

Besnijdenis bij Somalische vrouwen: de stilte doorbroken?

Anke van der Kwaak, Ineke Haaijer en Koos Bartels¹

*Gabeedh gabadheed ma fiicane
Raggaba goonyaha fadhiye
Aday geel ka wadeen
Geyaan kabu ku jire
Gudooy gaagaabi hadalka*

Zwijgzaamheid is een grote deugd voor een meisje.
Je bent binnen het bereik van je mogelijke aanbidders,
die met schatten beladen naar je hand dingen.
Mogelijk dat één van hen je echtgenoot wordt.
Zwijgzaamheid is een grote deugd.

Hobeeyo chorus (wiegeliedje)²
(Adan 1981: 121)

Vrouwenbesnijdenis is het laatste jaar door de komst van vele Somalische vluchtelingen een aandachtsveld binnen Nederland geworden. In dit artikel wordt ingegaan op de problematiek van infibulatie, de meest ingrijpende vorm van besnijdenis. De sociaal-culturele context van dit gebruik wordt besproken in relatie tot de positie van vrouwelijke Somalische vluchtelingen. Gepleit wordt voor nader onderzoek naar alle aspecten van het hulpzoekgedrag van Somalische vrouwen in Nederland en het formuleren van een beleid dat zich niet eenzijdig richt op een verbod op infibulatie, maar op de problematische positie van vrouwelijke asielzoekers en vluchtelingen in het algemeen.

Inleiding

Vrouwenbesnijdenis staat op dit moment volop in de belangstelling, zowel in landen als Somalië en Soedan waar het een veelvoorkomend gebruik is, als in landen waar sinds geruime tijd vele Somaliërs naar toe zijn gevlucht. Somalië verkeert al drie jaar in een staat van burgeroorlog. Alhoewel er sinds eind januari 1991 een nieuwe president aan de macht is, blijft het de grote vraag hoe de toekomst van dit land en haar burgers eruit zal zien. In Nederland zijn er op dit moment zeker 5000 Somalische vluchtelingen.

Onder hen bevinden zich ruim 1500 vrouwen, die hier alleen of met hun kinderen naar toe zijn gekomen. Deze vrouwen hebben asiel aangevraagd en zijn in een asielzoekerscentrum geplaatst in de periode van eerste opvang. Doordat een aantal van deze vrouwen met gynaecologische complicaties en vragen samenhangend met infibulatie bij de medische stand in Nederland aanklopt, is er de laatste tijd een groeiende belangstelling voor infibulatie.

Wij bespreken eerst kort de politieke situatie die het leven van Somalische vluchtelingen bepaalt, alvorens op infibulatie zelf in te gaan. Aansluitend geven wij een beeld van de leefwereld van Somalische vluchtelingenvrouwen in Nederland. Daarbij willen wij benadrukken dat de algehele positie van Somalische vrouwen problematisch is en dat in hun ogen problemen rond besnijdenis zeker niet op de eerste plaats komen.

Het lijkt erop dat mede door hun nieuwe positie in Nederland, de hun bekende waarden- en normenpatronen niet meer zo sterk gelden als in Somalië. Het beeld dat Somalische vrouwen van zichzelf hebben zoals uitgedrukt in bovenstaand gedicht, is niet meer zo vanzelfsprekend. Tegelijkertijd worden zij geconfronteerd met het feit dat infibulatie in Nederland een punt van discussie is geworden. De beeldvorming in de Nederlandse media is overwegend negatief en gericht op sensatie. Nederlandse hulpverleners, artsen en beleidsmakers kunnen weinig begrip opbrengen voor de Somalische traditie in dezen en staan er afwijzend tegenover. Dit bemoeilijkt een dialoog tussen hen en de Somalische vrouwen over hun problemen, waarvan besnijdenis er slechts één is, en laat dientengevolge de bestaande communicatiekloof tussen beide groepen intact. Aan het eind van dit artikel zullen wij aangeven welke stappen ons inziens noodzakelijk zijn om in deze situatie verandering te brengen.

De politieke achtergrond van Somalische vluchtelingen

Somalië is het meest oostelijke land in de Hoorn van Afrika. Met zijn 638.000 vierkante kilometers grenst het aan Djibouti, Ethiopië en Kenya. Somalië had in 1988 ongeveer 5 miljoen inwoners, waarvan 44% nomaden, 35% landbouwers en de rest stedelingen. Sinds 1988 woedt er een burgeroorlog met als gevolg vele doden en vluchtelingen. De chaos in Somalië is vooral te wijten aan de verdeel- en heerspolitiek die jarenlang door Siad Barre is gevoerd.

De Somaliërs zijn etnisch één volk, dat is onderverdeeld in verschillende clans die elkaar al jarenlang bestrijden³. Barre die in 1969 en in de beginjaren van zijn regeerperiode met zijn 'wetenschappelijk socialisme' een hoopvolle toekomst scheen te bieden, speelde de verschillende clans tegen elkaar uit. De Isaqs die vooral in het voormalige Brits Somaliland wonen, werden stelselmatig door hem achtergesteld. Hun bevrijdingsleger kreeg, nadat Somalië en Ethiopië in 1988 vrede gesloten hadden, geen steun meer van Ethiopische zijde. Zij keerden terug naar het Noorden, hetgeen de aanleiding voor de nog steeds voortdurende burgeroorlog was. Barre ging over tot het bombarderen van steden zoals Hargeisha en verschaftte wapens aan de Darods, die in het Noord-Oosten wonen en die zich hiermee tegen hun broeders konden wapenen. Wij gaan niet uitgebreid op de zeer gecompliceerde

politieke verhoudingen in en volstaan met te verwijzen naar recente publikaties (zie Barcik 1991, Samatar 1988, Van Lier 1991). Barre werd in januari 1991 verdreven door het United Somali Congress (USC), dat sindsdien een interimregering heeft gevormd. Duidelijk is dat er nog te weinig gepraat wordt tussen de verschillende bevrijdingsbewegingen, die vaak niet meer dan een clanfamilie in een bepaalde regio vertegenwoordigen⁴. De communicatiestoornissen tussen de verschillende groepen hebben onder andere geresulteerd in de afscheiding van Somaliland, het noordwestelijk deel van Somalië, in juni van dit jaar. Ook blijkt de USC niet zo 'united' te zijn als zijn naam doet vermoeden, want in Mogadishu zijn de gevechten tussen de verschillende facties opgelaaid. Siad Barre schijnt nog steeds in het land te zijn en hij en zijn troepen schijnen zich nu te versterken door wapens aan de Ethiopische grens te kopen.

De politieke chaos is zeer nadelig voor Somalië. Het land kampt al jaren met één van de hoogste kinder- en moedersterftecijfers ter wereld. De door de oorlogstoestand ontstane hongersnood doet deze situatie alleen maar verergeren. Doordat de politieke situatie zo onoverzichtelijk is, wordt er door internationale organisaties nauwelijks meer hulp aan Somalië geboden. De laatste jaren is het aantal Somalische niet-gouvernementele ontwikkelingsorganisaties (NGO's) weliswaar toegenomen⁵, maar aanvragen voor (financiële) hulp van deze organisaties worden door overheden en andere financieringsorganisaties zelden gehonoreerd. Een belangrijke reden hiervoor is dat de rol en activiteiten van de NGO's vaak niet duidelijk zijn. Somaliland vormt in dezen een uitzondering. Daar zijn enkele buitenlandse hulporganisaties, waaronder Artsen Zonder Grenzen (Van Lier 1991: 5), in samenwerking met Somalische organisaties weer aan het werk gegaan. Wel zijn er buiten Somalië, in het bijzonder in de voormalige kolonisatoren Engeland en in Italië, vele Somalische organisaties te vinden die zich bezig houden met de Somalische vluchtelingen⁶. Naar Engeland en Italië komen al decennia migranten uit Somalië, met opvallend veel Noorderlingen in Engeland en Zuiderlingen in Italië. Sinds het uitbreken van de oorlog hebben echter duizenden vluchtelingen ook asiel gezocht in andere Europese landen, in Canada en de Verenigde Staten.

De Somalische 'groep' in Nederland is qua clan-afkomst heterogeen. Ongeveer de helft van hen komt uit het Noorden en heeft de Isaq-identiteit, de andere helft bestaat uit leden van de Darods, Hawiye en andere clans. Van de vluchtelingen bestaat ongeveer een derde deel uit vrouwen. Een groot deel van de vluchtelingen heeft weinig of geen onderwijs genoten. Hierin kan misschien een verklaring gezocht worden voor het feit dat zelf-organisaties van Somaliërs in Nederland nauwelijks bestaan. Een andere reden zou kunnen zijn dat de meeste Somaliërs pas kort hier zijn en over heel Nederland verspreid zijn gehuisvest. Op herkomst of afstand is bij plaatsing nauwelijks gelet. Desondanks onderhouden Somaliërs een uitgebreid netwerk van informele contacten, dat over de gehele wereld kan reiken en dat een sterke controle kan uitoefenen.

Infibulatie

Vrouwenbesnijdenis komt voor in meer dan twintig landen in Afrika (McLean 1983: 6)⁷. De term vrouwenbesnijdenis is een verzamelnaam voor verschillende genitale operaties, waarvan infibulatie of faraonische besnijdenis er één is. Bij infibulatie worden de gehele clitoris of een deel daarvan en de kleine schaamlippen verwijderd, alsmede een deel van de grote schaamlippen. Vervolgens worden de wondvlakken zodanig gehecht dat er een kleine opening overblijft, waardoor urine en menstruatiesbloed kan afvloeien. Deze opening moet volgens Somalisch ideaal de grootte van een rijstkorrel hebben. Infibulatie wordt in Somalië op grote schaal toegepast. Uit een studie van Dirie (1987: 15) en gegevens van UNICEF (1987: 53) blijkt dat 87% van de Somalische vrouwen op deze manier is besneden. Daarnaast vinden er in de loop van het leven van een geïnfibuleerde vrouw hieraan gerelateerde operaties plaats. Defibulatie staat voor de handeling waarbij de vaginale opening vergroot wordt. Het is de bedoeling dat de echtgenoot dit doet door middel van penetratie tijdens de huwelijksnacht. De praktijk leert dat dit veelal gebeurt met behulp van een stuk glas of een scherp stuk hout. Wanneer het niet lukt, bezoekt de vrouw vaak stiekem een vroedvrouw die de infibulatie gedeeltelijk ongedaan maakt, vaak tegen betaling van een grote som geld. Meestal zal de vrouw zich na de bevalling weer gedeeltelijk dicht laten maken. Dit wordt herinfibulatie genoemd.

Andere vormen van vrouwenbesnijdenis die eveneens in Somalië voorkomen, zijn *sunna* en clitoridectomie. Zo'n 13% van de Somalische vrouwen schijnt deze mildere vormen van besnijdenis te ondergaan. *Sunna* (letterlijk: traditie) is een operatie waarbij slechts een klein sneetje in de voorhuid van de clitoris wordt gemaakt. Zij wordt meestal tijdens het eerste levensjaar verricht. Dit in tegenstelling tot de andere operaties die meestal plaatsvinden als het meisje 7 of 8 jaar, en in extreme gevallen 15 jaar, oud is. Clitoridectomie staat voor de gedeeltelijke of gehele verwijdering van de clitoris en de kleine schaamlippen. *sunna* schijnt met name onder de Perzische en Arabische afstammelingen die in de kustplaatsen van Somalië wonen een algemeen gebruik te zijn. Deze bevolkingsgroepen, alhoewel gesomaliseerd, zijn te herkennen aan hun tamelijk blanke huid. Ook zijn de vrouwen gesluierd en leven in *pardah*⁸, terwijl dat bij andere Somalische groepen niet gewoon is.

