

# Kapittel 3

## Fra tradisjon til overgrep – nye forståelser av kjønnslemlestelse ved migrasjon

R. ELISE B. JOHANSEN

**SAMMENDRAG** Erfaringer og syn på kvinnelig omskjæring endres fra å se på det som et nødvendig inngrep som bekrefter tilhørighet og identitet, til en erfaring av kjønnslemlestelse som et destruktivt og smertefullt overgrep ved migrasjon til Norge. Denne endringen drives frem av en gjenopplevelse og refortolkning av smerten ved omskjæring. Samtidig bremses denne endringen av sosiale forventninger til praksisens kulturelle mening knyttet til kvinners dyd og ærbarhet. Disse sosiale forventningene og praksisens kulturelle mening fører til motstand mot et kirurgisk inngrep som kan minske konsekvensene av omskjæring.

**NØKKEORD** kjønnslemlestelse | kvinnelig omskjæring | migrasjon | endring | smerte

**ABSTRACT** Experiences and perceptions of female genital mutilation/cutting change with migration to Norway, from a necessary procedure confirming identity and belonging, to destructive and painful abuse. The change is driven by a recollections and reinterpretation of the associated pain. This change is however obstructed by social expectations concerning the cultural values underlying the practice, concerning women's virtue. These expectations result in a resistance to reparative surgeries that can alleviate many consequences of the practice.

**KEYWORDS** female genital mutilation/cutting/circumcision | migration | change | pain

## INTRODUKSJON

Dette kapitlet utforsker hvordan en gruppe migranter revurderer sitt perspektiv på kvinnelig omskjæring fra å se på det som en verdifull, meningsfull og nødvendig kulturell praksis da de bodde i hjemlandet, til å oppfatte det som kjønnslemlestelse, en form for overgrep, brudd på menneskerettighetene og kjønnsdiskriminering etter flytting til Norge. Kapitlet viser hvordan flyttingen til eksil endrer måten kvinner opplever, reflekterer rundt og snakker om smertene ved inngrepet, fra et nødvendig onde til noe destruktivt. Denne endringsprosessen drives også frem av nye muligheter i Norge til å gi uttrykk for smerte, og stimulerer dermed til ny refleksjon og en ny diskurs om praksisen. Men denne endringsprosessen bremses av praksisens kulturelle meningskompleks knyttet til seksualmoral.

En dypere forståelse av samspillet mellom personlige smerteerfaringer og kulturelle verdier om dydighet i en kontekst av migrasjon kan gi økt innsikt i de prosesser som driver og hindrer endring. Selv om mange av myndighetenes tiltak i form av informasjon om helseskader og lov mot omskjæring kan ha påvirket endringsprosessen, argumenterer altså dette kapitlet for at revurderingen av smerten og en ny iscenesetting av erfaringene fra før migrasjonen trolig er den viktigste drivkraften til endring. Min forskning tyder på at mye av den kraften som ligger bak de endringsprosessene vi ser i eksil, ligger i den nye muligheten til å sette ord på og revurdere meningen til de intense personlige erfaringene av smerte.

Anslagsvis 17 300 jenter og kvinner i Norge kan ha blitt utsatt for kjønnslemlestelse før de kom til landet (Ziyada, Norberg-Schulz, & Johansen, 2016). Litt over halvparten av disse har somalisk bakgrunn. Sudanere er en vesentlig mindre, men voksende gruppe som utgjør omtrent 3 % av de berørte.<sup>1</sup> Det de har felles, er bakgrunn fra land der kjønnslemlestelse nesten er en universell praksis, og det av den mest omfattende typen, nemlig infibulasjon,<sup>2</sup> som også utgjør omkring halvparten av all kvinnelig omskjæring i Norge (Ziyada, Norberg-Schulz, & Johansen, 2016). Den store utbredelsen av infibulasjon i Norge henger sammen med innvandringsmønsteret til landet, da infibulasjon utgjør bare omkring 10 % av alle inngrep på verdensbasis.

På verdensbasis er anslagsvis 200 millioner jenter og kvinner utsatt for kjønnslemlestelse (UNICEF). Til tross for en viss nedgang i prosent går de faktiske tallene fort-

- 
1. Sudan refererer her til Republikken Sudan, eller Nord-Sudan der kjønnslemlestelse er svært utbredt. I Sør-Sudan er dette ikke en tradisjonell praksis.
  2. Infibulasjon, type III kjønnslemlestelse etter Verdens helseorganisasjons klassifisering er definert som inngrep der hele eller deler av klitoris og indre kjønnslepper fjernes, hvoretter ytre og/eller indre kjønnslepper sys sammen slik at det dannes et hudsegl som dekker vulva, med en liten åpning nederst for passasje av urin og menstruasjonsblod.

satt oppover på grunn av befolkningsveksten. Arbeidet mot kjønnslemlestelse i Norge bygger på en rekke internasjonale konvensjoner og flere tiår med tiltak og forskning, blant annet støttet av FN-systemet (World Health Organization, 2008).

Kjønnslemlestelse har på lik linje med andre former for vold i nære relasjoner gått fra å bli oppfattet som et privat og kulturelt anliggende til å bli gjort til gjenstand for internasjonal politikktutvikling og tiltak. Tematikken ble første gang foreslått som en oppgave for Verdens helseorganisasjon (WHO) på 60-tallet. På den tiden mente imidlertid WHO at problemet måtte løses nasjonalt. Fordi det var en tradisjonell kulturell praksis, fryktet man at internasjonalt press kunne virke mot sin hensikt. Holdningen ble gradvis endret, og i 1979 organiserte WHO verdens første internasjonale konferanse om kjønnslemlestelse, og retningslinjer som fremdeles står ved lag, ble vedtatt. I 1997 publiserte WHO verdens første internasjonale dokument mot praksisen, i et hefte som også definerte og kategoriserte inngrepene, og i tillegg foreslo løsninger og tiltak (WHO and UNICEF, 1997). Siden den gang har alle andre FN-organer og andre internasjonale organisasjoner blitt enige om et felles standpunkt og jobbet systematisk med tematikken. Dette har til nå nådd sitt klimaks i at kjønnslemlestelse er nevnt som et eget punkt under Agenda 2030s femte målsetting om likestilling og styrking av jenters og kvinners stilling (FNs bærekraftsmål). Her er målsettingene med mål 5.3 å avskaffe all skadelig praksis, herunder barneekteskap, tidlig ekteskap og kjønnslemlestelse.

