

Versluierde pijn

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

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

Uitgave van Pharos. Publicatie is mede totstandgekomen dankzij een financiële bijdrage van Stichting Achmea Slachtoffer en Samenleving en Fonds Slachtofferhulp

Samenvatting

Inleiding

Versluierde pijn is de neerslag van een exploratief onderzoek naar de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis. Het onderzoek vond plaats in de periode januari 2008 tot juli 2009. Het doel van het onderzoek is een verbetering van de (psychosociale) behandeling van slachtoffers van meisjesbesnijdenis die in Nederland leven. In Nederland wonen ongeveer 56.000 meisjes en vrouwen die het risico lopen besneden te worden of die reeds besneden zijn. Onder hen zijn er 25.000 onder de 20 jaar. Schattingen lopen uiteen maar verondersteld wordt dat ongeveer vijftig meisjes per jaar aan het ritueel worden blootgesteld. Hoewel noch in de Koran noch in de Bijbel meisjesbesnijdenis omschreven wordt als religieuze plicht, denken veel mensen in de risicolanden dat het een religieus voorschrift is. Daarnaast denken velen dat besneden meisjes meer kans hebben op een goede huwelijkspartner, maagd blijven tot het huwelijk en daarna trouw zullen blijven aan hun echtgenoot. Ook is men van mening dat de besnijdenis bijdraagt aan de identiteitsvorming van zowel vrouwen als mannen, en dat het vrouwen status geeft in de gemeenschap.

De Wereldgezondheidsorganisatie onderscheidt vier vormen van besnijdenis:

- Type I: Gedeeltelijke of totale verwijdering van de clitoris – clitoridectomie
- Type II: Gedeeltelijke of totale verwijdering van de clitoris en de kleine schaamlippen, met of zonder verwijdering van de grote schaamlippen – excisie
- Type III: Vernauwen van de vaginale opening door wegsnijden en aan elkaar hechten van de kleine en/of de grote schaamlippen, met of zonder verwijdering van de clitoris – infibulatie

Type IV: Alle andere schadelijke handelingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen, zoals prikken, piercing, etc.

Bestaand onderzoek

Sinds begin jaren negentig is veel onderzoek gedaan naar de somatische gevolgen van meisjesbesnijdenis. Hevige bloedingen, shock en ernstige infecties kunnen direct na de ingreep voorkomen; plasklachten, cysten, fistelvorming en onvruchtbaarheid zijn mogelijke latere gevolgen. Bij bevallingen komen meer keizersneden, bloedverlies en babysterfte voor. Wat het effect is van een besnijdenis op seksueel gedrag en seksuele beleving van de vrouw is nog onduidelijk. De laatste tien jaar zijn verschillende publicaties verschenen over meisjesbesnijdenis in de context van migratie. De meeste van deze publicaties gaan over de medische gevolgen van besnijdenis bij gemigreerde vrouwen, vooral complicaties bij de bevalling. Aan de psychische, sociale en relationele gevolgen van de ingreep is in het verleden relatief weinig aandacht besteed. Uit de weinige literatuur die er is blijkt dat besnijdenis een meisje emotionele schade kan berokkenen en psychisch negatieve gevolgen kan hebben. De eerste coïtus en de bevalling zijn momenten die vrouwen die besneden zijn als zeer pijnlijk ervaren. Een deel van deze vrouwen raakt door de ingreep of de pijnlijke gevolgen ervan getraumatiseerd. Chronische pijn en traumatisering kunnen elkaar bekrachtigen: pijn triggert de gedachte aan de besnijdenis en denken aan de besnijdenis kan de pijn van toen doen herleven (*mutual maintenance*).

Ervaringen met de hulpverlening

Volgens het model van dr. Haseena Lockhat blijken de vorm van de besnijdenis en de eraan gerelateerde klachten bepalend te zijn voor het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis (PTSS). De meest ernstige vorm (type III – infibulatie) brengt niet alleen de meeste medische complicaties met zich mee maar verhoogt ook de kans op het ontwikkelen van PTSS. Tevens wordt uit Lockhats onderzoek duidelijk dat het van belang is om meer inzicht te krijgen in de ervaringen van vrouwen met de hulpverlening. Driekwart van de respondenten zegt namelijk negatieve ervaringen te hebben met hulpverleners. Veelal zoeken de vrouwen geen hulp omdat ze zich niet begrepen voelen. Als vrouwen die besneden zijn naar Nederland komen, kunnen ze geconfronteerd worden met hulpverleners die onvoldoende begrip tonen voor hun situatie. Meisjesbesnijdenis wordt immers hier gezien als moreel verwerpelijk en is bovendien wettelijk verboden. Vrouwen die kennisnemen van deze opvattingen, kunnen met schaamte en schuldgevoelens kampen. Onbegrip voor deze gevoeligheden, of weerzin die spreekt uit het gezicht van een hulpverlener, geeft deze vrouwen het gevoel niet begrepen te worden. In deze context is het van belang om te weten of het praten over meisjesbesnijdenis bemoeilijkt wordt

door migratie of dat praten voor hen juist makkelijker is omdat de in hun thuisland heersende taboes hier minder gelden.