Vrouwenbesnijdenis is een verwarrende term. Ten eerste vindt de besnijdenis vooral plaats bij jonge meisjes. Ten tweede verwijst het naar alle hierboven genoemde operaties. Maar ook die verschillende operaties worden niet eenduidig gedefinieerd. Ismail (1983) maakt het onderscheid tussen milde, gematigde en ernstige *sunna*, terwijl Warsame (1989) duidelijk maakt dat zelfs haar goed opgeleide vrienden de term *sunna* gebruiken voor de operatie die wij als clitoridectomie beschreven hebben. Er blijken binnen de Somalische samenleving ook nog niet door ons genoemde variaties te bestaan. In Brava, een stad in Zuid-Somalie, wordt de clitoris bijvoorbeeld onder een huidplooi weggewerkt, terwijl ook in Nederland en Engeland vrouwen worden gezien die wel zijn dichtgemaakt, maar met ongeschonden clitoris.

Op het platteland worden de ingrepen gewoonlijk door zogenaamde traditionele vroedvrouwen, *ummulisos*, verricht. Het meisje wordt meestal vastgehouden door

een aantal (oudere) vrouwen, terwijl de vroedvrouw met een mes of scheermesje de clitoris en schaamlippen wegsnijdt. Vervolgens wordt de wond gehecht met acaciadoornen die een verdovende werking hebben. Meestal wordt de wond bedekt met *mal-mal* (een boomhars), eierdooier, suiker en wat olie. Het meisje moet de eerste dagen met de benen aan elkaar gebonden blijven liggen. Ze krijgt gierstepap te eten en weinig vocht te drinken om de ontlasting te beperken. De wond wordt door de *ummuliso* gecontroleerd. Het meisje moet proberen liggend te urineren, hetgeen met veel pijn en angst gepaard gaat. Na ongeveer 7-14 dagen worden haar benen losgemaakt. Wanneer de vaginale opening niet goed is, bijvoorbeeld te groot, begint het gebeuren van voren af aan.

De hier gegeven beschrijving van een operatie geeft deze globaal weer. In de steden worden de operaties ook door medisch-geschoold personeel uitgevoerd. Wanneer dit volgens de regels gebeurt, zal het meisje verdoofd worden en zal de wond met chirurgische materialen gehecht worden. Alhoewel de gehele ingreep onder hygiënische omstandigheden plaatsvindt, zijn de gevolgen van de operatie er niet minder om. Bovendien, zo werd in Somalië verteld, halen de professionele verpleegkundigen vaak te veel weefsel weg en zouden acaciadoornen effectiever zijn dan welk verdovend middel dan ook.

De lichamelijk, sociale en psychische gevolgen van infibulatie

In de Somalische steden wordt infibulatie tijdens de schoolvakantie van de meisjes toegepast. In de rurale gebieden aan het einde van de regentijd, omdat het meisje dan goed doorvoed is en de operatie het beste kan doorstaan. Hiermee is al aangegeven dat men fysiek sterk moet zijn voor een dergelijke operatie. Dirie (1985) geeft het meest complete overzicht van de complicaties die kunnen optreden.

Het meisje is vaak niet voorbereid op de pijn en angst die het gebeuren oproept. Hevig bloedverlies heeft daardoor sneller een shock tot gevolg. Vaak worden de omliggende organen beschadigd en treden er ernstige wondinfecties op, waaronder tetanus. Er zijn ook veel complicaties die later optreden. Dirie noemt er eenentwintig, waaronder mictie-klachten⁹, urinewegontstekingen en chronische bekkenontstekingen die onvruchtbaarheid en fistelvorming kunnen veroorzaken. Tijdens de bevalling kunnen zich vele problemen voordoen. Door het stugge littekenweefsel duurt de uitdrijving van het kind lang. De baby kan hierdoor in nood komen met een hersenbeschadiging of de dood als gevolg. Ook kan door langdurige druk van het hoofdje op de bekkenbodem, fistelvorming optreden. De vrouwen moeten altijd ingeknipt worden, hetgeen nogal willekeurig gebeurt. Als het inknippen niet tijdig plaatsvindt, kan een totale ruptuur (inscheuren van de kringspier van de anus) het gevolg zijn. Van der Kwaak zag in het Benaadir ziekenhuis in Mogadishu veertig vrouwen, die als gevolg van een ruptuur leden aan ernstige incontinentie van urine en ontlasting (cf. Van der Kwaak 1990: 5). Bang voor de mogelijke problemen bij de bevalling willen vele Somalische vrouwen geen groot kind krijgen en eten daarom weinig tijdens de zwangerschap, wat uiteraard weer nadelig voor moeder en kind kan zijn.

Momenteel is men in de medische wereld ongerust over de mogelijkheid, dat besnijdenis het risico van besmetting met het HIV-virus met zich meebrengt. Overdracht van het virus kan plaatsvinden via het gebruikte mesje, door bloeding tijdens geslachtsgemeenschap, bij de bevalling, en bij anaal seksueel verkeer. Dit laatste komt waarschijnlijk meer voor bij geïnfibuleerde dan bij niet-geïnfibuleerde vrouwen.

Naast deze lichamelijke complicaties zijn er nog allerlei psychische, psychosomatische, psychoseksuele en sociale gevolgen te noemen. Opvallend is dat het meisje vaak in een stemming van euforie verkeert voordat zij besneden wordt, ze leeft naar de dag waarop de ingreep zal plaatsvinden toe. Ze is dan ook niet voorbereid op pijn. Volgens Grassivaro Gallo kunnen de meeste meisjes het gebeuren nooit vergeten. Uit tekeningen die zij Somalische meisjes uit gegoede families liet maken, bleek dat deze meisjes zich nog precies de dag, de tijd en de vroedvrouw die bij hen de operatie uitvoerde herinneren (Grassivaro Gallo 1983: 187). De ingreep zelf is een traumatische ervaring die angsten en nachtmerries tot gevolg kan hebben. Door de infibulatie is seksueel contact pijnlijk en het seksuele genot van de vrouw verminderd. Dit kan aanleiding zijn tot relatieproblemen en ongewenste kinderloosheid. Deze kunnen de man doen besluiten een tweede vrouw te nemen of zich te laten scheiden. Vrouwen die ernstige incontinentieproblemen hebben, lopen de kans verstoten te worden, omdat zij niet meer als volwaardig lid van de samenleving gezien worden.

Na de hier gegeven (verre van volledige) opsomming van de complicaties van infibulatie is de vraag aan de orde, waarom een gebruik met zulke ingrijpende gevolgen plaatsvindt en waarom het moeilijk tegen te gaan is.

Het 'waarom' van infibulatie

Waar infibulatie ontstaan is, weet niemand. Rakiya Haji Dualeh (1982: 10) heeft als één van de eerste Somalische vrouwen een boek over vrouwenbesnijdenis geschreven¹⁰. Zij voert infibulatie terug tot het Romeinse gebruik waarbij een 'fibula', een klem, door de grote schaamlippen van vrouwen werd geslagen om ontrouw te voorkomen. Deze herkomst is niet zeker. Er zijn auteurs die het gebruik terugvoeren tot het Neolitische tijdperk, terwijl anderen het in de tijd van de farao's plaatsen, die er eenzelfde praktijk als door Dualeh beschreven op na hielden, maar dan alleen toegepast bij hun slaven. Uit andere bronnen is echter te vernemen, dat de betreffende vrouwen al op deze wijze geïnfibuleerd waren voordat zij slaaf gemaakt werden. In het algemeen wordt aangenomen dat infibulatie langs de Egyptische kust van de Rode Zee voorkwam (SAREC/SOMAC 1985: 2) en via handelsroutes naar Soedan en Somalië verspreid werd. Het zou zowel een pre-christelijk als pre-islamitische gebruik zijn, dat tezamen met voorouderverering en geloof in geesten een onderdeel is geworden van de islamitische traditie (Gruenbaum 1982: 5). Ook zijn er christenen die het gebruik toepassen. El Dareer (1982: 21) spreekt over een klein percentage christenen die in Soedan infibulatie verrichten. In Somalië hebben de koloniale mogendheden Engeland en Italië zich nooit met vrouwenbesnijdenis

beziggehouden. Dit in tegenstelling tot Soedan waar het onder invloed van de Britse koloniale overheid al in 1946 verboden werd.

Dit brengt ons bij de vraag wat de meeste Somaliërs als de belangrijkste reden zien voor het bestaan van infibulatie. Afgezien van het feit dat ze het zelf 'hun traditie' noemen, waarbij ze de achtergrond vaak niet kennen ("het is gewoon zo"), wordt de islam dikwijls als voornaamste beweegreden aangevoerd. Somalië is voor 99% een islamitisch land en vele Somaliërs denken dat besnijdenis (*qudniin*) van zowel mannen als vrouwen voorgeschreven wordt in de koran. In de Hadith, de overlevering van de profeet, staat echter alleen een verwijzing – geen voorschrift – naar *sunna*. Deze onjuiste vooronderstelling van zaken is één van de voornaamste redenen waarom het gebruik zich continueert. Men kan echter ook vaststellen dat er vooral binnen de islam normen en waarden voorgeschreven worden die het gebruik in stand houden. Hier zullen wij later op terug komen.

Door Somaliërs wordt het onder controle houden van de seksuele drang van vrouwen als een tweede reden gezien. Van der Kwaak (1990: 8) beschrijft hoe in gesprekken met Somalische mannen en vrouwen vele malen de veronderstelling naar voren kwam dat vrouwen voor hun eigen natuur beschermd moeten worden. Een vrouw die niet dicht is, zou vele partners willen hebben. De gevoelens hierover zijn tevens terug te voeren tot noties van eer en schaamte. Wanneer een meisje geïnfibuleerd wordt, wordt zij namelijk rein gemaakt. Het meisje wordt tijdens de reiniging tot maagd gemaakt en in die hoedanigheid is zij een goede huwelijkspartner voor wie door haar familie een grote bruidsprijs (*yarad*) gekregen kan worden. Wanneer zij onrein is, schaadt zij de eer van haar familie. Volgens Rushwan (1983: 90) en Gruenbaum (1982: 5) geldt dit ook in Soedan. Gruenbaum stelt vast dat zowel clitoridectomie als infibulatie een garantie zijn voor de goede moraal van de vrouw. Clitoridectomie helpt haar seksuele verlangens in te perken, terwijl infibulatie een barrière voor penetratie vormt. Sommige Somalische vrouwen geven ook esthetische en hygiënische redenen als verklaring voor infibulatie. Zij vinden onbesneden vrouwen lelijk en denken dat deze meer kans op infecties hebben dan zij zelf (Van der Kwaak 1990: 19). In Somalië komt, zover ons bekend, het idee dat de clitoris giftig is en niet in aanraking mag komen met de penis van een man of het hoofdje van een pasgeboren baby niet voor. Dit is wel het geval in Mali en Nigeria (zie Lightfoot-Klein 1989, Onadeka 1985).