Samtidig som kjønnslemlestelse er løftet opp på den internasjonale dagsordenen og defineres som kjønnsdiskriminering og brudd på kvinners menneskerettigheter, er det samtidig en dypt personlig erfaring, som berører kvinners mest intime kroppsdel og vekker sterke følelser. Videre er det en praksis som utfordrer kjønnsperspektivet. For selv om kjønnslemlestelse er en form for undertrykkelse av kvinner, er den forankret i en felles kultur som menn og kvinner deler, og som kvinner har hovedansvaret for å videreføre. På et vis er kvinner derfor både ofre og utøvere, idet det er de som utsettes for kjønnslemlestelse og det er kvinner som tradisjonelt har ansvar for å sikre at tradisjonen videreføres til egne barn og barnebarn.

## **METODE OG DATAGRUNNLAG**

Kapittelet er basert på data fra flere forskningsprosjekter blant somaliske og sudanske migranter i Norge over de siste 20 årene. Til sammen har jeg data fra intervjuer og fokusgrupper med mer enn 160 kvinner og menn med somalisk bakgrunn og et 20-talls kvinner og menn med sudansk bakgrunn.

Kapittelets erfaringer og refleksjoner om smerte bygger i all hovedsak på data fra min første studie om kjønnslemlestelse i Norge, et doktorgradsarbeid med

datainnsamling i perioden 1997 til 2000. Denne studien inkluderte dybdeintervjuer med 45 somaliske kvinner og 25 somaliske menn, i tillegg til deltagende observasjon i ulike settinger (Johansen, 2002). Kvinnenes historier om smerte utgjør derfor minner og refleksjoner informantene gjorde seg mange år etter at inngrepet fant sted, i en kontekst med nye erfaringer og rammebetingelser som trolig kaster nytt lys på minnene og fortolkninger av disse.

Min andre studie om kjønnslemlestelse i Norge ble utført i perioden 2014–2016 for å undersøke holdninger til og erfaringer med åpnende operasjoner (kirurgisk defibulasjon) (Johansen, 2017a; Johansen, 2017b; Johansen, 2016). Dette datamaterialet, som omfatter intervjuer med 40 somaliske og sudanske kvinner (27) og menn (13), to valideringsseminar og deltagende observasjon i ulike settinger, er grunnlag for kapittelets data om defibulasjon. I denne studien ville jeg undersøke om defibulasjon kunne bidra til å undergrave den kulturelle meningen til infibulasjon, og dermed bidra til endring.

Til slutt vil jeg også i noen grad trekke på data fra en tredje studie som er en norsk tilpasning av en internasjonal modell utprøvd i flere land, og som utforsker personlige og sosiale normer knyttet til kjønnslemlestelse (Brown, Beecham og Barrett, 2013; Barret, Brown, Alhassan og Beecham, 2015). Studien har samlet data fra fokusgrupper og individuelle intervjuer med 72 kvinner (40) og menn (32) med somalisk opprinnelse i en mellomstor norsk by.

I tillegg til data fra egen forskning i Norge bruker jeg også innsikt som er oppnådd gjennom fokusgrupper, intervjuer, studieturer og prosjektbesøk i Somalia og Sudan over flere år (Johansen, 2004; Johansen, Bathija og Khanna, 2008). Disse reisene, i tillegg til møter, konferanser og samtaler med forskere og aktivister i begge land, har gitt meg bred innsikt i situasjonen i informantenes hjemland.

I alle disse årene har jeg blitt møtt med forventninger, fra andre forskere og den norske majoriteten, om at temaet er tabu, vanskelig å snakke om og forbundet med skam og stigma (Johansen, 2017b; Bråten & Elgvin, 2014; Talle, 2010, Talle, 2002). Men selv om jeg av og til opplever at informanter ønsker å gi et best mulig inntrykk av egen gruppe ved å nedtone kjønnslemlestelse, har jeg så godt som aldri opplevd motstand mot å fortelle om egne erfaringer og tanker fra dem som er direkte berørt. Tvert imot er min erfaring at mange, når isen først er brutt, er lettet og glade over å få snakke med utenforstående om noe som opptar dem. De aller fleste kvinnene som ble intervjuet, hadde blitt omskåret, de aller fleste infibulert, og de hadde mange tanker og erfaringer de ønsket å dele.

I det videre vil jeg gi en grundigere forklaring av infibulasjon og praksisens kulturelle mening og fysiske omfang. Deretter diskuterer jeg data om kvinners opplevelse av inngrepet. I deres fortellinger står smerte sentralt, som opplevelse og

som spire til endring. Videre diskuterer jeg forholdet mellom individers personlige erfaringer og kulturelle modeller, og hvordan dette påvirker endringsprosesser.

## INFIBULASJON – FORM, FUNKSJON OG MENING

Infibulasjon er en fysisk endring av kvinners kropp bygget på sentrale kulturelle verdier i Somalia og Sudan knyttet til jomfrudom, moral, fruktbarhet, slektskap, kvinnelighet og skjønnhet (Talle, 1994; Talle, 1993; Gruenbaum, 2006; Gruenbaum, 2005; Almusharaf, 2006; Abdalla, 1982). I Sudan og Somalia blir nesten alle jenter infibulert. Infibulasjon er derfor også en sosial norm, og jenter uten kjønnslemlestelse blir mobbet, trakassert og utestengt av omskårede jenter. Det er derfor vanlig at de maser på mødrene sine for å fremskynde egen omskjæring. Etter omskjæringen, og etter at sårene har grodd, forteller de fleste jenter at de var lettet og stolte over endelig å bli sosialt akseptert. I den alderen infibulasjonen gjøres, vanligvis mellom fire og ni år, hadde de begrenset forståelse for praksisens kulturelle verdier, eller innsikt i inngrepets omfang og tilhørende smerte. De vil bare bli som alle andre.

