

Angst en depressie bij besneden vrouwen

De invloed van sociaaldemografische gegevens, copingstijl en acculturatie op de mate van angst- en depressieklachten bij vrouwen die genitaal verminkt zijn.



Master Thesis Klinische- en Gezondheidspsychologie

Angst en depressie bij besneden vrouwen

De invloed van sociaaldemografische gegevens, copingstijl en acculturatie op de mate van angst- en depressieklachten bij vrouwen die genitaal verminkt zijn.



Universiteit Utrecht



Utrecht, februari – juli 2009

Laurien S. Voorendt

studentnummer: 0473650

Begeleiders:

Dhr. dr. J.W. Knipscheer

Klinische en Gezondheidspsychologie

Universiteit Utrecht

Dhr. E.A.J. Vloeberghs, MSc.

PHAROS – Kenniscentrum Vluchtelingen en Gezondheid

Inhoud

Samenvatting.....	4
Abstract.....	5
Inleiding.....	6
1.1 Vrouwelijke genitale verminking.....	6
1.2 Geografische spreiding.....	7
1.3 Redenen van vrouwelijke genitale verminking.....	7
1.4 Complicaties na meisjesbesnijdenis.....	9
1.5 Theoretische beschouwing.....	9
1.6 Het huidige onderzoek.....	11
Onderzoeksvragen.....	11
Hypothesen.....	15
Methoden	
2.1 Design.....	16
2.2 Participanten.....	16
2.3 Procedure.....	17
2.4 Meetinstrumenten.....	17
2.5 Statistische analyses.....	20
Resultaten	
3.1 Beschrijving van de steekproef.....	22
3.2 Psychologische gevolgen van meisjesbesnijdenis.....	22
3.3 Samenhang tussen coping en angst- en depressieklachten.....	23
3.4 Samenhang acculturatie met angst- en depressieklachten.....	23
3.5 Samenhang tussen sociodemografische en besnijdenisgerelateerde factoren en angst- en depressieklachten.....	24
Discussie en Conclusies.....	26
Literatuur.....	30

Samenvatting

Het is bekend dat vrouwelijke genitale verminking vele fysieke gevolgen heeft. Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar de psychologische gevolgen van vrouwelijke genitale verminking. Dit onderzoek is opgezet om meer inzicht te krijgen in de psychologische gevolgen van genitale verminking van vrouwen uit verschillende Afrikaanse landen. Voor dit onderzoek werden bij 66 vrouwen afkomstig uit Somalië, Soedan, Sierra Leone, Eritrea en Ethiopië interviews en vragenlijsten afgenomen. Dit onderzoeksverslag richt zich op angst en depressie bij besneden vrouwen en de samenhang van sociaaldemografische factoren, copingstijl en acculturatie met deze klachten. De gegevens zijn verkregen met behulp van de Hopkins Symptom Checklist, Lowlands Acculturation Scale en COPE-Easy.

Uit de resultaten blijkt dat een derde van de respondenten lijdt aan een angststoornis of depressie. Steunzoekende coping en vermijdend gedrag blijken samen te hangen met een hogere angst- en depressiescore. Tevens zijn een verhoogd middelengebruik en een ingrijpendere vorm van besnijdenis geassocieerd met een hogere angst- en depressiescore. Wat betreft acculturatie blijken vrouwen die meer problemen hebben met de Nederlandse taal en vaardigheden, hoger te scoren op angst- en depressieklachten. Tot slot hebben vrouwen van Somalische afkomst een lagere angst- en depressiescore dan vrouwen uit andere landen.

Concluderend kan worden gesteld dat een belangrijk deel van de besneden vrouwen last heeft van angst en depressieklachten en dat diverse sociaaldemografische factoren en copingstijlen samenhangen met de ernst hiervan.

Deze thesis sluit af met een beschouwing van de bevindingen en de consequenties hiervan op theorie en klinische praktijk.

Abstract

The physical consequences of female genital mutilation have been well-studied. The psychological consequences of female genital mutilation, however, have received little attention. This research tries to expand current knowledge of and insight in the psychological consequences of female genital mutilation. In this study 66 females originating from Somalia, Sudan, Sierra Leone, Eritrea and Ethiopia were interviewed and tested using questionnaires as the Hopkins Symptom Checklist, Lowlands Acculturation Scale and COPE-Easy. The research focused on anxiety and depression in genital mutilated females scored in the aforementioned quantitative tests. Moreover, the influence of coping and acculturation on their complaints and the impact of several social demographic factors was investigated. It is demonstrated that a third of the participants is suffering from an anxiety disorder or depression. Social support seeking and avoidance behavior are significantly associated with the severity of anxiety and depression scores. Also, substance abuse and the type of mutilation were associated with a higher anxiety and depression score. Women from Somalian descent had lower anxiety and depression scores. Moreover, women with a lower degree of acculturation, for example those experiencing more problems with the Dutch language and customs, have higher anxiety and depression scores. In conclusion, an important part of the women who were genitally mutilated suffer from anxiety and depression. Several social demographic factors and coping strategies are associated with the severity of the anxiety and depression scores. This thesis will close with contemplation of the findings and its consequences for theory and clinical practice.

Inleiding

Door de eeuwen heen zijn vrouwen onderworpen geweest aan praktijken die schadelijk zijn voor hun gezondheid en welzijn. Schoonheidsidealen en toewijding aan de man lagen vaak hieraan ten grondslag. Vele van deze schadelijke gebruiken zijn inmiddels verdwenen. Eén van de schadelijke gebruiken die tot in de huidige tijd nog wel stand heeft gehouden is vrouwelijke genitale verminking.

1.1 Vrouwelijke genitale verminking

In de literatuur worden meerdere termen door elkaar gebruikt. Men spreekt over vrouwenbesnijdenis of vrouwelijke genitale verminking (VGV)/ female genital mutilation (FGM). Laatst genoemde termen benadrukken het verminkende karakter van de ingreep, hetgeen een beledigende benaming kan zijn voor vrouwen die zelf besneden zijn. Daarnaast vindt de besnijdenis vaak plaats op zeer jonge leeftijd, waardoor eerder over meisjesbesnijdenis gesproken moet worden. Toch zullen in deze thesis de verschillende termen ook door elkaar gebruikt worden, daar zij allen duiden op het geheel of gedeeltelijk wegsnijden of beschadigen van vrouwelijke uitwendige genitaliën, omwille van niet-medische redenen (WHO, 2008).

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft in 1995 vier vormen van meisjesbesnijdenis gedefinieerd, in 2007 zijn deze verder gedifferentieerd in het 'Joint Statement' van WHO/UNICEF/UNFPA tot de volgende indeling (WHO, 2008):

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

a Verwijdering van het clitoriskapje of alleen de voorhuid.

b Verwijdering van de clitoris met voorhuid.

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

a Verwijdering van alleen de kleine schaamlippen.

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

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).

a Verwijdering en aan elkaar hechten van de kleine schaamlippen.

b Verwijdering en aan elkaar hechten van de grote schaamlippen.

Type IV Niet geclassificeerd: alle andere schadelijke handelingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen voor niet-medisch redenen, zoals prikken, piercing, kerven, schrapen en wegbranden.

1.2 Geografische spreiding

Volgens schattingen van de Wereldgezondheidsorganisatie hebben wereldwijd 100 tot 140 miljoen meisjes en vrouwen momenteel een besnijdenis (type 1-3) ondergaan. In Afrika lopen jaarlijks 3 miljoen meisjes het risico besneden te worden. Dit komt neer op 6000 tot 8000 meisjes per dag die het gevaar lopen besneden te worden.

Vrouwenbesnijdenis is een praktijk die het meest voorkomt in westelijke, oostelijke en noordoostelijke delen van Afrika zoals Egypte, Soedan, Ethiopië, Somalië, Eritrea, Sierra Leone, Guinee en Mali. In Somalië zou zelfs 97,9% van de vrouwen tussen de 15 tot 49 jaar besneden zijn. Daarnaast komt vrouwenbesnijdenis ook voor in delen van Azië en het Midden-Oosten en binnen immigranten groepen in Noord-Amerika en Europa (WHO, 2008).

1.3 Redenen van vrouwelijke genitale verminking

Hoewel vrouwelijke genitale verminking tegenwoordig in het Westen als een 'buitenlands' fenomeen wordt gezien, kent dit fenomeen al een lange geschiedenis. Deze gaat zelfs 5000 jaar terug met bewijs van besnijdenis bij Egyptische mummies. In het Romeinse Rijk kregen slavinnen ringen door hun schaamlippen om voortplanting te voorkomen en in Europa heeft men de kuisheidsgordel gekend, om ontrouw tegen te gaan. Zelfs het wegsnijden van de clitoris werd in Europa nog tot de eerste helft van de 20e eeuw uitgevoerd in gevallen van histerie, epilepsie en masturbatie (Whitehorn, Ayonrinde & Maingay, 2002).

De redenen van meisjesbesnijdenis zijn zeer uiteenlopend en kunnen verschillen per volk of groep. Zo zou in Sudan met verwijdering van de clitoris en/of kleine schaamlippen verleiding tot vrij seksueel contact afnemen. Wanneer niet verwijderd, zou de clitoris blijven groeien tot een grootte vergelijkbaar met die van de penis, een beeld dat tot grote afkeer en angst bij mannen zorgt. Verder zou de clitoris vieze geuren verspreiden en zou verwijdering ervan voor vermindering in seksdrang zorgen, hetgeen behoort bij het beeld van een beschaafde vrouw (Lightfoot-Klein, 1989). Ook bestaat het geloof in landen als Egypte, Soedan, Ethiopië en Somalië dat vrouwelijke genitalia 'onrein' en afstotelijk zouden zijn en dus niet in aanraking mogen komen met de penis of een geboren kind (Leye & Temmerman, 2001).

