

Erick Vloeberghs, Jeroen Knipscheer,  
Anke van der Kwaak, Zahra Naleie,  
Maria van den Muijsenbergh

# VERSLUIERDE PIJN

Een onderzoek in Nederland naar  
de psychische, sociale en relationele  
gevolgen van meisjesbesnijdenis

Versluierde pijn

### *Colofon*

'Versluierde pijn. Een onderzoek in Nederland naar de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis' is een uitgave van Pharos – Landelijk kennis- en adviescentrum op het gebied van de gezondheid van vluchtelingen en nieuwkomers.

*Auteurs* Erick Vloeberghs, Jeroen Knipscheer, Anke van der Kwaak, Zahra Naleie & Maria van den Muijsenbergh

Pharos

Postbus 13318, 3507 LH Utrecht

Telefoon 030 234 98 00 Fax 030 236 45 60

E-mail [info@pharos.nl](mailto:info@pharos.nl) Website [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl)

Voor eerder verschenen publicaties van Pharos zie pagina 119 en [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl)

ISBN 978-90-75955-72-9

Bestelnummer 9P2009.08

*Vormgeving* Studio Casper Klaasse, Amsterdam

*Druk* A-D Druk, Zeist

© 2010, Stichting Pharos, Utrecht

Niets uit deze uitgave mag vermenigvuldigd worden en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Erick Vloeberghs, Jeroen Knipscheer,  
Anke van der Kwaak, Zahra Naleie,  
Maria van den Muijsenbergh

# VERSLUIERDE PIJN

Een onderzoek in Nederland naar  
de psychische, sociale en relationele  
gevolgen van meisjesbesnijdenis

# Voorwoord

Versluieren, -sluierde, h -sluierd (Dui).

Als met een was bedekt worden

Koenen Woordenboek Nederlands (27ste druk)

*Versluierde pijn* is de neerslag van een exploratief onderzoek naar de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis, dat plaatsvond in de periode januari 2008 tot juli 2009. Het onderzoek valt onder de vele activiteiten die vanuit Pharos en met hulp van FSAN en andere zelforganisaties de laatste tien jaar ondernomen zijn om een bijdrage te leveren aan het bestrijden en het voorkomen van meisjesbesnijdenis in Nederland. Het doel van dit rapport is een verbetering van de (psychosociale) behandeling van slachtoffers van meisjesbesnijdenis. Daarvoor moest meer duidelijk worden met welke klachten zij kampen, onder welke omstandigheden deze zich voordoen en welke factoren van belang zijn bij het ontstaan van psychosociale en seksuele problemen.

Dit onderzoek had niet kunnen plaatsvinden zonder de hulp van de interviewers uit de diverse culturele gemeenschappen. De inzet en betrokkenheid van Hawa Bashir, Sonja Khalil, Selam Tewolde, Mariam Ahmed Ali, Mabinty Kamara, Fetiya Adem en Shukri Said waren belangrijk en gelukkig ook groot. Lianne de Vries en Dorota Sienkiewicz, die de begeleiding van onze interviewers op zich namen, hebben met hun enthousiasme en doorzettingsvermogen bijgedragen aan het welslagen van het onderzoek. Voor hun inzet bij de kwantitatieve analyse zijn we Eva Takoudia en Laurien Voorendt dankbaar. Onze dank gaat verder uit naar Janine Evers van Kwalon voor haar hulp bij het verwerken van de kwalitatieve data. Ook danken wij Gerda Nienhuis, Marina Hendriks en de aanwezige vrouwen en mannen uit landen waar besnijdenis plaatsvindt voor hun deelname aan en het welslagen van de focusgroepsdiscussies.

Daarnaast zijn we de leden van de begeleidingscommissie, prof.dr. Annemiek Richters, dr. Cor Hoffer en dr. Su'aad Abdurahman, zeer erkentelijk voor

hun commentaren en kritische noten. Onze speciale dank gaat uit naar dr. Joke Lanphen van Stichting Achmea Slachtoffer en Samenleving en drs. Carlo Contino van Fonds Slachtofferhulp. Niet alleen omdat ze het onderzoek financieel mogelijk hebben gemaakt maar ook omdat ze vertrouwen bleven hebben in het onderzoek en ons tijdens bijeenkomsten van de begeleidingscommissie met scherpe vragen bij de les hielden.

Tot slot worden onze respondenten bedankt voor de welwillendheid waarmee ze bijdroegen aan dit onderzoek en de bereidheid om hun meest intieme gedachten en belevenissen met ons te delen. Dit boek dragen we aan hen op.

Het onderzoeksteam:

*Erick Vloeberghs*

*Jeroen Knipscheer*

*Anke van der Kwaak*

*Zahra Naleie*

*Maria van den Muijsenbergh*

# Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b> .....	8
1.1	Waarom dit onderzoek? .....	8
1.2	Doelstelling .....	9
1.3	Methodologie .....	9
1.4	Over dit boek .....	10
<b>2</b>	<b>Achtergrond</b> .....	12
2.1	Meisjesbesnijdenis in het algemeen .....	12
2.2	Onderzoek naar de gevolgen van meisjesbesnijdenis .....	14
2.3	Meisjesbesnijdenis en migratie .....	15
2.4	Acculturatie, psychische klachten en taalvaardigheid .....	16
2.5	Migratie en de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis .....	17
2.6	Meisjesbesnijdenis en stigma .....	21
<b>3</b>	<b>Onderzoeksmethode</b> .....	23
3.1	Onderzoekdesign .....	23
3.2	Onderzoekspopulatie .....	24
3.3	Operationalisering .....	26
3.4	Meetinstrumenten .....	27
3.4.1	Bij het kwalitatief onderzoek .....	27
3.4.2	Bij het kwantitatief onderzoek .....	28
3.5	Dataverzameling .....	31
3.6	Data-analyse .....	33
3.6.1	Kwalitatieve analyse .....	33
3.6.2	Kwantitatieve analyse .....	34

<b>4 Resultaten</b> .....	37
4.1 Sociodemografische karakteristieken .....	37
4.2 Kwalitatieve resultaten .....	38
4.2.1 Psychologische gevolgen .....	39
4.2.2 Sociale gevolgen .....	47
4.2.3 Relationale gevolgen .....	54
4.2.4 Migratie, coping en religie .....	62
4.2.5 Ervaringen met de gezondheidszorg in Nederland .....	68
4.3 Kwantitatieve resultaten .....	75
<b>5 Discussie</b> .....	79
5.1 Overzicht en interpretatie van de belangrijkste resultaten .....	79
5.1.1 Psychopathologie als gevolg van besnijdenis .....	79
5.1.2 Onderscheidende factoren .....	81
5.1.3 Relationale gevolgen .....	85
5.1.4 Migratiefactoren .....	86
5.1.5 Ervaringen met hulpverlening .....	87
5.1.6 Coping .....	87
5.2 Methodologische overwegingen .....	90
5.2.1 Representativiteit van de steekproef .....	91
5.2.2 Betrouwbaarheid en validiteit van gegevens .....	92
<b>6 Conclusies en aanbevelingen</b> .....	94
6.1 Conclusies .....	94
6.2 Aanbevelingen voor de hulpverlening .....	97
6.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek .....	100
6.4 Lessen voor intercultureel onderzoekers .....	101
6.5 Tot slot .....	102
<b>Literatuur</b> .....	104
<b>Personalia</b> .....	113
<b>Summary</b> .....	116



# 1

# Inleiding

In een migratiesituatie moet een migrant uit een land waar meisjesbesnijdenis uitgevoerd wordt, een moeilijk te nemen brug slaan. De vanzelfsprekendheid van weleer, het feit dat de besnijdenis onderdeel uitmaakte van de cultuur en mentale opmaak, staat in schril contrast met de strafbaarstelling ervan in Nederland. Hoe ervaart een vrouw die een besnijdenis heeft ondergaan die verandering van omgeving: Wat doet dat met haar; hoe gaat ze ermee om? Is er sprake van psychisch lijden, en zo ja, wanneer en hoe ernstig zijn de klachten? Praten vrouwen over sociale of relationele problemen naar aanleiding van de besnijdenis of verbijten zij dit soort klachten in stilte en is hun pijn versluierd, met een waas bedekt? En: hoe verloopt het contact met de Nederlandse hulpverlening? De antwoorden op bovenstaande vragen zijn nodig om efficiënte psychosociale zorg of begeleiding te kunnen geven. Ze vormden de aanleiding voor het opzetten en uitvoeren van dit onderzoek.

## 1.1 Waarom dit onderzoek?

Hulpverleners en onderzoekers vermoedden al lang dat meisjesbesnijdenis gepaard kan gaan met psychosociale en psychiatrische klachten. Hoewel naar de somatische gevolgen al veel onderzoek is gedaan, is er in Nederland weinig kwalitatief onderzoek verricht naar de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis. De geringe hoeveelheid studies op dit terrein hangt samen met de moeilijkheidsgraad van dergelijk onderzoek. Het betreft privé-onderwerpen: geslachtsdelen, seksualiteit, geweld maar ook – voor migrantenvrouwen – het verlies en de koestering van de eigen identiteit in een vreemde, soms vijandige cultuur. Meisjesbesnijdenis is in Nederland immers een ethisch en moreel onderwerp. De toegang als onderzoeker tot de onderzoeksgroep wordt verder bemoeilijkt door taal- en cultuurverschillen. Niettemin is meer onderzoek rond dit thema noodzakelijk.

Meisjesbesnijdenis is een onderwerp dat sterke emoties losmaakt en voeding geeft aan stereotyperingen en vooroordelen. De ingreep is in Nederland

bij wet verboden en westerse mensen die ermee te maken krijgen, reageren in eerste instantie vaak met afgrijzen. In zo'n klimaat zijn respondenten minder snel bereid om te praten. Een objectief onderzoek doen over dit controversiële en zeer persoonlijke onderwerp is dan ook geen sinecure. Door samen te werken met betrokkenen uit de landen van herkomst van de respondenten is geprobeerd het hoofd te bieden aan het complexe en sensitieve karakter ervan. Van meet af aan zijn vrouwen uit de eigen gemeenschappen actief bij het onderzoek betrokken: bij de opzet, uitvoering en analyse.

Het belang van ons onderzoek is tweeledig: 1) het is een zinvolle en noodzakelijke aanvulling op de wetenschappelijke *body of knowledge* over dit onderwerp; 2) meer inzicht in de gevolgen van meisjesbesnijdenis is cruciaal voor hulpverleners om adequaat hulp te kunnen bieden en effectieve preventieprogramma's te kunnen ontwikkelen. Conform de doelstelling van Pharos dient het onderzoek ook praktische implicaties te hebben. De resultaten van het onderzoek moeten ingezet kunnen worden ten behoeve van de voorlichting aan vrouwen die een besnijdenis ondergingen en de hulpverlening op het terrein van meisjesbesnijdenis.

## 1.2 Doelstelling

Het doel van dit exploratief onderzoek is inzicht verschaffen. Enerzijds inzicht in de aard van en mate waarin, bij welke vrouwen en onder welke omstandigheden, meisjesbesnijdenis leidt tot psychische, sociale en seksueel-relacionele gevolgen. Anderzijds inzicht in de manier waarop Afrikaanse vrouwen in Nederland die een besnijdenis hebben ondergaan daarmee omgaan (coping).

Deze doelstelling leidde tot de volgende onderzoeksvragen:

- 1 Zijn er psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis en zo ja, welke?
- 2 Welke factoren zijn medebepalend voor de ontwikkeling van klachten op genoemde terreinen? Meer specifiek werd gevraagd naar: de invloed van migratie (leven in de diaspora); marginalisatie en uitsluiting; culturele normering; ervaringen met hulpverleners in Nederland; de invloed van religie; en de invloed van informatie en voorlichting over meisjesbesnijdenis.
- 3 Welke copingstijlen ontwikkelen vrouwen in relatie tot deze klachten?

## 1.3 Methodologie

Om ons inzicht te vergroten wilden we achterhalen welke betekenis de respondenten zelf geven aan de gevolgen van meisjesbesnijdenis, hoe zij het leven in Nederland met hun besnijdenis ervaren en hoe ze met eventuele klachten om-

gaan. We wilden dus hun mening, beleving en gedrag centraal stellen. Methodologisch is daarom gekozen voor de *mixed methods*-benadering. Door kwantitatieve en een aantal kwalitatieve onderzoekstechnieken in te zetten, intens samen te werken met sleutelpersonen uit de gemeenschappen en bovendien gebruik te maken van interviewers uit de groepen zelf, hebben we gepoogd op een verantwoorde wijze data te verzamelen en te interpreteren.

Voor het kwantitatieve deel is gebruikgemaakt van vier standaardvragenlijsten; het kwalitatieve deel bestaat uit semi-structureerde interviews, focusgroepsdiscussies en andere bijeenkomsten, die op tape opgenomen en getranscribeerd zijn. De onderzoeksgroep betreft zesenzestig vrouwen ( $N = 66$ ) afkomstig uit Somalië, Eritrea, Ethiopië, Soedan en Sierra Leone.

Aan de hand van de resultaten wilden we onderbouwde conclusies genereren over de gevolgen van meisjesbesnijdenis op de langere termijn, en het aldus verkregen inzicht vertalen naar bruikbare kennis voor beroepsgroepen die te maken kunnen krijgen met meisjesbesnijdenis. De resultaten zullen ingezet worden ter ondersteuning van vrouwen die een besnijdenis hebben ondergaan en daardoor psychische, sociale of relationele klachten hebben ontwikkeld. Het onderzoek heeft daarmee eerder een praktisch resultaat voor ogen dan een zuiver wetenschappelijk. Naar onze mening heeft het feit dat de vrouwen uit de gemeenschappen een belangrijk aandeel hadden in het onderzoek, alsook de combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek, bruikbare resultaten opgeleverd.

## 1.4 Over dit boek

Het boek is als volgt ingedeeld: in het tweede hoofdstuk geven we een overzicht van de bestaande literatuur over het onderwerp en schetsen we het theoretisch kader. Het derde hoofdstuk gaat in op de methodologische aspecten van het onderzoek. De relevantie van het onderzoek komt hier aan bod, alsook welke onderzoeksinstrumenten gebruikt zijn.

Het vierde hoofdstuk met de resultaten is in twee delen opgesplitst. Eerst behandelen we de kwalitatieve resultaten, dan de kwantitatieve. Het deel over de kwalitatieve resultaten bevat veel citaten over de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis in Nederland. Het geeft inzicht in hoe scharniermomenten zoals de besnijdenis zelf, de eerste seksuele ervaring of een bevalling beleefd werden door de respondenten van dit onderzoek. Ook hun (psycho)seksuele ervaringen en de contacten met familieleden en hulpverleners komen hier aan bod. In het deel over de kwantitatieve resultaten staat de vraag centraal in hoeverre sprake is van angst, depressie of posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Daarnaast wordt in beide delen aandacht be-

steed aan de migratiefactoren, en het belang van leeftijd, taalvaardigheid, coping en religie.

In de discussie in het vijfde hoofdstuk geven we eerst een overzicht van de resultaten en interpreteren beide datasets. Dan volgen onze methodologische overwegingen bij dit onderzoek. In het zesde hoofdstuk trekken we conclusies uit het voorgaande en doen we aanbevelingen voor de hulpverlening en voor verder onderzoek.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de Nederlands- en Engelstalige literatuur die voorhanden is over meisjesbesnijdenis. Na een algemene inleiding over het fenomeen wordt ingezoomd op factoren die van belang zijn voor het onderhavig onderzoek.

## 2.1 Meisjesbesnijdenis in het algemeen

Meisjesbesnijdenis is een ingreep aan de uitwendige geslachtsorganen, waar geen medische noodzaak voor is. Tegenwoordig komt meisjesbesnijdenis voor in een groot deel van Afrika (met name in de driehoek Guinee – Egypte – Kenia), en in het bijzonder in Oost-Afrika. In Somalië zou zelfs 98% van de vrouwen tussen de 15 en 49 jaar een besnijdenis hebben ondergaan. Daarnaast vindt meisjesbesnijdenis plaats in delen van Azië (Indonesië) en het Midden-Oosten (Koerdistan, Jemen) en sinds kort binnen migrantengroepen in Australië, Noord-Amerika en Europa (WHO, 2009). Het komt vaker voor onder moslims maar het is geen islamitisch gebruik; ook onder Koptische christenen zijn slachtoffers van meisjesbesnijdenis te vinden (De Lucas, 2004). Volgens schattingen van de Wereldgezondheidsorganisatie hebben wereldwijd 100 tot 140 miljoen meisjes en vrouwen momenteel een besnijdenis ondergaan. In Afrika lopen jaarlijks 3 miljoen meisjes het risico besneden te worden. Dit komt neer op 6.000 tot 8.000 meisjes per dag.

Hoewel meisjesbesnijdenis in het Westen een recent 'buitenlands' fenomeen is, kent het een lange geschiedenis. Deze gaat 5.000 jaar terug, getuige het bewijs van besnijdenis bij Egyptische mummies. In het Romeinse Rijk kregen slavinnen ringen door hun schaamlippen om voortplanting te voorkomen. Overigens werd het wegsnijden van de clitoris in Europa nog tot de eerste helft van de twintigste eeuw uitgevoerd in gevallen van hysterie, epilepsie en masturbatie (Whitehorn et al., 2002).

Meisjesbesnijdenis vindt meestal plaats voor het bereiken van de puberteit maar kan ook later plaatsvinden. De leeftijd varieert sterk; in Eritrea worden

meisjes bijvoorbeeld vlak na de geboorte besneden, in West-Afrikaanse landen soms nog tot net voor het huwelijk. Het wordt steeds duidelijker dat besnijdenis ook plaatsvindt bij in Nederland woonachtige meisjes (Van der Kwaak et al., 2003). In Nederland wonen ongeveer 12.500 meisjes en vrouwen die het risico lopen besneden te worden, of reeds besneden zijn. Het totaal aantal volwassen vrouwen in Nederland afkomstig uit risicolanden bedraagt 27.000 (CBS, 2007). Schattingen lopen uiteen maar verondersteld wordt dat ongeveer vijftig meisjes per jaar slachtoffer zijn.<sup>1</sup>

Ouders laten de besnijdenis uitvoeren omdat hun dochter anders geen kans heeft een huwelijkspartner te vinden, om haar toekomst veilig te stellen. Huwbaarheid is van groot belang evenals de collectieve druk – omdat alle anderen hun dochters laten besnijden, is eenieder gedwongen mee te doen. Veel vrouwen zien de ingreep als iets vanzelfsprekends: het hoort erbij, iedereen is immers besneden. De meisjes kunnen trots ervaren als het gebeurd is. Uit onderzoek blijkt dat mensen die het gebruik praktiseren, daar naast het feit dat het een religieus voorschrift zou zijn, de volgende redenen voor aangeven:

- het vergroot de huwelijkskansen (Fokkema & Huisman, 2004);
- het beschermt de maagdelijkheid van het meisje en de huwelijkse trouw (Johnsdotter, 2003; Rahman & Toubia, 2000);
- het draagt bij aan de markering van identiteit van zowel vrouwen als mannen (Bartels, 1993; Van der Kwaak, 1992);
- het geeft vrouwen status in de gemeenschap (Van der Kwaak et al., 2003);
- een geïnfibuleerde vrouw is mooi en beschaafd (Lightfoot-Klein, 1989).

In een gemeenschap waar besnijdenis traditie is, kunnen de (psycho)sociale gevolgen voor een meisje die *geen* besnijdenis heeft ondergaan groot zijn. Men kan haar beschouwen als onrein of verdenken van seksueel promiscue gedrag. Een onbesneden, ‘open’ vrouw maakt de familie te schande, kan uitgestoten worden en heeft minder kans op een huwelijk.

In de Koran noch in de Bijbel wordt meisjesbesnijdenis omschreven als een religieuze plicht, niettemin wordt religie vaak als reden aangevoerd om meisjes te besnijden. Met name Somaliërs gaan er vaak vanuit dat meisjesbesnijdenis een religieuze plicht is (Keizer, 2003). De overtuiging dat je besneden moet zijn om een goede Somalische moslimvrouw te zijn, wordt van generatie op generatie doorgegeven en zit diep geworteld (Nienhuis et al., 2008). Toch zijn er veel islamitische landen waar meisjesbesnijdenis niet voorkomt, zoals Marokko, Algerije, Afghanistan en Saoedi-Arabië. Meisjesbesnijdenis moet dan ook als een culturele, niet als een religieuze praktijk beschouwd worden.

Er zijn verschillende manieren waarop de vrouwelijke geslachtsorganen worden besneden. Het varieert welk deel van de geslachtsorganen verminkt

---

<sup>1</sup> Informatie over de herkomst en het voorkomen van meisjesbesnijdenis wereldwijd is te vinden op [www.meisjesbesnijdenis.nl](http://www.meisjesbesnijdenis.nl).

wordt, en de mate waarin. De Wereldgezondheidsorganisatie onderscheidt vier vormen (WHO, 2009):

- *Type I*: Gedeeltelijke of totale verwijdering van de clitoris, en/of de voorhuid. Deze vorm wordt *clitoridectomie* genoemd.
- *Type II*: Gedeeltelijke of totale verwijdering van de clitoris en de kleine schaamlippen, met of zonder verwijdering van de grote schaamlippen. Dit wordt ook wel *excisie* genoemd.
- *Type III*: Vernauwen van de vaginale opening door wegsnijden en aan elkaar hechten van de kleine schaamlippen en/of de grote schaamlippen, met of zonder verwijdering van de clitoris. Dit wordt ook *infibulatie* genoemd.
- *Type IV*: Alle andere schadelijke handelingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen, zoals prikken, piercing, kerven, schrapen en wegbranden. Soms gebruikt men het woord *sunna* bij deze vorm.

Voor het besnijden van meisjes worden verschillende termen gehanteerd. In Engelstalige landen wordt gesproken van *female genital mutilation* (FGM) of *female genital cutting* (FGC). In Franstalige landen wordt de term *mutilation génitale féminine* (MGF) gehanteerd. In Nederland werd voorheen de term vrouwenbesnijdenis gehanteerd, maar die is inmiddels vervangen door vrouwelijke genitale verminking (vgv). Omdat het besnijden op vaak jonge leeftijd gebeurt, wordt ook wel gesproken van meisjesbesnijdenis. Deze laatste term gebruiken wij met opzet in dit boek, omdat deze aangeeft dat het om besnijdenis gaat van meisjes, die kinderen zijn en dus wilsonbekwaam.

## 2.2 Onderzoek naar de gevolgen van meisjesbesnijdenis

Begin jaren negentig werd met name de somatische gezondheidszorg in westerse landen geconfronteerd met besneden vrouwen en de medische gevolgen hiervan bij bijvoorbeeld bevallingen. Naar de somatische gevolgen is sindsdien veel onderzoek gedaan.<sup>2</sup> Daaruit blijkt dat afhankelijk van het type besnijdenis, (de steriliteit van) de locatie en de persoon (een *daya*, slager of dokter) die de besnijdenis uitvoert, zich minder of meer ernstige complicaties voordoen (Reyners, 1989). Hevige bloedingen, shock en ernstige infecties kunnen direct na de ingreep voorkomen. Plasklachten, cystes, fistelvorming en onvruchtbaarheid zijn mogelijke latere gevolgen (Morison et al., 2004). Uit onderzoek van de WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome (2006) blijkt dat bij vrouwen in Afrika die een besnijdenis ondergingen meer complicaties bij de bevalling voorkomen: meer keizersneden, meer bloedverlies en meer babysterfte. Verder worden seksuele problemen gerapporteerd. Zo zijn er klachten over orgasmestoornissen, dyspareunie en vaginisme (Livermore et al., 2007; Whitehorn et al., 2002).

Er is evenwel kritiek op de kwaliteit van de onderzoeken naar (de beleving van) seksualiteit onder vrouwen die een besnijdenis hebben ondergaan. Uit

een *review* van Obermeyer (2005) blijkt dat vrouwen met een type III-besnijdenis, die geïnfibuleerd zijn maar waarbij de clitoris mogelijk intact is, ondervertegenwoordigd zijn in onderzoek. Zij twijfelt aan de validiteit van onderzoek naar meisjesbesnijdenis in relatie tot *sexual pleasure* (p. 455-457). Uit het onderzoek van Catania et al. (2007) onder 157 vrouwen blijkt dat geïnfibuleerde vrouwen wel tot een orgasme kunnen komen, maar bijvoorbeeld geen verschil zien tussen opwinding en lust. De resultaten van dit onderzoek – waarvan de populatie voor een derde bestond uit vrouwen die niet besneden zijn, een derde uit vrouwen die type III besneden zijn en een derde uit vrouwen die een hersteloperatie hadden laten doen – ‘suggest that FGM/C does not necessarily have a negative impact on psychosexual life (fantasies, desire, pleasure, ability to experience orgasm).’ Psychiater El-Defrawi uit Egypte vroeg 250 patiënten op de kraamafdeling ook naar hun seksueel gedrag en beleven en komt tot heel andere resultaten: 80% van de vrouwen klagen over dyspareunie; de helft heeft te weinig vaginaal vocht, geen zin in seks of beleeft er geen plezier aan. Zestig procent zegt niet tot een orgasme te komen (El-Defrawi et al., 2001). Al met al is onduidelijk wat het effect is van een besnijdenis op seksueel gedrag en seksuele beleving van de vrouw. Bovendien: is het een technisch verhaal over het al dan niet seksueel gestimuleerd kunnen worden; is het hebben van een orgasme belangrijk? Of bepaalt de waardering van de relatie en het gevoel van emotionele binding in hoeverre een vrouw zin heeft in seks of seksuele problemen heeft?

### 2.3 Meisjesbesnijdenis en migratie

In een onderzoek van Lockhat (1999) in Manchester (Groot-Brittannië) onder Soedanese en Somalische vrouwen geeft driekwart van de respondenten te kennen dat ze last hebben van *recurrent intrusive memories* en impulscontroleverlies. Een onderzoek onder Somalische immigranten in Canada geeft een totaal ander beeld: 72% van de vrouwen voelde zich gelukkig tijdens en na de besnijdenis (Chalmers & Omer Hashi, 2000). Uit een onderzoek in Nederland naar besnijdenis (N=12) kwam naar voren dat de vrouwen vooral last hadden van de lichamelijke gevolgen en in mindere mate van de psychische gevolgen (Dekkers et al., 2006). Een studie in Nieuw-Zeeland toonde aan dat meisjes die een besnijdenis hebben ondergaan dat als positief ervaren voor de ontwikkeling van hun identiteit. Ook vonden zij al die aandacht voor meisjesbesnijdenis niet terecht; andere ervaringen kunnen net zo belangrijk, zometeen belangrijker zijn als bron van psychologische stress (Denholm, 2004).

Uit het voorgaande blijkt hoe verschillend gedacht wordt over de psychische,



sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis. Als er al klachten zijn, hoe ernstig zijn deze dan, en wanneer doen ze zich voor? Doen ze zich in gelijke mate voor als iemand in Afrika woont of naar het Westen gemigreerd is? Is het hebben van klachten afhankelijk van de migratie, of zijn andere factoren van invloed? Bovenstaande uitspraken geven hierover geen eenduidig beeld. Er is veel verwarring over de ervaringen en psychosociale gevolgen van het gebruik. Reden om eerst kort na te gaan wat de invloed is van migratie, acculturatie en taalvaardigheid op de rapportage van psychische klachten. Om daarna, meer in het bijzonder, te kijken naar wat bekend is over de invloed van migratie op vrouwen die een besnijdenis hebben ondergaan.

## 2.4 Acculturatie, psychische klachten en taalvaardigheid

Migratie brengt veranderingen met zich mee die van invloed kunnen zijn op het welzijn. Op individueel niveau zijn uiteraard persoonlijkheidskenmerken van invloed op de mate van aanpassing van een migrant aan een nieuwe samenleving. Naast individuele aspecten beïnvloeden ook sociale, culturele en psychologische processen dit proces van *acculturatie* (Berry, 2008; Bhugra, 2004). Acculturatie houdt in dat elementen uit de eigen cultuur los gelaten en elementen uit de ontvangende cultuur overgenomen worden. Dit proces resulteert uiteindelijk in meer of minder sociaal-culturele integratie dan wel uitsluiting of afzondering. De mate waarin men is 'geaccultureerd' is onder meer af te meten aan sociale participatie en toegang tot maatschappelijke voorzieningen (Knipscheer & Kleber, 2006). De verandering van leefomgeving kan gepaard gaan met gevoelens van verlies; er is vaak sprake van fysieke scheiding van familieleden, het verlies van een sociaal netwerk en ook van de maatschappelijke status die men genoot in het land van herkomst. Deze veranderingen in het dagelijkse leven van migranten kunnen tot gezondheidsklachten leiden.

Hoewel het merendeel van de migranten leert om te gaan met deze problematiek, zijn er ook die naar aanleiding hiervan grote psychische problemen ervaren. Verschillende studies wijzen op een mogelijk verband tussen acculturatie en psychische klachten. Zo is bijvoorbeeld in Groot-Brittannië een verband gevonden tussen schaamte en gevoelens van mislukking en verminderd zelfvertrouwen als gevolg van migratie (Walsh et al., 2008). Uit ander onderzoek blijkt dat acculturatie samenhangt met mentale stoornissen (Madianos et al., 1998) en mogelijk zelfs depressie kan veroorzaken (Nasroo, 1997; Vega et al., 2000). Volgens Nesdale, Rooney en Smith (1997) daarentegen kan acculturatie het zelfvertrouwen zowel in positieve als negatieve zin beïnvloeden.

Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat acculturatiestress positief samenhangt met de mate en ernst van posttraumatische stressreacties (Nicholson, 1997; Spasojevic et al., 2000; Silove et al., 2006). In de context van migratie en acculturatie kunnen nieuwe traumatische gebeurtenissen plaats-

vinden die een luxerend effect hebben op het ontstaan van secundaire traumatisering en vervolgens op het ontwikkelen van psychische stoornissen. Uit onderzoek in Nederland onder Bosnische migranten naar de mate van acculturatie en de invloed van posttraumatische reacties op het psychisch welbevinden, blijken met name de volgende twee aspecten met psychische symptomen te correleren: culturele verbondenheid en het verwerven van vaardigheden om goed te kunnen functioneren in de Nederlandse maatschappij. Het behoud van culturele tradities (in contact met leden van de eigen gemeenschap) in combinatie met het kunnen ontwikkelen van deze vaardigheden (om deel te nemen aan de Nederlandse samenleving) blijken voorspellers te zijn voor psychisch welbevinden (Knipscheer & Kleber, 2006). Ook uit onderzoek van Kamperman, Komproe en De Jong (2003) onder meer dan duizend Amsterdammers van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst wordt duidelijk dat naast de sociaal-economische situatie (SES), sociale integratie, en dus ook taalbeheersing, van invloed is op het psychisch welbevinden van migranten.

Generaliserend zal een migrant die zich redelijk weet uit te drukken in de taal van het ontvangende land zich prettiger voelen dan een migrant die de taal nog niet onder de knie heeft. Dat gaat evenwel niet altijd op. Zo blijkt bijvoorbeeld dat immigranten in Groot-Brittannië meer depressieve gevoelens uiten naarmate ze beter Engels leren spreken (Nasroo, 1997). Ook ander onderzoek laat zien dat naarmate de taalvaardigheid van het gastland beter is, de rapportage van depressieve klachten hoger is (Bhugra, 2003; Bhugra et al., 2009). In welke mate en richting taalvaardigheid – een belangrijk aspect van het acculturatieproces – van invloed is op de rapportage van depressieve en mogelijk ook andere psychische klachten na migratie, blijft dus vooralsnog onduidelijk. Acculturatie kan via schokverwerkingsreacties indirect invloed hebben op psychische gezondheid, maar ook een directe invloed hebben daarop. De mate van verwerking kan echter ook invloed hebben op de mate van acculturatie. Er kunnen dan ook geen causale verbanden gelegd worden, aangezien daarvoor een longitudinaal onderzoek vereist is.

## 2.5 Migratie en de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis

Het afgelopen decennium verschijnen met regelmaat artikelen over meisjesbesnijdenis in een migratiecontext. Grote groepen Somalische, Soedanese, Ethiopische en andere groepen Afrikaanse vluchtelingen naar Europa en de VS brachten het fenomeen vgv met zich mee. Inmiddels zijn uiteenlopende aspecten van meisjesbesnijdenis aangeroerd: onder meer over het ethisch discours en de invloed van de media op de mening van de vrouwen zelf en op de politieke besluitvorming (Johnsdotter, 2007); de verschillen in juridische aanpak op Europees niveau (Leye & Deblonde, 2004); het nieuw ontstane krachtenveld

voor geëmigreerde vrouwen binnen de eigen relatie en met de schoonmoeder (Vissandjée et al., 2003); het effect van de leeftijd waarop men migreert op hoe men tegen meisjesbesnijdenis aankijkt (Morison et al., 2004); en verschillen tussen de Afrikaanse gemeenschappen onderling met betrekking tot hun verandering van attitude ten aanzien van meisjesbesnijdenis (Johnsdotter et al., 2009).

Publicaties over de gevolgen van meisjesbesnijdenis op de gezondheid in een migratiecontext zijn te splitsen in twee delen: de eerste gaan over medische gevolgen, de tweede over psychologische, psychiatrische, sociale en relationele gevolgen. Op de medische gevolgen werd men vrij snel geattendeerd (Whitehorn et al., 2002). Vaker dan voorheen werden hulpverleners in het Westen geconfronteerd met de gevolgen van meisjesbesnijdenis; de vrouwen meldden zich bij de huisarts, op de polikliniek of de eerste hulp voor een bevalling, met infecties, cystes en andere ongemakken en medische klachten. Inmiddels zijn er rapporten over ervaringen van vrouwen die een besnijdenis ondergingen op de kraamafdeling in Zweden (Berggren et al., 2006), met de perinatale zorg in Noorwegen (Vangena et al., 2004) en het Zwitsers zorgsysteem (Thierfelder et al., 2005). Verder valt op dat er relatief veel literatuur te vinden is over de medisch-obstetrische gevolgen van meisjesbesnijdenis, vaak geschreven door vroedvrouwen, gynaecologen, kraamverpleegkundigen of belangenbehartigers. Soms als aanzet en reden voor het opzetten van een eigen aanpak, nieuwe interventie of medische ingreep. Soms zijn het reacties op de veranderende beleidsvoornemens en over de taken die daar voor de verschillende beroepsgroepen uit voortvloeien.

Tot voor kort is weinig aandacht besteed aan de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis (Whitehorn et al., 2002; Yount & Balk, 2004), hoewel reeds in het midden van de jaren zeventig deze mogelijkheid geopperd werd (Baashar, 1977). Maar er werd lang van uitgegaan, met name door antropologen, dat de besnijdenis als overgangsrитуeel weliswaar pijnlijk was maar dat de negatieve gevolgen ruimschoots te niet gedaan werden door de positieve ervaringen in de nasleep van de besnijdenis (het feest, de cadeaus, de sociale erkenning).

Uit het kleine aantal publicaties over de psychologische en psychiatrische aspecten blijkt dat een besnijdenis een meisje emotionele schade kan toebrengen en psychisch negatieve gevolgen kan hebben. Zo zouden de meisjes meestal niet op de handeling voorbereid zijn en zouden ze erdoor overrompeld worden (Masclee & Meuwese, 2000). Uit een vergelijkend onderzoek onder vrouwen die wel en vrouwen die niet een besnijdenis in Dakar, Senegal ondergingen, blijkt dat de vrouwen die een besnijdenis hebben ondergaan aanzienlijk meer kans hebben op posttraumatische stress-stoornis (Behrendt & Moritz, 2005). Andere auteurs wijzen erop dat het waarschijnlijk is dat de besnijdenis op termijn traumagerelateerde klachten, angststoornissen, depressies, een verstoord

c.q. negatief zelfbeeld en gevoelens van incompleetheid en wantrouwen tot gevolg kan hebben (Lax, 2000; Masclee & Meuwese, 2000; Menage, 1998; WHO, 1999).

Volgens Johansen (2002) geven vrouwen die het ritueel ondergingen na migratie naar een westers land vaker dan voorheen pijnklachten aan. Migratie verandert volgens Johansen hun ervaring, de besnijdenis, van 'that of ritual to accidental pain'. Daarnaast is bekend dat pijn en traumatisering elkaar bekrachtigen. Asmundson et al. (2002) spreken in dat opzicht van *mutual maintenance*, waarmee ze bedoelen dat chronische pijn en traumatisering elkaar in stand houden. Pijn triggert de gedachte (het beeld, de herinnering) aan wat de pijn veroorzaakte, terwijl al dan niet bewust denken aan wat gebeurde de pijn van toen kan doen (her)beleven. Verder blijkt uit onderzoek van Whitehorn, Ayonrinda en Maingay (2002) dat vrouwen die een besnijdenis ondergingen vaak lijden aan chronische pijn en mobiliteitsproblemen – beperkte mobiliteit kan onder andere leiden tot sociale isolatie, waardoor een vrouw of meisje buiten de gemeenschap kan komen te staan. In een onderzoek van het Rutgershuis in Arnhem onder 487 vrouwelijke bezoekers, waarvan 39 afkomstig uit Afrikaanse landen waaronder Somalië, blijkt dat meer dan de helft van de Afrikaanse vrouwen serieuze pijnklachten aangeeft bij de eerste coïtus. Dat is 2,5 keer zo vaak als bij Nederlandse vrouwen (Loeber, 2008).

Er is een aantal ervaringen in het leven van een vrouw die een besnijdenis heeft ondergaan die als zeer moeilijk en pijnlijk ervaren worden, waaronder de eerste seksuele ervaring. In landen als Somalië en Soedan zal de echtgenoot de eerste periode na het huwelijk, vaak al tijdens de eerste huwelijksnacht, de vaginaopening willen vergroten om tot penetratie over te gaan. Dat vindt plaats door met de penis de opening, dag na dag, steeds een stukje wijder te maken. Of men wordt gedefibuleerd; met een (scheer)mes worden, al dan niet met verdoving, de voordien gehechte schaamlippen opengesneden. De bevalling is een andere ervaring die soms met pijnlijke herinneringen gepaard gaat. In Scandinavische landen en de vs zijn gevallen gerapporteerd waarbij tijdens de bevalling een herbeleving van de besnijdenis plaatsvond (Elwood, 2005; Johansen, 2002; Vangena et al, 2004). Een pijnlijke ervaring kan in voorkomende gevallen herinneringen triggeren aan de oorsprong van het lijden, de besnijdenis in dit geval, en leiden tot prss-symptomatologie (conform Van der Kolk, 1994).

Ten slotte kan pijn – zowel psychisch als fysiek – bij geslachtsgemeenschap van invloed zijn op de relatie tussen man en vrouw (Aydoğan & Cense, 2003; Whitehorn et al., 2002). Pijn is daarom volgens Obermeyer (2005) relevant voor zowel het psychisch, sociaal als relationeel welbevinden bij deze vrouwen en een belangrijk onderwerp van verdere studie.

Gerichte onderzoeken naar de psychologische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis in een migratiecontext zijn schaars. Verschillende au-

teurs geven aan dat er behoefte is aan meer kennis over de psychische en psychiatrische aspecten die spelen bij meisjesbesnijdenis, met name in een migratiecontext (Behrendt & Moritz 2005; Daley, 2004; Gruenbaum, 2005; Obermeyer, 2005; Whitehorn et al., 2002; Unicef, 2005).

Inmiddels is een model ontwikkeld dat zich specifiek richt op het identificeren van de factoren die van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van PTSS na genitale verminking. Dit model is door dr. Haseena Lockhat opgesteld naar aanleiding van haar onderzoek naar de gevolgen van meisjesbesnijdenis bij Soedanese en Somalische migranten in Engeland (Lockhat, 2004). Volgens dit model, gebaseerd op kwalitatief onderzoek, blijken de vorm van de besnijdenis en de lichamelijke klachten die deze met zich meebrengen, bepalend te zijn voor het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis. De meest ernstige vorm, type III (infibulatie), brengt medische complicaties met zich mee en verhoogt de kans op het ontwikkelen van PTSS. Mildere vormen geven volgens Lockhat geen aanleiding tot PTSS. De vorm van besnijdenis alleen is echter niet voldoende voor het ontwikkelen van traumagerelateerde klachten. Volgens haar model zijn drie factoren medebepalend voor het wel of niet ontwikkelen van PTSS na meisjesbesnijdenis:

- 1 het zich herinneren en beoordelen van de gebeurtenis als negatief of positief;
- 2 de afwezigheid of aanwezigheid van sociale steun; en
- 3 het uitvoeren van de operatie met of zonder verdovingsmiddel.