Endringen i status fra uomskåret til omskåret gjøres kjent på ulike måter. I Sudan er det tradisjon at omskjæringen markeres med en stor fest, og jentenes hender blir dekorert med intrikate hennamønstre som varer i uker etterpå. Slik får de vist til alle og enhver at de er omskåret (Efferson, 2015). I Somalia er det mindre feiring og ikke vanlig å markere inngrepet med hennadekorasjoner. Derimot er det vanlig at jenter sammenligner resultatet av inngrepet. For eksempel fortalte mange at de som barn hadde blitt utfordret av venninner til å vise frem en intakt infibulasjon for å motbevise rykter om dårlig adferd eller umoral. En liten vaginal-åpning ble vurdert som et tegn på fortreffelighet og var en kilde til stolthet. Jenter som ikke hadde blitt infibulert, fortalte at de ikke turte å leke med de andre jentene av redsel for at deres manglende omskjæring skulle bli kjent. Et par kvinner fortalte om familiemedlemmer som jevnlig hadde sjekket underlivet deres, for eksempel når de som unge og ugifte kom sent hjem. Mer vanlig var det at familiens kvinner lyttet etter urinstrømmen ved toalettbesøk; dersom urinen rant fort og hardt, kunne det vekke mistanke om at infibulasjonen var blitt åpnet. Hos mange ble også det intakte hudseglet kontrollert på bryllupsnatten, av ektemannen eller hans kvinnelige slektninger, eller av en omskjærer som noen steder tilkalles for å skjære opp litt av infibulasjonen slik at det blir mulig å ha samleie.

Til tross for omskjæringens dype sosiokulturelle mening snakket kvinner mest om sine personlige erfaringer, og i de historiene dominerte erfaringer av smerte, redsel og sjokk. Halimas fortelling om datterens infibulasjon er et eksempel. Dat-

teren ble infibulert i Somalia. Ifølge Halima skjedde dette før de flyttet til Norge da datteren var liten, ifølge datteren da hun var på ferie i Somalia mange år senere. Halima hadde opplevd datterens rekonvalesens som grusom. Datteren fikk infeksjoner som førte til at det tok mye lengre tid enn de sedvanlige fire ukene eller mer før sårene grodde. Halima fortalte hvordan datteren hadde grått og beklaget seg kontinuerlig: «Hun sa forferdelige ting. Hun bare ba til Gud om at han skulle la henne få dø. Hvorfor hadde vi gjort dette mot henne? Var vi ikke glad i henne? 'Jeg er bare et lite barn, jeg har ikke gjort noe galt.'» Smerten ved datterens omskjæring var en viktig drivkraft bak Halimas engasjement mot praksisen i Norge.

Ordene til Halimas datter tyder på at hun opplevde omskjæringen som et overgrep og et traume. Halimas og datterens opplevelser antyder derfor et stort sprik mellom den negative opplevelsen av infibulasjon og dens positive sosiokulturelle mening. Det så heller ikke ut til at den kulturelle meningen dekket over eller oppveide erfaringen av smerte. Snarere tvert imot så det ut til at smerten ved infibulasjon druknet eller overdøvet praksisens kulturelle mening, i hvert fall under selve inngrepet og i helingstiden.

## INFIBULASJON – DET FYSISKE INNGREPET

Infibulasjon er definert som det å skjære vekk vev fra klitoris, indre og ytre kjønnslepper, før kjønnsleppene festes slik at de gror sammen og danner et hudsegl som dekker det meste av vulva med en liten åpning for passasje av urin og menstruasjonsblod (WHO, 2008). Hudseglet kan beskrives som en kulturelt konstruert jomfruhinne som skal beskytte og bevise jomfrudom og dermed kvinners moral. De fleste inngrep utføres av tradisjonelle omskjærere, men de blir i økende grad erstattet av helsepersonell og med økt bruk av kirurgisk utstyr og smertelindring. Inngrepet tar om lag 20 minutter. Etterpå må jentene ligge stille med samlede ben til sårene har grodd, gjerne i fire til seks uker. I Somalia blir da bena bundet sammen fra anklene til hoftene. I Sudan er ikke dette så vanlig, mest sannsynlig fordi de fleste der blir omskåret av helsepersonell som bruker kirurgisk tråd. En ukes tid etter inngrepet blir såret sjekket, og hvis alt er gått etter forventningene, kan jentene komme seg til toalettet med støtte. Etter hvert som sårene gror, fjernes mer og mer av tauene som binder bena sammen, og jenta kan delta i mer og mer vanlige aktiviteter.

I kontrast til rituelle prøvelser som ofte kan være smertefulle og til dels farlige i mange andre samfunn (Schultz & Lien, 2014), skiller infibulasjon seg fra de fleste av disse på to sentrale måter: på grunn av smertens intensitet og gjentakelse,

og på grunn av den tette sammenhengen mellom inngrepets fysiske form og dens kulturelle mening.

Smertens intensitet og gjentakelse handler om at det fysiske omfanget av infibulasjon er vesentlig mer omfattende, tar lengre tid både å gjennomføres og heles enn andre typer omskjæring. De fleste kvinner beskrev infibulasjonen som deres mest smertefulle erfaring og som noe de aldri kunne glemme: «Hvordan kan du glemme slik smerte?» spurte mange kvinner retorisk, «når de skjærer kjøttet ditt.» Flere kvinner hadde også blitt omskåret to ganger, og i sjeldne tilfelle flere omganger, på grunn av komplikasjoner eller misnøye med resultatet fra første gang. De beskrev også helingstiden som ekstremt smertefull, ikke minst ved toalettbesøk der urinen passerer åpne sårflater. Etter at sårene har grodd, og før jenter gifter seg, kan den lille åpningen skape problemer, inkludert smerte og press fordi det er liten plass for passasje av urin og menstruasjonsblod. I tillegg må kvinner få skåret eller revet opp igjen hudseglet ved to viktige livshendelser, ekteskapsinngåelse og fødsel. Først må infibulasjonen delvis åpnes for at samleie skal bli mulig. Enten omskjæreren skjærer en åpning slik det er vanlig i Nord-Somalia, eller mannen bruker penis slik det er vanlig i Sør-Somalia og Sudan, ble prosessen beskrevet som ekstremt smertefull. Ved bruk av penis til å strekke og lage rifter i hudseglet forventes åpningen å ta en ukes tid. I praksis kan det allikevel ta opptil flere uker, måneder og år før samleie blir mulig. Uavhengig av teknikk må imidlertid kvinner gjennomføre gjentatte samleier gjennom de åpne sårene over tid for å sikre at hudseglet ikke gror samme igjen. Noen kvinner fortalte at de kunne skrike og kaste opp av smertene i denne tiden. For andre hadde det tatt måneder før samleie var mulig, noen hadde til slutt søkt kirurgisk hjelp, mens et par ikke hadde klart å skape åpning i det hele tatt, noe som bidro sterkt til skilsmisse etter mange års ufullbyrdet ekteskap.