Vrouwenbesnijdenis wordt vaak vanuit de traditie en gewoonte van generatie op generatie voortgezet. Men stelt dat het nooit anders geweest is, dat het zo hoort en dat alle vrouwen besneden zijn. Onbesneden vrouwen worden uitgesloten van de samenleving of zelfs door hun familie. De kans dat zij zullen trouwen is klein. Vrouwenbesnijdenis wordt dus als een voorwaarde voor het huwelijk gezien (Fokkema & Huisman, 2004).

In de Koran noch in de Bijbel wordt meisjesbesnijdenis als een religieuze plicht omschreven

waar gelovigen aan moeten voldoen. Toch vormt religie vaak een belangrijke reden om meisjes te besnijden. De overtuiging dat je besneden moet zijn om een goede moslimvrouw te zijn, wordt van generatie op generatie doorgegeven en zit diep geworteld (Nienhuis, Hendriks & Naleie, 2008). Toch zijn er ook veel islamitische landen waar vrouwelijke genitale verminking niet voorkomt, zoals Marokko, Algerije en Saudi-Arabië. Vrouwenbesnijdenis moet dan ook als een culturele, in plaats van een religieuze praktijk beschouwd worden.

Verder kan als sociaal-culturele reden genoemd worden dat in culturen waar besnijdenis een traditie is, de vrouw pas als volwaardig lid van de samenleving meetelt als zij besneden is. Besnijdenis kan daarom een markeringsritueel genoemd worden (Van der Kwaak, Bartels, de Vries & Meuwese, 2003). Het is de overgang van meisje naar vrouw, hoewel geconstateerd kan worden dat de besnijdenis vaak ook al op zeer jonge leeftijd plaatsvindt.

Tenslotte kunnen opvattingen over man-vrouw-relaties, de rol van de vrouw en seksualiteit een rol spelen in meisjesbesnijdenis. Een belangrijke reden voor vrouwenbesnijdenis is de controle die uitgevoerd kan worden op de seksualiteit van de vrouw, te weten de instandhouding van de maagdelijkheid tot het huwelijk en daarmee de eer van de familie. Daarnaast kan vrouwenbesnijdenis toegepast worden om de lust van de vrouw te beperken en haar seksuele vraag (voor, maar ook tijdens) het huwelijk te verminderen, waardoor de man meerdere vrouwen kan huwen. De functie van besnijdenis is dus het in stand houden van de maagdelijkheid en het beschermen van de huwelijkse trouw (Rahman & Toubia, 2000).

Alle bovengenoemde redenen kunnen een rol spelen in de instandhouding van deze traditie. Ondanks dat vrouwen zelf veel hinder ervaren aan het besneden zijn, kiest een aanzienlijk deel toch voor besnijdenis van hun eigen dochters (Wakabi, 2007). Men bezwijkt onder de sociale druk vanuit de samenleving, of men is van mening dat het bij een behoorlijke opvoeding hoort. Familie, buren en vrienden oefenen bovendien druk uit op de vrouw; niet-besnijden is waarschijnlijk veelal geen optie. De gevolgen die het niet laten besnijden zouden kunnen hebben is het niet vinden van een echtgenoot en daarmee financiële zekerheid (vrouwen hebben in deze samenleving een kleinere kans onderwijs te genieten en een beroep uit te oefenen). Bovendien kunnen vrouwen die niet besneden zijn geen geld, vee of land erven of worden zij uitgesloten van bepaalde activiteiten en plechtigheden.

Bij migratie naar het Westen, kan nog meer belang gehecht worden aan de tradities en gewoonten van de oorspronkelijke cultuur. Vrouwenbesnijdenis wordt dan één van die tradities waarmee beoogd wordt de cultuur in stand te houden.

1.4 Complicaties na meisjesbesnijdenis

Vrouwenbesnijdenis is een zware lichamelijke ingreep die zowel tijdens en vlak na de besnijdenis voor complicaties kan zorgen, als ook op de lange termijn. De meest ingrijpende vorm, infibulatie, brengt de meeste klachten met zich mee.

De directe gevolgen tijdens en na de ingreep betreffen extreme pijn (wanneer de ingreep zonder verdoving plaatsvindt), klachten bij urinelozing (brandende pijn bij de urinelozing, ophoping van urine in de blaas, openspringen van de wond) overmatig bloedverlies, kans op infecties en koorts. Bij onbehandelde en ernstige klachten bestaat de kans dat het meisje overlijdt (Nienhuis et al., 2008).

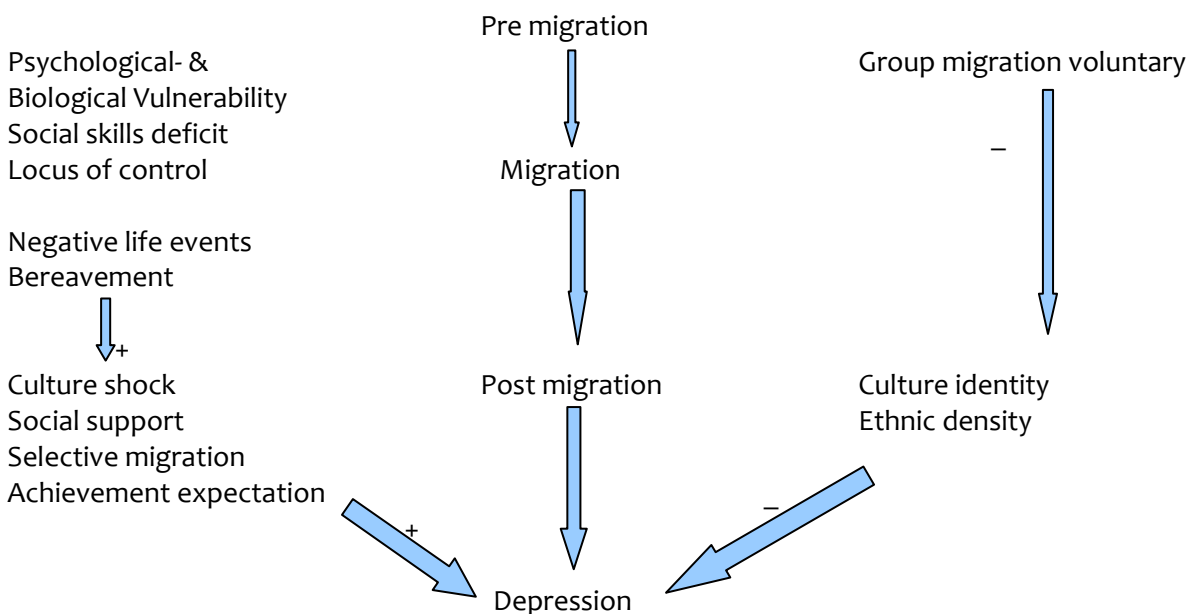
De mogelijke gevolgen op langere termijn zijn langdurige, moeilijke of pijnlijke urinelozing, urineweginfecties, chronische pijn in de onderbuik, menstratieklachten en pijnlijke seksuele gemeenschap. Daarnaast kan het littekenweefsel ontaarden in stug weefsel en plaatselijke tumoren. Ook de 'minder ingrijpende' vormen van besnijdenis kunnen riskante complicaties veroorzaken zoals nabloedingen, chronische pijnklachten en opstijgende infecties (infectie in de lagere urinewegen -blaasontsteking- die zich uitbreidt naar hogere urinewegen zoals de nieren). Het wegsnijden van de clitoris (clitoridectomie) is alleen al een zeer pijnlijke en risicovolle ingreep met kans op nabloedingen of levenslange pijn wanneer een zenuwbaan geraakt of beschadigd is. Een besnijdenis kan echter ook psychosociale gevolgen hebben, in deze thesis staan deze psychosociale gevolgen centraal.

1.5 Theoretische beschouwing

De respondenten van dit onderzoek kenmerken zich niet alleen door het besneden zijn, maar hebben ook een geschiedenis van migratie achter de rug. Migratie, op welke leeftijd ook, brengt verandering met zich mee die van invloed kan zijn op ons welzijn. Zo stelde Bhugra (2003) een model op dat depressie onder migranten kan verklaren aan de hand van verschillende factoren (Figuur 1). Aan de linkerkant van het model is het diathese-stress model te herkennen, waarin 'nature' en 'nurture' allebei hun bijdrage leveren. Onder de term 'bereavement' wordt verlies verstaan, waarbij gedacht kan worden aan verlies van dierbaren, objecten of (sociale/economische) status. Ook wordt 'culture shock' genoemd uit het onderzoek van Bock (in Bhugra, 2003) wat de stressreactie weergeeft in reactie op de nieuwe cultuur. De stressreactie kan zich uiten in angst, verwarring, apathie en boosheid totdat een bepaald niveau van aanpassing aan de nieuwe cultuur is behaald. Andere factoren die van invloed zouden zijn op het ontwikkelen van depressie zijn 'social support' en 'selective migration'. Eerstgenoemde factor stelt dat een positieve, hulpvaardige sociale steun vanuit de omgeving van een individu voor een gevoel van acceptatie en verhoogd

zelfvertrouwen zorgt en daarmee beschermend werkt. 'Selective migration' stelt dat psychologisch- en fysiek sterkere individuen het proces van migratie beter zouden doorstaan. 'Achievement expectation' is gebaseerd op de verwachtingen die menselijk gedrag sturen. Wanneer de verwachtingen niet uitkomen zou de kans op het ontwikkelen van een depressie groter zijn. Het model stelt samenvattend dat een individu al vóór de migratie kwetsbaar kan zijn voor het ontwikkelen van een depressie. Door migratie, een gevoel van verlies, negatieve gebeurtenissen en een cultuurschok kan een depressie getriggerd worden. De cognitieve triade van depressie (negatieve kijk op zelf, anderen en toekomst) kan bij migranten en vluchtelingen verschillen van het Westerse perspectief, waardoor depressie bovendien op een andere manier tot uiting kan komen.

Een echt duidelijk verband tussen migratie en depressie ontbreekt echter. Want niet elke migrant ontwikkelt een depressie en niet elke depressie is door migratie vooraf gegaan. Onderstaand model geeft desalniettemin een overzicht van de factoren behorende bij migratie die (gezamenlijk) van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van depressie.