Een negatief oordeel over de besnijdenis, weinig sociale steun en geen verdoening zou de kans op PTSS verhogen. Tevens wordt duidelijk uit het onderzoek van Lockhat dat het van belang is om meer inzicht te krijgen in de ervaringen van deze vrouwen met de hulpverlening. Driekwart van de respondenten zegt namelijk negatieve ervaringen te hebben met hulpverleners. Bij navraag bleek dat de vrouwen niet snel hulp zoeken omdat ze zich vaak niet begrepen voelen (Lockhat, 2004).

De ervaring van zich onbegrepen voelen komt ook naar voren in andere onderzoeken in Canada (Chalmers & Omer Hashi, 2000), Noorwegen (Vangena et al., 2004) en Zweden (Berggren et al., 2006). Voor dat laatste onderzoek werden zwangere migrantenvrouwen in Zweden gevraagd naar hun contacten met de vroedvrouwen. Als gevolg van het: 'being stared at and being looked down on... Women stated that they preferred to stay at home, even if they knew they had health problems during pregnancy, to avoid alleged insults from the midwives' (Berggren et al., 2006, p. 54).

Iets vergelijkbaars schrijft ook Keizer (2003) in haar scriptie over de psychische gevolgen van meisjesbesnijdenis onder Somalische sleutelinformanten in Nederland. Keizer includeerde twaalf vrouwen waarbij ze standaardvragenlijsten gebruikte en een interview afnam. In het onderzoek is onder andere gekeken naar scores op de General Health Questionnaire en Beck's depressieschaal. Keizer rapporteert dat vier van de twaalf vrouwen eventueel kampen met een emotionele stoornis en dat twee respondenten mogelijk lijden aan een

depressie. Zij stelt dat psychische problemen nauwelijks gerapporteerd worden vanwege culturele verschillen in klachtenpresentatie.

Mogelijk speelt mee dat meisjesbesnijdenis in enkele risicolanden in alle beslotenheid plaatsvindt en dat er vaak een taboe hangt rond het praten erover, zeker met niet-ingewijden (Johnsdotter, 2007). Het durven praten over wat vrouwen overkwam alleen al vraagt dan om een flinke aanpassing. In een aantal Afrikaanse landen volgt een sanctie op het doorbreken van zo'n taboe. Een vraag die in dat kader van belang is, is: wordt praten over meisjesbesnijdenis bemoeilijkt door migratie of valt de druk weg en kunnen vrouwen gemakkelijker over hun ervaringen vertellen?

## 2.6 Meisjesbesnijdenis en stigma

Meisjesbesnijdenis is een verschijnsel waar we recent mee geconfronteerd worden in Europa en Nederland. Was het vroeger vooral een exotisch fenomeen, nu zijn de meeste Nederlanders zich ervan bewust dat in hun stad of land vrouwen wonen die een besnijdenis ondergingen. Bovendien bestaat er gereede kans dat het 'hier en nu' gebeurt. Politici zijn erop gebrand het fenomeen onder de aandacht te houden en zodoende de praktijk te verbannen; de media nemen elke gelegenheid te baat om de gruwelijkheid ervan te benadrukken. Anekdoten en verhalen over meisjesbesnijdenis hebben iets van *horror* in zich (Johnsdotter, 2007). Zo'n weerzinwekkend ritueel vraagt bij wijze van spreken om de aanwijzing van 'het slechte', *the evil*; wie laat toch zo iets gebeuren met zijn of haar kind? Het antwoord op die vraag, de schuld wordt dan snel in de moederschoot geworpen. Vrouwen die een besnijdenis hebben ondergaan worden bestempeld als slachtoffer, met die impliciete connotatie dat ze ook dader kunnen zijn.

Dat het voor de vrouwen zelf niet gemakkelijk is om een eeuwenoude praktijk te weerstaan, wordt niet altijd erkend. Noch dat het een ritueel was dat status en identiteit gaf, mogelijkheden opende en volkomen vanzelfsprekend plaatsvond. Een Somalische vrouw in London zei tegen de Noorse antropologe Aud Talle (2004): 'Being circumcised was once a sign of social solidarity and has now become a sign of difference.' Wat vroeger normaal was, is nu deviant. De ervaring van 'zij zijn anders dan wij' geeft vaak reden tot uitsluiting van de Ander. Als bovendien het vermoeden bestaat dat die Ander iets doet of gedaan heeft wat moreel verwerpelijk en wettelijk verboden is, dreigt stigmatisering. Bovenstaand moreel-ethisch discours kan een besneden vrouw met schaamte en schuldgevoelens opzadelen. Onbegrip voor deze gevoeligheden, of weerzin die spreekt uit het gezicht van een gesprekspartner, geeft vrouwen het gevoel niet begrepen te worden. De vraag is dan ook hoe deze vrouwen aandacht voor besnijdenis in de media en contacten met hulpverleners ervaren.

Samenvattend heeft onderzoek tot op heden geen eensluidend antwoord gegeven op de volgende vragen:

- Rapporteren vrouwen die een besnijdenis hebben ondergaan klachten op
  - psychisch
  - sociaal en/of
  - relationeel gebied, en zo ja, welke klachten?
- Zijn de klachten afhankelijk van de vorm van de besnijdenis (het type)?
- Wat is het belang van pijn bij de presentatie van klachten? Om welke pijn gaat het: fysiek of emotioneel?
- Hoe gaan besneden vrouwen om met hun klachten (coping)?
- Wat is de invloed van de partner op de beleving van de gevolgen?
- Hoe is de beleving van seksualiteit?
- Wat is de invloed van migratie op de beleving van de gevolgen?
- Hoe wordt de hulpverlening ervaren?

Het volgend hoofdstuk beschrijft hoe bovenstaande vragen in dit onderzoek geoperationaliseerd zijn.

# 3

## Onderzoeksmethode

In het vorig hoofdstuk werden vragen geformuleerd die aanleiding gaven tot het doen van onderzoek naar de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis. In dit hoofdstuk komen het design van dit exploratief onderzoek, alsook de onderzoeksvragen, het instrumentarium, en de methode van dataverzameling en -verwerking aan bod.

### 3.1 Onderzoeksdesign

In dit onderzoek is een ‘methodologisch pluralisme’ gehanteerd volgens het *mixed methods*-design (Creswell & Plano Clark, 2007; Creswell, 2008): de thematiek komt naast op kwantitatieve wijze (categoriseren en meten van verschijnselen) ook op kwalitatieve wijze aan de orde, met name om de (crossculturele) validiteit van bevindingen en interpretaties en de daaruit voortvloeiende conclusies te bepalen. Bij intercultureel onderzoek is het noodzakelijk om de gegevens van de kwantitatieve standaardinstrumenten aan te vullen met interviews die een verdiepende rol hebben (zie Knipscheer & Kleber, 1999; Kurt et al., 2001; Mooren, 2001). Uit eerdere onderzoeken naar migranten (Drogendijk et al., 2003; Mooren & Kleber, 1996) is gebleken dat een dergelijke *mixed methods*-benadering vruchtbare en praktisch bruikbare resultaten oplevert. De laatste jaren wordt op deze wijze expertise opgebouwd met de afname van gemodificeerde c.q. cultureel sensitieve vragenlijsten in crossculturele situaties (Shrestha et al. 1998; Terheggen et al., 2001). Kwalitatief onderzoek is geschikt indien men tot doel heeft gebeurtenissen en personen te beschrijven en te interpreteren. Daarnaast biedt deze vorm van onderzoek de mogelijkheid om door te vragen en zo de juiste informatie te krijgen (Baarda et al., 2001). Kwalitatief onderzoek is daarmee inductief en heeft een humanistisch en holistisch perspectief. Het stelt informeel en impressionistisch onderzoek tegenover het reductionisme en de vaak steriel overkomende objectiviteit die kenmerkend is voor formeel, gestandaardiseerd kwantitatief onderzoek (zie onder andere Ponterotto et al., 2001).



De *mixed methods*-benadering houdt in ons geval in dat we gebruikgemaakt hebben van voor de verschillende gemeenschappen gevalideerde vragenlijsten, zodat de vrouwen (zowel de interviewers als de respondenten) de vragen beter konden begrijpen. Tevens wilden we vragenlijsten die aansluiten bij die welke gebruikt worden in het reguliere psychotraumaonderzoek. In het onderzoek van Keizer (2003) naar de psychologische aspecten van meisjesbesnijdenis onder Somalische sleutelpersonen in Nederland wordt geconstateerd dat de onderzoeksmethoden niet of onvoldoende matchen met de onderzoekspopulatie, onder meer vanwege het gebruik van voor de onderzoeksgroep ontoegankelijke vragenlijsten en taalproblemen. Om een betere *matching* te bewerkstelligen bij dit onderzoek was van belang de onderzoekspopulatie actief te betrekken in het onderzoeksproces; zowel bij de datavergaring als bij de interpretatie en verwerking van gegevens. In een zeer vroeg stadium wilden we overleg met (representanten van) de betrokken gemeenschappen zodat het gehanteerde begrippenkader, de methode van onderzoek en de onderzoeksinstrumenten beter aansloten.

### 3.2 Onderzoekspopulatie

Bij de vraag onder welke gemeenschappen het onderzoek moest plaatsvinden is gekeken naar de Statlinegegevens (CBS, 2007) over in Nederland woonachtige vrouwen en meisjes uit zogenaamde ‘risicolanden’; landen waarvan bekend is dat meisjesbesnijdenis gepraktiseerd wordt. Gegevens over het wel of niet besneden zijn worden in Nederland (zoals elders) niet bijgehouden. Exacte aantallen zijn dan ook niet te geven. Het enige waarover met zekerheid iets gezegd kan worden zijn het aantal hier verblijvende vrouwen en meisjes uit die risicolanden en de prevalentie van meisjesbesnijdenis in de landen van herkomst.

Wat het aantal in Nederland wonende vrouwen uit risicolanden betreft, zijn

Tabel 1 Aantallen vrouwen uit Afrikaanse landen en de prevalentie van vgv (CBS 2007)

Land van herkomst	Prevalentie (%)	Aantal vrouwen
Djibouti	95	102
Egypte	97	7.300
Eritrea	90	469
Ethiopië	90	4.840
Guinee	80	963
Guinee-Bissau	50	123
Mali	90	120
Sierra Leone	85	1.814
Soedan	90	2.453
Somalië	98	8.794

de grootste gemeenschappen afkomstig uit Egypte, Eritrea, Ethiopië, Sierra Leone, Soedan en Somalië (tabel 1). In 2007 bedroeg het aantal vrouwen uit die landen 25.670 personen. Tevens blijkt dat in bovengenoemde risicolanden zeer hoge prevalentiecijfers zijn met betrekking tot meisjesbesnijdenis; tussen de 85% (in Sierra Leone) en 98% (Somalië) van alle meisjes en vrouwen hebben een besnijdenis ondergaan (Unicef, 2005).

Toen duidelijk was onder welke groepen het onderzoek idealiter diende plaats te vinden is contact opgenomen met deze gemeenschappen. Door de inzet van Zahra Naleie van FSAN (Federatie van Somalische Associaties in Nederland) lukte dat, behalve voor de Egyptische gemeenschap. We namen contact op met vier zelforganisaties en een moskee in Amsterdam waar Egyptenaren naartoe gaan. Steeds weer verzekerden de mannen – vrouwen waren er nooit bij – ons dat ‘zij met meisjesbesnijdenis niets te maken hebben’, dat dat vroeger misschien wel zo was maar dat het nu niet meer voorkomt. Na maandenlang vruchteloos zoeken is besloten de Egyptische vrouwen niet in het onderzoek te betrekken, ook al vormen ze de tweede grootste groep vrouwen in Nederland die mogelijk een besnijdenis hebben ondergaan. Uiteindelijk zijn respondenten geworven uit Somalië, Soedan, Eritrea, Ethiopië en Sierra Leone. Uit Somalië en Soedan, de landen waar de zwaarste vorm van besnijdenis plaatsvindt (type III) en waar zich mogelijk de meeste psychosociale klachten of problemen voordoen, zijn méér respondenten gezocht (18 in plaats van 12).

Gestreefd werd naar 72 respondenten omdat verwacht werd dat met dit aantal zowel kwantitatieve uitspraken mogelijk zouden zijn, als het niveau van theoretische saturatie bereikt zou worden, dat bij een homogene onderzoeksgroep bij ongeveer 30 interviews ligt. Daarbij was van belang dat respondenten een besnijdenis hadden ondergaan en binnen de reproductieve leeftijd vielen (tussen 18 en 50 jaar). Omdat we wilden nagaan in hoeverre verschillen bestaan in beleving en gedrag was diversiteit in burgerlijke staat van belang; onze steekproef diende zowel ongehuwde, jonge respondenten, gehuwde vrouwen met of zonder kinderen, als alleenstaande en gescheiden vrouwen te bevatten.

De werving van respondenten verliep volgens de *snowball*-methode, een wijze van inclusie die in het bijzonder wordt toegepast bij ‘marginale’ *hard-to-reach* populaties (Crescenzi et al., 2002; De Jong & Van Ommeren, 2002). *Snowball sampling* houdt in dat insiders in een bepaalde doelgroep individuen selecteren (op basis van bepaalde kenmerken) die worden benut als verwijzers om andere personen te bereiken die aan dezelfde criteria voldoen). In dit geval benaderden de interviewers vrouwen binnen hun kennissen- en vriendenkring, soms ondersteund door sleutelpersonen. Ze vroegen potentiële respondenten of ze andere gegadigden kenden die benaderd konden worden. Vooraf werd in een persoonlijk gesprek met de respondent stilgestaan bij wat het onderzoek inhield en wat de respondent kon verwachten. Soms was een aantal huisbezoeken en telefoongesprekken nodig voor iemand bereid was mee te

doen. Wanneer het doel en de werkwijze helder waren en de respondent zich bereid verklaarde, werd een eerste afspraak gemaakt. Dan kon het *informed consent*-formulier getekend worden en de contactgegevens van de achterwacht overhandigd worden – voor het geval dat na een gesprek onverhoopt nare ervaringen naarboven kwamen. Respondenten kregen overigens een kleine vergoeding voor hun participatie aan het onderzoek.

Door de aard van de *snowball sampling*-procedure enerzijds en de soms weinig gestructureerde manier van administratie voeren onder de interviewers anderzijds, is een correcte weergave van het aantal voor het onderzoek benaderde respondenten niet mogelijk, waardoor responsepercentages niet nauwkeurig kunnen worden vastgesteld. Geschat wordt dat in totaal aan circa 100 vrouwen uit de betreffende gemeenschappen gevraagd is te participeren in dit onderzoek. Op basis van inventarisatie bij de diverse interviewers schatten wij dat ruwweg één op de twee benaderde vrouwen heeft geparticipeerd. Tussen de verschillende interviewers bleek sprake van substantiële variatie; zo meldde een interviewer uit Somalië dat vrijwel alle door haar benaderde vrouwen participeerden, terwijl anderen uit Ethiopië en Sierra Leone juist veel moeite hadden om respondenten bereid te vinden aan het interview deel te nemen.

### 3.3 Operationalisering

De volgende begrippen staan centraal in het onderzoek:

- 1 psychische gevolgen;
- 2 sociale gevolgen;
- 3 relationele gevolgen;
- 4 coping.

*Psychische gevolgen* – Onder psychische gevolgen verstaan we in dit onderzoek klachten en problemen van allerlei aard die te maken hebben met de besnijdenis en de psychische gesteldheid van de vrouw of het meisje, en die zich op dat moment dan wel op langere termijn manifesteren. Volgens de WHO (1996) gaat het om psychische gevolgen als depressie, angst, frigiditeit en zelfs psychose. Naast genoemde gevolgen wilden we nagaan in hoeverre sprake is van psychische klachten naar aanleiding van pijn en acculturatiestress.

*Sociale gevolgen* – Met sociale gevolgen bedoelen we de gevolgen van meisjesbesnijdenis voor de persoon in relatie tot zijn omgeving. Deze zijn te onderverdelen in gevolgen:

- vanuit de persoon zelf gezien, zoals schaamte, vervreemding, boosheid, wantrouwen, ontworteling en isolement;
- vanuit de maatschappij gezien, zoals sociale uitsluiting, ethnocentrisme, discriminatie en stigmatisering;

- in relatie tot hulpzoekgedrag en in het contact met professionals (verloskundigen, artsen, voorlichters, leerkrachten, etc.). Te denken valt hier aan: onbekendheid en schroom, schaamte, zich terugtrekken of zelfs weigering naar een arts te gaan.

*Relationele gevolgen* – Bij relationele gevolgen denken we aan de volgende te onderscheiden zaken:

- communicatieproblemen en -stoornissen in de relationele sfeer (intieme/seksuele relaties; sociale relaties met familie, kennissen, collega's, klasgenoten, etc.);
- psychoseksuele gevolgen: last van stoornis in seksueel verlangen (waaronder verminderd seksueel verlangen en seksuele aversie), stoornis in de seksuele opwinding, orgasmestoornis, pijnstoornis (dyspareunie en vaginisme);
- verwarrende gevoelens, onzekerheid en schaamte over het eigen lichaam. Zo zegt een respondent in een onderzoek: 'I felt I was an abnormal shape' (Toubia, 2005, p. 126) en geven meerdere vrouwen aan zich constant zorgen te maken over hun genitaliën.

*Coping* – Onder coping wordt verstaan het (kunnen) omgaan met moeilijke situaties, zoals een ziekte of beperking. Coping betreft de manier waarop mensen met hun beperking, ziekte of afwijking omgaan op gedragsmatig, cognitief en emotioneel terrein. In dit onderzoek gaat het ook om coping met eventuele beperkingen op seksueel gebied.

## 3.4 Meetinstrumenten

### 3.4.1 Bij het kwalitatief onderzoek

De kwalitatieve data werden verzameld door middel van:

- focusgroepdiscussies (FGD's) en tussentijdse bijeenkomsten;
- semi-gestructureerde interviews aan de hand van een topiclijst.

#### Focusgroepdiscussies en tussentijdse bijeenkomsten

Na een oproep op de Pharos-website en via bemiddeling van FSN meldden zich begin 2008 veertien personen die wilden participeren in een FGD. Er was een mannengroep (vijf personen), en een vrouwengroep (negen personen). De gesprekken staan op tape en zijn getranscribeerd.

Tijdens de FGD's is informatie verzameld vanuit de eigen gemeenschappen over welke thema's van belang zijn bij dit onderwerp. De volgende vragen kwamen onder meer aan bod: is migratie van invloed op de ervaring van vrouwen die een besnijdenis hebben ondergaan; kan over het onderwerp gesproken worden, en hoe dan; speelt leeftijd op het moment van migratie een rol; wat is de rol van mannen en kan daarnaar gevraagd worden; welke vragen zijn

nog meer van belang? De resultaten uit de beide groepen werden vergeleken en onderscheidende thema's werden later in vragen omgezet (versie 1 topiclijst).

Daarnaast zijn tijdens het onderzoek drie bijeenkomsten gehouden waarop interviewers en onderzoekers met elkaar in gesprek gingen over onderwerpen als copingstrategieën, seksualiteit, en de verschillen in vormen van besnijdenis en verschillen tussen de gemeenschappen. Van deze gesprekken zijn notulen gemaakt.

### Topiclijst

De topiclijst is gaandeweg ontwikkeld. De eerste versie werd samengesteld uit vragen waarvan tijdens de FGD's gezegd werd dat ze belangrijk waren. De vragen hadden dus betrekking op de hiervoor aangegeven thema's. Zo waren er vragen over de besnijdenis zelf, over het eerste seksueel contact, of de respondenten voorlichting gekregen hadden, of ze contact hadden met vrouwen die niet besneden zijn, wat hun ervaring was met de hulpverlening in Nederland, etc. In de eerste versie van de topiclijst waren veertig vragen opgenomen.

Deze eerste versie is, in samenspraak met de interviewers, tijdens de training veranderd, zowel qua inhoud als timing. De interviewers wezen toen op het belang van de volgorde van de onderzoeksinstrumenten. Door eerst het interview te houden en daarna de vragenlijsten af te nemen zou er meer focus zijn op meisjesbesnijdenis als traumatische gebeurtenis. De respondent wist dan bij het beantwoorden van de vragen dat het over (de gevolgen van) meisjesbesnijdenis ging en niet een andere pijnlijke ervaring. Ook de timing was belangrijk. Om het taboe op spreken over het onderwerp te pareren moest de topiclijst volgens de interviewers aangepast worden. Neutrale vragen zoals: wanneer vond je besnijdenis plaats, werd daar voordien met je over gesproken, of wanneer kwam je naar Nederland? dienden tijdens het interview eerst gesteld te worden. Andere, meer sensitieve vragen, zoals over hun (eerste) ervaring met seksualiteit of over contact met hulpverleners moesten later gesteld worden. Bovendien zou de formulering van enkele vragen de vrouwen doen dichtklappen en werd deze daarom gewijzigd. Tot slot wezen de interviewers ons op het feit dat er bepaalde momenten zijn in het leven van een vrouw die besneden is, die als erg pijnlijk en soms traumatiserend worden ervaren; de 'scharniermomenten'. In de topiclijst werd een aantal vragen opgenomen over belangrijke scharniermomenten: de eerste seksuele ervaring (meestal bij het huwelijk), de eerste bevalling, en het (eerste) contact met de Nederlandse hulpverlening (medisch onderzoek). De door de interviewers gebruikte topiclijst bevatte uiteindelijk 58 vragen.

#### 3.4.2 Bij het kwantitatief onderzoek

Het kwantitatieve onderzoek bestond uit een algemene sociodemografische vragenlijst en vier gestandaardiseerde vragenlijsten:

## Algemene sociodemografische vragenlijst

De vragenlijst bevatte naast vragen over de leeftijd, burgerlijke staat, etniciteit, gezinssamenstelling, opleidingsniveau en andere demografische gegevens ook vragen met betrekking tot de opgroeisituatie, vorm van (type) en leeftijd bij de besnijdenis, sociale status en verblijfsduur in Nederland. De vragenlijsten zijn na overleg met de interviewers aangepast zodat het gehanteerde begrippenkader aansloot bij de onderzoeksgroep. In totaal gaat het om 26 vragen, voor een deel meerkeuzevragen.

## Gestandaardiseerde vragenlijsten

De vier gestandaardiseerde vragenlijsten waren:

- 1 Harvard Trauma Questionnaire (HTQ-30);
- 2 Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25);
- 3 COPE-Easy;
- 4 Lowlands Acculturation Scale.

*Harvard Trauma Questionnaire (HTQ-30)* – De Harvard Trauma Questionnaire (Mollica et al., 1992), is een transcultureel screeningsinstrument voor PTSS. De HTQ is ontworpen om posttraumatische stresssymptomen op te sporen bij een etnisch homogene groep vluchtelingen. Oorspronkelijk bestaat deze vragenlijst uit vier delen, waarvan slechts één deel voor dit onderzoek is gebruikt. Dit deel bestaat uit klachten die soms genoemd worden door mensen nadat zij pijnlijke of angstaanjagende gebeurtenissen hebben meegemaakt. Het betrof dertig items, waarvan een voorbeelditem luidt: ‘Terugkerende gedachten of herinneringen aan de pijnlijke of angstwekkende gebeurtenis’. De eerste zestien items zijn rechtstreeks afgeleid van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-III)-criteria voor een posttraumatische stressstoornis. De overige veertien items gaan over symptomen die betrekking hebben op de doorgemaakte trauma’s, met een meer cultureel onderscheidend karakter. De HTQ hanteert een vierpuntsschaal om de ernst van de symptomen te meten gedurende de voorafgaande week. De Nederlandse Harvard Trauma Questionnaire is ontwikkeld door J. Mook en deze vragenlijst is bewerkt voor gebruik binnen Stichting Centrum ’45 door W.Chr. Kleijn. Van de Nederlandstalige versie wordt verwacht dat deze voldoende betrouwbaar is, omdat de HTQ in het buitenland voor verschillende culturen cultureelgevoelig is gebleken (Smith Fawzi et al., 1997; Mollica et al. 1992). Op basis van valideringsonderzoek bij een klinische populatie van getraumatiseerde Indochinese vluchtelingen komen Mollica et al. (1992) tot een cut-offscore van 2,5 als optimaal, om een onderscheid te maken tussen mensen met PTSS (>2,5) en mensen zonder PTSS (<2,5). In de huidige steekproef is de betrouwbaarheid van de HTQ-30 (bepaald aan de hand van Cronbach’s  $\alpha$ ) .96, hetgeen uitstekend is.

*Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25)* – De Hopkins Symptom Checklist meet angst- en depressiesymptomen en is oorspronkelijk ontworpen voor de detec-

tie van psychiatrische klachten bij vluchtelingen. In dit onderzoek is de verkorte versie van de Hopkins Symptom Checklist gebruikt. Deze HsCL-25 bevat 10 vragen over angst en 15 vragen over depressie, waarbij elke vraag beantwoord dient te worden op een vierpuntsschaal (1 = helemaal geen last; 4 = zeer veel last). Voorbeelden van items bij de angstschaal zijn 'plotseling schrikken of bang worden' en bij de depressieschaal 'weinig energie hebben'. De HsCL-25 is bruikbaar gebleken als een screeningsinstrument in verschillende crossculturele studies en patiëntenstudies (Hansson et al., 1994; Kleijn et al. 2001; McKelvey & Webb, 1997). De cut-off score voor zowel angst als depressie is 1.75, wat wil zeggen dat bij hogere waarden dan deze score de diagnose depressie volgens de DSM-IV gesteld kan worden. Hierbij gaat het om de gemiddelde score op de angst- of depressieschaal, of om de gemiddelde score op alle 25 items. In onderzoek onder vluchtelingengroepen bleek detectie van depressie een sensitiviteit van 88% en een specificiteit van 73% te hebben (Kaaya et al., 2002). De meest recente Nederlandse versie van de HsCL-25 is gereviseerd door Kleijn et al. in 2000. De interne consistentie van de HsCL-25 in de steekproef van het huidige onderzoek is met een Cronbach's  $\alpha$  van .96 zeer goed (angstschaal  $\alpha = .93$ , depressieschaal  $\alpha = .92$ ).

*COPE-Easy* – Met de COPE-Easy is inzicht te verkrijgen in welke copingmechanismen en copingstijlen worden aangewend na confrontatie met een traumatische ervaring. De COPE (Coping Orientations to Problems Experienced Inventory) in zijn volledigheid (Carver et al., 1989) bevat 60 items, verdeeld over 15 subschalen. Voor een beter gebruik in de klinische praktijk is de COPE-Easy ingekort naar 32 vragen, gebaseerd op een betrouwbaarheidanalyse en item-totaalcorrelaties. In de COPE-Easy bleken de items gegroepeerd te kunnen worden onder drie theoretische hoofddimensies: 1) actief probleemgerichte coping, 2) steunzoekende coping en 3) vermijgend gedrag. Voorbeelden van items die bij de drie hoofddimensies horen zijn respectievelijk: 'Ik deed extra mijn best er iets aan te doen', 'Ik sprak met iemand over hoe ik mij voelde', en 'Ik zocht een activiteit om mijzelf af te leiden'. Naast deze hoofddimensies bleken de volgende subdimensies te onderscheiden: de situatie accepteren, steun zoeken in geloof, en humor. De laatste vier vragen van de COPE-Easy vragen de respondent naar middelengebruik; deze informatie vormt echter geen subschaal. Ook bij deze vragenlijst dient de respondent antwoord te geven aan de hand van een vierpuntsschaal. De scores op de verschillende dimensies dienen afzonderlijk van elkaar bekeken te worden, waarbij een hogere gemiddelde score op een dimensie wijst op meer gebruik van de bijbehorende copingstijl. De COPE-Easy beoogt door zijn taalgebruik en duidelijkheid bruikbaar te zijn voor zowel autochtone als allochtone cliënten. De vragenlijst blijkt met name bij situatiespecifiek gebruik (zoals in dit onderzoek over besnijdenis) ruim voldoende betrouwbaar te zijn op de subschalen. Ook levert de COPE-Easy een genuanceerd profiel van copingstrategieën op (Kleijn et al., 2000). De interne consistentie van de subschalen van de COPE-Easy in deze steekproef is goed

(Cronbach's  $\alpha$  varieert tussen de .67 voor vermijgend gedrag, .85 voor humor, .86 voor steunzoekende coping en acceptatie, .89 voor religie en .91 voor actieve probleemgerichte coping).

*Lowlands Acculturation Scale* – Ervaringen met migratie en acculturatie zijn bepaald aan de hand van de Lowlands Acculturation Scale (LAS) (Mooren et al., 2001). De LAS is een gestructureerde vragenlijst bestaande uit 25 stellingen, die beantwoord moeten worden aan de hand van een zespunts Likertschaal. Het instrument kent vijf subschalen. De schaal *Verlies* (7 items) bestaat uit items als: 'Ik heb heimwee' en 'Ik mis de mensen die nog in mijn geboorteland wonen'. Praktische vaardigheden die zinvol zijn voor participatie in de Nederlandse samenleving zijn in kaart gebracht met behulp van de schaal *Vaardigheden* (5 items). In deze schaal zijn items opgenomen als: 'Ik heb moeite Nederlands te verstaan en te lezen' en 'Ik ben afhankelijk van andere mensen om uit te vinden hoe dingen hier worden gedaan'. De schaal *Tradities* (4 items) richt zich op het behoud van eigen cultuur en gewoonten. Voorbeelden van items zijn 'Ik luister het liefst naar (Ethiopische) muziek' en 'Ik vind het belangrijk onze tradities aan mijn (toekomstige) kinderen door te geven'. Morele normen en waarden zijn in kaart gebracht met behulp van de schaal *Normen en Waarden* (5 items). Voorbeelden zijn: 'Ik vind de Nederlandse wet te mild voor misdadigers.' De laatste schaal, *Sociale integratie* (4 items), refereert aan het sociale contact met Nederlanders. In deze schaal zijn items opgenomen als: 'Ik ervaar het contact met Nederlanders als goed' en 'Ik heb veel contact met Nederlanders'. De totaalscore is berekend over de gehele schaal en verwijst naar het algemene niveau van acculturatie van de respondent. De somscores over de subschalen verwijzen naar het acculturatieniveau van de respondent per psychologisch domein. De structurele equivalentie over verschillende etnische groepen geeft de mogelijkheid de vragenlijst te gebruiken in een etnisch diverse onderzoekspopulatie (Mooren et al., 2001). In het huidige onderzoek is een 20-item versie van de LAS opgenomen. Ten einde de respondent niet meer te belasten met vragen dan strikt noodzakelijk zijn enkele items die minder relevant waren voor deze doelgroep verwijderd. Een ander item (rond de visie op seksualiteit in relatie tot normen en waarden in Nederland) is juist toegevoegd aan de hier gehanteerde versie. De interne consistentie van de subschalen in de huidige steekproef is voldoende gebleken (Cronbach's  $\alpha$  varieert tussen de .61 voor *Tradities*, .62 voor *Normen en Waarden*, .63 voor *Vaardigheden* en *Verlies* en .69 voor *Sociale integratie*).

### 3.5 Dataverzameling

Meteen bij aanvang van het onderzoek werd gestart met de werving van interviewers uit de eigen gemeenschappen. We wilden immers vrouwen uit de betrokken gemeenschappen daadwerkelijk inzetten als interviewer. Vanwege de



complexiteit van het onderzoek, de veelheid aan taken en omdat de interviews naar het Nederlands dienden te worden getranscribeerd, is gezocht naar vrouwen met een voldoende opleiding (minimaal mbo), Nederlands-en/of Engels-sprekend en schrijvend, die een besnijdenis hebben ondergaan en uit één van de vijf geselecteerde landen afkomstig zijn. Bovendien dienden de interviewers aanwezig te zijn bij de training. Na gesprekken met kandidaat-interviewers en in overleg met de begeleider vanuit FSN werden uiteindelijk zeven vrouwen gerekruteerd: twee uit Somalië en Soedan en telkens een uit de andere drie landen.

Korte tijd na de werving vond de training van de interviewers plaats. Tijdens deze driedaagse training kwamen de volgende zaken aan bod:

- bespreken opzet, doel en uitvoering van het onderzoek;
- bespreken en aanpassen van de topiclijst die door de onderzoekers in een eerste versie was opgesteld naar aanleiding van FGD's met vrouwen en sleutelpersonen;
- bespreken van de vier standaardvragenlijsten in relatie tot de onderzoeksvragen;
- oefenen in het werken met vragenlijsten en opnameapparatuur;
- bespreken hoe met het taboe om te gaan en oefenen in gesprekstechnieken;
- oefenen in het gebruik van de topiclijst en het doen van halfgestructureerde interviews.

De gesprekken tijdens de training attenderden het onderzoeksteam op de mogelijkheid dat dit onderzoek belastend kon zijn voor de respondenten. Daarom zijn twee artsen aangezocht die bereid waren als achterwacht te fungeren – overigens zijn geen van beiden ooit benaderd door een interviewer. Daarnaast werd vastgesteld dat de interviewers meer begeleiding nodig hadden dan we oorspronkelijk dachten. Gedurende de hele periode waarin aan dataverwerking gedaan werd, zijn daarom assistentes aan het onderzoek verbonden geweest die wekelijks, zo niet dagelijks, contact opnamen met de interviewers en waar nodig hulp boden. Het ging om hulp van uiteenlopende aard. Men vroeg om technische ondersteuning (gebruik van digitale opnameapparatuur), om hulp bij het uitschrijven (in het Nederlands, in Word) of ondersteuning bij het zoeken naar respondenten. Tot slot besloten we regelmatig bij elkaar te komen om de gang van zaken te bespreken. De onderzoekers en interviewers zijn in de periode van dataverzameling, zoals aangeven, driemaal bij elkaar geweest.

Op basis van een handleiding verzamelden de zeven interviewers in de periode augustus 2008 tot april 2009 de data in de eigen gemeenschap. De ervaring van elke interviewer met de eerste respondent werd samen met twee onderzoekers besproken (pre-test). Meestal waren twee huisbezoeken voldoende om alle data te verzamelen. Tijdens het eerste bezoek werd de Algemene Vragenlijst afgenomen. Daaropvolgend vond het interview plaats aan de hand van de topic-

lijst. In de week na het eerste bezoek werd de respondent telefonisch weer benaderd. De interviewer vroeg in dat gesprek hoe het de respondent verging, en of een tweede afspraak gemaakt kon worden. Tijdens het tweede huisbezoek werden de vier standaardvragenlijsten afgenomen.

Ondanks de handleiding, de tips die gegeven waren en de begeleiding die geboden werd, is een aantal vragenlijsten onvolledig ingevuld. De reden daarvoor was, volgens de interviewers, dat sommigen vragen 'leken op andere' of dat de bedoeling van een vraag niet helder was. Twee respondenten wilden na het eerste gesprek (interview) niet meer verder praten over hun ervaringen, noch de vragenlijsten invullen. De met de hand ingevulde vragenlijsten werden later ingeleverd bij Pharos.

## 3.6 Data-analyse

### 3.6.1 Kwalitatieve analyse

De focusgroepdiscussies vonden plaats voordat de gegevensverzameling onder individuele respondenten plaatsvond. De getranscribeerde gegevens zijn met name gebruikt om de topiclijst meer geschikt te maken voor de doelgroep (beoordelingen) en de beste timing voor de vraagstelling te achterhalen. Van de drie bijeenkomsten gedurende het verloop van het onderzoek zijn notulen gemaakt. De gesprekken leverden inhoudelijke informatie op, met name over coping, seksualiteit en socioculturele verschillen tussen de respondentengroepen. De gesprekken waren daarnaast belangrijk omdat de rode lijn in het onderzoek daardoor vastgehouden kon worden.

Het interview aan de hand van de topiclijst werd digitaal opgenomen en duurde een à twee uur. Om anonimiteit te waarborgen werden de respondenten gecodeerd naar land van herkomst (eerste drie of vier letters), en genummerd. Voor Soedanese en Somalische respondenten loopt de nummering van 1 tot 18, bij de respondenten uit Sierra Leone en Eritrea van 1 tot 12, en bij de Ethiopische respondenten van 1 tot 6. De code voor bijvoorbeeld de vierde respondent uit Soedan die bereid was mee te doen aan het onderzoek is *Soe 4*, terwijl de achtste respondent uit Eritrea als code *Eri 8* kreeg. De code werd door de interviewers op de vragenlijsten gezet en vermeld op de uitgeschreven interviews.

Na het interview schreef de interviewer haar gesprek uit – daarbij soms geholpen door een onderzoeksassistente. Alle interviews zijn letterlijk uitgetypt. Hierdoor zijn de originele uitspraken van de respondenten voor controle beschikbaar. Dit verkleinde het gevaar dat de interpretaties van de interviewer een rol speelden bij het weergeven van de data. Zowel de gesproken als getranscribeerde teksten werd daarop gemaïld naar een van de onderzoekers. Later zijn door beëdigde tolken een of twee in de eigen taal gesproken interviews

van iedere interviewer simultaan vertaald en vergeleken met de uitgetypte tekst. Bij één uitgetypt interview bleken enkele relevante uitspraken niet in de transcriptie te staan. Alle andere transcripties waren woordelijk en compleet. De uitgetypte teksten zijn nagekeken door twee onderzoekers en een onafhankelijke lezer.

Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraagstelling en de daarbij behorende deelvragen zijn de letterlijk uitgetypte teksten voorzien van codes. Sommige codes zijn opgesteld aan de hand van de deelvragen van het onderzoek en het theoretisch kader van de topiclijst. Andere codes zijn gemaakt aan de hand van wat in de teksten naar voren kwam. Zonder codering is het niet mogelijk te zoeken naar structuur en ingangen in het kwalitatief onderzoeksmateriaal. De data zijn geanalyseerd met het onderzoeksprogramma ATLAS.ti. Dit is een computerprogramma dat gebruikt wordt om kwalitatieve gegevens te coderen (labelen) en daarna de segmenten over een bepaalde topic van de verschillende respondenten naast elkaar te leggen en te vergelijken. Elk stukje tekst is dan gekoppeld aan een of meerdere codes. Data die niet van belang bleken, zijn weggelaten en niet voorzien van een code. Daarnaast was het mogelijk om (een selectie van) de data te scannen op zoektermen en de bij verschillende codes horende tekstsegmenten aan elkaar te koppelen. Aan de hand van de eerste analyses van de kwantitatieve data kon daarom nagegaan worden wat op respondent- dan wel groepsniveau (etnische gemeenschap, leeftijdscategorie, type besnijdenis, wel of niet voorlichting gehad, etc.) in de kwalitatieve data te vinden is.

### 3.6.2 Kwantitatieve analyse

De kwantitatieve data van de vijf vragenlijsten zijn ingevoerd in SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Met dit programma is een eerste inventarisatie gemaakt van de sociodemografische gegevens van de respondenten. In het geval van de LAS moesten er drie items omgescoord worden (items 2, 4 en 6). Bij een aantal respondenten ontbraken de antwoorden op enkele vragen; deze *missing values* zijn via een gemiddeldenberekening per respondent ingevuld.

Alle variabelen zijn samengevat aan de hand van standaard descriptieve statistieken zoals frequenties, gemiddelden en standaarddeviaties. Maten voor scheefheid en gepiektheid werden gebruikt om de normaalverdeling van de variabelen vast te stellen. Hiertoe werden *skewness* (mate waarin de verdeling asymmetrisch is) en *kurtosis* (mate van welving ten opzichte van de normaalverdeling) berekend. Beiden moeten kleiner dan 2 zijn om te voldoen aan de voorwaarde dat de variabele normaal verdeeld is. Binnen de steekproef bleek alleen de variabele 'uitvoeder besnijdenis' te gewelfd voor opname in de multivariate regressievergelijkingen. Daarnaast is de interne consistentie, de mate van

betrouwbaarheid, bepaald door de Cronbach's alpha van de verschillende subschalen te berekenen.

Om te bepalen voor welke covariaten moet worden gecontroleerd om een valide antwoord te kunnen geven op de centrale onderzoeksvragen, zijn sociaal-demografische achtergronden, traumatische reacties en psychische problematiek (scores op de HTQ en HSCL), copingscores (scores op de COPE-subschalen) en acculturatiescores (scores op de LAS-subschalen) univariaat geanalyseerd. Gedichotomiseerde variabelen zijn geanalyseerd met de  $\chi^2$  test of Fisher's exact test wanneer de verwachte celfrequentie lager was dan 5. Op voorwaarde dat de verdelingen ongeveer normaal of niet scheef waren, zijn de gemiddelde scores op de continue variabelen geanalyseerd met parametrische toetsen, zoals Student's *t* tests voor onafhankelijke steekproeven en enkelvoudige variantieanalyses (ANOVA's). Ernstig scheve continue variabelen zijn geanalyseerd met de Mann-Whitney *U* toets. Tevens zijn aan de hand van correlatie- en associatie-maten (Pearson's *r* (continue variabelen), Spearman's rho (ordinale variabelen) en Eta (nominale variabelen), samenhangen geanalyseerd.