Åpningen som lages for samleie er imidlertid ikke tilstrekkelig stor til at en baby kan passere, og de fleste kvinner må derfor gjennomgå ytterligere åpning ved barnefødsel. Dette gjøres tradisjonelt av en jordmor. I Sudan sys kvinners infibulasjon rutinemessig sammen igjen etter fødsel, gjerne til slik den var før første samleie. De må derfor gjennomgå gjentatte åpninger og lukkinger i løpet av livet. I Somalia er det ikke vanlig med slik såkalt reinfibulasjon, men det er forventet at infibulasjonen delvis gror sammen igjen av seg selv mens kvinnene hviler seg i de anbefalte 40 dagene etter fødsel. Noen somaliske kvinner må derfor også gjennomgå gjentatte åpninger.

Sammenhengen mellom form og mening refererer til det at hudseglet som utgjør infibulasjonen, oppfattes som kvinnens jomfrudom. Hudseglet som dekker det meste av vulva, utgjør en fysisk hindring og et synlig bevis mot før-

ekteskapeleg samleie. Derfor betraktes infibulasjon som en beskyttelse av, garanti om og bevis på kvinnens seksuelle adferd og dermed hennes moralske karakter. En kvinne oppfattes kun som jomfru dersom infibulasjonen er intakt. Uten dette hudseglet oppfattes jenter som seksuelt erfarne og dermed umoralske og uten selvkontroll. Mange somaliske og sudanske informanter lot til å finne det vanskelig å forestille seg jomfrudom uten infibulasjon (Johansen 2017a; Talle 2010).

## ERFARINGER AV SMERTE

På begynnelsen av 90-tallet, da man for alvor begynte å forske på kjønnslemlestelse, var litteraturen preget av en sterk polarisering. Praksisen ble beskrevet som enten kulturelt meningsfull (mye antropologisk litteratur) (Ahmadu, 2000; Moore, 1996)], eller ekstremt smertefull og destruktiv (litteratur innenfor internasjonal helse og menneskerettigheter) (Cottingham & Kismodi, 2009). Min forskning viste derimot at de fleste kvinner opplevde praksisen som både ekstremt smertefullt og skadelig og som kulturelt meningsfull og viktig, både når de reflekterte tilbake til opplevelsen da det skjedde, og slik de tenkte på det etter at de hadde flyttet til Norge. Jeg ville derfor utforske området mellom smerte og mening, spesielt hvorvidt meningsfull smerte påført i kulturens navn oppleves forskjellig fra smerte som kom mer tilfeldig, utenfra og uten at man knyttet det til en positiv kulturell verdi.

Jeg fant to skoleretninger i synet på smerte innenfor mitt fag, sosialantropologi. Innenfor kritisk medisinsk antropologi har man konsentrert seg mest om negative aspekter ved smerte påført utenfra, såkalt sosial lidelse (social suffering), sykdom, vold og undertrykkelse. Man har primært sett på sammenhengen mellom lidelse på lokalt nivå, som fattigdom og sykdom, og undertrykkende strukturer som neokolonialisme, undertrykkende regimer, legemiddelindustrien o.l. (Kleinman, Eisenberg og Good, 1978; Farmer, 2003; Fassin, 2000; Trnka, 2007). Dette omtaler jeg i min doktorgrad som «tilfeldig smerte». Slike perspektiver har vært sentrale i studier som har analysert hvordan vestlig og internasjonal innsats mot kjønnslemlestelse har bidratt til motstand mot endring og opplevelse av stigma på grunn av omskjæring (Abursharaf, 2007; Ahmadu, 2000; Gruenbaum, 1996; Lane & Rubinstein, 1996), og var en viktig inspirasjonskilde for planene om å se på stigma i min første studie (Johansen 2007).

Det andre antropologiske perspektivet på smerte forholder seg mest til tradisjonell funksjonalistisk og symbolorientert antropologi. Her har søkelyset vært på det jeg kaller «rituell smerte», altså smerte som er påført av samfunnet som en del av kulturen. Slike studier tolker gjerne smerte som noe positivt i kraft av sin sosiale



og symbolske funksjon. Smerten tolkes som et middel til å sikre disiplin i samfunnets yngre garde og noe som innskriver kulturen i individet, og også som et middel til å skape samhold og tilhørighet gjennom intense felles erfaringer. Dette synet fremmes av antropologen Wally som konkluderte med at også smerten ved kvinnelig omskjæring er «god», fordi: «Innenfor pubertetsritualer i Afrika sør for Sahara (...) betraktes trolig smerte ikke som noe som bør unngås, men som noe som må gjennomleves for å bidra til en positiv transformasjon av individet» (egen oversettelse)» (Walley, 1997: 420).

Slik jeg leser antropologisk litteratur på feltet, er Wallys konklusjon ganske representativ. Jeg er imidlertid uenig i at hennes konklusjon gjelder i alle tilfelle, og vil påpeke to feilslutninger. For det første er positive sosiokulturelle perspektiver på smerte ikke nødvendigvis sammenfallende med hvordan smerten oppleves av det enkelte individ. For det andre er analyser av smerte som en positiv kraft bare blitt brukt på erfaringer eller prøvelser som ser ut til å være mindre smertefulle enn infibulasjon. Jeg har ikke kommet over noen studie, eller hørt en eneste personlig historie, som beskriver smerten ved infibulasjon som «god» eller nyttig. Tvert imot var smerten ved infibulasjon alltid uttrykt som en bekymring, et nødvendig onde. Et slikt perspektiv resonnerer med Veena Das konklusjon om at noen former for smerte simpelthen er en pris enkeltindividene må betale for sitt medlemskap i samfunnet og gruppen (Das, 1995).

Til forskjell fra en del andre typer kvinnelig omskjæring, ser ikke infibulasjon ut til å inngå i et større ritual med opplæring og seklusjon slik det er vanlig i en del andre settinger (Schultz & Lien, 2014). Både somaliske og sudanske informanter fortalte at det gir verdi og status for kvinner å takle smerte stoisk, men ingen mente at dette omfattet smerten ved selve infibulasjonen. Tvert imot fortalte kvinner om en instinktiv erfaring av denne smerten som et intuitivt signal om at inngrepet var feil. Denne opplevelsen fikk mange til å stille spørsmål ved inngrepet, selv om dette sjelden ble uttrykt i ord eller klare tanker før etter at de hadde migrert til Norge. Aminas refleksjoner er et typisk eksempel:

Når de skjærer i kroppen din, i kjøttet ditt, da bare vet du at noe er galt. Kroppen din forteller deg det. Du vet, smerte er kroppens beskjed om at det er noe som er galt. I de fleste tilfelle der man kjenner smerte, vil man trekke seg bort fra smerten, fjerne årsaken til smerte. Men med omskjæring kan du ikke det. Du må bare holde ut.