Van wetenschappelijke zijde worden soms verklaringen gegeven waarin een verband gelegd wordt met besnijdenis bij mannen. De antropoloog Helander (1988: 33) bijvoorbeeld brengt het gebruik terug op de oppositie tussen mannelijke en vrouwelijke elementen: de delen van de vrouwelijke geslachtsdelen die verwijderd worden heten namelijk *kintir* dat zoets als 'met vader' betekent. Bij clitoridectomie worden de mannelijke harde delen van de vrouwelijke genitaliën weggesneden, terwijl bij mannenbesnijdenis het zachte vrouwelijke deel wordt weggehaald. De man is dan voor altijd hard en mannelijk, de vrouw zacht en vrouwelijk. Ook Forni (1986) gebruikt de theorie dat de seksuele identiteit van Somalische mannen en vrouwen bepaald wordt door besnijdenis. Boddy (1982) is de enige die niet clitoridectomie, maar infibulatie op één lijn stelt met mannenbesnijdenis: de vrouwelijke geslachtsdelen worden bedekt, gesluiert, terwijl de mannelijke ontsluiert worden.

In genoemde theorieën wordt infibulatie ook wel verklaard als een vorm van vrouwenkastijding.

Algemeen wordt aangenomen dat binnen een nomadische samenleving als de Somalische, seksualiteit minder te maken heeft met seksueel genot, dan met het voortbestaan van de groep, de patrilineage. In ruil voor een hoge bruidsprijs huwt een man een maagd die zijn kinderen zal baren. Islamitische noties van eer en schaamte versterken dit patroon en maken de noodzaak van infibulatie eens te meer duidelijk.

Ook dan blijft de vraag bestaan waarom infibulatie bij bepaalde groepen in Noordoost-Afrika wel, en bij andere niet gebruikelijk is. Hayes (1975: 62) stelt dat de groepen¹¹ die infibulatie kennen weinig overeenkomsten vertonen wat betreft hun economische systeem, politieke organisatie en huwelijkspatroon. De meeste zijn echter wel moslim en kennen een patrilineair en patriarchaal verwantschapssysteem. Hicks (1986: 44-84) heeft een aantal correlatietoetsen toegepast op de verschillende groepen die infibulatie als specifiek cultuurkenmerk kennen. Zij komt tot de conclusie dat bij bevolkingen waar infibulatie gebruikelijk is, een getrouwde vrouw altijd onder de verantwoording van de eigen verwantengroep blijft en niet geheel opgenomen wordt in de groep van de man. Daarbij komt dat mannen vaak afwezig zijn. Er is sprake van instabiele huwelijken, vrouwen hebben in het algemeen een lage positie, en hebben vaak de verantwoording voor de schapen en geiten. Bij het huwelijk wordt een hoge bruidsprijs betaald, terwijl exogamie¹² niet voorkomt. De secundaire kenmerken van deze groepen zijn de nomadische leefwijze en afwezigheid van landbouw, een voorkeur voor 'parallel cousin-huwelijken', afwezigheid van leviraat, kamelen en vee als eigendom van de man, en het feit dat de bruidsprijs meestal geheel uit vee bestaat. Kortom, Hicks brengt infibulatie terug op de huwelijksvorm. Een bepaalde huwelijksvorm in combinatie met de noodzaak van maagdelijkheid geeft mogelijk een verklaring voor het feit dat infibulatie bij een aantal groepen een belangrijk kenmerk is geworden. Infibulatie bepaalt immers de identiteit van de vrouw, de rol die zij zal gaan spelen in de relatie met haar echtgenoot, of zij een goede huwelijkspartner voor haar man zal zijn, en in hoeverre zij een goede alliantie voor haar eigen groep kan creëren.

Na de operatie is het Somalische meisje (*gabar*) een maagd (*gabar gudban*) geworden en loopt zij niet meer het risico als een outcast gezien te worden. Haar identiteit is gevormd. Zo bezien kan infibulatie als een initiatierite beschouwd worden. Alhoewel het meisje in strikte zin niet plotseling als volwassene wordt gezien, maakt zij een overgang door waarbij haar identiteit verandert. Nu ze maagd is, behoort ze tot de vrouwengemeenschap. Het door de Somalische meisjes wijzigen van hun haardracht is hier een teken van.

Wanneer wij het begrip maagdelijkheid gebruiken, moet ook het daarmee verwante begrip 'viriliteit' genoemd worden. Dit is de eigenschap van de man die even belangrijk geacht wordt als maagdelijkheid voor een vrouw. Mannen worden in het algemeen geacht moedig te zijn, eerzuchtig, sterk, assertief, vertrouwenswaardig en in staat hun vrouw tijdens de eerste huwelijksnacht te ontmoagden en haar kinderen (lees: zoons) te schenken. Hij moet een *nin ragah* zijn, een echte man.

Ook kunnen er indirecte redenen gevonden worden voor het bestaan van infibulatie. Deze kunnen van economische aard zijn. Infibulatie heeft op uiteenlopende

wijzen een groot aandeel in de regulatie van de dorps economie. Ten eerste verschaft het een inkomen aan de vrouwen die de besnijdenissen uitvoeren. Vaak zijn dit vroedvrouwen die voor de infibulaties, in tegenstelling tot bevallingen, veel geld krijgen. In het bijzonder voor de- en reïnfibulaties schijnt men grote sommen geld te willen betalen. Ten tweede, en dit is misschien wel de voornaamste factor die de economie van lokale gemeenschappen reguleert, zijn infibulatie en bruidsprijs nauw met elkaar verbonden. Op het belang van de grootte van de vaginale opening wezen wij al. De prijs die voor de toekomstige bruid betaald wordt is afhankelijk van die grootte. Gemiddeld wordt maar één keer voor een vrouw betaald. Als zij scheidt en mogelijk ook weer geïnfibuleerd wordt, zal haar vader niet weer een bruidsprijs krijgen (cf. Dualeh 1982). In Somalië betekent een echtscheiding van de dochter een lastenverzwaring voor haar eigen groep. Er moet namelijk een gedeeltelijke terugbetaling van de bruidsprijs aan de ex-echtgenoot gerealiseerd worden en er zijn weer één of meerdere monden (meer) te vullen.

Een tweede indirecte reden voor infibulatie zou de mogelijke invloed ervan op de bevolkingsgroei zijn (cf. Hayes 1975). Alhoewel het waarschijnlijk de moeder- en babysterfte vergroot, en de geslachtsgemeenschaps-ratio reduceert, is echter nog nooit aangetoond dat infibulatie ook feitelijk effect heeft op de daling van geboortecijfers. Statistieken voor Somalië liggen wat betreft sterftecijfers niet opmerkelijk onder die van andere zogenoemde 'minst ontwikkelde landen' (zie Van der Kwaak 1990: 10).

Van de hier opgesomde mogelijke redenen voor infibulatie (en ook deze opsomming is niet volledig) zullen niet alle bewust door Somaliërs onderschreven worden. In de context van dit artikel, waarin migratie centraal staat, is het belangrijk ons te realiseren dat wanneer mensen in andere, vreemde, omstandigheden terecht komen, bepaalde verklaringen meer naar de achtergrond verdwijnen, terwijl andere juist gaan leven en belangrijker worden. D-Ashur (1989: 8) wijst erop dat het algemeen geaccepteerde idee dat vrouwenbesnijdenis bijdraagt aan de politieke en sociale integratie van een samenleving en dat het noodzakelijk is voor het voortbestaan van polygamie, door Somalische vrouwen in London beschouwd wordt als uitingvormen van mannelijke dominantie. Vrouwen die in Somalië na hun huwelijk bij de groep van de man zijn gaan wonen, zullen zich vaak schikken naar de wensen van hun schoonmoeders of co-vrouwen. Er wordt een grote druk en controle op hen uitgeoefend door de groep. In Nederland of Engeland aangekomen moeten vrouwen vaak voor zichzelf gaan beslissen en, alhoewel er vaak nog mannen zijn die optreden als hun chaperons, moeten zij zelf contacten leggen. Bovendien krijgen zij toegang tot informatie die hen confronteert met andere mogelijke leefwijzen, normen, waarden en gebruiken. Dit brengt met zich mee dat er nu vrouwen zijn die niet meer kiezen voor de infibulatie van hun dochters, terwijl anderen het gebruik weliswaar (voorlopig nog) willen continueren, maar er toch geleidelijk anders over gaan denken. De vanzelfsprekendheid van infibulatie komt ter discussie te staan. Het is echter wel waarschijnlijk dat de hierover ontwikkelde ideeën zich na een eventuele terugkeer naar eigen land, onder druk van de eigen groep daar, weer zullen wijzigen.

Pas nu duidelijk geworden is, dat het toepassen van de verschillende vormen van besnijdenis bij vrouwen en de bestaande ideeën daaromtrent sterk afhankelijk zijn

van een complex van factoren die per situatie kunnen verschillen, kunnen wij zinvol ingaan op de situatie waarin Somalische vrouwen in Nederland terecht gekomen zijn en de manier waarop zij daarmee omgaan.

Somalische vrouwen in Nederland

In Nederland verblijven momenteel ruim 25.000 vluchtelingen uit vijftien verschillende landen. De meesten van hen zijn afkomstig uit Vietnam, maar ook komen er veel uit Somalië, Libanon, Iran, Ethiopië, Ghana en Oosteuropese landen. Men dient een onderscheid te maken tussen door de Nederlandse regering uitgenodigde vluchtelingen (ruim vijfhonderd per jaar) en asielzoekers, die op eigen gelegenheid naar ons land komen en politiek asiel aanvragen. Slechts een kleine minderheid van hen krijgt na een vaak jarenlange asielprocedure een verblijfsvergunning of de vluchtelingenstatus. In het vervolg van dit artikel zal, tenzij anders vermeld, de term 'vluchteling' voor beide groepen gebruikt worden.

Voor de opvang van asielzoekers in Nederland is het ministerie van WVC verantwoordelijk. Sinds 1987 is voor die opvang de Regeling Opvang Asielzoekers (ROA) van kracht¹³. De eerste weken tot maanden na aankomst in Nederland worden de asielzoekers gehuisvest in een opvangcentrum. Na deze periode van centrale opvang, waarin een start wordt gemaakt met de noodzakelijke juridische procedure, worden zij verspreid over Nederland gehuisvest.

De medische opvang in de centra wordt verzorgd door teams van het onder WVC ressorterende Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen (CGV), die bestaan uit artsen, verpleegkundigen en administratieve ondersteuning. De opvang heeft een preventief karakter en is gericht op het tijdig signaleren van importziekten en de lichamelijke en/of psychische gevolgen van geweld. Na uitplaatsing in Nederlandse gemeenten stelt het CGV de reguliere eerstelijnszorg (huisarts en wijkverpleegkundige) ter plaatse op de hoogte van haar bevindingen. Indien nodig wordt zorg gedragen voor verdere opvang en begeleiding van de betreffende overgeplaatste vluchtelingen, en kunnen bijvoorbeeld RIAGG of schoolartsendiensten worden ingeschakeld. Regionale nazorg-teams van het CGV, bestaande uit één sociaal verpleegkundige, twee maatschappelijke werkers en een arts, kunnen bij ernstige psychosociale problematiek ter ondersteuning van de behandeling van de reguliere eerstelijnszorg geconsulteerd worden. In uitzonderlijke gevallen nemen zij zelf vluchtelingen en asielzoekers in behandeling. Via dit nazorg-team bestaat de mogelijkheid om hulpvragers met klachten gerelateerd aan ondergaan geweld te verwijzen naar een team van specialisten in het Academisch Ziekenhuis te Leiden (Fortes & Hendriks 1990: 2-3).