Naast de analyses voor beantwoording van de onderzoeksvragen zijn enkele aanvullende analyses verricht (de tekst in het volgende hoofdstuk geeft aan welke analyses het hier betrof).

Teneinde de relatieve betekenis van voorspellers van subjectieve geestelijke gezondheid (HTQ- en HSCL-totaalscores) vast te stellen zijn multivariate directe logistische en directe multiple hiërarchische regressieanalyses uitgevoerd (Tabachnick & Fidell, 2001). Steeds werden daarbij alleen die onafhankelijke variabelen meegenomen die op univariaat niveau een significante relatie met de afhankelijke variabelen kenden. Zo bevat iedere afzonderlijke regressieanalyse een specifieke covariaten-set. Om het belang van de voorspellers te schatten zijn bij de logistische regressieanalyses zogenaamde *odds ratio's* berekend.

### Statistische notaties

Bij de beschrijving van de kwantitatieve bevindingen worden ook de uitkomsten op de gebruikte statistische toetsen genoemd (in de vorm van letters of symbolen). Een korte toelichting is hier op zijn plaats. In de tekst en bijbehorende tabellen staan naast absolute aantallen ( $N = \text{number}$ ), percentages (%), gemiddelden ( $M = \text{mean}$ ), standaarddeviaties ( $SD$ : een maat voor de spreiding van de scores, de afwijking van het gemiddelde) en *range* (hoogste en laagste score) vermeld. Dit onderzoek handelt onder meer over verschillen tussen diverse groepen (bijvoorbeeld naar land van herkomst of vorm van besnijdenis). Zo is onderzocht in hoeverre de ene (sub)groep gemiddeld hoger of lager scoort op een bepaalde schaal. Van belang is telkens de *p*-waarde. 'p' staat voor *probability*; de kans dat de bevindingen op toeval berusten. Een kleine *p* – in het algemeen wordt het criterium van .05 gehanteerd – geeft aan dat de kans dat verschillen toevalligerwijs gevonden zijn, te verwaarlozen valt. Tevens zijn bij multiple regressieanalyses de gestandaardiseerde *Beta's*, 95% betrouwbaar-

heidsintervallen en de  $R^2$  vermeld.  $R$  geeft de correlatie aan van de afhankelijke variabele met alle onafhankelijke variabelen tezamen. De richting van het verband kan uit de regressiecoëfficiënt (*Beta*) worden afgeleid. De *Beta* geeft het relatieve belang van de verschillende onafhankelijke variabelen aan.  $R^2$  is de determinatiecoëfficiënt en geeft het percentage verklaarde variantie van de onafhankelijke variabelen tezamen aan: hoe groter de waarde van  $R^2$  hoe beter het model 'past'.

# 4

## Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het kwalitatieve en kwantitatieve onderzoek gepresenteerd. Maar eerst komen in paragraaf 4.1 enkele sociodemografische karakteristieken van onze respondenten aan bod.

### 4.1 Sociodemografische karakteristieken

Onderstaande data geven een overzicht en een eerste indruk over uit welke personen de respondentgroep bestaat.

Tabel 2 Sociodemografische karakteristieken

Demografische gegevens	N	Percentage	Valide %
<b>Land van herkomst totaal</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Somalië	18	27,3	27,3
Sierra Leone	12	18,2	18,2
Soedan	18	27,3	27,3
Eritrea	12	18,2	18,2
Ethiopië	6	9,1	9,1
<b>Vorm van besnijdenis</b>	<b>65</b>	<b>98,5</b>	<b>100,0</b>
Type I – clitoridectomie	21	31,8	32,3
Type II – excisie	9	13,6	13,8
Type III – infibulatie	35	53,0	53,8
Type IV – mengvorm	0	0	0
<i>Missing values</i>	1	1,5	
<b>Opleidingniveau</b>	<b>56</b>	<b>84,8</b>	<b>100,0</b>
Geen educatie	4	6,1	7,1
Lagere school	5	7,6	8,9

Middelbare school	24	36,4	42,9
Hoger onderwijs	23	34,8	41,1
<i>Missing values</i>	10	15,2	
<b>Burgerlijke staat</b>	<b>58</b>	<b>87,9</b>	<b>100,0</b>
Ongehuwd	23	34,8	39,7
Gehuwd	25	37,9	43,1
Gescheiden	7	10,6	12,1
Weduwe	3	4,5	5,2
<i>Missing values</i>	8	12,1	
<b>Aard huwelijk</b>	<b>55</b>	<b>83,3</b>	<b>100,0</b>
Gearrangeerd	10	15,2	18,2
Eigen keuze	22	33,3	40,0
N.v.t. (niet gehuwd)	23	34,8	41,8
<i>Missing values</i>	11	16,7	
<b>Gezin</b>	<b>58</b>	<b>87,9</b>	<b>100,0</b>
Geen kinderen	12	18,2	20,7
Geen thuiswonende kinderen	5	7,6	8,6
Met kinderen	41	62,1	70,7
<i>Missing values</i>	8	12,1	

Tabel 3 **Vorm van besnijdenis per land**

	Somalië	Soedan	Ethiopië	Eritrea	Sierra Leone	Totaal
Type I – clitoridectomie				10	11	<b>21</b>
Type II – excisie	2	3	4			<b>9</b>
Type III – faraonisch, infibulatie	16	15	2	2		<b>35</b>
Type IV – <i>sunna</i> , prikje						
Onbekend					1	<b>1</b>
<b>Totaal</b>						<b>66</b>

## 4.2 Kwalitatieve resultaten

Dit onderdeel bevat de resultaten uit de semi-gestructureerde interviews aan de hand van de topiclijst en de FDG's. Achtereenvolgens komen aan bod de psychologische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis. Aan de hand van de topiclijst zijn vragen gesteld over hoe de respondenten bepaalde gebeurtenissen beleefd hebben en nu tegen hun besnijdenis aankijken. Deze gebeurtenissen vinden vaak plaats in een (migratie)context. Vandaar dat veel zaken die te maken hebben met migratie en andere beïnvloedende factoren deels bij de betreffende thema's staan aangeven. Andere zaken met betrekking

tot migratie staan in het daaropvolgend deel. Daarna wordt ingezoomd op copingstrategieën van de vrouwen en de plaats van religie daarin. Als afsluiting van dit hoofdstuk wordt ingegaan op de ervaringen van de respondenten met de hulpverlening in Nederland.

#### 4.2.1 Psychologische gevolgen

Slechts vijf van de zesenzestig respondenten, waaronder vier uit Somalië en een uit Sierra Leone, geven, ondanks de klachten die ze eraan overhouden, aan trots op of blij te zijn over het feit dat ze besneden zijn. Het hoort, zeggen twee van hen, bij hun 'identiteit'. De andere respondenten geven aan vooral problemen en last te ondervinden van hun besnijdenis. De meest genoemde psychisch negatieve gevolgen worden hier aangegeven.

##### Nare herinneringen en pijn

Een groot aantal respondenten heeft regelmatig last van nare herinneringen. Deze komen naar boven tijdens of na situaties waarin de vrouwen zich geconfronteerd voelen met het feit dat ze besneden zijn. Bij een aantal vrouwen vormt pijn tijdens seksueel contact de directe aanleiding van de nare herinnering. Een respondent uit Soedan zegt letterlijk 'als ik aan seks denk, denk ik meteen aan mijn *tahoor*<sup>3</sup> (besnijdenis)'. Een respondent uit Somalië antwoordt op de vraag of ze psychische klachten heeft als gevolg van de besnijdenis:

Som 10: Ik vergeet nooit van mijn leven die dag van mijn besnijdenis (habone), ik kan het met niets vergelijken hoe erg die pijn was. Als ik geconfronteerd word met die besnijdenis dan droom ik die nacht over die dag. Ik ga dan veel in de Koran lezen om die pijn te verzachten want het gaat niet helemaal weg zolang je leeft.

De meesten herinneren zich de besnijdenis, soms tot in detail. Ze hebben het over scheermesjes, de blik en kleding van de besnijdstster, de houding van hun moeder en de schrijnende pijn die tot een week nadien duurde. De meest pijnlijke ervaringen na de besnijdenis zijn de eerste huwelijksnacht en de bevalling. Een geïnfibuleerde respondent uit Soedan zegt de eerste keer dat zij seks had niet te kunnen vergeten, 'zo veel pijn, zo veel pijn'. Een vrouw uit Ethiopië antwoordt op de vraag hoe haar eerste keer was: 'Als ik daar aan denk word ik ziek en misselijk.' Een andere Soedanese respondent noemt de pijn bij de besnijdenis 'gewoon onmenselijk en de tweede onverdraaglijke pijn was de bevalling, terwijl het een van de mooiste momenten van je leven

---

<sup>3</sup> Dit is slechts een van de vele namen die in dat land van herkomst aan meisjesbesnijdenis gegeven wordt. Elke etnische groep of clan kan er een eigen woord voor hebben. In Soedan alleen al worden 200 dialecten gesproken.



moet zijn.’ Bij vijf respondenten komt bij de vraag naar de bevalling vooral de pijn naar boven.

Naast fysieke pijn kunnen ook andere prikkels aanleiding geven tot een herinnering aan de besnijdenis of de consequenties ervan. Een respondent met zes kinderen antwoordt op de vraag wat voor haar een gevolg is van de besnijdenis:

Ethi 4: Ik word emotioneel als ik hoor dat een vrouw gaat trouwen of bevallen. Al mijn pijnlijke herinneringen komen weer naar boven.

Een respondent uit Sierra Leone herinnert zich wat tijdens de besnijdenis gebeurde doordat er een litteken overgebleven is. Alleen al het zien van haar geslachtsdeel is telkens weer confronterend voor haar. Ook gebeurtenissen die indirect te maken hebben met het feit dat ze besneden zijn, brengen bij enkele respondenten vervelende momenten in herinnering. Een respondent zegt op een pijnlijke manier geconfronteerd te zijn bij het zien van de besnijdenis van een nicht tijdens een bezoek aan het thuisland. Een wat oudere respondent uit Eritrea, die zich verder niets herinnert van de besnijdenis omdat ze een baby van zeven weken was, geeft aan vaak last te hebben van nare herinneringen omdat ze een ‘handicap’ heeft, zoals ze de besnijdenis noemt.

Eri 4: Pas toen ik volwassen was voelde ik mijn handicap, ik voelde dat ik lichamelijk iets tekort heb.

Interviewer: Is dat een gevolg van je besnijdenis (*kishbo*)?

Eri 4: Het komt bij mij vaak terug, vooral als ik op tv iets met meisjesbesnijdenis zie. Of als het onderwerp naar voren komt of zelfs meisjesbesnijdenis als woord genoemd wordt, dan komt alles naar boven, komt mijn herinnering terug. Soms droom ik erover. Dan voel ik me echt boos, soms word ik nerveus, heb ik trillingen.

Een andere respondent vertelt hoe zij meemaakte dat tijdens een verblijf in haar thuisland, na een bezoek aan een vriendin in een dorp verderop, zij bij terugkomst constateert dat haar dochter door toedoen van de schoonmoeder besneden is. Iets waar ze zich hard tegen verzette, was toch gebeurd. Het legde een schaduw op de relatie met haar man en met haar dochter. Deze laatste heeft het haar moeder tot nu toe niet vergeven, tot groot verdriet van de respondent.

Op de vraag hoe de respondenten slapen en of ze ’s nachts wakker gehouden worden door de gedachte aan de besnijdenis zeggen elf respondenten, met name vrouwen uit Soedan, Somalië en Sierra Leone, dat herinneringen daaraan ook ’s nachts voorkomen. Een vrouw uit Sierra Leone antwoordt op de vraag naar haar klachten dat de besnijdenis ‘haar leven verpest heeft’ en dat ze nachtmerries heeft. ‘Daar heb ik tot nu toe last van. Maar ik kan er niets aan doen. Gelukkig ben ik niet meer in Afrika’ (Sie 12). Op de vraag wat bij haar de

gevolgen zijn van het feit dat ze een besnijdenis onderging, reageert een jonge, ongehuwde respondent met:

Som 12: Ja, je kan er een trauma en nachtmerries van krijgen, een oude vrouw met een mes die jou komt besnijden vergeet je niet zomaar, en vooral als je veel pijn hebt onder de leden. Ik ken wel vrouwen die zware problemen ondervinden en heel angstig reageren als ze erover praten en in huilen uitbarsten, dan zie ik wat voor impact de besnijdenis heeft gehad en ga ik niet verder vragen stellen aan hen.

### Vermijding, spanning en taboe

De angst dat de herinnering aan de besnijdenis naar boven komt maakt dat een gesprek over wat zich toen afspeelde door ongeveer een derde van de respondenten gemeden wordt. 'Alleen het woord al maakt me bang', merken enkele respondenten op. Met name bij respondenten uit Sierra Leone, Somalië en Ethiopië veroorzaakt het praten over meisjesbesnijdenis allerlei nare sensaties. Twee respondenten trillen volgens de interviewer van spanning en krijgen kippenvel tijdens hun antwoord op de vraag wat de besnijdenis voor hen betekent. Niet alleen de besnijdenis, ook andere pijnlijke of vervelende momenten houdt men liever voor zich.

Het taboe dat vanouds rustte op praten over de besnijdenis zorgt ervoor dat de respondenten er niet gemakkelijk over spreken. De respondenten uit Sierra Leone zijn er het meest expliciet over. Bij de vraag of ze wel eens praten over meisjesbesnijdenis met niet-familieleden zeggen deze vrouwen dat in hun thuisland niet over meisjesbesnijdenis (*bondo*) gesproken mag worden. Twee vrouwen uit Sierra Leone hebben het over dat hen verteld werd dat ze anders gestraft worden, volgens de een krijg je dan 'een dikke buik', volgens een ander 'zal het blad [van het mes] zich tegen je keren'. Een andere respondent uit die groep verwoordt het als volgt:

Sie 2: Zelfs wat ik nu aan het doen ben [praten met je] is gedurfd. Als ik in Afrika was zou ik het nooit aandurven om dit te doen.

Dat de druk van buitenaf en de conventie om niet over meisjesbesnijdenis te praten serieuze consequenties kan hebben, blijkt uit het volgende citaat:

Sie 11: Om de ene of andere reden ben ik gewoon een bang mens geworden door wat ze zeiden tegen mij tijdens de besnijdenis. Ze zeiden dat je bezoek krijgt van een overledene tijdens je slaap en ze deden het zo echt lijken dat ik daarin geloofde en de ruimte was een rare en afgelegen plek. Sindsdien ben ik gewoon bang, ik kon vroeger echt niet alleen thuis zijn... Dit is allemaal veroorzaakt door mijn besnijdenis. Als een man bijvoorbeeld een enge grap maakt, kan dit me zo raken dat heel mijn dag gewoon verpest is en dan word ik echt pissig. Daarom zeg ik nu tegen de vriend met wie ik iets heb dat hij me nooit onverwacht van achteren vast moet pakken of stiekem naar me toe komt. Ik kan daar erg van schrikken en hij mag ook geen enge grappen uithalen.

Respondenten uit alle andere gemeenschappen hebben het niet over straf of een overtreding van een gesanctioneerd taboe, maar mijden net zo goed gesprekken over wat er gebeurde tijdens de besnijdenis of als gevolg daarvan. ‘Praten berokkent schade’ zegt een Somalische respondent. Op de vraag waarom zij niet naar de arts gaat met haar klachten zegt deze respondent:

Som 10: Ik heb een mannelijke huisarts en ik heb geen zin om hem mijn geslachtsdelen te showen. Ik moet alles dan weer gaan uitleggen en daar heb ik absoluut geen behoefte aan, ik wil niet aan die pijn herinnerd worden.

Interviewer: Wat doet die pijn dan met je?

Som 10: Ik krijg rillingen over mijn hele lichaam en herinner ik me alles weer. Ik kan dan echt niets doen, een paar dagen lang, en wil alleen maar slapen.

Praten over meisjesbesnijdenis valt bij een aantal Somalische respondenten zeer moeilijk. Ook onderling. Terwijl voor de respondenten uit Sierra Leone vooral het taboe speelt, is het voor de Somalische vrouwen eerder een strikte privé-aangelegenheid of te pijnlijk. In twee gevallen wordt aangegeven dat men uit respect voor de ander het onderwerp mijdt. Sommige Somalische respondenten zijn erg gedecideerd in dat ze met anderen dan de eigen man, zusters of moeder niet over meisjesbesnijdenis willen praten. Iets minder dan de helft geeft aan daar moeite mee te hebben. Zo antwoordt een Somalische respondent op de vraag of ze wel eens door Nederlanders aangesproken worden over meisjesbesnijdenis:

Som 6: Ik heb het één keer meegemaakt. Ik ben daar niet op ingegaan, ik dacht bij mezelf wie zijn ze dat ik mijn privé-zaken met hen ga bespreken.

Interviewer: Waarom wil je niet erover praten?

Som 6: Ze kennen mijn cultuur niet, weten heel weinig over meisjesbesnijdenis dus daarom ga ik niet met hen in discussie want het is tenslotte mijn zaak en ik wil absoluut niet zielig gevonden worden. [Mevrouw komt geagiteerd over.]

Ook van vragen over hun seksualiteit zijn enkele respondenten uit Somalië en Ethiopië niet gediend. ‘Daar wil ik het niet over hebben’ antwoorden deze vrouwen dan, of ze geven gewoon geen antwoord en zwijgen. Binnen deze groepen respondenten verschilt men overigens onderling van mening of je erover moet praten, en met wie dan wel:

Som 15: Het is een beetje triest, vervelend. Maar we moeten er toch over praten, hoewel het misschien niet een goed onderwerp is.

Interviewer: Maar bespreken mensen het?

Som 15: Hangt er van af, sommige wel sommige niet. Ja, een beetje praten erover doen we wel, bij voorlichting. Maar in het begin was dat wel moeilijk.

Ondanks dat praten over (de gevolgen van) meisjesbesnijdenis spanning kan

veroorzaken en weerstand oproept en dat het volgens enkele respondenten uit die gemeenschappen dus psychisch belastend is, zijn er respondenten die de uitdaging toch aangaan, hoe moeilijk het ook is. Onder de Eritrese en Soedane- se respondenten zijn beduidend minder vrouwen die aangeven spanningen te hebben wanneer ze over meisjesbesnijdenis praten of eraan denken. Een deel van deze respondenten zegt dat er nu ook in het thuisland over gesproken wordt, dat er rapportages over meisjesbesnijdenis op tv getoond worden en het zwijgen doorbroken is. Een vrouw uit Soedan merkt op dat ze verschillende groepen vrienden heeft: vrienden die 'al bewust zijn' over wat meisjesbesnijdenis is 'en ik heb gelovige vriendinnen waarmee ik dit onderwerp niet bespreek. Ze weten ook niet dat mijn dochter niet besneden is' (Soe 2). Verder zeggen twee van de Eritrese respondenten er niet over te praten. Op de vraag wat voor reactie zij opmerken bij vrouwen uit de eigen gemeenschap als zij erachter komen dat meisjesbesnijdenis niet overal voorkomt, vertelt een van beiden:

Eri 8: Ten eerste praat men niet diepgaand over meisjesbesnijdenis. Mijn besnijdenis en ook van [die van vrouwen in] mijn omgeving is de mildere soort en dat veroorzaakt niet zoveel problemen. Daarom is er minder aandacht voor, denk ik. Maar als ik over mijzelf praat, ik wist allang dat meisjesbesnijdenis niet overal voorkomt.

Interviewer: Waarom praat er men niet diepgaand over?

Eri 8: Het is gewoon taboe.

## Angst

Dertien respondenten vertellen tijdens het interview over angst of schrik als gevolg van de besnijdenis. Er worden verschillende momenten aangegeven die beangstigend, en soms zelfs verlammend werken. Allereerst zeggen veel respondenten dat de besnijdenis op zich pijnlijk was, en ook beangstigend. Nogal wat respondenten die een type III-besnijdenis ondergingen, uit Soedan en Somalië, geven aan dat het een 'schokkende en slechte' ervaring was en dat ze 'die dag nooit zullen vergeten'. Maar ook uit de andere gemeenschappen zijn soortgelijke verhalen opgetekend. Twee jonge vrouwen uit Sierra Leone waren 'in shock en totaal verbaasd dat me dit overkwam' en zijn nog steeds boos op hun moeder. Twee andere respondenten vielen flauw van de pijn. Geen van de respondenten uit Eritrea herinnert zich hun besnijdenis, omdat zij toen nog baby waren.

Daarnaast geven deze dertien respondenten aan dat ze veel angst hadden voor of tijdens de eerste huwelijksnacht en/of de bevalling. Op de vraag hoe het voor haar was om de eerste keer 'met een man te zijn' zegt een respondent:

Eri 6: Het was angstaanjagend. Omdat je altijd hoorde dat seks voor de eerste keer heel pijnlijk is, was ik zo bang. Ik verwachtte dat ik er niet tegen kon. Maar het viel me erg mee. Het is niet zo pijnlijk als ik altijd dacht. Ik was alleen in mijn gedachten heel bang. Ik dacht dat het moeilijk zou zijn. Vooral als je een besneden vrouw bent. Maar daarna vond ik het niet moeilijk en angstig. Ik vond het leuk.

Voor een vrouw die geïnfibuleerd is, is dat niet altijd het geval. Respondenten uit Soedan en Somalië vertellen dat het een week, soms ook langer duurt voor de man tot penetratie kan overgaan.

Soe 9: Ja, je bent heel erg bang, vooral op je eerste huwelijksnacht. Je bent helemaal dichtge-naaid, hoe gaat het dan gebeuren?

Interviewer: Hoe voelde het toen je voor het eerst seks had met je man?

Soe 9: Ik was heel erg bang. Het duurde 30 dagen voordat hij mij kon penetreren. Omdat ik besneden ben lukte het penetreren niet in een keer.

Interviewer: Was dat pijnlijk voor jou?

Soe 9: Ja, en vooral ook omdat je bang bent. Je vagina voelt alsof die een wond is.

Enkele geïnfibuleerde respondenten reageren eerder met een understatement als ‘die eerste nacht was niet bepaald bevredigend’ of, bij een Somalische vrouw die op haar negende besneden was, ‘ik kan het me niet goed herinneren omdat ik ook niet alles begreep.’

In ieder geval geven een zestal respondenten aan vanaf de eerste huwelijksnacht angst te hebben voor de seksuele daad, voor het vrijen op zich. Een vrouw uit Soedan zegt dat ze door die eerste dertig dagen van pijn daarna geen zin meer had in seks ‘tot op het punt dat ik ging trillen uit angst voor seks en de pijn die ik erdoor krijg’ (Soe 1). Een andere vrouw uit Soedan is met haar man naar de dokter gegaan nadat ze meer dan een jaar lang geen zin had in seks. Van deze arts kreeg ze de raad om een andere positie in te nemen. Hij gaf haar ook bepaalde oefeningen op ‘die ik moet doen voor de seks, om mijn zenuwen weg te nemen.’ Voor deze zes respondenten speelt angst voor seks tot op de dag van vandaag.

Sie 6: Neem mij als voorbeeld. Bij mij is het verschrikkelijk telkens als ik vrij met een man. Dan lijkt het alsof hij mij wil verkrachten want ik heb er geen plezier in en het is me pas hier bekend geworden dat vrouwen ook plezier hebben in seks, net als mannen.

Een deel van de respondenten zegt weliswaar eerder weezin dan zin te hebben in seks maar dat ze zich na verloof van tijd aangepast hebben. Angst voor seks wordt niet meer gerapporteerd, wel andere problemen. Zo vertellen twee respondenten dat de pijn die met seks gepaard gaat hen weerhoudt tot het hebben van een gezinsleven. De gedachte aan de pijn is voor een respondent van 28 jaar de reden dat ze seksueel contact mijdt. Op de vraag naar wat voor haar het gevolg is van de besnijdenis, geeft deze Somalische ongehuwde vrouw aan dat ze bang is om te trouwen. ‘Ik denk dat de gemeenschap [het hebben van seksueel contact] de pijn erger maakt.’ In het deel Relationele gevolgen (par. 4.2.3) wordt verder ingegaan op de gevolgen van de meisjesbesnijdenis voor hun seksualiteit en de relatie met hun man.

Een klein aantal respondenten zegt bang te zijn voor de reactie van hun partner dan wel schoonmoeder wanneer ze zich houden aan het cultureel (of voor

sommigen religieus) voorschrift dat de man recht heeft op seks of dat een (klein)dochter een besnijdenis dient te ondergaan. Geïnfibuleerde respondenten merken in een aantal gevallen op dat ze slechte ervaringen hebben met de Nederlandse hulpverlening. Zij vinden de gang naar een hulpverlener daarom beangstigend:

Soe 9: Je schaamt je, je snapt niet waarom ze schrikken. Heel veel hulpverleners hebben mij gezien tijdens de bevalling. Ze gaan naar buiten om met elkaar te praten en dan komen ze weer naar me kijken. Het duurde heel lang totdat ik beviel en ik zei tegen hen dat ze me met een keizersnee moesten laten bevallen maar ze zeiden dat daar geen reden voor is. Er waren zes of zeven artsen met mij in de verloskamer. Ik werd zelf bang...

Angst en onzekerheid in hulpverleningssituaties spelen echter ook bij vrouwen die een ander type besnijdenis hebben ondergaan. Op de vraag hoe haar eerste ervaring is met de hulpverlening in Nederland, antwoordt een respondent:

Eri 4: Moeilijk. De eerst keer dat ik naar de dokter ging was toen ik zes maanden zwanger was. De dokter was toen heel erg geschrokken. Hij begreep het niet. Toen kon ik geen Nederlands begrijpen. Hij vroeg me iets maar ik begreep het niet... Ik was bang voor mijn leven en mijn kind. Ik dacht dat ik dood ging. Dat er iets vreselijks ging gebeuren. Die doktors weten niks over mijn situatie. Hoe gaan ze mij dan redden? Hoe gaan ze het doen? Al met al was het een schok voor mij. In een vreemd land, met mensen die niks weten over je lichaam. Jij bent gewoon een ander mens voor ze en voor jezelf ben je niks. Angst.

### Lusteloos, machteloos en waardeloos

Het merendeel van de respondenten stelt door de migratie te zijn gaan beseffen dat de besnijdenis een negatieve impact heeft op lichamelijk, psychisch en sociaal vlak. Een aantal respondenten uit Somalië en in mindere mate Soedan zeggen daaropvolgend dat ze 'een sterke vrouw zijn' en een tweetal ook dat ze 'ergere dingen meegemaakt hebben, zoals oorlog'. Zij willen niet te lang stilstaan bij het feit dat ze besneden zijn. De migratie naar Nederland en daarmee samenhangend het einde van de vanzelfsprekendheid van meisjesbesnijdenis en de confrontatie met vrouwen die geen besnijdenis hebben ondergaan, veroorzaakt bij de meeste andere respondenten echter veel twijfel en verwarring. Op de vraag naar het gevolg van de besnijdenis, antwoordt een respondent:

Ethi 9: Het is voor iedereen verschillend. Sommigen hebben een psychisch probleem en anderen hebben een relatieprobleem. Ik voel me soms depressief.

Interviewer: Denk je dat je klachten hebt die niet-besneden vrouwen niet hebben?

Ethi 9: Ik heb wel eens last van nare, steeds terugkerende herinneringen over de besnijdenis (girzet). Onbesneden vrouwen hebben daar nooit last van.

Op de vraag naar hun reactie toen zij erachter kwamen dat meisjesbesnijdenis geen religieus voorschrift is, geeft een groot aantal respondenten aan zich be-

drogen te voelen ‘want de besnijdenis was nergens voor nodig.’ Vierentwintig vrouwen zeggen verdrietig, verbaasd, teleurgesteld of boos te zijn toen ze erachter kwamen dat meisjesbesnijdenis niet in de Koran, de Hadith of de Bijbel staat. ‘Waarom hebben ze me dit aangedaan, waarom, waarom?’ vragen een achttal respondenten zich bijna radeloos af tijdens het interview. Om een antwoord op die vraag te krijgen, namen enkele respondenten daarop contact op met hun ouders.

Interviewer: Hoe was je reactie toen je erachter bent gekomen dat besnijdenis niet volgens de religie verplicht is?

Som 14: Ik schrok. Ik vond het heel erg jammer, vooral voor mijn ouders die dat hebben gedaan. En ik had ook kleine zusjes die toen niet besneden waren. Ik kon ze niet helpen want ik heb mijn ouders gebeld en hen vertelt hoe het zit. Maar die blijven nog steeds geloven dat de meisjes moeten worden besneden. Ik heb ook nu nog een babyzusje en ik kan haar niet helpen. Ik voel me machteloos en hopeloos.

Nu ze hier zijn, temidden van vrouwen die niet besneden zijn, is het feit dat seks bij hen gepaard gaat met pijn voor een aantal respondenten reden om zich beschadigd te voelen, en minderwaardig. Twee vrouwen uit Soedan en een uit Sierra Leone geven aan ‘jaloers’ te zijn op vrouwen die de besnijdenis niet hebben ondergaan. De confrontatie met het feit dat er vrouwen zijn die zonder problemen plezier beleven aan seks wordt door vier respondenten als pijnlijk ervaren; alsof ze ‘anders’ zijn, en ‘minder’, het gevoel hebben dat ze iets missen. Op de vraag hoe het is voor haar nu ze weet dat niet alle vrouwen een besnijdenis ondergaan, vertelt een respondent:

Soe 4: Dit is heel teleurstellend en pijnlijk, en het veroorzaakt diepe schade in je als je te weten komt dat niet alle vrouwen besneden worden. Je komt er dan achter dat je een deel mist. Dat je incompleet bent. Je verliest een deel van je dat door God aan je is gegeven, zoals ik al zei. Dat heeft gevolgen op je geestelijk gezondheid en je mentaliteit. Als ik persoonlijk daaraan denk, baal ik er ontzettend van dat ik besneden ben. Ik voel dat ik geen normale vrouw ben, vooral met seks voel ik dat het niet op de natuurlijke manier gaat. Het heeft invloed op je, op psychisch vlak, en je krijgt een gevoel van schaamte. Vooral als je wat ouder wordt beseft je dat het je beschadigt. Vooral nadat je trouwt voel je dat je veel dingen mist, dingen en gevoelens die je door God zijn gegeven. Maar dat allemaal verlies je door de onwetendheid.

Gevoelens van machteloosheid zijn ook gerapporteerd. Op de vraag hoe ze zich voelen noemen drie respondenten zichzelf ‘slachtoffer’ en zeggen ze zich zielig te voelen. Andere respondenten uit Somalië, Sierra Leone, Ethiopië en enkele vrouwen uit Soedan reageren eerder gelaten, passief. De opmerking ‘wat gebeurd is, is gebeurd en het is niet meer terug te draaien’ is een veelvoorkomende uitspraak bij deze vrouwen. Een Somalische respondent verwoordt haar gedrag als volgt: ‘Je hebt geen andere keus. Je moet het spel gewoon meespelen.’ Een aantal respondenten heeft zich er kennelijk nood-

gedwongen bij neergelegd, en probeert de draad van het leven weer op te pakken.

Som 3: In het begin dacht ik dat meisjesbesnijdenis een link heeft met de Koran, maar later in Nederland kwam ik erachter dat het niet zo is. Ik was in het begin boos maar later realiseerde ik me dat het nu eenmaal zo is en dat ik verder moet met mijn leven [Mevrouw komt overtuigend over.]

Een aantal respondenten zegt dus verder te gaan met hun leven ondanks de infecties en de klachten, 'want de besnijdenis is al gedaan en niemand kan het ongedaan maken.' Wanneer doorgevraagd wordt geven enkele respondenten aan dat de jarenlange met name lichamelijke klachten die ze over hebben gehouden aan hun besnijdenis hen murw geslagen heeft. De menstruatie wordt genoemd als een periode die gepaard gaat met slepende infecties en veel lichamenlijk ongemak. Met name door enkele geïnfecteerde vrouwen. Voor twee respondenten uit Somalië en een vrouw uit Soedan houdt de menstruatie in dat ze zich dan zo uitgeput en ellendig voelen dat ze zich afzonderen en tijdelijk niet voor hun gezin kunnen zorgen.

Som 1: Ja, een gevolg van de besnijdenis is dat we veel gezondheidsklachten hebben zoals ik bijvoorbeeld. Tijdens de menstruatie, de bevalling en wanneer we gemeenschap hebben. Dat komt emotioneel hard aan. In die periodes ben ik tijdelijk uitgeschakeld en kan ik niet voor mijn gezin zorgen. Dat moet ik aan derden overlaten, wat ik natuurlijk niet wil. En je weet ook niet wat genieten is [Mevrouw ziet er bedroefd uit.]

Tot slot zijn er vijf respondenten die aangeven dat ze er hier in Nederland achterkwamen dat ze besneden zijn of dat ze een ingrijpender besnijdenis hebben ondergaan dan ze voordien dachten. Deze vrouwen hoorden dat tijdens een voorlichting, in een gesprek met lotgenoten of recentelijk van hun moeder naar aanleiding van dit onderzoek. In twee gevallen voelde dat als een pijnlijke confrontatie en veroorzaakte het gevoelens van minderwaardigheid. Een van beiden – een oudere respondent met vier kinderen die hier al twintig jaar woont – antwoordt op de vraag naar haar reactie op al die 'nieuwe informatie' over meisjesbesnijdenis dat ze er toen achterkwam dat er vier types zijn, en dat ze 'daar erg van geschrokken is. Ik was boos en verdrietig tegelijkertijd.'

#### 4.2.2 Sociale gevolgen

Op een paar na vertellen alle respondenten dat ze zich goed voelen in Nederland; ze hebben soms last van heimwee maar voelen zich over het algemeen hier veilig en thuis. Toch zijn er naar aanleiding van vragen uit de topiclijst sociale problemen gerapporteerd die direct te maken hebben met het feit dat de respondenten een besnijdenis hebben ondergaan. Genoemd worden dan met name gevoelens van boosheid, schaamte en uitsluiting. Deze gevoelens komen



voor bij uiteenlopende situaties en soms ongeacht het land van herkomst. Boosheid is er daar een van.

### Boosheid

Respondenten noemen een aantal situaties waar ze boos van werden of nog steeds zijn. Allereerst is dat, zoals eerder aangegeven, het moment dat de respondenten te horen kregen dat meisjesbesnijdenis niet nodig was, dat het geen religieus voorschrift is, of dat niet elk meisje besneden is. Bij vier respondenten vond die confrontatie plaats voor men naar Nederland kwam. De overige respondenten kwamen er hier achter. Een Ethiopische vrouw vroeg aan de imam of meisjesbesnijdenis in de Koran voorkomt en was naderhand ‘boos en vooral teleurgesteld’. Een respondent uit Sierra Leone ‘keerde zich tot God. Ik vroeg om uitleg, en ik kreeg geen echt verhaal dat zinvol klonk, alleen dat het taboe is in onze cultuur. Dus dat hielp niet.’ Een Soedanese respondent vraagt zich getergd af: ‘Hoe kunnen ze het Heilig Boek zo verkeerd gebruiken?’ En een respondent uit Eritrea ‘voelde zich in het gezicht geslagen’ toen ze begreep dat meisjesbesnijdenis niet overal voorkomt. Verder zegt een aantal respondenten boos te zijn op de ouders (in twee gevallen de eigen moeder), maar de meesten verwijten het de traditie in het algemeen. Op de vraag hoe vrouwen in haar omgeving reageren als ze erachter komen dat meisjesbesnijdenis niet overal voorkomt, antwoordt een respondent:

Eri 1: Men vraagt zich af waarom ik, waarom wij? We zijn toch allemaal vrouwen. Mensen met dezelfde organen en lichamen? Dan begin je door te vragen en kom je erachter waarom. En de reactie is boosheid. Boos op je traditie, je cultuur en mentaliteit.

Tot ik hier kwam had ik geen bezwaar tegen meisjesbesnijdenis. Ik was ervoor. Als ik in Eritrea zou wonen en een dochter had, had ik haar laten besnijden. Maar hier heb ik zoveel geleerd dat ik me steeds afvraag waarom, waarom alleen bij ons en niet bij anderen? Ik word nog steeds boos: Waarom overkwam mij dit? Hebben ze dat expres gedaan of niet, en waarom dan? Nu beseft ik dat iets van mij afgepakt is. Dat ik gehandicapt ben. En dat is een slecht gevoel. Zelfs als je geen pijn hebt is er het bewustzijn. Dat maakt je boos op jezelf.

Een respondent uit Somalië windt zich tijdens het interview erg op over het feit dat haar ouders in het thuisland haar zusje onlangs hebben laten besnijden. Terwijl twee respondenten letterlijk zeggen het ‘hun achterlijke cultuur’ kwajlijk te nemen, geldt voor de meeste respondenten dat er boosheid is maar tegelijk ook begrip voor het feit dat de besnijdenis plaatsvond uit onwetendheid, en dat de bedoeling goed was.

Eri 2: Ik voel me slecht en boos. Maar hoe onze cultuur en ouders daarbij kwamen is onverklaarbaar. Onze ouders bedoelen niet hun kinderen pijn te doen. Ze denken dat het voor onze veiligheid is. Dus ik geef hen geen enkele schuld daarvoor.

Boosheid wordt ook gerapporteerd wanneer respondenten zich vergelijken

met vrouwen die de besnijdenis niet hebben ondergaan. Als haar gevraagd wordt wat zij ervan vindt, zegt een Ethiopische respondent dat ze het 'oneerlijk' vindt dat zij wel en de vrouwen in Nederland geen besnijdenis ondergingen. En ook: 'Ik voel me mishandeld.' Op de vraag of het voor de seksuele relatie uitmaakt of iemand besneden is antwoordt een andere respondent:

Sie 12: Als je besneden bent heb je minder zin in seks omdat je niet echt geniet zoals een onbesneden vrouw. In mijn geval weet ik dat die ellende is veroorzaakt door mijn besnijdenis. Dat heeft echt een grote impact op mijn leven. Al die stress... en ik word ook snel boos. Want door de besnijdenis heb ik geen genot terwijl een onbesneden vrouw daar geen last van heeft.

Daarnaast voelen respondenten zich boos vanwege de ongemakken en de pijn als gevolg van de besnijdenis. Ze hebben het over de vele lichamelijke klachten, waardoor ze zich gehandicapt voelen en bij periodes niet in staat zijn goed voor hun gezin te zorgen. Voor een aantal anderen, met name voor respondenten uit Soedan, Eritrea en Sierra Leone, zijn vooral de seksuele beperkingen en de pijn bij gemeenschap reden om boos te worden. Ze zeggen boos te zijn op hun partner, of in een enkel geval op mannen in het algemeen. Opvallend genoeg zegt niet één Somalische respondent boos te zijn op haar echtgenoot noch op mannen in het algemeen. Volgens een ongetrouwde Somalische vrouw doen Somalische vrouwen 'meestal hun best om hun mannen te plezieren om zo ruzies te voorkomen'. Een geïnfibuleerde respondent uit een andere gemeenschap zegt zich daarentegen al heel lang 'misbruikt' te voelen door mannen.

Eri 9: Je slaapt met een man en hij geniet ervan en jij lijdt eronder. Dat kan ik in mijn hoofd niet accepteren en mijn boosheid komt daar vandaan. Dat was altijd mijn probleem.

Enigszins opvallend ook is het feit dat vijf Somalische respondenten aangeven boos te zijn over de wijze waarop in de media over meisjesbesnijdenis bericht wordt. Dat is opvallend omdat alle andere respondenten er eerder lovend over spreken dat meisjesbesnijdenis vaak voor het voetlicht gebracht wordt, en dat – hoe pijnlijk ook – dan gruwelijke beelden getoond worden. Een jonge Somalische vrouw zegt enigszins gepikeerd dat de media het onderwerp verkeerd oppakken omdat ze 'ons op tv laten zien als zielige vrouwen die mishandeld zijn. Dat is absoluut niet zo!' Op de vraag hoe zij denkt over hoe de media over meisjesbesnijdenis berichten, antwoordt een andere respondent uit die groep:

Som 7: Het is eigenlijk gekomen door Hirsi Ali en een Somalisch model, die openlijk vertelden over hun eigen ervaring met meisjesbesnijdenis. Ik vond het erg dat ze dat openlijk vertelden. Nu gaat iedereen denken dat elk Somalisch meisje hetzelfde heeft meegemaakt. Het had beter op een andere manier gekund.