Figuur 1 Hypothetisch verklarend model voor depressie onder migranten (Bhugra, 2003)

In het verlengde van migratie, zou acculturatie van invloed kunnen zijn op angst- en/of depressiesymptomen. Hier is echter nog weinig onderzoek naar gedaan. Nazroo (in Bhugra, 2003) stelt dat immigranten in Groot-Brittannië die goed Engels spreken net zoveel psychische klachten rapporteren als de inheemse bevolking. Als taalvaardigheid dus als maat voor acculturatie gezien wordt, zou een betere acculturatie samenhangen met meer rapportage van psychische klachten. Verder is er bewijs voor de invloed van acculturatie op het gebruik van hulpverlening, namelijk dat een betere sociale integratie samenhangt met een verhoogd gebruik van formele hulpverlening in

het gastland (Knipscheer & Kleber, 2008). Daarnaast is er een verband gevonden tussen gevoelens van schaamte, mislukking en verminderd zelfvertrouwen als gevolg van migratie en oorspronkelijke psychische gesteldheid. Tevens zou de stress die gepaard gaat met migratie, minder invloed hebben op coping en functioneren bij psychisch stabielere mensen (Walsh, Shulman & Maurer, 2008).

1.6 Het huidige onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek richt zich tot dusver overwegend op de fysieke klachten die meisjes en vrouwen ondervinden als gevolg van besnijdenis (Larsen & Okonofua, 2002; McPherson Jr, 1999; Obermeyer, 2005; Perez Williams & Acosta; WHO, 2008). In die onderzoeken wordt regelmatig aangegeven dat kennis over de psychische kant ervan nog gering is. Inzicht in de psychologische, sociale en relationele aspecten van meisjesbesnijdenis is echter van evident belang om adequaat hulp te kunnen bieden aan besneden vrouwen en hun omgeving en om effectieve preventieprogramma's te kunnen ontwikkelen.

Het landelijke kenniscentrum Pharos is per 1 januari 2008 een onderzoek gestart naar de gevolgen van meisjesbesnijdenis op andere dan medisch-lichamelijke terreinen. Pharos is een organisatie die zich specialiseert op het gebied van de gezondheidsbevordering van vluchtelingen en nieuwkomers, de toegankelijkheid, aansluiting en kwaliteit van zorg voor deze groepen en interculturalisatie van de zorg.

Het doel van dit huidige onderzoek van Pharos is inzicht verschaffen in de psychologische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis. De verkregen inzichten worden ten eerste ingezet ten behoeve van preventieprogramma's en verbetering van de zorg aan reeds besneden vrouwen. Ten tweede worden de inzichten benut in wetenschappelijke zin ter uitbreiding van het theoretisch kader dat gebruikt kan worden bij de bestudering van meisjesbesnijdenis. Deze thesis vormt een bijdrage aan het gehele onderzoek van Pharos. In deze thesis staan de kwantitatieve resultaten van het onderzoek centraal.

Onderzoeksvragen

In dit onderzoek zal ingegaan worden op angst- en depressieklachten bij vrouwen die besneden zijn. In onderzoek van Keizer (2003) onder Somalische vrouwen is onder andere gekeken naar scores op de General Health Questionnaire en Beck's depressieschaal. Het onderzoek rapporteert dat 4 van de 12 besneden vrouwen eventueel kampen met een emotionele stoornis en 2 van de 12 respondenten zouden kunnen lijden aan een depressie. Keizer stelt dat psychische problemen onder besneden vrouwen mogelijk minder gerapporteerd worden door culturele verschillen. Woorden als 'psychische problemen' en 'depressiviteit' zijn Westerse termen die

bijvoorbeeld in Somalië vrijwel onbekend zijn. Ook dienen Somalische vrouwen niet te klagen over hun lot, waardoor in interviews mogelijk geringe melding wordt gemaakt van psychische klachten op de lange termijn.

In onderzoek van Behrendt en Moritz (2005) worden meer psychologische klachten gerapporteerd onder besneden vrouwen in vergelijking met niet-besneden vrouwen, wat als bewijs wordt aangemerkt voor de ernstige psychologische consequenties van vrouwenbesnijdenis. Uit onderzoek van Lax (2000) blijken psychologische consequenties als verlies van vertrouwen, verminderd lichamelijk welbevinden, posttraumatische shock en depressie voor te komen. Om dit verder te onderzoeken kan dus de vraag gesteld worden: Zijn er psychologische gevolgen van meisjesbesnijdenis als angst en depressie vast te stellen en zo ja, welke?

Verder zal onderzocht worden welke factoren invloed hebben op de mate van eventuele angst- en depressieklachten. Uit onderzoek van Yount en Balk (2004) blijkt bijvoorbeeld dat ernst van de ingreep invloed heeft op uiteenlopende psychologische korte- en lange termijn effecten. Nienhuis et al. (2008) geven aan dat de meeste klachten voorkomen bij de meest ingrijpende vorm, infibulatie. Verwacht kan worden dat vrouwen uit landen waar ernstigere vormen van besnijdenis voorkomen, zoals Somalië en Soedan, ook meer klachten presenteren. Verder blijkt dat het opleidingsniveau van de moeder en haar besnijdenisvorm invloed hebben op haar beslissing haar eigen dochters te laten besnijden (Yount, 2002). Er kan onderzocht worden of de vorm van besnijdenis en het opleidingsniveau van de besneden vrouw samenhangen met de mate van angst- en depressieklachten. Uit onderzoek (Igwegbe & Egbuonu, 2000; Bjelland, Krokstad, Mykletun, Dahl, Tell & Tambs, 2008) is namelijk gebleken dat opleidingsniveau een beschermende factor is tegen angst en depressie.

Ook het inkomstenniveau kan van invloed zijn op de mate van angst- en depressieklachten. Een studie van Kaplan, Shema en Leite (2008) laat bijvoorbeeld een grote negatieve impact zien van lage economische status op psychologisch welbevinden.

Verder kan de leeftijd waarop de besnijdenis heeft plaatsgevonden samenhangen met de mate van angst- en depressieklachten. Te verwachten valt dat een hogere leeftijd ten tijde van de besnijdenis en daarmee een duidelijke herinnering aan de besnijdenis voor meer klachten kan zorgen, aangezien de (pijn)beleving dan bewuster en beter terug te halen is dan een besnijdenis vlak na de geboorte.

Het praten over de besnijdenis, zowel voorafgaande als na afloop van de besnijdenis, zou ook van invloed kunnen zijn op het ontwikkelen van angst- en depressieklachten. 'Debriefing' vlak na een traumatische ervaring heeft niet altijd een gunstige uitkomst (Coghlan, 2003), maar therapievormen waarin de verwerking van een traumatische gebeurtenis centraal staan, zijn in het Westen juist

gebruikelijk. Over besnijdenis die enerzijds draait om de traditie en trots omtrent de 'overgang naar het vrouw zijn', maar anderzijds als een traumatische gebeurtenis ervaren kan worden, is in de literatuur echter weinig bekend. Onduidelijk is dan ook of praten over de besnijdenis beschermend dan wel versterkend voor klachten werkt. In dit onderzoek zal onderzocht worden of minder praten, zoals vaak gebruikelijk is in Afrikaanse landen over taboe's, samenhangt met minder klachten.

Daarnaast kan de rol van burgerlijke staat onderzocht worden in combinatie met angst- en depressieklachten. Uit onderzoek van Gazmararian, James en Lepkowski (1995) blijken getrouwde vrouwen, zowel van negroïde afkomst als blanke vrouwen, minder kans te hebben op een depressie in vergelijking met ongetrouwde vrouwen. Het is interessant deze bevinding te toetsen in het licht van de besneden vrouw, waarbij het huwelijk en seksualiteit met de partner in sommige gevallen juist voor spanningen kunnen zorgen.

Tevens kan het hebben van kinderen als factor onderzocht worden in de mate van angst- en depressieklachten. Besneden vrouwen hebben een verhoogd risico op complicaties en overlijden tijdens de zwangerschap en bevalling (Rushwan, 2000). Onderzocht zal worden of het hebben van kinderen, bijvoorbeeld door dit verhoogde risico op complicaties, samenhangt met verhoogde angst- en depressieklachten.

Middelengebruik is eveneens een factor die onderzocht zal worden, aangezien de comorbiditeit van stemmingsstoornissen en middelengebruik hoog is. Middelengebruik kan een ongunstig effect hebben op het ontstaan en verloop van een stemmingsstoornis (Marneros, 2008), daarom zal onderzocht worden of een verhoogd middelengebruik samenhangt met meer angst- en depressieklachten.

Tenslotte kan voorlichting over besnijdenis als factor in de mate van angst- en depressieklachten onderzocht worden. Voorlichting zorgt voor meer kennis en taboedoorbreking, ook bij mannen uit Afrikaanse gemeenschappen (Nienhuis et al., 2008). De erkenning van deze schadelijke traditie, de uitbanning ervan en het openlijk bespreekbaar maken kan voor vermindering in lijden bij de besneden vrouw zorgen. Dit zal in dit onderzoek nader onderzocht worden.

De tweede onderzoeksvraag die bovengenoemde factoren omvat kan als volgt worden geformuleerd: Hebben factoren als type besnijdenis, land van herkomst, inkomsten, herinnering en praten over de besnijdenis, leeftijd besnijdenis, educatie, burgerlijke staat, kinderen, menstruatieklachten, middelengebruik en voorlichting over besnijdenis, invloed op de mate van angst- en depressieklachten?