Vluchtelingen en asielzoekers moeten een lange weg gaan alvorens zij zich in veiligheid weten. Ook in Nederland voelen zij zich vaak nog geruime tijd onzeker door de lange asielprocedure, de confrontatie met een andere cultuur en samenleving, en vaak ook door berichten over het voortdurend geweld in hun land van herkomst. De situatie van vrouwelijke vluchtelingen verdient binnen dit geheel extra aandacht. Een vrouw alleen of met kinderen mist meestal de voor haar gebruikelijke bescherming van familie en zal zich zelfstandig moeten handhaven in

de nieuwe omgeving. Vrouwen die wel met hun echtgenoot komen, leven vaak in de schaduw van het geweld dat hij of het hele gezin onderging.

De positie van vrouwen is mede door de vlucht aan veranderingen onderhevig. Het komt voor dat zij zich onveilig voelen door het op hen uitgeoefende seksuele geweld of de dreiging daarvan. Dat geweld of die dreiging kan tijdens de vlucht, maar ook al eerder, bijvoorbeeld tijdens gevangenschap, plaats gevonden hebben. Tijdens gevangenschap zijn condities voor mannen en vrouwen vaak even slecht, maar een vrouwelijke gevangene zal zich altijd meer bewust zijn van de dreiging van seksueel geweld. Soms wordt dit geweld gebruikt als 'middel' om de verwante clanleden te kwetsen. Ook tijdens de vlucht kunnen vrouwen blootgesteld zijn aan geweld door reisbegeleiders en/of andere mannen die de kwetsbare positie van de vrouwen uitbuiten. Vrouwen kunnen zichzelf en hun kinderen vaak door seksuele diensten in leven houden of zich over grenzen heen kopen en zich zo veilig stellen. De vluchtwegen zijn door mannen gedomineerd en vrouwen hebben meestal geen toegang tot financiële bronnen die noodzakelijk zijn voor hun vlucht. Aitchison beschreef al in 1984 op schokkende wijze het seksuele misbruik van vrouwen die naar Djibouti gevlucht waren.

Ook in een asielzoekerscentrum bevindt een vrouwelijke vluchteling zich in een afhankelijke en dus kwetsbare positie. Zij kan zich bedreigd voelen door het grote aantal mannen van verschillende nationaliteit. Het dagelijks leven in een centrum kent bovendien vele momenten die herbelevingen van ondergaan geweld en spanningen op kunnen roepen: de wekelijkse meldingsplicht bij de politie, het langdurig in de rij staan voor zakgeld en voedsel, de vele verhoren in het kader van de asielprocedure en de onzekerheid omtrent de uitkomst hiervan (Bartels & Haaijer 1991: 16).

Fortes en Hendriks (1990) beschrijven een dergelijke situatie van een jonge Somalische vrouw, die zich bij de arts meldt wegens angsten, nachtmerries en slaapproblemen. Ze zou vaak lastiggevalen worden door mannen in het asielzoekerscentrum. Ze krijgt ook problemen met haar vrouwelijke kamergenoten en uiteindelijk wordt zij vervroegd uitgeplaatst bij oudere landgenoten in een nieuwe woonplaats, alwaar zij minder angstig is.

Er zijn ons inziens vele factoren die tot dergelijke angstaanvallen geleid kunnen hebben, waaronder eerder ondergaan seksueel geweld. Ook kunnen de klachten passen binnen een posttraumatische stress-stoornis¹⁴ als gevolg van het geweld waaraan zijzelf en haar familie in het verleden hebben blootgestaan. Herbeleving van het ondergane trauma in de vorm van nachtmerries en flashbacks wordt hierbij afgewisseld met verdringing ervan.

Problemen binnen de Somalische samenleving worden vaak opgevangen door de clangroep of de familie. De clanidentiteit en de immer aanwezige mogelijkheid een beroep te doen op leden van de clan is een belangrijk kenmerk van de Somalische cultuur. Het is echter de vraag in hoeverre deze cultuur in Nederland nog functioneert. De solidariteit onder Somaliërs is weliswaar groot, maar er is ook een grote mate van sociale controle. Die controle kunnen de vrouwen als bedreigend ervaren: zij moeten zich altijd aan landgenoten verantwoorden. Eigen initiatieven worden snel afgekapt, omdat ze de eer van familie of clan kunnen schaden. Tegelijkertijd wordt op vrouwen een beroep gedaan om de verzorgende moederrol op zich te

nemen, bijvoorbeeld voor weduwnaars met kinderen of voor kinderen die alleen zijn gevlucht. Onder de vele Somaliërs die hier alleen zijn en zekerheid zoeken, is het percentage huwelijken erg hoog. Het aantal echtscheidingen blijkt eveneens groot. Terwijl in Somalië huwelijksvorm, pastorale leefwijze en seksuele problemen vaak oorzaak kunnen zijn van het ook daar hoge aantal echtscheidingen, spelen in ballingschap nog andere factoren, zoals een overhaast huwelijk, een rol.

Wanneer de familiebanden zijn verbroken, zijn de vrouwen aangewezen op landgenoten en hulpverleners. Soms bestaat er wantrouwen ten aanzien van de eerstgenoemden. De gedeelde herkomst is vaak het enige dat zij gemeenschappelijk hebben. Daarom kan het gebeuren dat voor problemen die voorheen binnen de familie werden besproken, nu opvang wordt gezocht bij een westerse hulpverlener. Culturele verschillen, gebrekkige communicatie en hooggespannen verwachtingen omtrent de hulpverleners spelen vervolgens een grote rol in het verloop van deze contacten.

De klachtpresentatie is cultureel bepaald. De behandeling van klachten met een medisch goed identificeerbaar organisch substraat levert doorgaans weinig problemen op. Bij de presentatie van gynaecologische klachten zal men echter rekening moeten houden met het taboe dat rust op het spreken over intieme zaken en het feit dat niet iedere behandeling voor een geïnfibuleerde vrouw acceptabel is. De meeste klachten blijken echter van psychosomatische aard. Zowel de verwerking van traumatische ervaringen als de moeilijke situatie in Nederland kunnen specifieke en psychische klachten geven. Vooral hoofdpijn, spierpijn, maagklachten en onderbuikspijnen worden door de vrouwen genoemd. Daarnaast ziet men psychische klachten als slaapstoornissen, nachtmerries, concentratiestoornissen, vergeetachtigheid en neiging tot afzondering. Bij de behandeling daarvan is het van belang allereerst een goede vertrouwensrelatie op te bouwen.

De CGV-medewerkers in de centra werken uitsluitend met asielzoekers en hebben een specifieke deskundigheid opgebouwd in het omgaan met de vluchtelingenproblematiek. Er zijn faciliteiten aanwezig om de interculturele communicatiekloof te overbruggen. Zo kan een beroep worden gedaan op professionele (vrouwelijke) tolken, beschikt de organisatie over een goed toegankelijk documentatiecentrum en over contacten met andere hulpverleners die ervaring hebben in het werken met geweldsslachtoffers of migranten.

Binnen de reguliere gezondheidszorg in Nederland zijn de condities minder gunstig. Asielzoekers vormen een kleine minderheid van het patiënten/cliëntenbestand. Ervaring en kennis van de behandelende arts of verpleegster met hun specifieke problematiek ontbreekt. De communicatie is doorgaans gebrekkig. Professionele tolken blijken moeilijk in te schakelen. Onbekendheid met de specifieke achtergronden kan leiden tot onbegrip. Gevoelens van irritatie of machteloosheid kunnen dit nog eens versterken. Voor de Somaliërs zelf is de Nederlandse gezondheidszorg bovendien ondoorzichtig: men weet niet wie wie is en wie wat doet (zie ook Haaijer 1989). Dat er naast communicatieproblemen ook andere factoren zijn die het verloop van de hulpverleningsrelatie beïnvloeden, illustreren onderstaande voorbeelden.

*De Zwarte Madonna*¹⁵

In één van de asielzoekerscentra in Nederland verbleef Faduma, een Somalische vrouw die uit de Ogaden afkomstig is en behoort tot de Darod-clanfamilie. Omdat zij van top tot teen in het zwart gekleed ging, werd zij in het centrum door iedereen 'de zwarte madonna' genoemd.

Nadat Faduma geruime tijd in Nederland was, werd er plotseling een huwelijk gesloten tussen haar en een oudere Somalische man, Ahmed, die pas een paar weken met zijn twee zoons in het centrum verbleef. Ongeveer een week na het huwelijk kwam Ahmed op het spreekuur van de verpleegkundige met de mededeling dat 'Faduma er klaar voor was'. De strekking van deze mededeling was de dienstdoende verpleegkundige volstrekt onduidelijk en zij stelde voor met behulp van een vrouwelijke tolk met Faduma te gaan praten. Ahmed wilde echter zelf een vrouw uitzoeken om te tolken. Later zou blijken dat het feit dat de in het centrum aangestelde Somalische vrouwelijke tolk van een andere clan was, problemen gaf. Faduma kwam een dag later met een Engels sprekende vrouw op het spreekuur. Toen werd duidelijk dat seksuele gemeenschap niet mogelijk was als gevolg van de infibulatie die Faduma op jonge leeftijd had ondergaan. Ahmed wilde haar geen pijn doen. Omdat in Nederland de vrouw ontbrak die Faduma kon defibuleren, kwam hij voor raad en daad bij de vrouwelijke verpleegkundige. Faduma wenste snel 'opengemaakt' te worden, maar zodanig dat niemand er iets van zou merken. Het was immers de taak van Ahmed om met veel geduld de opening voor gemeenschap 'klaar te maken', hetgeen niet gelukt was. Faduma wilde alleen door een vrouwelijke arts onderzocht worden en hoopte dat de ingreep aansluitend zou plaatsvinden. Bij onderzoek bleken de schaamlippen volledig te ontbreken en bleek er slechts een minuscule vaginale opening, ter grootte van enkele millimeters, vlak boven de anus te bestaan. Faduma werd duidelijk gemaakt dat de ingreep slechts met specialistische hulp mogelijk zou zijn. Belóofd werd zo snel mogelijk een afspraak met een gynaecoloog te maken. Zij was hevig teleurgesteld dat het medische team het probleem niet ter plekke kon oplossen, maar stemde toe in een verwijzing. Een telefoontje met de secretaresse van een gynaecoloog leverde op, dat Faduma pas na drie weken kon komen. De gynaecoloog zou dan lichamelijk onderzoek doen en haar bloed zou onderzocht worden. Daarna zou besloten worden wanneer de operatie zou kunnen plaatsvinden. Een snellere afspraak was niet te maken omdat de specialist het erg druk had. Faduma was opnieuw erg teleurgesteld, maar wilde zich toch aan de afspraak houden. Wel verzocht zij het medisch team de gynaecoloog alvast te informeren over haar situatie en wens tot defibulatie, zodat zij zelf geen uitleg meer zou hoeven geven. Amper één week later kon de familie, Ahmed, Faduma en twee zonen, verhuizen naar een grote stad. De reguliere zorg daar werd ingelicht omtrent de wens van Faduma en er werd opnieuw een afspraak gemaakt voor de operatie.