Onderzoeksontwerp

Operationalisering

De onderzoeksvragen waren:

- 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? Te denken valt aan de invloed van migratie, culturele normen en ervaringen met de hulpverlening.
- 3 Welke copingstijlen ontwikkelen vrouwen in relatie tot deze klachten?

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. Het kan bijvoorbeeld gaan om angst, depressie, frigiditeit en psychose.

Met *sociale gevolgen* bedoelen we de gevolgen van meisjesbesnijdenis voor de persoon in relatie tot haar omgeving. Het gaat bijvoorbeeld om gevoelens van schaamte, vervreemding en wantrouwen, en ervaringen van sociale uitsluiting en stigmatisering.

Voorbeelden van *relationele gevolgen* zijn communicatieproblemen in de relatie met de partner, inclusief de seksuele relatie, maar ook in de sociale relaties met familie, kennissen, collega's, etc.; psychoseksuele gevolgen; en onzekerheid en schaamte over het eigen lichaam. Onder *coping* wordt verstaan het (kunnen) omgaan met moeilijke situaties, zoals een ziekte of beperking. In dit onderzoek gaat het ook om coping met eventuele beperkingen op seksueel gebied.

Methodologie

Om inzicht te krijgen in de psychische, sociale en seksueel-relatieve gevolgen van besnijdenis en de daarbij behorende copingstijlen van vrouwen die besneden zijn, wilden wij hun mening, beleving en gedrag centraal stellen. Hoe hebben ze hun besnijdenis ervaren en hoe gaan ze met eventuele klachten om? Bij dit onderzoek is daarom gebruik gemaakt van de *mixed-methods*-benadering; zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn gebruikt. Uit eerdere onderzoeken naar migranten is gebleken dat een dergelijke benadering vruchtbare en praktisch bruikbare resultaten oplevert. Om ervoor te zorgen dat het gehanteerde begrippenkader, de gebruikte methode en de onderzoeksinstrumenten optimaal aansloten bij de

studiepopulatie zijn representanten van de betrokken gemeenschappen in een vroeg stadium bij het onderzoek betrokken.

Voor het kwantitatieve gedeelte is gebruikgemaakt van een algemene sociodemografische vragenlijst en vier gestandaardiseerde vragenlijsten. Het kwalitatieve deel bestond uit semi-gestructureerde interviews aan de hand van een topiclijst, focusgroepdiscussies (FGD's) en enkele andere bijeenkomsten, die alle opgenomen en getranscribeerd zijn. De topiclijst is samengesteld met behulp van twee focusgroepen (een van mannen en een van vrouwen). De FGD's leverde informatie op vanuit de betrokken gemeenschappen over welke thema's van belang zijn bij het onderwerp meisjesbesnijdenis. De resultaten uit beide groepen zijn vergeleken en onderscheidende thema's zijn later in vragen omgezet. Deze eerste versie van de topiclijst is vervolgens tijdens een driedaagse training met de interviewers besproken, waarna een definitieve versie is gemaakt. De gebruikte vragenlijsten zijn de Nederlandse Harvard Trauma Questionnaire (HTQ-30) voor screening op PTSS; de verkorte Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) voor screening op angst en depressie; de COPE-Easy voor opsporing van copingmechanismen en copingstijlen; en de Lowlands Acculturation Scale voor bepaling van het niveau van acculturatie van de respondent.

In eerste instantie was het de bedoeling om interviewers en respondenten te zoeken in de vijf grootste gemeenschappen afkomstig uit 'risicolanden': Egypte, Eritrea, Ethiopië, Sierra Leone, Soedan en Somalië. Het bleek echter niet mogelijk om toegang te krijgen tot de Egyptische gemeenschap, zodat uiteindelijk besloten is om Egyptische vrouwen niet in het onderzoek te betrekken. Uit de landen waar de zwaarste vorm van besnijdenis (type III, infibulatie) plaatsvindt – Soedan en Somalië – zijn meer vrouwen geworven dan uit de andere landen. Alle respondenten hadden een besnijdenis ondergaan en vielen binnen de reproductieve leeftijd (18-50 jaar). De zeven interviewers, die allen afkomstig waren uit de vijf gemeenschappen, benaderden vrouwen binnen hun kennissen- of vriendenkring en vroegen hun mee te doen aan het onderzoek. Ze vroegen potentiële respondenten ook of die andere gegadigden kenden die benaderd konden worden (de *snowball*-methode). De data werden verzameld in de periode augustus 2008 tot april 2009. Meestal waren twee huisbezoeken voldoende om alle informatie te vergaren.