In hoeverre psychosociale klachten ontwikkelen ten gevolge van de besnijdenis is ook

afhankelijk gebleken van de individuele manier om ermee om te gaan of er tegenaan te kijken (copingmechanisme) (Nienhuis et al., 2008). Deze invloed van copingstijl blijkt ook te gelden voor de inschatting van fysieke gesteldheid. Bij Afrikaanse mannen en vrouwen werd de COPE (Coping Orientations to Problems Experienced Inventory) (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) afgenomen, hun eigen perceptie van hun gezondheid geëvalueerd en een handgreep-test gedaan. De personen die een passieve copingstijl op de COPE lieten zien, hadden een hogere bloeddruk bij de handgreep-test en rapporteerden ook een meer negatieve perceptie van hun gezondheid dan personen met een actieve copingstijl (Malan et al., 2006). Actieve/probleemgerichte coping en passieve/vermijdende coping wordt ook wel vergeleken met optimisten en pessimisten. Optimisten blijken vaak een actieve copingstijl te hanteren en zouden daarmee samenhangend beter met stress om kunnen gaan, minder kwetsbaar voor depressie zijn, problemen actiever aanpakken en een gezondere leefstijl genieten. Vermijdende coping kan daarentegen effectiever zijn in het geval van een kortdurend, weinig voorkomend probleem (Scheier & Carver, 1992). In het geval van besnijdenis, wat levenslange klachten kan veroorzaken, lijkt actieve/probleemgerichte coping een meer adaptieve copingstijl. Onderzocht zal worden of deze stijl met minder angst- en depressieklachten samengaat en passieve/vermijdende copingstijl samenhangt met meer klachten.

Uit onderzoek (McCracken, Vowles, Gauntlett-Gilbert, 2007) is verder gebleken dat steunzoekende coping veel voorkomt bij patiënten met chronische pijnklachten. Steunzoekende coping blijkt samen te hangen met meer lichamelijke beperkingen en pijngerelateerde angst. Er zal in dit onderzoek bekeken worden of steunzoekende coping ook vaker voorkomt bij de chronische pijnklachten die gepaard kunnen gaan met besnijdenis.

Over de samenhang tussen copingstijl en het specifieke onderwerp besnijdenis is nog weinig bekend. In dit onderzoek is het daarom relevant een derde onderzoeksvraag te stellen: Welke rol speelt copingstijl in relatie tot eventuele angst- en depressieklachten?

Verder is uit de theoretische beschouwing gebleken dat de rol van acculturatie in angst- en depressieklachten relevant kan zijn. Met acculturatie wordt het proces bedoeld waarbij groepen van verschillende culturele achtergronden en hun individuele leden zich met elkaar bezighouden, wat leidt tot culturele en psychologische veranderingen bij beide groepen (Berry, 2008). In het onderzoek van Keizer komen geen significante resultaten naar voren in het verband tussen de mate van acculturatie en het psychisch welbevinden van de besneden vrouw. Hier wordt echter aantekening gemaakt dat een verschuiving van referentiegroep en de mate van acculturatie eerder op lijkt te treden als de personen nog jong zijn ten tijde van hun migratie. Daarnaast heeft dit onderzoek alleen bij Somalische vrouwen plaatsgevonden. Zoals eerder vermeld zou een betere

acculturatie, in de vorm van taalvaardigheid, samenhangen met meer rapportage van psychische klachten (Bhugra, 2003). Ook zou een betere sociale integratie geassocieerd zijn met een verhoogd gebruik van formele hulpverlening in het gastland (Knipscheer & Kleber, 2008).

Het is dus mogelijk dat beter geïntegreerde vrouwen meer klachten rapporteren, maar niet noodzakelijkerwijs meer klachten *hebben*, in vergelijking met vrouwen die minder geïntegreerd zijn. Wanneer acculturatie in het verlengde van migratie wordt gezien, zou 'Achievement expectation' een rol kunnen spelen. Ons gedrag wordt gestuurd door verwachtingen en wanneer die niet uitkomen kan dit duiden op slechte aanpassing en leiden tot psychische problemen (Bhugra, 2003). In dit onderzoek zal de samenhang tussen acculturatie en angst- en depressieklachten onderzocht worden, waarin verondersteld wordt dat een betere acculturatie gepaard gaat met minder angst- en depressieklachten. De vierde onderzoeksvraag is als volgt: Welke rol speelt acculturatie in de mate van angst- en depressieklachten?

Hypothesen

De bovengenoemde onderzoeksvragen zullen getoetst worden aan de hand van de volgende hypothesen:

1. Als gevolg van meisjesbesnijdenis zijn er angst- en depressieklachten aan te wijzen.
2. Een ingrijpendere vorm van besnijdenis, land van herkomst waar deze ingrijpendere vormen voorkomen, lagere inkomsten, betere herinnering en meer praten over de besnijdenis, een hogere leeftijd ten tijde van de besnijdenis, een lager opleidingsniveau, alleenstaand, het hebben van kinderen, meer menstruatieklachten, hoger middelengebruik en minder voorlichting zijn geassocieerd met meer angst- en depressieklachten.
3. Een actieve/probleemgerichte copingstijl is geassocieerd met minder angst- en depressieklachten en passieve/vermijdende en steunzoekende copingstijl zijn geassocieerd met meer angst- en depressieklachten.
4. Een betere acculturatie in Nederland is geassocieerd met minder angst- en depressieklachten bij de besneden vrouw.

Methoden

2.1 Design

In dit onderzoek is een steekproef getrokken uit de populatie Afrikaanse besneden vrouwen verblijvend in Nederland om informatie te verkrijgen die nodig is voor het beantwoorden van de centrale onderzoeksvragen. Gekozen is voor zowel een kwalitatieve als een kwantitatieve opzet. Het onderzoek wil “bouwstenen leveren voor het theoretisch kader dat nodig is om het verschijnsel meisjesbesnijdenis goed te kunnen beschouwen en het aldus verkregen inzicht te vertalen naar bruikbare kennis voor beroepsgroepen die te maken kunnen krijgen met meisjesbesnijdenis”.

Het kwalitatieve deel van het onderzoek beoogt een cultuursensitieve benadering te zijn die het *kunnen* praten over dit intieme onderwerp vergemakkelijkt. Vertegenwoordigers van de onderzoekspopulatie worden ingezet om interviews bij besneden vrouwen af te nemen, waardoor op een cultuureigen en participatieve wijze te werk gegaan wordt.

Naast het kwalitatieve gedeelte bestaat het onderzoek uit een kwantitatief gedeelte, waarbij de informatie via gestandaardiseerde vragenlijsten wordt verworven. Dit type onderzoek biedt gestandaardiseerde uitkomsten die te vergelijken zijn met andere onderzoeksgroepen. Deze gestandaardiseerde scores maken meer betrouwbare en valide uitspraken over de gevolgen van meisjesbesnijdenis mogelijk. De vragenlijsten zijn na overleg met representanten van de onderzoeksgroep aangepast zodat het gehanteerde begrippenkader aansluit bij de onderzoeksgroep. Deze thesis richt zich op het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek.

2.2 Participanten

Er zijn 7 vrouwen benaderd uit het bestaande netwerk van de Afrikaanse gemeenschap in Nederland. Deze 7 vrouwen zijn VWO of HBO geschoold, zijn Nederlands/Engels sprekend en schrijvend, hebben zelf een besnijdenis ondergaan en zijn afkomstig uit één van de zes geselecteerde Afrikaanse landen (te weten Eritrea, Siërra Leone, Somalië, Ethiopië, Soedan en Egypte). De vrouwen hebben zelf respondenten geworven binnen hun eigen gemeenschap of via het netwerk van een zelforganisatie. Daarnaast hebben ze vrienden en kennissen benaderd, die op hun beurt ook weer andere namen doorgaven, het zogenaamde 'snowball-effect'. In het geval van Sierra Leone is ook door een mannelijke sleutelfiguur, een bekende van Pharos, gezocht naar respondenten. Er is gestreefd naar een maximale representativiteit van de steekproef, bijvoorbeeld op kenmerken als burgerlijke staat, leeftijd en opleidingsniveau. Uit elk land zijn 12 respondenten geworven. Met deze 72 respondenten uit de onderzoeksgroep van besneden vrouwen is theoretische saturatie in voldoende mate bereikt. Alle respondenten zijn minimaal 18 jaar oud. Ter waarborging van de anonimiteit krijgt elke respondent een code toebedeeld, zodat enkel de interviewers weten

welke vrouwen hebben deelgenomen aan het onderzoek.

2.3 Procedure

De 7 geselecteerde vrouwen hebben deelgenomen aan een door Pharos, FSAN (Federaties van Somalische Associaties in Nederland) en betrokken onderzoekers verzorgde training. Tijdens deze training zijn de interviewers voorgelicht over het onderzoeksproject en is het begrippenkader vastgesteld. Ook is geoefend in het interviewen en het werken met de meetinstrumenten.

In samenwerking met de interviewers is het onderzoekinstrumentarium opgesteld, namelijk de semi-gestructureerde interviews en gestandaardiseerde vragenlijsten.

De 7 geselecteerde vrouwen hebben binnen hun gemeenschap vrouwen bereid gevonden aan het onderzoek medewerking te verlenen. In sommige gevallen bleek deze werving moeizaam te verlopen, mogelijk afhankelijk van de positie van de interviewster in de gemeenschap, het aantal contacten en de openheid binnen de gemeenschap over het thema meisjesbesnijdenis. De responspercentages zijn onduidelijk en wisselen sterk tussen de interviewsters.

De respondenten hebben een informed consent getekend en er zijn twee interviews en vervolgens de gestandaardiseerde vragenlijsten afgenomen. Deze volgorde is gehanteerd zodat er, tijdens het invullen van de vragenlijsten, meer duidelijkheid bestaat over de focus op de gevolgen van meisjesbesnijdenis. De voertaal was Engels, Nederlands of de moedertaal. In het geval een respondent aangaf niet door een vrouw uit de eigen gemeenschap geïnterviewd te willen worden, werd er gewisseld met een andere interviewster.

2.4 Meetinstrumenten

Het kwalitatieve onderzoek bestond uit semigestructureerde interviews, waardoor de interviewers een leidraad hadden om vanuit te werken en tegelijkertijd de vrijheid kregen om uitgebreid door te vragen. Er is gestreefd de kernbegrippen angst, depressie, coping en acculturatie en de sociodemografische factoren voldoende te operationaliseren in onderstaande 4 vragenlijsten om de hypothesen van dit onderzoek te toetsen.

