

Besneden Afrikaanse vrouwen in Nederland: de invloed van copingstijlen, aspecten van acculturatie en overige factoren op de ontwikkeling van PTSS



Utrecht, februari-juni 2009
Master Klinische Psychologie
Universiteit Utrecht: Faculteit Sociale Wetenschappen

Auteur Masterthesis: E. Tiakoudi
Studentnummer: 0355828

Begeleider Universiteit Utrecht: Dhr. Dr J.W. Knipscheer
Begeleider Onderzoeksinstituut Pharos: Dhr. Drs E. Vloeberghs

Samenvatting

ACHTERGROND: Meisjesbesnijdenis oftewel vrouwelijke genitale verminking is een gebruik dat mogelijk vanwege migratie, wereldwijd voorkomt. Het meest komt het voor in Afrikaanse landen. Door de eeuwen heen is het een traditie geworden waar nog steeds veel waarde aan wordt gehecht ondanks de talloze ernstige lichamelijke gevolgen. Over de psychische gevolgen van besnijdenis is weinig bekend.

DOEL: Om kennis rond de psychische gevolgen van meisjesbesnijdenis te vergroten zijn in dit onderzoek de mogelijke posttraumatisch gerelateerde symptomen op de lange termijn geïdentificeerd. Tevens is onderzocht welke factoren van invloed kunnen zijn voor de ontwikkeling van deze klachten en de rol die coping en acculturatie spelen.

METHODE: Er is een steekproef genomen uit de onderzoekspopulatie van besneden vrouwen (18+) van Afrikaanse afkomst in Nederland. De gegevens zijn verzameld aan de hand van meervoudige methodologie (topic list interviews en standaard vragenlijsten) en geanalyseerd met behulp van statistische technieken.

RESULTATEN: Circa 21% van de besneden vrouwen voldoet aan de criteria van een posttraumatische stressstoornis. Factoren zoals de meest ernstige vorm van besnijdenis, de herinnering aan de besnijdenis, besneden worden op een oudere leeftijd en het land van herkomst zijn risicofactoren voor het ontwikkelen van PTSS. Tevens blijkt een vermijdend copingstijl en het gebrek aan de benodigde vaardigheden om goed te kunnen functioneren in de Nederlandse maatschappij samen te hangen met meer PTSS klachten.

CONCLUSIE: Uit de bevindingen van dit onderzoek blijkt dat meisjesbesnijdenis naast lichamelijke schade bij een deel van de vrouwen ook met psychische schade samenhangt. Bepaalde factoren vergroten het risico op de ontwikkeling van PTSS en houden deze klachten in stand. De hulpverlening dient op dit cluster van factoren te worden toegesneden. De behandeling zelf zou sterk op de leef- en denkwereld van de cliënt moeten worden aangepast.

Summary

BACKGROUND: Female genital circumcision, also referred to as female genital mutilation is a custom that, possible because of migration, worldwide occurs. It occurs the most in African countries. Through the centuries it became a tradition where still much value has been attached to, despite of the innumerable serious physical impact. As far as the mental impact of circumcision concerns, little is known.

AIM: To increase knowledge around the mental impact of female genital circumcision, an effort has been made to identify the possible posttraumatic related symptoms on long term. In addition, factors that may influence the development of these complaints and the role that coping and acculturation play were studied.

METHOD: A sample was taken from the population of circumcised women (18+) of African origin in the Netherlands. The data have been collected using mixed methods (topic list interviews and standardized questionnaires) and analysed using statistical techniques.

RESULTS: Approximately 21% of the circumcised women met the criteria for posttraumatic stress disorder (PTSD). Risk factors for developing PTSD were the most severe form of circumcision, the remembrance of the circumcision, getting circumcised at an older age, the country of origin, an avoidant copingstyle and the lack of the required skills to be able to function properly in Dutch society.

CONCLUSION: The findings of this research show that female genital circumcision may have, besides physical damage, also mental damage as a consequence. Certain factors can increase the risk for the development of PTSS and do these complaints persist. Mental health services should be tailored to this cluster of factors in order to improve psychological treatment. Intervention should be adjusted to the clients way of living and thinking.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Summary	3
Inleiding	6
Meisjesbesnijdenis	6
Betekenis en redenen voor het uitvoeren van meisjesbesnijdenis	8
Medische gevolgen van meisjesbesnijdenis	8
De relatie tussen trauma, cultuur, psychische klachten, coping en acculturatie	9
Psychische gevolgen van meisjesbesnijdenis	11
PTSS	12
Het cognitieve model van PTSS	12
Model voor het ontwikkelen van PTSS na vrouwelijke genitale verminking	13
Onderzoeken naar meisjesbesnijdenis en PTSS	13
Het huidige onderzoek	14
Onderzoeksvragen	14
Hypothesen	15
Methoden	18
Participanten	18
Procedure	19
Onderzoeksinstrumenten	21
<i>HTQ- Harvard trauma questionnaire</i>	21
<i>Coping Vragenlijst (COPE-EASY)</i>	22
<i>LAS- Lowlands Acculturation Scale</i>	23
Statistische analyses	24
Resultaten	25
Interne consistentie	25
Resultaten per onderzoeksvraag	26

Discussie	32
Onderzoeksbevindingen	32
Methodologische overwegingen	35
Klinische implicaties	37
Conclusie	38
Suggesties voor vervolgonderzoek	38
Literatuurlijst	40
Bijlage 1	47
DSM-IV-TR criteria voor de posttraumatische stressstoornis	47
Bijlage 2	49
Output multipale regressie analyses	49

Inleiding

Het is een pijn die ik nooit heb kunnen omschrijven. Nooit in mijn leven heb ik zoiets gewelddadigs meegemaakt. Ik heb kinderen gebaard, niersteenaanvallen gehad, maar elke pijn is weer anders. Die dag dacht ik dat ik doodging en dat ik nooit meer wakker zou worden. Ik heb er zelfs om gebeden nooit meer wakker te worden. De pijn was zo hevig dat ik in wilde slapen, flauw wilde vallen. Ik begreep dit geweld niet, dat mijn kinderlijf werd aangedaan.

(Khady, *Verminkt*, 2006, p. 18)

In bovenstaand citaat probeert de Senegalese Khady de gevoelens die tijdens haar besnijdenis optraden, te omschrijven. Deze pijnvolle situatie was voor het toen 7- jarig meisje onbegrijpelijk.

Meisjesbesnijdenis

Dezelfde pijnlijke ervaring als beschreven in bovenstaand citaat hebben op dit moment ongeveer tussen de 100 en 140 miljoen meisjes moeten meemaken. Er wordt geschat dat jaarlijks nog steeds rond de 2 miljoen meisjes het risico lopen om besneden te worden (WHO, 2000). Meisjesbesnijdenis ook wel vrouwelijke genitale verminking genoemd, wordt door de WHO als volgt gedefinieerd: het deels of compleet verwijderen van het externe vrouwelijk geslachtsdeel alsmede elke verwonding aan het vrouwelijk geslachtsdeel vanwege culturele, religieuze of andere niet- therapeutische redenen (WHO, 2000).

In tabel 1 staan de vier verschillende typen die door de WHO classificatie zijn vastgesteld. Sunna is een van de mildeste vormen en infibulatie, ook wel faraonische besnijdenis genoemd, is de meest ernstige vorm.

Tabel 1: Typen meisjesbesnijdenis volgens de WHO

WHO- gewijzigde typering 2007

Type I

Gedeeltelijke of totale verwijdering van de clitoris en/of de voorhuid (clitoridectomie).

I a: Verwijdering van het clitoriskapje of alleen de voorhuid.

I b: Verwijdering van de clitoris met de voorhuid.

Type II

Gedeeltelijk of totale verwijdering van de clitoris en de kleine schaamlippen, met of zonder verwijdering van de grote schaamlippen (excisie).

II a: Verwijdering van alleen de kleine schaamlippen.

II b: Gedeeltelijke of totale verwijdering van de clitoris en de kleine schaamlippen.

II c: Gedeeltelijke of totale verwijdering van de clitoris, kleine en grote schaamlippen.

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 (infibulatie).

III a: Verwijdering en aan elkaar hechten van de kleine schaamlippen.

III b: Verwijdering en aan elkaar hechten van de grote schaamlippen.

Type IV

Niet geclassificeerd: alle andere schadelijke handelingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen om niet- medische redenen, zoals prikken, piercing, kerven, schrapen en wegbranden.

Bron: Nienhuis, Hendriks en Naleie, 2008

Meisjesbesnijdenis is een veelvoorkomend gebruik dat mogelijk door migratie wereldwijd voorkomt. Het meest komt het voor in Afrikaanse landen, daarnaast ook onder bepaalde moslimpopulaties in Jemen, Maleisië, Indonesië en India (Toubia, 1993). Het is niet helemaal duidelijk waar meisjesbesnijdenis voor het eerst is ontstaan. Uit sommige bronnen komt naar voren dat het gebruik in Ethiopië of Egypte is ontstaan en later door Arabische handelaren door de wereld heen werd verspreid (Modawi, 1974; Taba, 1979). De leeftijd waarop besnijdenis plaatsvindt varieert. Het wordt zowel bij baby's uitgevoerd als bij kinderen en volwassenen, soms net vóór het huwelijk of vóór de eerste bevalling. De leeftijd waarop een meisje wordt besneden is meestal afhankelijk van het land van herkomst en de maatschappelijke context waar ze deel van uitmaakt. De meest voorkomende leeftijdsperiode waarin een meisje wordt besneden is vóór de puberteit (Barstow, 1999).

Betekenis en redenen voor het uitvoeren van meisjesbesnijdenis

De betekenis die aan meisjesbesnijdenis wordt verleend en de achterliggende motieven die dit ritueel in stand houden, zijn niet dezelfde voor alle landen en culturen. In landen zoals Soedan en Somalië waar de meest ernstige vorm van besnijdenis wordt toegepast, met name infibulatie, is het van groot belang dat vrouwen hun maagdelijkheid behouden tot het huwelijk (Johnsdotter, 2003; Lightfoot-Klein, 1989). In Ethiopië en Eritrea wordt meisjesbesnijdenis zowel in moslim als christenpopulaties uitgevoerd. Deze ingreep wordt toegepast om het seksueel verlangen van meisjes te verminderen (Johnsdotter, Moussa, Carlbom, Aregai & Essén, 2009). Andere redenen die worden vermeld zijn: het veiligstellen van de echtelijke trouw, de vrouwelijke seksdrift onder controle houden, de zekerheid van het vaderschap te kunnen waarborgen, het temmen van de vrouwelijke persoonlijkheid en het voorkomen dat de clitoris gaat groeien en het formaat van het mannelijke geslachtsdeel gaat aannemen (Eke & Nkanginieme, 1999). Daarnaast zijn er verschillende etnische groepen die geloven dat het extern vrouwelijk geslachtsorgaan onrein en giftig is en moet worden verwijderd om ernstige afwijkingen en ziektes bij de vrouw, haar man en nageslacht, te kunnen voorkomen (Epelboin & Epelpoin, 1979; Lightfoot- Klein, 1989). Door Somaliërs werd vaak ervan uit gegaan dat meisjesbesnijdenis door het Islamitische geloof verplicht was gesteld terwijl dat niet in de Koran staat vermeld (Keizer, 2003).

Medische gevolgen van meisjesbesnijdenis

Door de eeuwen heen is meisjesbesnijdenis een traditie geworden waar nog steeds veel waarde aan wordt gehecht ondanks de medische en psychische klachten die dit gebruik met zich mee kan brengen. Het optreden van medische complicaties lijkt vaak afhankelijk te zijn van de volgende factoren: vorm van besnijdenis, plaats waar de besnijdenis is uitgevoerd (in een steriele ziekenhuisomgeving of in een dorps hut) en de persoon die de besnijdenis uitvoert (een arts of een traditionele uitvoerster) (Reyners, 1989). Complicaties die tijdens en direct na de operatie optreden zijn hevige bloedingen die vaak tot een hemorragische shock (shock ten gevolge van groot bloedverlies) of een oligemische shock (shock door daling van het hartminuutvolume ten gevolge van bloedverlies) kunnen leiden en in sommige gevallen fataal kunnen zijn (Pinkhoff- Hilfman Geneeskundig woordenboek, 1992; In Keizer, 2003). Het gebruik van niet steriele instrumenten en het uitvoeren van de operatie in een niet steriele omgeving kan tot infecties leiden, inclusief HIV. Indien de infectie zich verspreidt naar de baarmoeder, eileiders en eierstokken kan een chronische bekkenontsteking ontstaan of zelfs

onvruchtbaarheid het gevolg zijn. Ook kunnen cysten zich ontwikkelen op de plaats waar de clitoris zich bevond (Keizer, 2003; Van der Kwaak, 1992).