Interviewer: Hoe dan?

Som 7: Meer uitleggen wat meisjesbesnijdenis is en dat het een cultureel iets is en niet religi-

eus. En het niet naar voren brengen als een achterlijk iets, als iets wat domme mensen doen. Want ouders besnijden hun dochters uit liefde en om hen een goede toekomst te bieden.

Tot slot zeggen een tiental respondenten boos te zijn op hun partner omdat hij geen of te weinig rekening houdt met het feit dat ze een besnijdenis hebben ondergaan. Ook zijn twee respondenten boos op hun echtgenoot omdat hij ‘vasthoudt’ aan de culturele conventies en zij ‘gedwongen worden’ om hun (ondergeschikte) situatie te accepteren. Woorden als afkeer en woede vallen in dat kader. In het hiernavolgend deel over de Relationele gevolgen, komen we terug op enkele van de hierboven genoemde zaken.

### Schaamte en schuldgevoelens

Over schaamte wordt vaak gerapporteerd. Bijna alle respondenten hebben het daar op een of ander moment tijdens het interview over. Een Ethiopische respondent merkt op: ‘Ik schaam me voor mijn besnijdenis.’ Een ander zegt: ‘Vroeger was ik er trots op dat ik besneden ben maar nu schaam ik me ervoor. Ik wil niet eens dat iemand het weet.’ Twee respondenten geven aan zich zo te schamen dat ze simpelweg ontkennen wanneer naar hun besnijdenis gevraagd wordt. Een van hen, een jonge Somalische vrouw die eerder in het interview aangeeft geen klachten te hebben, antwoordt op de vraag of het onderwerp op school aangekaart werd:

Som 3: Een leraar heeft mij er wel eens naar gevraagd, ik heb het toen ontkend. Van schaamte heb ik wel last.

Interviewer: Hoe komt het dat je je schaamt?

Som 3: Door al die negatieve publiciteit op de tv. Dat heeft invloed op de mening van mensen die niet besneden zijn.

Er zijn grote verschillen tussen de gemeenschappen in de wijze waarop de respondenten over hun schaamte praten. Ethiopische en Somalische respondenten antwoorden over het algemeen kort en bondig terwijl de respondenten uit met name Soedan explicieter zijn en soms onomwonden vertellen wanneer en waarom ze zich schamen. De respondenten uit Sierra Leone en die uit Eritrea zitten daartussenin.

Op de vraag of ze zich schamen zeggen veel respondenten dat inderdaad te doen. Er worden verschillende redenen aangegeven. Zo vertelt een Soedanese respondent dat ze uit schaamte niet durft te zwemmen met haar Nederlandse vriendinnen omdat ze bang is dat deze haar vagina zien. Zij heeft een litteken overgehouden aan haar besnijdenis. Twee andere vrouwen hebben opvallende cystes in de buurt van de vagina waar ze zich voor schamen. En weer een andere Soedanese respondent laat optekenen zich vreselijk te schamen als ze bezoek ontvangt want:

Soe 4: Als ik wil plassen moet ik naar het toilet rennen omdat ik het niet kan inhouden. Dit heeft

een grote invloed op mij. Als ik gasten thuis heb moet ik naar het toilet rennen, dat is hartstikke gênant.

Bij de meeste respondenten komt schaamte op als ze geconfronteerd worden met het feit dat ze anders zijn. Zo schaamde een respondent uit Sierra Leone zich vreselijk toen een voormalige partner tijdens seks opmerkte dat het 'er zo anders uitziet' dan hij gewend was. Ook wanneer niet-familieleden vragen of ze besneden zijn, hebben nogal wat respondenten last van schaamte. Bij de een gebeurt dat op school, bij de ander tijdens een gesprek met de burens of een collega. Op de vraag waarom een vrouw die een besnijdenis heeft ondergaan het zo moeilijk vindt om daarover te praten, reageert een respondent met:

Eri 4: Omdat het over gevoelens en meer nog over seks gaat. Het is echt zwaar. Je kan dat niet met anderen delen. Je schaamt je erg. Daardoor raakt een besneden vrouw geïsoleerd, mentaal ziek, of ze wordt gek. Of ze praat ze niet meer, haar mond is gesnoerd. En niemand begrijpt waarom. Dat lijkt oppervlakkig maar het is diepgaand. Het verschil is dat een besneden vrouw bij alle soorten pijn de schuld geeft aan de besnijdenis, zelfs als die niet daar het gevolg van is. We weten niet anders. En door de schaamte blijven we met onze problemen thuis.

Somalische en Ethiopische respondenten zijn minder mededeelzaam. Op de vraag of zijzelf of een van haar kennissen zich wel eens schaamt, antwoordt een Ethiopische respondent dat elk meisje van de Oromo-gemeenschap in haar land de besnijdenis heeft ondergaan. Deze respondent kan zich dan ook 'niet voorstellen dat iemand van mijn leeftijd zich schaamt.' Een respondent uit Somalië zegt dat er misschien wel vrouwen zijn die zich schamen wanneer ze in aanwezigheid zijn van vrouwen die niet besneden zijn.

Som 13: Maar ik heb dat zelf niet meegemaakt en nooit in gedachte gehad. Ik heb al lang dit gegeven [dat ze besneden is] geaccepteerd, dat dit bij mijn cultuur hoort en dat ik heel weinig kan doen. Ik denk dat vrouwen wel lichamelijke gevolgen kunnen hebben. Ik denk dat de Somalische vrouwen dit hebben geaccepteerd en niet zeuren over besnijdenis.

### **Uitsluiting en eenzaamheid**

Eerder bleek dat veel vrouwen schaamte ervaren wanneer abrupt naar hun besnijdenis gevraagd wordt en dat een aantal respondenten er liever niet over praten met mensen die niet uit de eigen gemeenschap afkomstig zijn. Voor een klein aantal respondenten geldt dat als zij 'vreemd aangekeken worden' dat tot gevolg heeft dat zij 'verlegen' worden of 'zich uitgelachen voelen' en het contact liever mijden.

Som 9: Niet besneden vrouwen kunnen kwetsende opmerkingen maken over wat ze bijvoorbeeld op tv hebben gezien over de besnijdenis. En dan denken zij dat je ook zo besneden bent, ze weten niet dat er veel verschillen zijn. Ik praat liever niet met onbesneden vrouwen omdat ze toch niet weten wat ik meegemaakt heb.

Een aantal respondenten voelt zich buitengesloten omdat zij in Nederland afwijken van de norm dat vrouwen hier onbesneden zijn. Een respondent stelt dat het verschil in mening over meisjesbesnijdenis zo groot is dat dat gevoel haast automatisch plaatsvindt. Op de vraag wat voor haar het gevoel is van haar besnijdenis zegt zij:

Eri 2: Toen we in Eritrea waren hadden we bijna allemaal dezelfde mentaliteit, maar hier is de kloof zo groot dat we een verschillende mentaliteit, een andere manier van denken hebben. Zo verschillend dat we elkaar niet kunnen begrijpen. Iemand die de besnijdenis niet meemaakte kan jouw gevoelens niet begrijpen. Daardoor raak je in een isolement.

Drie van de twaalf respondenten uit Sierra Leone antwoorden op de vraag wat het gevolg van de besnijdenis voor hen is dat 'je je gaat afzonderen' van mensen die het niet meegemaakt hebben en dat dat 'een sociaal probleem kan worden' (Sie 8). Een aantal respondenten vermeldt dat ze in gesprek met Nederlandse mensen over meisjesbesnijdenis medelijden voelen of zielig gevonden worden. Een van hen vertelt dat zij dan moeite doet om een en ander uit te leggen. Als deze respondent gevraagd wordt of ze een besnijdenis heeft ondergaan, en ze geeft dat toe:

Eri 12: ... dan hoor ik negatieve opmerkingen en soms een soort medelijden. Dat komt vaak voor.

Interviewer: Hoe vind je dat?

Eri 12: Ik weet dat het [de besnijdenis] niet goed is. En ze zeggen dat het niet goed en achterlijk is. En dat klopt. Ik probeer dan te vertellen hoe onze traditie en cultuur is, dat we ook een heel goede traditie en cultuur hebben.

Kennelijk ervaren sommige vrouwen dat ze zich moeten verdedigen, dat ze ter verantwoording geroepen worden voor het feit dat ze een besnijdenis hebben ondergaan. Wat enkele respondenten ervan weerhoudt om over het onderwerp in gesprek te gaan. In het bijzonder onder Somalische respondenten zijn er vrouwen die die moeite in het geheel niet nemen en het contact met andersdenkenden afhouden. Zij willen per se 'niet zielig gevonden worden'. Deze respondenten geven aan selectief te zijn inmet wie ze er buiten de eigen kring over praten. Op de vraag of zij met andere mensen praat over hoe zij tegen besnijdenis aankijken, zegt een Somalische vrouw:

Som 15: Ja, ik praat heel veel met anderen. Zoals met mijn vriendinnen.

Interviewer: En met collega's?

Som 15: Neen, Ik wil niet dat iedereen mij ziet als een zielig meisje. Sommige mensen reageren heel raar, dus daarom wil je liever niet daarover met iedereen praten.

Uit bovenstaande citaten blijkt dat wat het onderwerp besnijdenis betreft, de sociale uitsluiting zich op twee verschillende manieren kan voordoen. Enerzijds is er sprake van zichzelf uitsluiten, er niet over willen praten, hetgeen een

actieve handeling en eigen keuze is. Anderzijds voelen sommige respondenten zich buitengesloten, alsof ze er niet bijhoren. Hetgeen een gevoelskwestie is, dat wat je overkomt, iets reactiefs. Schaamte lijkt enigszins samen te hangen met het taboe op praten over meisjesbesnijdenis, terwijl het gevoel van uitsluiting voor een van de respondenten te maken heeft met de wijze waarop in de Nederlandse context over meisjesbesnijdenis gesproken wordt.

Eri 10: In een kring waar het onderwerp taboe is en niet besproken mag worden, of als je weet dat het gewoon negatief wordt belicht, dan is hierover contact maken heel moeilijk. Het kan zijn met collega's, het kan zijn met vrienden, op je werk... Het maakt niet uit wat voor werk je doet. Maar als je weet dat daar een taboe over heerst of er wordt negatief over gedacht en je bent zelf besneden, dan ga je niet zo diep als andere dames die misschien niet besneden zijn.

Eenzaamheid wordt door vier respondenten genoemd. Een van hen, een Eritrese respondent, noemt omstandigheden waarbij dat gevoel naarboven komt. Wanneer haar gevraagd wordt of er verschil is in de omgang met vrouwen die niet besneden zijn, reageert ze als volgt:

Eri 12: Misschien dat besneden vrouwen een beetje terughoudender kunnen zijn als het gaat over uitjes en seks. Omdat diegene die besneden is niet op gelijke voet met haar niet-besneden vriendin kan meegaan of meedoen, maakt dat het contact anders.

Interviewer: Wat heeft dat voor gevolg?

Eri 12: Eenzaamheid is het belangrijkste gevolg, denk ik.

Voor een Soedanese vrouw en een vrouw uit Sierra Leone ligt de oorzaak van de eenzaamheid en afzondering in het feit dat ze hun man niet voldoende tegemoet kunnen komen. Op de vraag in hoeverre psychische, sociale en relationele gevolgen met elkaar te maken kunnen hebben, antwoordt de nog jonge respondent uit Sierra Leone:

Sie 12: In elke relatie is het zo dat jij (de vrouw) goed voor je man/partner zorgt, vooral op seksueel gebied, maar als je vaak niet in de stemming bent kan dit hem frustreren waardoor hij soms weggaat naar een ander. Daardoor raak je meer en meer gestrest en in sommige gevallen ga je je afzonderen van andere mensen. Natuurlijk kun je je socialiseren door wat er allemaal in het leven gebeurt. Ik kan me wel socialiseren maar het blijft toch altijd een probleem met mijn relaties.

Tot slot geldt voor twee respondenten uit Soedan dat ze, vanwege hun activiteiten en inzet tegen meisjesbesnijdenis, door leden van de eigen gemeenschap enigszins gemeden worden. 'Ze vinden me een afvallige', zegt een Soedanese respondent, en ook: 'Sommige mensen denken dat ik heel erg geëmancipeerd ben en dat keuren ze af.' Onder de Soedanese respondenten wordt minder vaak gerapporteerd over gevoelens van uitsluiting in hun contacten met Nederlanders of isolement als gevolg van hun besnijdenis dan onder respondenten uit de andere gemeenschappen.

### 4.2.3 Relationale gevolgen

In deze paragraaf komt de invloed van besnijdenis op de relaties met partner en gezin en met de familie in het thuisland aan bod. Na een korte inleiding komt eerst de relatie met de man aan de orde, inclusief de psychoseksuele aspecten. Dan kijken we naar de invloed van migratie op de mening over meisjesbesnijdenis in relatie tot hun eventuele dochters en zonen – meer specifiek of ook zij een besnijdenis dienen te ondergaan of te huwen met iemand die besneden is. Daarna gaan we in op de relatie met familieleden in het land van herkomst.

#### Relatie met de partner

Meisjesbesnijdenis is volgens het merendeel van de respondenten van grote invloed op het gezinsleven. Een aantal respondenten heeft uitgesproken klachten op relationeel gebied. Zo ziet een Somalische respondent er erg tegenop om te huwen of een vaste partner te hebben vanwege de pijn, de verhalen die ze van anderen hoorden en de herinnering aan haar besnijdenis. Een ongehuwde vrouw met drie kinderen vertelt waarom zij niet wil trouwen:

Som 12: Veel vrouwen zeggen dat als we onze mannen geen gemeenschap geven er grote ruzies komen. De man gaat dan ergens anders zoeken en zo groeien ze uit elkaar en kunnen scheidingen ontstaan. Om dat te voorkomen geven we ze hun zin ondanks dat wij niets voelen, laat staan genieten. Als ik dan zulke verhalen hoor, ben ik bang om te trouwen en zeg ik tegen mezelf: dan maar ongetrouwd blijven.

Daarnaast is het feit dat zij een besnijdenis ondergingen voor vijf respondenten van zodanige invloed (geweest) op het gezinsleven dat er grote echtelijke problemen uit voortkwamen. In vier gevallen geven de respondenten, waarvan drie uit Eritrea afkomstig, aan dat de besnijdenis problemen veroorzaakte, maar is niet direct uit hun uitspraken af te leiden dat hun scheiding daar een direct gevolg van is. In één geval is duidelijk dat voornamelijk problemen en stress rondom seksualiteit tot een scheiding geleid hebben. Voor deze respondent is de belangrijkste reden voor de besnijdenis seksueel: 'Om mannen te bevredigen moet de opening van een vrouwenschaamlip of vagina nauw gemaakt worden. Door de besnijdenis worden de seksuele gevoelens van vrouwen vermoord.' Toch beseft deze respondent dat het anders kan, dat het afhankelijk is van hoe je man met je omgaat:

Eri 4: Er zijn mannen die verstandig en behulpzaam zijn en verstandig kunnen omgaan met het probleem van de vrouw. En er zijn mannen die geven geen cent om de vrouw. Hun belangstelling voor seks is belangrijker dan de vrouw of echtgenote.

Verder vertelt een respondent dat een vrouw soms niet weer zwanger wil worden wanneer de bevalling met veel problemen gepaard ging. 'Ze wordt bang,

hysterisch. Dat veroorzaakt problemen in de relatie met haar man. Hij wil kinderen maar zij niet vanwege de besnijdenis.'

Er wordt verschillend gereageerd op de vraag naar de relatie met hun partner, afhankelijk van de herkomst van de respondenten. In grote lijnen geven de vrouwen uit Sierra Leone minder pijn aan bij seksueel handelen dan de vrouwen uit de andere landen van herkomst. Daarnaast zijn de Somalische en Ethiopische respondenten weinig mededeelzaam terwijl de respondenten uit Soedan en Eritrea soms in detail beschrijven hoe ze hun relatie ervaren. Maar niet meteen, het blijft een moeilijk te bespreken onderwerp, zoals blijkt uit onderstaand gesprek:

Interviewer: Denk je dat vrouwen die besneden zijn daar gevolgen van ondervinden op psychisch vlak?

Soe 13: Ja natuurlijk. Sommige mannen reageren heel boos op de seksuele moeilijkheden van hun vrouwen. Er ontstaan ruzies. Dan wordt de vrouw agressief en voelt zij zich eenzaam.

Interviewer: Heeft de besnijdenis invloed op de relatie met hun echtgenoot?

[Mevrouw wordt heel stil. Daarna vraagt zij de interviewer: 'Het blijft anoniem toch?' Na een bevestigend antwoord, praat zij verder.]

Soe 13: Ik ga hier open over praten. Ik hoor van veel besneden vrouwen dat de relatie met hun echtgenoot heel vaak gespannen is vanwege de moeilijke seksuele betrekkingen. Vrouwen hebben tijd nodig maar de man heeft daar geen begrip voor en wordt boos.

Voor veel vrouwen is de eerste huwelijksnacht hun 'meest pijnlijke' gebeurtenis. De manier waarop de man reageert en met name het feit of en hoe hij penetreert kan bepalend zijn voor hoe de echtelieden het begin van hun huwelijk ervaren. In een aantal gevallen zijn de respondenten vooraf ingepraat en hebben een man getroffen die er voldoende tijd voor neemt. Maar ondanks dat is het voor veel geïnfibuleerde respondenten iets waar ze toen erg tegenop zagen en vaak nog steeds slechte herinneringen aan overhouden. Een respondent over haar huwelijksnacht:

Soe 8: Het leek alsof hij tegen een muur aan het duwen was. Die plek was al heel mijn leven dichtgenaaid, daar past hij nooit in, dacht ik. Ik dacht dat ik dood ging bij de eerste keer seks, ik was zo gespannen en nerveus totdat hij klaarkwam...Mijn man wilde per se seks met me hebben, terwijl er door mijn besnijdenis niet eens een lucifertje naar binnen bij me kan. Ik heb hem gevraagd en gesmeekt of ik naar de dokter mocht zodat die operationeel mijn opening wijder maken kon. Ik ging naar de dokter – ik had een afspraak met hem gemaakt voor de operatie – mijn man kwam uiteindelijk mee en hij hoorde de uitleg van de dokter. Toen we eenmaal buiten stonden zei hij dat er niets daarvan ging gebeuren, geen operatie.

Een vijftal respondenten uit Ethiopië, Soedan en Somalië antwoordt op de vraag hoe voor hen de huwelijksnacht was, dat het vier dagen tot een maand duurde voor daadwerkelijk gepenetreerd kon worden. Volgens een Ethiopische



respondent zijn voor een vrouw ‘de eerste vier weken van haar huwelijk het moeilijkst. In plaats dat de vrouw van haar huwelijk geniet, huilt ze dag en nacht van de pijn. Haar echtgenoot kan er weinig aan doen, het hoort bij onze cultuur.’

Gelukkig verloopt de huwelijksnacht niet voor alle respondenten dramatisch. Tien respondenten uit Soedan, Somalië en Sierra Leone vertelden dat ze zich er voordien zorgen over maakten maar dat hun man rekening met hen hield. Een vrouw zegt dat ze van tevoren bang was, maar: ‘Toen het eenmaal gebeurde, brak het ijs tussen mij en mijn man.’ Een Somalische respondent antwoordt op de vraag hoe die gebeurtenis voor haar verliep:

Som 13: Natuurlijk was ik bang en ik wist dat het pijnlijk zou zijn. Het was pijnlijk, maar niet afschuwelijk in dramatische zin. Het hangt ook van af hoe je partner is. Als je partner begrip toont en met liefde met je omgaat ervaar je het anders.

Interviewer: Was je erop voorbereid?

Som 13: Ja, ik was al voorbereid, ik heb voorlichting gehad. Ik hoorde dat het de eerste keer pijnlijk is voor de vrouwen.

De relatie met de partner wordt mede bepaald door in hoever beiden plezier beleven aan seksualiteit. Voor vrouwen die een besnijdenis ondergingen is seks tijdens het huwelijk niet zonder meer plezierig. In tegendeel. Tweeëntwintig respondenten geven aan pijn te hebben bij het vrijen. En in totaal zestien vrouwen zeggen geen zin te hebben in of behoefte te hebben aan seks. Een jonge vrouw uit Sierra Leone die een clitoridectomie onderging zegt: ‘Telkens als ik vrij met een man dan lijkt het alsof hij mij verkracht want ik heb er geen plezier in.’ Een Soedanese vrouw oppert dat ‘ze haar man kan slaan, wegduwen of krabben van de pijn.’ Veel respondenten die een type III-besnijdenis ondergingen, geven aan seks ‘erg saai’ te vinden en dat ze het ‘alleen doen omdat hij dat wil, maar jij zelf voelt er heel weinig van.’ Een respondent zegt zich erg ongelukkig te voelen omdat ze totaal geen plezier beleeft aan seks terwijl ‘ik wel moet doen alsof ik van seks geniet omdat hij er dan zo van geniet’. Ondanks dat veel geïnfibuleerde respondenten vertellen vaak weezin te hebben in seks is het voor een aantal van hen ook een kwestie van wennen. Zij verdragen passief de pijn. ‘Wat moet je anders?’ is een vaak voorkomend antwoord. Een andere geïnfibuleerde respondent, een getrouwde Somalische respondent met twee kinderen, antwoordt echter op de vraag hoe zij haar seksualiteit beleeft, dat ze ‘niets bijzonders opmerkt’. ‘Ik vind dat seksualiteit iets geestelijks is, en natuurlijk is het een lichamelijke oefening’ zegt ze later ook. Deze respondent is kennelijk bereid om te ‘oefenen’. Twee andere respondenten uit die groep hebben daar meer moeite mee en bekennen op te zien tegen de nacht.

Soe 9: Overdag is er geen probleem maar in de nacht als je met je man naar bed wilt. Je bent hartstikke bang. Als mijn man seks wil hebben dan ben ik erg gespannen en probeer ik me met andere dingen bezig te houden, totdat mijn man er genoeg van heeft.

Verder geven twee respondenten met een type III-besnijdenis aan ‘smoesjes te verzinnen’ als hun partner blijk geeft van opwinding. En laat een Somalische respondent optekenen dat wanneer haar man daar blijk van geeft, zij lekker eten voor hem maakt ‘om te compenseren’.

Reeds eerder is aangegeven dat seksuele beperkingen en pijn soms tot gevolg kunnen hebben dat een respondent zich een tijd lang niet in staat acht het gezin draaiende te houden en hulp inroept van buitenaf. Ook is al aangegeven dat pijn soms vervelende herinneringen doet boven komen. Een respondent uit Sierra Leone, die zegt last te hebben van nachtmerries over haar besnijdenis en daardoor een ‘agressieve vrouw’ geworden is, vertelt hoe het tussen haar en haar man gaat:

Sie 12: Soms reageer ik fel op mijn partner. Ik word snel boos en om niks. Het is zo als iemand pijn heeft (als iets je dwars zit) dan kan die persoon daar soms agressief van worden. Dat heb ik af en toe. Mijn relatie lijdt daar erg onder. Ik zou blij zijn als dat ophoudt.

Hun mannen, beweren enkele respondenten, willen een vrouw die passief is. Uiteindelijk was dat ook een belangrijke reden om het ritueel in te voeren, zegt een aantal vrouwen. Een vrouw uit Sierra Leone denkt dat besnijdenis belangrijk is voor mannen in Afrika omdat zij ‘meerdere vrouwen willen trouwen en dat hun vrouwen niet vreemdgaan omdat ze toch geen gevoel hebben.’ Respondenten uit Soedan reppen er in een aantal gevallen over dat mannen met een maagd willen trouwen. Door de migratie naar Nederland is wel het een en ander veranderd. Een aantal van de mannen zijn volgens enkele respondenten nu niet meer tevreden met een passieve houding bij seks en vragen van hun vrouw dat ze zich vrijer opstelt. Hun partners zijn beïnvloed door de media en het internet – en in een aantal gevallen ook doordat ze seksueel contact hadden met vrouwen die niet besneden zijn. Een Soedanese respondent vertelt dat haar man tijdens seks naar pornofilms kijkt en van haar verlangt dat ze allerlei standjes doet. ‘Maar het is onmogelijk dat ik doe wat zij doet. Ik ben besneden – zij niet. Vraag me geen onmogelijke dingen, zeg ik dan tegen hem.’ Een klein aantal respondenten geeft aan dat mannen vreemd gaan uit ontevredenheid met de seks thuis. Een van hen antwoordt op de vraag of meisjesbesnijdenis invloed heeft op de relatie met hun echtgenoot:

Eri 8: Ja. Ik hoor veel klachten van mannen over hun vrouwen. Ze zeggen dat vrouwen geen gevoel voor seks hebben of geen zin hebben. En dat maakt de relatie moeilijk. Er is ontevredenheid, de mannen gaan vreemd en uiteindelijk kan scheiding het gevolg zijn.

Wanhoop, frustraties en boosheid op mannen in het algemeen en op hun vaak egocentrisch gedrag in het bijzonder, is door acht respondenten gerapporteerd. Maar er zijn ook vijftien respondenten, uit vooral Ethiopië, Eritrea en Sierra Leone, die aangeven geen probleem te hebben met seksualiteit. Zij hebben samen met hun man een seksueel bevredigende manier van omgang gevonden

waarin tijd genomen wordt voor elkaar. Het is volgens twee respondenten ook een kwestie van geluk. Op de vraag hoe haar gezinsleven beïnvloed wordt door haar besnijdenis antwoordt een respondent:

Soe 2: De gevolgen van meisjesbesnijdenis zijn ontelbaar veel. Het heeft invloed op je normale dagelijkse leven. Als je ongesteld bent of als je seks hebt na een lange tijd dan voel je weer die pijn.

Interviewer: Heeft meisjesbesnijdenis invloed op de manier waarop je man met je omgaat?

Soe 2: Voor mij heeft het geen invloed. Ik heb het geluk dat mijn man dat snapt en hij is heel erg tegen meisjesbesnijdenis. Hij weet over de gevolgen ervan en probeert er het beste van te maken, om het zo te zeggen.

Vier respondenten stellen expliciet dat liefde, seksuele bevrediging en genot mentale kwesties zijn. 'Alles zit in je hoofd. Jij kan altijd bepalen of het positief of negatief is', zegt een respondent. Ook tijdens de FGD's en de gesprekken tussendoor met de interviewers is in die termen over seksuele bevrediging gesproken. Een respondent uit Eritrea (met type 1-besnijdenis) vertelt ronduit over hoe haar relatie gaandeweg gegroeid is:

Eri 9: Vroeger had ik zoveel problemen met vrijen door de vreselijke pijn. Hij voelde zich ook niet verantwoordelijk voor zijn manier van doen, want hij had geen besef van mijn situatie en pijn. Maar langzamerhand wist ik hem voor mij te winnen en leerde hij hoe en wanneer hij verder mag gaan. Maar nu gaat alles goed. We hebben onze eigen manier van doen en we genieten ervan... Mijn man weet hoe hij met mij om moet gaan. Ik ben ook heel open met hem. Ik kan zeggen wat en hoe ik me voel, ik kan ja of nee zeggen. Hij weet wanneer hij mag doorgaan of moet stoppen. En hij respecteert mij en volgt mijn signaal. Dus ik ervaar mijn eigen seksualiteit als goed. Als je het doet met liefde en zorg dan kan een besneden vrouw ook als een gewoon mens van seks genieten. Daarom heb ik eerder gezegd: als een man goed geïnformeerd is, kan hij een goed en zorgzaam mens zijn.

Voor deze en een andere respondent uit Eritrea, evenals voor de eerder genoemde twee geïnfibuleerde respondenten, is goed contact, begrip, praten en samen uitproberen het recept gebleken voor het hebben van een uiteindelijk ook seksueel bevredigende relatie.

### Relatie met de kinderen

Tijdens het interview zijn een paar vragen gesteld over de kinderen. Op de vraag of ze van plan zijn om hun dochter(s) te laten besnijden, zeggen op een na alle respondenten resoluut dat ze dat niet willen. 'Ik weet wat het is en wat ik heb meegemaakt. Dat zou ik mijn dochter nooit laten meemaken', antwoordt een respondent uit Sierra Leone. Een respondent uit Ethiopië zegt: 'ik vind het niet nodig' en een vrouw uit Soedan vertelt dat ze uit het thuisland gevlucht is omdat ze haar dochter niet wilde laten besnijden. Een vrouw uit Eritrea wil het leven van haar dochter niet 'verpesten'. Enkele respondenten uit

Somalië en Soedan geven aan er zelfs niet over te praten met hun partner want voor hen staat vast dat hun dochter geen besnijdenis zal ondergaan: 'Dat is niet discutabel' en 'ook als mijn man het zou willen, dan zou ik toch nee zeggen.' Het willen verhinderen dat een dochter besnijdenis ondergaat was overigens voor twee respondenten uit Soedan reden om te vluchten naar Nederland.

Slechts een klein aantal respondenten heeft (een) dochter(s) die een besnijdenis onderging(en). Geen van de respondenten heeft dat echter in Nederland laten doen. Het gebeurde in alle gevallen voor men naar Nederland migreerde of tijdens een bezoek aan het thuisland. Een respondent en haar echtgenoot besloten de jongste twee dochters type II te besnijden (excisie) in plaats van farao-nisch (type III). Zij was het met haar man eens 'omdat hij wilde dat zijn dochters goede kansen maken om te trouwen met een Somalische man'. In drie gevallen werden de dochters echter tegen de wil van de moeder in het thuisland besneden. Op de vraag of ze haar dochters heeft laten besnijden, antwoordt een van hen:

Sie 7: Nee, het was niet ik die dat liet doen, maar de mensen die voor mijn dochters zorgden. Het was zonder mijn toestemming en dat vond ik heel erg. Mijn stam haalt tot de helft van de clitoris weg dus dat hebben ze ook bij mijn dochters gedaan.

Naast het feit dat bijna alle respondenten besloten hebben hun dochter niet te laten besnijden, vermelden ook veel vrouwen dat ze de partnerkeuze overlaten aan hun dochter. 'Ze mag zelf beslissen', zeggen de meeste moeders. Maar met name Somalische respondenten zouden graag zien dat hun dochter trouwt met iemand met dezelfde achtergrond en taal. Vooral dat de jongen moslim is, vinden zij belangrijk. Slechts een van hen geeft er bovendien de voorkeur aan dat het meisje waar haar zoon mee huwt, een besnijdenis heeft ondergaan.

Som 13: Voor mij is het niet zo belangrijk met wie ze [mijn dochter] thuis komt, zolang hij hetzelfde geloof heeft als zij en dus een moslimman is. Voor mij is het geloof heel belangrijk.

Interviewer: Wat vind je ervan als je zoon zou trouwen met een besneden meisje?

Som 13: Heel graag zelfs.

Deze vrouw is wel de uitzondering op de regel want alle andere respondenten kijken daar anders tegenaan. Zij vinden dat hun zoons maar beter een kunnen meisje treffen die niet besneden is. Op de vraag of hun zoon kan huwen met een vrouw die niet besneden is, zegt een Somalische respondent dat ze dat graag wil 'zodat zijn vrouw dan zichzelf kan zijn, hoe Allah haar gemaakt heeft'. Een andere vrouw uit de Somalische groep bekent:

Som 1: Toen in mijn eigen land zou ik het niet goedkeuren, maar nu wil ik graag dat hij trouwt met een vrouw die niet besneden is, om haar al die pijn te besparen.

De situatie in het eigen gezin is door migratie naar Nederland dan ook heel anders dan die in het thuisland, merken enkele respondenten op. Men weet ‘dat het niet mag’ in Nederland en ‘dat je in de gevangenis terecht komt als je je dochter laat besnijden’. Een groot deel van de respondenten denkt overigens, tot slot, dat meisjesbesnijdenis over niet al te lange tijd ophoudt, of irrelevant wordt. Een jonge vrouw van 30 jaar uit Eritrea antwoordt op de vraag of haar zoon kan trouwen met een onbesneden meisje het volgende:

Eri 6: Ik denk niet dat hij de kans krijgt om te kiezen of hij een besneden of onbesneden vrouw wil. Tegen die tijd is meisjesbesnijdenis verdwenen. Zelfs als het er nog is, heb ik er alle vertrouwen in dat hij gewoon gaat trouwen met een meisje van wie hij houdt, of ze besneden is of niet. Uiteindelijk is hij hier geboren en zal hij hier ook opgroeien.

### Relatie met het thuisland

Respondenten uit alle respondentgroepen geven aan dat hun mening over meisjesbesnijdenis veranderd is door migratie naar Nederland. De situatie in het eigen kerngezin is door de migratie anders dan die van de *extended family* in het thuisland. In Nederland word je ‘gestraft’ als je je dochter een besnijdenis laat ondergaan. Geen van de respondenten heeft dan ook een dochter die in Nederland een besnijdenis onderging. Uit wat vooraf ging werd duidelijk dat de meeste respondenten dat hun dochters niet willen aandoen. Soms tot grote spijt van de familie in het thuisland. Zo vertelt een respondent dat tijdens een bezoek van de familie uit Eritrea aan Nederland haar moeder opmerkte dat:

Eri 12: ...de meisjes druk of stoer doen met jongens. Toen zei ze: ‘De meisjes hebben hier besnijdenis nodig om iets rustiger te worden.’ Ach, ze zijn met zo’n mentaliteit opgegroeid, ze weten niet anders. Voor mij is het niet belangrijk. Voor mijn man ook niet.

Bij ongeveer de helft van de respondenten speelt of speelde het onderwerp meisjesbesnijdenis in de contacten die men heeft met familieleden in het land van herkomst. Een Ethiopische respondent vindt het ‘zeker na de migratie belangrijk’ dat de familie in het thuisland weet hoe ze er hier over denken. Een respondent uit Eritrea vertelt:

Eri 6: Toen ik in 1998 in Eritrea was had mijn schoonzus net een paar maanden geleden een meisje gekregen. Mijn eerste vraag was: ‘Hebben jullie het meisje laten besnijden?’ Maar gelukkig was het antwoord nee. Door de voorlichting en campagnes zijn ze bewust geworden en hebben geen meisjesbesnijdenis uitgevoerd.

De andere helft van de respondenten geeft aan het ‘onbelangrijk’ te vinden wat men er in het thuisland over denkt (Sierra Leone) of dat andere thema’s aan bod komen wanneer ze met elkaar praten. De gesprekken met familieleden overzee gaan dan vaker over de oorlog (Ethiopië en Eritrea). Bijna alle respon-

denten uit Sierra Leone geven aan in het geheel geen contact meer te hebben met familie in hun land. Onder de Somalische respondenten zegt slechts één iemand acht jaar geleden op bezoek geweest te zijn. Mogelijk speelt de onveiligheid in dat land een rol. Uit de antwoorden die de Somalische respondenten geven valt wel op te maken dat men op andere manieren contact onderhoudt met de familie in het thuisland en dat hun mening wat betreft meisjesbesnijdenis nog relevant is. Zij hebben het over dat het ‘een diepgewortelde’ of ‘belangrijke’ Somalische gewoonte is. En er is een Somalische respondent die zegt ‘te hopen dat alle mensen in Somalië wakker worden en niet aan dit gebruik vasthouden en het hun dochters niet aandoen’.

Uit de interviews blijkt dat in totaal zeven respondenten een of meer dochters in het thuisland hebben (moeten) laten besnijden. Het gaat op een na in alle gevallen om vrouwen van boven de 45 jaar. In twee situaties is tijdens een bezoek aan het thuisland de moeder onwetend gehouden van het feit dat een schoonmoeder (en haar zoon) van alles in het werk stellen om een dochter te laten besnijden. Een Somalische respondent geeft aan zich triest te voelen omdat haar dochter in het thuisland een besnijdenis onderging toen ze er niet bij was. Het gebeurde ‘tegen haar zin’. Een andere respondent uit die groep herinnert zich: ‘Ik was op reis, toen heeft mijn moeder haar [mijn dochter] besneden. Maar ik wilde dat niet.’ Naast deze Somalische geven nog twee andere Somalische respondenten, en telkens één respondent uit de andere drie groepen aan, dat zij een dochter hebben die een besnijdenis onderging. Op een na hebben alle vrouwen daar nu spijt van. Op de vraag waarom zij het toen liet gebeuren, zegt een van hen:

Eri 7: Het is meer dan dertig jaar geleden. Ik was toen niet volwassen en bewust genoeg om me te verzetten. Alles werd door mijn moeder en schoonmoeder gedaan. Mijn dochter kreeg de eerste vorm van besnijdenis. Het was een beslissing van de grootouders, er was geen overleg met mij of met mijn man.

Uit de interviews blijkt verder dat in zes van de zeven gevallen de dochter ‘een mildere vorm’ onderging dan de moeder. Ook in de thuislanden lijkt het een en ander te zijn veranderd.

Tijdens een bezoek aan het thuisland lokt meisjesbesnijdenis soms pittige gesprekken en discussies uit. Met wisselend succes – ondanks de voorlichtingscampagnes die er volgens veel vrouwen nu gevoerd worden. Enkele Soedaneese respondenten vertellen uitgebreid over wat tijdens zo’n bezoek gebeurde. Een van hen, een respondent die enkele jaren terug haar familie bezocht samen met haar toen 13-jarige dochter, voelde zich toen ‘achtervolgd’ met hun vragen.

Soe 2: Iedereen vroeg me: ‘Wanneer ga je je dochter laten besnijden?’ Voor hen ben ik niet meer

interessant want ik ben al getrouwd en ik heb een kind. Maar mijn dochter, die moet besneden worden. Je merkt dat er heel veel druk op mensen wordt uitgeoefend.

Een aantal respondenten claimt met succes een nicht of zusje te hebben gered van een dreigende besnijdenis. Zij noemen de situatie in goede zin veranderd. Een respondent uit Eritrea vertelt hoe ze eerst tevergeefs trachtte haar dochter ‘te redden’ en dat dat pas lukte toen ze tegen haar schoonzus zei: ‘Als je wilt dat ik ga scheiden, okay dan. Dat was te hard voor haar, ze stopte met vragen.’ Volgens twee andere Soedanese respondenten spelen schoonmoeders nog steeds een cruciale rol in de besnijdenis van hun kleinkinderen. Deze schoonmoeders eisen soms dat hun kleinkinderen besneden worden, wat ‘een groot probleem is want niemand kan nee zeggen tegen haar.’ Dit is wat een Soedanese respondent meemaakte:

Soe 4: Ik zei tegen mijn schoonmoeder dat ik mijn dochters niet wilde laten besnijden. Dat vond ze helemaal niet goed. Ze zei dat die dochters haar dochters zijn. En dat ze mijn mening onbelangrijk vond. Ik heb toen mijn mond gehouden want je moet naar je schoonmoeder luisteren anders wordt je huwelijk een hel en misschien word je gescheiden. Van haar mocht ik alleen het feest organiseren, kleren en goud voor mijn dochter kopen, want ze zou worden besneden. Ik probeerde de besnijdenis zo lang mogelijk uit te stellen en in de tussentijd ging ik naar mijn familie om dit met hen te bespreken. Maar ook mijn moeder vond dat mijn dochters besneden moesten worden. Dus ik had van allebei de kanten tegenstand... Angst voor meisjesbesnijdenis was voornamelijk de reden dat wij uit Soedan vluchtten. De vader van mijn dochters was het eerst helemaal eens met zijn moeder. Ik heb heel veel moeten doen om mijn dochter onbesneden te laten. Maar de mening van mijn man veranderde toen we hier kwamen. Hij heeft een aantal voorlichtingen bijgewoond over meisjesbesnijdenis. Nu is hij er helemaal tegen.

#### 4.2.4 Migratiefactoren, coping en religie

In deze paragraaf komt het belang van leeftijd aan bod en de invloed ervan op ervaringen met meisjesbesnijdenis. Daarna gaan wij in op de invloed van de media en voorlichting. Tot slot beschrijven we hoe besneden vrouwen met hun klachten omgaan en welke plaats religie daarbij inneemt.