Het kwantitatieve onderzoek bestond uit de volgende onderdelen:

- *Demografische gegevens*: geboortejaar, land van herkomst, burgerlijke staat, huwelijk, educatie, gezin, aantal- en leeftijd van kinderen, aantal dochters, aantal in Nederland geboren kinderen, bron van inkomsten, verblijfsduur in Nederland, jaar en leeftijd van migratie.

Overige gegevens: wanneer voor het laatst het land van herkomst bezocht, vorm van besnijdenis, land waar besnijdenis is uitgevoerd, uitvoerder van besnijdenis, leeftijd waarop

besneden, herinnering aan besnijdenis, het praten voor en/of na de besnijdenis, voorlichting over besnijdenis, klachten door de besnijdenis, menstruatieklachten, medicijngebruik, eigen dochter(s) besneden, taal van interview en de naam van de interviewster.

- *Hopkins Symptom Checklist (HSCL):*

De Hopkins Symptom Checklist meet angst- en depressiesymptomen en is oorspronkelijk ontworpen voor de detectie van psychiatrische klachten bij vluchtelingen. In dit onderzoek is de verkorte versie van de Hopkins Symptom Checklist gebruikt. Deze HSCL-25 bevat 10 vragen over angst en 15 vragen over depressie, waarbij elke vraag beantwoord dient te worden op een vierpuntsschaal (1= helemaal geen last; 4= zeer veel last). Voorbeelden van items bij de angstschaal zijn “plotseling schrikken of bang worden” en bij de depressieschaal “weinig energie hebben”. De HSCL-25 is bruikbaar gebleken als een screeningsinstrument in verschillende cross-culturele studies en patiëntenstudies (Hansson, Nettelblatt, Borgquist & Nordström, 1994; Kleijn, Hovens, Rodenburg & Rijnders, 1998; McKelvey & Webb, 1997). De cut-off score voor zowel angst als depressie is 1.75, wanneer hoger dan deze score wordt behaald kan de diagnose van depressie volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV) gesteld worden. Hierbij gaat het om de gemiddelde score op de angst- of depressieschaal, of om de gemiddelde score op alle 30 items. In onderzoek onder vluchtelingengroepen bleek detectie van depressie een sensitiviteit van 88% en een specificiteit van 73% te hebben (Kaaya, Fawzi, Mbwambo, Lee, Msamanga & Fawzi, 2002). In onderzoek onder Indochinese vluchtelingen bleek de sensitiviteit van de HSCL-25 92% en de specificiteit 86% (Ichikawa, Nakahara & Wakai, 2006). De meest recente Nederlandse versie van de HSCL-25 is gereviseerd door Kleijn in 2000. De interne consistentie van de HSCL-25 in de steekproef van het huidige onderzoek is met een cronbach's α van .96 goed (angstschaal $\alpha = .93$, depressieschaal $\alpha = .92$).

- *Cope-Easy:*

Met de Cope-Easy is inzicht te verkrijgen in welke copingmechanismen en stijlen worden aangewend na confrontatie met een traumatische ervaring. De COPE (Coping Orientations to Problems Experienced Inventory) in zijn volledigheid (Carver et al., 1989) bevat 60 items, verdeeld over 15 subschalen. Voor een beter gebruik in de klinische praktijk is de COPE-Easy ingekort naar 32 vragen, gebaseerd op betrouwbaarheidanalyse en item-totaal correlaties. In de COPE-Easy bleken de items gegroepeerd te kunnen worden onder drie theoretische hoofddimensies: 1) *Actief probleemgerichte coping*, 2) *Steun zoekende coping* en 3) *Vermijdend gedrag*. Voorbeelden van items die bij de drie hoofddimensies horen zijn respectievelijk; “Ik deed extra mijn best er iets aan te doen”, “Ik sprak met iemand over hoe

ik mij voelde”, “Ik zocht een activiteit om mij zelf af te leiden”. Naast deze hoofddimensies bleken de volgende subdimensies te onderscheiden: *situatie accepteren*, *steun zoeken in geloof* en *humor*. De laatste 4 vragen van de COPE-Easy vragen de respondent naar middelengebruik, deze informatie vormt echter geen subschaal. Ook bij deze vragenlijst dient de respondent antwoord te geven aan de hand van een vierpuntsschaal (1= ik deed dit niet; 4= ik deed dit veel). De scores op de verschillende dimensies dienen afzonderlijk van elkaar bekeken te worden, waarbij een hogere gemiddelde score op een dimensie wijst op meer gebruik van de bijbehorende copingstijl. De COPE-Easy beoogt door zijn taalgebruik en duidelijkheid bruikbaar te zijn voor zowel autochtone als allochtone cliënten. De vragenlijst blijkt met name bij situatie-specifiek gebruik (zoals in dit onderzoek over besnijdenis) ruim voldoende betrouwbaar te zijn op de subschalen. Ook levert de COPE-Easy een genuanceerd profiel van copingstrategieën op (Kleijn, van Heck & Van Waning, 2000). In ander onderzoek bleek de COPE ook teruggebracht te kunnen worden naar 37 items binnen dezelfde drie hoofddimensies, met behoud van goede psychometrische eigenschappen (Lyne & Roger, 2000). De interne consistentie van de subschalen van de COPE-Easy in deze steekproef is goed (cronbach's α varieert tussen de .67 voor *Vermijndend gedrag*, .85 voor *Humor*, .86 voor *Steun zoekende coping* en *Acceptatie*, .89 voor *Religie* en .91 voor *Actief probleemgerichte coping*).

- *Lowlands Acculturation Scale (LAS):*

De Lowlands Acculturation Scale (Mooren, Knipscheer, Kamperman, Kleber & Komproe, 2001) bepaalt de mate van acculturatie gerelateerde onderwerpen als attitudes en stress. De vragenlijst is speciaal ontworpen voor het meten van stressoren en affiliatie die gerelateerd zijn aan migratie. De LAS bestaat uit 25 stellingen die op een zespuntsschaal (1= helemaal niet van toepassing; 6 = heel erg van toepassing) beantwoord dienen te worden. De LAS is onderverdeeld in vijf subschalen, te weten *'Tradities'*, deze schaal richt zich op het behoud van de eigen cultuur en gewoonten. Een voorbeeld van een item is 'Ik luister het liefst naar Somalische muziek'. De schaal *'Normen en waarden'* brengt de morele normen en waarden in kaart. Een voorbeeld is 'Ik vind dat Nederlandse ouders hun kinderen veel seksuele vrijheid geven'. De schaal *'Verlies'* bestaat uit items als 'Mijn land van herkomst is altijd in mijn gedachten en herinnering'. Praktische vaardigheden die zinvol zijn voor participatie in de Nederlandse samenleving zijn in kaart gebracht met behulp van de schaal *'Vaardigheden'*. Items behorende bij deze schaal zijn 'Mensen begrijpen mij verkeerd als ik Nederlands praat'. De schaal *'Sociale integratie'* refereert aan het sociale contact met de autochtone Nederlandse bevolking. Een voorbeeld hiervan is 'Ik ervaar het contact met Nederlanders als

goed'. De totaalscore per subschaal geeft de mate van acculturatie weer. Uitsluitend de schaal *Sociale integratie*' dient voor de analyses omgescoord te worden. Zodoende verwijst een hoge score op een schaal naar een laag acculturatieniveau en daarmee een verminderde culturele aanpassing. Voor dit onderzoek zijn 20 vragen van de LAS bij de respondenten afgenomen. De cross-culturele bruikbaarheid en validiteit van de LAS wordt deels ondersteund en de vragenlijst zou goed inzicht bieden in verschillen en overeenkomsten in acculturatie patronen tussen diverse etnische groepen in Nederland. De schaal kan verbeterd worden op conceptualisatie van domeinen door middel van discussies in focusgroepen (Mooren et al., 2001). De interne consistentie van de subschalen in de steekproef van huidig onderzoek is voldoende betrouwbaar (cronbach's α varieert tussen de .61 voor *Tradities*, .62 voor *Normen en Waarden*, .63 voor *Vaardigheden* en *Verlies* en .69 voor *Sociale integratie*).

2.5 Statistische analyses

De kwantitatieve data van de 5 vragenlijsten zijn ingevoerd in SPSS versie 17 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Met dit programma is een eerste inventarisatie gemaakt van de sociaaldemografische gegevens van de respondenten. In het geval van de LAS moesten er volgens de handleiding 3 items omgescoord worden, dit is dan ook gedaan bij de items 2, 4 en 6.

Bij een aantal respondenten ontbraken de antwoorden op enkele vragen, deze 'missing values' zijn via een gemiddelden-berekening per respondent ingevuld. Er is gecontroleerd op normaal verdeling, spreiding, scheefheid en kurtosis van de steekproef. Alle variabelen bleken binnen de grenzen te vallen, op de variabele 'aantal kinderen in totaal' na.

Voor de toetsing van de hypothesen over samenhang tussen angst- en depressieklachten en de verschillende variabelen is gebruik gemaakt van Pearson's correlatiecoëfficiënt en Anova voor de categorische factoren. De toetsing met Pearson's correlatiecoëfficiënt geldt voor de volgende continue sociodemografische factoren: geboortejaar, aantal kinderen, aantal dochters, aantal kinderen geboren in thuisland, aantal jaren in Nederland, leeftijd ten tijde van de migratie en de leeftijd waarop de besnijdenis heeft plaatsgevonden. Anova is gebruikt voor het toetsen van de volgende categorische sociodemografische variabelen: land van herkomst, vorm van besnijdenis, burgerlijke staat, hoogst genoten opleiding, wel/geen inkomsten, de uitvoerder van de besnijdenis, de herinnering aan de besnijdenis, besproken voorafgaande aan de besnijdenis, besproken na afloop van de besnijdenis, voorlichting over de besnijdenis, besnijdenis veroorzaakt klachten, menstruatieklachten, medicijngebruik en of de eigen dochters besneden zijn. Vervolgens zijn de significante factoren opgenomen in de lineaire regressie-analyse.