De uitgeschreven interviews zijn na controle door de onderzoekers geanalyseerd met het onderzoeksprogramma ATLAS.ti. De kwantitatieve data van de vijf vragenlijsten (een algemene en vier gestandaardiseerde) zijn ingevoerd in SPSS. Met dit programma is een eerste inventarisatie gemaakt van de sociodemografische gegevens van de respondenten. Daarna zijn sociaaldemografische achtergrond, traumatische reacties en psychische problematiek, copingscores en acculturatiescores univariaat geanalyseerd.

Voor alle onafhankelijke variabelen die op univariaat niveau een significante relatie bleken te hebben met de afhankelijke variabelen, zijn vervolgens verschillende multivariate regressieanalyses uitgevoerd.

Resultaten

Sociodemografische gegevens

Van de 66 vrouwen in het onderzoek komen er 18 uit respectievelijk Somalië en Soedan, 12 uit respectievelijk Sierra Leone en Eritrea en 6 uit Ethiopië. De meest voorkomende vorm van besnijdenis is type III (infibulatie), een vorm die vooral onder Somalische en Soedanese vrouwen voorkomt. Op de tweede plaats staat clitoridectomie, een vorm die in de onderzoeksgroep uitsluitend bij Eritrese en Sierra Leonese vrouwen voorkomt. Het merendeel van de vrouwen heeft middelbaar of hoger onderwijs gevolgd. Ongeveer zestig procent is ooit gehuwd geweest en zo'n zeventig procent heeft kinderen. Van de ooit gehuwden is zo'n 20 procent gescheiden.

Kwalitatieve resultaten

Psychologische gevolgen

Slechts vijf van de 66 respondenten geven aan dat ze trots op of blij zijn met het feit dat ze besneden zijn. De meesten hebben vooral last van de besnijdenis en melden verschillende psychologische gevolgen:

Nare herinneringen en pijn – Een groot deel heeft regelmatig last van nare herinneringen, die boven komen tijdens of na situaties waarin de vrouwen zich geconfronteerd voelen met hun besnijdenis. Het gaat bijvoorbeeld om pijn bij seksueel contact, de herinnering aan de besnijdenis zelf of de consequenties ervan. Ook wanneer ze getuige zijn van de besnijdenis van meisjes in hun thuisland of als ze horen dat een vrouw gaat trouwen of bevallen, komen pijnlijke herinneringen boven. Een vrouw uit Eritrea zegt: 'Het komt bij mij vaak terug, als ik op tv iets met meisjesbesnijdenis zie. Of als het onderwerp naar voren komt of zelfs als 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.' Elf van de 66 respondenten zeggen dat de herinneringen ook 's nachts voorkomen, dat ze daardoor wakker gehouden worden of nachtmerries hebben.

Vermijding, spanning en taboe – Uit angst dat nare herinneringen naar boven komen vermijdt een derde van de respondenten gesprekken over hun besnijdenis. Vooral vrouwen uit Sierra Leone, Somalië en Ethiopië zijn tijdens de interviews gespannen. Voor de Sierra Leonese vrouwen geldt dat er niet

alleen een taboe ligt op praten over besnijdenis, maar dat sommigen denken dat ze zullen worden gestraft als ze dit taboe doorbreken, zoals een vrouw vertelde: 'Ze zeiden dat je bezoek krijgt van een overledene tijdens je slaap en ze deden het zo echt lijken dat ik daarin geloofde...' De vrouwen uit de andere gemeenschappen maken geen melding van taboes, maar vinden het ook moeilijk om over de besnijdenis te praten. Voor Somalische vrouwen is erover praten vooral een privé-kwestie of ze vinden het te pijnlijk. 'Praten berokkent schade', zegt een van hen. Ongeveer de helft van de Somalische vrouwen zegt dat ze niet met anderen dan hun man, zusters of moeder over meisjesbesnijdenis willen praten. Ook van vragen over seksualiteit zijn enkele respondenten uit Somalië niet gediend, evenals een aantal Ethiopische vrouwen.

Onder de Eritrese en Soedanese respondenten zijn beduidend minder vrouwen die aangeven spanningen te hebben wanneer ze over meisjesbesnijdenis praten of eraan denken.