##### Belang van leeftijd

Leeftijd is in twee opzichten relevant. Ten eerste de leeftijd waarop de besnijdenis plaatsvond, ten tweede de leeftijd waarop de respondent migreerde. Dat laatste is van invloed op hoe de respondenten hun besnijdenis in Nederland ervaren. De leeftijd waarop men de besnijdenis onderging is in zoverre belangrijk dat men zich al dan niet kan herinneren wat er die dag gebeurde. Respondenten uit Eritrea werden als baby besneden, terwijl de vrouwen uit Sierra Leone allen ouder dan 10 jaar waren. Enkele respondenten uit Eritrea geven dan ook aan pas op latere leeftijd te zijn gaan beseffen dat ze besneden zijn. Een respondent uit Eritrea werd voorgelicht over meisjesbesnijdenis toen ze

twintig jaar geleden toetrad tot de verzetsbeweging EPLF. Er werd onderling ‘open over gediscussieerd’. Drie andere respondenten uit die groep kwamen er ook achter toen zij nog in het thuisland woonden. Op de vraag wat er toen precies gebeurde antwoordt een van hen:

Eri 6: Ik zag een buurmeisje van mijn leeftijd pijn lijden en ze had een doek tussen haar dijen. Toen vroeg ik mijn moeder waarom. Mijn moeder zei: ‘Ze is voor de tweede keer besneden omdat de eerste besnijdenis (toen ze een baby was) niet goed gedaan was.’ Vanaf toen ben ik bewust geworden van mijn eigen besnijdenis.

De besnijdenis van de respondenten uit de andere drie gemeenschappen vond, op een uitzondering na, plaats toen zij ouder waren dan 5 jaar. Zij kunnen zich de besnijdenis meestal herinneren.

Tijdens de interviews geven een twintigtal respondenten antwoord op de vraag in hoeverre leeftijd van belang is voor de wijze waarop tegen meisjesbesnijdenis aangekeken wordt. Slechts voor twee respondenten uit Somalië maakt het niets uit, voor hen heeft meisjesbesnijdenis niets te maken met leeftijd maar alles met ‘hoe je vasthoudt aan je cultuur en hoeveel kennis je hebt over de islam’. Maar voor het merendeel van de respondenten doet de leeftijd waarop iemand gemigreerd is ertoe in de waardering voor meisjesbesnijdenis. ‘Oudere mensen zijn meestal voor, maar jongeren niet’ en ‘oude mensen veranderen niet’, zeggen tien respondenten. Al wordt dat ook wel betwijfeld door twee wat oudere respondenten. Een Eritrese vrouw zegt hierover: ‘Kijk, ik ben zelf in begin vijftig maar ik ben tegen meisjesbesnijdenis, dus oudere mensen hier zijn ook tegen denk ik.’ Toch geven de meeste respondenten aan dat jongeren die hier opgegroeid zijn of op jonge leeftijd hiernaar toe kwamen ‘anders tegen meisjesbesnijdenis aankijken dan de oudere generaties’. Op de vraag of zij kan uitleggen hoe dat komt zegt een respondent:

Som 2: Jongeren die in Nederland op jonge leeftijd zijn gekomen en hier geleerd hebben weten heel goed dat meisjesbesnijdenis een culturele gewoonte is. En ook dat het niks met het geloof te maken heeft. Daardoor zijn ze eerder tegen meisjesbesnijdenis dan hun ouders.

Voor deze respondent, en voor vijf andere Somalische en twee Soedanese respondenten is het feit dat de religieuze legitimering weggefallen is, de hoofdreden dat men er nu anders tegenaan kijkt. Voor andere respondenten heeft de verandering van mening vooral te maken met voorlichting en ‘de dingen die je hoort uit je omgeving over de gevolgen van meisjesbesnijdenis’ waardoor men ging beseffen dat veel pijn en problemen vermeden hadden kunnen worden. Jonge Somalische mannen die hier opgegroeid zijn ‘willen geen besneden vrouw. Zij willen de vrouwen laten genieten bij gemeenschap’ merkt een respondent op. Volgens een paar respondenten uit Eritrea kunnen jongeren ‘gemakkelijker integreren’ en zijn jongeren meestal tegen, ‘maakt niet uit of het



een vrouw of man is'. De mening van een Soedanese vrouw met drie dochters over besnijdenis veranderde pas echt naarmate ze ouder werd:

Soe 11: Vroeger toen ik jong was had ik geen mening over meisjesbesnijdenis. Ik ging naar voorlichtingen over meisjesbesnijdenis en ik was overtuigd door wat in die voorlichtingen gezegd werd. Maar toen besepte ik de gevolgen van meisjesbesnijdenis nog niet omdat ik niet getrouwd was.

De leeftijd bij migratie en duur van verblijf in Nederland lijken daarmee van belang te zijn voor welk standpunt een respondent inneemt ten opzichte van meisjesbesnijdenis. Tot slot zijn er drie respondenten die aangeven dat het verschil in leeftijd ook gevolgen heeft of kan hebben voor het type besnijdenis dat men onderging. Volgens een van hen, een jonge Somalische respondent, zijn 'oudere vrouwen meestal faraonisch besneden (geïnfibuleerd) en ondervinden zij meer problemen' dan jongeren. Zoals we eerder zagen heeft geen van de respondenten (een van) haar dochter(s) tijdens het verblijf in Nederland laten besnijden. In alle gevallen dat het gebeurde, vond het plaats in het thuisland, en vaak buiten medeweten van de moeder om en onder dwang van de eigen of schoonmoeder.

### Media-aandacht

De respondenten reageren over het algemeen positief op de berichtgeving over meisjesbesnijdenis in de krant en op tv. In de media wordt sinds 1990 geregeld veel aandacht besteed aan het onderwerp. Op drie respondenten uit Somalië en een uit Sierra Leone na zeggen alle respondenten blij te zijn met die aandacht. 'Ik vind het goed. Ze mogen het er best vaker over hebben', zegt een Ethiopische respondent. Respondenten uit Soedan vinden: 'Het verlaagt de drempel om erover te praten' en: 'Het is positief en nodig want in Khartoem en in de dorpen wordt het nog steeds gedaan.' Weer een andere respondent uit Soedan meldt:

Soe 7: Ik vind het goed. Want als op tv zoveel over meisjesbesnijdenis wordt gesproken dan wordt dat een soort voorlichting voor diegenen die niet kunnen lezen en schrijven. Ik hoop dat er nog meer over gepraat gaat worden. Zeker van de religieuze kant. Dat was vroeger een heel moeilijk onderwerp maar nu gelukkig niet meer.

De media-aandacht sterkt hen in de overtuiging dat ze het hun dochter niet willen aandoen en dat meisjesbesnijdenis een overbodige traditie is. De aandacht legitimeert in feite de wens en hoop van veel respondenten op verandering. Een respondent over toen ze op tv een documentaire zag over meisjesbesnijdenis:

Interviewer: Hoe vond je dat?

Eri 11: Schokkend. Je kan er echt niet naar kijken, vreselijk. Het is triest een meisje zo te zien lijden. En wat een vrouw tijdens de bevalling overkomt, ongelooflijk. Je voelt je hulpeloos. Dat

heeft grote invloed op mij gehad. Het is wel moeilijk om het te zien maar ook leerzaam. Voor mensen die er geen idee van hebben of die niet geloven dat het gevaarlijk is, is het een goede manier om ze bewust te maken. En voor mensen die nog steeds denken dat meisjesbesnijdenis goed is, die kunnen heel goed zien wat hun dochters straks gaan meemaken. En hopelijk hierdoor hun mening veranderen.

Respondenten uit Sierra Leone uiten zich ook positief over zoveel media-aandacht. Een van hen antwoordt op de vraag wat zij vindt over de wijze waarop meisjesbesnijdenis in de kranten en op tv behandeld wordt: 'Ik vind het goed en nuttig. Zo kun je de mensen, de massa onderwijzen.' Een andere respondent uit Sierra Leone zegt dat ze er in Afrika niet voor zou durven uitkomen maar hier wel, want: 'Hier is het de vrije wereld en het is goed wat de media doen.' De meerderheid van de respondenten zegt zich dus gesteund te voelen in hun standpunt tegen meisjesbesnijdenis, met name naar de familie toe in het land van herkomst. Bovendien wordt momenteel in een aantal van die landen ook aandacht besteed aan (de gevolgen van) meisjesbesnijdenis. Een respondent die zeer recent in Eritrea was, beweert 'dat er een continue campagne en gesprek op radio en tv was over meisjesbesnijdenis'.

Toch zijn er, zoals eerder aangegeven, ook minder positieve meningen, met name over de manier waarop media berichten over meisjesbesnijdenis. Vooral onder de Somalische respondenten. De 'schokkende beelden', 'negatieve verhalen', 'kwetsende opmerkingen' en het feit dat de vrouwen als 'zielig' bestempeld worden, schieten bij in totaal zes respondenten in het verkeerde keelgat. Volgens hen worden mensen in Nederland daardoor op een 'foute manier beïnvloed'. Dat heeft dan weer, zegt een vrouw uit een andere respondentgroep, invloed op de vrouwen zelf.

Eri 3: Ik heb meerdere keren op tv hulpverleners over meisjesbesnijdenis horen praten. 'Het is verschrikkelijk, het is ongelooflijk', zeggen ze. Dat hebben ze ook zeker tegen de vrouw gezegd. Wat denk je dan dat haar reactie zou zijn?

Interviewer: Wat dan?

Eri 3: Ze wordt bang, ze denkt dat ze in groot gevaar is. Niks eigenwaarde, een trauma houdt ze eraan over. Ze wil gewoon alleen zijn en raakt geïsoleerd. Ze denkt alleen maar aan wat er toen gebeurde. Misschien wil ze niet meer naar een dokter...

### Voorlichting in Nederland

De meeste respondenten zeggen te zijn voorgelicht in Nederland. In een aantal gevallen vond dat plaats doordat een eigen organisatie voorlichting gaf over het thema. Dat geldt in het bijzonder voor respondenten uit Soedan en Eritrea. Soedanese en Eritrese vrouwen uiten zich over het algemeen positief over de voorlichting. Zij zeggen in alle gevallen er veel aan gehad te hebben. Op de vraag of zij tevreden is over dat ze nu meer weet, antwoordt een respondent:

Soe 1: Ik ben heel erg tevreden. Ik heb veel geleerd, ik kan nu openlijk over het onderwerp pra-

ten. Vroeger had ik veel pijn en nu na het trouwen ook, ik wist niet waardoor dat kwam. Nu weet ik dat het door de besnijdenis komt.

Van de Somalische respondenten geeft slechts een klein aantal aan dat ze voorlichting zijn. Het merendeel van hen praat er liever in het geheel niet over. Maar de drie Somalische respondenten die wel een voorlichting bijwoonden, zijn er opgetogen over. Een van hen, een jonge Somalische vrouw met drie kinderen vond het 'leuk' en is 'blij dat de ouders nu bewust zijn geworden van de meisjesbesnijdenis'. Soms kwam het onderwerp terloops aan de orde tijdens een bezoek aan een vriendin of in gesprek met leeftijdsgenoten. Een andere jonge Somalische respondent vertelt over een bijeenkomst 'met Somalische meiden':

Som 3: Daar hebben we geleerd hoe je voor jezelf moet opkomen en hoe 'nee' te zeggen tegen meisjesbesnijdenis. Ik vond het een leerzame bijeenkomst. Maar ik had liever die informatie gehad voordat ik besneden werd.

Interviewer: Heb je ooit voorlichting gehad?

Som 3: Ja, bij één bijeenkomst. Ik kon eerder voorlichting krijgen maar ik had geen interesse. Ze kunnen toch niet ongedaan maken dat ik besneden ben.

Slechts een van de zes vrouwen uit Ethiopië geeft tijdens de interviews aan voorlichting te hebben gehad. Verder zijn er respondenten die aangeven er in het asielzoekerscentrum (azc) of op een andere locatie over gesproken te hebben. Een Soedanese vrouw met drie kinderen die zes jaar in een azc verbleef, kwam er in gesprek met Irakese vluchtelingvrouwen achter dat zij geen besnijdenis hadden ondergaan, ondanks dat het ook moslimvrouwen zijn. De respondent zegt dat het 'voelde dat mijn familie een misdaad had gepleegd door mij te laten besnijden'. Ook een vrouw uit Sierra Leone overkwam hetzelfde en voelde zich 'rot' toen ze het te weten kwam. Twee respondenten uit Eritrea geven te kennen dat ze tijdens de taallessen in het kader van inburgering meer over meisjesbesnijdenis te weten kwamen. Een van hen zegt daarover dat 'iedereen zijn mening dan geeft. Tegelijkertijd breekt het taboe' en verder ook dat ze zich 'nu lossen' voelt. Bij de andere respondent uit Eritrea gebeurde dat op de school van haar dochter:

Eri 5: Er was een voorlichting georganiseerd voor alle moeders, maakt niet uit waar ze vandaan kwamen, Nederlanders en anderen. Het werd door een arts gegeven. Het ging over wat meisjesbesnijdenis is en wat de gevolgen ervan zijn. Er werd ook gezegd dat er vrouwen zijn die tijdens hun vakantie in hun land van herkomst hun dochters laten besnijden. Ik vond het heel goed en leerzaam, en ook mooi dat er openlijk over gesproken werd.

### Coping en religie

De respondenten is gevraagd wat ze doen als ze problemen of klachten hebben. Door de respondenten uit Sierra Leone, Eritrea en Soedan is daar vaak kort en krachtig op geantwoord. De meeste Somalische en Ethiopische res-

pondenten hielden echter de boot af. Een aantal gaf aan dat ze daar liever niet over praten, er zelfs niet aan willen denken, 'want dat helpt toch niet'. Een Somalische respondent verwoordt in feite wat de gangbare mening is onder deze vrouwen: 'Ik moet nu verder met mijn leven en vooruit kijken'. Een getrouwde respondent uit die groep met drie kinderen antwoordt echter op de vraag naar wat zij doet als ze het moeilijk heeft dat zij 'liever sport, dat verlost me meer. Nogal wat vrouwen kijken tv of luisteren naar muziek, sporten helpt me meer'. Niet alleen de Somalische respondenten zwijgen graag over hun klachten en problemen. Ook onder de andere respondentgroepen zijn er vrouwen die zich, wanneer ze zich zo voelen, liever afzonderen. 'Dan ga ik gewoon naar mijn kamer en probeer te slapen. Ik zwijg, ja', zegt onze jongste respondent, een vrouw uit Sierra Leone die amper vier jaar geleden een besnijdenis onderging.

In totaal zeven Somalische respondenten verwijzen naar religieuze handelingen als een middel tot troost en kracht. Door de Koran te lezen 'en smeebeden [te doen] probeer ik de pijn te verlichten, want vergeten gaat niet'. Ook het feit dat meisjesbesnijdenis niet in de Koran genoemd wordt helpt hen. Een respondent uit die groep zegt dat ze zich meer 'verdiept in de islam om er steun uit te halen en antwoorden te vinden over hoe ermee om te gaan'. Een andere respondent zoekt hulp in haar geloof 'als ik last heb van het besneden gebied':

Som 8: Ik ben blij dat het geen link heeft met de islam. Ik ben er heilig van overtuigd dat Allah mensen perfect gemaakt heeft.

Een respondent uit de Somalische groep gaat een stap verder. Op de vraag in hoeverre het geloof haar helpt bij het omgaan met haar besnijdenis antwoordt deze vrouw: 'Heel veel, ons geloof is heel mooi. Maar je hebt geen geloof nodig om het te vergeten, je hebt mensen nodig, afleiding'.

Geloof is ook een belangrijk copingmechanisme voor vrouwen uit de andere landen. Vier respondenten uit Sierra Leone geven aan dat ze in de Bijbel lezen wanneer ze het moeilijk hebben. Een respondent uit die groep vertelt het haar ouders te hebben vergeven dat zij een besnijdenis moest ondergaan. 'Zonder mijn geloof had ik dat niet gekund'. Onder de Soedanese respondenten zijn er vijf vrouwen en onder de Eritrese twee die steun zoeken in gebed. 'Religie helpt me om het vol te houden', zegt een Soedanese respondent. Een vrouw uit Eritrea probeert zich, als ze aan haar besnijdenis denkt, rustig te houden door te bidden.

Eri 4: En meestal helpt het. Als dat niet zo was dan zou ik oorlog tegen mijn ouders en mijn land beginnen. Ik zou het gewoonweg als moord beschouwen.

Naast troost zoeken in gebed is muziek luisteren voor zes respondenten de manier om met problemen en klachten om te gaan. 'Ik luister dan meer naar lied-

jes uit mijn land' zeggen de respondenten dan. Voor twee respondenten gaan gebed en muziek samen. Op de vraag wat zij doet als zij het moeilijk heeft met problemen als gevolg van haar besnijdenis, antwoordt een jonge ongehuwde respondent met een kind:

Sie 6: Ik probeer er gewoon niet aan te denken want ik heb veel problemen, onder andere relatieproblemen. Maar als ik eraan denk, zoek ik de weg naar God. Ik luister dan meer naar gospelliedjes en ga ook de Bijbel lezen. Mijn geloof helpt me heel veel...

Verder zijn er twee vrouwen die toegeven veel te snoepen als ze het moeilijk hebben. Een respondent uit Eritrea zegt: 'ik drink dan veel koffie, continu'. Daarnaast reageert een wat oudere respondent uit Ethiopië op de vraag wat zij doet als ze zich geconfronteerd voelt: 'Dan ga ik qat eten, een waterpijp roken en buiten wandelen'. Het is opvallend dat slechts één respondent qat noemt als een vorm van coping aangezien het gebruik van qat in Oost-Afrika wijdverbreid is en het ook massaal in Nederland ingevoerd en gekauwd wordt.

Er zijn ook respondenten die zeggen te praten als ze ergens mee zitten. Ze zoeken dan in veel gevallen hun vriendinnen op, of bespreken het probleem telefonisch. Een respondent die al dertig jaar in Nederland woont antwoordt op de vraag wat zij doet op moeilijke momenten:

Soe 2: Omdat ik op een redelijk jonge leeftijd naar Nederland ben gekomen en hier heb gestudeerd, heb ik van de Nederlanders en via mijn opleiding geleerd dat ik moet praten als iets me dwars zit. Ik praat erover met mijn man, vriendinnen en collega's op het werk. Als het niet anders kan, verwen ik mezelf door een sauna te nemen of een jacuzzi of ik ga sporten.

Tot slot geven twee respondenten uit Somalië aan dat ze wanneer ze lichamelijke klachten hebben, vooral bij infecties, een zoutbad nemen. Dat 'hebben we geleerd van een oudere vrouw'. Op de vraag of zij in aanraking is gekomen met Nederlandse hulpverleners, reageert een van beide, een jonge, ongetrouwde respondent:

Som 10: Nee, als ik last heb van infecties ga ik niet naar de arts, maar maak een bad met zout en daar ga ik in zitten. Drie dagen lang neem ik zo'n bad, en daarna verdwijnt die infectie.

#### 4.2.5 Ervaringen met de gezondheidszorg in Nederland

In dit deel wordt verder ingegaan op wat de respondenten vertellen over de contacten met de hulpverlening. Eerst staan we stil bij enkele respondenten die ervaring hebben met de ggz. Daarna gaan we in op in hoeverre de vrouwen zeggen de geboden hulp te appreciëren dan wel deze te bekritisieren. De problemen die ze daarbij zeggen te ondervinden, zoals schaamte en gevoelens van uitsluiting, komen hier aan bod. Het deel eindigt met wat de responden-

ten meedelen over het al dan niet dichtnaaien, de reïnfibulatie, na een bevalling.

Het feit dat de respondenten uit risicolanden komen, houdt in dat zij meestal vluchteling zijn en vaak gruwelijke dingen hebben meegemaakt of gezien. Dat zij ook vrouw zijn impliceert dat ze bovendien slachtoffer kunnen zijn van seksueel geweld. Ook in de respondentgroep zijn vrouwen die traumata mee hebben gemaakt. Er werd niet specifiek gevraagd naar andere geweldservaringen maar desondanks geven twee vrouwen aan dat ze zijn verkracht. Een van hen, een Eritrese respondent, werd toen ze jong was op de vlucht naar Soedan verkracht door de gids die hen leidde.

Eri 5: Het was een slechte en schokkende ervaring.

Interviewer: Welke gevolgen had dat op je?

Eri 5: Het veroorzaakte veel problemen. Ik was zwanger geraakt door de verkrachting. Dat was het ergste wat mij kon overkomen. Ik moest later mijn baby afstaan.

Deze vrouw vertelt daarna lange tijd getobd te hebben met allerlei lichamelijke en psychische klachten. Haar vagina was waarschijnlijk verminkt. Toen zij, inmiddels in Nederland, weer zwanger raakte en voor de bevalling naar het ziekenhuis moest, voelde ze zich erg geconfronteerd met het feit dat er heel veel mensen naar haar kwamen kijken. Deze respondent merkte daarover op dat ze 'zich net een tentoonstelling' voelde. Die bevalling, twintig jaar terug, werd door haar als traumatisch ervaren. Tijdens het interview vertelt deze respondent ook dat nadat zij een documentaire over meisjesbesnijdenis in Somalië zag, zij 'de hele dag aan niks anders dacht dan aan dat beeld van het meisje. En ik zat de hele dag gekromd op mijn stoel'. Later geeft ze echter aan dat ze 'langzamerhand alles achter de rug gelaten heeft. Ik heb het gelukkig verwerkt en ben nu gelukkig met mijn drie kinderen en mijn partner'. Haar casus maakt duidelijk dat de besnijdenis en de verkrachting voor haar met elkaar te maken hebben, dat het een opeenstapeling van traumata is. Of zoals de andere respondent het zegt: 'Je hebt dus de pijn van de besnijdenis en bent dan ook nog verkracht daarna'.

In totaal drie respondenten geven aan in behandeling te zijn of te zijn geweest bij een psychiater of de Riagg. Twee vrouwen spraken met de behandelaar over hun klachten als gevolg van de besnijdenis. Beiden zeggen dat ze zich door die gesprekken later 'beter voelden'. Een van hen, een Soedanese respondent, sprak met haar psychiater over de besnijdenis in het kader van de seksuele problemen die ze had met haar man. Ze besprak het uiteindelijk, ondanks haar schaamte, 'omdat ik uitgeput was van al die ellende'. De psychiater, een man, zette nadien het gesprek met haar over besnijdenis voort. 'Hij wilde weten of de besnijdenis effect op me heeft, ook toen, na de bevalling. Ik voelde me telkens beter als ik er met hem over praatte'. De andere respondent die ervaring

heeft met de ggz is een nog jonge vrouw die op 16-jarige leeftijd een besnijdenis onderging. Zij antwoordt op de vraag met wie ze daarover praat:

Sie 12: Ik praat er wel eens over met die vriendin van mij. Het is een Nederlandse vrouw. En ook met een therapeut van de Riagg om mijn pijn te verlichten. En dat hielp wel een beetje. Ik heb soms nachtmerries van wat er die avond gebeurde. Tot nu heb ik er last van maar er is niks aan te doen. Gelukkig ben ik niet meer in Afrika.

De Eritrese respondent die nog niet met haar psychiater over haar besnijdenis gesproken heeft, vraagt zich tijdens het interview af waarom eigenlijk niet. Zij zegt vier jaar onder behandeling te zijn maar heeft het ondanks dat 'nog nooit met hem over de besnijdenis gehad... Ik vermoed dat hij weet dat ik besneden ben maar hij neemt geen initiatief om erover te praten.' Tijdens het daaropvolgend bezoek van de interviewer een week later, waarbij de vragenlijsten worden ingevuld, geeft de respondent aan dat ze zich al de gehele week niet goed voelt. Ze is snel boos en heeft zelfs haar man een paar dagen naar vrienden gestuurd zodat ze alleen kan zijn. Volgens de notities van de interviewer zijn 'haar gevoelens naarboven gehaald. Ze beseftte voordien niet hoe erg de meisjesbesnijdenis haar getroffen had. Nu pas beseft ze het.' Op de vraag welk advies aan Nederlandse hulpverleners de respondent heeft, zegt zij:

Eri 9: Mijn advies is: bij elk bezoek aan een dokter, zeker een psychiater, van een vrouw uit een land met een traditie van meisjesbesnijdenis, moet je een brochure of flyer met informatie over meisjesbesnijdenis meegeven. Altijd. Dat kan als aanleiding voor een gesprek helpen. Dat geeft haar misschien een kans om een gesprek te beginnen, het initiatief te nemen. Ik zou dat ook doen als ik de gelegenheid gekregen had toen ik met die psychiater bezig was.

Gezien hun vluchtelingenachtergrond zijn veel respondenten voor het eerst in aanraking gekomen met de Nederlandse hulpverlening in wat vroeger een OpvangCentrum (oc) en een asielzoekercentrum (azc) heette. Een van de respondenten uit Sierra Leone woont tijdens het onderzoek nog steeds in een centrum waar ook andere asielzoekers wonen. Vier respondenten vertellen tijdens het interview over hun eerste ervaring met verpleegkundigen en artsen in die omgeving. In alle vier de gevallen wordt dat eerste contact als 'geruststellend' ervaren. 'Het gesprek ging goed' zegt een respondent over haar eerste afspraak met een arts in het azc, waarbij ze een 'compleet lichamelijk onderzoek' kreeg. Een andere respondent, uit Sierra Leone, die toen nog in het oc zat, ging met buikklasten naar de arts en 'raakte in gesprek. Zij [de arts] zei dat als ik meer wilde weten, ik wel een keertje kon komen want ze heeft veel informatie over meisjesbesnijdenis. Ik vond dat eerste gesprek gewoon normaal'. De respondent die in het voorgaande aangaf nog niet met haar psychiater over de besnijdenis gesproken te hebben, ging, toen ze nog in het azc woonde met een blaasinfectie naar de arts. Tijdens het gesprek met de vrouwelijke arts werd de mogelijkheid geopperd van een deinfibulatie. Na veel wikken en wegen stemde

de respondent daarmee in. Zij wilde wel 'dat het een klein beetje geopend werd'.

Eri 9: Want het kan niet in één keer geopend worden. Het moet geleidelijk, beetje bij beetje gebeuren.

Interviewer: Hoe ging dat gesprek?

Eri 9: Ze was vriendelijk, aardig. Ik ben onderzocht. Ze zag mijn geslachtsdeel en vroeg me wie dat gedaan heeft. Ik schrok van het feit dat ze wist dat ik besneden ben... Verder was er geen probleem. Ze vertelde dat ze me, als ik dat wil, kan openen. Zij heeft het ook gedaan. Ik denk dat ze ervaring had met besneden vrouwen.

Op drie vrouwen na wonen alle respondenten al langer dan vijf jaar in Nederland. Het overgrote deel van de respondenten woont niet meer in een opvangcentrum. Slechts drie respondenten zeggen nooit met een hulpverlener te maken hebben gehad. Alle andere respondenten zijn wel eens bij een arts geweest of, in twee gevallen bij een specialist (dermatoloog en uroloog). De meest voorkomende klachten zijn menstruatie- en buikklachten. Drie respondenten hebben het over een terugkerende blaasinfectie ('elke drie tot vijf maanden'). Een respondent zegt als gevolg van complicaties bij de bevalling nu incontinent te zijn en al tien jaar onder behandeling. Daarnaast zijn er twee vrouwen die last hebben van vleesbomen in de baarmoeder. Volgens een van beide respondenten als gevolg van de besnijdenis:

Soe 8: Vleesbomen kunnen ook bij onbesneden vrouwen voorkomen maar bij mij is de besnijdenis de directe oorzaak van het ontstaan van vleesbomen. Nadat ik trouwde weigerde mijn man om de vaginaopening groter te laten maken en dat heeft mijn probleem verslechterd.

Bij de vraag hoe de hulpverlening in Nederland ervaren wordt, geven veel respondenten aan dat ze zich vaak schamen of verdriet en schuldgevoelens krijgen door het gedrag van de hulpverleners. Het feit alleen al dat bij lichamelijk onderzoek de arts de geslachtsdelen ziet en er vragen over stelt vinden respondenten moeilijk. Zo beantwoordt een respondent uit Sierra Leone de vraag waarom ze met de arts niet over haar besnijdenis praat dat zij 'koppig' is. Nog steeds is het zo dat artsen of hulpverleners haar 'soms vragen of ik besneden ben maar ik reageer daar dan niet op'. Voor een aantal respondenten is de verbaasde of geschrokken blik van diegene die het onderzoek uitvoert al voldoende om schuldgevoelens te krijgen of het schaamrood op de wangen. Op de vraag hoe de dokter er achterkwam dat zij besneden was antwoordt een respondent:

Soe 4: Bij mijn eerste onderzoek zag ik dat de dokter het erg raar vond dat ik besneden ben. Hij vroeg me wat het was en ik zei tegen hem dat ik besneden ben. Hij raakte het toen met zijn hand aan en vroeg nog een keer wat het was. Ik antwoordde dat dit de plaats is die dichtgenaaid werd. Hij ontdekte dat ik twee gaten heb om te plassen. Ik schaamde me dood.



Terwijl een andere respondent uit Soedan laat optekenen dat zij door de reactie van de arts veel verdriet had ‘want ik had het gevoel dat de mensen kijken naar mij als naar een muis.’ De blik van de hulpverleners is navenant: ze kijken geschokt en weten zich geen houding. Een respondent, uit Ethiopië, zegt dat zij het eerste bezoek aan de arts vreselijk vond, dat ze zich ‘abnormaal’ voelde. Een respondent uit Somalië: ‘Je ziet de mimiek van de verpleegkundige, de arts, de verloskundige. Je ziet de gezichten, de drukte daarin en hoe ze naar mijn lichaam kijken. Dat doet wel pijn... De ogen van die mensen maken je misselijk.’ De schaamte kan soms zo groot zijn dat vrouwen met hun klachten blijven rondlopen. De respondent die niet durft te zwemmen uit angst dat haar vriendinnen haar vagina zien, heeft het nog steeds niet aan haar arts vertelt: ‘Je durft het niet te vertellen, het is heel moeilijk, je wacht totdat de dokter het zelf ontdekt’. Schaamte speelt voor veel respondenten een grote rol in relatie tot de hulpverlening in Nederland. Wanneer haar gevraagd wordt of ze tegenwoordig wel naar de dokter gaat als ze klachten heeft, zegt een respondent dat zij haar schaamte uiteindelijk overwonnen heeft doordat haar man haar begeleidde naar de dokter.

Soe 10: Maar zonder hem zou ik van mezelf nooit naar de dokter gegaan zijn. Hij heeft me aangemoedigd en vroeg me om eerlijk te zijn tegen de dokter omdat hij de enige is die mij kan helpen.

Respondenten uit Eritrea en Sierra Leone geven minder vaak aan dat ze zich schamen tijdens een bezoek aan een hulpverlener dan de respondenten uit de overige gemeenschappen. Mogelijk heeft dat te maken met het feit dat een clitoridectomie minder opvallend is en bovendien minder complicaties geeft dan een infibulatie of totale excisie. Toch bevinden zich ook onder die gemeenschappen respondenten die zich, met name tijdens bevallingen, gekwetst en beschaamd voelden. Op de vraag hoe de bevalling voor haar verliep, zegt een respondent die een type 11-besnijdenis heeft:

Eri 5: Toen ik voor de bevalling in het ziekenhuis opgenomen werd kwamen verschillende verpleegsters naar mij toe en keken ze naar mijn geslachtdeel. De ene komt en gaat weer weg, en de andere komt en gaat weer weg. Ik werd gewoon een tentoonstelling. Ik begreep het niet. Ik dacht dat ik iets ergs heb. Ik werd ongerust. Ik wist niet wat mij overkwam. Maar daarna heeft één van de verpleegsters mij verteld dat ze nog nooit een besneden vrouw hebben gezien, en dat daarom die drukte was. Iedereen wil het lichaamsdeel bekijken. Vanaf toen voelde ik me helemaal een geslagen vrouw. Ik haat mezelf. Ik voel me waardeloos en schaam me. Ik wil met niemand praten. [Stilte]

Interviewer: Welke invloed heeft dat op jou gehad?

Eri 5: Ik voelde me zo verlegen, vernederd. Ik wilde niet dat mensen mij zien. Ik voelde dat iedereen naar mij keek. En ik voelde dat ik anders ben dan de rest. Het gevoel dat ik bij niemand hoorde. Het was echt een zware periode. Het duurde ook lang totdat ik mij weer een beetje mens of mezelf voelde, maar het gaat nooit helemaal weg. Het blijft altijd bij jou.

In totaal vijf respondenten hebben een soortgelijke vernedering ervaren tijdens de bevalling van een kind in Nederland. Andere respondenten geven aan zich voordien wel te schamen, maar informatie voorafgaand aan de bevalling heeft ertoe geleid dat deze niet als problematisch ervaren werd.

Een aantal respondenten is tevreden met de hulpverlening die ze krijgt en ook met de manier waarop het contact loopt. Toen een respondent uit Soedan voor de bevalling van haar tweede kindje naar de arts ging, vroeg deze haar of ze besneden was. 'En ik zei ja. Hij vroeg me of ik van de campagne [tegen meisjesbesnijdenis] op de hoogte ben, dat het gevaarlijk is enzovoort. Het was een leuk gesprek.' Ondanks dat zij zich schaamde om 'bloot voor hem te staan' ging alles 'verder goed'. Ook het gesprek tussen een Ethiopische respondent en een vrouwelijke arts 'ging best goed' volgens de vrouw. Respondenten uit Somalië geven uiteenlopende reacties op de vraag hoe ze de zorg van artsen en verpleegkundigen ervaren. Enkele vrouwen zeggen liever niet naar de arts te gaan; zij geven aan in redelijke mate voor zichzelf te kunnen zorgen of ze willen 'per se niet dat iemand anders dan haar man haar geslachtsdelen ziet'. Maar twee vrouwen uit die groep wisten zich uiteindelijk over die schroom heen te zetten. Op de vraag hoe haar ervaring is met hulpverleners, reageert een respondent dat ze het eerst moeilijk vond om haar klachten aan een vreemd iemand te moeten vertellen:

Som 3: In het begin naakt voor iemand staan, dat vond ik erg vervelend. Ik heb toen eerst een andere klacht verzonnen en later de waarheid vertelt. Ik wilde niet dat hij mijn geslachtsdelen zou zien. Maar ik was er onder de indruk van dat hij daar veel vanaf wist en hij was respectvol.

Een al wat oudere respondent uit Somalië vindt het 'normaal' dat haar arts haar onderzoekt. 'Het hoort erbij', zegt zij, en: 'Ik vond het niet vervelend want een dokter moet zijn beroep kunnen uitoefenen.' Dit citaat contrasteert enigszins met het antwoord van een andere respondent uit de Somalische gemeenschap. Als aan deze vijftien jaar jongere vrouw gevraagd wordt waarom zij niet naar de arts wil gaan, zegt zij het volgende:

Som 8: Ik ben een gelovige vrouw en ik wil niet dat de dokter naar mijn geslachtsdelen kijkt. En ook niet dat ik iets moet uitleggen. Daar heb ik geen behoefte aan... Ik probeer verder te gaan met mijn leven ondanks die infecties. Door gewoon hard te werken.

Interviewer: Bent u in aanraking gekomen met de Nederlandse hulpverlening?

Som 8: Nee, nooit, ik ga nooit naar de dokter als ik een infectie heb. Ik heb geen zin om mijn geslachtsdelen te laten zien en aan hem te moeten vertellen wat ik allemaal heb meegemaakt.

Interviewer: Zou een vrouwelijke arts jou kunnen helpen?

Som 8: Ik denk het wel. Ik durf wel bij haar en ben ook bereid om haar mijn klachten te vertellen. Het is tenslotte een vrouw en zij begrijpt mij beter, denk ik.

Al met al zijn tijdens het onderzoek positieve en negatieve ervaringen met

hulpverleners gerapporteerd. Positief vinden de respondenten dat hulpverleners de laatste tijd ‘meer kennis in huis hebben over meisjesbesnijdenis’. ‘Ze weten er nu van in Nederland’, zegt een andere respondent. Het contact met de artsen en verpleegkundigen in de opvangcentra en daarna wordt door acht respondenten als positief ervaren; veel hulpverleners hebben begrip, geven de juiste informatie en verwijzen door bij problemen.

Als afsluiting van de kwalitatieve resultaten wordt een laatste keer stilgestaan bij de bevalling van respondenten, in het bijzonder bij de ervaringen van geïnfibuleerde vrouwen met het openhouden dan wel weer dichtnaaien (reïnfibulatie) van de vagina na de bevalling. Terugkijkend op haar bevalling merkt een van hen op:

Soe 2: Tijdens de bevalling heeft hij [de gynaecoloog] de vaginaopening wijder gemaakt door deze zijdelings in te knippen. Het was een pijnlijk moment, je vergeet dat het eigenlijk een mooi moment is, dat je een kind krijgt. Na de bevalling wordt de gemaakte opening weer dichtgenaaid en als je dan moet plassen, heb je weer pijn. Je kunt niet lopen, je blijft in bed tot de wond heelt. Daarna worden de hechtingen eruit gehaald, weer pijn. En natuurlijk de eerste keer seks na de bevalling. Dan lijkt het alsof het de eerste keer is.

In vier gevallen vonden een of meer bevallingen plaats in het land van herkomst en werd de vagina van de vrouwen, bij een type III-besnijdenis, automatisch nadien dichtgenaaid ‘zoals het voor de bevalling was’. Op de vraag waarom, verklaart een van de vier: ‘Dit zijn de tradities. De vrouw moet zo zijn voor haar man.’ Respondenten die een minder zwaar type besnijdenis ondergingen, met name de vrouwen uit Sierra Leone en Eritrea, zeggen meestal dat ze ‘niet opengemaakt werden’ en dat de bevalling ‘goed verliep’. Bij tien respondenten verliep de bevalling ‘normaal’ in die zin dat indien de vagina opengeknipt moest worden voor de bevalling dat ‘aan de zijkant’ gebeurde. Bij veel respondenten die geïnfibuleerd zijn, maar ook in drie andere gevallen, vond de bevalling plaats via een keizersnee. In totaal vijftien respondenten zeggen dat een of meer van hun kinderen met een keizersnee geboren zijn.

Op eigen verzoek werd bij drie respondenten de vagina in Nederland nadien weer dichtgenaaid. ‘Ik was groot nieuws in het ziekenhuis’, merkt een geïnfibuleerde vrouw uit Soedan op over haar derde bevalling, die de eerste was die in Nederland plaatsvond. ‘Ik ben van boven tot beneden dichtgenaaid. Na de bevalling vroegen ze wat ik wilde dat ze voor me moesten doen. Ik zei dat ze het terug moesten naaien zoals ik was. En dat hebben ze ook gedaan.’ Ondanks dat deze respondent op het moment van het interview veel medische klachten en seksuele problemen heeft en de huisarts haar heeft aangeraden om zich te laten openen, kiest zij ervoor om dicht te blijven. Twee andere respondenten antwoorden op de vraag hoe bij hen de bevalling verliep dat zij het spijtig vinden dat ze nadien niet dichtgemaakt zijn. Een van hen zegt daarover het volgende:

Soe 1: Ik bedoel dat als ze wat knippen om de bevalling te vergemakkelijken dan moeten ze het na de bevalling weer dichtnaaien. Maar dat doen ze niet omdat het verboden is in Nederland. Dat heeft invloed op mij, op mentaal gebied... Je voelt een soort leegte en dat er lucht naar binnen gaat omdat je niet dichtgenaaid bent.

Twee respondenten geven echter aan achteraf heel blij te zijn dat hun vagina na de bevalling niet weer dichtgenaaid is. Een van beiden is een vrouw met zeven kinderen waarvan er zes in Nederland geboren zijn. Haar eerste bevalling vond in Afrika plaats. Daarbij werd de baringsmond op vier plaatsen ingeknipt, waarna zij 'lelijk' werd dichtgemaakt, waarbij er veel littekenweefsel is ontstaan. En ook bij haar tweede en derde bevalling in een academisch ziekenhuis in Nederland is deze respondent daarna telkens weer dichtgemaakt. Telkens tegen haar zin in. Op de vraag waarom ze toen niet gewoon vroeg om het open te laten, antwoordt de vrouw:

Eri 4: Kijk, bij mijn eerste drie kinderen in Nederland kon ik geen Nederlands begrijpen, geen woord. Mijn man ook niet. Ik wilde niemand erbij mij want ik schaamde me dood. Ik was vreselijk verlegen, er was geen tolk of niks. En ik weet ook niet zeker of me gevraagd werd wat ik wel wilde of niet. Maar bij mijn vijfde kind kon ik Nederlands begrijpen en een beetje praten. Daarom kon ik duidelijk maken dat ik niet weer dichtgemaakt wilde worden. Ik leerde van de vorige ervaringen om duidelijk nee te zeggen. En het lukte. Daarna bij mijn zesde en zevende kind ben ik zonder moeite thuis bevallen. Zelfs mijn burens hoorden niks. Het was gewoon normaal. [Mevrouw toont opluchting, blijdschap] Maar achteraf gezien was het mijn schaamte en mijn gebrek aan Nederlands taal, die speelden een grote rol. In zo'n situatie heb je echt iemand nodig die je vertrouwt en die om jou geeft.