Denne instinktive følelsen av smerten som et tegn på at noe er «feil», ble også uttrykt gjennom kvinners omtale av smerten ved omskjæring som «unaturlig»,

meningsløs og «kunstig». Kvinner kontrasterte ofte smerten ved infibulasjon med den naturlige smerten ved fødsel. Mange ga også i likhet med Amina uttrykk for en opplevelse av hjelpeløshet fordi de ikke kunne unnsnippe inngrepet eller smerten, og fortalte om dødsangst eller dødslengsel.

Få kvinner utbroderte smerteopplevelsen i ord, men brukte heller lyder og kroppsspråk. De ristet på hodet og klikket med tungen, og sa at opplevelsen var umulig å formidle. De ønsket heller ikke å snakke om det, fordi det å sette ord på det brakte minnene tilbake, og de gjenopplevet smerten. Dette resonnerer med Elaine Scarrys argument om at intens smerte unnsnipper eller til og med ødelegger språket. Intens smerte som blir altoverskyggende, gir en opplevelse av at verden er snudd på hodet og fremstår som uvirkelig og uviktig (Scarry, 1985). Hun mener at den umiddelbare erfaringen av ekstrem smerte ikke påvirkes av kulturelle modeller eller sosiokulturell mening. Tvert imot er slike inntrykk erfart utenfor kulturen, som en antiklimaks til kultur. Det resonnerer med historiene somaliske kvinner fortalte. For noen kvinner, slik som for Amina og datteren til Halima, var det den opprinnelige infibulasjon som ble opplevd slik. For andre, som blant andre Mariam, var det smerten ved de første samleiene som fikk henne til å stille spørsmålstegn ved praksisen. Mariam led i uker og måneder under ekstremt smertefulle samleier med sin ungdomskjæreste. Hun hadde spurt seg selv hvorfor hun hadde måttet gjennomgå så mye smerte for å få det lukket, og så gjennomgå like mye smerte for å få det åpnet. Denne undringen kom altså på tross av at det nettopp er dette som er infibulasjonens fundamentale betydning – lukking for å skape og sikre jomfrudom, og åpning for å gjøre kvinnen klar til et liv som seksuelt aktiv voksen kone og mor. Selv om infibulasjon og det å takle smerte har en kulturell verdi for kvinner i Somalia, opplevde ikke Mariam det slik. Tvert imot fortalte hun at det var først da smertene ved samleie ble borte, etter at hun ble defibulert etter sin andre fødsel, at hun følte seg som en ekte kvinne.

Historiene til de fleste intervjuede kvinnene, slike som Amina, Mariam og Halimas datter, ga altså uttrykk for smerte som en destruktiv kraft, som fikk dem til å sette spørsmålstegn ved praksisens kulturelle verdi. De fortalte altså at de opplevde inngrepet som feil, selv om de hadde blitt kjønnslemlestet i hjemlandet, i en kontekst der omskjæring var knyttet til fundamentale kulturelle verdier og var en forutsetning for sosial aksept. Denne erfaringen, en slags instinktiv opplevelse av omskjæringen som feil, så ut til å ha plantet et frø av motstand i kvinnene, en spire til endring. I hjemlandene, Somalia og Sudan, var det lite rom for å gi uttrykk for denne motstanden, spesielt for barn. Derfor ble denne instinktive opplevelsen taus for de fleste. Og over år kom de fleste kvinner til å akseptere både smerten og praksisens kulturelle verdi som et nødvendig onde.

Men for mange endret dette seg da de flyttet til Norge. Her ble motstanden igjen vekket til live.

Dette resonnerer med Scarrys analyse av hvordan ekstrem smerte ikke bare river ned personers virkelighetsforståelse og hverdagens legitimitet, men også skaper et behov for å gjenskape verden, for å gi den ekstreme erfaringen en ny mening. Dette stimulerer til en kreativ leting etter en ny mening. I Somalia var det få alternative meninger å ta av og få muligheter til å sette ord på eller forstå den umiddelbare opplevelsen av tvil og meningsløshet. Det var kanskje derfor de fleste kvinnene så ut til å ha akseptert praksisens kulturelle mening i årene etter sin egen opplevelse, av infibulasjon som en god og viktig praksis, et symbol på moral og helhet. Andre fortsatte å tvile, men holdt tvilen for seg selv.

Men som nevnt ble denne umiddelbare tvilen for mange vekket til live igjen senere, som følge av dramatiske endringer i hverdagen, både erfaringer med krig og flukt og møtet med andre perspektiver i eksil. I Norge, hvor kvinnelig omskjæring ikke er en tradisjon, men tvert imot både juridisk og moralsk fordømt, ble kvinner provosert, direkte og indirekte, til igjen å reflektere og stille seg selv spørsmålet: Hva var meningen med det hele? I den nye konteksten var det ikke bare rom for å gi uttrykk for den instinktive opplevelsen av inngrepet som feil, men også et visst press i den retning, og til å ta avstand til praksisen. Et eksempel på dette er at somaliere og sudanere som har kommet til Norge siden 2004, rutinemessig blir bedt om å underskrive på et informasjonsskriv om kjønnslemlestelse og loven mot praksisen (Johansen, 2017b).

Flere studier har vist at det skjer store endringer i synet på infibulasjon blant somaliere etter at de har flyttet til Norge (Johansen 2007; Talle, 2008; Gele, 2013; Gele, Johansen og Sundby, 2012; Gele, Sagbakken og Kumar, 2015), så vel som til andre land i eksil (Johnsdotter & Essèn 2015; Wahlberg, Johnsdotter, Ekholm, Källestå og Essèn, 2017). Hva er det så som har drevet denne endringen? Så godt som alle de somaliske kvinnene jeg møtte i mine første feltstudier (1997–2001), begrunnet motstanden mot praksisen nesten utelukkende i sin egen smerteerfaring (Johansen, 2002). I senere studier (2014–2018) har kvinner lagt mer vekt på ny innsikt i og forståelse av helseskader. Bare et par informanter i noen av mine nyeste intervjuer begrunnet motstanden med et endret syn på underliggende kulturelle verdier knyttet til jomfrudom og moral (Johansen, 2016). Generelt ser det derfor ut at personlige erfaringer er svært viktige når det gjelder endring, når de i en ny kulturell sammenheng kan tenkes på, erfares og uttrykkes på nye måter. For å forstå endringsprosessene blir det derfor nødvendig å se nærmere på forholdet mellom personlige erfaringer og kulturelle modeller.