Bij de lineaire regressieanalyse is gekozen voor de 'Enter' methode, aangezien de kennis over een

mogelijk theoretisch model vooralsnog ontoereikend is. Daarnaast moet voorzichtigheid geboden worden bij een steekproef van dergelijke grootte (Brace, Kemp & Snelgar, 2006). Op basis van deze overwegingen is gekozen voor de 'Enter' methode boven de 'Stepwise' methode.

Verder dient de categorische variabele 'land van herkomst' omgezet te worden naar een dichotome variabele, ofwel dummy variabele. De lineaire regressieanalyse is vier maal uitgevoerd, telkens met een ander land als referentiecategorie. Deze dummy variabele 'land van herkomst' is in de analyse in een apart blok opgenomen, tevens volgens de 'Enter' methode.

Resultaten

3.1 Beschrijving van de steekproef

Door diverse redenen (zoals echtgenoot die de antwoorden geeft of het té veel moeite hebben over dit onderwerp te praten) zijn van 6 vrouwen onvoldoende gegevens verzameld waardoor zij uit de analyse verwijderd moesten worden. Aldus zijn er 66 respondenten in de analyse opgenomen, waarvan 18 uit Soedan, 18 uit Somalië, 12 uit Eritrea, 12 uit Sierra Leone en 6 uit Ethiopië. Het verkrijgen van respondenten uit Egypte bleek zeer moeizaam te verlopen, aangezien sleutelpersonen voornamelijk mannen waren die ontkenden dat besnijdenis in hun gemeenschap voorkomt. Egypte heeft hierdoor in dit onderzoek geen vertegenwoordiging kunnen vinden. Ter compensatie zijn er meer respondenten uit Somalië en Soedan geworven, met hulp van 2 interviewsters per land. Bij geen van de respondenten bleek sprake te zijn van besnijdenis type IV, daarom zijn in de analyses de typen I-III opgenomen. Van één respondent bleek niet te achterhalen om welke vorm van besnijdenis het ging; de gegevens over land van herkomst en vorm van besnijdenis van de overige respondenten is in Tabel 1 weergegeven.

Tabel 1: Vorm van besnijdenis per land

	Somalië	Soedan	Ethiopië	Eritrea	Sierra Leone
Sunna klein, prikje – Type IV					
Clitoridectomie – Type I				10	11
Sunna groot, excisie – Type II	2	3	4		9
Faraonisch, infibulatie – Type III	16	15	2	2	35
Onbekend					1
					1
					TOTAAL 66

In Tabel 2 zijn de sociodemografische gegevens van de steekproef weergegeven, met gemiddelden, standaarddeviaties, range, percentages en aantal missende gegevens.

Tabel 2: Sociodemografische kenmerken steekproef (n=66)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>range</i>	<i>missing</i>
<i>Variabelen</i>				
leeftijd	35,5	10,5	18 – 69	1
aantal jaren in Nederland	10,9	6,3	2 – 29	3
leeftijd ten tijde van emigratie	24,5	10,6	0 – 61	1
leeftijd waarop besneden	6,4	4,1	0,8 – 16	4
aantal kinderen	1,8	1,6	0 – 8	7
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>missing</i>
burgerlijke staat				8
ongehuwd		23	34,8	
getrouwd		25	37,9	
gescheiden		7	10,6	
weduwe		3	4,5	
opleidingsniveau				10
geen educatie		4	6,1	
lagere school		5	7,6	
middelbare school		24	36,4	
hoger onderwijs		23	34,8	

3.2 Psychologische gevolgen van meisjesbesnijdenis

Met betrekking tot de eerste hypothese kan gesteld worden dat er psychologische gevolgen van meisjesbesnijdenis zijn vast te stellen. Binnen de respondentengroep scoorden 23 (34.9%) vrouwen boven de grenswaarde van 1,75 van de Hopkins Symptom Checklist, een derde van de steekproef lijdt dus aan angst- en depressieklachten. Wanneer de angstschaal en depressieschaal afzonderlijk worden geanalyseerd, blijkt dat 20 (30.2%) vrouwen lijden aan een angststoornis. 22 (33.3%) Vrouwen lijden aan een depressie.

3.3 Samenhang tussen coping en angst- en depressieklachten

De drie hoofddimensionen en vier subschalen van de COPE-Easy zijn weergegeven in Tabel 3. Hierin is de correlatie met de gemiddelde score op de HSC opgenomen, als ook met de depressie- en angstschaal afzonderlijk.

Tabel 3: Correlatie tussen angst- en depressieklachten en copingstijl

	HSC gemiddelde score	HSC depressie score	HSC angst score
COPE Actief-probleem-gerichte coping	.140	.069	.214
COPE Steunzoekende coping	.318 *	.286 *	.329 *
COPE Vermijdend gedrag	.472 **	.443 **	.461 **
COPE Steun zoeken in religie	-0.04	-0.032	.031
COPE Accepteren	-0.063	-0.111	.001
COPE Humor	.211	.260	.125
COPE middelen gebruik	.386 **	.340 *	.412 **

*: $p < .05$; **: $p < .01$

Uit de analyses blijkt dat een hogere rapportage van angst- en depressieklachten samenhangt met zowel steunzoekende coping ($r = .32$; $p < 0,05$, $n = 63$) als vermijdend gedrag ($r = .47$; $p < 0,01$, $n = 63$) als ook met het gebruik van middelen ($r = .39$; $p < 0,01$, $n = 63$).

3.4 Samenhang acculturatie met angst- en depressieklachten

De correlatie met de gemiddelde HSC score, als ook met de afzonderlijke depressie en angstschaal is per dimensie van de LAS weergegeven in Tabel 4.

Tabel 4: Correlatie tussen angst- en depressieklachten en acculturatie

	HSC gemiddelde score	HSC depressie score	HSC angst score
LAS traditie	.062	.039	.081
LAS sociale integratie	.144	.199	.069
LAS opvattingen- normen en waarden	-0.039	-0.014	-0.063
LAS verlies-heimwee	.185	.141	.220
LAS problemen met Nederlandse taal en vaardigheden	.269 *	.343 **	.162

*: $p < .05$; **: $p < .01$

Een hogere rapportage van depressieve klachten hangt samen met meer melding van problemen met de Nederlandse taal en vaardigheden ($r = .27$; $p < 0,05$, $n = 63$). Op deze dimensie van acculturatie kan de hypothese worden bevestigd, met de andere LAS dimensies hangen angst- en depressieklachten niet samen.

3.5 Samenhang tussen sociodemografische en besnijdenisgerelateerde factoren op angst- en depressieklachten

Verschillende factoren zijn geanalyseerd naar hun invloed op angst- en depressieklachten. In Tabel 5 zijn de statistische uitkomsten weergegeven van alle uitgevoerde univariate analyses. Van de categoriale variabelen zijn het aantal respondenten, de toetsingsgrootheid, vrijheidsgraden en significantie gegeven. Van de continue variabelen is het aantal respondenten, Pearson' r en de significantie weergegeven.

Tabel 5: Univariate analyses van sociodemografische variabelen met angst- en depressieklachten (HCL gemiddelde score)

	<i>N</i>	<i>F(df)</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
land van herkomst _b	63	$F(4,58)=4,041$		0,006**
vorm besnijdenis _b	63	$F(2,60)=5,515$		0,006**
inkomsten _b	56	$F(1,54)=5,041$		0,029*
uitvoerder besnijdenis _b	57	$F(2,54)=2,205$		0,120
voorlichting over besnijdenis _b	62	$F(1,60)=5,984$		0,017*
voor de besnijdenis over gesproken _b	59	$F(1,57)=1,299$		0,259
na de besnijdenis over gesproken _b	58	$F(2,55)=5,366$		0,007**
menstruatieklachten _b	59	$F(3,55)=2,000$		0,038*
medicijngebruik _b	59	$F(1,57)=7,748$		0,007**
burgerlijke staat _b	58	$F(3,54)=1,479$		0,231
opleiding _b	56	$F(3,52)=1,498$		0,226
herinnering aan besnijdenis _b	59	$F(2,56)=6,096$		0,004**
besnijdenis veroorzaakt klachten _b	62	$F(1,60)=1,934$		0,169
eigen dochters besneden _b	57	$F(2,54)=0,100$		0,905
geboortejaar ^a	63		-0,21	0,046*
aantal kinderen ^a	58		0,08	0,278
aantal dochters ^a	58		0,05	0,345
aantal kinderen geboren in thuisland ^a	56		0,08	0,279
aantal jaren in Nederland ^a	60		-0,21	0,054
leeftijd ten tijde van migratie ^a	63		0,37	0,002*
leeftijd ten tijde van besnijdenis ^a	60		0,05	0,347

^a getoetst met Pearson's correlatiecoëfficiënt

_b getoetst met Anova

*: $p < .05$; **: $p < .01$

Op basis van deze univariate analyses lieten een aantal factoren een trend naar significantie zien. De factoren met een significantie $p < .15$ zijn meegenomen in de lineaire regressieanalyse. Het gaat hierbij om de volgende factoren: land van herkomst, vorm van besnijdenis, wel/geen inkomsten, uitvoerder van de besnijdenis, herinnering aan de besnijdenis, besproken na afloop van de besnijdenis, voorlichting over de besnijdenis, menstruatieklachten, medicijngebruik, geboortjaar, aantal jaren in Nederland en leeftijd ten tijde van de migratie. Daarnaast zijn de subschalen meegenomen die na analyseren van de COPE-Easy en de LAS naar voren kwamen als zijnde significant: steunzoekende coping, vermijndend gedrag, middelengebruik en problemen met de Nederlandse taal en vaardigheden.