Een week later echter verscheen een huilende Faduma op het spreekuur van het medische team. Zij wilde niet meer terug naar Ahmed. Daar er geen vrouwelijke tolk beschikbaar was, duurde het enkele dagen voordat het mogelijk was de achtergronden van Faduma te vernemen. Gedurende deze dagen klopten verschillende Somalische mannen aan bij de directie van het betreffende asielzoekerscentrum,

met de mededeling dat zij Faduma naar Ahmed mee zouden nemen, omdat alles opgelost zou zijn. Zij namen Faduma zelfs mee naar deze gesprekken en tolkten zogenaamd voor haar. In het gesprek met de vrouwelijke tolk bleek uiteindelijk dat zij zelf het in enkele dagen geregelde huwelijk niet gewild had. Faduma was de enige van haar clan in het centrum, waar vele Somaliërs verbleven. Ze had zich eenzaam en onbeschermd gevoeld en onder druk van haar landgenoten had zij toegestemd in het huwelijk. Pas na de verhuizing naar de andere stad bleek dat de twee zonen neven van Ahmed waren. Dit dwong haar, ze was erg religieus, ook binnenshuis steeds gesluierd te lopen. Ze voelde zich niet erg op haar gemak. Bovendien werd verwacht dat zij voor de drie mannen het huishouden zou doen. Dit sloot helemaal niet aan bij haar verwachtingen van het huwelijk. Inmiddels had Faduma vernomen dat in een ander centrum een directe neef van haar verbleef en ze vroeg overplaatsing aan naar dit centrum. Hierin werd toegestemd. Achteraf bleek dat ook Ahmed teleurgesteld was en het huwelijk niet voort wilde zetten. Beiden, zowel Faduma en Ahmed, waren door hun landgenoten onder druk gezet.

Faduma's verhaal staat niet op zichzelf. De mate van sociale controle binnen de Somalische groep bleek ook in dit geval groot. Zowel Faduma als haar landgenoten hadden het idee dat een alleenstaande vrouw de bescherming van een echtgenoot behoeft. Goed bedoeld zocht de groep een oplossing voor zowel Faduma als voor Ahmed. Daarbij werd zij aangesproken als vrouw om de verzorgende taak op zich te nemen. De mannen die zich als tolk aanboden, bleken zowel een controlerende als bemiddelende functie uit te oefenen, waardoor zij als tolk niet objectief waren. Zij handelden in het belang van de groep en trachtten beide groepsleden, Faduma en Ahmed, zich aan de groepsnormen te laten conformeren. Uit Faduma's verhaal wordt eens te meer duidelijk dat problemen met de gevolgen van infibulatie slechts één van de vele problemen is, die Faduma ervoer. Ondanks de onzekere situatie waarin zij verkeerde, probeerde zij te voldoen aan het beeld van een zich goed gedragende Somalische vrouw. Ze had weinig contacten en leefde met leden van een andere clan. Gelukkig bleef Faduma niet zwijgen en vroeg voortijdig om hulp.

Het verhaal van Faduma illustreert ook de reacties die een verzoek tot defibulatie in Nederland op kan roepen. Problemen samenhangend met infibulatie in een hulpverleningssituatie blijken moeilijk bespreekbaar te zijn. Hoe onbekendheid met het gebruik van infibulatie kan leiden tot inschattingfouten die een adequate hulp belemmeren, illustreert de eerste confrontatie van één van de auteurs met een geïnfibuleerde vrouw. Zij was werkzaam als arts in het CGV-team in één van de asielzoekerscentra, toen een paar rechtshulpvrijwilligers met een jonge, geëmotioneerde Somalische vrouw aankwamen. Tijdens hun 'intake'-gesprek met deze vrouw was naar voren gekomen dat zij tijdens de gevangenschap vele malen verkracht was. Zij wilde hier niet meer over praten, ze wilde het alleen maar vergeten. Wel vroeg ze het medische team haar genitaliën te onderzoeken, omdat zij bang was littekens te hebben, haar vagina zag er niet meer mooi uit. Het onderzoek was een schokkende ervaring. De uitwendige genitaliën bestonden uit een streep littekenweefsel met een naar westerse begrippen kleine vaginale opening, nog minder dan een centimeter doorsnee, zodat inwendig onderzoek niet mogelijk was. De vrouw werd gerustgesteld, de vaginale opening zag er immers heel klein uit. Pas later bleek

dat deze opening voor Somalische begrippen te groot kon zijn: zij was geen maagd meer. Mogelijk is door deze begrijpelijke beoordelingsfout een verzoek om herinfibulatie niet aan bod gekomen.

Onbekendheid met de traditie leidt bij hulpverleners tot verbazing, onbegrip of afkeuring. Dit zal de drempel voor de Somalische vrouwen, voor wie intieme zaken toch al moeilijk bespreekbaar zijn, zeker verhogen. In de asielzoekerscentra is het mogelijk een zekere ervaring met vluchtelingen vrouwen op te bouwen. Hulpverleners elders in Nederland zijn weinig bekend met de vluchtelingenproblematiek en nog minder met de specifieke situatie van Somalische vrouwen en kinderen. Om goede hulp te garanderen zou er voor deze groep meer voorlichting beschikbaar moeten komen. Daarin moet niet van meet af aan op etnocentrische wijze over Somalische vrouwen gesproken worden, maar moet hun beleving, leefwereld en sociaal-culturele achtergrond centraal staan¹⁶. In de volgende paragraaf over beeldvorming zullen we toelichten hoe wij ons dit voorstellen.

Beeldvorming

Beeldvorming bij Somalische vrouwen en hun positie in Somalië

De eerder genoemde Raqiya Dualeh brengt in haar boek (1982) de zogenaamde 'fatsoenlijkheidscode' naar voren, die geldt voor Somalische vrouwen, maar ook terug te vinden is in andere landen in Noord-Oost-Afrika en in het Midden-Oosten. In haar visie bestaat deze code uit een cluster van karakteristieken en instituties die geassocieerd worden met de vrouwelijke seksualiteit en familie-eer. Enkele elementen van dit cluster zijn maagdelijkheid, kuisheid voor en na het huwelijk, trouw, reinheid, *purdah*, genitale mutilatie, huwelijk, polygamie voor mannen en monogamie voor vrouwen, echtscheiding, en recht op kinderen. Dit cluster is ontstaan uit een combinatie van moslim en pre-islamitische cultuurkenmerken. Alhoewel zij aangeeft dat door de komst van de islam de positie van vrouwen verbeterd is, bijvoorbeeld door restrictie van het aantal vrouwen bij polygamie tot vier, de mogelijkheid van bruidsschat (*meher*) en erfrecht (een zestiende deel van het eigendom van de man!), ziet zij infibulatie als een uiting van de strenge 'eer-enschaamte-code' binnen de islam. 'Afzondering en het dragen van een sluier' is een extreme vorm daarvan. Deze tradities kunnen als onderdrukkende, maar ook als status verhogende instrumenten voor vrouwen gezien worden. Dualeh geeft echter aan dat vrouwen in het algemeen onderworpen worden aan de mannelijke dominantie. Op die manier zou er orde gebracht worden in de chaos (*fitna*) die zij in het leven veroorzaken (Dualeh 1982: 30-62).

Zoals wij al eerder zagen, draagt deze gedragscode bij tot de waardigheid (*sharaf*) en eer (*karama*) van de familie. Ook andere uiterlijke kenmerken zoals het bedekken van het haar, het niet-spreken in het openbaar en het vermijden van gezelschap van vreemde mannen zijn van belang. *Purdah* komt in Somalië alleen voor bij de afstammelingen van Arabieren in de kuststeden, bij stedelingen, en de laatste jaren ook bij fundamentalistische moslim vrouwen, die meestal tot de gegoede lagen van de bevolking behoren. Tegenover de maagdelijkheid van vrouwen staat, zoals eerder

opgemerkt, viriliteit van mannen. Voor mannen is het een goede zaak om seksuele contacten te hebben voor het huwelijk, terwijl vrouwen de kans lopen om teruggestuurd te worden naar hun familie als blijkt dat zij geen maagd meer zijn. De bruidsprijs moet dan gedeeltelijk terugbetaald worden. Ideaaltypisch praten vrouwen niet in de aanwezigheid van mannen. Zij mogen in geen geval na hun huwelijk hun echtgenoot jaloers maken. Zij praten alleen met andere vrouwen en kinderen. Wanneer zij klagen doen zij dat via hun wiegeliedjes.

Het eerder geschetste patroon van de hulpverlenerssituatie is grotendeels te verklaren uit het gangbare gedrag en zelfbeeld van vrouwen in Somalië. Over de kwellingen die zij ondergaan behoren zij niet te spreken. Of, zoals het zeer mooi verwoord is in het boekje *Silent Tears*: "The very nature of the subject doesn't allow mere insight since female circumcision has always been shrouded in secrecy. There is silence on the subject. Some women are not shouting, not crying, but they are crying within, in silent tears" (D-Ashur 1989: 27).

De laatste tien jaar is er in Somalië wettelijk veel veranderd. Er is bijvoorbeeld in 1975 een wijziging in de familiewetgeving tot stand gekomen. De amendementen stipuleren een minimale huwelijksleeftijd (18 voor meisjes, 20 voor jongens). Vrouwen kunnen voortaan een deel van de eigendommen van de man erven. Bovendien zijn er nu voorwaarden gesteld aan huwelijken met een tweede, derde of vierde vrouw en kan echtscheiding alleen via juridische weg bereikt worden. Vrouwen kunnen nu ook zelf een scheiding aanvragen. Voor een huwelijk onder de twintig jaar hoeft nu niet meer de toestemming van beide ouders, maar slechts van één van hen verkregen worden. Het is echter de vraag of een dergelijke wetgeving ook invloed heeft op de levenssituatie van vrouwen in de afgelegen gebieden. De legaal erkende Somali Democratic Women's Organisation beschouwt het als een van haar taken zich actief in te zetten voor de naleving van deze wet.

Ook organiseren vrouwen zich vaak informeel. Zij werken gezamenlijk op het land en koken om toerbeurt, zij sparen gezamenlijk en krijgen om de beurt de inhoud van de spaarpot. Dergelijke formele en informele organisatievormen zeggen waarschijnlijk meer over de positie en het zelfbeeld van vrouwen dan een van boven opgelegde wetgeving.

Voor de Nederlandse situatie is het niet alleen interessant te weten wat voor positie de Somalische vrouwen die hier naar toe zijn gevlucht in hun thuisland hadden, maar ook hoe zij de overstap ervaren en in hoeverre hun zelfbeeld is veranderd. Dit laatste zal vooral de tijd en nader onderzoek moeten leren.

Beeldvorming in de Nederlandse media en juridische problemen

Vanaf de tijd dat de burgeroorlog in Somalië in volle gang is en er meer en meer vluchtelingen naar Nederland komen, wordt er binnen de pers, radio, kranten en vooral weekbladen steeds meer aandacht aan de problematiek van vrouwenbesnijdenis besteed. Onze Wereld publiceerde in 1990 als één van de eerste enkele artikelen hierover (cf. Van Nispen 1990, Schouten 1990), met als overkoepelende titel: *De macht van de traditie. Waarom word ik niet besneden moeder?*. In Frankrijk speelde een rechtszaak tegen een vrouw uit Mali die, verspreid over een periode van acht jaar, besnijdenissen uitvoerde bij zes meisjes en tegen de daarbij betrokken

ouders. De Malinezen werden tot respectievelijk vijf en drie jaar veroordeeld (Peyrot 1991: 9). Onze Wereld kwam wederom met een artikel van Schouten, *Vrouwenbesnijdenis tussen bedrog en begrip*, in het maartnummer van 1991. Naar aanleiding van dit artikel en de genoemde rechtszaak werden in Nederland verschillende radioprogramma's gemaakt. Als eerste door M/V Magazine, dat een geheel uur aan dit onderwerp besteedde. Onderwijl werden er in de Tweede Kamer door de parlementsleden Netelenbos en Haas-Berger vragen gesteld¹⁷.