Verskillende onderzoeken hebben aangetoond dat besneden vrouwen ook op de lange termijn lichamelijke klachten hebben als gevolg van de besnijdenis. Met name, moeilijke urinelozing, urineweginfecties, moeilijkheden en hevige pijn bij verlating van menstruatie, pijn tijdens de geslachtsgemeenschap, dyspareunie en problemen bij de bevalling (Gbadamosi, 2008; Livermore, Monteiro & Rymer, 2007).

De relatie tussen trauma, cultuur, psychische klachten, coping en acculturatie

Naast de lichamelijke gevolgen zijn er mogelijk ook psychische problemen die het gevolg kunnen zijn van de bovengenoemde lichamelijke klachten die door de besnijdenis zijn veroorzaakt. Er is echter tot op heden weinig gedegen onderzoek gedaan naar de psychische gevolgen van genitale verminking. De onderzoeken die tot dusver zijn verricht zijn helaas beperkt en omvatten vaak een klein aantal respondenten waarmee rekening moet worden gehouden bij het interpreteren en generaliseren van deze gegevens. Daarnaast is het vaak moeilijk om psychische gevolgen direct aan meisjesbesnijdenis te koppelen omdat andere gebeurtenissen ook van invloed zouden kunnen zijn aangezien migrantenvrouwen met meerdere problemen worden geconfronteerd. Enerzijds de zware omstandigheden waaronder migranten naar een ander land emigreren en anderzijds de aanpassingsproblemen en de communicatieproblemen die het verblijf in het land van aankomst bemoeilijken. Voordat er verder wordt gekeken naar de onderzoeken naar de psychische gevolgen van meisjesbesnijdenis is het essentieel om een overzicht te geven over de beschikbare literatuur met betrekking tot migratie, trauma, acculturatie en coping om meer inzicht te krijgen in de moeilijkheden waarmee migranten te maken krijgen.

Migratie is een complex en heterogeen proces, waarbij heel veel verschillende stressoren een rol kunnen spelen (Bhugra, 2004). De ingrijpende veranderingen inherent aan het verhuizen naar een ander land gaan gepaard met verlies, enerzijds door bijvoorbeeld gescheiden te raken van een gezin en familieleden, anderzijds door het verlies van een sociaal netwerk of de maatschappelijke status die men genoot in het land van herkomst. Deze abrupte veranderingen in het dagelijkse leven van de migranten zouden tot gezondheidklachten kunnen leiden als gevolg van acculturatie stress.

Acculturatie is een complex begrip, dat betrekking heeft op de sociale, culturele en psychologische processen die een rol spelen bij de aanpassing aan een nieuwe samenleving (Berry, 1990). Acculturatie betekent het enerzijds loslaten van elementen uit de eigen cultuur,

en anderzijds het overnemen van elementen uit de ontvangende cultuur. Acculturatie resulteert in meer of minder sociaal-culturele integratie dan wel uitsluiting, onder meer af te meten aan sociale participatie en toegang tot voorzieningen (Knipscheer & Kleber, 2006).

Verschillende studies wijzen uit dat er een mogelijke verband is tussen acculturatie en welbevinden. Er is gevonden dat acculturatie samenhangt met algemene bezorgdheid (Nicholson, 1997), mentale stoornissen (Madianos, Bilanakis & Liakos, 1998), depressie (Vega, Kolody & Valle, 2000), en zelfvertrouwen (Nesdale, Rooney & Smith, 1997). Het is echter niet duidelijk in hoeverre een hoog acculturatieniveau positief of negatief correleert met psychisch en lichamelijk welbevinden (Madianos et al., 1998; Sam & Berry, 1995). Uit de bovengenoemde studies blijkt dat er nogal onduidelijkheid bestaat over de relatie tussen de mate van acculturatie en welbevinden.

Tevens zijn er tegenstrijdige onderzoeksresultaten in relatie met de psychiatrische gezondheid gevonden, die de complexiteit van het acculturatie proces benadrukken. Onderzoek onder Mexicaanse migranten in de Verenigde Staten (Burnam Hough, Karno, Escobar, & Telles, 1987) liet zien dat migranten met een hoger niveau van acculturatie meer psychische klachten hadden dan migranten met een lager acculturatieniveau. Zij hadden in het bijzonder meer last van angststoornissen en waren vaker alcohol- of drugsverslaafd. Sundquist Bayard-Burfield, Johansson, en Johansson, (2000) daarentegen toonden aan dat migranten in Zweden met een laag acculturatieniveau een grotere kans hadden op psychische klachten.

Uit onderzoek met een klinische en een niet klinische groep Bosnische migranten naar de invloed van posttraumatische reacties en de mate van acculturatie op psychisch welbevinden is gebleken dat de volgende twee specifieke aspecten van acculturatie met psychische symptomen correleren: culturele verbondenheid en het verwerven van vaardigheden om goed te kunnen functioneren in de Nederlandse maatschappij. Het behouden van de eigen culturele tradities en het vermogen om de benodigde vaardigheden te ontwikkelen om deel te kunnen nemen aan de Nederlandse samenleving bleken een voorspeller te zijn voor het psychisch welbevinden. Daarnaast bleken posttraumatische reacties sterke voorspellers te zijn voor verminderd psychisch welbevinden (Knipscheer & Kleber, 2006)

De negatieve ervaringen die migranten meemaken en de moeilijkheden voor, tijdens en na hun vertrek naar andere landen kunnen een risicofactor vormen voor het ontwikkelen

van PTSS. Uit een onderzoek (Khawaja, White, Schweitzer & Greenslade, 2008) naar de moeilijkheden waar Sudanese vluchtelingen mee worden geconfronteerd voor, tijdens en na hun vlucht naar een ander land blijkt dat er vaak sprake is van traumatische gebeurtenissen voor en tijdens het migratieproces en aanpassingsproblemen in de periode dat ze zich in het land van aankomst vestigen. Daarnaast werd aangetoond dat gedurende het hele migratieproces gebruik werd gemaakt van bepaalde copingstijlen om beter te kunnen omgaan met de traumatische gebeurtenissen en de verschillende stressoren. Met copingstijl wordt verwezen naar de cognitieve en gedragsmatige strategieën die mensen gebruiken om met probleemsituaties om te gaan (Lazarus & Folkman, 1984). Bij deze vluchtelingen was steun zoeken in het geloof het meest gebruikte copingstijl.

Uit de hierboven besproken literatuur komt naar voren dat de processen van migratie en acculturatie invloed kunnen hebben op het psychisch en lichamelijk welbevinden van migranten. Daarbij kunnen copingmechanismen ook een belangrijke rol spelen. Het is interessant om te onderzoeken of er ook bij besneden vrouwen de mate van de acculturatie en het gebruik van bepaalde copingmechanismen invloed hebben op het ontwikkelen van psychische stoornissen. Deze vrouwen belanden in een land waarin de normen en de waarden van het land van vestiging en het land van herkomst enorm van elkaar verschillen en tradities zoals meisjesbesnijdenis fel worden bestreden. Deze vrouwen krijgen met verschillende stressoren te maken en de manier waar ze hier mee omgaan, met name de copingmechanismen die ze gebruiken, zijn daarbij van groot belang voor het wel of niet ontwikkelen van problematiek.

Psychische gevolgen van meisjesbesnijdenis

In 1977 is door Dr. Baasher een van de eerste onderzoeken gedaan naar de psychologische effecten van meisjesbesnijdenis op de lange termijn. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat de veelvuldige lichamelijke klachten van meisjesbesnijdenis van invloed kunnen zijn op psychisch gebied. Vrouwen verkeren gedurende hun hele leven in doodsangst. Als kinderen krijgen ze te maken met een pijnlijke ervaring en later worden ze geconfronteerd met de lichamelijke gevolgen van de besnijdenis, zoals urine-incontinentie, pijnlijke menstruatie en geslachtsgemeenschap en complicaties bij de bevalling. De herinnering aan deze beproevingen kan leiden tot een ernstig psychologisch trauma en aangezien het vaak ongepast is om binnen hun cultuur emoties te uiten, lijden deze vrouwen in stilte. Bij sommige vrouwen treden gevoelens op van woede, angst, verbittering en verraad. Andere

rapporteren gevoel van onvolmaaktheid, verlies van zelfrespect, prikkelbaarheid, angst en paniek (WHO, 1996).

Lax (2000) beschrijft de psychologische gevolgen van genitale verminking als volgt: verlies van vertrouwen, verminderd lichamelijk welbevinden, post- traumatische shock en depressie.

PTSS

Meisjesbesnijdenis is een ingrijpende gebeurtenis die meestal op een jonge leeftijd plaatsvindt. Vaak zijn meisjes totaal niet op de handeling en de gevolgen ervan voorbereid; ze worden er door overvallen. Deze gebeurtenis kan dan als zeer traumatisch worden ervaren. Vrouwen die zo'n traumatische ervaring hebben meegemaakt, zouden symptomen kunnen vertonen die gerelateerd zijn aan een posttraumatische stressstoornis (PTSS). PTSS is een psychische aandoening die in de DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2001) is ingedeeld bij de angststoornissen. Als gevolg van het trauma heeft het slachtoffer last van drie klachtenclusters: herbelevingen, vermijdingsreacties en verhoogde prikkelbaarheid (Johnson & Thomson, 2007). Om aan de diagnose PTSS te voldoen (zie Bijlage 1 voor de DSM IV-TR criteria), dienen de symptomen langer dan een maand te duren en significant lijden te veroorzaken.

Het cognitieve model van PTSS

Hoewel veel mensen gedurende hun leven met een traumatische gebeurtenis te maken krijgen, wordt er niet bij iedere persoon na zo'n ervaring PTSS geconstateerd. De ontwikkeling van PTSS en de factoren die deze stoornis in stand houden kunnen door middel van het PTSS model van Ehlers en Clark (2000) worden verklaard. Volgens dit model is de rol van cognitieve processen cruciaal voor het wel of niet ontwikkelen van PTSS na een trauma. Een negatieve beoordeling van het trauma en de gevolgen ervan in combinatie met bepaalde kenmerken van de aard van de trauma herinnering, met name slechte verwerking en integratie van de gebeurtenis, kunnen voorspellend zijn voor het ontwikkelen van PTSS na een traumatische ervaring. De stoornis wordt in stand gehouden door bepaalde cognitieve processen en gedragingen zoals het vermijden van trauma gerelateerde herinneringen en het gebruik van veiligheidsgedrag om het optreden van intrusies en fysiologische reacties te voorkomen.

Model voor het ontwikkelen van PTSS na vrouwelijke genitale verminking

Naast het reeds gevestigde cognitieve model van Ehlers en Clark (2000) is er een model ontwikkeld dat zich specifiek richt op het identificeren van de factoren die van invloed kunnen zijn bij de ontwikkeling van PTSS na genitale verminking. Dit model is in 1999 door Dr. Haseena Lockhat opgesteld naar aanleiding van haar onderzoek naar de gevolgen van meisjesbesnijdenis bij Sudanese en Somalische migranten in Engeland. Volgens dit model dat gebaseerd is op onderzoeksresultaten van het kwalitatieve onderzoek dat door Lockhat is gedaan, blijken de vorm van de besnijdenis en de lichamelijke klachten die deze zich meebrengt bepalend te zijn voor het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis. De meest ernstige vorm, met name infibulatie, brengt de meeste medische complicaties met zich mee en verhoogt het risico op het ontwikkelen van PTSS. Dit is echter niet voldoende voor het ontwikkelen van de stoornis. Een drietal factoren is medebepalend voor het wel of niet ontwikkelen van PTSS na besnijdenis: het zich herinneren/beoordelen van de gebeurtenis als negatief of positief, de afwezigheid of aanwezigheid van sociale steun en het uitvoeren van de operatie met of zonder het gebruik van een verdovingsmiddel (Lockhat, 2004). Concluderend kan worden gezegd dat uit dit model blijkt dat een negatief oordeel, weinig sociale steun en geen verdoving de kans op PTSS verhogen.