In de multivariate regressieanalyse is een significant model berekend, $F(19,21) = 5,820$, $p < .01$. Het model verklaart 69.6% van de variantie (Adjusted $R^2 = .696$). Van alle meegenomen factoren bleken vorm van besnijdenis (infibulatie) en de copingdimensie middelengebruik (hogere score) significant ($p < .05$) samen te hangen met meer angst- en depressieklachten. Wat betreft land van herkomst bleken de Somalische respondenten de minste angst- en depressieklachten te vertonen in vergelijking met vrouwen uit Sierra Leone, Soedan, Eritrea en Ethiopië. Verder meldten respondenten uit Soedan minder angst- en depressieklachten dan respondenten uit Ethiopië ($p < .05$). In Tabel 6 is voor elke factor de gestandaardiseerde coëfficiënt Beta weergegeven.

Tabel 6: Gestandaardiseerde coëfficiënt Beta voor elke factor

<i>Factoren</i>	<i>β</i>
vorm van besnijdenis	0,631*
opleiding, baan of uitkering	,207
uitvoerder van besnijdenis	-,004
herinnering aan besnijdenis	-,283
wel/niet nabesproken	,044
voorlichting gehad	-,101
last van menstruatiepijnen	,045
medicijngebruik	-,022
geboortjaar	-,939
hoe lang in Nederland	-,632
leeftijd tijdens migratie	-,756
Hoofddimensie Steunzoekende coping	,207
Hoofddimesie Vermijndend gedrag	,102
Dimensie middelen gebruik	0,412*
problemen met beheersen van Nederlandse taal en vaardigheden	-,167
vergelijking Sierra-Somalie	0,818*
vergelijking Soedan-somalie	,280
vergelijking Eritrea-Somalie	0,839*
vergelijking Ethiopie-Somalie	0,424*
vergelijking Som-Sierra	-,698
vergelijking Soedan-Siera	-,619
vergelijking Eritrea-Sierra	-,060
vergelijking Ethiopie-Sierra	-,002
vergelijking Som-Soedan	-,217
vergelijking Sierra-Soedan	,563
vergelijking Eritrea-Soedan	,559
vergelijking Ethiopie-Soedan	0,291*
vergelijking somalie-eritrea	-0,652*
vergelijking sierra eritrea	,054
vergelijking soedan eritrea	-,559
vergelijking ethiopie-eritrea	,027

*: $p < .05$

Discussie

Doel van het huidige onderzoek is inzicht verschaffen in de psychologische gevolgen van meisjesbesnijdenis. De centrale vraag is of er angst- en depressieklachten vast te stellen zijn als gevolg van de besnijdenis. Daarnaast wordt onderzocht of er een samenhang bestaat angst- en depressieklachten en sociodemografische factoren, copingstijl en mate van acculturatie.

De resultaten van dit onderzoek onder besneden vrouwen duiden op aanwijsbare angst- en depressieklachten. Van de respondenten bleek 30.2% aan een angststoornis te lijden en 33.3% aan depressie. Ruim een derde (35%) van de onderzochte vrouwen heeft dus te kampen met angst- en depressieklachten. Wat betreft de copingstijl bleek steunzoekende coping vaker voor te komen naarmate er meer angst- en depressieklachten ervaren werden. Tevens werd er een samenhang met vermijdend gedrag gevonden. Ook het gebruik van middelen zoals drugs, sigaretten, medicijnen en pijnstillers bleek vaker voor te komen bij vrouwen die meer angst- en depressieklachten rapporteerden. De invloed van acculturatie op de mate van angst- en depressieklachten uitte zich in problemen met de Nederlandse taal en vaardigheden. Deze samenhang geldt met name voor depressie; meer problemen met de Nederlandse taal en vaardigheden houden verband met een hogere score op de depressieschaal. Uit de multivariate regressieanalyse komt een model naar voren dat 69.6% van de variantie in angst- en depressieklachten verklaart. Een verhoogd middelengebruik en een meer ingrijpende vorm van besnijdenis gaan samen met meer angst- en depressieklachten. Wat betreft land van herkomst bleken Somalische respondenten minder angst- en depressieklachten te vertonen dan de vrouwen uit de andere landen.

Zoals eerdere literatuur (Behrendt & Moritz, 2005; Bhugra, 2003; Keizer, 2003; Knipscheer & Kleber, 2008; Lax, 2000) aangeeft heeft besnijdenis naast lichamelijke klachten, ook psychologische gevolgen. Dit onderzoek ondersteunt deze bevinding in dat een derde van de respondenten te kampen heeft met een diagnosticeerbare angststoornis of depressie.

Steunzoekende coping bleek daarnaast significant samen te hangen met meer angst- en depressieklachten. Deze bevinding kan in verband gebracht worden met de term 'social support' in het model van Bhugra (2003). Dit model stelt dat een positieve en hulpvaardige omgeving beschermend werkt tegen depressie. Het gebruik van steunzoekende coping hoeft echter niet te betekenen dat deze positieve en hulpvaardige omgeving er ook is. Mogelijk zijn personen die deze copingstijl gebruiken juist harder op zoek naar een dergelijke omgeving en zorgt hun copingstijl juist voor minder bevrediging en meer klachten. Steunzoekende coping blijkt samen te hangen met meer lichamelijke beperkingen en pijngerelateerde angst (McCracken et al., 2007). Deze verhoogde angst in samenhang met steunzoekende coping wordt in dit onderzoek bevestigd. Ook de samenhang tussen passieve/vermijdende copingstijl en meer angst- en depressieklachten komt

overeen met eerdere bevindingen (Malan et al., 2006; Scheier & Carver, 1992). Zowel steunzoekende als vermijdende coping blijkt dus samen te hangen met meer angst- en depressieklachten, terwijl zij zich enigszins tegenstrijdig voordoen. Beide copingstijlen worden door de literatuur echter in verband gebracht met angst- en depressieklachten. Met betrekking tot besnijdenis zou vermijding een copingstijl kunnen zijn die specifiek bij dit intieme onderwerp toegepast wordt, in lijn van het verzwijgen van klachten en het niet praten over dit taboe (Nienhuis et al., 2008).

Over middelengebruik als copingstijl onder besneden vrouwen is in de literatuur nog weinig bekend. Opvallend is in dit onderzoek daarom de samenhang tussen middelengebruik en meer angst- en depressieklachten bij besneden vrouwen, al is de samenhang op zichzelf een bekende comorbiditeit (Marneros, 2008). Is middelengebruik een copingstrategie om met de angst- en depressieklachten om te gaan, of vergroot middelengebruik de kans op een angststoornis of depressie? Aan dit vraagstuk over oorzaak en gevolg is al veel onderzoek vooraf gegaan (Barlow, 2004). Het zou echter verder onderzocht kunnen worden in relatie tot besnijdenis.

De uitkomst over de samenhang tussen angst- en depressieklachten en problemen met de Nederlandse taal en vaardigheden, kan vergeleken worden met eerder genoemd onderzoek van Nazroo (in Bhugra, 2003). Hierin werd taalvaardigheid als maat voor acculturatie genomen en bleken immigranten die beter geaccultureerd zijn, net zoveel psychische klachten te rapporteren als de inheemse bevolking, namelijk meer klachten dan immigranten. Een verklaring hiervoor kan zijn dat vrouwen die meer geïntegreerd zijn zich bewuster zijn van de klachten, doordat zij bijvoorbeeld meer informatie of voorlichting tot zich nemen. Vrouwen die minder geïntegreerd zijn blijven mogelijk meer in vermijding hangen en het taboe op praten, waardoor zij klachten minder snel rapporteren. Problemen met de nieuwe taal en vaardigheden kan rapportage van klachten bemoeilijken, maar wil niet zeggen dat er geen klachten zijn. Dit onderzoek heeft deze klachten mogelijk meer aan het licht gebracht, ondanks de problemen met de Nederlandse taal- en vaardigheden.

Een onverwachte uitkomst van dit onderzoek is dat Somalische respondenten minder angst- en depressieklachten rapporteren dan vrouwen uit de andere landen. Dit terwijl 16 van de 18 Somalische respondenten de meest ingrijpende vorm van besnijdenis hebben ondergaan (type III). Ondanks deze bevinding is vorm van besnijdenis toch een significante voorspeller voor de mate van angst- en depressieklachten. Vorm van besnijdenis en land van herkomst lijken in dit onderzoek dus geen eenduidige samenhang te vertonen. Mogelijk heeft de Somalische gemeenschap kenmerken die beschermend werken tegen angst- en depressieklachten, dit zou nader onderzocht kunnen worden.

Dit onderzoek kan bijdragen aan meer kennis over psychologische gevolgen van meisjesbesnijdenis, een gedeelte dat naast de lichamelijke gevolgen serieus genomen dient te worden. Hulpverlening kan verbeterd worden door meer kennisvergaring over de rol van copingstijl, acculturatie en factoren die de kans vergroten op het hebben van angst- en depressieklachten.

Toch dienen de uitkomsten van dit onderzoek met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Zo zou een grotere steekproef en meer evenredige representatie van de landen tot een betrouwbaarder onderzoek leiden. De cross-culturele validiteit van de uitkomsten van dit onderzoek als van de gebruikte vragenlijsten zou hierdoor verder onderzocht en verbeterd kunnen worden. Ook bleken enkele vragen van de vragenlijsten niet ingevuld. Er zou verder onderzocht kunnen worden wat de reden van deze 'missing values' zijn, namelijk het niet wensen te beantwoorden van de vraag, of het niet begrijpen. Laatstgenoemde zou een verbetering in de vragenlijst impliceren, of verder onderzoek naar de rol van een eventuele taalbarrière. Verder hebben de respondenten, behalve een besnijdenis, andere levensgebeurtenissen meegemaakt die tot angst en/of depressie kunnen leiden, bijvoorbeeld migratie of verkrachting. Het is dus mogelijk dat de gerapporteerde klachten niet uitsluitend toegeschreven kunnen worden aan de besnijdenis. In vervolgonderzoek zou het toevoegen van een controlegroep (bestaande uit niet besneden, gemigreerde vrouwen) hiervoor uitkomst kunnen bieden.

Methodologisch kan aangemerkt worden dat de vrouwen eerst de twee interviews hebben ondergaan waarin het intieme en pijnlijke onderwerp van besnijdenis is besproken, iets wat in sommige gevallen als zeer emotioneel ervaren werd. Vervolgens hebben zij de vragenlijsten ingevuld. Het is dus mogelijk dat de scores op de angst- en depressieschaal hoger zijn uitgevallen, dan wanneer deze vragenlijsten voorafgaande aan de interviews waren afgenomen.