Angst – Dertien respondenten vertellen tijdens het interview over angst of schrik als gevolg van de besnijdenis. Vooral de vrouwen die geïnfibuleerd zijn, geven aan dat het een 'schokkende en slechte ervaring' was en dat ze de dag van de besnijdenis nooit zullen vergeten. Ook tijdens de eerste huwelijksnacht en/of bevalling waren deze vrouwen angstig, zoals een Soedanese vrouw het formuleerde: 'Ja, je bent heel erg bang, vooral op je eerste huwelijksnacht. Je bent helemaal dichtgenaaid, hoe gaat het dan gebeuren? ... Het duurde 30 dagen voordat hij mij kon penetreren. Omdat ik besneden ben lukte het penetreren niet in een keer.' Zes van de geïnterviewde vrouwen geven aan dat ze vanaf die eerste huwelijksnacht angst hebben voor seks. Een deel van de vrouwen zegt dat ze na een aanvankelijke periode van weerzin tegen seks zich na verloop van tijd aangepast hebben. Voor twee ongehuwde vrouwen is de angst voor seks echter reden om af te zien van een gezinsleven.

Lusteloos, machteloos, waardeloos – Het merendeel van de respondenten ging pas na aankomst in Nederland beseffen dat hun besnijdenis een negatieve impact heeft op lichamelijk, psychisch en sociaal vlak. Bij de meeste vrouwen veroorzaakte het einde van de vanzelfsprekendheid van meisjesbesnijdenis en de confrontatie met vrouwen die niet besneden zijn veel twijfel en verwarring. Nadat ze te horen hadden gekregen dat besnijdenis geen religieus voorschrift was maar een cultureel gebruik, voelden veel vrouwen zich bedrogen, verdrietig, verbaasd, teleurgesteld of boos. 'Waarom hebben ze me dit aangedaan, waarom, waarom?' vragen een achttal respondenten zich af tijdens het interview. Sommige vrouwen voelen zich ook beschadigd en zelfs minderwaardig, zoals een Soedanese vrouw zegt: '... 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.' Veel respondenten uit Somalië,

Sierra Leone, Ethiopië en enkele vrouwen uit Soedan reageren gelaten en passief. De opmerking 'wat gebeurd is, is gebeurd' komt veel voor bij deze vrouwen. Een aantal respondenten heeft zich er kennelijk noodgedwongen bij neergelegd, en probeert de draad van het leven weer op te pakken, ondanks de jarenlange infecties en ongemakken. De menstruatie is voor veel geïnfecteerde vrouwen een periode van slepende infecties en veel lichamelijk ongemak. Voor twee vrouwen uit Somalië en een 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.

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 laten de interviews zien dat sommige vrouwen kampen met sociale problemen die te maken hebben met hun besnijdenis. Het gaat dan bijvoorbeeld om boosheid, schaamte, schuldgevoelens, uitsluiting en eenzaamheid.

Boosheid – Een aantal respondenten zegt boos te zijn (geweest) op de ouders, de cultuur of de religie toen ze te horen kregen dat meisjesbesnijdenis geen universeel of noodzakelijk gebruik is. 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. Vooral bij vrouwen uit Soedan, Eritrea en Sierra Leone zijn de seksuele beperkingen en de pijn bij gemeenschap reden om boos te worden op hun partner, of op mannen in het algemeen. Een Eritrese vrouw zegt: '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.' Een tiental respondenten is boos op hun partner omdat hij geen of te weinig rekening houdt met het feit dat ze besneden zijn. Opvallend genoeg zegt geen van de Somalische respondenten boos te zijn op hun echtgenoot of op mannen in het algemeen.

Schaamte en schuldgevoelens – Bijna alle respondenten vertellen op enig moment tijdens het interview dat ze zich schamen. Twee respondenten geven aan dat ze zich zo schamen dat ze simpelweg ontkennen dat ze besneden zijn wanneer daar expliciet naar gevraagd wordt. Er zijn echter grote verschillen tussen de gemeenschappen in de wijze waarop de respondenten over hun schaamte praten. Ethiopische en Somalische respondenten zijn niet zo mededeelzaam; ze antwoorden over het algemeen kort en bondig. Vrouwen uit Soedan zijn veel explicieter en vertellen soms onomwonden wanneer en waarom ze zich schamen. De respondenten uit Sierra Leone en Eritrea zitten tussen deze twee uitersten in. Bij de meeste vrouwen komt schaamte op als ze geconfronteerd worden met het feit dat ze anders zijn, bijvoorbeeld tijdens het

zwemmen, bij de dokter, of als een niet-besneden vriendin, collega of buur hen ernaar vraagt.

