

Theoretische kader bij het onderzoek naar de Psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis

Kennis over schadelijke praktijken en kennis over het bestaan van een andere visie met betrekking tot meisjesbesnijdenis hoeft echter niet automatisch tot ander gedrag te leiden. Zeker wanneer sterk uiteenlopende belangen botsen, zoals vaak het geval is bij een cultureel diep geworteld fenomeen. Een casus:

Hawa is een vrouw uit Eritrea en aldaar op jonge leeftijd besneden volgens type 3 (ernstige vorm; inclusief 40 dagen isolatie). Sinds 1980 is Hawa een genaturaliseerd Amerikaans burger. Hawa is hoog opgeleid, geeft les aan de universiteit en doet in gesprekken met andere vrouwen getuigenis van de "devastating psychological effects". Ze zegt ook dat "the act of sex has never brought her enjoyment, and that it contributed to the breakdown of her marriage". Echter, "Today, as the single mother of a girl she is bringing up in America, she has tempered her opposition to FGM somewhat". Zelfs na herhaalde gesprekken blijft Hawa onvermurwbaar in haar besluit haar dochter te laten besnijden. Uit angst, zegt ze, voor mogelijk actief seksueel gedrag van haar dochter voor het huwelijk in Amerika - wat ze bestempeld als een overgeseksualiseerde samenleving. (IRIN, 2005)

De casus maakt de taaiheid van meisjesbesnijdenis als cultureel gebruik duidelijk. Ondanks verboden houden mensen vast aan wat ze al generaties lang doen en het vraagt veel energie en tijd voor er een eind zal komen aan de praktijk. Wetenschappelijk onderzoek tot dusver richt zich overwegend op de fysieke klachten die vrouwen krijgen naar aanleiding van de besnijdenis. Recentelijk wordt in buitenlandse publicaties meer aandacht besteed aan de psychosociale gevolgen van meisjesbesnijdenis. In dat kader wordt met grote regelmaat de aanbeveling gedaan dat meer inzicht in de psychische, sociale en seksueel-relationale aspecten van meisjesbesnijdenis cruciaal is, en node gemist wordt in onderzoek tot nu toe (Behrendt & Moritz 2005; Whitehorn e.a. 2002; Unicef 2005; C. Keizer 2003; Maschee & Meuwese 2000)

1. Doelstelling en onderzoeksvragen

Uitgaande van bovenstaande korte probleemschets luidt onze doelstelling:

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

Het beoogde resultaat

Dit onderzoeksproject wil bouwstenen leveren voor het theoretisch kader dat nodig is om het verschijnsel meisjesbesnijdenis goed te kunnen beschouwen en het aldus verkregen inzicht vertalen naar bruikbare kennis voor beroepsgroepen die te maken kunnen krijgen met meisjesbesnijdenis. Het onderzoek wil meer in het bijzonder een aantal onderbouwde conclusies genereren over de volgende vragen:

- 1) zijn er psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis vast te stellen en zo ja, welke ?
- 2) welke factoren zijn medebepalend voor de ontwikkeling van klachten op genoemde terreinen ?
- 3) welke copingstijlen ontwikkelen vrouwen in relatie tot deze klachten ?

1.1 Operationalisering van enkele begrippen

1. Psychische gevolgen
 2. Sociale gevolgen
 3. Seksueel-relationale gevolgen
 4. Coping
1. Met 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 psychose. Naast genoemde gevolgen willen we nagaan in hoeverre sprake is van: psychische klachten naar aanleiding van pijn en stress, concentratieproblemen, nachtmerries, afgevlakte emoties, dissociatie, impulscontroleverlies, 'recurrent memories' en andere met PTSS en andere psychiatrische ziektebeelden samenhangende symptomatiek.

2. Onder 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 en discriminatie;
 - 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 de weigering nog naar de arts te gaan.
3. Bij seksueel-relatieve gevolgen denken we aan de volgende te onderscheiden zaken:
 - identiteitsverwarring zoals verwarrende gevoelens, onzekerheid en schaamte over het eigen lichaam. Zo zegt een respondent in het onderzoek van Toubia (1994): "*I felt I was an abnormal shape*"(126) en geven verder meerdere vrouwen aan zich constant zorgen te maken over hun genitaliën.
 - seksuele dysfuncties: last van stoornis in seksueel verlangen (waaronder verminderd seksueel verlangen en seksuele aversie), stoornis in de seksuele opwinding, orgasmestoornis, pijnstoornis (dyspareunie en vaginisme).
 - communicatieproblemen en -stoornissen in de relationele sfeer (intieme/seksuele relaties; sociale relaties met familie, kennissen, collega's, klasgenoten etc.)
4. Onder coping wordt verstaan het (kunnen) omgaan met moeilijke situaties, zoals het omgaan met een ziekte of beperking. Coping betekent ook de manier waarop mensen met hun beperking, ziekte of afwijking omgaan op gedragsmatig, cognitief en emotioneel terrein. In dit onderzoek gaat het ook om eventuele beperking op seksueel terrein.