### 4.3 Kwantitatieve resultaten

De nu volgende resultaten zijn gericht op de zelfgerapporteerde klachten zoals vastgesteld aan de hand van de gestandaardiseerde vragenlijsten. In paragraaf 4.1 zijn de demografische karakteristieken van de respondentgroep gepresenteerd.

In dit deel komen eerst de resultaten aan de orde van de univariate analyses met sociodemografische variabelen en coping- en acculturatieschalen in relatie tot posttraumatische stress, angst en depressieve gezondheidsklachten en ten slotte worden bevindingen gepresenteerd van multivariate analyses met alle relevante variabelen.

*Missing values* – Een behoorlijk aantal respondenten heeft niet alles ingevuld, op de HTQ-totaal ontbreken gegevens van zeventien respondenten, op de HSCI twaalf. De grootste groepen *missing values* zijn te vinden bij de Algemene Vragen (Somalië), de Lowlands Acculturation Scale (Soedan) en de COPE-Easy (Ethiopië). De *missing values* zijn in een aantal gevallen niet meer te achterha-

len; wat scores op vragenlijsten betreft is via schattingsprocedures het nodige ‘gerepareerd’ tot gemiddeld  $n = 63$ .

*Pathologie* – Bijna een zesde van de respondenten ( $n = 11$ , 15.9%) heeft een score boven de drempelwaarde van 2.5 (= indicatief voor PTSS volgens DSM); bijna een derde ( $n = 20$ , 31.7%) heeft een score boven de drempelwaarde van 1.75 op de HSCI-angstschaal (= indicatief voor angststoornis volgens DSM), een derde ( $n = 22$ , 34.9%) heeft een score boven de drempelwaarde van 1.75 op de HSCI-depressieschaal (= indicatief voor depressie volgens DSM).

*Vorm van besnijdenis* – De helft van alle respondenten ( $n = 35$ , 53.8%) heeft een infibulatie ondergaan, een derde ( $n = 21$ , 32.3%) de clitoridectomie. Respondenten die een infibulatie hebben ondergaan, rapporteren meer PTSS-klachten ( $F(2,46) = 4.67$ ,  $p < 0.05$ ) en meer angst en depressie ( $F(2,51) = 4.37$ ,  $p < 0.05$ ).

*Land van herkomst* – Respondenten uit Soedan rapporteren meer PTSS-klachten ( $F(4,58) = 5.35$ ,  $p < 0.05$ ) en meer angst en depressie ( $F(4,58) = 4.04$ ,  $p < 0.05$ ) dan respondenten uit de andere landen, behalve Ethiopië.

*Burgerlijke staat, aard huwelijk, opleidingsniveau, gezinsvorm en baan* – Er is geen significant verschil naar burgerlijke staat, aard huwelijk (gearrangeerd versus eigen keuze), opleidingsniveau en gezinsvorm (wel versus geen (thuiswonende) kinderen) in PTSS-klachten, noch angst of depressie. Respondenten die een opleiding, een baan of een uitkering hebben ( $n = 37$ , 66.1%) rapporteren minder angst en depressie ( $t(30.37) = -2.09$ ,  $p < 0.05$ ) vergeleken met respondenten die dat niet hebben ( $n = 19$ , 33.9%).

*Leeftijd* – Leeftijd ten tijde van het onderzoek heeft geen significante relatie met PTSS, angst en depressie. De leeftijd waarop men is gemigreerd vertoont wel een samenhang: naarmate men ouder was tijdens de migratie rapporteert men meer klachten ( $r_{\text{PTSS}} = .38$ ,  $N = 63$ ,  $p < 0.01$ ;  $r_{\text{angst/depres}} = .37$ ,  $N = 63$ ,  $p < 0.01$ ). Naarmate men ouder was toen de besnijdenis werd uitgevoerd, meldt men meer PTSS-symptomen ( $r_{\text{PTSS}} = .30$ ,  $N = 60$ ,  $p < 0.05$ ) – angst en depressie hebben hiermee geen relatie.

*Herinnering aan besnijdenis* – Respondenten die zich de besnijdenis nog goed herinneren ( $n = 34$ , 55.7%) rapporteren meer traumatische klachten ( $F(2,56) = 14.48$ ,  $p < 0.001$ ) en meer angst en depressie ( $F(2,56) = 6.10$ ,  $p < 0.01$ ) dan degenen die hieraan een beetje herinnering ( $n = 13$ , 21.3%) of helemaal geen herinnering ( $n = 14$ , 23.0%) hebben.

*Gesproken over besnijdenis* – Respondenten met wie voor de besnijdenis is gesproken over de gebeurtenis ( $n = 36$ , 59.0%) rapporteren meer PTSS-klachten dan respondenten met wie dit niet is besproken ( $t(57) = -1.94$ ,  $p < 0.06$ ), met

angst of depressie heeft dit geen relatie. Met iets meer dan een kwart van de vrouwen is de besnijdenis nabesproken ( $n = 17, 28.3\%$ ) maar dat hangt niet samen met klachten.

*Voorlichting* – Respondenten die voorlichting hebben gehad over de besnijdenis ( $n = 28, 43.8\%$ ) rapporteren meer PTSS-klachten ( $t(45.15) = 2.12, p < 0.05$ ) en meer angst en depressie ( $t(48.22) = 2.37, p < 0.05$ ) dan zij die dat niet hebben gehad ( $n = 36, 56.2\%$ ).

*Dochter besneden* – Of de eigen dochter is besneden ( $n = 8, 13.6\%$ ) heeft geen samenhang met klachten.

*Correlaties met coping* – Respondenten rapporteren meer klachten naarmate ze aangeven meer te vermijden ( $r_{\text{ptss}} = .42, N = 58, p < 0.001; r_{\text{angst/depres}} = .47, N = 60, p < 0.001$ ) en meer middelen te gebruiken ( $r_{\text{ptss}} = .48, N = 52, p < 0.001; r_{\text{angst/depres}} = .58, N = 54, p < 0.001$ ); naarmate ze aangeven meer steun te zoeken rapporteren ze alleen meer angst en depressie ( $r_{\text{angst/depres}} = .32, N = 60, p < 0.05$ ). Met de andere copingdimensies is er geen relatie met psychische klachten.

*Correlaties met acculturatie* – Naarmate respondenten minder de beschikking hebben over praktische vaardigheden om in de Nederlandse samenleving te functioneren, rapporteren ze meer PTSS-klachten en meer angst en depressie ( $r_{\text{ptss}} = .36, N = 56, p < 0.01; r_{\text{angst/depres}} = .27, N = 56, p < 0.05$ ). Met de andere acculturatiedimensies is er geen relatie met psychische klachten.

*Aanvullende analyses* – In de univariate resultaten viel op dat de groep Somaliërs infibulatie hebben ondergaan op relatief latere leeftijd (8 jaar) maar nochtans significant minder psychische klachten rapporteerden in vergelijking met andere landen. Daarom is deze groep nader onder de loep genomen. Uit aanvullende analyses rond mogelijk onderscheidende variabelen blijkt dat Somalische vrouwen in het bijzonder hoger scoren op de copingvorm ‘cognitieve herstructurering’.

*Multivariate analyse* – Uitkomsten van de univariate analyses gaven aan dat de variabelen aard van besnijdenis, land van herkomst, leeftijd tijdens migratie, leeftijd tijdens uitvoering, bron van inkomsten, voorlichting over besnijdenis, esproken voor besnijdenis, herinnering aan besnijdenis, vermijdende coping, middelengebruik, steunzoekende coping, en acculturatievaardigheden significant correleerden met de afhankelijke variabelen (HTQ & HSCL totaalscores). De set van covariaten voor de multiple regressieanalyse met de HTQ-30 totaalscore en de HSCL-25 totaalscore bestond daarom uit deze variabelen.

De variabelen herinnering (goed), land van herkomst (afkomstig uit Soedan), coping (middelenmisbruik) en aard besnijdenis (infibulatie) bleken sig-

nificante voorspellers van posttraumatische gezondheidsklachten (Adjusted  $R^2 = .67$ ;  $F(4,38) = 22.04$ ,  $p < .0001$ ). De variabelen coping (vermijding en middelenmisbruik), land van herkomst (afkomstig uit Soedan), aard besnijdenis (in-fibulatie) en het niet hebben van een baan zijn voorspellende variabelen voor angst en depressie ( $R^2 = .59$ ;  $F(5,39) = 13.68$ ,  $p < .0001$ ).

# 5

## Discussie

In dit hoofdstuk presenteren wij de belangrijkste resultaten en interpreteren wij deze in het licht van de bestaande literatuur over dit onderwerp. Ook bespreken wij de methodologische tekortkomingen van deze studie.

### 5.1 Overzicht en interpretatie van de belangrijkste resultaten

Centraal in dit onderzoek staat het verkrijgen van inzicht in de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis in een migratiecontext. Aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijsten en topic interviews is informatie verkregen over deze thematiek. Op basis van de literatuur werd verwacht dat onder Afrikaanse vrouwen in Nederland die een besnijdenis hadden ondergaan angst, depressieve en/of posttraumatisch gerelateerde symptomen aanwezig zouden zijn (onderzoeksvraag 1).

Daarnaast werd verwacht dat bepaalde factoren zouden samenhangen met de rapportage van klachten (onderzoeksvraag 2). Het ging daarbij om: de vorm van besnijdenis, het land van herkomst, het opleidingsniveau, de herinnering aan de besnijdenis, en andere daarmee in verband staande gebeurtenissen, zoals de invloed van migratie en beschikking over de benodigde vaardigheden om zich aan te passen aan de nieuwe omgeving (acculturatie). De derde centrale onderzoeksvraag betrof de copingstrategie die deze vrouwen in Nederland hanteren bij klachten en problemen met de besnijdenis, en, daarmee samenhangend, de ervaringen die zij rapporteren met de (geestelijke) gezondheidszorg in Nederland.

#### 5.1.1 Psychopathologie als gevolg van besnijdenis

Een substantiële groep vrouwen meldt psychische problemen naar aanleiding van de besnijdenis of belangrijke gebeurtenissen die daarmee samenhangen, zoals de eerste huwelijksnacht of een bevalling. In het sociale verkeer spelen vooral gevoelens van schaamte, boosheid en uitsluiting naar aanleiding van de



besnijdenis, terwijl op relationeel gebied de gevolgen zich vooral voordoen bij seksueel verkeer (pijn bij het vrijen) en in de relatie met mannen.

Uit de kwantitatieve analyse blijkt bijna een zesde (15.9%) van de vrouwen aan de criteria voor PTSS te voldoen; ongeveer een derde rapporteert een pathologisch niveau van depressie (34.9%) en angst (31.7%). Het percentage PTSS-gevallen komt redelijk overeen met resultaten uit andere onderzoeken (Kleber & Brom, 1992; Knipscheer et al., 2009; Smith & North, 1993) maar is lager dan bijvoorbeeld een studie onder Somalische vluchtelingen (31.5% PTSS op basis van de HTQ; Roodenrijs et al., 1998). (Vergelijkingscijfers met de HTQ onder specifiek getraumatiseerde Somalische vrouwen – of andere Afrikaanse vrouwen – zijn overigens helaas niet beschikbaar.) Daarnaast lijdt ongeveer een derde van de besneden vrouwen aan angst en depressie. Ook dat is relatief gering wanneer we dit bezien in het licht van beschikbare referentiegegevens, zoals het onderzoek onder 54 Somalische vluchtelingen waarbij (volgens de HSCI) 36% een angststoornis en 63% een depressie zou hebben (Roodenrijs et al., 1998). Ander onderzoek toont aan dat van 178 vluchtelingen uit Afghanistan, Iran en Somalië, 10.6% een PTSS heeft en 39.4% lijdt aan angststoornis en een depressieve stoornis. Wel lijden in het bijzonder vrouwen meer aan PTSS en depressie/angst (Gerritsen et al., 2006). De bevindingen met de besneden vrouwen zijn dus redelijk vergelijkbaar met andere studies onder getraumatiseerde vluchtelingen.

Vrouwen die de meest ernstige vorm van besnijdenis, de infibulatie, hebben ondergaan, rapporteren de meeste klachten. Maar ook respondenten die een lichtere vorm ondergingen, rapporteerden traumagerelateerde klachten. Onze resultaten verschillen daarmee enigszins van die van Lockhat (2004). Volgens haar model hebben vrouwen die een *mild type* ondergingen geen PTSS-klachten (p.104).

In onze steekproef geeft een groot aantal vrouwen aan geen psychische klachten te hebben – althans de meerderheid scoort niet boven de grenswaarde voor psychopathologie. Voor het relatief hoge percentage respondenten dat zegt geen klachten te hebben, zijn verschillende verklaringen denkbaar. De meest aannemelijke verklaring betreft de mogelijke onderrapportage van klachten. Zo blijkt uit de kwalitatieve resultaten het volgende:

- 1 Een aantal respondenten weet nog maar recentelijk dat ze besneden zijn. Als ze al klachten zouden hebben kan dat in hun perceptie niet aan de besnijdenis liggen. De vanzelfsprekendheid van meisjesbesnijdenis houdt in dat de psychische problemen die deze vrouwen hebben, volgens hen te wijten zijn aan andere factoren omdat ze er nooit bij stilstonden dat iets wat door alle vrouwen uit hun omgeving ervaren wordt, bij hen tot een probleem zou leiden. Iets wat 'iedereen' heeft – en dus normaal is – wordt in die gevallen mogelijk niet als individuele klacht gezien en benoemd en in ieder geval niet gerelateerd aan de besnijdenis.

- 2 Voor een groot aantal respondenten heerst een taboe op het praten over meisjesbesnijdenis (sociale conventie). Vrouwen geven aan liever te zwijgen over het onderwerp uit schaamte, uit angst voor stigmatisering of omdat 'praten problemen veroorzaakt'.
- 3 Daarnaast kan het gehanteerde onderzoeksinstrumentarium ongeschikt zijn om de klachten bij deze doelgroep goed in kaart te brengen, te denken valt aan een geringe culturele validiteit van de meetinstrumenten of normbepalingen (zie verder bij methodologische overwegingen).
- 4 Evenmin kan echter worden uitgesloten dat de meeste vrouwen de problemen die ze ondervinden niet als klacht ervaren maar als een voldongen feit waar ze mee om moeten leren gaan (zie Lockhat, 2004).

### 5.1.2 Onderscheidende factoren

Met name vrouwen die zich de besnijdenis goed kunnen herinneren, een infibulatie ondergingen en vaker middelen (drugs) gebruiken als copingstrategie, rapporteren meer posttraumatische gezondheidsklachten. Op het rapporteren van angst en depressie zijn in het bijzonder een vermijdende copingstijl, een hoger middelengebruik, infibulatie en het niet hebben van een baan of opleiding van invloed. Angst- en depressieve klachten lijken dan ook, meer dan de traumagerelateerde klachten, te maken te hebben met factoren die niet direct met de besnijdenis samenhangen. Het ontberen van een baan of opleiding (slechter maatschappelijk perspectief) en het hanteren van een disfunctionele vorm van hulpzoekgedrag en coping – mogelijk mede veroorzaakt door de slechte taalbeheersing – wijzen daar op.

Uit de interviews valt verder op te maken dat er verschil is in openheid. Zowel in de mate waarin over de gevolgen van meisjesbesnijdenis gesproken wordt als waarover wel of niet gepraat wordt. Zo lijken respondenten uit Sierra Leone praten over seksualiteit minder bedreigend te vinden dan respondenten uit Ethiopië of Somalië. Het gevaar bestaat echter dat er gegeneraliseerd wordt; er zijn immers grote verschillen in iedere gemeenschap op zich. Zoals blijkt uit de interviews, zijn er verschillen afhankelijk van waar men vandaan komt (regio, clan of etnische gemeenschap), met name in leeftijd, vorm en manier van besnijdenis. Bovendien zijn de context waarin men opgroeide, de reden van migratie en het leven hier in Nederland voor iedere respondent verschillend. In dat opzicht is het type besnijdenis dat men onderging een betere voorspellende factor van klachten dan het land van herkomst, mogelijk aangevuld met de leeftijd waarop de besnijdenis plaatsvond, de leeftijd waarop men migreerde en de duur van verblijf in Nederland.

#### Betekenisgeving en invloed land van herkomst

Er is weinig positieve waardering voor het ritueel onder alle respondentgroepen; slechts een paar respondenten zeggen blij of trots te zijn dat ze een be-

snijdenis hebben ondergaan. Uit het model van Lockhat (2004) blijkt dat het negatief beoordelen van het trauma voorspellend kan zijn voor het ontwikkelen van PRSS. Ondanks hun overwegend negatieve beoordeling van de besnijdenis heeft echter maar een op de zes respondenten traumagerelateerde klachten.

Respondenten uit Soedan scoren het hoogst op de beide vragenlijsten, terwijl de Somalische respondenten veel lager scoren: wat de HTQ betreft staan ze op de voorlaatste, bij de HSLC zelfs op de laatste plaats. Aangezien de meeste respondenten uit Somalië en Soedan geïnfibuleerd zijn en de besnijdenis omstreeks dezelfde leeftijd plaatsvindt, is het opmerkelijk dat de Somalische vrouwen zoveel minder klachten presenteren.

Het verschil in klachtpresentatie roept de vraag op of Soedanese respondenten conform het model van Lockhat de besnijdenis negatiever beoordelen dan de Somalische respondenten. Drie bevindingen uit het huidige onderzoek leveren argumenten om deze vraag te beantwoorden:

- 1 Uit de kwantitatieve analyse blijkt dat cognitieve herinterpretatie als copingmechanisme bij de Somalische respondenten vaker plaatsvindt dan bij alle andere gemeenschappen. Bovendien speelt voor Somalische respondenten het religieuze aspect een grotere rol dan voor de andere gemeenschappen. Uit de interviews komt naar voren dat Somalische respondenten vaker dan de Soedanese naar religieuze handelingen verwijzen als een manier van omgaan met klachten (coping). Ook wordt het feit dat meisjesbesnijdenis niet in de Koran staat door meer Somalische dan Soedanese vrouwen als zeer belangrijk bestempeld. Verder melden uitsluitend Somalische respondenten dat een *sunna*-meisjesbesnijdenis volgens de Heilige Geschriften wel gedaan kan worden. Soedanese respondenten daarentegen wijzen allemaal de *sunna*-variant af. Dit alles roept de vraag op in hoever deze herinterpretatie (*Idjtihad*) van wat in de Heilige Geschriften staat voor een aantal Somalische respondenten aanleiding geeft tot een minder negatieve beoordeling van de besnijdenis dan het geval is onder de Soedanese respondenten.
- 2 Onder de Soedanese respondenten zijn meer vrouwen die voorlichting gehad hebben over meisjesbesnijdenis dan onder de Somalische respondenten. Uit de antwoorden op de vragenlijsten blijkt dat vrouwen die voorlichting kregen meer angst, depressieve en traumagerelateerde klachten presenteren dan vrouwen die geen voorlichting kregen. Uit de interviews valt verder op te maken dat Soedanese respondenten gemakkelijker praten over de klachten die met de besnijdenis gepaard gaan. Mogelijk zijn Soedanese respondenten zich meer bewust van de gevolgen van besnijdenis.
- 3 Uit de interviews blijkt dat Soedanese respondenten vaak onomwonden reageren op vragen die door Somalische respondenten gemeden en nauwelijks beantwoord worden. Tijdens de focusgroepdiscussies en gesprekken met de interviewers werd regelmatig gezegd dat Somaliërs pijnlijke zaken liever intern houden en dat ze 'gesloten' zijn. Somaliërs zouden ook te 'trots' zijn om toe te geven dat ze klachten hebben, laat staan psychische problemen. Het is dus mo-

gelijk dat Somalische respondenten tijdens het afnemen van de vragenlijsten niet het achterste van hun tong hebben laten zien en ondergerapporteerd zouden kunnen hebben.

Kortom, Somalische respondenten beoordelen de besnijdenis op religieuze gronden mogelijk minder negatief en lijken bovendien minder geneigd over hun klachten te rapporteren dan Soedanese respondenten.

### **Pijn, herinnering en mutual maintenance**

Vrouwen die zich de besnijdenis goed kunnen herinneren blijken meer last te hebben van traumagerelateerde klachten, angst en depressie. Het gaat niet alleen om de herinnering aan de besnijdenis zelf; de daaropvolgende gebeurtenissen geven ook aanleiding voor pijnlijke herinneringen. Het gaat dan vooral om het eerste seksueel contact (coïtus) en de bevalling. Onze gegevens bevestigen daarmee de resultaten van Johansen (2002) waar de respondenten deze drie situaties eveneens als fysiek zeer pijnlijk bestempelen. In dat opzicht spreekt Johansen van een wijziging in de betekenis van meisjesbesnijdenis voor Somalische immigranten als gevolg van migratie naar Noorwegen. Werd het voorheen gezien als een ritueel dat alle vrouwen meemaken, en dat als normaal bestempeld wordt, nu praat men over een ‘pijnlijk moment’. Het onderzoek van Loeber (2008) naar pijn bij het eerste seksueel contact wordt eveneens ondersteund. Tijdens haar onderzoek in het Rutgershuis in Arnhem gaf meer dan de helft van de Afrikaanse vrouwen aan bij de coïtus ‘meer dan een beetje pijn’ te hebben. Ook in ons onderzoek geven veel geïnfibuleerde respondenten, maar ook anderen, aan de eerste coïtus als pijnlijk te ervaren.

Bij de herinnering aan de besnijdenis of gebeurtenissen die daar rechtstreeks mee te maken hebben, lijken de ervaring van pijn en frustratie een grote rol te spelen bij het ontstaan van klachten. Frustratie ondervinden vrouwen als gevolg van de schaamte en machteloosheid die ze in dergelijke situaties doormaakt. Pijn komt, in het bijzonder voor een aantal geïnfibuleerde respondenten, telkens weer bij het vrijen naarboven, zowel fysiek als mentaal. Deze pijn roept eerdere pijnlijke ervaringen in herinnering. Het model van *mutual maintenance* (Asmundson et al., 2002) lijkt van toepassing te zijn: fysieke pijn houdt de herinnering levend en daarmee de gevolgen van eerdere traumatische ervaringen. Pijn ‘onderhoudt’ de slaapproblemen, vermijding van prikkels, angst, impulscontroleverlies en andere klachten. En vice versa: denken aan wat toen gebeurde (of erover praten) brengt de pijn weer naarboven. Dat was, zo bleek uit de interviews, voor nogal wat respondenten de reden om niet over de besnijdenis te willen praten of er zelfs over na te denken.

Het is van belang erop te wijzen dat signalen en psychische fenomenen niet als zodanig herkend worden door de respondenten. Deels omdat zij wat als normaal bestempeld wordt, zelden relateren aan psychische klachten of proble-

men. Maar ook omdat lange tijd niet over klachten naar aanleiding van een besnijdenis gesproken kon worden (het taboe). Mogelijk speelt het feit dat in de landen van herkomst een begrippenkader ontbrak om psychische en psychiatrische klachten onder woorden te brengen een rol. Er bestaat geen woord voor depressie in Somalië of Soedan, is ons vaak verzekerd. En ook het concept herbeleving is onbekend. Om de ander echter niet nodeloos ‘pijn te doen’ maar mogelijk ook bij gebrek aan een concept of vocabularium over wat psychische klachten zijn, is in de interviews niet altijd verder doorgevraagd.

### **De invloed van de achtergrondvariabelen leeftijd en opleidingsniveau**

De leeftijd waarop de besnijdenis plaatsvond hangt niet samen met angst of depressieve klachten maar speelt wel een rol bij het vóórkomen van traumagerelateerde klachten. Hoe ouder men was ten tijde van de besnijdenis, hoe meer PTSS-klachten gerapporteerd worden. Aangezien de respondenten uit Sierra Leone op veel latere leeftijd eenzelfde type besnijdenis (clitoridectomie) ondergingen dan die uit Eritrea, die als baby besneden werden, herinneren de vrouwen uit Sierra Leone zich de besnijdenis beter. De respondenten uit Eritrea rapporteren de minste PTSS-gerelateerde klachten en geven eveneens verhoudingsgewijs minder klachten aan tijdens de interviews. Respondenten uit Sierra Leone geven, met name op psychoseksueel gebied, vaker problemen aan en vertellen met afschuw over wat ze meemaakten.

Het ontbreken van een samenhang tussen leeftijd waarop de besnijdenis plaatsvond en angst en depressie kan mogelijk te maken hebben met de verschillen in oorsprong en verloop van het ziektebeeld. Bij diagnostiek van PTSS ligt de focus op het trauma, een aanwijsbare gebeurtenis in het verleden, in ons geval de besnijdenis. Bij een goede herinnering daaraan zijn PTSS-klachten gerapporteerd. Op het ontstaan en verloop van depressie zijn andere stressoren van invloed, zoals: verlies van iets wat vertrouwd was en ontworteling (*bereavement*), fysieke en mentale uitputting, de sociaal-economische situatie, en de relaties onderling in het gezin. Depressie heeft dus meer dan PTSS te maken met een complex van actuele stressoren en ontstaat vaak na verloop van tijd. Nemeroff et al. (2006) schrijven in hun *state-of-the-science review* over PTSS en depressie: ‘Depression may be conceptualized as an end-product of failed adaptation to chronic emotional stress’ (p. 10). Uit de kwalitatieve data blijkt dat bij enkele respondenten de voortdurende pijn bij of afkeer van seks, gecombineerd met problemen in het gezin en langdurige spanningen, leiden tot uitputting – en uiteindelijk tot depressieve klachten. De antwoorden op de vragenlijsten geven aan dat het niet hebben van een baan (en geld?) gecorreleerd kan worden aan depressiviteit. Het is daarom waarschijnlijk dat andere factoren dan de leeftijd waarop de besnijdenis plaatsvond, met name de actuele stressoren, van meer invloed zijn op de ontwikkeling van een depressie.

De verwachting was dat lager opgeleide vrouwen meer last zouden hebben van psychische problemen. De bevindingen van dit onderzoek hebben dit echter

niet kunnen aantonen. Het feit dat de meerderheid van de vrouwen in de steekproef middelbaar of hoger onderwijs heeft genoten zou een verklaring kunnen zijn voor het ontbreken van een samenhang tussen psychische klachten en opleidingsniveau.

### 5.1.3 Relationale gevolgen

Tussen het wel of niet hebben van kinderen en de aanwezigheid van psychische klachten is geen significante samenhang gevonden. Er werd verwacht dat vrouwen die kinderen hebben meer klachten zouden vertonen. De pijnlijke ervaring van de bevalling, vaak in combinatie met het opensnijden en het later opnieuw dichtnaaien van de vagina bij geïnfibuleerde respondenten, zouden als problematisch kunnen worden ervaren. Een mogelijke verklaring voor het niet kunnen vinden van een significante samenhang zou kunnen zijn dat de vrouwen de gevolgen van de pijnlijke gebeurtenis, te weten het krijgen van een kind, positief interpreteren.

Uit de interviews blijkt dat de invloed van meisjesbesnijdenis op het gezinsleven groot is. De relatie met de partner lijkt cruciaal voor het (seksueel) welbevinden van de vrouwen, met name wanneer men geïnfibuleerd is. De pijn die gepaard gaat met penetratie, te beginnen bij de eerste huwelijksnacht, maakt dat de partner een grote rol heeft in hoe de vrouw de besnijdenis ervaart en in de mate waarin zich psychische en relationele klachten voordoen. Mannen die uit eigen belang (en plezier) vasthouden aan de traditie en zich egocentrisch opstellen maken het voor vrouwen moeilijk om te genieten van seks. Maar wanneer de partners rekening houden met elkaar en de tijd nemen is seksuele bevrediging mogelijk. In dat opzicht onderschrijven we de conclusie van Catania et al. (2007) dat: 'Healthy mutilated women, who did not suffer from grave long-term complications and have a good and fulfilling relationship, may enjoy sex' (p.1675).

Een laatste aspect hier is in hoeverre de partner nog beïnvloed wordt door zijn moeder (in het thuisland) en openstaat voor een besnijdenis van de eigen dochters. Zoals uit de interviews naar voren komt, worden de dochters soms tegen de wil in en zonder medeweten van de moeder besneden bij een bezoek aan het land van herkomst. Dit komt overeen met de bevindingen van Vissandjée (2003). Uit haar onderzoek blijkt dat vrouwen uit risicolanden die zich in Canada vestigden aangeven dat de schoonmoeder in het land van herkomst nog steeds een stevige vinger in de pap heeft wat betreft de besnijdenis van een kleindochter. Ook het onderzoek in Nederland van Dekkers, Hoffer en Wils (2006) onder twaalf vooral Somalische vrouwen wijst op de belangrijkheid van de grootmoeder van een jong meisje bij die beslissing.

#### 5.1.4 Migratiefactoren

De migratie naar Nederland heeft veel in gang gezet bij de respondenten. Ze voelen zich hier over het algemeen thuis, maar voelen zich buitengesloten wanneer de besnijdenis een rol speelt in het contact met personen die niet uit een risicoland komen. Het vanzelfsprekende karakter van besnijdenis lijkt te zijn veranderd in verzet tegen dit ritueel. Dat ze erachter kwamen dat de besnijdenis geen religieus voorschrift is heeft die verandering van mening gevoed, evenals het verbod in Nederland op meisjesbesnijdenis en de aandacht daarvoor in de media. Uit een onderzoek van Johnsdotter (2009) blijkt hetzelfde zich voor te doen onder Eritrese en Ethiopische vrouwen in Zweden. Gaandeweg zijn ze zich ervan bewust geworden dat het anders kan, dat het niet hoefde te gebeuren. Verder komt uit dat onderzoek naar voren dat Somalische respondenten daarentegen meer vasthouden aan de gedachte dat meisjesbesnijdenis weinig negatieve gevolgen heeft. Ook in ons onderzoek is geconstateerd dat er verschil is in klachtrapportage tussen Soedanese en Somalische respondenten.

De toename in bewustwording in Nederland van de gevolgen van meisjesbesnijdenis alsook de wens van vrouwen om hun dochters de pijn en ellende te besparen, hebben ervoor gezorgd dat meisjesbesnijdenis in Nederland een aflopende zaak lijkt te zijn. Dochters die in Nederland zijn geboren worden dan ook niet of zeer zelden gemutileerd. Dit komt overeen met wat uit onderzoek in Zweden naar voren komt. Berggren et al. (2006) geeft aan dat bijna alle vrouwen uit haar onderzoek de strenge wetgeving aangrijpen als ondersteuning van hun beslissing om hun dochters te beschermen. Ook onderzoek van Morison et al. (2004) in Engeland wijst in dezelfde richting: Somalische vrouwen die op jonge leeftijd naar Engeland migreerden, blijken significant vaker de praktijk van meisjesbesnijdenis af te wijzen. Tot slot blijkt uit recent onderzoek van TNO dat de prevalentiecijfers van meisjesbesnijdenis in Nederland veel lager uitvallen: vier op de tien vrouwen uit risicolanden die in 2008 een verloskundige praktijk bezochten bleken een besnijdenis te hebben ondergaan, niet negen op de tien zoals algemeen verondersteld werd (Korfker, 2009).

#### De specifieke rol van taalvaardigheid

Door de media-aandacht en voorlichtingen herkennen en erkennen sommige respondenten de gevolgen van meisjesbesnijdenis. Zij zijn zich nu meer bewust van hun klachten als gevolg van de besnijdenis (*awareness raising*). Uit de resultaten blijkt dat respondenten die klachten hebben echter niet altijd de juiste woorden weten te vinden en daarom niet de steun krijgen die ze verwachten. Vooral dat zij tijdens de bevalling niet konden aangeven wat ze wilden noch verstaan wat tegen hen gezegd werd, werd als vernederend ervaren. Hun slechte ervaringen met Nederlandse hulpverleners wordt ten dele geweten aan het feit dat zij toen geen Nederlands verstonden of spraken. De kwanti-

tatieve resultaten geven aan dat er sprake is van samenhang tussen de aanwezigheid van psychische klachten en één van de aspecten van acculturatie, namelijk (taal)vaardigheden. Respondenten die niet over de benodigde vaardigheden beschikken – met name het beheersen van de Nederlandse taal – rapporteren meer klachten, in het bijzonder angst en depressie. Deze bevinding komt overeen met de resultaten van eerder onderzoek naar dit aspect van acculturatie en psychisch welbevinden (Bhugra, 2003; Bhugra et al., 2009; Kamperman et al., 2003).

### 5.1.5 Ervaringen met hulpverlening

De respondenten geven aan goede en slechte ervaringen te hebben. Goede ervaringen bestaan er met artsen en hulpverleners in de asielopvang, vanwege hun kennis, sensibiliteit en doortastend optreden. Slechte ervaringen hebben vaak te maken met gevoelens van schaamte en uitsluiting. Bij geïnfibuleerde respondenten spelen schaamte en onzekerheid in die gevallen waarbij te indringend gekeken wordt naar het geslachtsdeel of wanneer twijfel of afschuw af te lezen valt uit de blikken van de omstanders. Naast moeite met de *medical gaze* willen veel vrouwen die een besnijdenis ondergingen ook niet als slachtoffer gezien worden. Beide handelwijzen worden als vernederend ervaren en belemmeren het geven van zorg; het beïnvloedt in negatieve zin de motivatie om hulpverlening te benaderen bij klachten. Dit komt overeen met de resultaten van een onderzoek in Zweden (Berggren et al., 2006) waaruit blijkt dat bovenstaand gedrag van hulpverleners ertoe leidt dat zwangere vrouwen uit risicolanden ‘preferred to stay at home, even if they knew they had health problems’ (p. 54).

Begrip voor de traditie, en respect voor de persoon en diens identiteit zijn sleutelwoorden en maken dat een gesprek mogelijk is. In eerdere publicaties is hier ook op gewezen. Van Somaliërs is bekend dat meisjesbesnijdenis lange tijd onderdeel was van de ervaring van alle Somalische vrouwen en dat het behoort tot de kern van hun culturele en genderidentiteit (zie ook Van der Kwaak, 1992). Na hun migratie zoeken leden van een gemeenschap elkaar op en het is bekend dat zij zich hechten aan de eigen tradities – soms zelfs sterker dan in het thuisland het geval was. Ook volgens Whitehorn et al. (2002) is het daarom van vitaal belang om begrip te hebben voor het feit dat ‘seemingly abhorrent practices such as FGM may serve as an affirmation of cultural identity’ (p. 165).

### 5.1.6 Coping

Verwacht werd dat het gebruik van een steunzoekende coping tot vermindering van psychische klachten zou leiden. Een opvallende uitkomst is echter dat vrouwen die steun zoeken niet minder PRSS-symptomen presenteren en zelfs meer angst of depressieve klachten hebben dan vrouwen die geen steun zoe-



ken. Mogelijk dat het zoeken van steun een negatieve uitwerking heeft indien de steun die men krijgt niet adequaat is. Ook de manier waarop steun gegeven wordt kan van belang zijn. Wanneer men steun ontvangt van familieleden en/of vrienden die begripvol reageren, waardering tonen en betrouwbaar zijn, heeft dit een positieve uitwerking op de klachten. Wanneer echter kritische opmerkingen gemaakt worden wekken deze spanning op, hetgeen de klachten doen toenemen (Lincoln, Chatters & Taylor, 2003). Uit de interviews blijkt dat een aantal respondenten aangeeft weinig steun te ervaren van voor hen belangrijke personen zoals de partner en de (schoon)moeder. Ook wanneer toevlucht gezocht wordt tot de hulpverlening in Nederland, bijvoorbeeld bij een bevaling, voelen nogal wat respondenten zich alleen en bekeken.

Steunzoekende coping blijkt verder samen te hangen met meer lichamelijke beperkingen en pijngerelateerde angst (McCracken et al., 2007). Deze verhoogde angst in samenhang met het gebrek aan ervaren steun, wordt in dit onderzoek bevestigd: sommige vrouwen gaan niet meer naar een huisarts na een vernederende ervaring. Een onbevredigende steunzoekende coping wordt dan een vermijdende coping. Bovendien kan vermijding als copingstijl specifiek zijn bij dit intieme onderwerp en in lijn met het verzwijgen van klachten en niet praten over dit taboe (Nienhuis et al., 2008).

Concluderend kan dus worden vastgesteld dat, hoewel schijnbaar tegenstrijdig, zowel de steunzoekende als vermijdende copingstijl samen gaan met meer angst- en depressieklachten.

### **Het belang van coping: vier typen**

Migratie betekent verandering op veel terreinen en gaat gepaard met problemen en stressoren die ze migranten het hoofd dienen te bieden. De manier waarop men migreert wordt bepaald door factoren zoals iemands sociaal-economische situatie, reden van de komst naar Nederland, duur van verblijf hier en eigen ziekteverklaringen. In een onderzoek naar hoe Turkse vrouwen omgaan met hun migrantenrol komen de auteurs tot vier typen migrantenvrouwen: de 'moeders', de 'belangenbehartigers', de 'religieuzen' en de 'naamlozen' (Thomaes et al., 1997). Kramer en collega's (2003) maakten eerder een typologie van categorieën asielzoekers in hoe zij zich aanpassen aan de nieuwe omgeving. Zij onderscheiden de 'speelbal', de 'overwinteraar', de 'strijder' en de 'ontdekkingsreiziger'. In beide gevallen helpt de typologie de hulpverlener om grip te krijgen op welk hulpzoekgedrag hoort bij welke categorie. Met dien verstande dat het nooit om vaststaande patronen gaat; mensen veranderen continu en wijzigen hun rol en posities afhankelijk van de context.

Naast genoemde factoren speelt in ons geval ook de vorm van de besnijdenis. Verder heeft, zoals we zagen, de reactie van de partner op de seksuele beperkingen van zijn vrouw, en de reactie van de hulpverlener bij het zien van de verminking, invloed op hoe een vrouw die besneden is omgaat met haar klachten. Ook is gekeken naar de mate van invloed die een vrouw zegt te hebben op de situatie waarin ze zich bevindt; durft ze neen te zeggen, komt ze op voor zichzelf.

Onderstaande typologie karakteriseert groepen vrouwen in hoe ze omgaan met hun besnijdenis en al dan niet hulp zoeken of mijden. De typologie signaleert daarmee ook wat het meest urgent is en impliceert soms mogelijkheden voor de hulpverlener waar wel of niet op ingestoken kan worden.

Er zijn grofweg vier typen te onderscheiden:

- 1 de adaptieven;
- 2 de religieuzen;
- 3 de machtelozen;
- 4 de getraumatiseerden.

*De adaptieven* – De ‘adaptieven’ hebben weliswaar klachten (van lichamelijke en seksuele aard) maar weten ermee om te gaan. Ze praten over waar ze mee zitten en gaan, indien nodig, naar een hulpverlener. Soms hebben ze gebroken met de familie in het thuisland. Ze nemen vaak een onafhankelijk standpunt in. Cruciaal voor dit type besneden vrouwen is dat het contact met haar man goed is; hij houdt rekening met haar bij het vrijen (ze nemen er de tijd voor; accepteren dat de vrouw niet altijd zin heeft, etc.). Twee respondenten geven aan dat de situatie thuis gaandeweg zo gegroeid is. Er zijn, zoals een respondent zegt, zelfs wanneer men geïnfibuleerd is: ‘andere manieren om tot bevredigend seksueel contact te komen’. Deze kleine groep vrouwen ziet meisjesbesnijdenis als een voldongen feit en is vaak actief in het verzet ertegen in Nederland. Daar putten ze kracht uit alsook uit activiteiten als wandelen, een boek lezen en erover praten.

*De religieuzen* – Deze groep vrouwen heeft ook klachten maar typeert zich doordat ze zeggen zelf wel te weten hoe ermee om te gaan. Hun discours over meisjesbesnijdenis (de reden voor, afwijzing van alsook de gedragscode nu) vindt haar oorsprong in de Koran of de Bijbel. Godsdienst is bepalend voor hun identiteit en hun coping. Deze vrouwen zoeken contact met gelijkgezinden; voor moslima’s is de mening van de *umma* (geloofsgemeenschap) belangrijk. Soms hebben ze minder goede relaties met andersdenkenden. Ze zijn er resoluut in dat seksualiteit een privé-aangelegenheid is, waardoor het moeilijk bespreekbaar is. De religieuzen vinden veel troost en kracht in gebed en dienst. Zij accepteren enerzijds wat van hen als religieuze vrouw verwacht wordt en strijden tegen meisjesbesnijdenis op grond van het feit dat het gebruik niet in de Koran of Bijbel staat maar iets cultureels is, en daarom een praktijk is die verandering tolereert. De religieuzen als groep rapporteren minder angst en depressie dan niet-religieuzen, wat mogelijk hun adaptieve coping onderstreept. Hetgeen overigens overeenkomt met wat uit eerdere onderzoeken naar voren komt (zie bijvoorbeeld Brune et al., 2002; Khawaja et al., 2008).