Een interessante overeenkomst tussen deze twee modellen is de belangrijke rol die de beoordeling van het trauma speelt bij het wel of niet ontwikkelen van PTSS.

Onderzoeken naar meisjesbesnijdenis en PTSS

Aangezien meisjes bij genitale verminking geconfronteerd worden met een doodsbedreigende gebeurtenis die de lichamelijke integriteit in gevaar kan brengen, kan meisjesbesnijdenis worden gezien als een psychologisch trauma en een potentiële aanleiding voor het ontwikkelen van PTSS.

Uit de beschikbare literatuur blijkt dat weinig onderzoek is gedaan naar de relatie tussen meisjesbesnijdenis en PTSS. Een pilot studie tussen besneden en niet besneden Senegalese vrouwen heeft aangetoond dat besneden vrouwen een significant hogere prevalentie van PTSS en andere psychiatrische stoornissen vertonen. Hiernaast werd PTSS ook in verband gebracht met geheugenproblemen (Behrendt & Moritz, 2005). Uit een onderzoek naar PTSS en andere psychische stoornissen tussen besneden en niet besneden Bedouine vrouwen in Israël, kon er geen significant verschil tussen deze twee groepen

worden aangetoond. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn het toepassen van een lichte vorm van besnijdenis en de houding die deze vrouwen aannemen ten opzichte van deze handeling (Applebaum, Cohen, Matar, Rabia & Kaplan, 2008). Uit een ander onderzoek is gebleken dat besneden Bedouine vrouwen problemen hadden met het vertrouwen van andere mensen en met het opbouwen van een moeder- dochter relatie (Al - Krenawi & Wiesel- Lev, 1999).

Het huidige onderzoek

Doordat er tot op heden weinig grondig onderzoek is gedaan naar de psychische gevolgen van meisjesbesnijdenis en voornamelijk naar factoren is gekeken die van invloed kunnen zijn op het ontwikkelen van PTSS na genitale verminking, is het van groot belang meer kennis hierover te verwerven. Uit de studies die tot nu toe zijn gedaan zijn er enkele aanwijzingen dat meisjesbesnijdenis veelvuldige lichamelijke en psychische problemen met zich mee kan brengen. Om die reden is het belangrijk om nader onderzoek te doen om te kunnen bestuderen in hoeverre genitale verminking lichamelijke als psychische schade veroorzaakt.

Het onderzoek dat centraal staat in deze thesis is gericht op het identificeren van de mogelijke posttraumatisch gerelateerde symptomen van meisjesbesnijdenis op de lange termijn en de factoren die van invloed kunnen zijn voor de ontwikkeling van deze klachten. Daarnaast staan copingstrategieën die besneden vrouwen hanteren en de invloed van de mate van acculturatie op psychische gezondheidsklachten centraal.

Het is van groot belang om meer inzicht te krijgen om adequaat hulp te kunnen bieden aan vrouwen met een verschillende culturele achtergrond want uit onderzoek naar de ervaringen van migranten besneden vrouwen met de hulpverlening blijkt dat ze niet zo snel hulp zoeken omdat ze zich vaak niet begrepen voelen (Lockhat, 2004).

Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen luiden als volgt:

- Zijn er posttraumatisch gerelateerde symptomen van meisjesbesnijdenis vast te stellen? Is er sprake van een posttraumatische stressstoornis naar aanleiding van genitale verminking?

- Zijn factoren als het land van herkomst, de vorm van de besnijdenis, de leeftijd waarop de besnijdenis plaatsvond, de herinnering aan de besnijdenis, het opleidingsniveau en het aantal kinderen van de besneden vrouwen medebepalend voor de ontwikkeling van posttraumatisch gerelateerde klachten?
- Welke copingstijlen ontwikkelen besneden vrouwen met betrekking tot deze klachten?
- Wat voor invloed heeft de mate van acculturatie tot deze klachten?

Hypothesen

De volgende hypothesen kunnen bij de onderzoeksvragen worden geformuleerd:

1. Bij besneden vrouwen zullen posttraumatisch gerelateerde symptomen aanwezig zijn. De verwachting is dat deze vrouwen boven de drempelwaarde van pathologische posttraumatische stresssymptomen zullen scoren op de Harvard Trauma Questionnaire die PTSS symptomen meet.

2. Er wordt verwacht dat vrouwen met de meest ernstige vorm van besnijdenis meer PTSS klachten zullen rapporteren dan vrouwen die een mildere vorm van besnijdenis zijn ondergaan. Uit onderzoek (Lockhat, 2004) is gebleken dat bij vrouwen waarbij de meest ernstige vorm van besnijdenis is toegepast, een significant hoge levenslange PTSS incidentie is vastgesteld.

3. Vrouwen die op een latere leeftijd (tussen 5-12 jaar oud) zijn besneden zullen meer herinneringen hebben aan deze gebeurtenis en daardoor mogelijk ook meer last van nachtmerries en flashbacks dan vrouwen die als baby zijn besneden en zich niks van kunnen herinneren. Onderzoek heeft aangetoond dat het blootstellen aan een traumatische gebeurtenis op een jonge leeftijd de kans op het ontstaan van PTSS vergroot (Schnurr, Friedman & Benardy, 2002).

4. Hoger opgeleide vrouwen zullen minder posttraumatisch gerelateerde symptomen vertonen dan laag opgeleide vrouwen.

Uit verschillende studies is naar voren gekomen dat lager opgeleide mensen een grotere kans hebben op het ontwikkelen van PTSS dan hoog opgeleide mensen. (Schnurr et al, 2002).

5. Vrouwen afkomstig uit Somalië en Soedan waarbij de meest ernstige vorm van besnijdenis wordt toegepast zullen meer last hebben van PTSS klachten.
6. Vrouwen die hun eigen besnijdenis zich goed kunnen herinneren zullen meer PTSS klachten rapporteren.
7. Vrouwen met kinderen zullen meer last hebben van PTSS dan vrouwen zonder kinderen. Doordat vrouwen tijdens een bevalling vaak worden opengesneden en daarna weer dichtgenaaid zou deze ervaring herinneringen van de eigen besnijdenis naar boven kunnen halen en zelfs het herbeleven van de besnijdenis als gevolg kunnen hebben. Daardoor zouden PTSS symptomen kunnen ontstaan. Het aantal kinderen zou daarbij van invloed kunnen zijn. Hoe vaak ze een bevalling meemaken, hoe meer ze ermee worden geconfronteerd.
8. Er wordt verwacht dat besneden vrouwen met posttraumatisch gerelateerde symptomen eerder een passieve en vermijdende copingstijl zullen ontwikkelen dan vrouwen die geen of weinig symptomen vermelden. Er blijkt dat mensen waarbij PTSS is vastgesteld (volgens de DSM-IV-TR criteria), de neiging hebben om gedachtes, gevoelens, herinneringen en activiteiten die aan het trauma doen denken te vermijden.
De verwachting is dat vrouwen met minder klachten gebruik zullen maken van een actieve copingstijl. Een actieve copingstijl, zoals positief denken of actief omgaan met problemen, wordt geassocieerd met (een goede) aanpassing aan traumatische stress (Olf, Langeland & Gersons, 2005).
Evenzo zal het gebruik van een steunzoekende coping tot vermindering van PTSS symptomen kunnen leiden. Deze hypothese zou het model van de factoren die een cruciale rol spelen voor de ontwikkeling van PTSS als gevolg van besnijdenis (Lockhat, 1999) ondersteunen. Hoe meer sociale steun er over het algemeen wordt gezocht hoe minder PTSS symptomen aanwezig zullen zijn (Lockhat, 2004).
Daarnaast wordt er ook verwacht dat er gebruikt zal worden gemaakt van de volgende copingstijlen: bidden, religieuze/culturele acceptatie en sociale steun zoeken.
Uit het kwalitatief onderzoek van Lockhat (1999) is gebleken dat besneden vrouwen vaak gebruik maken van de bovengenoemde copingstrategieën om met de traumatische ervaring om te kunnen gaan.

Uit een onderzoek (Khawaja, et al., 2008) naar de moeilijkheden waar Sudanese vluchtelingen mee worden geconfronteerd en de copingstijlen die ze daarbij hanteren is gebleken dat steun zoeken in het geloof de meest gebruikte copingstijl is. Andere copingstrategieën zijn het zoeken van sociale steun, het herevalueren van de situatie en het zich richten tot de toekomst.

9. De verwachting is dat de mate van acculturatie invloed zal hebben op het veranderen van de houding ten opzichte van meisjesbesnijdenis met als gevolg het verwerken van de traumatische ervaring. Vrouwen die de Nederlandse taal goed beheersen, meer contact met Nederlanders hebben en zich goed hebben kunnen aanpassen aan de nieuwe situatie zullen minder klachten rapporteren. Uit eerder onderzoek (Kamperman, Komproe & de Jong, 2003) is gebleken dat bepaalde aspecten van acculturatie, met name taalbeheersing en sociale integratie invloed hebben op het psychisch welbevinden van migranten.

Het niet beheersen van de taal van het nieuwe land, beïnvloedt aanpassing en verhoogt stress. Daarnaast neemt het psychisch welbevinden af naarmate het contact met de autochtone bewoners van dit land als minder positief wordt gezien in combinatie met het niet beschikken over de benodigde vaardigheden voor de omgang met de nieuwe samenleving (Kamperman et al., 2003).

Hierbij zou de verblijfsduur in Nederland ook van invloed kunnen zijn. Uit het onderzoek van Morison, Dirir, Elmi, Warsame en Dirir (2004) is gebleken dat migranten van oudere generaties en migranten die zich minder goed hebben kunnen aanpassen aan de waarden en normen van de nieuwe omgeving, meer geneigd zijn om tradities zoals meisjesbesnijdenis te behouden.

Methoden

In januari 2008 is er bij Pharos, het landelijk kennis- en adviescentrum op het gebied van de gezondheid van vluchtelingen en nieuwkomers in Utrecht, een onderzoek gestart naar de psychische gevolgen van meisjesbesnijdenis. Voor dit onderzoek zijn zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens verzameld en geanalyseerd. Het onderzoek dat centraal staat in deze thesis is daar een onderdeel van. In deze thesis is er uitsluitend gebruik gemaakt van de kwantitatieve gegevens.

Participanten

De participanten van dit onderzoek vormen een steekproef uit de onderzoekspopulatie van besneden vrouwen (18+) van Afrikaanse afkomst in Nederland. De gemiddelde leeftijd van de participanten is 35,51 jaar (Sd = 10.54). Deze groep vrouwen is benaderd en geïnterviewd door 7 vertegenwoordigers uit de afrikaanse gemeenschap. Deze vertegenwoordigers zijn geselecteerd door Pharos en door FSAN, een organisatie van Somaliërs waarbij 41 zelforganisaties zijn aangesloten.

Bij de werving werd er gestreefd naar maximale representativiteit van de steekproef. In eerste instantie is er getracht om 72 vrouwen te benaderen uit respectievelijk Eritrea, Siërra Leone, Somalië, Ethiopië, Soedan en Egypte. De werving van de respondenten liep echter moeilijker dan verwacht. Het was niet mogelijk om ingang te verkrijgen in de Egyptische gemeenschap en daardoor zijn er geen respondenten afkomstig uit Egypte. Om vast te kunnen houden aan een representatief aantal respondenten zijn er meer respondenten verworven uit Somalië en Soedan. In totaal hebben er 66 vrouwen toegestemd om mee te doen aan het onderzoek.

Wat non responspercentage betreft is er verder weinig over bekend. In totaal zijn 72 personen benaderd. Uiteindelijk participeerden 66 personen, waarvan de meerderheid uit Soedan en Somalië.

In Tabel 2 staan de sociodemografische gegevens van deze steekproef.