## PERSONLIG ERFARING OG KULTURELLE MODELLER

Dette avsnittet undersøker hvordan endringsprosesser påvirkes av motsetningen mellom infibulasjonens sosiokulturelle mening knyttet til sentrale kulturelle verdier om kjønn, moral, seksualitet og fruktbarhet, og de personlige historienes vektlegging av smerte, lidelse og meningsløshet. For bedre å forstå somaliske og sudanske kvinners egne erfaringer trekker jeg veksler på Bradd Shores modell (Shore, 1996). Han definerer kulturelle modeller som kulturelt aksepterte måter å betrakte, erfare, fortolke og gi uttrykk for personlige erfaringer. Samtidig gir han rom for at noen personlige erfaringer kan falle utenfor repertoaret av kulturelt modellerte uttrykk. Han mener videre at i hvilken grad personlige erfaringer er kulturelt modellert, trolig varierer med erfaringens intensitet og intimitet. De somaliske kvinnenenes fortellinger om smerte kan tyde på at slike erfaringer bare i begrenset grad er påvirket av kulturelle modeller. Videre kan dypt personlige erfaringer uten tilgjengelige kulturelle forståelsesrammer være vanskelig å fange opp i forskning. Dette kan være en årsak til at mange dypt personlige erfaringer har forblitt tause, også innenfor forskning.

I situasjoner preget av endring, der gamle forståelsesformer smuldrer opp og nye blir tilgjengelige, ser det ut til at mange erfaringer som tidligere var ordløse, kommer til uttrykk. Flere informanter fortalte at det var spørsmål fra nordmenn eller andre om å begrunne omskjæring som fikk dem til å reflektere på nytt rundt praksisens mening og opplevelse. Slik kan endrede omgivelser stimulere til ny refleksjon og nye måter å gi uttrykk for både nye og gamle følelser og tanker. Man begynner å snakke om det på en ny måte, som også gjør kunnskapen lettere tilgjengelig for forskere.

## MIGRASJON, KONTINUITET OG ENDRING

Somaliske og sudanske kvinner som flytter til Norge, møter et samfunn som forstår smerten ved infibulasjon som brutal og meningsløs. Dette er en total motsats til hjemlandenes syn på smerten som et nødvendig onde for å bli en voksen og akseptert kvinne. Konfrontert med et slikt motsatt perspektiv kan kvinner lettere forandre måten de forstår også egne smertefulle erfaringer på. Omskjæringen kan endres fra å oppleves som rituell smerte til tilfeldig smerte, og dermed trigge den opprinnelig umiddelbare opplevelsen av omskjæring som feil. Jeg tolker det slik at denne endringen er en fundamental drivkraft for den endringen vi ser i eksil (Johansen 2007; Gele, Johansen og Sundby, 2012; Johnsdotter & Essèn 2015).

Men, det er også funnet motstand mot endring i eksil (Alhassan, Barrett, Brown og Kwah, 2016; Berg, Denison og Fretheim, 2010). Selv om de fleste somaliske og sudanske migranter i Norge er negative til infibulasjon, er det mange som støtter en mindre omfattende form for omskjæring, såkalt sunna.<sup>3</sup> Videre oppfatter de fleste klinisk defibulasjon som sosialt uakseptabelt, også i Norge (Johansen 2017a; Johansen, 2016). Defibulasjon er et kirurgisk inngrep som åpner helt eller delvis infibulasjonen, noe som delvis omgjør infibulasjon og som kan redusere mange av praksisens negative konsekvenser. Samtidig som slike inngrep er gjort lett tilgjengelig i Norge, er det bred motstand mot inngrepet og relativt få som gjennomfører det. Denne motstanden er tett knyttet til praksisens kulturelle mening.

Som nevnt må kvinners infibulasjon åpnes helt eller delvis ved minst to anledninger. Åpning for seksuell initiasjon gjøres tradisjonelt på måter som medfører mye og langvarig smerte. For å redusere de negative konsekvenser av infibulasjon og de tradisjonelle metodene for defibulasjon har derfor det norske helsevesenet etablert tilbudet om kirurgisk defibulasjon. Slike inngrep gjøres med smertelindring og på en slik måte at det forblir åpent, slik at man ikke trenger å gjenta prosedyren ved fødsel. Medisinsk sett kan inngrepet gjøres når som helst, og det anbefales å få det gjort i god tid før seksuell debut, og hvis ikke i god tid før fødsel (Legeföreningen, 2015).

Man kunne kanskje forventet at kombinasjonen av motstand mot infibulasjon og bekymring for smerte kunne ført til at tilbudet om kirurgisk defibulasjon ble tatt imot med åpne armer. Men sånn er det altså ikke. Selv om noen kvinner søker kirurgisk defibulasjon, hadde de fleste jeg intervjuet benyttet tradisjonelle og smertefulle metoder. Årsakene ble forklart å ligge i den fortsatte tyngden i kulturelle verdier knyttet til jomfrudom og ærbarhet for kvinner, og virilitet og seksuell nytelse for menn.

