelf te betrekken: de vrouw kan vaak niet anders. Steun van collega's kan de hulpverlener in deze fase goed gebruiken. De cliënte confronteren met eigen expliciete of impliciete negatieve (voor) oordelen moet worden vermeden. Juridische waarheidsvinding is een taak voor politie en justitie, perspectief bieden aan cliënten in nood is een taak voor de hulpverlener.

### *'Blaming the victim'*

De koppeling van seksualiteit, geweld en kinderen, en het gedrag van de cliënte kan bij de hulpverlener irritatie en afstandelijkheid oproepen. De verleiding is groot om mee te gaan in het hanteren

---

<sup>11</sup> Hier kan men een parallel trekken met getraumatiseerde vluchtelingen die bij een asiel-aanvraag niet in direct komen met 'het hele verhaal', pas in tweede instantie komt de volledige ervaring naar voren.

van een dubbele seksemoraal. Die dubbele moraal bestempelt seksualiteit tot een primaire, fundamentele behoefte van mannen die zich niet kunnen beheersen en bestempelt vrouwen tot degenen die verantwoordelijk zijn voor de bevrediging van mannen en de bescherming van hun kinderen. De cliënten zullen signalen van 'blaming the victim' bij de hulpverlener, hoe subtiel ook (bijvoorbeeld door taalgebruik), zeker oppikken. Dit maakt de hulpverleningssituatie voor hen onveilig en kan een vertrouwensrelatie met de hulpverlener verhinderen. Het gebruik van superlatieven zoals 'afschuwelijk' is in dit kader dan ook af te raden.

### *Houding en machteloosheid*

De hulpverlener kan tijdens het (groeps-) hulpverleningsproces geconfronteerd worden met verschillende gevoelens van machteloosheid; bijvoorbeeld tegenover de juridische regels of tegenover overlevingsstrategieën. Soms heeft de vrouw overlevingsstrategieën ontwikkeld waarvan de hulpverlener beseft dat ze de vrouw geen goed doen, mogelijk zelfs beschadigen. De hulpverlener moet dan toezien hoe een vrouw haar eigen rol in het misbruik groter maakt dan die is: *"Het is allemaal mijn schuld, mijn vader kon niet anders"*. Ook kan het voorkomen dat de vrouw door loyaliteit naar de pleger of symbiose met de pleger, gevangen blijft in de incestrelatie en hier moeilijk een punt achter kan zetten. Bij het te boven komen van onmachtsgeloevens moet de hulpverlener valkuilen weten te vermijden, zoals machteloosheid omzetten in irritatie, meegaan in de machteloosheid en het bagatelliseren van machteloosheid die zich kan uiten in een 'niet-zeuren-benadering' of een te krampachtige 'kop-op-houding'.

### *Overnemen van emoties*

Een goede balans in 'afstand en nabijheid' is essentieel. Het te veel meegaan in de angst en woede van de cliënte en deze emoties als het ware overnemen is, hoezeer soms ook te begrijpen,



beschadigend voor alle betrokkenen. De vrouw wordt de ruimte ontnomen om de eigen emoties op eigen wijze en in eigen tempo te ervaren en te verwerken. De hulpverlener verliest professionele afstand en kan de cliënte niet meer goed bijstaan.

### *Reddersgedrag*

De confrontatie met het leed van de cliënte kan ertoe leiden dat de hulpverlener te solidair wordt. Zeker als een vrouw een sterk emotioneel beroep op hem doet. Dit kan leiden tot reddersgedrag. De cliënte wordt daarmee gesterkt in haar afhankelijkheid en belemmerd in het nemen van eigen verantwoordelijkheid en het ontplooiën van initiatieven. Ook voor de hulpverlener zal deze houding op den duur nadelig werken. Wanneer deze teveel verantwoordelijkheid op zich neemt, kan dit meestal niet waargemaakt worden.

*“Een goede balans in ‘afstand en nabijheid’  
is essentieel.”*

### *Secundaire traumatisering*

Het werken met cliënten die zwanger zijn geworden door incest betekent werken met getraumatiseerde cliënten. De organisatie waar de hulpverlener werkt is verantwoordelijk voor goede zorg voor haar medewerkers en dient mogelijkheden te bieden voor overleg, intervisie en supervisie. Beleid inzake preventie van secundaire traumatisering is aanwezig. Het is belangrijk dat de hulpverlener de eigen grenzen kent of deze leert te herkennen: zowel ten aanzien van de inhoudelijke deskundigheid en houding tegenover cliënten, als ten aanzien van hun vaardigheden en eigenschappen.