Een BBC-documentaire (via het kabelsysteem in de Nederlandse huiskamers te ontvangen) werd uitgezonden over vrouwenbesnijdenis waarin ideeën van Somalische vrouwen in London centraal stonden. Ook werden de activiteiten van de vrouwenorganisatie 'Forward' op het gebied van besnijdenis uitvoerig besproken. In het voorjaar had een aantal radioprogramma's items over besnijdenis en Tros Actua TV had een documentaire waarin een aantal in Nederland verblijvende Somalische vrouwen aan het woord kwamen.

Wat opviel in alle programma's en artikelen, in het bijzonder in kranteartikelen, was dat de meeste het idee naar voren brengen van besnijdenis als iets exotisch, waar wij Europeanen niets mee van doen hebben. Gynaecologen die met vrouwenbesnijdenis geconfronteerd worden, blijken geschokt, reageren verontwaardigd en zoeken de publiciteit. De personen waarom het gaat willen zelden in het voetlicht treden, omdat voor Somalische vrouwen het spreken over besnijdenis taboe is en de publieke aandacht hiervoor in Nederland door hen als beschamend wordt ervaren.

Drie reacties in de publieke opinie springen naar voren. Ten eerste is er de paternalistische houding: het gebruik is gebaseerd op onwetendheid en wij moeten daar wat aan doen. Ten tweede de exotische houding: het is een gebruik van zwarte mensen. Daarbij wordt voorbijgegaan aan het feit dat clitoridectomie in de vorige eeuw in Engeland, en nog in de jaren vijftig in de Verenigde Staten, toegepast werd als een middel tegen hysterie bij vrouwen (Van der Kwaak 1990: 19). Als laatste is er de racistische houding. In Onze Wereld kwam die tot uiting door het citeren uit de *Naked Ape* van Desmond Morris. In diens theorie zou het maagdevlies pas zijn ontstaan op het moment dat de groenten-etende aap jagende mens werd en een verzegeling nodig was voor seksueel contact (Schouten 1991: 24). Dit zou suggereren dat volkeren waarbij infibulatie wordt toegepast dicht bij de apen staan¹⁸.

Uit het bovenstaande blijkt dat een goede inventarisatie van wat er in Nederland onder Somalische vrouwen speelt, op zijn plaats is. Dit bij voorkeur in samenwerking met de Somalische gemeenschap. Ook is heel weinig bekend van de juridische implicaties van het uitvoeren van vrouwenbesnijdenis. In Medisch Contact werd onlangs Artikel 11 van de Nederlandse Grondwet, gerelateerd aan zowel mannen- als vrouwenbesnijdenis, besproken. Dit artikel luidt: "Ieder heeft behoudens of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op onaantastbaarheid van het lichaam". Besnijdenis wordt in Nederland niet expliciet verboden in het Wetboek van Strafrecht (Van der Burg 1991: 46); dit in tegenstelling tot onder andere Engeland, Zweden en Zwitserland. Wanneer in de toekomst juridische stappen genomen zullen worden tegen vrouwenbesnijdenis, zal er mogelijk een discrepantie naar voren komen tussen Somalische visies op onaantastbaarheid van het lichaam en visies op vrouwenbesnijdenis die gebaseerd zijn op bovenstaand wetsartikel. Uitgaande van lichamelijke

en seksuele integriteit als norm, schendt het moeten ondergaan van vrouwenbesnijdenis het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw over haar eigen lichaam en ontnemt het haar haar seksualiteit. Deze visie kan door Somalische vrouwen als bevoogdend en westers gezien worden. Hij gaat voorbij aan hun recht op culturele identiteit. Boulware-Miller (1988: 141) heeft om al deze problemen te omzeilen de suggestie gedaan om vrouwenbesnijdenis te bestrijden door het 'recht op gezondheid' te benadrukken. Ook vrouwen uit Afrika zouden op die manier te overtuigen zijn om mee te werken aan de afschaffing van het gebruik.

In de gevoerde discussie spelen dezelfde soort problemen als in de momenteel actuele discussie rond het Afrikaanse Handvest van de Rechten van de Mens en Volken. Dit Handvest werd op 21 oktober 1986 van kracht. Tegenstanders ervan vinden het te westers en te weinig cultureel specifiek, terwijl voorstanders onder meer wijzen op Afrikaanse tradities met betrekking tot rechten van de groep waaraan de rechten van de mens als individu soms ondergeschikt (moeten) zijn.

Beeldvorming bij hulpverleners

In een radioprogramma van de IKON op zondag 21 april 1991 kwam de arts Th. van Berkestijn, secretaris-generaal van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst, aan het woord. Er zijn volgens hem drie redenen waarom artsen nooit op een verzoek tot infibulatie zouden mogen ingaan: meisjes ondergaan de ingreep niet vrijwillig, er bestaat geen medische indicatie voor, en het is een verminkende operatie. De discussie onder hulpverleners die de laatste jaren op gang gekomen is, centreert zich rond de door Berkestijn genoemde ethische aspecten van het medische handelen. Daarbij heeft men echter vooral infibulatie van kinderen op het oog. Hierhoven gaven wij aan dat door de gevolgen van infibulatie, waar ook medici mee geconfronteerd worden, aan de discussie een aantal dimensies van het probleem toegevoegd zouden moeten worden.

Een eenduidig standpunt is ons inziens moeilijk te bepalen. De behoefte aan richtlijnen en wetgeving lijkt groot. Unaniem lijken artsen de ingreep te veroordelen. In de discussie is echter weinig aandacht voor ervaringen en meningen voor de Somalische vrouwen zelf. Dat er ook sprake kan zijn van een medisch definieerbare hulpvraag komt niet naar voren. Te denken valt daarbij aan defibulatie voor het huwelijk en herfibulatie bij een verwerkingsproces van seksueel geweld. Tot nu toe is nog niet vastgesteld hoe groot de vraag om infibulatie en de- en herinfibulatie is in Nederland en of deze vraag alleen bij Nederlandse hulpverleners terecht komt. Het zou kunnen zijn dat de hulpvraag naar medici toe slechts het topje van de ijsberg is en dat ook binnen de Somalische gemeenschap infibulaties uitgevoerd worden.

Beeldvorming: aanknopingspunten voor een dialoog?

Uit de vorige paragrafen blijkt dat er al lange tijd uiteenlopende zienswijzen over 'vrouwenbesnijdenis' bestaan. In de Nederlandse media, bestuursorganen en hulpverleningswereld is 'de westerse' visie dominant. Het is opmerkelijk dat ook sommige westerse feministen de legitimiteit van deze visie ondersteunen.

In 1974 bracht Fran Hosken voor het eerst 'female genital mutilation' wereldwijd in de belangstelling. Haar visie en die van andere westerse feministen werd door hun zwarte zusters vaak niet gedeeld. Deze laatsten streden juist voor behoud van hun eigen identiteit en wilden niet louter als slachtoffers gezien worden. Juist nu de autonomie van vrouwen zelfs onderdeel van het regeringsbeleid in Nederland is geworden¹⁹, komt de term 'verminking' weer in zwang. In 1990 werd op een conferentie in Addis Abeba bijvoorbeeld voorgesteld de term 'mutilation' wederom in te voeren²⁰. Bij het gebruik van het begrip verminking zijn echter een aantal vragen te stellen. In hoeverre is in het benoemen van besnijdenis als verminking de visie van Somalische vrouwen terug te vinden? Hoe velen van hen zien besnijdenis feitelijk als verminkend? In hoeverre geeft een dergelijke begripsvorming voeding aan een verdere negatieve beeldvorming van allochtonen in Nederland, met als nevenimplicatie dat de confrontatie tussen de 'Nederlandse' en de 'andere' cultuur of religie aangewakkerd wordt²¹? Door een dergelijke negatieve benadering zullen de ideeën van 'de Somalische groep' zelf niet naar buiten komen. Men wordt geremd zich openlijk uit te spreken. Van der Kwaak (1990: 16) behandelt tegen deze achtergrond de 'paradoxen' rond infibulatie. Wat Nederlanders als mensonwaardig beschouwen, geeft de Somalische vrouwen juist hun waardigheid (Van der Kwaak 1990: 16).

Te vaak wordt ons inziens vergeten dat 'verminking' van vrouwen ook in de westerse samenleving voorkomt. Het begrip verwijst onder meer naar het verschijnsel dat in alle samenlevingen vrouwen gewild of ongewild het slachtoffer zijn van praktijken die onder een bepaald schoonheidsideaal hun gezondheid negatief beïnvloeden. We kunnen denken aan slankheidsidealen en idealen over de borstgrootte in westerse culturen, maar ook aan het kweken van vet, en het beschilderen van handen en voeten met giftige verf in sommige Afrikaanse samenlevingen.

Binnen de medische-ethische discussie wordt besnijdenis als verminkend, maar (nog) niet als strafbaar beschouwd. Het maandblad *Opzij* vergelijkt besnijdenis in dit kader met de in Nederland niet-strafbare amputatie van penissen bij transseksuelen (Manshot 1991: 64). Hier komt het eerder genoemde juridisch aspect van de hele kwestie naar voren. Er is sprake van een confrontatie tussen het individuele recht op lichamelijke integriteit en het groepsrecht op culturele identiteit. Juridisch speelt deze discussie nog niet. Wanneer het zover komt, zou het een juridisch-ethische discussie moeten worden, waarbij getracht moet worden aanknopingspunten te vinden in de zienswijzen van alle betrokkenen. Het is de vraag of het 'recht op gezondheid' zo'n aanknopingspunt is. Stereotypering en generalisatie binnen de beeldvorming dient men in ieder geval tegen te gaan.

Aanbevelingen

De stilte is nog lang niet verbroken. Er zijn het laatste jaar enkele Somalische vrouwen bereid geweest om te vertellen over hun problemen in Nederland en de betekenis van tradities als infibulatie. Vrouwenbesnijdenis is geen vreemd onderwerp meer voor Nederlanders. Er is echter wel gebrek aan kennis over wat er

werkelijk gaande is met betrekking tot besnijdenis en hoe de Nederlandse hulpverlening ermee om moet gaan.

In Somalië zelf werden de laatste jaren met medewerking van religieuze leiders voorlichtingsprogramma's op de radio en allerlei campagnes gehouden. In 1988 werd er in Somalië een conferentie gehouden die als voornaamste aanbeveling had het strafbaar stellen van alle vormen van besnijdenis. Door de oorlog is dit advies echter nooit opgevolgd (Van der Kwaak 1990: 13)²². Het effect van een wettelijk verbod is bovendien onduidelijk. In Soedan is het gebruik sinds 1946 (toen daar een wet van kracht werd) eerder toe- dan afgenomen. Van de overige landen waar infibulatie voorkomt, schijnen alleen Egypte en Eritrea succes gehad te hebben in het terugbrengen van het aantal besnijdenissen. Toubia (1985: 156) is van mening dat dit meer te maken heeft met de toename van gelijke kansen van vrouwen op ontwikkeling en onderwijs, dan met een wettelijk verbod.

De Nederlandse situatie is wezenlijk anders dan die in Somalië. De noodzaak van het regelen van een huwelijk en het krijgen en betalen van bruidsprijzen is hier minder aanwezig. De vrouwen komen in contact met een westerse cultuur waar besnijdenis ongebruikelijk is. Zij zoeken naar zekerheden in een algeheel problematische situatie. Onduidelijk is of de waardering van tradities zoals infibulatie zich hierdoor versterkt of verzwakt.