Tabel 2: Demografische gegevens: aantal participanten en percentage per categorie (inclusief missende gegevens)

<i>Demografische gegevens</i>	<i>N</i>	<i>Percentage</i>	<i>Valide %</i>
Land van herkomst totaal	66	100	100

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
Vorm van besnijdenis	65	98,5	100
Type I- clitoridectomie	21	31,8	32,3
Type II- excisie	9	13,6	13,8
Type III- infibulatie	35	53	53,8
Type IV- mengvorm	0	0	0
<i>Missing values</i>	1	1,5	
Totaal	66	100	
Opleidingniveau	56	84,8	100
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	
Totaal	66	100	
Burgerlijke staat	58	87,9	100
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	
Totaal	66	100	

Procedure

Zoals eerder vermeld is er voor de werving van de respondenten geprobeerd om contact op te nemen met sleutelpersonen uit de bovengenoemde 7 Afrikaanse landen. Het bleek echter moeilijk om respondenten te werven afkomstig uit Egypte omdat er door de personen en organisaties die zijn benaderd werd ontkend dat vrouwenbesnijdenis in hun gemeenschap voorkomt. De respondenten die door vertegenwoordigers zijn benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek hebben zelf ook respondenten geworven. De meeste van de respondenten zaten al in zelforganisaties en hebben dat netwerk aangeboord en daarnaast vrienden en kennissen benaderd die op hun beurt de namen van andere vrouwen doorgaven. De steekproef is dus door middel van snowballing geworven. De zogenaamde snowball-sampling methode wordt vaak gehanteerd bij het exploreren van relatief onbekende groepen

als migranten. Samenstelling van de steekproef volgens deze methode ontbeert echter randomisering en kan niet worden vergeleken met representatieve methoden voor steekproefverzameling. Niettemin, wordt deze aangeraden in onderzoeken waar populatiekarakteristieken onhelder zijn en een zekere participatieweerstand wordt verwacht (Kaplan, Korf, & Sterk, 1987).

De 7 vertegenwoordigers die vanuit de eerder genoemde Afrikaanse landen zijn geselecteerd, bestaan uit twee vrouwen uit Somalië, twee uit Soedan, een uit Sierra Leone, een uit Eritrea en een uit Ethiopië. Het profiel van de zeven (7) vrouwen is: VWO of HBO geschoold; Nederlands / Engels sprekend en schrijvend; besneden en uit één van de zes geselecteerde landen afkomstig zijn. De 7 geselecteerde vrouwen zijn actief betrokken in het onderzoeksproces; zowel als interviewers als bij het vergaren en interpreteren van data. Deze vrouwen hebben een intensieve training gehad als voorbereiding op het doen en uitwerken van gestructureerde interviews en werken met gestandaardiseerde vragenlijsten. De training is door Pharos, FSAN en de betrokken onderzoekers verzorgd. De data zijn verworven tussen najaar 2008 en voorjaar 2009.

Het onderzoeksinstrumentarium werd in samenwerking met de 7 geselecteerde vrouwen samengesteld. Het instrumentarium bestaat uit een combinatie van zorgvuldig ontwikkelde semi- gestructureerde interviews en relevante gestandaardiseerde vragenlijsten, waarbij rekening werd gehouden met de cross-culturele validiteit van de gehanteerde onderzoeksinstrumenten. De instrumenten zijn door de 7 geselecteerde vrouwen afgenomen. In die gevallen waarbij een respondent aangeeft niet door een vrouw uit de eigen gemeenschap te willen worden geïnterviewd is er gewisseld met een andere onderzoekster. De voertaal tijdens het gehele onderzoek is, met het oog op de dataverwerking, Nederlands of Engels. Respondenten tekenen informed consent. Per respondent worden twee interviews afgenomen waarbij de volgende onderdelen worden gebruikt:

1. Persoonsgegevens (leeftijd, burgerlijke staat, religie, etniciteit, opleidingsniveau, opgroeisituatie, sociale status, inkomensniveau, verblijfsduur in Nederland, et cetera);
2. De Harvard Trauma Questionnaire (HTQ; Mollica, Caspi- Javin, Lavelle, Tor, Yang, Chan, Pham, Ryan & de Marneffe, 1996) transculturele zelfbeoordelingvragenlijst voor het meten van geweldservaringen en posttraumatische stresssymptomen);

3. De Hopkins Symptoms Checklist (HSCL; Mollica, Wyshak, de Marnette, Tu, Yang, Khuon, Coelho & Lavelle, 1996) meet angst- en depressiesymptomen, in Nederland gereviseerd door Kleijn (2001);
4. Cope-Easy (Carver, Scheier, Weintraub, 1989). Met deze vragenlijst is inzicht te krijgen in welke copingmechanismen en –stijlen aangewend worden na confrontatie met een traumatiserende ervaring.
5. De Lowlands Acculturation Scale (LAS; Mooren, Knipscheer, Kamperman, Kleber & Komproe, 2001), bepaalt de mate van acculturatie gerelateerde onderwerpen als attitudes en stress.

Onderzoeksinstrumenten

Voor deze thesis is alleen gebruikt gemaakt van de (kwantitatieve) gegevens uit de algemene vragenlijst over persoonsgegevens, de HTQ, de COPE-EASY en de LAS.

HTQ- Harvard trauma questionnaire

De Harvard Trauma Questionnaire (Mollica et al., 1996) is ontwikkeld om geweldservaringen en PTSS symptomen te meten in verschillende culturele populaties. De HTQ is een zelfbeoordelingvragenlijst en bestaat uit vier gedeelten. Deel I van de oorspronkelijke lijst bestaat uit 17 traumatische gebeurtenissen zoals gebrek aan water en voedsel, marteling, verkrachting, de moord op familie of vrienden. Bij deze gebeurtenissen kunnen de cliënten aangeven of ze het ‘zelf hebben ondervonden’, ‘getuige van zijn geweest’, ‘hebben over horen spreken’ of geen van dit alles. In deel II staan twee open vragen waarin betrokkene gevraagd wordt een beschrijving te geven van de meest traumatische gebeurtenissen in het land van herkomst en het land van opvang. In deel III staan enkele korte vragen over traumatische gebeurtenissen waarbij ook hoofdverwondingen optraden. Deel IV bestaat uit 30 items over posttraumatisch gerelateerde symptomen. De eerste 16 items zijn afgeleid van de DSM-IV criteria voor PTSS en worden gebruikt om de mate van PTSS symptomen te bepalen. De overige 14 items gaan over symptomen die betrekking hebben op de doorgemaakte traumatische gebeurtenis. Een voorbeeld van een item is : “Het vermijden van gedachten en gevoelens die doen herinneren aan de pijnlijke of angstwekkende gebeurtenissen”.

De HTQ hanteert een vierpuntsschaal lopend van 1= 'helemaal geen last' tot 4= 'zeer veel last', om de ernst van de symptomen te meten gedurende de voorafgaande week. De HTQ- totaalscore wordt bepaald door de som van de symptoomscores te delen door het aantal symptomen (16 en/of 30).

Op basis van een valideringsonderzoek bij een klinische populatie van getraumatiseerde vluchtelingen afkomstig uit Laos, Cambodja en Vietnam komt Mollica (1992) tot een cut-offscore van 2.5 als optimaal om een onderscheid te maken tussen mensen met PTSS (> 2.5) en zonder PTSS (< 2.5).

De interbeoordelaars betrouwbaarheid is hoog voor de traumatische gebeurtenissen ($r = .93$) en de trauma gerelateerde symptomen ($r = .98$). Tevens is de test- hertest betrouwbaarheid voor beide constructen hoog. Voor de traumatische gebeurtenissen werd er een correlatie van $.89$ ($p < .0001$) gevonden en voor de trauma gerelateerde symptomen een correlatie van $.92$ ($p < .0001$).

Tot slot is de betrouwbaarheid gemeten met de methode van interne consistentie. Cronbach's alpha is hoog voor de traumatische gebeurtenissen ($.90$) en de traumagerelateerde symptomen ($.96$). De criterium validiteit bestaat uit een sensitiviteit van $.78$ en een specificiteit van $.65$ (Mollica et al., 1996). In een pilotstudie van Van Dijk, Kortmann, Kooyman en Bot (1999) naar de bruikbaarheid en validiteit van de HTQ als meetinstrument bij een etnische gemengde populatie vluchtelingen vonden de auteurs een sensitiviteit van 78% en een specificiteit van 71% .

In het huidige onderzoek is het vierde deel van de HTQ gebruikt om de klachten die met de besnijdenis te maken hebben en de gevolgen ervan vast te stellen.

Coping Vragenlijst (COPE-EASY)

De Nederlandse versie van de COPE (COPE-Easy) inventariseert stresshantering (copinggedrag) opgevat als een persoonlijke stijl. Het is een lijst die de verschillende manieren inventariseert hoe iemand een stressvolle situatie hanteert. De vragenlijst omvat 15 schalen die een breed scala van copinggedrag beschrijven: Actief aanpakken, Planmatige aanpak, Voorrang geven, Afwachten gunstig moment, Hulp zoeken, Morele steun zoeken, Positief herbenoemen, Humor, Accepteren, Steun in geloof zoeken, Uiten van emoties, Ontkennen, Opgeven, Afleiding zoeken en Alcohol/Medicatie (geen subschaal maar vier items die navraag doen naar het gebruik van verschillende middelen). De versie van de COPE-EASY die voor dit onderzoek is gebruikt bestaat uit 32-items. De items van de vragenlijst kunnen ten dele gegroepeerd worden onder drie hoofddimensies: 1) Actief-

probleemgerichte coping; 2) Steun zoekende coping en 3) Vermijdend gedrag (Kleijn, Van Heck, & Van Waning, 2000). De dimensie actief- probleemgerichte coping omvat in totaal 10 items. Een voorbeeld van een vraag die deze schaal meet is: "Ik deed extra mijn best er iets aan te doen". De dimensie steunzoekende coping omvat 6 items. Een voorbeeld van een vraag is: "Ik vroeg advies aan iemand". De dimensie vermijdend gedrag omvat ook 6 items. Het vermijdend gedrag wordt bijvoorbeeld gemeten door de vraag: "Ik geef mijn poging om mijn doel te bereiken op". Niet in deze clusters opgenomen items gaan over het zoeken van steun in religie, acceptatie van de gebeurtenis, humor en toevlucht nemen tot het gebruik van diverse middelen. Iedere item wordt gescoord op een vierpuntsschaal lopend van 1= 'helemaal niet op mij van toepassing', en 4= 'zeer veel op mij van toepassing'.

De betrouwbaarheid van de subschalen van de COPE-Easy bleek over het algemeen ruim voldoende (Kleijn et al., 2000). Over de cross culturele validiteit van deze schaal is nog weinig bekend. De bruikbaarheid van deze versie wordt onder andere beproefd in het behandelproces van getraumatiseerde oorlogsslachtoffers waaronder vluchtelingen en asielzoekers (Thomaes, Kleijn, Schreuder & Rohlof, 2000).

LAS- Lowlands Acculturation Scale

De mate van acculturatie is bepaald met de *Lowlands Acculturation Scale* (Mooren et al., 2001). De oorspronkelijke LAS bestaat uit 27 stellingen. Voor dit onderzoek is er gebruikt gemaakt van de verkorte versie van de LAS die uit 20 items bestaat. Een 6-item-Likertschaal is gebruikt om aan te geven in hoeverre men het eens of oneens is met de stellingen. De 6 items lopen van 'helemaal niet van toepassing' tot 'heel erg van toepassing'. De LAS is onderverdeeld in vijf subschalen. (1) Tradities: deze schaal omvat 4 items en richt zich op het behoud van de eigen cultuur en gewoonten. Een voorbeeld van een item is 'Ik luister het liefst naar Somalische muziek'. (2) De schaal Normen en waarden omvat 4 items en brengt de morele normen en waarden van de respondent in kaart. Een voorbeeld is 'Ik vind dat Nederlanders weinig respect tonen voor oudere mensen'. (3) De schaal Verlies bestaat uit 6 items zoals 'Ik voel me hier minder thuis dan in mijn eigen land' en meet het gevoel van verlies en heimwee. (4) Praktische vaardigheden, zoals het beheersen van de Nederlandse taal, die zinvol zijn voor participatie in de Nederlandse samenleving zijn in kaart gebracht met behulp van de schaal Vaardigheden die uit 3 items bestaat. In deze schaal zijn items opgenomen zoals 'Ik vind de Nederlandse taal moeilijk en daardoor word ik niet gemotiveerd om het te leren'. (5) De schaal Sociale Integratie die vier items omvat, refereert aan de mate

van sociale integratie en het sociale contact met de autochtone Nederlandse bevolking. Een voorbeeld van een item uit deze schaal is: 'Ik ervaar het contact met Nederlanders als goed'.