## 7. Cijfers en wetgeving

Hoeveel vrouwen in Nederland door *incest* zwanger zijn geraakt, is niet bekend. Op basis van de bestaande gegevens kunnen wel schattingen worden gedaan van de omvang van de groep vrouwen die zwanger is geraakt door seksueel misbruik, inclusief door 'vreemden'. Volgens onderzoek van de Rutgers Nisso Groep (2006)<sup>12</sup> heeft 39% van alle vrouwen in Nederland ooit een seksueel misbruikervaring meegemaakt. Bij 19% van alle vrouwen gebeurde dit voor hun zestiende jaar.

Twee procent van de vrouwelijke slachtoffers van seksueel misbruik is hierdoor zwanger geraakt. Dat is 0,8% van de totale vrouwelijke bevolking. Hiervan heeft:

- 0,5% een abortus gehad
- 0,3% de zwangerschap uitgedragen.

Dat betekent dat ongeveer 14.000 kinderen zijn geboren uit seksueel misbruik bij de groep vrouwen die in 2006 tussen de 19 en 70 jaar oud waren. Uit het onderzoek komt niet naar voren wat er met deze kinderen is gebeurd: of ze zijn afgestaan of bijvoorbeeld door de vrouw zelf zijn opgevoed.

### **WETGEVING**

Voor zover bekend bestaat er geen specifieke wetgeving voor het veroorzaken van zwangerschappen door seksueel misbruik.

Van toepassing is de wetgeving over de volgende strafbare feiten:

- *geslachtsgemeenschap met een minderjarige*  
Wanneer 'de dader met iemand beneden de leeftijd van twaalf jaren handelingen pleegt die bestaan uit of mede bestaan uit het

---

<sup>12</sup> De Rutgers Nisso Groep heeft in 2006 onderzoek gedaan naar de seksuele gezondheid van de volwassen bevolking in Nederland van 19 tot en met 69 jaar. De steekproef had een omvang van 4.147 respondenten, waarvan 1.977 vrouwen.

seksueel binnendringen van het lichaam, wordt hij gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren of een geldboete van de vijfde categorie<sup>13</sup>. Ook geslachtsgemeenschap met een jongere tussen de twaalf en zestien jaar is strafbaar. De gevangenisstraf is dan ten hoogste acht jaar.

- *het gebruik van seksueel geweld (ongeacht de leeftijd)*  
'Hij die door geweld of een andere feitelijkheid of bedreiging met geweld of een andere feitelijkheid iemand dwingt tot het ondergaan van handelingen die bestaan uit of mede bestaan uit het seksueel binnendringen van het lichaam, wordt schuldig aan verkrachting gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste 12 jaren of geldboete van de vijfde categorie (art. 242 Wetboek van Strafrecht).

Het misdrijf verjaart<sup>14</sup> net als bij seksueel misbruik waarbij de vrouw niet zwanger is geraakt, na 20 jaar wanneer de dader meerderjarig is (tot 1-1-2006 was dat 15 jaar). Is de dader op het moment waarop het zedenmisdrijf wordt gepleegd tussen de 12 en 18 jaar, dan wordt de verjaringstermijn ten opzichte van die van de meerderjarige verdachte, met de helft verkort.

Is de verdachte ouder dan 16 jaar ten tijde van het plegen van het misdrijf en is het slachtoffer jonger van 18 jaar, dan gelden de volledige verjaringstermijn (van de meerderjarige verdachte).

De termijn van verjaring begint op de dag nadat het strafbare feit is gepleegd. Was het slachtoffer ten tijde van het misbruik nog geen 18 jaar, dan begint de verjaringstermijn te tellen vanaf zijn of haar 18e jaar.

---

<sup>13</sup>Hier art. 243 uit het Wetboek van Strafrecht, titel XIV, Tweede boek: Misdrijven tegen de zeden, zoals opgenomen door Van Son, Ensink en Akkermans (2003).

<sup>14</sup>Bron: [www.seksueelmisdrijf.nl](http://www.seksueelmisdrijf.nl)

## **MELDRECHT**

Bij actuele situaties van seksueel misbruik en zwangerschappen die hierdoor zijn ontstaan, heeft de hulpverlener ondanks zijn beroepsgeheim het recht om de situatie te melden bij bijvoorbeeld het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling wanneer het gaat om een minderjarig meisje. Meer informatie hierover is te vinden in de brochure van het Ministerie van Justitie: Horen, Zien en Zwijgplicht? Wegwijzer huiselijk geweld, kindermishandeling en beroepsgeheim (2009)<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> [http://www.huiselijkgeweld.nl/doc/publicaties/horen\\_zien\\_en\\_zwijgplicht\\_2009.pdf](http://www.huiselijkgeweld.nl/doc/publicaties/horen_zien_en_zwijgplicht_2009.pdf)

## Stichting Ambulante Fiom



De Fiom biedt gespecialiseerde psychosociale hulp, informatie en advies aan iedereen die problemen of vragen heeft op het gebied van onbedoelde zwangerschap, tienerzwangerschap en -ouderschap, zwangerschapsverlies, ongewenste kinderloosheid, afstand ter adoptie, adoptiezorg en (inter)nationale zoekacties naar biologische familie.