Uitsluiting en eenzaamheid – Sociale uitsluiting als gevolg van meisjesbesnijdenis komt op twee verschillende manieren voor. Enerzijds is er sprake van zichzelf uitsluiten, er niet over willen praten, anderzijds voelen sommige respondenten zich buitengesloten, alsof ze er niet bijhoren. Deze respondenten voelen zich buitengesloten omdat zij in Nederland afwijken van de norm dat vrouwen hier onbesneden zijn. Een Eritrese vrouw zegt in dit verband: 'Iemand die de besnijdenis niet meemaakte kan jouw gevoelens niet begrijpen. Daardoor raak je in een isolement.' Een aantal respondenten meldt dat ze in gesprekken met Nederlanders over meisjesbesnijdenis wel eens merken dat ze medelijdend bekeken worden of zielig gevonden worden. Vooral Somalische vrouwen houden dan liever de boot af en vermijden contacten met andersdenkenden. Ze willen per se niet zielig gevonden worden. Eenzaamheid wordt door vier respondenten genoemd als gevolg van de besnijdenis. Soedanese respondenten rapporteren minder vaak gevoelens van uitsluiting in hun contacten met Nederlanders of isolement als gevolg van hun besnijdenis dan respondenten uit andere gemeenschappen.

Relationele gevolgen

Een besnijdenis in het verleden kan invloed hebben op iemands relaties met de partner, kinderen en overige familieleden in het land van herkomst.

Relatie met de partner – Volgens het merendeel van de respondenten is meisjesbesnijdenis van grote invloed op het gezinsleven. Een aantal respondenten heeft uitgesproken klachten op relationeel gebied. Voor vijf respondenten was de besnijdenis van zodanige invloed (geweest) op het gezinsleven dat er grote echtelijke problemen ontstonden, vooral rond seks. Ook andere vrouwen geven aan dat er een relatie is tussen besnijdenis en seksuele problemen. Een Soedanese zegt daarover: '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, met name geïnfibuleerde vrouwen, is de eerste huwelijksnacht hun meest pijnlijke gebeurtenis. De manier waarop hun man reageert en vooral het feit of en hoe hij penetreert kan bepalend zijn voor hoe de echtelieden het begin van hun huwelijk ervaren. Een vijftal respondenten uit Ethiopië, Soedan en Somalië meldt dat het begin van hun huwelijk zeer pijnlijk was en dat het vier dagen tot een maand duurde voordat daadwerkelijk gepenetreerd kon worden. Gelukkig verloopt de huwelijksnacht niet voor alle respondenten dramatisch. Tien respondenten uit Soedan, Somalië en Sierra Leone vertellen dat ze zich er voordien zorgen over maakten maar dat hun mannen rekening met hen hielden.

Tweëntwintig respondenten geven aan pijn te hebben bij het vrijen en zestien hebben geen zin in of behoefte aan seks. Maar er zijn ook vijftien vrouwen, vooral uit Ethiopië, Eritrea en Sierra Leone, die aangeven geen problemen te hebben met seksualiteit. Zij hebben samen met hun mannen een seksueel bevredigende manier van omgang gevonden waarin tijd genomen wordt voor elkaar.

Relatie met de kinderen en de familie in het thuisland – Op de vraag of ze van plan zijn om hun dochter(s) te laten besnijden zeggen op een na alle vrouwen resoluut dat ze dat niet willen. Ook willen op een na alle vrouwen graag dat hun zoon een meisje huwt dat niet besneden is. Van de zeven respondenten waarvan in het verleden een of meer dochters besneden zijn, heeft op een na iedereen nu spijt. Al deze kinderen zijn niet in Nederland besneden, maar in het thuisland. In drie gevallen werden de dochters tegen de wil van de moeder besneden, vaak door toedoen van de familie of schoonfamilie. Respondenten uit alle groepen geven aan dat hun mening over meisjesbesnijdenis veranderd is door migratie naar Nederland. Tijdens een bezoek aan het thuisland lokt het onderwerp soms pittige gesprekken en discussies uit. Een Somalische: '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.'

Migratiefactoren, coping en religie

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. Vrouwen die op heel jonge leeftijd besneden zijn, zoals de meeste Eritrese vrouwen, herinneren zich niets van de besnijdenis. Soms komen ze er pas op latere leeftijd achter dat ze überhaupt besneden zijn. De meeste respondenten denken dat het veel uitmaakt op welke leeftijd iemand gemigreerd is. Oudere vrouwen kijken anders aan tegen meisjesbesnijdenis dan jongere, denken ze. Een Somalische zegt: 'Jongeren die op jonge leeftijd in Nederland zijn gekomen en hier geleerd hebben weten heel goed dat meisjesbesnijdenis een culturele gewoonte is. ... Daardoor zijn ze eerder tegen meisjesbesnijdenis dan hun ouders.'