Verder is het interessant nader te onderzoeken hoe de hulpverlening in kan spelen op de copingstijlen die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen. Enerzijds dus de vrouwen die steunzoekende coping gebruiken, maar wel meer angst- en depressieklachten vertonen. Is de steun die zij ontvangen dan wel adequaat? En hoe bereik je anderzijds de vrouwen met angst- en depressieklachten die een vermijdende coping hebben?

Ook blijkt dat vrouwen die moeite hebben met de Nederlandse taal en vaardigheden, meer angst- en depressieklachten vertonen. Juist deze, voor een hulpverlener moeilijk te bereiken groep vrouwen zou dus extra aandacht en hulp geboden moeten worden. Nader onderzoek en praktijkervaring zou uit moeten wijzen hoe de communicatie met de hulpverlener verbeterd kan worden in het geval van zo'n intiem onderwerp, waar een willekeurige tolk niet gewenst is. Onder problemen met de Nederlandse vaardigheden, kan ook het wegwijs in het Nederlandse zorgsysteem

vallen. Onderzoek zou eventuele onduidelijkheden en onbereikbaarheid voor nieuwkomers in Nederland aan het licht moeten brengen.

Voor de praktijk leveren de resultaten van dit onderzoek de volgende aanbevelingen op: hulpverleners dienen alert te zijn op het signaleren van angst- en depressieklachten wanneer zij met besneden vrouwen te maken krijgen. Dit aangezien de kans bestaat dat één op de drie besneden vrouwen met deze problemen kampt. Verder kan het aan te raden zijn te informeren naar het middelengebruik. Uit dit onderzoek blijkt middelengebruik namelijk samen te hangen met meer angst- en depressieklachten, al zal het mogelijk per vrouw verschillen of het middelengebruik een copingstrategie is, of juist voortkomt uit angst- en depressieklachten (en verergerd?). De besnijdenis blijft een moeilijk te bespreken en intiem onderwerp. De copingstijlen steun zoeken en vermijding komen in combinatie met meer angst- en depressieklachten voor. Een hulpverlener zal in beiden gevallen goed door moeten vragen en het onderwerp met geduld en tact moeten benaderen.

Concluderend kan gesteld worden dat in dit onderzoek een derde van de besneden vrouwen aan een angststoornis of depressie lijdt. Een samenhang met copingstijl en angst- en depressieklachten werd aangetroffen bij de steunzoekende en vermijdende vorm. Ook komt middelengebruik meer voor bij vrouwen die een hogere mate van angst- en depressie vertonen. Verder rapporteren besneden vrouwen die meer problemen met de Nederlandse taal en vaardigheden ervaren, meer klachten op de depressieschaal. Een verklarend model voor angst- en depressieklachten bevat de factoren vorm van besnijdenis en de copingdimensie middelengebruik. Ook land van herkomst vertoont significantie, met name Somalische respondenten blijken minder angst- en depressieklachten te vertonen.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (2005). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Harcourt.
- Barlow, D.H. (2004). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. New York, NY: The Guilford Press.
- Behrendt, A. & Moritz, S. (2005). Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems After Female Genital Mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1000-1002.
- Berry, J.W. (2008). Globalisation and acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*, 32, 328–336.
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A.A., Tell, G.S. & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science & Medicine*, 66, 1334-1345.
- Brace, N., Kemp, R. & Snelgar, R. (2006). *SPSS for Psychologists*. New York: Palgrave Macmillan.
- Bhugra, D. (2003). Migration and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 67–72.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically base approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 57 (2), 267– 283.
- Coglan, A. (2003). Counselling can add to the trauma. *New Scientist*, 178 (2401), 5-10.
- Fokkema, C.M. & Huisman, C.C. (2003). De strijd tegen vrouwenbesnijdenis. *Demos*, 20 (2), 12-16.
- Gazmararian, J.A., James, S. & Lepkowski, J.M. (1995). Depression in black and white women: The role of marriage and socioeconomic status. *Annals of Epidemiology*, 5 (6), 455-463.
- Hansson, L., Nettelbladt, R., Borgquist, L. & Nordström, G. (1994). Screening for psychiatric illness in primary care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 83-87.
- Ichikawa, M., Nakahara, S. & Wakai, S. (2006). Cross-cultural use of the predetermined scale cutoff points in refugee mental health research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 248–250.
- Igwegbe, A.O. & Egbuonu, I. (2000). The prevalence and practice of female genital mutilation in Nnewi, Nigeria: the impact of female education. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 20 (5), 520-522.
- Kaaya, S.F., Fawzi, M.C.S., Mbwambo, J.K., Lee, B., Msamanga, G.I. & Fawzi, W. (2002). Validity of the Hopkins Symptom Checklist-25 amongst HIV-positive pregnant women in Tanzania. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 9–19.
- Kaplan, G.A., Shema, S.J. & Leite, C.M.A. (2008). Socioeconomic determinants of psychological

- well-being: The role of income, income change, and income sources during the course of 29 Years. *Annals of Epidemiology*, 18 (7), 531-537.
- Keizer, C. (2003) Acculturatie en psychische effecten van vrouwenbesnijdenis. In Van der Kwaak, A. & Keizer, C., Van verzwegen pijn naar stil verdriet: visies op vrouwenbesnijdenis en verandering. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, Dienst Communicatie Wetenschapswinkels.
- Kleijn, W.C., Van Heck, G.L. & Van Waning, A. (2000). Ervaringen met een Nederlandse bewerking van de COPE copingvragenlijst. *Gedrag en gezondheid*, 28 (4), 213-226.
- Kleijn, W. C., Hovens, J.E.J.M., Rodenburg, J.J.& Rijnders, R.J.P. (1998). Psychiatrische symptomen bij vluchtelingen aangemeld bij het psychiatrisch centrum De Vonk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142 (30), 1724-1728.
- Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2008). Help-seeking behavior of west African Migrants. *Journal of community psychology*, 36 (7), 915-928.
- Larsen, U. & Okonofua, F.E. (2002). Female circumcision and obstetric complications. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 77, 255 -265.
- Lax, R.F. (2000). Socially sanctioned violence against women: female genital mutilation in its most brutal form. *Clinical Social Work Journal*, 28, 403-412.
- Leye, E. & Temmerman, M. (2001). Vrouwenbesnijdenis. International Centre for Reproductive Health (ICRH). In *Verhandelingen van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België LXIII*, 2.
- 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 and Human Sexuality*, 2 (2), 79-91.
- Lyne, K. & Roger, D. (2000). A psychometric re-assessment of the COPE questionnaire. *Personality and Individual Differences* 29, 321-335.
- Malan, L., Schutte, A.E., Malan, N.T., Wissing, M.P., Vorster, H.H., Steyn, H.S., Van Rooyen, J.M., & Huisman, H.W. (2006). Coping mechanisms, perception of health and cardiovascular dysfunction in Africans. *International Journal of Psychophysiology*, 61, 158 – 166.
- Marneros, A. (2008). Mood disorders: epidemiology and natural history. *Psychiatry*, 8 (2), 52-55.
- McCracken, L.M., Vowles, K.E. & Gauntlett-Gilbert, J. (2007). A prospective investigation of acceptance and control-oriented coping with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 339-349.
- McKelvey, R.S. & Webb, J.A. (1997). A prospective study of psychological distress related to refugee camp experience. *Psychiatry*, 31, 549 -554.

- 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 T.T.M. Mooren, *The impact of war. Studies on the psychological consequences of war and migration* (p. 49-68). Delft: Eburon.
- Nienhuis, G., Hendriks, M. & Naleie, Z. (2008). *Zware dingen moet je voorzichtig duwen. Achtergronden, gevolgen en aanpak meisjesbesnijdenis*. Zeist: A-D Druk.
- Obermeyer, C.M. (2005). The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence. *Culture, Health & Sexuality*, 7 (5), 443-461.
- Perez Williams, D., Acosta, W. & McPherson Jr, H.A. (1999). Female Genital Mutilation in the United States: Implications for Women's Health. *American Journal of Health Studies*, 1999, 15 (1), 47-52.
- Rahman, A. & Toubia, N. (2000) *Female genital mutilation: a guide to laws and policies worldwide*. London/New York : Zed books.
- Rushwan, H. (2000). Female genital mutilation (FGM) management during pregnancy, childbirth and the postpartum period. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 70, 99-104.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 201-228.
- Van der Kwaak, A., Bartels, E., de Vries, F. & Meuwese, S. (2003). *Strategieën ter voorkoming van besnijdenis bij meisjes: Inventarisatie en aanbevelingen*. Amsterdam: Vrije Universiteit; VU Medisch Centrum.
- Wakabi, W. (2007). Africa battles to make female genital mutilation history. *The Lancet*, 369 (9567), 1069-1070.
- Walsh, S., Shulman, S. & Maurer, O. (2008). Immigration distress, mental health status and coping among young immigrants: A 1-year follow-up study. *International Journal of Intercultural Relations*, 32, 371–384.
- World Health Organisation, Factsheets Female genital mutilation (2008, mei). Gevonden op 22 april 2009, op <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/index.html>
- World Health Organisation, Factual overview and classification (2008). Gevonden op 15 april 2009, op <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/en/index.html>
- Whitehorn, J., Ayonrinde, O. & Maingay, S. (2002). Female genital mutilation: cultural and psychological implications. *Sexual and Relationship Therapy*, 17 (2), 161-170.
- Yount, K.M. & Balk, D.L. (2004). A demographic paradox: causes and consequences of female genital cutting in Northeastern Africa. *Gender perspectives on reproduction and sexuality*

advances in gender research, 8, 199-249.

Yount , K.M. (2002) Like Mother, like Daughter? Female Genital Cutting in Minia, Egypt. *Journal of Health and Social Behavior*, 43 (3), 336-358.