Naast hulpverlening houdt de Fiom zich bezig met preventie: het voorkomen van problemen of het verminderen daarvan; deskundigheidsbevordering en expertiseoverdracht.

*“Misbruik wordt je aangedaan;  
bij de zwangerschap is er ook sprake  
van eigen handelen.  
Je hebt zelf wel of niks gedaan.  
Het gaat niet alleen over jezelf, maar ook  
over de kinderen die in je groeien.  
Daar voel je je schuldig over.  
De gevoelens zijn complex”.*

## 8. Literatuurlijst

Bakker, F & I. Vanwesenbeeck (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Utrecht, Rutgers Nisso Groep

Boet, A. (1996). *'No-man's-Land'; spreken en zwijgen over zwangerschappen als gevolg van seksueel geweld*. Universiteit Utrecht, Doctoraal scriptie

Draijer, N. (1988). *Seksueel misbruik van meisjes door verwanten. Een landelijk onderzoek naar de omvang, de aard, de gezinsachtergronden, de emotionele betekenis en de psychische en psychosomatische gevolgen*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Duuren, W. van & Heerbeek, J. van (1997). *Seksueel misbruikt door je vader; zwanger van je vader. Zwangerschap als gevolg van seksueel misbruik door de biologische vader*. Eindscriptie. Gouda.

Engels, M.-A., L. Stolker, M. Maes (2000). *Evaluatierapport Zwanger door incest*. Groepshulpverlening aan vrouwen die in het verleden zwanger zijn geweest ten gevolge van incest. Stichting Ambulante Fiom, Den Bosch

Giepmans, E.M.A. (2003). *Zwanger door incest: een geheim binnen een geheim*. Intern rapport Stichting Ambulante Fiom, Den Bosch

Herman, J.L. (1993). *Trauma en herstel. De gevolgen van geweld – van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.

Raine, N.V. (1999). *De Stilte voorbij/ Mijn weg terug*. Luitingh-Sijthoff

Son, van N., Ensink, B. & Akkermans, M.(2003). *Zwanger ten gevolge van seksueel geweld. Een pilot-studie bij hulpverleners*. Delft: Eburon.

Stichting Ambulante Fiom & MOVISIE (2004). *Groepshulpverlening aan moeders van seksueel misbruikte kinderen*. Utrecht, MOVISIE

## **WEBSITES**

---

[www.amk-nederland.nl](http://www.amk-nederland.nl)

[www.huiselijkgeweld.nl](http://www.huiselijkgeweld.nl)

[www.fiom.nl](http://www.fiom.nl)

[www.movisie.nl](http://www.movisie.nl)

[www.rutgersnissogroep.nl](http://www.rutgersnissogroep.nl)

[www.seksueelgeweld.info](http://www.seksueelgeweld.info)

[www.seksueelgeweld.nl/partners](http://www.seksueelgeweld.nl/partners)

[www.zwangerdoorgeweld.nl](http://www.zwangerdoorgeweld.nl)







## Landelijk bureau Fiom

Kruisstraat 1  
5211 DT 's-Hertogenbosch  
t (088) 126 49 00  
info@fiom.nl



Fiom Groningen  
Poststraat 2  
9712 ER Groningen  
t (088) 126 49 10  
groningen@fiom.nl

Fiom Leiden  
Haven 32  
2312 MJ Leiden  
t (088) 126 49 40  
leiden@fiom.nl

Fiom Eindhoven  
Ploegstraat 1  
5615 HA Eindhoven  
t (088) 126 49 80  
eindhoven@fiom.nl

Fiom Leeuwarden  
Harlingerstraatweg 9  
8913 AA Leeuwarden  
t (088) 126 49 20  
leeuwarden@fiom.nl

Fiom Alkmaar  
Gedempte Nieuwesloot 50  
1811 KT Alkmaar  
t (088) 126 49 60  
alkmaar@fiom.nl

Fiom Nijmegen  
Sint Annastraat 8  
6524 GA Nijmegen  
t (088) 126 49 50  
nijmegen@fiom.nl

Fiom Zwolle  
Emmastraat 11  
8011 AE Zwolle  
t (088) 126 49 30  
zwolle@fiom.nl

Fiom Breda  
Nonneveld 127  
4811 DW Breda  
t (088) 126 49 70  
breda@fiom.nl

Fiom Maastricht  
Stationsstraat 37  
6221 BN Maastricht  
t (088) 126 49 90  
maastricht@fiom.nl

[www.fiom.nl](http://www.fiom.nl)