For kvinner vil førekteskapelig defibulasjon undergrave hovedhensikten med infibulasjon, ved at det fjerner den kulturelt konstruerte jomfruhinnen. Også ved

---

3. Sunna er et begrep hentet fra Islam som betegner en religiøst fortjenestefull handling. Når begrepet brukes for å betegne en form for kjønnslemlestelse i land der infibulasjon er vanlig, omtales det gjerne som et lite inngrep. Beskrivelsene av selve inngrepet varierer fra et lite stikk i klitoris til inngrep som i store trekk er identisk med infibulasjon. Noen ganger defineres dette inn i ulike undertyper (stor og liten sunna, eller sunna 1, 2 og 3). Eksisterende data tyder på at for de fleste er sunna i praksis ganske omfattende, og inkluderer fjerning av vev fra klitoris og kjønnslepper med påfølgende lukking (to–tre sting) og i Somalia sammenbinding av bena. I praksis ser det derfor ut til at sunna ofte er en infibulasjon, men med en åpning som er litt større slik at menstruasjon og urin kan passere lettere, men ikke så stor at samleie er mulig uten å lage en større åpning gjennom rifter eller kutt.

ekteskapsinngåelse var mange negative til kirurgisk åpning, fordi idealet i Sør-Somalia og Sudan er at åpning skal skje ved hjelp av mannens penis, for slik å bevise hans virilitet og manndom. Også ved fødsel var det skepsis til full defibulasjon, fordi man fryktet at det ville medføre en så stor skjedeåpning at det umuliggjorde menns seksuelle tilfredsstillelse. Dette ble igjen fryktet å gi økt risiko for utroskap og skilsmisse.

Mens motivasjonen for og intensiteten i motstanden mot defibulasjon varierte, ble inngrepet generelt oppfattet som sosiokulturelt uakseptabelt, et inngrep som ville skape skepsis til kvinnens moralske standard. De som gjorde slike inngrep, holdt det derfor ofte skjult. Denne motstanden mot defibulasjon kan tyde på at kulturelle forestillinger som knytter sammen jomfrudom, moral og infibulasjon, fortsatt står sterkt og bremser den tidligere nevnte endringsprosessen.

Man kan derfor se på endringsprosessen som en slags kamp mellom to motsatte tendenser, eller mellom personlige erfaringer og kulturelle modeller. Der den personlige erfaringen av smerte driver frem endring, bremses dette av tradisjonelle kulturelle idealer om seksualmoral. Allikevel tyder eksisterende forskning på at jenter som vokser opp i eksil, svært sjelden blir omskåret. Hvordan kan vi forstå denne tilsynelatende motsetningen mellom å unngå infibulasjon, men allikevel være motstander av defibulasjon?

Blant somaliere og sudanere var det en relativt utbredt forestilling om, og erfaring med, at brudd på tradisjonelle kjønnsnormer, som blant annet forekteskapelig defibulasjon, ekteskap utenfor «egne rekker», uakseptabel klesdrakt som bukser og manglende hijab, eller andre tegn på en «vestlig» livsførsel, førte til sterke sosiale sanksjoner, som regel i form av kritikk, baksnakking og sosial eksklusjon. I tillegg mente mange at jenter uten omskjæring måtte kompensere for denne mangelen gjennom å følge andre normer, som klesdrakt og religiøst engasjement, enda strengere. Men det er også mulig at en del av motstanden mot defibulasjon kan bygge på erfaringen av smerte – dersom man åpner seg før ekteskap, før infibulasjonen har fullført sin viktigste funksjon, kan det gjøre den opprinnelige smerten meningsløs og derfor kanskje enda mer smertefull.

## KONKLUSJON

Dette kapittelet utforsket hvordan samspillet mellom personlige erfaringer og den kulturelle meningen av infibulasjon kan både drive og bremse endring. Til tross for forskning som tyder på at ritualer rundt omskjæring kan bidra til å forebygge traumatiske reaksjoner (Schultz & Lien, 2014), tyder min forskning på at den intense smerten og gjentakelsen ved infibulasjon motvirker dette. Til forskjell fra

omskjæringsritualer som er fortolket som potensielt forebyggende for traumer, inngår som nevnt ikke infibulasjon i et bredt felles overgangsritual med undervisning og erfaringer som kan skape en opplevelse av mening og fellesskap. For det andre medfører infibulasjon at smerten ikke bare er mer langvarig og intens. Tvert imot er den en smerte som gjentas flere ganger i livet, og det ved viktige personlige hendelser som seksuell initiering og fødsel. Denne gjentakelsen er også gitt en kulturell betegnelse, i uttrykket om at omskjæring er smerte tre ganger: ved omskjæring, ekteskapsinngåelse og fødsel. I tillegg opplever mange kvinner at infibulasjon gir smerte og press ved vannlating og menstruasjon, spesielt før første åpning.

Gjentakelsen av smerte gir også flere anledninger der kvinner kan provoseres til å sette spørsmålstejn ved praksisens mening, fra første gang der hun var et lite barn, til voksen alder når hun selv setter barn til verden. Det er trolig en viktig grunn til at kvinner snakket om smerte som den viktigste kilden til endring. Selv om de sjelden hadde snakket om eller reflektert over muligheten til å unngå smerten ved omskjæring før de flyttet i eksil, ble minnene og kraften vekket til live da de i eksil begynte å snakke mer om intensiteten i smerten, og de for første gang så at den kunne være mulig å unngå. Men en slik endring er også smertefull, og å refortolke det dine foreldre har gjort mot deg, og det du kanskje har gjort mot egne barn, fra å være et nødvendig onde som ledet til noe godt, til å se det som destruktivt og ødeleggende, kan være så smertefullt at også det kan bidra til motstand mot endring.

## LITTERATURLISTE

- Abdalla, R. (1982). *Sisters in affliction. Circumcision and infibulation of women in Africa*. London: Zed Press.
- Abursharaf, R. (2007). *Female circumcision: multicultural perspectives*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Ahmadu, F. (2000). Rites and wrongs: an insider/outsider reflects on power and excision I B. Shell-Duncan & Y. Hernlund (red.), *Female Circumcision in Africa: Culture, controversy and change* (s. 283–312), Lynne Rienner: Boulder, Colorado.
- Alhassan, Y.N. et al. (2016). Belief systems enforcing female genital mutilation in Europe. *International Journal of Human Rights in Healthcare*. 9(1).
- Almusharaf, R. (2006) *Female Circumcision*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Barrett, H. et al. (2004). *The REPLACE approach: Supporting Communities to end FGM in the EU*. Coventry University. UK.
- Berg, R. C., Denison, E. & Fretheim, A. (2010). *Factors promoting and indering the practice of female genital mutilation/cutting (FGM/C)*. Vol. 9. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.