Voor dit onderzoek zijn de 3 items (vraag 2, 4 en 6) van de schaal Sociale Integratie omgescoord om ervoor te zorgen dat voor alle schalen een hoge score meer gerichtheid op de eigen cultuur betekent. De vijf schalen worden apart bekeken en refereren aan specifieke aspecten van de culturele aanpassing van de respondent. Een hoge score op de schalen verwijst naar een laag acculturatieniveau, een verminderde culturele aanpassing.

Statistische analyses

De statistische analyses zijn uitgevoerd met behulp van het programma *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 16.0 voor Windows). Vanwege de missende gegevens zijn voorafgaand aan de analyses de scores op alle drie de vragenlijsten in SPSS gerepareerd. Bij vragenlijsten waarbij minder dan de helft van de vragen door de respondent werden ingevuld, werd de score van deze persoon niet meegenomen in de analyse. Voor alle analyses is gebruik gemaakt van de gerepareerde gemiddelde scores en totaalscores. Voor het vaststellen van posttraumatisch gerelateerde symptomen en PTSS zijn beschrijvende statistische analyses uitgevoerd. Er is voornamelijk gebruik gemaakt van frequentie analyses om het percentage en het aantal vrouwen die hoger hebben gescoord dan de grenswaarde (> 2.5) op de HTQ te bepalen. Hierbij zijn de gemiddelde HTQ en PTSD scores gebruikt. De gemiddelde HTQ scores verwijzen naar de gemiddelde score op de hele HTQ vragenlijst (posttraumatisch gerelateerde klachten) en de gemiddelde PTSD scores verwijzen naar de gemiddelde score op de eerste 16 vragen van de HTQ (PTSS). Een gemiddelde score hoger dan 2.5 op de hele vragenlijst betekent dat posttraumatisch gerelateerde symptomen aanwezig zijn terwijl een gemiddelde score hoger dan 2.5 op de eerste 16 vragen betekent dat er sprake is van PTSS.

Om te onderzoeken welke factoren medebepalend zijn voor de ontwikkeling van posttraumatisch gerelateerde symptomen en PTSS is een enkelvoudige variantieanalyse (One-way ANOVA) uitgevoerd. De afhankelijke variabelen waren de gemiddelde HTQ scores en de gemiddelde PTSD scores. De splitsingsvariabelen waren het land van herkomst, de vorm van de besnijdenis, de herinnering van de besnijdenis, het opleidingsniveau en het wel of niet hebben van kinderen van de besneden vrouwen. Voor deze variabelen is de informatie uit de algemene vragenlijst gebruikt.

Om te toetsen of er een verband bestaat tussen de leeftijd waarop de besnijdenis plaatsvond en het ontwikkelen van PTSS en posttraumatisch gerelateerde klachten is er gebruik gemaakt van Pearson's correlatie coëfficiënt.

De relatie tussen copingstijlen en posttraumatisch gerelateerde symptomen is onderzocht door middel van Pearson's correlatie coëfficiënt voor de hoofddimensies (actief- probleemgericht, steunzoekend en vermijgend) van de COPE- EASY en de voor de posttraumatisch gerelateerde symptomen en PTSS de gemiddelde HTQ en PTSD scores.

Om te onderzoeken of de mate van acculturatie invloed heeft tot de klachten is er gebruikt gemaakt van Pearson's correlatie coëfficiënt. Er is gezocht naar de samenhang tussen de vijf subschalen van de LAS en de gemiddelde HTQ en PTSD scores.

Tot slot worden de variabelen waarbij een significante relatie wordt gevonden met de HTQ en PTSD scores in een multiële regressie analyse meegenomen om te toetsen welke (combinatie) van factoren het grootste deel van de variantie in PTSS symptomatologie verklaart.

Resultaten

Interne consistentie

Om de interne consistentie te controleren is per test die in dit onderzoek gebruikt is Cronbach's α berekend. Een schaal met een Cronbach's α vanaf .60 wordt als voldoende betrouwbaar geacht (Baarda, De Goede & Van Dijkum, 2007). De interne consistentie van de COPE- EASY is hoog met een α van .90. De dimensie vermijdende coping van de COPE-EASY heeft een voldoende α van .67 terwijl de andere twee hoofddimensies met name actief- probleemgerichte en steunzoekende coping een hoge α hebben van respectievelijk .91 en .86. De subschalen van de LAS hebben een voldoende α . Tot slot is de interne consistentie van de HTQ hoog met een α van .96.

In tabel 2 staan de berekende Cronbach's α en het aantal items per vragenlijst. De interne consistentie van de gebruikte schalen blijkt voldoende tot goed te zijn, zoals te lezen valt in Tabel 2.

Tabel 2: De berekende Cronbach's α en het aantal items per vragenlijst

<i>Vragenlijst</i>	<i>N</i>	<i>Cronbach's α</i>
COPE- EASY	32	.90
Hoofddimensie actief – probleemgerichte coping	10	.91
Hoofddimensie steunzoekende coping	6	.86
Hoofddimensie vermijdende coping	6	.67
LAS	20	.83
Tradities	4	.61
Sociale Integratie	3	.69
Normen en waarden	4	.62
Verlies	6	.63
Vaardigheden	3	.63
HTQ	30	.96

Resultaten per onderzoeksvraag

Onderzoeksvraag 1: Zijn er posttraumatisch gerelateerde symptomen van meisjesbesnijdenis vast te stellen? Is er sprake van een posttraumatische stressstoornis naar aanleiding van genitale verminking?

Van de 66 vrouwen die deel hebben genomen aan dit onderzoek zijn 63 vrouwen in de statistische analyses meegenomen, 3 vrouwen zijn uitgesloten vanwege onvoldoende aantal beantwoorde vragen. Uit de 63 participanten hebben 11 vrouwen boven de drempelwaarde ($>2,5$) van de pathologische posttraumatische stresssymptomen gescoord op de HTQ. Ongeveer 16% van de besneden vrouwen heeft last van posttraumatisch gerelateerde symptomen. Uit de tweede analyse is gebleken dat 14 van de 63 vrouwen hoger dan de grenswaarde ($>2,5$) hebben gescoord op de eerste 16 vragen van de HTQ. Circa 21% van de vrouwen voldoet aan de criteria van een posttraumatische stressstoornis.

Onderzoeksvraag 2: Zijn factoren als het land van herkomst, de vorm van de besnijdenis, de leeftijd waarop de besnijdenis plaatsvond, de herinnering aan de besnijdenis, het

opleidingsniveau en het aantal gekregen kinderen van de besneden vrouwen medebepalend voor de ontwikkeling van posttraumatisch gerelateerde klachten?

Uit de eerste enkelvoudige variantieanalyse wordt geconstateerd dat er een significant verschil in gemiddelde HTQ en PTSD scores bestaat tussen vrouwen met Type I besnijdenis (n =20), vrouwen met Type II (n= 9) en vrouwen met Type III (n= 34) (F HTQ score= 4.89, F PTSD score= 3.18; df = 2, p < .05). Een hoge gemiddelde HTQ score geeft de aanwezigheid van posttraumatisch gerelateerde symptomen aan en een hoge gemiddelde PTSD score geeft de aanwezigheid van PTSS aan. Vrouwen met Type III besnijdenis hebben meer last van PTSS dan vrouwen die een van de andere twee vormen van besnijdenis hebben ondergaan. Uit de post- hoc vergelijkingen blijkt dat er alleen bij de vergelijkingen tussen Type I en Type III besnijdenis sprake is van een significant verschil (p < .05). Van de verschillen in de gemiddelde HTQ scores kan 14% verklaard worden vanuit de vorm van besnijdenis ($\eta^2 = .14$) en van de verschillen in de gemiddelde PTSD scores is dat 10% ($\eta^2 = .10$).

Er is een significant verschil in gemiddelde HTQ en PTSD scores naar land van herkomst (F= 5.4, F= 6.7; df = 4, p < .05). Vrouwen afkomstig uit Soedan hebben meer last van PTSS terwijl vrouwen uit Eritrea de minste klachten rapporteren. Uit de post- hoc vergelijkingen blijkt dat er alleen bij de vergelijkingen tussen Somalië met Soedan en Eritrea met Soedan significante verschillen bestaan (p < .05). Van de verschillen in de gemiddelde HTQ scores kan 27% verklaard worden vanuit het land van herkomst ($\eta^2 = .27$). Wat de verschillen in de gemiddelde PTSD scores betreft wordt 32% ervan vanuit het land van herkomst verklaard ($\eta^2 = .32$).

Vrouwen die hun besnijdenis goed herinneren rapporteren meer PTSS symptomen dan vrouwen die dat een beetje of helemaal niet kunnen (F HTQ = 14.48, df = 2, p < .05; F PTSD = 14.70; df = 2, p < .05). Van de verschillen in zowel de gemiddelde HTQ scores als de gemiddelde PTSD scores kan 34% verklaard worden vanuit de vorm van besnijdenis ($\eta^2 = .34$).

Voor de overige factoren zijn er geen significante verschillen gevonden. In Tabel 3 staan de uitkomsten van de analyses.

Tabel 3: Aantalen, gemiddelden en standaarddeviaties van de factoren uit de Enkelvoudige Variantie Analyse

<i>Factoren</i>		<i>N</i>	<i>HTQ scores</i>		<i>PTSD scores</i>	
			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>Land van herkomst</i>	Somalië	18	1.54*	.46	1.53*	.50
	Sierra Leone	10	1.72	.26	1.95	.38
	Soedan	18	2.15*	.54	2.31*	.61
	Eritrea	12	1.35*	.66	1.36*	.66
	Ethiopië	5	2.03*	.76	2.00	.75
<i>Vorm van besnijdenis</i>	Type I-clitoridectomie	20	1.42*	.39	1.53*	.53
	Type II-excisie	9	1.85	.64	1.85	.63
	Type III-infibulatie	34	1.91*	.63	1.99*	.71
<i>Herinnering aan de besnijdenis</i>	Goed	33	2.04*	.61	2.16*	.67
	Beetje	13	1.54*	.24	1.62*	.33
	Helemaal niet	13	1.21*	.31	1.22*	.34
<i>Opleidingsniveau</i>	Geen	4	1.69	.58	1.57	.55
	Lagere school	5	1.90	.67	2.00	.73
	Middelbare school	22	1.54	.60	1.63	.64
	Hoger onderwijs	23	1.94	.63	2.07	.73
	<i>Aantal kinderen</i>	0	21	1.68	.58	1.75
	1	19	1.82	.64	1.95	.76
	2	10	1.63	.62	1.71	.68
	3	3	2.01	.63	2.10	.55
	4	3	2.32	.93	2.25	.99

* $p < 0.05$

Uit Pearson's correlatie tussen de leeftijd waarop de besnijdenis plaatsvond en de scores op de PTSD en HTQ blijkt dat er een significant verband is tussen de variabelen ($r =$

.35; $p < .01$ en $r = .30$; $p < .05$ respectievelijk). Naarmate men ouder was toen de besnijdenis werd uitgevoerd, worden meer posttraumatisch gerelateerde klachten gerapporteerd.

Onderzoeksvraag 3: Welke copingstijlen ontwikkelen besneden vrouwen met betrekking tot deze klachten?

In Tabel 4 staan de correlaties tussen coping en HTQ scores en in Tabel 4.1 de correlaties met de PTSD scores.

Tabel 4: Samenhang tussen de dimensies van de COPE-EASY en de gemiddelde HTQscores

Correlaties		Actief- probleemgerichte coping	Steunzoekende coping	Vermijdende coping	Steun zoeken in religie	Acceptatie
Gemiddelde HTQ scores	Pearson's correlatie coëfficiënt	.011	.167	.416**	.000	-.028
	Sig. (tweezijdig)	.936	.207	.001	.999	.836
	N	60	59	58	59	58

Noot: ** Correlatie is significant op 0.01 level (tweezijdig).