Media-aandacht – Over het algemeen reageren de respondenten positief op de berichtgeving over meisjesbesnijdenis in de krant en op tv. De media-aandacht sterkt hen in de overtuiging dat ze het hun dochter niet aan willen doen. De meerderheid van de respondenten zegt zich gesteund te voelen in hun standpunt tegen meisjesbesnijdenis, met name naar de familie toe in het land van herkomst. Toch zijn er ook minder positieve meningen over de rol van de media, vooral onder Somalische respondenten. In totaal zes vrouwen ergeren

zich aan de schokkende beelden, de negatieve verhalen, de kwetsende opmerkingen en het feit dat besneden vrouwen als zielig worden bestempeld.

Voorlichting in Nederland – De meeste respondenten zeggen te zijn voorgelicht in Nederland. Soedanese en Eritrese vrouwen uiten zich over het algemeen positief over de voorlichting; ze zeggen in alle gevallen er veel aan te hebben gehad. Van de Somalische vrouwen geeft slechts een klein deel aan dat ze voorgelicht zijn. Hetzelfde geldt voor de Ethiopische vrouwen. Een van de drie Somalische respondenten die wel voorgelicht is over meisjesbesnijdenis zegt daarover: '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.'

Coping en religie – Op de vraag wat ze doen als ze klachten of problemen hebben, antwoorden vooral Somalische en Ethiopische vrouwen dat ze daarover liever niet met anderen praten. Enkele vrouwen sporten en anderen zonderen zich af. Veel respondenten verwijzen naar religieuze handelingen als een middel tot troost en kracht. Door de Koran of de Bijbel te lezen en/of te bidden proberen ze hun last te verlichten. Daarnaast is voor zes respondenten naar muziek luisteren de manier om met problemen en klachten om te gaan. Verder zijn er twee vrouwen die toegeven veel te snoepen als ze het moeilijk vinden en een ander drinkt veel koffie. Het is opvallend dat slechts één respondent qat noemt als een vorm van coping, gezien het feit dat het gebruik van qat in Oost-Afrika wijdverbreid is en dit licht verdovende middel ook in Nederland ingevoerd en gebruikt wordt.

Ervaringen met de gezondheidszorg in Nederland

In totaal drie respondenten geven aan in behandeling te zijn of te zijn geweest bij een psychiater of de Riagg. Twee van deze vrouwen spraken met hun behandelaar over hun klachten als gevolg van de besnijdenis. Beiden zeggen dat ze zich door die gesprekken later beter voelden. Op drie na zijn alle respondenten wel eens in aanraking geweest met de Nederlandse hulpverlening. De meest voorkomende klachten zijn menstruatie- en buikklachten. Drie respondenten spreken over een terugkerende blaasinfectie en een respondent is als gevolg van complicaties bij de bevalling al tien jaar onder behandeling vanwege incontinentie.

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. Negatief vinden veel respondenten dat ze zich in het contact met hulpverleners vaak schamen of last krijgen van verdriet of schuldgevoelens. Het feit alleen al dat bij lichamelijk onderzoek de arts hun geslachtsdelen kan zien en er vragen over stelt, vinden respondenten moeilijk.

Voor een aantal respondenten is de verbaasde of geschokte blik van diegene die het onderzoek uitvoert al voldoende om schuldgevoelens te krijgen of het schaamrood op de wangen, zoals een Eritrese vrouw vertelt: 'Toen ik voor de bevalling in het ziekenhuis opgenomen werd kwamen verschillende verpleegsters naar mij toe en keken ze naar mijn geslachtsdeel. De ene komt en gaat weer weg, en de andere komt en gaat weer weg. Ik werd gewoon een tentoonstelling. Ik voelde me zo verlegen, vernederd. Ik wilde niet dat mensen mij zo zien.' De schaamte kan soms zo groot zijn dat vrouwen met hun klachten blijven rondlopen en de hulpverlening mijden. Respondenten uit Eritrea en Sierra Leone geven minder vaak aan dat ze zich schamen tijdens een bezoek aan een hulpverlener dan respondenten uit andere gemeenschappen. Mogelijk heeft dat te maken met het feit dat een clitoridectomie minder opvallend is en minder complicaties geeft dan een infibulatie of excisie.

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 dichtgenaaid na de bevalling. In totaal vijftien vrouwen zeggen dat een of meer van hun kinderen via een keizersnee geboren zijn. Bij geïnfibuleerde vrouwen die op de normale manier zijn bevallen moet de vagina eerst opengemaakt worden (deïnfibulatie). Op eigen verzoek werd bij drie respondenten die in Nederland bevielen de vagina nadien weer dichtgenaaid. Twee vrouwen bij wie dat niet gebeurd is hebben daar achteraf spijt van, maar twee anderen zijn juist heel blij dat ze na de bevalling niet opnieuw geïnfibuleerd zijn.