*De machtelozen (disempowered)* – De vrouwen uit deze groep voelen zich boos en verslagen. Maar ze dragen het leed en zien geen oplossing om uit de situ-

atie te geraken. Er is sprake van middelengebruik, veel tv-kijken en eetbuien. Ze praten niet over wat hen aangedaan is, schamen zich, voelen zich eenzaam en machteloos. Ze mijden seksueel contact of dissociëren op dat moment. Mede als gevolg daarvan hebben ze vaak een slechte relatie met hun man. Maar scheiden wordt niet wenselijk geacht, net als uitpraten; ze stellen zich afhankelijk van hun man op. Deze vrouwen gedragen zich emotioneel geremd en hebben moeite hun negatieve ervaringen los te laten. Soms hebben ze ernstige psychische klachten maar voelen ze zich belemmerd of ze mogen van hun man daarover met een hulpverlener eenvoudigweg niet praten. Onderhuidse spanningen en een neiging tot fatalisme kenmerkt deze categorie vrouwen.

*De getraumatiseerden* – Deze groep vrouwen heeft het het meest moeilijk van alle subgroepen. Het gaat om een klein aantal respondenten die op lichamelijk, sociaal, relationeel en seksueel gebied klachten heeft. Deze vaak geïnfibuleerde vrouwen hebben veel pijn en verdriet. Hun relatie met hun man is meestal slecht of ze zijn gescheiden. Zij hebben last van terugkerende herinneringen, slaapstoornissen en ervaren chronische stress (bij de gedachte aan seks; het verwijt van de man, etc.). Ze voelen zich onbegrepen door de directe omgeving en soms ook door hulpverleners. Deze groep vrouwen isoleert zichzelf doelbewust om confrontatie te mijden. Schaamte, boosheid en verwijt (ook naar de moeder of schoonmoeder toe) spelen een grote rol maar deze vrouwen weten niet hoe daarmee om te gaan. Een respondent geeft aan in behandeling te zijn bij een psychiater maar heeft nooit met hem over haar besnijdenis gesproken. Door het interview in kader van dit onderzoek werd duidelijk dat de besnijdenis een belangrijke onderliggende oorzaak is van haar problemen. Een andere respondent heeft het interview halverwege afgekapd nadat ze het te zwaar kreeg. Volgens de interviewer omdat nare herinneringen naarboven kwamen. Getraumatiseerden als groep rapporteren meer angst en depressie dan niet-getraumatiseerden, hetgeen hun benarde positie illustreert.

## 5.2 Methodologische overwegingen

Onderzoek verloopt niet altijd eenvoudig – onderzoek met allochtone doelgroepen vormt daarop geen uitzondering. Knelpunten zijn te onderscheiden naar de wijze van gegevensverzameling, de betrouwbaarheid van de gegevens en de generaliseerbaarheid van de bevindingen. Er zijn diverse methodologische aandachtspunten rond deze studie te benoemen. Voor een deel betreft dat inhoudelijke aspecten en vooral de vraag of de onderzoeksopzet zodanig is dat valide antwoord gegeven kan worden op onze onderzoeksvragen. Andere tekortkomingen liggen op onderzoekstechnisch terrein.

### 5.2.1 Representativiteit van de steekproef

De representativiteit van de steekproef is mogelijk niet optimaal. De respondenten zijn geworven onder die vrouwen die er geen probleem mee hebben om te praten over hun besnijdenis en de gevolgen ervan, die als het ware het taboe al doorbroken hebben. Mogelijk hebben vrouwen die er niet over willen praten meer klachten, of andere. Een aantal interviewers zijn sleutelpersonen binnen hun gemeenschap. De kans bestaat dat voorstanders van de praktijk niet benaderd zijn of dat deze zich niet wilde laten interviewen uit angst om in moeilijkheden te komen. Het is bovendien niet ondenkbaar dat men weigerde mee te doen uit angst om later, in het rapport, herkend te worden als voorstander van deze door de wet verboden praktijk. Kortom, waarschijnlijk bestaat onze respondentengroep uit disproportioneel veel medestanders in de strijd voor afschaffing van meisjesbesnijdenis, en vormt ze in die zin geen representatieve steekproef.

Daarnaast zijn er interfererende factoren. In hoeverre beïnvloedt de sociaal-economische situatie (SES) van deze migrantenvrouwen hun gezondheidsbeleving in Nederland? De SES van deze vrouwen is slechts in beperkte mate meegenomen in het onderzoek. Daarnaast heeft de respondentengroep vaak geweldservaringen meegemaakt, waaronder verkrachtingen tijdens de oorlog of de vlucht naar Nederland. Ook andere traumatische ervaringen of persoonlijke problemen die buiten het onderzoeksveld liggen (denk aan factoren als pretraumatische morbiditeit en persoonlijkheidskarakteristieken) kunnen van invloed zijn op de beleving van besnijdenis. In enkele gevallen is daarover gesproken. Op de vraag ‘zijn de psychische klachten veroorzaakt door de besnijdenis of door de verkrachting?’ en, in het verlengde daarvan, in hoeverre is hier sprake van sequentiële traumatisering (Keilson, 1979) kan dan ook geen eenduidig antwoord gegeven worden.

Daarnaast stelt de gehanteerde methode van respondentenwerving mogelijk begrenzingen aan generalisatie van de bevindingen. Het onderzoek is cross-sectioneel van aard. De zogenaamde *snowball-sampling* methode wordt vaak gehanteerd bij het exploreren van relatief onbekende groepen als migranten en zeker wanneer het taboegerelateerde onderwerpen betreft. Samenstelling van de steekproef volgens deze methode ontbeert echter *randomisering* en kan niet worden vergeleken met representatieve methoden voor steekproefverzameling. Nochtans wordt deze methode aangeraden in onderzoeken waar populatiekarakteristieken onhelder zijn en een zekere participatieweerstand wordt verwacht (Kaplan, Korf & Sterk, 1987). Gegeven de regelmatige terughoudendheid van etnische minderheden om te participeren in wetenschappelijk onderzoek is dit een te adviseren methode voor dataverzameling (zie ook Crescenzi et al., 2002; De Jong & Van Ommeren, 2002; Okazaki & Sue, 1995).

De representativiteit van de steekproeven lijkt voldoende maar dat kan niet goed worden beoordeeld. De doelgroepopulaties zijn evenals de responsper-

centages niet volledig accuraat vast te stellen. Dat hoeft overigens geen gevaar te zijn voor de validiteit van de bevindingen (zie Van Loon et al., 2003).

Het ware dus beter geweest als de werving van de respondenten *at random* plaatsgevonden had. Helaas houdt de gemeentelijke basisadministratie, op die van de grotere groepen na, geen gegevens bij over de etnische achtergrond van de inwoners van gemeenten. Een *at random*-werving wordt daardoor erg belemmerd; het is niet te achterhalen waar in Nederland vrouwen wonen uit de risicolanden. Verder was het beter geweest indien met een *control group* was gewerkt. Er is nu geen vergelijkingsmateriaal. Ten slotte had participerende observatie onderdeel kunnen zijn van dit onderzoek. We wilden immers de *emic view* achterhalen. Meer inzicht in wat zich thuis, in het hospitaal, tijdens voorlichtingsbijeenkomsten of in het thuisland daadwerkelijk afspeelt had de validiteit van de data kunnen verhogen. Al met al reden om met enige terughoudendheid generaliserende conclusies te trekken op grond van de resultaten van dit onderzoek.

### 5.2.2 Betrouwbaarheid en validiteit van gegevens

Een van de belangrijkste beperkingen van het huidige onderzoek betreft het vertrouwen op zelfrapportages. Zo kan er bij de respondenten ongemakkelijkheid zijn ontstaan in het spreken over hetgeen men had meegemaakt en het consulteren van bepaalde vormen van hulpverlening. Om 'sociale wenselijkheid' zoveel mogelijk te minimaliseren is in de introductie van het interview uitgelegd dat het gaat om de mening en de ervaringen van de respondent en dat er geen goede of foute antwoorden zijn. Daarnaast is de anonimiteit van de respondent benadrukt. In het interview zelf is de sociale wenselijkheid beperkt door zo min mogelijk sturende vragen te stellen en de vragen in eerste instantie open te laten. Uitgangspunt was steeds de informatie waarmee de respondent zelf zou komen.

De betrouwbaarheid is verder verhoogd doordat in het interview in verschillende vragen dezelfde informatie werd gezocht. De culturele achtergrond van de interviewers kan de antwoorden eveneens hebben beïnvloed. Wellicht is men tegenover mensen van dezelfde etnische groep openhartiger en 'eerlijker', anderzijds kan juist door angst voor roddel een terughoudender houding zijn ingenomen (zie Knipscheer & Kleber (2004a en b, 2006) voor soortgelijke discussies rond het belang en effect van *ethnic matching* in de hulpverlening).

Om de betrouwbaarheid verder te optimaliseren, zijn de vragenlijsten uitgebreid besproken met de interviewers tijdens de training. Op basis van daaruit voortkomende suggesties is het instrumentarium aangepast. De betrouwbaarheid van de gegevens die zijn verzameld aan de hand van de HTQ en de HSCL is uitstekend. Deze vragenlijsten zijn inmiddels in vele landen gehanteerd en de psychometrische kwaliteiten blijken in crosscultureel opzicht bevredigend te

zijn (zie bijvoorbeeld Hansson et al., 1994; Kleijn et al., 1998; McKelvey & Webb, 1997; Mollica et al., 1992; Smith Fawzi et al., 1997). Ook de betrouwbaarheid en validiteit van de Lowlands Acculturation Scale is inmiddels aangetoond (zie Mooren, 2001; Knipscheer et al., 2009). Over de crossculturele validiteit van de COPE-Easy zijn nog geen gegevens bekend.

Niettegenstaande de mogelijk suboptimale methodologische situatie heeft het huidige onderzoeksproject een uniek karakter. De wijze van gegevensverzameling en respondentenbenadering als ook de actieve en intensieve participatie van de doelgroep is vooruitstrevend en ook de zogeheten *mixed methods*-strategie is sterk te noemen. Dus hoewel bovenstaande logistieke, organisatorische en psychologische factoren het onderzoek hebben bemoeilijkt, is ook een aantal successen te noemen. De contactpersonen en representanten van de vrouwenorganisaties waren zonder meer zeer enthousiast. Hun interesse in, en betrokkenheid bij, het onderzoek gaf de onderzoekers extra motivatie. Daarbij heeft, ondanks de vele complicerende factoren, een groot aantal respondenten wél meegewerkt. Zij waren open in het vertellen over hun persoonlijke ervaringen, hun (psychisch) welbevinden, hun hulpzoekgedrag en hun ideeën omtrent de Nederlandse maatschappij en hulpverlening. Kortom, ondanks de nodige ingewikkeldheden is aan de hand van informatie verkregen uit de focusgroepen, de gestructureerde vragenlijsten en de topic interviews, voldoende onderbouwing mogelijk om de onderzoeksvragen op een verantwoorde wijze te kunnen beantwoorden.

# 6

## Conclusies en aanbevelingen

Dit hoofdstuk presenteert de belangrijkste conclusies en aanbevelingen. Aangezien de resultaten van het onderzoek onder andere zijn bedoeld om te gebruiken voor de ontwikkeling van interventies gericht op hulpverlening aan vrouwen die een besnijdenis ondergingen, ligt het voor de hand om de aanbevelingen te richten aan hulpverleners. Daarnaast beoogt deze studie bij te dragen aan de theorievorming rond meisjesbesnijdenis alsook aanbevelingen te doen voor vervolgonderzoek.

### 6.1 Conclusies

#### 1 Besnijdenis hangt samen met psychische klachten – maar niet per definitie

Onder de vrouwen die deelnamen als respondenten aan het onderzoek zijn psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis vastgesteld. Bij een derde van de respondenten werden depressieve klachten en angst geconstateerd. Een zesde van de respondentgroep heeft traumagerelateerde klachten. Ook respondenten die een mildere vorm van besnijdenis ondergingen, melden posttraumatische klachten. Het besneden zijn hangt dus bij een substantiële groep samen met rapportage van psychische klachten maar lang niet alle besneden vrouwen lijken hiermee te kampen.

#### 2 Ernstige klachten worden verklaard door een combinatie van factoren

Een combinatie van infibulatie, levendige herinnering, migratie op oudere leeftijd, geringe opleiding en taalvaardigheid, en gebrekkige steun van de partner hangt samen met ernstige klachten. Vooral vrouwen die geïnfibuleerd zijn, op latere leeftijd naar Nederland kwamen en hier geen baan hebben vanwege de lage opleiding en hun slechte taalvaardigheid, geven aan zich depressief en angstig te voelen. Of men zich de besnijdenis goed kan herinneren, speelt hierbij een rol. De besnijdenis van de respondenten vond in alle gevallen plaats voor men op de vlucht sloeg en/of seksueel geweld onderging. Het kan die

nare ervaring mogelijk een extra pijnlijke dimensie gegeven hebben. Deze vrouwen weten indien ze klachten ervaren mogelijk niet de juiste woorden te vinden. Ze schamen zich, voelen zich geremd en krijgen niet de steun die ze verwachten en nodig hebben. Gebrek aan taalvaardigheid en opleiding speelt hierbij een rol.

De relatie met de partner is cruciaal in hoe seksualiteit beleefd wordt. Wanneer de man begrip heeft voor haar pijn en beperkingen en geduldig de aanwijzingen van de vrouw volgt, is bevrediging mogelijk. Daar waar geen steun ervaren wordt van de man kunnen frequente, hoog oplopende ruzies ontstaan. Het onvermogen van de vrouw om te voldoen aan de (seksuele) eisen van de man gaf soms reden voor chronische stress en uitputting, in een enkel geval zelfs voor echtscheiding.

### 3 Pijn triggert veel ellende

Frequente pijnklachten en ontstekingen zijn van invloed op het ontstaan van psychosociale en relationele klachten, door de herinnering die ze triggeren aan het moment van besnijdenis of daardoor geïmpliciteerde situaties (eerste coïtus, bevalling). Chronische pijnklachten en nare herinneringen beïnvloeden elkaar wederzijds en houden elkaar in stand (*mutual maintenance*). Pijn bij het vrijen bleek in een aantal gevallen een nadelige invloed te hebben op de relatie met de man, en als gevolg daarvan soms ook op het gezinsleven.

### 4 Taboe op praten heeft grote invloed

De impact van de besnijdenis op het psychosociaal welbevinden en de rapportage ervan bij klachten wordt sterk beïnvloed door de moeilijkheid om erover te praten. Het dwingend sociaal voorschrift (taboe) en het feit dat meisjesbesnijdenis van invloed is op de seksuele beleving (privé-aangelegenheid) maakt dat de respondenten ernaar neigen (dispositie) om de klachten voor zich te houden en een gesprek over de (gevolgen van) besnijdenis te mijden. Zwijgen is vertrouwd en, ook wanneer men naar Nederland migreerde, sociaal wenselijk binnen de eigen gemeenschap. Zwijgen biedt daarom mogelijk meer gevoelens van zekerheid dan wanneer men erover praat. Anders gesteld: praten veroorzaakt onzekerheid en/of spanning.

Onderrapportage van klachten lijkt een belangrijke oorzaak van het relatief geringe aantal vrouwen dat ernstige psychopathologie rapporteert. Mogelijk speelt het taboe op praten over meisjesbesnijdenis en de gevolgen die het heeft. Dat zou inhouden dat de cijfers aan de lage kant zijn en er meer depressie, angst en traumagerelateerde klachten zijn dan aangegeven. Die mogelijkheid wordt versterkt doordat niet met zekerheid te stellen is dat respondenten en interviewers, beiden uit dezelfde gemeenschap, een gezamenlijk begrippenkader hebben.

### 5 Scharniermomenten zijn cruciaal in klachtenontwikkeling

Naast de besnijdenis zijn ook daaropvolgende ervaringen van invloed op de



ontwikkeling van klachten, te denken valt aan de eerste seksuele ervaring of een bevalling. In het bijzonder vrouwen die geïnfibuleerd zijn bestempelen deze ervaringen als traumatiserend. Zeker indien, zoals in het land van herkomst gebruikelijk is, de vrouw na de baring weer dichtgemaakt werd. Onbevooroordeelde aandacht tijdens de bevalling is belangrijk in het voorkomen van vernederende ervaringen met hulpverleners en daaropvolgende therapieontrouw.

De vraag doet opgeld of in een aantal gevallen sprake is van sequentiële traumatisering. Bijvoorbeeld bij de vrouw die na de besnijdenis te hebben ondergaan, kort na haar huwelijk op de vlucht slaat, seksueel geweld ondergaat en daar zwanger van raakt. Op die vraag kan echter geen afdoend antwoord gegeven worden omdat het onderzoek zich daar niet op heeft gericht.

## **6 Disfunctionele coping hangt samen met hogere klachtenrapportage**

Uit dit onderzoek blijkt dat er vooral sprake is van vermijding en middelenmisbruik, maar ook zaken als snoepen en tv-kijken worden genoemd. Het gaat om coping die disfunctioneel is in het omgaan met de klachten. Vermijding is een belangrijk copingmechanisme voor de respondenten. Er is soms huiver om over de besnijdenis te praten omdat pijnlijke zaken dan opgerakeld worden. Anderen mijden bewust gesprekken over het onderwerp nadat ze zich eerder niet begrepen voelden of omdat het als te persoonlijk beschouwd wordt.

## **7 De invloed van acculturatievaardigheden is medebepalend**

Naast de conclusies aan de hand van de onderzoeksvragen kan gesteld worden dat de maatschappelijke positie en mate van sociale integratie van de groepen medebepalend zijn. De mate waarin zij de Nederlandse taal machtig zijn en zich op hun gemak voelen in de Nederlandse hulpverlening/gezondheidszorg draagt ertoe bij dat de vrouwen al dan niet praten over hun klachten en sociale problemen als het gevolg van hun besnijdenis of de besnijdenis van hun dochters. Als er al wordt gesproken lijkt het op indirecte wijze te zijn; dit versluieren van de pijn is niet een eenmalig gebeuren maar vindt in alle groepen die te onderscheiden zijn in dit onderzoek in meer of mindere mate plaats.

Wat dit duidelijk maakt is dat er verschillende geïntegreerde hulpverleningsmodellen en interventies gehanteerd moeten worden als men de vrouwen wil bereiken. Een *one size fits all*-benadering werkt niet en zal niet werken. Er moet worden toegewerkt naar een diversiteit aan interventies gericht op de verschillende manieren van hoe de vrouwen omgaan met hun problemen. Het lijkt verder van groot belang om instrumentele vaardigheden aan te leren om meer controle te krijgen over het dagelijkse leven en aangemoedigd te worden tot sociale integratie zodat sociaal isolement voorkomen kan worden.

## **8 Of besnijdenis een religieus voorschrift is, is van groot belang**

Somalische respondenten rapporteren, ondanks de infibulatie, minder psychische klachten dan alle andere respondenten. Mogelijk is er sprake van onder-

rapportage. Anderzijds is het opmerkelijk dat de Koran door velen onder hen als belangrijkste copingmechanisme en referentiekader genoemd wordt. Ook enkele christelijke respondenten uit Sierra Leone en Eritrea geven aan veel steun te ondervinden van hun religie en geloofsgenoten. Uit een extra statistische analyse bleek de subgroep 'religieuzen' (zie hoofdstuk 5) minder angst en depressie aan te geven dan de andere subgroepen. Zowel moslima's als christelijke respondenten voelen zich moreel en sociaal ondersteund door het feit dat meisjesbesnijdenis niet genoemd wordt in de Heilige Geschriften en praten er onderling over.

## 9 Veel media-aandacht is zinvol

Door de media-aandacht en voorlichtingen herkennen en erkennen respondenten steeds beter de gevolgen van meisjesbesnijdenis (*awareness raising*). De aandacht in de media en gesprekken onderling en met derden heeft ertoe geleid dat veel respondenten zich gesterkt voelen in de afwijzing van meisjesbesnijdenis. In Nederland hebben geen van hun dochters een besnijdenis ondergaan. De opgedane kennis wordt verder benut in de argumentatie tegen meisjesbesnijdenis tijdens gesprekken met familieleden in het thuisland.

## 10 Meisjesbesnijdenis lijkt een aflopende zaak in Nederland

De migratie naar Nederland heeft veel in gang gezet bij de respondenten. Men voelt zich hier over het algemeen thuis maar buitengesloten wanneer de besnijdenis een rol speelt in het contact met personen die niet uit een risicoland komen. Veel respondenten zijn zich nu meer bewust van hun klachten als gevolg van de besnijdenis door voorlichtingen en media-aandacht. Het vanzelfsprekende karakter van besnijdenis lijkt te zijn veranderd in verzet tegen dit ritueel. Dat men erachter kwam dat de besnijdenis geen religieus voorschrift is, heeft die verandering van mening gevoed, evenals het verbod in Nederland op meisjesbesnijdenis. De veranderingen door migratie, de bewustwording van de gevolgen en de wens om hun dochters de ellende te besparen, hebben ervoor gezorgd dat meisjesbesnijdenis in Nederland een aflopende zaak lijkt te zijn.

## 6.2 Aanbevelingen voor de hulpverlening

Schaamte en onzekerheid zijn gerapporteerd in die gevallen waarbij te indringend gekeken wordt naar iemands geslachtsdeel of wanneer twijfel of afschuw af te lezen valt uit de blikken van de omstanders. Daarnaast werden betutteling en slachtofferschap als vernederend ervaren, en gaven respondenten aan soms te twijfelen aan de kennis van hulpverleners over meisjesbesnijdenis.

Diverse aanbevelingen volgen dan ook uit de conclusies van dit onderzoek:

- 1 Er moet gewaakt worden voor het 'psychiatiseren' en 'problematiseren' van

vrouwen die een besnijdenis ondergingen – lang niet alle respondenten kampen immers met ernstige moeilijkheden. Voorts dient de rol van de overige migratiegerelateerde en maatschappelijke factoren uitdrukkelijk te worden betrokken. Hiertoe is het gewenst dat een verregaande samenwerking tot stand komt tussen gezondheidszorg en maatschappelijke instanties.

- 2 Het is van belang bovenstaande vernieuwende inzichten expliciet in de behandeling van deze vrouwen te betrekken. Dit betekent structurele aandacht voor de meegemaakte gebeurtenissen en het aanleren van copingmechanismen om de verwerking zo goed mogelijk te laten verlopen. Daarnaast verdient het aanbeveling hen te stimuleren in het verwerven van praktische vaardigheden (taalbeheersing) om zich beter in de Nederlandse samenleving te kunnen handhaven.
- 3 Het aanleren tijdens de behandeling van instrumentele vaardigheden om meer controle te krijgen over het dagelijkse leven en het aanmoedigen van sociale integratie (via bijvoorbeeld het volgen van een opleiding) om sociaal isolement te voorkomen, is tevens een goed uitgangspunt voor een betere psychische gezondheid.
- 4 Betere voorlichting omtrent wat de ggz kan bieden – en wat niet – is ook geboden. De behandeling zelf dient sterk op de leef- en denkwereld van de cliënt toegesneden te zijn. De hulpverlener moet echter weer niet zóveel nadruk leggen op cultuur en aanpassingsproblemen als verklaring voor de klachten, dat pathologie veronachtzaamd wordt. Wel moet men openstaan voor de mogelijkheid dat de toestand van de cliënt geen indicatie hoeft te zijn van psychische ziekte als gevolg van de besnijdenis, maar eerder van sociale, politieke en economische druk.
- 5 Het is juist de combinatie van acculturatieaspecten en sociaaldemografische karakteristieken naast de besnijdenis, die risicoverhogend is en extra aandacht van hulpverleners en beleidsmakers noodzakelijk maakt. Om dit te voorkomen, kunnen aan hulpverleners concrete vaardigheden worden aangeleerd om interculturele competenties te ontwikkelen en is een flexibeler samengaan van materiële hulp (zoals hulp bij financiële, werkgerelateerde problematiek) en immateriële hulpverlening vereist. Qua therapie kan de rol van acculturatie expliciet in de behandeling worden betrokken.

Wat de professionele hulpverlening betreft zijn er ook enkele praktische tips uit dit onderzoek te genereren.

- 1 Het hebben van de juiste kennis over meisjesbesnijdenis is belangrijk. Een hulpverlener die in gesprek gaat over meisjesbesnijdenis dient de verschillende typen te kunnen onderscheiden, kennis te hebben over de klachten en problemen die ermee gepaard gaan, maar ook enige kennis over de (culturele) achtergrond en het taboe eromheen.
- 2 Het hebben van de juiste houding maakt dat een gesprek mogelijk wordt. Begrip voor de traditie en respect voor de persoon zijn sleutelwoorden. Daarnaast

verwacht men daadkracht van een professional, zeker bij acuut medische zorg en intern onderzoek.

- 3 Beperk in behandelkamers het aantal aanwezigen tot het strikt noodzakelijke. Bij voorkeur zijn alleen vrouwen aanwezig bij inwendig onderzoek. Beperk tevens het aantal niet-experts. Leerlingen en co-assistentes dienen eerst contact te hebben gehad voordien, voor ze aanwezig zijn bij intern onderzoek. Nieuwsgierigheid alleen is niet genoeg en kan zeer confronterend zijn voor de vrouw (stigmatisering).
- 4 De neiging om niet te spreken over de gevolgen van de besnijdenis is traditioneel groot. Praten veroorzaakt soms veel spanning, een vertrouwensband is dan ook belangrijk. Om zo'n band te krijgen is het nodig dat de hulpverlener in overleg met de patiënt bepaalt welke stappen in het zorgproces genomen worden.
- 5 Indien zich problemen voordoen met de taal is de inschakeling van de tolkendienst de aangewezen weg. Een hulpverlener mag er niet altijd van uitgaan dat hij of zij snel tot het probleem kan doordringen; er zijn meestal meerdere contactmomenten nodig en voldoende tijd om tot de kern te kunnen komen.
- 6 De pijnbeleving verdient ruim aandacht te krijgen. Pijn kan herinneringen oproepen aan eerdere traumatische gebeurtenissen en andersom (*mutual maintenance*). Pijn bij seks kan invloed hebben op het hele gezin. Betrek daarom in overleg met de patiënt, indien mogelijk ook de partner bij het gesprek over pijn in relatie tot seksuele problemen.
- 7 Let als hulpverlener op de aanwezigheid van specifieke momenten zoals:
  - Huwelijk. De gedachte aan de eerste huwelijksnacht kan angst oproepen. De eerste tijd na het huwelijk wordt veel aanpassing gevraagd van de bruid. Pijn en verwondingen maar ook psychische problemen kunnen zich voordoen.
  - Bevalling. Tijdens een bevalling of wanneer een vrouw zich nadien opnieuw heeft laten 'dichtmaken' kunnen zich gemakkelijk complicaties voordoen. Ook een bevalling in de familie- of kennissenkring wordt nauw gevolgd en kan zowel positieve als negatieve connotaties met zich meebrengen.
  - Bezoek thuisland. Het bezoek kan ingrijpend zijn vanwege de eigen herinnering of de dreiging van een nieuwe besnijdenis indien een dochter meereist. Op het moment dat de vaccinaties plaatsvinden zou dit aangekaart kunnen worden. Van belang hier is dat gevoelens losgewoeld worden.
- 8 Medische disciplines die met meisjesbesnijdenis te maken hebben, inclusief ggz-professionals, zouden in staat moeten zijn te praten over het seksueel gedrag van vrouwen die besneden zijn. Seksualiteit is cruciaal voor hun gevoel van welbevinden en functioneren als lid van een gezin.
- 9 Wees alert op het feit dat toename van informatie over (de gevolgen van) meisjesbesnijdenis het klachtniveau (tijdelijk) kan doen toenemen. Meer *awareness* maakt dat pijnlijke gevoelens kunnen 'loskomen'. Ondersteun het proces en schakel desgewenst een ggz-collega in.
- 10 De besnijdenis is slechts een van de mogelijk traumatiserende ervaringen. Richt daarom de focus niet uitsluitend op de besnijdenis en ga na of er andere

zaken zijn die mogelijk de problemen waar de vrouw mee komt kunnen veroorzaken, zoals seksueel geweld, het gebrek aan een zinvolle bezigheid of de (financiële) situatie van het gezin. Depressieve gevoelens hebben mogelijk eerder daar mee te maken.

- 11 Een aantal respondenten gaf aan te snoepen bij onrust en problemen, enkelen gebruiken qat en mogelijk andere middelen. Zwaarlijvigheid en het gebruik van middelen kunnen tot onderwerp van gesprek gemaakt worden wanneer een vrouw uit deze risicolanden aangeeft spannings- of stressklachten te hebben.

### 6.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Onderhavig onderzoek had ook tot doel de theorievorming over meisjesbesnijdenis aan te vullen met kennis over aspecten waarover nog niet veel bekend was, namelijk de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis in een migratiecontext. Uit voorgaande hoofdstukken blijkt dat we daar deels in geslaagd zijn. Maar antwoord op een vraag die we hebben, roept nieuwe vragen op. Over andere aspecten schiet onze kennis nog steeds tekort omdat ze niet meegenomen zijn in dit exploratief onderzoek.

Onze aanbevelingen voor verder onderzoek zijn:

- 1 Onderzoek onder partners van vrouwen die een besnijdenis ondergingen:
  - hoe gaan zij om met meisjesbesnijdenis (seksueel, pijnklachten)?
  - hoe gaan mannen om met de veranderingen (betekenis, gedrag) onder invloed van migratie en voorlichting?
- 2 Onderzoek naar of binnen de onderzoekspopulatie:
  - sprake is van sequentiële traumatisering;
  - wat de rol is van herhaalde pijnbeleving en herinnering daarin.
- 3 Onderzoek naar de invloed van voorlichtingen over meisjesbesnijdenis op:
  - de *awareness*;
  - de rapportage van problemen en klachten;
  - de manier van omgaan met klachten (coping).
- 4 Onderzoek naar de invloed van verandering van de islamitische interpretatie op de praktijk van meisjesbesnijdenis, bijvoorbeeld de acceptatie van de *sunna* als alternatieve praktijk onder Somaliërs:
  - heeft het feit dat Somaliërs minder klachten rapporteren te maken met cognitieve herinterpretatie op religieus gebied?
  - hechten zij aan de *sunna* als alternatieve besnijdenis vanuit de positieve connotatie die het begrip heeft binnen de islam?
- 5 Een vergelijkend onderzoek naar de invloed van (massa)mediale aandacht voor meisjesbesnijdenis op de betekenis en houding ervan onder:
  - mannen (twee groepen: jong/oud, of gehuwd/ongehuwd);
  - vrouwen (twee groepen: jong/oud, of gehuwd/ongehuwd).
- 6 In dit onderzoek zijn een aantal typen onderscheiden van hoe men omgaat

met meisjesbesnijdenis zoals adaptieven, religieuzen etc. Nader onderzoek moet uitmaken of deze typen op grote schaal aangetroffen worden en welke hulpverleningsmodellen erop aansluiten.

Wat de methodische aanpak van onderzoek betreft bevelen we de *mixed methods*-benadering zondermeer aan. Kwalitatief onderzoek vereist echter een flinke investering; de te nemen stappen en acties dienen regelmatig besproken te worden met de onderzochte doelgroep en de resultaten komen vaak pas na verloop van tijd. Toch pleiten we voor nog meer participatief, kwalitatief onderzoek. Door, in zoverre dat mogelijk is, gebruik te maken van participerende observatie (fysieke aanwezigheid), dagboeken en/of andere schrijfpoddrachten kunnen interacties tussen de ouders onderling en binnen het gezin beter in kaart gebracht worden. Het is dan ook beter mogelijk de (gevolgen van) meisjesbesnijdenis af te zetten tegen andere mogelijke oorzaken van psychosociale en relationele problemen, zoals huiselijk geweld en maatschappelijke of financiële problemen.

## 6.4 Lessen voor intercultureel onderzoekers

Uit het huidige onderzoek kunnen 'lessen' worden getrokken voor onderzoekers die zich in dit veld bewegen. Een aantal zaken kan in overweging worden genomen.

- 1 Nieuwkomers (nieuwe Nederlanders), en met name vluchtelingen, hebben veelal argwaan en distantie ten opzichte van onderzoek. De barrières zijn te slechten maar dit kost veel tijd en energie. De uitbouw van contacten in de etnisch eigen gemeenschap en de werving van respondenten is een tijdrovend proces; maak daar in de planning en begroting extra veel tijd en geld voor vrij.
- 2 Vertrouwen winnen kost tijd en energie, een band opbouwen is heel belangrijk. Integratie in de eigen gemeenschap is daarom essentieel. Stationering van een onderzoeker die permanent een aantal dagen in de week aanwezig is op de wervingslocatie 'in het veld' (bij de belangengroepering op locaties) is cruciaal voor het welslagen van onderzoek binnen deze groepen. Zeker wanneer sprake is van complexe en veelal in de taboesfeer verkerende thematiek.
- 3 Reken op uitval en *no show* van respondenten, zorg dus voor *oversampling* en bevestig afspraken met respondenten altijd verschillende malen telefonisch (schriftelijke bevestigingen hebben veelal geen zin). Ga ervan uit dat telefonisch contact vaak in de avonduren dient plaats te vinden.
- 4 Het verdient aanbeveling een onderzoeker met een aan de doelgroep gelijke culturele achtergrond aan te stellen binnen het project, daardoor wordt representatie van de doelgroep in het project meer geformaliseerd en concreet zichtbaar gemaakt.
- 5 Implementatie heeft een lange nasleep, begin vroeg in het project met het entameren van implementatieactiviteiten.

## 6.5 Tot slot

Op basis van empirische bevindingen toont de huidige studie aan dat meisjes-besnijdenis bij een substantiële groep vrouwen samenhangt met psychische gezondheidsklachten, maar nuanceert tegelijkertijd de algemene assumptie dat elke besneden vrouw per definitie met ernstige klachten kampt. Mocht objectief gezien de indruk bestaan dat het besneden zijn en het je land moeten ontvluchten per definitie traumatiserend zou werken, onze gegevens ondersteunen juist de rol van diversiteit in trauma en mate van herinnering als cruciale factor voor het wel of niet ervaren van psychopathologie. Daarnaast spelen de wijze van omgaan met de consequenties van besnijdenis (coping) en het leven in een migratiecontext een belangrijke rol. Met name geïnfibuleerde vrouwen die een levendige herinnering aan de besnijdenis hebben, weinig ingebed zijn in de samenleving qua werk of opleiding en vermijndend dan wel palliatief (middelengebruik) omgaan met hun problemen, vormen een risicogroep voor het kampen met ernstige psychische klachten. Zij melden de meeste gezondheidsklachten en de meeste moeite om hulp te vragen bij hulpverlenende instanties. Mogelijk spelen zaken als religieuze overtuiging en cognitieve herstructurering hierin eveneens een rol. Het kan zijn dat deze factoren de identiteit versterken, hetgeen samengaat met minder psychisch lijden – ten opzichte van andere vrouwen die juist beseffen ‘afwijkend’ te zijn en alleen te staan met hun problemen in een veroordelende samenleving, wat mogelijk leidt tot bitterheid en verhoging van psychisch onwelbevinden.

Uit het onderzoek en uit het schema blijkt een vervaechting van type besnijdenis, migratiefactoren, copingstijl, houdingsaspecten en sociodemografische kenmerken sterk samen te hangen met de gezondheidssituatie. Waar ligt echter de causaliteit? Deze vraag is op basis van de huidige onderzoeksgegevens niet te beantwoorden. Het is evenwel aannemelijk te stellen dat het bewust bezig zijn met de eigen culturele identiteit en beheersing van praktische vaardigheden om adequaat in de Nederlandse maatschappij te leven het zelfvertrouwen en welbevinden kunnen verhogen. Een balans tussen het enerzijds vasthouden aan steunende en identiteitsversterkende culturele tradities, en anderzijds het aanleren van praktische en instrumentele vaardigheden van de nieuwe cultuur om sociaal isolement te voorkomen en meer controle te krijgen over het dagelijkse leven, lijkt dan ook een goede uitgangspositie voor een betere gezondheid.

In de zorgverlening aan besneden vrouwen zijn veranderingen nodig. In samenwerking met de eigen gemeenschappen, eerdergenoemde instanties en belanghebbenden wil Pharos de bevindingen van dit onderzoek omzetten in praktische richtlijnen en beleid. Met name de vraag hoe om te gaan met vrouwen die klachten presenteren als gevolg van hun besnijdenis alsook welke signalen daarop kunnen wijzen, zijn van belang. Daarnaast zal bekeken worden

Schema **Risicoprofielen**

<b>Thema</b>	<b>Risicofactor*</b>	<b>Vraag</b>	<b>Antwoord**</b>
(1) Besnijdenis	Vorm	Type I, II, III OF IV?	Type II maar vooral type III
	Herinnering aan besnijdenis	Kun je je besnijdenis goed herinneren?	Ik kan mijn besnijdenis goed herinneren
(2) SES en acculturatie	Opleiding	Wat is je hoogst genoten opleiding?	Lage opleiding
	Leeftijd bij migratie	Hoe oud was je bij migratie?	Op latere leeftijd
	Voorlichting	Heb je voorlichting gehad?	Ja
	Baan	Heb je werk of opleiding?	Neen, ook geen vrijwilligerswerk
	Taalvaardigheid	Kun je je goed uitdrukken in het Nederlands?	Neen, slecht
	(3) Coping	Steun zoeken	Praat je over je problemen met anderen, en helpt dat?
Vermijding		Voel je je vaak buitengesloten (actief) en/of hou jijzelf contact af (receptief)?	Zowel actief als receptief
Middelengebruik		Gebruik je drugs om je beter te voelen?	Ja, wel vaker
(4) Relationeel	Partner	Hoe gaat je partner om met je seksuele beperkingen?	Geen geduld, egocentrisch
	Oma en dochter	Kiest je partner voor zijn moeder wanneer het gaat om de besnijdenis van je dochter?	Zijn moeder is voor mijn partner belangrijker

\* Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat onderstaande factoren van invloed kunnen zijn op in hoeverre klachten aanwezig zijn.

\*\* Depressiviteit, angst en traumagerelateerde klachten kunnen zich voordoen wanneer op de vragen de onderstaande antwoorden gegeven worden.

hoe de kennis over meisjesbesnijdenis onder hulpverleners verder verbeterd kan worden en valt te denken aan ondersteuning van hun interculturele communicatieve vaardigheden bij deze problematiek. Tot slot sluiten onze bevindingen goed aan bij de zogenaamde contextuele benadering van de hulpvragen van migranten in de ggz (zie Knipscheer & Kleber, 2005). Meer samenwerking tussen de ggz, maatschappelijk werk, werkgevers en sociale diensten is daarom gewenst en dient dan ook onder de aandacht te worden gebracht.

Kortom, al lijkt meisjesbesnijdenis in Nederland een aflopende zaak, er moet nog veel gebeuren om hulpverlening op maat te geven en de eventuele psychosociale en relationele pijn die onder de sluier vandaan komt te verzachten.