Hoe meer gebruik wordt gemaakt van een vermijdende copingstijl, hoe meer last van posttraumatisch gerelateerde klachten en aanwezigheid van PTSS wordt vermeld.

De overige 4 dimensies van de COPE-EASY laten geen significante resultaten zien.

Tabel 4.1: Samenhang tussen de dimensies van de COPE-EASY en de gemiddelde PTSDscores

Correlaties		Actief- probleemgerichte coping	Steunzoekende coping	Vermijdende coping	Steun zoeken in religie	Acceptatie
Gemiddelde PTSD	Pearson's correlatie	-.045	.067	.384**	.011	-.026

scores	coëfficiënt					
	Sig.	.732	.613	.003	.935	.847
	(tweezijdig)					
	N	60	59	58	59	58

Noot: ** Correlatie is significant op 0.01 level (tweezijdig).

Onderzoeksvraag 4: Wat voor invloed heeft de mate van acculturatie tot deze klachten?

Er is een positieve samenhang tussen de dimensie vaardigheden van de LAS en de gemiddelde scores van de HTQ ($r = .36$; $p < .01$) en de gemiddelde PTSD scores ($r = .36$; $p < .01$). Dit betekent dat vrouwen waarbij belangrijke vaardigheden als het beheersen van de Nederlandse taal ontbreken, meer last hebben van posttraumatisch gerelateerde klachten en PTSS. Voor de andere dimensies van de LAS zijn er geen significante resultaten aangetoond. In Tabel 5 en Tabel 5.1 staan de uitkomsten van de analyses.

Tabel 5: Correlaties tussen de dimensies van de LAS en de gemiddelde HTQscores

Correlaties	Tradities behouden	Sociale Integratie	Normen en waarden	Verlies	Vaardigheden	
Gemiddelde	Pearson's	.106	.109	.137	.236	.359**
HTQ scores	correlatie					
	coëfficiënt					
	Sig.	.429	.417	.319	.075	.007
	(tweezijdig)					
	N	58	58	56	58	56

Noot: ** Correlatie is significant op 0.01 level (tweezijdig).

Tabel 5.1: Correlaties tussen de dimensies van de LAS en de gemiddelde PTSDscores

Correlaties		Tradities behouden	Sociale Integratie	Normen en waarden	Verlies	Vaardigheden
Gemiddelde PTSD scores	Pearson's correlatie coëfficiënt	.093	.171	.135	.215	.361**
	Sig. (tweezijdig)	.489	.199	.322	.105	.006
	N	58	58	56	58	56

Noot: ** Correlatie is significant op 0.01 level (tweezijdig).

De variabelen waarbij een significante relatie is gevonden met de PTSD scores, zijn getoetst in een multiële regressie analyse. Voor het land van herkomst zijn er dummy variabelen aangemaakt met iedere keer een andere land als referentiegroep. In Tabel 6 is te zien dat een significante relatie gevonden wordt tussen de PTSD scores en de vorm van besnijdenis en het land van herkomst. Voordat het land van herkomst aan de analyse wordt toegevoegd is er een significant verband te zien met de variabele herinnering aan de besnijdenis. Nadat het land van herkomst in de analyse wordt meegenomen, blijkt de herinnering aan de besnijdenis niet meer significant te zijn. Uit de vergelijkingen blijkt dat vrouwen uit Soedan meer onder PTSD lijden dan vrouwen uit andere landen. De complete output van de multiële regressie analyses is in Bijlage 2 te zien. De getoetste factoren verklaren 65% van de variantie in PTSS symptomatologie.

Tabel 6: Multiële regressie analyse met als afhankelijke variabele de gemiddelde PTSD score en als onafhankelijke variabelen vorm van besnijdenis, herinnering aan, leeftijd tijdens besnijdenis, vermijdende coping, vaardigheden en land van herkomst

Variabelen	Béta	T	Significantie
Vorm van besnijdenis	.49	2.26	.029*
Land van herkomst (Vergelijkingen)			

Somalië- Sierra Leone	.57	2.48	.018*
Somalië- Soedan	.57	4.19	.000*
Somalië- Eritrea	.69	3.38	.002*
Somalië - Ethiopie	.24	2.21	.034*
Soedan- Somalië	-.57	-4.19	.000*
Eritrea- Somalië	-.71	-3.41	.002*
Ethiopie - Somalië	-.53	-2.21	.034*

* $p < 0.05$

Discussie

Ten einde kennis rond de psychische gevolgen van meisjesbesnijdenis te vergroten, is in deze studie de aanwezigheid van PTSS klachten en de factoren die van invloed kunnen zijn voor de ontwikkeling van deze klachten onderzocht bij besneden gemigreerde Afrikaanse vrouwen in Nederland. Verwacht werd dat er bij besneden vrouwen posttraumatisch gerelateerde symptomen aanwezig zouden zijn. Daarnaast werd verwacht dat bepaalde factoren zoals de meest ernstige vorm van besnijdenis, het land van herkomst, een laag opleidingsniveau, de herinnering aan de traumatische gebeurtenis, de leeftijd waarop de besnijdenis plaatsvond, het hebben van kinderen, een vermijdende copingstijl, een niet steunzoekende copingstijl en het niet beschikken over de benodigde vaardigheden om zich aan te passen aan de nieuwe omgeving, samen zouden hangen met meer PTSS klachten. Deze verwachtingen zijn gedeeltelijk bevestigd en ten dele ontkracht.

Belangrijkste onderzoeksbevindingen

Op basis van de resultaten blijkt er sprake te zijn van PTSS bij 14 van de 66 vrouwen die aan dit onderzoek deel hebben genomen. Vrouwen met de meest ernstige vorm van besnijdenis, met name infibulatie, hebben meer last van PTSS klachten. Deze bevinding komt overeen met eerder onderzoek (Lockhat, 2004) en ondersteunt gedeeltelijk het eerder besproken model van Lockhat (1999) voor het ontwikkelen van PTSS na genitale verminking. Participanten met de mildere vorm van besnijdenis, met name Type I volgens de WHO classificatie (2007) blijken minder PTSS klachten te vertonen.

Vrouwen afkomstig uit Soedan scoren het hoogst op de HTQ, waaruit blijkt dat ze meer last hebben van posttraumatisch gerelateerde symptomen en PTSS. Deze bevindingen komen gedeeltelijk overeen met de verwachtingen. Er werd verwacht dat vrouwen afkomstig uit landen zoals Soedan en Somalië waarbij vrouwen gemiddeld op de leeftijd van 7 jaar worden besneden en waarbij ook de meest ernstige vorm van besnijdenis wordt toegepast, meer PTSS klachten zouden rapporteren. Het is opmerkelijk dat vrouwen afkomstig uit Somalië minder klachten rapporteren in vergelijking met vrouwen uit Soedan.

Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat ondanks de overeenkomsten tussen deze twee landen wat meisjesbesnijdenis betreft, de manier waarop vrouwen afkomstig uit Somalië en vrouwen afkomstig uit Soedan met problemen omgaan het verschil in het rapporteren van klachten zou kunnen verklaren. Helaas is er niet bekend welke aspect van omgaan met problemen het verschil zou kunnen maken. Wellicht speelt hierbij het wel of niet accepteren van de hele gebeurtenis en het gebruik maken van religieuze handelingen een rol. Daarnaast kunnen de betekenis die aan meisjesbesnijdenis wordt verleend en de onderliggende redenen die het gebruik in stand houden en voortzetten, van belang zijn aangezien ze per land/gemeenschap/individu verschillen. Hierbij kan worden gedacht aan het negatief of positief interpreteren van de gebeurtenis en de gevolgen ervan. Uit het cognitieve model van PTSS van Ehlers en Clark (2000) en het model van Lockhat (1999) blijkt dat het negatief beoordelen van de trauma voorspellend kan zijn voor het ontwikkelen van PTSS. Het is mogelijk dat vrouwen uit Somalië een iets meer positieve interpretatie geven aan de hele gebeurtenis dan vrouwen uit Soedan en daardoor minder last krijgen van PTSS.

Verder is er volgens de verwachtingen een positieve samenhang gevonden tussen de aanwezigheid van PTSS klachten en de leeftijd waarop de besnijdenis plaatsvond. Vrouwen die op een latere leeftijd zijn besneden, melden meer posttraumatisch gerelateerde symptomen in vergelijking met vrouwen waarbij de besnijdenis op een jongere leeftijd is uitgevoerd.

Tevens is er een significante samenhang gevonden tussen de aanwezigheid van PTSS klachten en het zich herinneren van de eigen besnijdenis. Vrouwen die de dag van hun besnijdenis goed kunnen herinneren blijken meer last te hebben van PTSS. Hieruit zou kunnen worden geconcludeerd dat zowel de leeftijd waarop de besnijdenis plaatsvond van essentieel belang is voor het ontwikkelen van PTSS als het zich kunnen herinneren van de besnijdenis.

Wat het opleidingsniveau betreft in relatie tot de klachten zijn er geen significante resultaten gevonden. De verwachting was dat lager opgeleide vrouwen meer last zouden hebben van PTSS. De bevindingen van dit onderzoek hebben dit niet kunnen aantonen. Het

feit dat de meerderheid van de vrouwen die aan dit onderzoek deel hebben genomen middelbaar of hoger onderwijs heeft genoten zou enigszins een verklaring kunnen zijn voor het niet kunnen aantonen van een samenhang tussen PTSS klachten en opleidingsniveau. De geringe differentiatie zou in dit geval ook een reden kunnen zijn voor het niet kunnen vinden van een significante relatie.

Tussen het aantal verkregen kinderen en de aanwezigheid van PTSS is evenmin een significante samenhang gevonden. Er werd verwacht dat vrouwen die kinderen krijgen meer PTSS klachten zouden vertonen. De pijnlijke ervaring van de bevalling vaak in combinatie met het opensnijden en het later opnieuw dichtnaaien van de vagina zou als een herbeleving van de besnijdenis kunnen worden ervaren. Een mogelijke verklaring voor het niet kunnen vinden van een significante samenhang zou kunnen zijn de veronderstelling dat elke vrouw lichamelijke klachten moet doorstaan en dat deze los staan van de besnijdenis (In Keizer, 2003).

Er is voorts een significante relatie gevonden tussen de aanwezigheid van PTSS klachten en een vermijdende copingstijl. Het blijkt dat vrouwen met PTSS klachten meer gebruikmaken van een vermijdende copingstijl. Deze bevinding komt overeen met de verwachtingen en het model van Ehlers en Clark (2000) over het in stand houden van PTSS. Verder is er geen significante relatie gevonden tussen steunzoekende copingstijl en PTSS. Verwacht werd dat het gebruik van een steunzoekende coping samen zou hangen met minder PTSS symptomen. Uit de resultaten komt dit niet naar voren. Het is mogelijk dat het zoeken van steun zowel een negatieve uitwerking zou kunnen hebben indien men geen adequate steun krijgt. De manier waarop sociale steun gegeven wordt zou van groot belang kunnen zijn. Wanneer men steun ontvangt uit familieleden en/of vrienden die begripvol reageren, waardering tonen en betrouwbaar zijn, heeft dit een positieve werking op de klachten. Wanneer deze personen echter kritische opmerkingen maken en spanning opwekken kan dit de klachten doen toenemen (Lincoln, Chatters & Taylor, 2003).

Uit de gegevens van dit onderzoek is het moeilijk te achterhalen op wat voor manier deze vrouwen steun krijgen. Mogelijk werpen de kwalitatieve gegevens meer licht op deze kwestie. Wellicht is dit een verklaring voor het niet kunnen vinden van een significante relatie tussen het gebruik van een steunzoekende coping en minder PTSS klachten.