Kwantitatieve resultaten

Uit de univariate analyse is het volgende gebleken. Bijna een zesde van de respondenten heeft een score op de HTQ-schaal boven de drempelwaarde voor PTSS. Bijna een derde heeft een score op de HSCL-angstschaal boven de drempelwaarde en ook bijna een derde op de HSCL-depressieschaal. Respondenten die een infibulatie hebben ondergaan, rapporteren meer PTSS-klachten en meer angst en depressie. Het gaat vooral om Soedanese vrouwen. Respondenten die een opleiding, baan of uitkering hebben rapporteren minder angst en depressie. Naarmate de vrouwen ouder waren op het moment van de migratie rapporteren zij meer psychische klachten. Respondenten die ouder waren toen de besnijdenis werd uitgevoerd rapporteren meer traumatische klachten. Vrouwen die zich de besnijdenis nog goed kunnen herinneren rapporteren daarnaast meer angst en depressie. Respondenten met wie voor de besnijdenis over de gebeurtenis gesproken werd, rapporteren meer PTSS-klachten dan respondenten met wie dit niet is besproken. Hetzelfde geldt voor

vrouwen die voorlichting hebben gehad over besnijdenis; zij rapporteren ook meer angst en depressie.

Respondenten rapporteren meer psychische klachten naarmate ze aangeven het onderwerp meisjesbesnijdenis meer te vermijden en meer middelen te gebruiken. Wanneer ze meer steun zoeken, is er alleen een relatie met angst en depressie. Naarmate respondenten minder de beschikking hebben over praktische vaardigheden om in de Nederlandse samenleving te functioneren, rapporteren ze meer psychische klachten, zowel PTSS, angst als depressie. Na multivariate analyse van de variabelen die in de univariate analyses een significante relatie toonden met PTSS, angst en depressie bleek dat de variabelen *herinnering* (goed), *land van herkomst* (Soedan), *coping* (middelenmisbruik) en *aard van de besnijdenis* (infibulatie) significante voorspellers zijn van posttraumatische gezondheidsklachten. De variabelen *coping* (vermijden en middelenmisbruik), *land van herkomst* (Soedan), *aard van de besnijdenis* (infibulatie) en het niet hebben van een *baan* bleken voorspellende variabelen voor angst en depressie.

Discussie

Psychische, sociale en relationele problemen

Centraal in dit onderzoek staat het verkrijgen van inzicht in de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis in de context van migratie. Op basis van de literatuur werd verwacht dat veel Afrikaanse vrouwen in Nederland die een besnijdenis hebben ondergaan angst-, depressieve en/of posttraumatische klachten zouden hebben. Een substantiële groep vrouwen meldt inderdaad psychische problemen naar aanleiding van de besnijdenis of belangrijke gebeurtenissen die daarmee samenhangen, zoals de eerste huwelijksnacht of een bevalling. Uit de kwantitatieve analyse blijkt bijna een zesde van de vrouwen aan de criteria voor PTSS te voldoen en een derde aan de criteria voor angststoornissen of depressieve stoornis. Echter, de meerderheid scoort niet boven de grenswaarden voor psychopathologie en de gevonden waarden voor PTSS, angst en depressie zijn lager dan in andere onderzoeken gevonden zijn. De meest aannemelijke verklaring voor dit laatste resultaat is onderrapportage van klachten.

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.

Er bestaan aanzienlijke verschillen tussen de verschillende herkomstgroepen in rapportage van klachten en openheid waarover over de besnijdenis en seksuele problemen gesproken wordt. Respondenten uit Soedan scoren het hoogst op de HTQ- en HSCL-vragenlijsten, terwijl Somalische respondenten veel lager scoren. Aangezien de meeste respondenten uit zowel Soedan als Somalië geïnfibuleerd zijn en de besnijdenis rond dezelfde leeftijd plaatsvindt, is het opmerkelijk dat de Somalische vrouwen zoveel minder klachten presenteren. Mogelijk weten de Somalische vrouwen beter met de gevolgen van hun besnijdenis om te gaan (coping); uit de interviews blijkt dat zij relatief vaak steun zoeken bij hun religie wanneer zij problemen hebben. Ook is het mogelijk dat zij zich minder bewust zijn van de gevolgen van besnijdenis door een gebrek aan voorlichting. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat Somalische respondenten het moeilijker vinden om openlijk over besnijdenis te spreken, zoals uit de interviews gebleken is.

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. Het eerder beschreven model van *mutual maintenance* lijkt van toepassing te zijn: fysieke pijn houdt de herinnering levend, en denken aan of praten over de gebeurtenis brengt de pijn weer naar boven.

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.

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. 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. 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 een 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 verstanden of spraken.

De kwantitatieve resultaten bevestigen 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.

Ervaringen met hulpverlening

De respondenten geven aan goede en slechte ervaringen te hebben met hulpverleners. 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 hulpverleners te benaderen bij klachten. Begrip voor de traditie, en respect voor de persoon en diens identiteit zijn sleutelwoorden en maken dat een gesprek mogelijk is.