Uit een recent rapport blijkt dat ook na een langdurig verblijf van Somaliërs in het buitenland de behoefte tot infibuleren nog groot is: 60% van Somaliërs in Londen en Manchester wil hun dochters laten infibuleren (SOMAC/SAREC 1985: 19). In Nederland gaan geruchten over de mogelijkheid tot 'illegale' besnijdenissen in Londen. Het schijnt ook voor te komen dat meisjes meegenomen worden naar Cairo of Djibouti om daar besneden te worden.

Het is ons inziens noodzakelijk een inzicht te krijgen in de werkelijke situatie in Nederland. Ten eerste zal onderzocht moeten worden wat er leeft in de Somalische gemeenschap in Nederland en hoe het hulpzoekgedrag van Somalische vluchtelingen eruit ziet. In het verlengde hiervan zal het noodzakelijk zijn ervaringen en problemen binnen hulpverleningssituaties te inventariseren. Ten derde zal dan mogelijk een antwoord gegeven kunnen worden op de vraag hoe groot de vraag naar besnijdenis is en om welke vormen gevraagd wordt. Ten vierde zullen de juridische consequenties van besnijdenis geïnventariseerd moeten worden en zal bekeken moeten worden hoe de verschillende operaties in onze grondwet (moeten) worden beschouwd. Ten vijfde zal de Nederlandse overheid een standpunt moeten bepalen en een beleid moeten ontwikkelen betreffende medische-ethische aspecten rond vrouwenbesnijdenis in Nederland.

Vaststaat dat er in Nederland meer aandacht gegeven moet worden aan problemen van Somalische vrouwen en dat deze aandacht niet alleen op de infibulatie gericht moet zijn. Somalische vrouwen in Nederland moeten gestimuleerd worden zich te organiseren om onderlinge steun te waarborgen en mogelijk ook hun positie in de Nederlandse samenleving te verbeteren. Pas als bekend is geworden met welke hulpvragen de Somalische vrouwen naar de Nederlandse gezondheidszorg komen, lijkt een dialoog waarin Somalische vrouwen, ethici en gynaecologen zouden moeten participeren zinvol. Het momenteel lopende onderzoek vanuit het CGV²³ kan hopelijk een aanzet zijn tot discussie en voorlichtingscampagnes: zowel naar hulpverleners

als naar Somalische vrouwen toe. Bovendien moet door goede voorlichting in samenwerking met de Somalische gemeenschap getracht worden Somalische mannen en vrouwen op de hoogte te stellen van de gevolgen van besnijdenis. Er moet ook een dialoog op gang gebracht worden waarin Somalische (groot)moeders en andere betrokkenen ervan overtuigd worden dat Somalische meisjes in Nederland niet als prostituees gezien worden als ze niet besneden zijn, maar gelijk zijn aan hun leeftijdsgenootjes met wie ze naar school gaan.

Nogmaals, de stilte zal vanuit de Nederlandse zijde niet alleen rond besnijdenis verbroken moeten worden. De algehele positie van vluchtelingen en asielzoekers, in dit geval Somalische vrouwen en mannen, moet centraal staan. Zolang niet ook andere problemen waarmee zij kampen worden besproken, en infibulatie niet in de juiste context geplaatst wordt, zal voorlichting over infibulatie slechts een schreeuw in het niets zijn. Organisaties als het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen in samenwerking met Somalische organisaties kunnen daarom niet alleen een rol spelen bij het formuleren van het landelijk beleid ten aanzien van infibulatie, maar ook bij het op gang brengen van de noodzakelijke dialoog over de algeheel moeilijke situatie waarin vluchtelingen zich bevinden. In dit artikel is, nemen wij aan, ook duidelijk geworden dat (medisch) antropologen een belangrijke intermediaire rol in de genoemde discussies kunnen spelen.

Noten

Anke van der Kwaak is cultureel antropoloog, verbonden aan de vakgroep Culturele Antropologie/Sociologie der Niet-Westerse Samenlevingen te Leiden. Zij verbleef in oktober 1987 en van januari 1988 tot januari 1989 voor onderzoek in Somalië. Ineke Haaijer is verpleegkundige en Koos Bartels is arts. Beiden waren werkzaam in de medische opvang van asielzoekers. Zij voeren momenteel onderzoek uit naar besnijdenis bij vrouwelijke Somalische vluchtelingen in Nederland.

1. Op 1 december 1990 werd in Den Haag ter gelegenheid van 'International AIDS Day' een conferentie gehouden rond het thema 'Women and AIDS'. Eén van de workshops op deze dag ging over het thema 'Women and other cultures'. Tijdens deze workshop ontmoetten de auteurs van dit artikel, alle drie betrokken bij de problematiek van vrouwenbesnijdenis, elkaar en besloten tot het schrijven van een gezamenlijk artikel. Zij bedanken de redactie van Medische Antropologie en Karin Willemse voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.
2. Amina Adan (1981) heeft een studie gemaakt van de orale poëzie van Somalische vrouwen. Er zijn drie soorten poëzie: *gabay*, *geerar*, en *jiifto*, die tot het mannelijk domein behoren. Vrouwen hebben hun eigen type: *baranbuur*. Dit type poëzie is lichter en wordt minder serieus genomen dan de andere typen. Het wordt meestal door drums, klappen of stampen begeleid. *Hobeeyo* is een vorm van *buraanbur*; het zijn wiegeliedjes die vrouwen voor hun baby's zingen en waarin zij hun hart luchten door hun echtgenoot, schoonmoeder of co-vrouwen aan te spreken op zaken waar zij liet niet mee eens zijn.
3. Het Somalische volk is opgebouwd uit zes clanfamilies die onder te verdelen zijn in verschillende clans. De vier voornaamste nomadische clanfamilies zijn de Dir, de Isaq, de Darood en de Hawiye. De agrarische clans zijn de Digil en de Rahanweyn. De Hawiye bestaat bijvoorbeeld weer uit de Gurreh, de Ajoran, de Habar Gedir, de Sheikkel en de Abgal. De United Somali Congress, de partij die in het zuiden aan de macht is, heeft een Hawiye achterban, maar momenteel zijn deze onderling ook slaags geraakt.

4. Afgezien van de Somali National Movement (SNM, Isaq), het United Somali Congress (USC, Hawiye), de Somali Patriotic Movement (SPM, Ogaden en ook verbonden met de Marehan-clan van Barre), bestaan onder andere het United National Front (Ieger), het United Islamic Front, de Somali Democratic Alliancy, de Islamic Isaq Land, en de Somali United Liberation Front (Dolbahante/Darod).
5. Adam (1991: 6) beschrijft hoe, na de vestiging van de eerste vrijwillige Somalische ontwikkelingsorganisatie, de Somali Unit for Research on Emergencies and Rural Development (SURERD), zeventien andere Somalische organisaties ontstonden.
6. Er bestaat in Londen bijvoorbeeld het Somali Counselling Project onder leiding van de Somalische psychiater Omar E. Dihoud. Hij geeft advies op juridisch, financieel, sociaal en psychisch terrein. Ook zijn er twee vrouwenorganisaties, 'Forward' en 'London Black Women's Health Action Project' waarin verschillende Somalische vrouwen actief zijn. Deze organisaties houden zich vooral met de problematiek van vrouwenbesnijdenis en de opvang van Somalische vrouwen bezig, alsook met voorlichting op het gebied van gezondheid en hygiëne.
7. Infibulatie wordt vooral in Somalië, Djibouti, Soedan, Zuid-Egypte, Noord-Kenya, Noord-Nigeria, langs de Rode Zee-kust in Ethiopië en in sommige delen van Mali toegepast. In andere, in het bijzonder Westafrikaanse, landen wordt clitoridectomie toegepast. Bovendien komt clitoridectomie voor in Oman, Zuid-Jemen, de Emiraten en bij moslims in Maleisië en Indonesië.
8. *Purdah* betekent dat vrouwen gesluierd en afgeschermd worden van de buitenwereld. De mannen- en vrouwenwereld worden zo gescheiden gehouden. *Purdah* is moeilijk te verenigen met een nomadische levenswijze. Omdat vrouwen zich vrij moeten kunnen bewegen bij het hoeden van het kleinere vee zoals de geiten en schapen, zijn zij niet gesluierd.
9. Mictie-klachten zijn klachten die optreden bij de urinelozing, bijvoorbeeld onvrijwillige lozing.
10. Andere zwarte vrouwen die vrouwenbesnijdenis onder de aandacht hebben gebracht, zijn onder andere Karim & Ammar 1965, Nawal El Sadaawi 1980, Marie Bassili Assaad 1980, en Edna Adan Ismail 1983. De eerste witte vrouw die vrouwenbesnijdenis ('female genital mutilation') over de gehele wereld onder de aandacht heeft gebracht is Fran Hosken 1979. Zij is nog steeds actief met haar Women's International Network News.
11. Groepen die volgens Hicks (1986: 55) infibulatie toepassen zijn de volgende in Soedan: Nubians, Banagla, Mahas, Beja, Ababda, Beni Amer, Bisharin, Hadendoa, Rubatab, Shaiqiyya, Baggara, Mahamid, Salamat, Messyria, Humr, Kababish, Rufa'a, Sukriyya, Hasania, Kenana. In Noord-Oost Afrika zijn het verder Afar/Danakil, Bilen, Bogos, Saho, Somali, Esa/Dir, Sab. Bovendien komt het voor bij 'hoger' opgeleide en urbane families van niet-besnijdende groepen als de Fur in Soedan (persoonlijke communicatie met Karin Willemse).
12. Met de afwezigheid van exogamie wordt bedoeld dat er binnen de clan met elkaar getrouwd wordt. Er is daarbij geen sprake van strikte endogamie. Alhoewel de islam een traditie heeft van een voorgeschreven patrilateraal 'parallel cousin'-huwelijk, wordt er vaak 'verder weg' getrouwd. Wanneer de in eerste instantie in aanmerking komende verwanten niet voorradig zijn, zal naar anderen in de verwantschapslijn gezocht worden.
13. De Regeling Opvang Asielzoekers (ROA) werd in 1987 ingesteld met het doel de opvang van asielzoekers te structureren. Asielzoekers die zich gemeld hebben bij de vreemdelingenpolitie, worden gedurende een periode van enkele maanden in een opvangcentrum gehuisvest. Naast eten en drinken, krijgt de asielzoeker een kleine financiële bijdrage en wordt verzekerd tegen ziektekosten. Binnen de ROA heeft het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen (CGV) de taak de medische opvang van de asielzoekers te verzorgen en adequate medische en psychosociale zorg aan vluchtelingen en asielzoekers te verlenen. In elk opvangcentrum zijn daartoe teams bestaande uit één of meer artsen en verpleegkundigen aanwezig. De asielzoekers krijgen een medisch onderzoek aangeboden waar zij vrijwillig voor kunnen melden. Er is geen relatie tussen de medische opvang en de asielprocedure. (Zie voor verdere informatie Thijs & Willigen 1989).