Tot slot is er een significante samenhang gevonden tussen de aanwezigheid van PTSS en één van de aspecten van acculturatie, te weten vaardigheden. Het blijkt dat vrouwen die niet over de benodigde vaardigheden beschikken - zoals het beheersen van de Nederlandse taal- voor de omgang met de nieuwe samenleving meer PTSS klachten rapporteren. Deze

bevinding komt overeen met de resultaten van eerder onderzoek naar dit aspect van acculturatie en psychisch welbevinden (Kamperman et al., 2003). Voor de overige aspecten van acculturatie zijn er geen significante resultaten gevonden.

De bevindingen in dit onderzoek sluiten gedeeltelijk aan bij het model van Lockhat (1999) voor het ontwikkelen van PTSS na genitale verminking. Volgens dit model verhoogt de meest ernstige vorm van besnijdenis het risico op het ontwikkelen van PTSS. Uit het huidige onderzoek blijkt dat vrouwen waarbij infibulatie is toegepast, meer last krijgen van PTSS.

Het drietal factoren van het model die medebepalend zijn voor het ontwikkelen van PTSS na besnijdenis kunnen door de resultaten niet worden ondersteund. Tussen sociale steun en ontwikkeling van PTSS is er geen significante samenhang gevonden. Wat de andere twee factoren betreft waren er onvoldoende gegevens beschikbaar om ze te toetsen.

Tevens sluiten de uitkomsten van dit onderzoek deels aan bij het model van Ehlers en Clark (2000). Volgens dit model wordt PTSS in stand gehouden door het vermijden van trauma gerelateerde herinneringen. Op basis van de resultaten van het huidige onderzoek blijkt dat een vermijdende copijngstijl het meest samenhangt met de aanwezigheid van PTSS.

Methodologische overwegingen

Er is een aantal kanttekeningen te plaatsen bij dit onderzoek, waarmee rekening gehouden moet worden als men uit de gevonden gegevens conclusies wil trekken. Allereerst miste een aantal gegevens wegens niet volledig ingevulde vragenlijsten. Sommige algemene gegevens konden wel worden achterhaald maar de onbeantwoorde vragen van de onvolledig ingevulde vragenlijsten niet. Om dit probleem op te lossen is er in SPSS getracht om door middel van een formule de missende gegevens te corrigeren. Afhankelijk van het aantal beantwoorde vragen per vragenlijst werden de gegevens wel of niet in de analyses meegenomen. Meer dan de helft van de vragen per vragenlijst zou moeten worden ingevuld om deze mee te kunnen nemen in de analyse. Daardoor zijn niet alle gegevens van alle 66 vrouwen die aan dit onderzoek deel hebben genomen geanalyseerd. Indien alle vragenlijsten compleet ingevuld zouden zijn, zouden de gegevens van alle 66 vrouwen worden geanalyseerd en zouden meer data beschikbaar zijn wat mogelijk andere resultaten op zou leveren. Hoewel niet te verwachten zou zijn dat met de gegevens van 4 extra respondenten totaal andere resultaten zouden worden gevonden. Bovendien zou het interessant zijn om de reden dat deze vrouwen de vragenlijsten niet volledig hebben ingevuld te achterhalen.

Wanneer gekeken wordt naar de steekproef blijkt dat ondanks de diversiteit van de respondenten, alle participanten, migranten Afrikaanse vrouwen zijn en daarom rekening mee moet worden gehouden bij het generaliseren van de bevindingen van dit onderzoek. Wellicht dat deze vrouwen wegens het migreren naar Nederland een andere houding aannemen ten opzichte van hun eigen besnijdenis en meisjesbesnijdenis over het algemeen in vergelijking met besneden vrouwen in Afrika. In Afrikaanse landen waarbij meisjesbesnijdenis wordt uitgevoerd is het een vanzelfsprekend gebeurtenis die alle vrouwen ondergaan. In een land als Nederland wordt dit gebruik juist bestreden.

Tevens bleek dat de meerderheid van de respondenten middelbaar of hoger onderwijs heeft gevolgd. Daardoor was er ook mogelijk onvoldoende differentiatie in opleiding. Op dit punt na blijkt de steekproef over het algemeen vrij divers te zijn.

In dit onderzoek is er geen controlegroep waarmee de gegevens kunnen worden vergeleken en daarom kunnen er geen uitspraken worden gedaan over de gevolgen van meisjesbesnijdenis bij besneden vrouwen in Afrika.

Daarnaast kunnen enige vraagtekens worden geplaatst bij het direct koppelen van de PTSS klachten aan de besnijdenis. Alhoewel er specifiek naar gevraagd is om de klachten te rapporteren die met de besnijdenis te maken hebben is het mogelijk dat andere stressfactoren eveneens een rol spelen bij het ontwikkelen van PTSS klachten. De verschillende problemen waarmee migranten vrouwen te maken krijgen voor, tijdens en na het emigreren zouden ook van invloed kunnen zijn.

Tot slot is er een kanttekening te plaatsen bij het gebruik van de vragenlijsten COPE-EASY, HTQ en LAS. Bij het interpreteren van de gegevens zou er rekening moeten worden gehouden met de nogal geringe cross culturele validiteit van deze schalen. De HTQ is ook in andere landen gehanteerd en de psychometrische kwaliteiten blijken in crosscultureel opzicht bevredigend te zijn (Mollica et al., 1992). De betrouwbaarheid en validiteit van de LAS is inmiddels ook aangetoond (Mooren, 2001). Wat de crossculturele validiteit van de COPE-EASY betreft zijn nog geen gegevens bekend.

Ondanks deze beperkingen heeft dit onderzoek bij kunnen dragen bij het identificeren van posttraumatisch gerelateerde symptomen en de factoren die mede van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van deze klachten bij besneden migranten Afrikaanse vrouwen. Gezien het feit dat 21% van de respondenten van deze studie aan de criteria van de PTSS voldoet, is het van groot belang om vervolg onderzoek te doen om te kunnen aantonen of dezelfde resultaten worden verkregen wanneer men rekening houdt met bovengenoemde kanttekeningen.

In vergelijking met een andere studie onder getraumatiseerde Somalische vluchtelingen (Roodenrijs, Scherpenzeel & de Jong, 1998) waaruit bleek 31,5% aan PTSS te lijden op basis van de HTQ is het percentage uit dit onderzoek relatief gering te noemen. Aangezien vergelijkingcijfers met de HTQ onder besneden Afrikaanse vrouwen ontbreken is de uitkomst van dit onderzoek toch van groot belang.

Klinische implicaties

Aangezien een vermijdende copingstijl samenhangt met meer PTSS klachten, is het van belang om daarmee rekening te houden bij het behandelen van besneden vrouwen die aan deze stoornis lijden. Wanneer geconstateerd wordt dat er gebruik wordt gemaakt van een vermijdende copingstijl moet getracht worden om dat te veranderen en om te zetten in een meer functionele copingstijl. Het zou in de behandeling ook aan te bevelen zijn om aandacht te besteden aan de herinnering van de besnijdenis om aan deze herinnering een plek te kunnen geven in het leven.

Uit het huidig onderzoek blijkt dat problemen als gebrekkige taalbeheersing en communicatie vaardigheden samenhangen met PTSS klachten. Doordat migranten vrouwen vaak met deze problemen te maken krijgen lijkt het essentieel om deze vrouwen te stimuleren om de Nederlandse taal te leren. Door middel van opleiding, scholing en deelname aan de samenleving kan de positie van deze vrouwen in de Nederlandse samenleving op een positieve manier veranderen en mogelijk verbeteren. Positieve verbetering van besneden vrouwen zou wellicht op de lange termijn ook de attitudes ten opzichte van meisjesbesnijdenis kunnen veranderen. Daarnaast zou ter preventie informatie over meisjesbesnijdenis moeten worden verstrekt aan risicogroepen. Uit de eerder besproken literatuur blijkt dat mensen vaak denken dat vrouwenbesnijdenis een religieus voorschrift is, dat door gelovigen moet worden nageleefd. Daarom is het van groot belang om de juiste informatie te verstrekken om dergelijke praktijken te voorkomen. Daarnaast is het ook van belang om betere voorlichting te geven over wat de hulpverlening te bieden heeft om op die manier besneden vrouwen met psychische problemen aan te moedigen om hulp op te zoeken.

Medische specialisten en hulpverleners zouden de juiste kennis over meisjesbesnijdenis moeten hebben en de klachten die ermee gepaard gaan om hun cliënten zo goed mogelijk te kunnen helpen. Tevens het aannemen van de juiste houding en het tonen van begrip en respect voor de culturele achtergrond van de cliënt zou het makkelijker maken om over zo'n taboegerelateerde onderwerp een gesprek te beginnen.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden gezegd dat meisjesbesnijdenis naast lichamelijke schade ook met psychische schade kan samenhangen. Bepaalde factoren zoals de vorm van besnijdenis, het land van herkomst, het zich goed kunnen herinneren van de traumatische gebeurtenis, het uitvoeren van de besnijdenis op een latere leeftijd, het gebruik van een vermijdende copingstijl en het niet beschikken over de benodigde vaardigheden om goed te kunnen functioneren in de nieuwe samenleving zijn mede van invloed op de ontwikkeling van PTSS klachten.

Uit de univariate analyses blijken bovengenoemde factoren een belangrijke rol te spelen op de ontwikkeling van de klachten. Uit de multivariate analyses blijkt dat het land van herkomst en de vorm van de besnijdenis de grootste invloed hebben op de ontwikkeling van PTSS klachten.

Suggesties voor vervolgonderzoek

In de toekomst is het van belang om meer onderzoek te doen naar de relatie tussen genitale verminking en PTSS om meer inzicht te krijgen in de factoren die een rol spelen bij de ontwikkeling van PTSS na besnijdenis en de factoren die deze klachten in stand houden. Daarnaast is het essentieel om te bestuderen in hoeverre migranten Afrikaanse besneden vrouwen en besneden vrouwen die in Afrika wonen van elkaar verschillen met betrekking tot deze klachten. Op die manier kan worden gekeken in hoeverre de sociale en maatschappelijke context waarin vrouwen zich bevinden invloed heeft op de ontwikkeling van de klachten.

Tevens zou een onderzoek onder partners van besneden vrouwen interessante informatie kunnen opleveren over de invloed die hun houding ten opzichte van meisjesbesnijdenis kan hebben op de belevenis van de klachten van de vrouwen.

Tot slot zou een combinatie van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksgegevens meer informatie kunnen bieden. Onder andere zou de mogelijkheid dat Somalische vrouwen zouden kunnen onderrapporteren door middel van de kwalitatieve gegevens kunnen worden onderzocht.

Door het verrichten van vervolg onderzoek kan wetenschappelijke kennis rond de ontwikkeling van PTSS na genitale verminking worden vergroot en kunnen betere

behandelvormen worden ontwikkeld zodat besneden vrouwen die lijden aan PTSS effectiever kunnen worden geholpen.

Literatuurlijst

Al- Krenawi, A., & Wiesel – Lev, R. (1999). Attitudes toward and perceived psychosocial impact of female circumcision as practiced among the Bedouin - Arabs of the Negev. *Family Process* 38(4), 431-443.

American Psychiatric Association (2001). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Applebaum, J., Cohen, H., Matar, M., Rabia Y.A., & Kaplan, Z. (2008). Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder After Ritual Female Genital Surgery Among Bedouin in Israel: Myth or Reality? *Journal of Clinical Psychiatry* 10(6), 453-456.

Baarda, D.B., De Goede M.P.M., & Van Dijkum, C.J. (2007). *Basisboek Statistiek met SPSS: Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens, derde druk*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.

Barstow, D.G. (1999). Female genital mutilation: the penultimate gender abuse. *Child Abuse and Neglect*, 23, 501-510.

Behrendt, A., & Moritz, S.(2005). Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems After Genital Mutilation. *American Journal of Psychiatry* 162(5), 1000-1002.

Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 243-258.

Burnam, M.A., Hough, R.L., Karno, M., Escobar, J.I., & Telles, C.A. (1987). Acculturation and life-time prevalence of psychiatric disorders among Mexican Americans in Los Angeles. *Journal of Health and Social Behaviour*, 28, 89-102.

Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, K.J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of persistent posttraumatic stress disorder. *Behavioural Research and Therapy* 38(4), 319-345.

Eke, N., & Nkanginieme, K.E.O. (1999). Female genital mutilation: A global bug that should not cross the millennium bridge. *World Journal of Surgery*, 23(10), 1082-1087.