- Brown, K., Beecham, D. & Barrett, H. (2013). The applicability of behaviour change in intervention programmes targeted at ending female genital mutilation in the EU: integrating social cognitive and community level approaches. *Obstetrics and Gynecology International*. Article ID 324362. <https://doi.org/10.1155/2013/324362>
- Bråten, B. & Elgvin, O. (2014). *Forskningsbasert politikk? En gjennomgang av forskningen på tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet, og av de politiske tiltakene på feltet* (Fafo-rapport vol. 16). Oslo: FAFO.
- Cottingham, J. & Kismodi, E. (2009). Protecting girls and women from harmful practices affecting their health: Are we making progress? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 106(2), 128–131.
- Das, V. (1995). The anthropology of pain, in *Critical events: An alternative anthropology of identity*. Routledge: London.
- Johansen, R.E. B. (2004). *Endring innenfra. Sluttrapport for OK-prosjektet 2001–2004*. Oslo: OK-prosjektet
- Efferson, C., et al. (2015). Female genital cutting is not a social coordination norm. *Science*. 349(6255), 1446–1447.
- Farmer, P. (2003). Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor. *North American Dialogue*. 6(1), 1–4.
- Fassin, D. (2000). Entre politiques du vivant et politiques de la vie: pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et sociétés*. 24(1), 95–116. FN's bærekraftsmål. Tilgjengelig på: <https://www.fn.no/Om-FN/FNs-baerekraftsmaal>.
- Gele, A. A. (2013). *Female Circumcision in Home and Away: Attitudes toward the practice among Somali immigrants in Oslo, Norway and their corresponding group in Hargeisa and Galka'ayo Somalia*. (Doktoravhandling). Institutt for helse og samfunn. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Gele, A. A., Johansen, R. E. B. & Sundby, J. (2012). When female circumcision comes to the West: Attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC Public Health*. 12(1), 697.
- Gele, A.A., Sagbakken, M. & Kumar, B. (2015). Is female circumcision evolving or dissolving in Norway? A qualitative study on attitudes toward the practice among young Somalis in the Oslo area. *International Journal of Women's Health*. 7, 933–943.
- Gruenbaum, E. (2006). Sexuality issues in the movement to abolish female genital cutting in Sudan. *Medical Anthropology Quarterly*. 20(1), 121–138.
- Gruenbaum, E. (2005). Socio-cultural dynamics of female genital cutting: Research findings, gaps, and directions. *Culture, health & sexuality*. 7(5), 429–441.
- Gruenbaum, E. (1996). The cultural debate over female circumcision: the Sudanese are arguing this one out for themselves. *Medical Anthropology Quarterly*. 10(4), 455–475.
- Johansen, R. E. B. (2002). Pain as a counterpoint to culture: toward an analysis of pain associated with infibulation among Somali immigrants in Norway. *Medical Anthropology Quarterly*, 16(3), 312–340.
- Johansen, R. E. B. (2006). *Experiences and perceptions of pain, sexuality and childbirth. A study of Female Genital Cutting among Somalis in Norwegian Exile, and their health care providers*. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo.



- Johansen, R. E. B. (2017a). Virility, pleasure and female genital cutting. Perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Reproductive Health*. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0287-4>
- Johansen, R. E. B. (2017b). *Kjønnslemlestelse – Forebygging og informasjon om helsehjelp til flyktninger, asylsøkere og bosatte i Norge* (Rapport 8/2017). Oslo: NKVTS.
- Johansen, R. E. B. (2016). Undoing female genital cutting: Perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Culture, Health & Sexuality*. 19(4), 1–15.
- Johansen, R.E.B., Bathija, H. & Khanna, J. (2008). Work of the World Health Organization on female genital mutilation: ongoing research and policy discussions. *Finnish Journal of Ethnicity and Migration* 3(2), 83–89.
- Johnsdotter, S. & Essén, B. (2015). Cultural change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* (Vol. 32, 15–25).
- Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B. (1978). Culture, illness and care; Clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Ann. Intern. Med.* 88, 251–258.
- Lane, S. D. & Rubinstein, R. A. (1996). Judging the other: Responding to traditional female genital surgeries. *Hastings Center Report*. 26(3), 31–40.
- Legeforeningen. Veileder i generell gynekologi. 2015 [siteret 2016; Tilgjengelig fra: <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-gynekologi-2015/Omskjaring-kjønnslemlestelse/>.
- Moore, H. L. (1996). *Space, text, and gender*. New York/Guilford: Taylor & Francis.
- Scarry, E. (1985). *The body in pain: The making and unmaking of the world*. New York: Oxford University Press.
- Schultz, J.-H. & Lien, I.-L. (2014). Cultural protection against traumatic stress: traditional support of children exposed to the ritual of female genital cutting. *International journal of women's health*. 6, 207.
- Shore, B. (1996). *Culture in Mind*. Oxford University Press.
- Talle, A. (2010). *Kulturens makt: kvinnelig omskjæring som tradisjon og tabu*. Oslo, Høyskoleforlaget.
- Talle, A. (2002). *Om kvinneleg omskjæring. Debatt og erfaring*. Oslo, Samlaget.
- Talle, A. (1994). The making of female fertility: anthropological perspectives on a bodily issue. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 73(4), 280–283.
- Talle, A. (1993). Transforming Women Into Pure 'Agnates: Aspects of Female Infibulation in Somalia. I *Carved flesh/cast selves: gendered symbols and social practices*. I. Rudie, T. Bleie & V. Broch-Due (red.)s.83–106. Berg: Oxford, UK.
- Talle, A. (2008). *Kvinnelig omskjæring: holdninger og praksis blant somaliske kvinner i Norge og blant omskjærere i Somaliland*. (Intern rapport for Helsedirektoratet). Oslo: Helsedirektoratet.
- Trnka, S. (2007). Languages of Labor: Negotiating the «Real» and the Relational in Indo-Fijian Women's Expressions of Physical Pain. *Medical Anthropology Quarterly*. 21(4), 388–408.
- Walley, C. J. (1997). Searching for «voices»: Feminism, anthropology, and the global debate over female genital operations. *Cultural Anthropology*. 12(3), 405–438.

- Wahlberg, A. et al. (2017). Factors associated with the support of pricking (female genital cutting type IV) among Somali immigrants—a cross-sectional study in Sweden. *Reproductive health*. 14(1), 92.
- World Health Organization (2008). Eliminating female genital mutilation: An interagency statement – OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, WHO, Geneva. Geneva, Sveits.
- WHO and UNICEF, Female genital mutilation: A joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. 1997: World Health Organization. Geneva, Sveits
- Ziyada, M. M., Norberg-Schulz, M. & Johansen, R. E. B. (2016). Estimating the magnitude of female genital mutilation/cutting in Norway: an extrapolation model. *BMC Public Health*, 2016(16), 110.