# Literatuur

- Asmundson, G., Coons, M., Taylor, S., & Katz, J. (2002). PTSD and the experience of pain: Research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Canadian Journal Psychiatry*, 47 (10), 930-937.
- Aydođan, S., & Cense, M. (2003). Reactie op Casus 8. *Wankele waarden. Levenskwesities van moslims belicht door professionals*. Utrecht: Forum.
- Baarda, D., Goede, M. de, & Teunissen, J. (2001). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Baashar, T. (1977). Psychological Aspects of Female Circumcision. Paper gepresenteerd tijdens het 5de Congress of Obstetrical and Gyneacological Society of Sudan, Khartoum.
- Bartels, E. (1993). *'Een dochter is beter dan duizend zonen': Arabische vrouwen, symbolen en machtsverhoudingen tussen de sexen*. Utrecht: Van Arkel.
- Behrendt, A., & Moritz, S. (2005). Posttraumatic stress disorder and memory problems after genital mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 162 (5), 1000-1002.
- Berggren, V., Bergstrom, S., & Edberg, A-K. (2006). Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternal care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 17 (1), 50-57.
- Berry, J.W. (2008). Globalisation and acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*, 32, 328-336.
- Bhugra, D. (2003). Migration and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 67-72.
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 243-258.
- Bhugra, D., Hoogsteder, M., & Sönmez, N. (2009). Depressie en Migratie. Epidemiologische, diagnostische en klinische aspecten. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 76-83.
- Broek, J. van den, Kwaak, A. van der, Sixma, H., Dieleman, M., Mugisha, J.F.,

- Onyango-Ouma, W., & Puta, C. (2008). *Quote-TB, Measuring the quality of TB services: the patient's perspective*. TBCAP/KIT/KNCV.
- Brune, M., Haasen, C., Krausz, M., Yagdiran, O., Bustos, E., & Eisenman, D. (2002). Belief systems as coping factors for traumatized refugees: A pilot study. *European Psychiatry*, 17, 451-458.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically base approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (2), 267-283.
- Catania, L., Abdulcadir, O., Puppo, V., Verde, J.B., Abdulcadir, J., & Abdulcadir, D. (2007). Pleasure and orgasm in women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). *Journal of Sexual Medicine*, 4, 1666-1678.
- CBS (2007). CBS-gegevens via <http://statline.cbs.nl/StatWeb>
- Chalmers, B., & Omer Hashi, K. (2000). 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth*, 27 (4), 227-234.
- Crescenzi, A., Ketzer, E., Ommeren, M. van, Phuntsok, K., Komproe I.H., & Jong, J. T.V.M. de (2002). Effect of political imprisonment and trauma history on recent Tibetan refugees in India. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (5), 369-375.
- Creswell, J.W. (2008). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Creswell, J.W., & Plano Clark, V.L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage.
- Daley, A. (2004). Female genital mutilation: Consequences for midwifery. *British Journal of Midwifery*, 12, 292-298.
- De Lucas, J. (Eds.) (2004). *Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard Female Genital Mutilation. Spanish National Report*, Valencia: University of Valencia. [www.uv.es/CEFD/I7/Daphne\\_SpanishReport\\_February\\_04.pdf](http://www.uv.es/CEFD/I7/Daphne_SpanishReport_February_04.pdf)
- Dekkers, W., Hoffer, C., & Wils, J.P. (2006). *Besnijdenis, lichamelijke integriteit en multiculturalisme. Een empirische en normatief-ethische studie*. Budel: Damon.
- Denholm, N. (2004). Psychological and social consequences. *Female Genital Mutilation in New Zealand. Understanding & responding*. Auckland: The Refugee Health Education Programme, 69-72.
- Dijk, D.G.L. van, Kortmann, F.A.M., Kooyman, M., & Bot, J. (1999). De Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) als transcultureel screeningsinstrument voor de posttraumatische stress-stoornis bij opgenomen vluchtelingen. *Tijdschrift voor de Psychiatrie*, 41 (1), 45-49.
- Drogendijk, A.N., Velden, P.G. van der, Kleber, R.J., Christiaanse, B.B.A., Dorresteyn, S.M., Grievink, L., Gersons, B.P.M., Olff, M., & Meewisse, M.L. (2003). Turkse getroffen en vuurwerkkramp Enschede: een vergelijkende studie. *Gedrag & Gezondheid*, 31 (3), 145-162.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of persistent posttraumatic stress disorder. *Behavioural Research and Therapy*, 38 (4), 319-345.

- El-Defrawi, M.H., Lotfy, G., Dandash, K.F., Refaar, A.H., & Eyada, M. (2001). Female Genital Mutilation and its psychosexual impact. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 465-473.
- Elwood, A. (2005). Female genital cutting, 'circumcision' and mutilation: Physical, psychological and cultural perspectives. *Contemporary Sexuality*, 39 (1), I-VII.
- Fokkema, C.M., & Huisman, C.C. (2004). De strijd tegen vrouwenbesnijdenis. *Demos*, 20 (2), 12-16.
- Gerritsen, A.A.M., et al. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian, and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (1), 18-26.
- Gruenbaum, E. (2005). Socio-cultural dynamics of female genital cuttings: Research findings, gaps and directions. *Culture, Health & Sexuality*, 7 (5), 429-441.
- Hansson, L., Nettelbladt, R., Borgquist, L., & Nordström, G. (1994). Screening for psychiatric illness in primary care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 83-87.
- Hoffer, C., & Knipscheer, J.W. (2008). Intercultureel onderzoek in de GGz. Een pleidooi voor methodologisch pluralisme. In: M. Foets, J. Schuster, & K. Stronks (red.), *Gezondheids(zorg)onderzoek onder allochtone bevolkingsgroepen* (pp. 144-156). Amsterdam: Aksant.
- Ingleby, J.D. (2000). *Psychologie en de multiculturele samenleving: een gemiste aansluiting?* Oratie. Utrecht: CERES, Universiteit Utrecht.
- Johansen, R.E.B. (2002). Pain as a counterpoint to culture. Analysis of pain associated with infibulation among Somali immigrants in Norway. *Medical Anthropology Quarterly*, 16 (3): 312-340.
- Johnsdotter (2009). How pro-orgasm intentions in anti-FGM campaigns backfire. In print. Johnsdotter, S. (2003). Somali women in Western exile: Reassessing female circumcision in the light of Islamic teachings. *Journal of Muslim Minority Affairs*, 23, 361-373.
- Johnsdotter, S. (2007). Persistence of tradition or reassessment of cultural practices in exile? Discourses on female circumcision among and about Swedish Somalis. In: Hernlund, Y., & Shell-Duncan, B. (Eds.), *Transcultural Bodies. Female Genital Cutting in global context* (pp. 107-134). New Jersey: Rutgers University Press.
- Johnsdotter, S., Moussa, K., Carlbom, A., Aregai, R., & Essén, B. (2009). 'Never my Daughters': A qualitative study regarding attitude change toward female genital cutting among Ethiopian and Eritrean families in Sweden. *Health Care for Women International*, 30, 114-133.
- Jong, J.T.V.M. de, & Ommeren, M. van (2002). Toward a culture-informed epidemiology: Combining qualitative and quantitative research in transcultural contexts. *Transcultural Psychiatry*, 39 (4), 422-433.
- Kaaya, S.F., Fawzi, M.C.S., Mbwambo, J.K., Lee, B., Msamanga, G.I., & Fawzi, W. (2002). Validity of the Hopkins Symptom Checklist-25 amongst HIV-

- positive pregnant women in Tanzania. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 9-19.
- Kamperman, A.M., Komproe, I.H., & Jong, J.T.V.M. de (2003). Verklaringen voor verschillen in psychiatrische stoornissen in een onderzoek onder migranten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45 (6), 315-326.
- Kamperman, A.M., Komproe, I.H., & Jong, J.V.T.M. de (2003). De relatie tussen culturele aanpassing en psychische gezondheid bij de eerste generatie Turkse, Marokkaanse en Surinaamse migranten. *Gedrag & Gezondheid*, 31, 163-174.
- Kaplan, C.D., Korf D., & Sterk, C. (1987). Temporal and social contexts of heroin-using populations. An illustration of the snowball sampling technique. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 566-574.
- Keilson, H. (1979). *Sequentiële Traumatisering bij Kindern*. Stuttgart: Enke Verlag.
- Keizer, C. (2003). *Acculturatie en psychische effecten van vrouwenbesnijdenis: Een onderzoek onder sleutelfiguren en vertegenwoordigers eigen taal en cultuur van de Somalische gemeenschap in Nederland*. Amsterdam: Vrije Universiteit, Dienst Communicatie Wetenschapswinkel.
- Khawaja, N., White, K., Schweitzer, R., & Greenslade, J. (2008). Difficulties and coping strategies of Sudanese refugees: A qualitative approach. *Transcultural Psychiatry*, 45 (3), 489-512
- Kleber, R.J., & Brom, D. (1992). *Coping with trauma: Theory, prevention and treatment*. Amsterdam/Berwyn, Pennsylvania: Swets & Zeitlinger International.
- Kleijn, W.C., Heck, G.L. van, & Waning, A. van (2000). Ervaringen met een Nederlandse bewerking van de COPE copingvragenlijst. *Gedrag, & Gezondheid*, 28 (4), 213-226.
- Kleijn, W.C., Hovens, J.E., Rodenburg, J.J. (2001). Posttraumatic stress symptoms in refugees: Assessments with the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist-25 in different languages. *Psychological Reports*, 88 (2), 527-532.
- Kleijn, W.C., Hovens, J.E.J.M., Rodenburg, J.J., & Rijnders, R.J.P. (1998). Psychiatrische symptomen bij vluchtelingen aangemeld bij het psychiatrisch centrum De Vonk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142 (30), 1724-1728.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (1999). Conceptual and methodological issues in mental health research with migrants in the Netherlands. *Gedrag & Gezondheid*, 27 (1/2), 67-75.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2004a). A need for ethnic similarity in the therapist-patient interaction? Mediterranean migrants in Dutch mental health care. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (6), 543-554.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2004b). The importance of ethnic similarity in the therapist-patient dyad among Surinamese migrants in Dutch mental health care. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 273-278.

- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2005). Psychotherapie met allochtonen – écht anders? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60 (7/8), 717-724.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2006). The relative contribution of posttraumatic and acculturative stress to subjective mental health among Bosnian refugees. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (3), 339-353.
- Knipscheer, J.W., Drogendijk, A., Gülşen, C.H., & Kleber, R.J. (2009). Differences and similarities in posttraumatic stress between economic migrants and forced migrants: Acculturation and mental health within a Turkish and a Kurdish sample. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (3), 373-391.
- Knipscheer, J.W., Kok, H.C.B., & Kleber, R.J. (2004). *Ghanezen en Bosniërs in Nederland: psychische gezondheid, hulpzoekgedrag en kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: ZonMw/Universiteit Utrecht.
- Koïta, K. (2006). *Verminkt: Waargebeurde en indringende getuigenis van een meisje dat getekend werd voor het leven*. Vianen: The House of Books.
- Kolk, B. van der (1994). The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review Psychiatry*, (1) 5, 253-265.
- Korfker, D., Rijnders, M. & Detmar, S. (2009). *Retrospectief onderzoek naar de prevalentie van Vrouwenbesnijdenis of vgv (Vrouwelijke Genitale Verminking) in de verloskundigenpraktijk in 2008*. Leiden: TNO-rapport
- Kramer, S., Bala, J., Dijk, R. van, & Öry, F. (2003). *Making sense of experience. Patronen van betekenisverlening en coping van asielzoekers*. De Meern: UU/FSW/IDC-repro.
- Kurt, A., Boomstra, R., Wennink, J., & Kleber, R. (2001). *Geçmiş olsun (Moge het nooit meer gebeuren). Onderzoek naar de gevolgen van de aardbeving in Turkije in 1999 voor Nederlands-Turkse getroffenen*. Utrecht: Trimbos-instituut/Inspraak Orgaan Turken.
- Kwaak, A. van der (1992). Female circumcision and gender identity: A questionable alliance? *Social Science & Medicine*, 35 (6), 777-787.
- Kwaak, A. van der, & Keizer, C. (2004). *Van verzwegen pijn naar stil verdriet 'Xannuun aan la sheegin iyo madluun aan bixin'*. *Visies op vrouwenbesnijdenis en verandering*. Amsterdam: vu Universiteit.
- Kwaak, A. van der, Bartels, E., Vries, F. de, & Meuwese, S. (2003). *Strategieën ter voorkoming van besnijdenis bij meisjes: Inventarisatie en aanbevelingen*. Amsterdam: Vrije Universiteit, vu Medisch Centrum.
- Kwaak, A. van der, Spronk, R., & Willemse, K. (eds.) (2005). *From modern myths to global encounters. Belonging and the dynamics of change in postcolonial Africa*. Liber Discipulorum in honour of Peter Geschiere. Leiden: CNWS Publications.
- Lax, R.F. (2000). Socially sanctioned violence against women: Female genital mutilation is its most brutal form. *Clinical Social Work Journal*, 28 (4), 403-412.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leye, E., & Deblonde, J. (2004). *Legislation in Europe regarding female genital*

- mutilation and the implementation of the law in Belgium, France, Spain, Sweden and the UK.* Gent: ICRH.
- Lightfoot-Klein, H. (1989). Rites of purification and their effects: Some psychological aspects of female genital circumcision and infibulation (Pharaonic circumcision) in an Afro-Arab Islamic Society (Sudan). *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 2 (2), 79-91.
- Lightfoot-Klein, H. (1993). Disability in female immigrants with ritually inflicted genital mutilation. *Women and Therapy* (14), 187-194.
- Lincoln, K.D., Chatters, L.M., & Taylor, R.J. (2003). Psychological distress among black and white Americans: Differential effects of social support, negative interaction and personal control. *Journal of Health and Social Behaviour*, 44, 309-407.
- Livermore, L., Monteiro, R., & Rymer, J. (2007). Attitudes and awareness of female genital mutilation: A questionnaire-based study in a Kenyan hospital. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27 (8), 816-818.
- Lockhat, H. (1999). *A preliminary investigation of the psychological effects of female circumcision (fgm)*, unpublished Doctorate in Clinical Psychology Thesis, Faculty of Medicine, University of Manchester.
- Lockhat, H. (2004). *Female genital mutilation: treating the tears*. Middlesex: Middlesex University Press.
- Loeber, O. (2008). Over het zwaard en de schede; bloedverlies en pijn bij de eerste coïtus. Een onderzoek bij vrouwen uit diverse culturen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32, 129-137.
- Loon, A.J.M. van, Tijhuis, M., Picavet, S.J., Surtees, P.G., & Ormel, J. (2003). Survey non-response in the Netherlands: Effects on prevalence estimates and associations. *Annual Epidemiology*, 13, 105-110.
- Madianos, M.G., Bilanakis, N., & Liakos, A. (1998). Acculturation, demoralization and psychiatric disorders among repatriated Greek migrants in a rural area. *European Journal of Psychiatry*, 12, 95-108.
- Masclee, M., & Meuwese, S. (2000). Genitale verminking bij meisjes en vrouwen. *Ars Aequi*, 49 (7/8), 535-541.
- McCracken, L.M., Vowles, K.E., & Gauntlett-Gilbert, J. (2007). A prospective investigation of acceptance and control-oriented coping with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 339-349.
- McKelvey, R.S., & Webb, J.A. (1997). A prospective study of psychological distress related to refugee camp experience. *Psychiatry*, 31, 549-554.
- Menage, J. (1998). Post-traumatic Stress Disorders after genital medical procedures. In: Denniston, G., Mansfield Hodges, F., & Fayre Milos, M. (Eds.), *Male and female circumcision. Medical, legal and ethical considerations in pediatric practice* (pp. 215-219). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Mollica, R.F., Caspi-Javin, Y., Lavelle, J., Tor, S., Yang, T., Chan, S., Pham, T., Ryan, & de Marneffe, D. (1996). Harvard Trauma Questionnaire (HTQ): Manual for Cambodian, Laotian and Vietnamese versions. *Torture*, 6, 19-33.
- Mollica, R.F., Caspin-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J.

- (1992). The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 110-115.
- Mollica, R.F., Wyshak, G., de Marnette, T., Tu, B., Yang, T., Khuon, F., Coelho, R., & Lavelle, J. (1996). Hopkins Symptom Checklist (HSCI-25): Manual for Cambodian, Laotian and Vietnamese versions. *Torture*, 6, 35-42.
- Mooren, G.T.M., & R.J. Kleber (1996). *Gezondheid en herinneringen aan de oorlogsjaren van Indische jeugdige oorlogsgetroffenen. Een empirisch onderzoek*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Mooren, T.T.M. (2001). *The impact of war, studies on the psychological consequences of war and migration*. Delft: Eburon.
- Mooren, T.T.M., Knipscheer, J.W., Kamperman, A.N., Kleber, R.J., & Komproe, I.H. (2001). The Lowlands Acculturation Scale: Validity of an adaptation measure among migrants in the Netherlands. In: Mooren, T.T.M., *The Impact of War. Studies on the psychological consequences of war and migration* (pp. 44-68). Delft: Eburon.
- Morison, L., Dirir, A., Elmi, S., Warsame, J., & Dirir, S. (2004). How experiences and attitudes relating to female circumcision vary according to age on arrival in Britain: A study among young Somalis in London. *Ethnicity and Health*, 9, 75-100.
- Nasroo, J. (1997). *Ethnicity and mental health*. London: Policy Studies Institute.
- Nemeroff, C.B., Bremner, J.D., Foa, E.B., Mayberg, H.S., North, C.S., & Stein, M.B. (2006). Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 1-21.
- Nesdale, D., Rooney, R., & Smith, L. (1997). Migrant ethnic identity and psychological distress. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 28, 569-588.
- Nicholson, B.L. (1997). The influence of pre-emigration and post-emigration stressors on mental health: A study of Southeast Asian refugees. *Social Work Research*, 21, 19-32.
- Nienhuis, G., Hendriks, M., & Naleie, Z. (2008). *Zware dingen moet je voorzichtig duwen: Achtergronden, gevolgen en aanpak meisjesbesnijdenis*, 2e herziene druk. Utrecht/Amsterdam: Pharos/FSAN.
- Obermeyer, C.M. (2005). The consequences of female circumcision for health and sexuality: An update on the evidence. *Culture, Health & Sexuality*, 7 (5), 443-461.
- Okazaki, S., & Sue, S. (1995). Methodological issues in assessment research with ethnic minorities. *Psychological Assessment*, 7, 367-375.
- Ponterotto, J.G., Casas, J.M., Suzuki, L.A., & Alexander, C.M. (2001). *Handbook of multicultural counseling*. Thousand Oaks: Sage.
- Rahman, A., & Toubia, N. (2000) *Female genital mutilation: a guide to laws and policies worldwide*. London/New York: Zed books.
- Reyners, M.M.J. (1989). Circumcisie bij vrouwen en infibulatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 133 (51), 2557-2562.
- Rogler, L.H., Cortes, D.E., & Malgady, R.G. (1991). Acculturation and mental

- health status among Hispanics. Convergence and new directions for research. *American Psychologist*, 46, 585-597.
- Roodenrijs, T.C., Scherpenzeel, R.P., & Jong, J.T.V.M. de (1998). Traumatische ervaringen en psychopathologie onder Somalische vluchtelingen in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40 (3), 132-142.
- Rousseau, C., & Drapeau, A. (2004). Premigration exposure to political violence among independent immigrants and its association with emotional distress. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (12), 852-856.
- Sam, D.L., & Berry, J.W. (1995). Acculturative stress among young immigrants in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36, 10-24.
- Sharp, T.J., & Harvey, A.C. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21 (6), 857-877.
- Shrestha, N.M., Sharma, B., Ommersen, M. van, Regmi, S., Makaju, R., Komproue, I., Shrestha, G.B., & Jong, J.T.V.M. de (1998). Impact of torture on refugees displaced within the developing world: Symptomatology among Bhutanese refugees in Nepal. *Journal of the American Medical Association*, 280, 443-448.
- Silove, D., Manicavasagar, V., Coello, M., & Aroche, J. (2006). PTSD, depression, and acculturation. *Intervention*, 3, 46-50.
- Smith Fawzi, M.C., Pham, T., Lin, L., Nguyen, T.V., Murphy, E., & Mollica, R. (1997). The validity of posttraumatic stress disorder among Vietnamese refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 10 (1), 101-108.
- Smith, E.M., & North, C.S. (1993). Posttraumatic stress disorder in natural disasters and technological accidents. In: Wilson, J., & Raphael, B. (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 405-419). New York: Plenum.
- Spasojevic, J., Heffer, R., & Snyder, D. (2000). Effects of posttraumatic stress and acculturation on marital functioning of Bosnian refugee couples. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (2): 205-217.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th Edition). Boston: Allyn, & Bacon.
- Talle, A. (2004). Female Circumcision in Africa and beyond: The anthropology of a difficult issue. In: Hernlund, Y., & Shell-Duncan, B. (Eds.), *Transcultural Bodies: Female Genital Cutting in Global Context*. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press.
- Terheggen, M.A., Stroebe, M.S., & Kleber, R.J. (2001). Western conceptualizations and Eastern experience: A cross-cultural study of traumatic stress reactions among Tibetan refugees in India. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (2), 391-403.
- Thierfelder, C., Tanner, M., & Kessler Bodiang, C.M. (2005). Female Genital Mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health*, 15 (1), 86-90.
- Thomaes, K., Kaasenbrood, A., & Krumeich, A. (1997). Turkse vrouwen en de kunst van het hulp zoeken. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* (5), 494-507.



- Thomaes, K., Kleijn, W.Chr., Schreuder, B.J.N., & Rohlof, J.G.B.M. (2000). *Lichamelijke dysregulatie en copingstrategieën bij vluchtelingen en asielzoekers met prss. Voorlopige resultaten*. Presentatie op Voorjaarsconferentie Psychiatrie, Maastricht, 29-31 maart.
- Toubia, N. (1993). *A Call for Global Action*. New York: Women, Ink.
- Toubia, N. (1994). Female circumcision as a public health issue. *The New England Journal of Medicine*, 331 (11), 712-716.
- Toubia, N. (2005). Care of circumcised young women and girls. In: Momoh, C. (Ed.), *Female Genital Mutilation*. Oxford: Radcliff Publishing.
- Unicef (2005). Female Genital Mutilation/Cutting. A statistical exploration. The United Nations Children's Fund, [www.unicef.org/publications/index\\_29994.html](http://www.unicef.org/publications/index_29994.html).
- Vangena, S., Johansen, R.E.B., Sundby, J., Traeen, B., & Stray-Pedersen, B. (2004). Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. *European Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112 (1), 29-35.
- Vega, W.A., Kolody, B., & Valle, J.R. (2000). Migration and mental health: An empirical test of depression risk factors among immigrant Mexican women. *International Migration Review*, 21, 512-530.
- Vissandjée, B., Kantiébo, M., Levine, A., & N'Dejuru, R. (2003). The cultural context of gender identity: Female genital excision and infibulation. *Health Care for Women International*, 24, 115-124.
- Walsh, S., Shulman, S., & Maurer, O. (2008). Immigration distress, mental health status and coping among young immigrants: A 1-year follow-up study. *International Journal of Intercultural Relations*, 32, 371-384.
- Whitehorn, J., Ayonrinde, O., & Maingay, S. (2002). Female genital mutilation: cultural and psychological implications. *Sexual and Relationship Therapy*, 17, 161-170.
- WHO (1999). *Female Genital Mutilation: Information Kit*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2000). *Female Genital Mutilation: Fact Sheet No 241*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2009). *Female Genital Mutilation. Information*. [www.who.int](http://www.who.int) (laatst bezocht op 22 april 2009).
- World Health Organization (1996). *Female Genital Mutilation: Information Kit. Women's Health/Family and Reproductive Health*. Geneva: World Health Organization.
- Yount, K.M., & Balk, D.L. (2004). A demographic paradox: Causes and consequences of female genital cutting in Northeastern Africa. *Gender perspectives on reproduction and sexuality advances in gender research*, 8, 199-249. Elsevier.
- Zaidi, N., Khalil, A., Roberts, C., & Browne, M. (2007). Knowledge of female genital mutilation among healthcare professionals. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27 (2), 161-164.

# Personalia

## **Erick Vloeberghs**

Erick Vloeberghs studeerde antropologie aan de Universiteit van Amsterdam en is verpleegkundige. Hij was voorheen werkzaam voor onder meer msf-Holland, Stichting Centrum '45 – traumacentrum en -onderzoek – en de Medische Opvang Asielzoekers (MOA). Sinds 2001 is hij als onderzoeker/methodiekontwikkelaar (R&D) verbonden aan Pharos – kennis- en adviescentrum vluchtelingen, nieuwkomers en migranten. Vanaf 2004 werkt hij daar als projectleider Internationaal.

Erick deed eerder onderzoek naar het voorkomen van psychosociale klachten in een vluchtelingenkamp in Kongo. Hij publiceerde onder meer over oudere migranten, lichaamsgericht werken met vluchtelingen en over psychische en psychiatrische aspecten die van invloed zijn op het doen van een asielrelaas. In 2007-2008 was hij betrokken bij het opzetten van het Europees netwerk En-Hera! (European Network for the promotion of Sexual and Reproductive Health of Refugees and Asylum seekers).

## **Jeroen Knipscheer**

Jeroen Knipscheer studeerde psychologie aan de Universiteit van Tilburg en werkte na zijn afstuderen als onderzoeker op het thema 'cultuur en geestelijke gezondheidszorg' bij AMC/De Meren en aan de Universiteit Utrecht (vakgroep Klinische Psychologie). Hij verrichtte diverse grootschalige empirische studies naar psychopathologie en hulpzoekgedrag van verschillende migranten- en vluchtelingengroepen in Nederland, en promoveerde op dit thema in 2000. Jeroen publiceert in diverse nationale en internationale wetenschappelijke tijdschriften en boeken. Tegenwoordig is hij werkzaam als coördinator wetenschappelijk onderzoek bij Stichting Arq, het nationale psychotrauma expertisecentrum voor slachtoffers van vervolging, agressie, geweld en oorlog, als onderzoeker/docent aan de afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht en als cognitief gedragstherapeut bij het Ambulatorium aldaar. Hij ontving in 2006, samen met prof. Dr. Rolf Kleber, de 'Parel van Integratie'-prijs in de categorie Onderzoek.

### Anke van der Kwaak

Anke van der Kwaak is antropoloog gespecialiseerd in gender, gezondheids (systemen) en seksualiteit. Ze werkte als onderzoeker en trainer in dit veld en was voorheen als universitair docent verbonden aan het VU medisch centrum. Op dit moment is zij werkzaam als adviseur, onderzoeker en trainer bij het Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT).

Anke was actief in programma-evaluaties in onder andere Soedan, Somalië, Mali en Kenia. Daarnaast begeleidde zij onderzoek op het gebied van hiv en aids, lepra, tuberculose, reproductieve gezondheid en meisjesbesnijdenis. Sinds 1988 participeert Anke in debatten, discussies en onderzoek met betrekking tot meisjesbesnijdenis in Nederland en internationaal. Ze was de auteur en projectleider van een Nederlandse studie naar preventie en wettelijke maatregelen op het gebied van meisjesbesnijdenis in Nederland. In 2006-2007 deed zij een *systematic review* naar counseling op het gebied van seksualiteit en coördineerde ze onderzoek op het gebied van integratie van seksualiteit in hulpverlening rond reproductieve gezondheid en aids in Kenia, Oeganda, India and Brazilië. Anke is co-auteur van publicaties als *Quote-tb, Measuring the quality of tb services: the patient's perspective* (Van der Kwaak et al., 2008) en *From modern myths to global encounters. Belonging and the dynamics of change in post-colonial Africa* (Van der Kwaak et al., 2005).

### Zahra Siad Naleie

Zahra Naleie is master in Gender & Development Studies (Institute of Social Studies, Den Haag) en deed een bachelor in biologie (Somali National University). Zahra is oprichter van FSAN (Federatie van Somalische Associaties in Nederland) en projectcoördinator FGM voor de Somalische gemeenschap in Nederland. Sinds 2000 geeft ze trainingen ter preventie van meisjesbesnijdenis onder de Somalische en Soedanese gemeenschappen in Nederland. Ze is internationaal bekend vanwege haar strijd om aandacht voor preventie van meisjesbesnijdenis onder zwarte migrantenvrouwen en als een van de oprichters van het EuroNet FGM netwerk. Zahra ontving eerder de Avicenna-prijs (2004) en de Zami-award (2005). Ze was medeauteur van de publicatie *Zware dingen moet je voorzichtig duwen* (Nienhuis et al., 2008). Recentelijk is Zahra door staatssecretaris Bussemaker aangesteld als ambassadeur in de strijd tegen meisjesbesnijdenis in Nederland.

### Maria van den Muijsenbergh

Maria van den Muijsenbergh is huisarts en senior onderzoeker bij Pharos en bij de afdeling vrouwenstudies medische wetenschappen en huisartsgeneeskunde van het UMC St Radboud van de Radboud Universiteit Nijmegen. In haar praktijk richt Maria zich vooral op kwetsbare patiëntengroepen zoals vluchtelingen en illegale migranten. Aandachtsgebieden in wetenschappelijk onderzoek en publicaties zijn de zorg voor vluchtelingen en illegalen, de verbetering van de effectiviteit van de gezondheidszorg voor migranten, pallia-

tieve zorg, en seksueel geweld, waarbij het gender- en etnisch-cultureel perspectief nadrukkelijk worden betrokken. Over deze onderwerpen geeft zij onderwijs aan geneeskundestudenten en huisartsen. Bij Pharos is zij tevens coördinator van de Academische Werkplaats Migranten en Gezondheid(szorg).

Maria ontving in 2002 de Telesphorusprijs voor haar proefschrift en in 2006 de Corrie Hermann Prijs vanwege haar inzet voor de verbetering van de medische positie van mensen in kwetsbare posities, zoals migranten, vluchtelingen en illegalen.

# Summary

The study depicted in this report considers the psychological, social and relational consequences of female genital mutilation among a sample of 66 women aged 18 to 60 years, who have migrated from Somalia, Sudan, Eritrea, Ethiopia or Sierra Leone to live in the Netherlands. The women were included in the study by means of snowball sampling. The interviews were conducted by ethnically similar female interviewers who had been selected and trained by a team of researchers from Pharos, Foundation Centrum '45 and the Royal Tropical Institute (KIT). The interviewers gathered qualitative as well as quantitative data. During their first meeting with a respondent, a semi-structured interview was conducted by means of a topic list on diverging themes such as: own experiences, influence of migration on the meaning of FGM, sexual behaviour and contact with caretakers. A short time later, five questionnaires were administered including the Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), the Hopkins Symptom Checklist (HSCI-25), the COPE-Easy and the Lowlands Acculturation Scale (LAS). A number of focus group discussions were held with members of the target population. Coaching and monitoring of the interviewers was done in close cooperation with the Federation of Somali Associations in the Netherlands (FSAN) and other community women organizations.

According to the data sets 16 percent of the respondents may suffer from PTSD while one-third reported symptoms related to depression or anxiety. The following factors appear to be of significance to the extent that women who have been genitally mutilated suffer from psychopathological problems: the type of mutilation (infibulations goes along with more symptoms), the age on which it was done, clearness of the memory, and the use of drugs were related to PTSD symptoms. While the type (infibulation), the use of drugs, not having work or following a course together with dysfunctional care-seeking behaviour and coping style correlated with depression and anxiety.

The interviews show that talking about FGM is still difficult for a great number of women. Moreover psychological impediments as part of mental illness are

not always conceptualized or recognized. The idea that discussing the subject aggravates problems is still widespread – though there are differences among the communities in how open one is about it. Somali respondents seem to have more problems communicating about FGM. Since they reported far less psychological distress than all other women, underscoring might be possible. The major importance that Somali women generally give to religion on the other hand may provide them with a more adaptive coping style.

Chronic pain appears to be related to memory. Pain triggers gruesome memories and vice versa: memorizing or speaking about FGM can make women feel the pain again. That agonizing memory does not need to be the mutilation itself but can be extended to an experience which is related to FGM (for instance, the first sexual intercourse during honeymoon or a delivery).

During childbirth or when suffering from medical or mental problems some respondents still feel reluctant to attend a caretaker. Difficulties with speaking Dutch and unwillingness to talk to non-family members about private matters (such as sexuality) are holding them back. However, previous bad experiences with health workers and lack of knowledge of caretakers are equally important in many cases. Being looked at in an invasive manner (medical gaze) provokes a lot of shame. But medical professionals who, in a careful way, show confidence in their actions and show sensitive behaviour and respect toward the women, are able to smooth the tension and provide help.

Migration to the Netherlands has led to a major shift in how FGM is regarded. Very few respondents have had a daughter subjected to FGM since they came to the country. Only one woman claims to be proud to be circumcised. The stream of information by the media as well as awareness campaigns and meetings among members of the communities has made the women more knowledgeable about the consequences of FGM. Learning that it was never laid down in the Quran, Hadith or Bible to genitally mutilate women, fuels the resistance of many of the respondents. They claim that because FGM is related to culture, not religion, it can and must be abolished.

In a number of cases together with the knowledge of being circumcised came the suffering and the anger. Some women are troubled about their mother for having allowed their mutilation to take place, while others are angry with men as ‘they are the only ones to profit from it.’ In at least one situation a divorce was a consequence of the inability of the infibulated woman to comply with her husband’s sexual demands. In general however there seem to be acceptance of the changes due to migration and to the fact that men and women should be allies in bed. Four of the respondents were clear in that their infibulation was not refraining them from having sexual pleasure.

In general the research shows that psychological problems were found but on a modest scale. This means there should be no reason to psychologize or pathologize the consequences of FGM. On the other hand some serious problems were identified among a relatively small though significant number of respondents. Since the research was conducted in order to provide support to health care professionals, in the final chapter of the report recommendations are given. In chapter 5 a typology is given in which respondents are divided according to their coping styles to enable care providers to distinguish between the categories and thus provide the most adequate health care for women who suffer from FGM.

# Eerder verschenen boeken

Voor een volledig overzicht en meer informatie zie [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl).

- Marian Tankink, *Over zwijgen gesproken*. Pharos, 2009. Bestelnr. 9P2009.06.
- Iris Shiripinda & Anouka van Eerdewijk, *Leven met hiv in Nederland. De dagelijkse ervaringen van migranten met hiv*. Pharos, 2008. Bestelnr. 9P2008.07.
- Guus van der Veer, *Leren van praktijkervaring. Een methode voor het ontwikkelen van praktische kennis over psychosociale hulpverlening aan slachtoffers van oorlog en geweld*. Pharos, 2008. Bestelnr. 9P2008.05.
- Roelof Vos, *Thuis in burgerschap. Sociale integratie en actief burgerschap – Theorieboek*. Pharos, 2008. Bestelnr. 9P2008.04.
- Jan Baan & Bram Tuk, *Thuis in burgerschap. Sociale integratie en actief burgerschap in het onderwijs – Praktijkboek en DVD*. Pharos, 2008. Bestelnr. 9P2008.03.
- Arts en vreemdeling. Rapport van de commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen*. KNMG/LHV/NVVP/Orde van Medisch Specialisten/Pharos, 2007. Bestelnr. 9P2007.06.
- David Engelhard (samenstelling), *Met kennis van feiten. Vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid in cijfers*. Pharos, 2007. Bestelnr. 9P2007.05.
- Jelly van Essen & Julia Bala, *Als glas in lood. Integratieve behandeling van vluchtelingenkinderen en -gezinnen*. Pharos, 2007. Bestelnr. 9P2007.02.
- Evert Bloemen, *Een briefje van de dokter... Medische zaken in de asielprocedure*. Pharos, 2005-2007. 2de druk. Bestelnr. 9P2007.01.
- René Bruin, Marcelle Reneman & Evert Bloemen (Editors), *Care Full. Medico-legal reports and the Istanbul Protocol in asylum procedures*. Pharos, 2006. Bestelnr. 9P2006.06.
- Marola Sproet, Adriana Jasperse & Roelof Vos, *Care, cure en boterhammen. Methodiek effectieve groepstherapie vluchtelingenjongeren*. Handleiding en Werkboek. Pharos, 2006. Bestelnr. 9P2006.01.
- Jan Baan, *Nou... dag maar weer. Afscheid nemen van asielzoekerskinderen in de klas*. Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.10.
- David Engelhard & Inge Goorts, *God zal voor mij zorgen. Religieuze coping van vluchtelingen met gezondheidsproblemen*. Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.09.
- Erick Vloeberghs & Evert Bloemen, *Uit lijfsbehoud. Lichaamsgericht werken met vluchtelingen in de ggz*. Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.08.
- Evelien van Asperen, *Intercultural Communication & Ideology*. Engelse editie. Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.07.
- Gezond blijven in moeilijke situaties. Methodiek voor psycho-educatief groepswerk met asielzoekers- en vluchtelingenvrouwen*. Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.06.



- Gezond denken en gezond doen. Methodiek voor psychosociale groepsvoorlichting aan asielzoekers.* Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.05.
- Gezond blijven door onderlinge steun. Methodiek voor het opzetten van steungroepen van asielzoekers en vluchtelingen.* Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.04.
- Breg van Baars, *Vrije Vogel. De voor- en doormethode toegepast in een preventieproject voor asielzoekers.* Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.01.
- Maria van den Muijsenbergh, *Ziek en geen papieren. Gezondheidszorg voor mensen zonder geldige verblijfspapieren.* Pharos, 2004. Bestelnr. 9P2004.05.
- David Engelhard, *Zorgen over terugkeer. Terugkeermigratie met gezondheidsproblemen.* Pharos, 2004. Bestelnr. 9P2004.04.
- Mirjam Blaak, David Engelhard, Frenny de Frenne & Marola Sproet, *De smaak van noedelsoep. Begeleiding van Chinese ama's in opvang en onderwijs.* Pharos, 2004. Bestelnr. 9P2004.02.
- Sander Kramer & Marianne Cense, *Overleven op de m<sup>2</sup>. Veiligheidsbeleving en strategieën van vrouwen in de centrale opvang voor asielzoekers.* Pharos/Trans-Act, 2004. Bestelnr. 9P2004.01.
- René Grotenhuis (samenstelling), *Van pionieren tot verankeren. Tien jaar gezondheidszorg voor vluchtelingen.* Pharos, 2003. Bestelnr. 9P2003.08.
- Evelien van Asperen, *Interculturele communicatie & ideologie.* Pharos, 2003. 2de druk. Bestelnr. 9P2003.03.
- Guus van der Veer, *Training counsellors in areas of armed conflict within a community approach.* Pharos, 2003. Bestelnr. 9P2003.02.
- Admira, *Getuigenis en verbondenheid. Oorlogsverkrachting en huiselijk geweld in voormalig Joegoslavië. Trainers over hun werk voor de hulpverlening.* Pharos, 2003. Bestelnr. 9P2003.01.
- Guus van der Veer, *Gevluchte adolescenten. Ontwikkeling, begeleiding en hulpverlening.* Pharos, 1998-2002. 2de druk. Bestelnr. 9P2002.04.
- Ien van Nieuwenhuijzen, met bijdragen van Bram Tuk, *Bijvoorbeeld de liefde. Forumtheater bij voorlichting en educatie aan vluchtelingenjongeren.* Pharos, 2002. Bestelnr. 9P2002.02.
- Marola Sproet, *Vitamine C. Preventiemethode met creatieve werkvormen.* Pharos, 2002. Bestelnr. 9P2002.01.
- Maartje Goudriaan, *Met de dood in het hart. Rouw bij migranten- en vluchtelingenjongeren.* Pharos, 2001-2003. 2de druk. Bestelnr. 9P2001.02.



## VERSLUIERDE PIJN

Over de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis is nog weinig bekend. Onderzoekers van Pharos, Centrum '45 en Koninklijk Instituut voor de Tropen hebben in samenwerking met FSAN (Federatie Somalische Associaties Nederland) de ervaringen van vrouwen in Nederland die een besnijdenis ondergingen in kaart gebracht. Interviewers uit de eigen gemeenschap spraken met in totaal zesenzestig vrouwen uit Somalië, Eritrea, Ethiopië, Soedan en Sierra Leone over de gevolgen van hun besnijdenis. In *Versluierde pijn* komen de vrouwen zelf aan bod; ze vertellen over hun boosheid en angst, over gevoelens van uitsluiting, verdriet en schaamte alsook over de manier waarop zij met hun pijn, problemen en klachten omgaan in Nederland en hun ervaringen met hulpverlening. Daarnaast is met behulp van gestandaardiseerde vragenlijsten vastgesteld dat bij eenderde van de vrouwen sprake is van angst of depressie terwijl een zesde traumagerelateerde klachten zegt te hebben. Migratie naar Nederland maakt dat hun besnijdenis met heel andere ogen bekeken wordt, door de omgeving maar ook door de vrouwen en meisjes zelf. Wat vroeger vanzelfsprekend was is nu deviant en roept heftige reacties op in onze samenleving. Dat heeft zijn weerslag op de beleving van de gevolgen van besnijdenis. Door media-aandacht en voorlichting over meisjesbesnijdenis in Nederland is het oorspronkelijke zwijgen over wat de besnijdenis teweegbrengt enigszins doorbroken. Wat niet betekent dat er gemakkelijk over gepraat wordt. In vaak versluierde termen vertellen de vrouwen in dit onderzoek over het effect van de besnijdenis op hun beleving van seksualiteit, en over de invloed die het heeft op de relatie met hun partner, het gezinsleven en het contact met anderen. Voorts delen ze hun ervaringen met de hulpverlening in Nederland. Tot slot worden vier coping-profielen gepresenteerd. De inzichten uit dit boek zijn met name relevant voor hulpverleners in de gezondheidszorg die te maken krijgen met vrouwen die een besnijdenis hebben ondergaan.