Epelboin, S., & Epelpoin, A. (1979). Special Report: Female Circumcision. *People*, 6(1), 24-29.

Gbadamosi, O. (2008). Female Genital Mutilation – a life-threatening health and human rights issue. *Exchange*, 1, 1-3.

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., Moussa, K., Carlbom, A., Aregai, R., & Essén, B. (2009). “Never my Daughters”: A Qualitive Study Regarding Attitude Change Toward Female Genital Cutting Among Ethiopian and Eritrean Families in Sweden. *Health Care for Women International*, 30, 114-133.

Johnson, H., & Thomson, A. (2007). The development and maintenance of post- traumatic disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical Psychology Review*, 28, 36-47.

Kamperman, A.M., Komproe, I.H., & Jong, J.T.V.M. (2003). Verklaringen voor verschillen in psychiatrische stoornissen in een onderzoek onder migranten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45(6), 315-326.

Kaplan, C.D., Korf, D.J. & Sterk, C. (1987). Temporal and social contexts of heroin-using populations: An illustration of a snowball sampling technique. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175 (9): 566-574.

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.

Khady (2006). *Verminkt: Waargebeurde en indringende getuigenis van een meisje dat getekend werd voor het leven*. Vianen: The House of Books.

Khawaja, N.G., White, K.M., Schweitzer, R., & Greenslade, J. (2008). Difficulties and coping strategies of Sudanese refugees: A qualitative approach. *Transcultural Psychology*, 45(3), 489-512.

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., van Heck, G.L., & van Waning, A. (2000). Ervaringen met een Nederlandse bewerking van de COPE copingvragenlijst. *Gedrag & Gezondheid* 28 (4), 213-226.

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.

Kwaak, A. van der (1992). Female Circumcision and Gender Identity: A questionable Alliance? *Social Science & Medicine*, 35(6), 777-787.

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.

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.

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.

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.

Modawi, S. (1974). The impact of social and economic changes on female circumcision. *Sudan Medical Association Congress Series*, 1 242-254.

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., 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., Wyshak, G., de Marnette, T., Tu, B., Yang, T., Khuon, F., Coelho, R., & Lavelle, J. (1996). Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25): Manual for Cambodian, Laotian and Vietnamese versions. *Torture*, 6, 35-42.

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. (2001). *The Impact of War. Studies on the psychological consequences of war and migration*, 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.

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, tweede herziene druk*. Utrecht/Amsterdam: Pharos/FSAN.

Olf, M., Langeland, W., & Gersons, B.P.R. (2005). The Psychobiology of PTSD : Coping with Trauma. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 974-982.

Pinkhoff-Hilfman, Geneeskundige woordenboek (1992). In: 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.

Reyners, M.M.J. (1989). Circumcisie bij vrouwen en infibulatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 133(51), 2557-2562.

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.

Sam, D.L. & Berry, J.W. (1995). Acculturative stress among young immigrants in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36, 10-24.

Schnurr, P.P., Friedman, M.J., & Benard, N.C. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: Epidemiology, Pathophysiology and Assessment. *Psychotherapy in Practice*, 58(8), 877-889.

Sundquist, J., Bayard-Burfield, L., Johansson L.M., & Johansson, S.E. (2000). Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 357-365.

Taba, A.H. (1979). Female Circumcision. *World Health*, p.12.

Thomaes, K., Kleijn, W.Chr., Schreuder, B.J.N., & Rohlf, J.G.B.M. (2000). *Lichamelijke dysregulatie en copingstrategieën bij vluchtelingen en asielzoekers met PTSS. Voorlopige resultaten*. Presentatie op Voorjaarsconferentie Psychiatrie, Maastricht, 29-31 maart.

Toubia, N. (1993). *A Call for Global Action*. New York: Women, Ink.

Van Dijk, D.G.L., Kortmann, F.A.M., Kooyman, M., & Bot, J. (1999). De Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) als transcultureel screeningsinstrument voor de posttraumatische stressstoornis bij opgenomen vluchtelingen. *Tijdschrift voor de Psychiatrie*, 41(1), 45-49.

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.

WHO (1996). *Female Genital Mutilation: Information Kit. Women's Health/Family and Reproductive Health*. Geneva: WHO.

WHO (2000). *Female Genital Mutilation: Fact Sheet No 241*. Geneva: WHO.

Bijlage 1

DSM-IV-TR criteria voor de posttraumatische stressstoornis:

A. De betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende van toepassing zijn:

(1) betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen

(2) tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw.

NB: bij kinderen kan dit zich in plaats hiervan uiten in chaotisch of geagiteerd gedrag

B. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op één (of meer) van de volgende manieren:

(1) recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen. NB: bij jonge kinderen kan dit zich uiten in de vorm van terugkerende spelletjes waarin de thema's of aspecten van het trauma worden uitgedrukt

(2) recidiverend akelig dromen over de gebeurtenis. NB: bij kinderen kunnen angstdromen zonder herkenbare inhoud voorkomen

(3) handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (hiertoe behoren ook het gevoel van het opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties en dissociatieve episodes met flashback, met inbegrip van die welke voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie).

NB: bij jonge kinderen kunnen traumaspecifieke heropvoeringen voorkomen

(4) intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken

(5) fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken

C. Aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende:

(1) pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma te vermijden

(2) pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden

- (3) onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren
- (4) duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten
- (5) gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen
- (6) beperkt spectrum van gevoelens (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben)
- (7) gevoel een beperkte toekomst te hebben (bijvoorbeeld verwacht geen carrière te zullen maken, geen huwelijk, geen kinderen of geen normale levensverwachting)

D. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende:

- (1) moeite met inslapen of doorslapen
- (2) prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen
- (3) moeite met concentreren
- (4) overmatige waakzaamheid
- (5) overdreven schrikreacties

E. Duur van de stoornis (symptomen B, C en D) langer dan één maand

F. De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen

Bijlage 2

Output van multiële regressie analyses

Coefficients^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.622	.579		2.802	.008
	vorm van besnijdenis	.011	.096	.016	.116	.908
	herinnering aan besnijdenis	-.355	.135	-.460	-2.627	.012
	leeftijd waarop besnijdenis werd uitgevoerd	.011	.023	.077	.489	.627
	Hoofddimesie Vermijdend gedrag	.038	.023	.203	1.632	.110
	problemen met beheersen van Nederlandse taal en vaardigheden	.031	.022	.174	1.390	.172
2	(Constant)	-.077	.622		-.125	.902
	vorm van besnijdenis	.333	.147	.487	2.265	.029
	herinnering aan besnijdenis	-.171	.127	-.222	-1.352	.184
	leeftijd waarop besnijdenis werd uitgevoerd	.055	.032	.368	1.711	.095
	Hoofddimesie Vermijdend gedrag	.022	.020	.120	1.127	.267
	problemen met beheersen van Nederlandse taal en vaardigheden	.024	.020	.135	1.184	.244
	somsl1	.896	.361	.569	2.481	.018
	somsoe2	.841	.201	.569	4.185	.000
	someri3	1.019	.302	.690	3.379	.002
	someth4	.776	.352	.242	2.205	.034

a. Dependent Variable: gerepareerde gemiddelde PTSD scores

Coefficients^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.

		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.622	.579		2.802	.008
	vorm van besnijdenis	.011	.096	.016	.116	.908
	herinnering aan besnijdenis	-.355	.135	-.460	-2.627	.012
	leeftijd waarop besnijdenis werd uitgevoerd	.011	.023	.077	.489	.627
	Hoofddimesie Vermijdend gedrag	.038	.023	.203	1.632	.110
	problemen met beheersen van Nederlandse taal en vaardigheden	.031	.022	.174	1.390	.172
2	(Constant)	.819	.578		1.417	.165
	vorm van besnijdenis	.333	.147	.487	2.265	.029
	herinnering aan besnijdenis	-.171	.127	-.222	-1.352	.184
	leeftijd waarop besnijdenis werd uitgevoerd	.055	.032	.368	1.711	.095
	Hoofddimesie Vermijdend gedrag	.022	.020	.120	1.127	.267
	problemen met beheersen van Nederlandse taal en vaardigheden	.024	.020	.135	1.184	.244
	slsom1	-.896	.361	-.607	-2.481	.018
	slsoe2	-.056	.371	-.038	-.150	.881
	sleri3	.123	.390	.083	.315	.754
	sleth4	-.120	.439	-.038	-.274	.785

a. Dependent Variable: gerepareerde gemiddelde PTSD scores

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.622	.579		2.802	.008
	vorm van besnijdenis	.011	.096	.016	.116	.908
	herinnering aan besnijdenis	-.355	.135	-.460	-2.627	.012
	leeftijd waarop besnijdenis werd uitgevoerd	.011	.023	.077	.489	.627

	Hoofddimesie Vermijnd gedrag	.038	.023	.203	1.632	.110
	problemen met beheersen van Nederlandse taal en vaardigheden	.031	.022	.174	1.390	.172
2	(Constant)	.763	.566		1.347	.186
	vorm van besnijdenis	.333	.147	.487	2.265	.029
	herinnering aan besnijdenis	-.171	.127	-.222	-1.352	.184
	leeftijd waarop besnijdenis werd uitgevoerd	.055	.032	.368	1.711	.095
	Hoofddimesie Vermijnd gedrag	.022	.020	.120	1.127	.267
	problemen met beheersen van Nederlandse taal en vaardigheden	.024	.020	.135	1.184	.244
	soesom1	-.841	.201	-.569	-4.185	.000
	soesl2	.056	.371	.035	.150	.881
	soeer3	.179	.287	.121	.624	.536
	soeeth4	-.065	.341	-.020	-.189	.851

a. Dependent Variable: gerepareerde gemiddelde PTSD scores

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.665	.600		2.775	.008
	vorm van besnijdenis	.005	.101	.007	.045	.965
	herinnering aan besnijdenis	-.364	.141	-.473	-2.579	.014
	leeftijd waarop besnijdenis werd uitgevoerd	.010	.024	.071	.432	.668
	Hoofddimesie Vermijnd gedrag	.038	.024	.200	1.554	.128
	problemen met beheersen van Nederlandse taal en vaardigheden	.030	.024	.163	1.261	.215
2	(Constant)	.870	.542		1.605	.117
	vorm van besnijdenis	.367	.157	.536	2.336	.025

herinnering aan besnijdenis	-.149	.132	-.193	-1.128	.267
leeftijd waarop besnijdenis werd uitgevoerd	.056	.032	.378	1.724	.093
Hoofddimesie Vermijdend gedrag	.020	.020	.105	.975	.336
problemen met beheersen van Nederlandse taal en vaardigheden	.023	.021	.126	1.115	.272
erisom1	-1.047	.307	-.712	-3.411	.002
erisl2	-.091	.397	-.058	-.229	.820
erisoe3	-.186	.289	-.127	-.645	.523

a. Dependent Variable: gerepareerde gemiddelde PTSD scores

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.622	.579		2.802	.008
	vorm van besnijdenis	.011	.096	.016	.116	.908
	herinnering aan besnijdenis	-.355	.135	-.460	-2.627	.012
	leeftijd waarop besnijdenis werd uitgevoerd	.011	.023	.077	.489	.627
	Hoofddimesie Vermijdend gedrag	.038	.023	.203	1.632	.110
	problemen met beheersen van Nederlandse taal en vaardigheden	.031	.022	.174	1.390	.172
2	(Constant)	.698	.666		1.049	.301
	vorm van besnijdenis	.333	.147	.487	2.265	.029
	herinnering aan besnijdenis	-.171	.127	-.222	-1.352	.184
	leeftijd waarop besnijdenis werd uitgevoerd	.055	.032	.368	1.711	.095
	Hoofddimesie Vermijdend gedrag	.022	.020	.120	1.127	.267
	problemen met beheersen van Nederlandse taal en vaardigheden	.024	.020	.135	1.184	.244

ethsom1	-.776	.352	-.525	-2.205	.034
ethsl2	.120	.439	.076	.274	.785
ethsoe3	.065	.341	.044	.189	.851
ether4	.243	.394	.165	.617	.541

a. Dependent Variable: gerepareerde gemiddelde PTSD scores