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 PTSS-symptomen presenteren en zelfs meer angst of depressieve klachten hebben dan vrouwen die geen steun zoeken. Mogelijk dat het zoeken van steun een negatieve uitwerking heeft indien de steun die men krijgt niet adequaat is. 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. Een onbevredigende steunzoekende coping kan dan veranderen in een vermijdende coping: sommige vrouwen gaan bijvoorbeeld niet meer naar een huisarts na een vernederende ervaring. Hoewel schijnbaar tegenstrijdig gaan volgens dit onderzoek zowel de steunzoekende als vermijdende copingstijl samen met meer angst- en depressieklachten.

Onderstaande typologie karakteriseert groepen vrouwen in hoe ze omgaan met hun besnijdenis en al dan niet hulp zoeken of mijden. De typologie kan de hulpverlener handvatten bieden in het omgaan met vrouwen die besneden zijn. 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. Cruciaal voor dit type besneden vrouwen is dat het contact met hun man goed is; hij houdt rekening met haar bij het vrijen. 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. Deze vrouwen zoeken contact met gelijkgezinden (geloofsgenoten) en hebben soms 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. De religieuzen als groep rapporteren minder angst en depressie dan niet-religieuzen, wat mogelijk hun adaptieve coping onderstreept.

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 situatie 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. Getraumatiseerden als groep rapporteren meer angst en depressie dan niet-getraumatiseerden, hetgeen hun benarde positie illustreert.

Methodologische overwegingen

Er zijn diverse methodologische aandachtspunten rond deze studie te benoemen. De representativiteit van de steekproef is mogelijk niet optimaal. De respondenten zijn geworven onder die vrouwen die bereid waren om met de interviewers te praten over hun besnijdenis en de gevolgen ervan. Mogelijk hebben vrouwen die er niet over willen praten meer klachten, of andere. Bovendien bestaat de kans dat voorstanders van de praktijk niet benaderd zijn of dat zij zich niet wilden laten interviewen uit angst om in moeilijkheden te komen. Ook stelt de gehanteerde methode van werving (*snowball sampling*) mogelijk begrenzungen aan de generalisatie van de bevindingen. Een *at random sampling* was ten tijde van het onderzoek niet mogelijk omdat niet bekend is waar in Nederland vrouwen wonen uit de risicolanden. Voorts ontbrak een controlegroep, zodat er geen vergelijking mogelijk is met vrouwen die niet besneden zijn. Al met al is er reden om enige terughoudendheid te betrachten in het trekken van generaliserende conclusies op grond van de resultaten van dit onderzoek. Desalniettemin denken wij dat aan de hand van de informatie verkregen uit de focusgroepen, de topic interviews en de gestructureerde vragenlijsten, voldoende onderbouwing mogelijk is om de onderzoeksvragen op een verantwoorde wijze te kunnen beantwoorden.

Conclusies

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

Onder de respondenten 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 respondenten

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, geven aan zich depressief en angstig te voelen. Of men zich de besnijdenis goed kan herinneren, speelt hierbij een rol. 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. 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 kan leiden tot chronische stress en uitputting, in een enkel geval zelfs tot 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 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.

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.

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 bepaalt mede of vrouwen al dan niet praten over hun klachten en sociale problemen als 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 komt in meer of mindere mate voor in alle gemeenschappen. Wat dit duidelijk maakt is dat er verschillende geïntegreerde hulpverleningsmodellen en interventies gehanteerd moeten worden als men de vrouwen wil bereiken.

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 onderrapportage. Anderzijds is het opmerkelijk dat de Koran door velen van 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' 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. De aandacht in de media en gesprekken onderling en met derden hebben 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 de families van de respondenten

De migratie naar Nederland heeft veel in gang gezet bij de respondenten. 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 een aflopende zaak lijkt te zijn in de families van de respondenten.

Aanbevelingen voor de hulpverlening

Uit de conclusies van dit onderzoek volgen diverse aanbevelingen voor hulpverleners:

- 1 Er moet gewaakt worden voor het 'psychiatriseren' 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. Het ontwikkelen van interculturele competenties bij hulpverleners en een flexibeler samengaan van materiële hulp (zoals hulp bij financiële, werkgerelateerde problematiek) en immateriële hulpverlening wordt aangeraden. 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 acute 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-assistenten dienen eerst voordien contact te hebben gehad 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 nauwlettend gevolgd en kan zowel positieve als negatieve connotaties met zich meebrengen.
 - Bezoek thuisland. Een bezoek aan het thuisland kan ingrijpend zijn vanwege de eigen herinnering of de dreiging van een nieuwe besnijdenis indien een dochter meereist.
- 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.