2. Wetenschappelijk kader

We hebben te maken met een complex aan interveniërende factoren. Onderstaand worden voor dit onderzoek belangrijke factoren en kennis over meisjesbesnijdenis gerelateerd aan reeds bestaand onderzoek naar *Female Genital Mutilation/Female Cutting (FGM/FC)*:

1. psychische, sociale en seksueel-relatieve klachten
2. migratiefactoren en levensloop
3. culturele factoren

Ad 1. Uit onderzoeken blijkt dat vrouwen en meisjes van Afrikaanse afkomst die een besnijdenis hebben ondergaan uiteenlopende reacties hebben op en belevenissen bij de besnijdenis. Voor sommigen is het zondermeer een traumatiserend *event*, anderen hebben het over de trots door de statusverhoging en het plezier en de cadeaus naderhand. In een pilotstudie in Dakar onder 47 vrouwen blijkt dat 30 % van de vrouwen en meisjes die een besnijdenis hebben ondergaan lijden aan PTSS, 26, 4 % last heeft van depressieve symptomen en 21,7 % van affectieve stoornissen. Onder de 24 niet vrouwen en meisjes die een besnijdenis hebben ondergaan werd slechts een vrouw gediagnosticeerd met een affectieve stoornis (Behrendt & Moritz, 2005). Volgens de WHO bestaat het risico dat: "*Genital mutilation may leave a lasting mark on the life and mind of the woman who has undergone it. In the longer term, women may suffer feelings of incompleteness, anxiety and depression*"(Factsheet 2000). In het onderzoek van Lockhat (2004) geeft driekwart van de respondenten te kennen dat ze last hebben van '*recurrent intrusive memories*' (122) en impulscontroleverlies (124). Terwijl een onderzoek onder Somalische immigranten in Canada een totaal ander beeld geeft: 72% van de vrouwen voelde zich gelukkig tijdens en na de besnijdenis (Chalmers & Omer Hashi 2000).

Tijdens 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 psychische gevolgen" (Dekkers, Hoffer & Wils, 2006, p.152). En uit ander onderzoek blijkt dat veel vrouwen die zich lieten besnijden, lijden aan chronische pijn en mobiliteitsproblemen (Lightfoot-Klein 1993; Whitehorn, Ayonride & Maingay 2002). Het is echter bekend dat pijn en traumatisering elkaar bekrachtigen. Asmundson e.a. (2002) spreken in dat opzicht van *mutual maintenance*, waarmee ze bedoelen dat chronische pijn en traumatisering elkaar in stand houdt. Verder is in een onderzoek (n=180) aangetoond dat: "*PTSD symptomatology and pain severity were related to impairment in psychosocial functioning, specially social interaction, emotional behavior, and communication*" (Palyo & Beck 2005).

In kader van ons onderzoek zal ook naar de psychoseksuele gevolgen van besnijdenis gevraagd worden. Bij de besnijdenis worden vaak delen van het lichaam verwijderd die van belang zijn voor de seksuele beleving. Hoewel het denkbeeldig is dat meisjesbesnijdenis leidt tot seksuele dysfuncties of problemen zoals orgasmenstoornissen, dyspareunie en vaginisme (Keizer, 2003; Whitehorn et al., 2002), betekent dit echter niet deze vrouwen en meisjes geen seksuele opwindning kunnen voelen en geen orgasme meer kunnen krijgen. De seksuele beleving wordt mede bepaald door de kwaliteit van de huwelijksrelatie (Bartels & Haaijer, 1995). Van belang in dit kader zijn vragen als: in hoeverre werkt pijn tijdens seksueel verkeer als een *reminder* en welke invloed heeft dat gehad op de relatie, op de eventuele beslissing ten aanzien van het wel of niet laten besnijden van de eigen dochters? Wat zijn precies de redenen die de besnijdenis als gebeurtenis kleuren, veranderen meningen daarover door de tijd en zijn daar scharniermomenten in te herkennen?