14. Posttraumatische stress-stoornis (PTSS) kan als volgt omschreven worden: bij de stoornis wordt een ondergaan geweldstrauma steeds opnieuw herbeleefd, bijvoorbeeld in de vorm van nachtmerries en zich opdringende herinneringen of flash backs. Tegelijkertijd is er sprake van vermijdingsgedrag: de geweldservaring is geheel of gedeeltelijk uit het geheugen gebannen, gedachten of gevoelens die ermee in verband staan worden vermeden en het gevoelsleven kan zijn ingeperkt. Tenslotte kan er sprake zijn van een blijvend verhoogde waakzaamheid, die kan blijken uit slaapstoornissen, prikkelbaarheid, concentratieproblemen of schrikreacties. Bij veel vluchtelingen die geweld ondergingen, ziet men klachten die passen bij een PTSS, hoewel zij niet altijd aan alle hierboven genoemde criteria voldoen (cf. Van der Veer 1988: 29-40).
15. De namen van de vluchtelingen in deze paragraaf zijn gefingeerd.
16. Wij sluiten ons in dezen aan bij Van Dijk (1991), die pleit voor de operationalisering van een dynamisch cultuurbegrip binnen de hulpverlening aan migranten. In de hulpverlening aan migranten, c.q. asielzoekers, moet men niet alleen rekening houden met hun cultuurbepaalde (veranderende) opvattingen over ziekte en gezondheid, maar vooral ook met hun sociaal-economische positie die van invloed is op hun ideeën.
17. In de kamervragen die mevrouw Netelenbos en mevrouw Haas-Berger op 13 maart schriftelijk stelden, spreken zij hun ongerustheid uit over het mogelijk voorkomen van vrouwenbesnijdenis in Nederland. Zij vragen om een nadere onderzoek naar de betrokkenheid van professionele hulpverleners in dezen. Tevens wordt de vraag gesteld of er wettelijke strafbepalingen zijn of dat men net als in Zweden en Engeland een verbodswetgeving moet overwegen. Minister Hirsch Ballin van Justitie antwoordde op 6 mei, dat hij kennis genomen had van artikelen over vrouwenbesnijdenis uit het NRC-Handelsblad en Onze Wereld. Hij refereert aan het onderzoek dat momenteel wordt uitgevoerd naar de aard en omvang van vrouwenbesnijdenis en hulpvragen daaromtrent. Hij nuanceert de uitspraak dat het altijd om toebrengen van lichamelijk letsel gaat. "Indien er sprake is van medische problematiek als gevolg van besnijdenis in het land van herkomst, zal medisch handelen geïndiceerd zijn." Vooralsnog ziet hij géén aanleiding om in deze kwestie een onderzoek door het Openbaar Ministerie te stimuleren.
18. Cf. Evelyn Reed die in haar boek *Sexism and Science* (1975) kritieken op het werk van Morris en andere Sociaal Darwinisten op een rij gezet heeft.
19. Zie bijvoorbeeld *Een wereld van verschil. Nieuwe kaders voor ontwikkelingssamenwerking in de jaren negentig*. Beleidsnota van Minister voor Ontwikkelingssamenwerking J.P. Pronk, 1990.
20. Deze conferentie, georganiseerd door het Inter-Afrikaans Comité, had 'traditionele gebruiken die de gezondheid van vrouwen en kinderen benadelen' als onderwerp.
21. Zo bracht Frits Bolkestein, fractie-voorzitter van de VVD, onlangs naar voren dat er bij het integratieproces van moslims in de Nederlandse cultuur bepaalde westerse, liberale richtlijnen als richtsnoer dienen te worden genomen. Hij gaat daarbij uit van de westerse cultuur als norm (zie Bolkestein 1991: 19).
22. De internationale conferentie 'Female Circumcision: Strategies to Bring about Change', gehouden in juni 1988, werd georganiseerd door de Somali Women's Democratic Organization in samenwerking met de Italian Association for Women in Development.
23. Dit onderzoek, uitgevoerd door Ineke Haaijer en Koos Bartels, heeft een inventariserend en adviserend karakter. De onderzoeksvraag luidt: "Wat zijn de opvattingen over en ervaringen met vrouwenbesnijdenis onder Somalische vrouwen in Nederland; op welke wijze beïnvloeden deze het gebruik van medische voorzieningen bij vragen, klachten of aandoeningen van urologische of gynaecologische aard, in het bijzonder wat betreft de afweging al dan niet hulp te vragen, de presentatie van klachten en de gewenste behandeling?"

Literatuur

Adam, Hussein

- 1991 Somalia: rural producers and prospects for reconstruction. Paper presented at 'Beyond The conflict: Workshop on the prospects for peace, recovery and development in the Horn of Africa', February 19-23, 1991. The Hague: Institute of Social Studies.

Adan, Amina Haji

- 1981 Women and words. *Ufahamu* 10 (3): 115-42.

AIDOS/SWDO

- 1989 *Female circumcision. Strategies to bring about change. Proceedings of the International Seminar on Female Circumcision*. Mogadishu, Somalia.

Aitchison, Roberta

- 1984 Reluctant witnesses. The sexual abuse of refugee women in Djibouti. *Cultural Survival Quarterly* 8 (2): 26-7.

Assaad, Marie Bassili

- 1980 Female circumcision in Egypt: social implications, current research, and prospects for change. *Studies in Family Planning* 11 (1): 3-16.

Barcik, Kim & Sture Normark

- 1991 *Somalia: a historical, cultural and political analysis*. Uppsala: Life & Peace Institute.

Bartels, Koos & Ineke Haaijer

- 1991 Somali female refugees in base-line health care. *VENA-Journal* 3 (1): 14-7.

Bolkestein, Frits

- 1991 Integratie van minderheden moet met lef worden aangepakt. *De Volkskrant* 12 september, p. 19.

Boulware-Miller, Kay

- 1988 Vrouwenbesnijdenis. Bestrijding van vrouwenbesnijdenis als schending van mensenrechten. *Nemesis* 4: 138-47.

Burg, dr. A.P.J. van der

- 1991 Over het besnijden van meisjes, vrouwen en jongens. Is een verbod op zijn plaats? *Medisch Contact* 31/32 (46): 921-2.

Darcer, Asma El

- 1982 *Woman why do you weep? Circumcision and its consequences*. London: Zed Press.

D-Ashur, Shamis

- 1989 *Silent tears*. London: London Black Women's Health Action Project.

Dijk, Rob van

- 1989 Cultuur als excuus voor een falende hulpverlening. *Medische Antropologie* 1 (2): 131-43.

Dirie, Mahdi Ali

- 1985 *Female circumcision in Somalia: medical and social implications*. Mogadishu: SOMAC/SAREC.

Dualeh, Raziya Haji

- 1982 *Sisters in affliction. Circumcision and infibulation of women in Africa*. London: Zed Press.

Forni, Elisabetta

- 1986 Women's role in the economic, social and political development of Somalia. *Africa Spectrum* 15: 19-28.

- Fortes, Marian & Marina Hendriks
 1990 Positie en problematiek van vluchteling en asielzoeker. *Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen* 18 (1): 2-6.
- Grassivaro Gallo, Pia & Elisa Moro Boscolo
 1984 Female circumcision in the graphic reproduction of a group of Somali girls: cultural aspects and their psychological experiences. *Psychopathologie Africaine: Sciences Sociales et Psychiatrie en Afrique* 20 (2): 165-90.
- Gruenbaum, Ellen
 1982 The movement against clitoridectomy and infibulation in Sudan; public health policy and the women's movement. *Man* 13 (2): 4-12.
- Haaijer, Ineke
 1989 Vluchtelingen; een vrouw alleen, een verhaal apart... Werkstuk MGZ-praktijkvariant. Amsterdam: Hoge School van Amsterdam.
- Hayes, Rose Oldfield
 1975 Female genital mutilation, fertility control, women's roles, and the patrilineage in modern Sudan: a functional analysis. *American Ethnologist* 2 (4): 617-33.
- Helander, Bernard
 1988 *The slaughtered camel. Coping with fictitious descent among the Hubeer of Southern-Somalia*. Proefschrift, Universiteit van Uppsala.
- Hicks, E.K.
 1986 *Infibulation: status through mutilation*. Proefschrift. Alblasterdam: Offsetdrukkerij Kanters B.V.
- Hosken, Fran
 1979 *The Hosken Report. Genital & sexual mutilation of females*. Women's International Network News, Lexington, Mass., U.S.A.
- Ismail, Edna Adan
 1983 Female circumcision. In: Labahn 1983: 217-22.
- Karim, M. & R. Ammar
 1965 *Female circumcision and sexual desire*. Cairo: Ainis Shamis University Press.
- Kwaak, Anke van der
 1990 Female circumcision and gender identity: the case of Somalia. Paper presented at the international conference on 'Gender, Health and Development', Amsterdam: 26-28 oktober 1990.
- Labahn, Thomas (ed)
 1983 *Proceedings of the secondary international congress of Somali studies, Volume IV. Studies in humanities and natural sciences*. Hamburg: Helmut Buske Verlag.
- Lier, Peter van
 1991 Somalië: aan alles is gebrek behalve kogels. *Hulpstoot* 6 (3): 4-5.
- Lightfoot-Klein, Hanny
 1989 *Prisoners of ritual. An odyssey into female genital circumcision in Africa*. New York: Harrington Park Press.
- Manschot, Anke
 1991 Verbod op vrouwenbesnijdenis in Nederland? *Opzij* mei 1991: 64.

- McLean, Scilla & Stella Efua Graham (eds)
 1982 *Female circumcision, excision and infibulation: the facts and proposals for change*. Minority Rights Group. Report no.47, revised 1983 edition.
- Nispen, Henri van
 1990 De mocizame strijd tegen een traditioneel taboe. *Onze Wereld* februari 1990: 18-22.
- Onadeka, Modupe O.
 1985 Female circumcision in Nigeria: a fact or a farce? *Journal of Tropical Pediatrics* 31: 180-4.
- Peyrot, Maurice
 1991 Le procès de l'excision. Une condamnation pour l'exemple. *Le Monde* Dimanche 10/Lundi 11 Mars 1991: 9.
- Pronk, J.P.
 1990 *Een wereld van verschil. Nieuwe kaders voor ontwikkelingssamenwerking in de jaren negentig*. Den Haag: Staatsuitgeverij. (Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991, 21 813, nrs. 1-2).
- Rced, Evelyn
 1975 *Sexism and science*. New York: Pathfinder Press.
- Sadaawi, Nawal El
 1980 *The hidden face of Eve: women in the Arab world*. London: Zed Press.
- SAREC/SOMAC
 1985 *Preliminary report on female circumcision*. Mogadishu/Stockholm.
- Samatar, Ahmed I.
 1988 *Socialist Somalia*. Avon: The Bath Press.
- Schouten, Liesbeth
 1990 Taaie tradities: 'Wij willen niet als geiten'. *Onze Wereld* februari 1990: 22-4.
 1991 Vrouwenbesnijdenis ook in Nederland? De afstand tussen bedrog en begrip. *Onze Wereld* maart 1991: 22-5.
- Thijs, W.A. & Mw. L.H.M. van Willigen
 1989 De medische opvang van asielzoekers. *Medisch Contact* 51/52 (44): 1683-5.
- Rushwan Hamid, Corry Slot, Asma El Dareer & Nadia Bushra
 1983 *Female circumcision in the Sudan, prevalence, complications, attitudes and changes*. Sudan: Faculty of Medicine, University of Khartoum.
- Toubia, Nahid F.
 1985 The social and political implications of female circumcision: the case of the Sudan. In: Elizabeth Warnock Fernea (ed) *Women and the family in the Middle East. New voices of change*, pp. 148-59. Austin: University of Texas Press.
- Veer, Guus van der
 1988 *Politieke vluchtelingen. Psychische problemen en de gevolgen van onderdrukking en ballingschap*. Nijkerk: Uitgeverij Intro.
- Warsame, Amina
 1989 Social and cultural implications of infibulation in Somalia. In: AIDOS/SWDO 1988: 88-93.