Ad 2. Naast de eerste rite de passage (besnijdenis) is eigenlijk ook de migratie een rite de passage: er wordt nieuw gedrag van je verwacht en vaak ook gebruik gemaakt van andere woorden. Van belang bij dit cluster factoren is te onderkennen dat er grote verschillen zijn in de categorieën migratie en 'vrouwen en meisjes'. Er zijn verschillen in migratiepatroon: men kan daar zijn geboren en besneden; daar geboren, toen naar Nederland gekomen en later ginds besneden; hier geboren maar in het geboorteland van moeder laten besnijden, hier geboren en besneden. En er zijn verschillen in levenservaring - waarbij de verschillen in levensloopstadia (vruchtbare fase maar ongehuwd, vruchtbare fase en gehuwd, vruchtbare fase en weduwe, gescheiden) mogelijk een grotere rol spelen bij de (ontwikkeling van) opvattingen dan de leeftijd op zich.

In onderzoek wordt vaak gesteld dat de besnijdenis van een jong meisje in het land van herkomst, nadien, met name tijdens de puberteit, problemen kan veroorzaken. Volgens Toubia (2005) is: "*arguably the greatest dilemma for these adolescents coping with the different values and beliefs of two different cultures*"(39). In een publicatie van Lockhat (2004) - waarin een model gepresenteerd wordt waarmee de ontwikkeling van PTSS bij vrouwen en meisjes die een besnijdenis hebben ondergaan voorspeld kan worden - staat dat omdat VGV in de UK verboden is "*it is very likely*" dat het gemis aan sociale steun isolement veroorzaakt (2004). De onderzoekers doen geen harde uitspraken omdat hun onderzoek zich niet specifiek op migratiefactoren richtte. Volgens Johansen (2002), die het verdragen van pijn beschrijft als een cultureel verschijnsel bij meisjesbesnijdenis, kan migratie er toe bijdragen dat vragen gesteld worden, en dat daardoor de besnijdenis als vanzelfsprekende ervaring van betekenis verandert "*from that of 'ritual' to 'accidental pain'*" (331). Nienhuis schrijft in een artikel over de psychische nood en eenzaamheid tijdens de eerste bevalling in Nederland van vrouwen die een besnijdenis hebben ondergaan (1998). Relevante vragen hier zijn bijvoorbeeld: wat is het belang van migratie en van de verschillende opinies en attitudes ten opzichte van besnijdenis voor hen? Zijn bepaalde gebeurtenissen in het leven daarbij van invloed geweest? En: in hoeverre zijn die verschillen in opinie van invloed op het hebben van psychische, sociale en seksueel-relacionele klachten.

Ad 3. Culturele factoren zijn van invloed op de beleving. Gedrag van mensen zit ingebed in cultuur en cultuur is van invloed op ideeënvorming. Cultuur is niet statisch maar dynamisch en aan context onderhevig. Wanneer we te maken hebben met persoonlijke ervaringen, gedrag, ziekte en pijn, en in de communicatie hierover met anderen, speelt de culturele achtergrond een grote rol. Kleinman stelt dat iedere zieke zijn eigen visie heeft wat betreft de oorzaak van de ziekte, het verloop, de ervaring en de behandeling. Zulke *explanatory models* (EM) verschillen van cultuur tot cultuur. In de Afrikaanse culturen betrokken bij dit onderzoek is het gangbaar dat over de besnijdenis verder gezwegen wordt. Voordien – besnijdenis vindt vaak onvoorbereid plaats – maar vooral nadien geldt de norm dat men er over zwijgt. Het in stilte dragen van de pijn wordt bestempeld als copingmechanisme; een manier van met een probleem omgaan (Johansen 2002). Zwijgen op zich kan daarom een *idiom of distress* zijn, een manier waarop klachten geuit worden.

Uit het onderzoek van Lightfoot-Klein (1993) kwam naar voor dat vrouwen soms niet naar een medische voorziening gingen omdat ze daarvoor de toestemming van de man of mannelijke familieleden nodig hadden, maar het uit schaamte niet durfden te vragen. Ander onderzoek stelt dat schaamte in Afrikaanse culturen wel getoond kan worden maar dat dat ten koste gaat van de ruimte die er is voor het uiten van heftige emoties (Groen 2003). Relevante vragen hier zijn: waar vond je ruimte om over je ervaring te praten, met wie? Wat betekende het dat je vanwege de besnijdenis voor je eerste bevalling in een Nederlands ziekenhuis terecht kwam (vgl. Nienhuis 1998)? Of dat je familie in Afrika je nog steeds dwingend aanraadt je dochter te besnijden? Hoe voelde het dat je dochter erbij was tijdens die voorlichtingsmiddag, bij die documentaire over besnijdenis, en wat deed dat met je...?

Erick Vloeberghs, projectleider