

## HULPVRAGEN IN VERBAND MET SEKSUALITEIT, VOORT- PLANTING, GEZINSSTRUCTUREN EN SOCIALE STRUCTU- REN BIJ DE MAROKKAANSE PATIENT<sup>o</sup>

Kristin Hendrickx\* en Leo Schillemans\*\*

*De ligging van de universitaire groepspraktijk vlak bij het centrum van Antwerpen (Borgerhout, met een grote populatie uit de Maghreb landen) stelt ons in de mogelijkheid om research te doen rond specifieke hulpvragen van de Marokkaanse patiëntengroep. Door intense samenwerking met een arabische verpleegster trachten we de vragen beter te begrijpen en antwoorden en hypothesen te formuleren. In dit artikel worden de hulpvragen in verband met seksualiteit, voortplanting, gezinsstructuren en sociale structuren nader bekeken.*

In Vlaanderen en Vlaams-Brabant leven iets meer dan 120.000 Marokkanen, 1.9% van de totale bevolking (Van de Mierop, Peeters en De Muynck, 1989). In dit artikel geven we een beschrijving van hulpvragen die in verband staan met seksualiteit, voortplanting, gezinsstructuren en sociale structuren bij Marokkaanse migranten, vanuit ervaringen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Concreet hebben we gegevens verzameld uit de literatuur, uit gesprekken met collega's binnen het centrum voor etnische minderheden en gezondheid en uit onze eigen 15 jaar durende samenwerking tussen huisartsen en de Marokkaanse verpleegster in de Universitaire groepspraktijk te Borgerhout bij Antwerpen, België.

Eerst wordt het algemene consultatiegedrag van Marokkaanse migranten besproken. Nadien gaan we in op specifieke gezondheidsproblemen bij vrouwen en mannen, en geven we een beschrijving van traditionele hulpverlening, gezins- en sociale structuren binnen de Marokkaanse gemeenschap, en de problemen die hiermee samenhangen.

### Het consultatiegedrag van de migrant

Het globale consumptieprofiel voor geneeskundige zorgen, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht, vertoont slechts weinig duidelijke verschillen tussen migrant en niet migrant (Schillemans en De Muynck, 1984). Deze gelijkenis hoeft ons niet te verwonderen daar beide groepen in een zelfde milieu werken en leven (Schillemans en De Muynck, 1984; Van der Stuyft, De Muynck, Schillemans en Timmermans 1989). Er is wel een duidelijke onderconsumptie van de Marokkaanse vrouw in de preventieve gezondheidszorg (De Muynck en Peeters, 1993). Dit verschil wordt veroorzaakt door het feit dat bij migranten de scheiding tussen mannen- en vrouwenwereld groter is dan bij Belgen. Eigenlijk kan enkel een "vrouwelijke hulpverlener" voor de migrantenvrouw een geldige gesprekspartner zijn. Mannen worden

\* Med. Dr. K. Hendrickx, huisarts; \*\* Med. Dr. L. Schillemans, huisarts, Huisartsenpraktijk Universiteit Antwerpen, Eliaertsstraat 15, 2140 Borgerhout, België.

<sup>o</sup> Geaccepteerd voor publicatie 13 september 1994.

eerder gewaardeerd om hun "technische assistentie". Het leven van de vrouw speelt zich ook meer binnenshuis af. Deze fenomenen moeten gezien worden in het licht van de fundamentele matriachale structuur van de Maghreb cultuur. Niettegenstaande dat er in de preventieve gezondheidszorg reeds veel vrouwelijke hulpverleners werkzaam zijn, waardoor de toegankelijkheid ervan voor de allochtone vrouwen is vergroot, zien we dat ze er minder gebruik van maken dan de autochtone vrouwen. Een reden hiervoor is het feit dat vele facetten van onze preventieve gezondheidszorg (zoals vaccinaties, prenatale onderzoeken) niet als noodzakelijk worden ervaren. Migrantenvrouwen beschouwen zwangerschap, bevalling en preventie NIET als een deel van de zorg voor hun gezondheid (Schillemans, De Muynck, Van der Stuyft, Baeten en Saenen, 1990).

Het grootste probleem in het consultatiegedrag van de migrant is de communicatie (Ferrant, 1982). Door de combinatie van het gebruik van een taal die ons volkomen vreemd is en een achterliggende betekenisgevende cultuur waar we ook weinig van weten, is het gesprek tussen hulpverlener en patiënt moeilijk. Dit leidt tot een belangrijke reductie van de communicatie (met 100 woorden slecht Frans of Arabisch) of nog erger, tot gebarentaal. Het gesprek wordt dan zo vaag dat toch niet onbelangrijke nuances als "een pil voor een baby" en "een pil tegen een baby" verloren gaan. In onze praktijk is het communicatieprobleem opgevangen door de samenwerking met een arabische verpleegster, die aanwezig is tijdens de consultaties. Haar rol behelst zowel vertalen als "intercultureel bemiddelen" (CEMG 1980; De Muynck en Peeters, 1993; Downing, 1992; De Ridder, 1992; Van de Mierop, Peeters en De Muynck 1989).

### **Hulpvragen specifiek voor vrouwen**

#### *Contraceptie en zwangerschap*

Migrantenvrouwen vragen minder vaak contraceptie, waarschijnlijk door de grote sociale steun en beloning die hoort bij elke zwangerschap (Schillemans, Ferrant en Verrept, 1990). Ze vertonen minder vaak postpartum depressies. Waarschijnlijk is dit te danken aan de betere solidariteit binnen de vrouwenwereld. Tweede-generatie-migrantenvrouwen spelen meer met het idee van contraceptie, doch worden dikwijls zeer sterk beïnvloed door de opvattingen van hun ouders en omgeving, zodat ze uiteindelijk nooit aan efficiënte contraceptie toekomen. Het gedrag rond anticonceptie van derde generatie migrantenvrouwen is vergelijkbaar met dat van Belgische vrouwen uit de praktijk.

Excessief zwangerschapsbraken komt meer voor bij de zeer jonge zwangeren, en ligt ons inziens in het verlengde van specifieke interrelationele moeilijkheden in deze meestal georganiseerde huwelijken.

#### *De menopauze*

Een Marokkaanse vrouw, 50 jaar, G10P10, die komt klagen over amenorrea doet ons wel even de wenkbrouwen fronsen: kennen ze de menopauze niet? Zoals elke confessionele godsdienst zet de Islam zijn onderdanen ertoe aan ook via het aantal nakomelingen de godsdienst te verspreiden. Combineer deze regel met het vrouwenoverschot dat in elk hard klimaat voorkomt, en de druk op de goedgegelovige moslimman, om bij de menopauze van zijn vrouw een 2e echtgenote te zoeken zal duidelijk zijn. Hoewel bigamie (nu ook in de meeste

Arabische landen) bij wet verboden is, zit de verantwoordelijkheid bij de man en de angst bij de vrouw er nog diep in. We spreken nooit openlijk over menopauze, maar eerder over een vrouw die recht heeft op een rust- en herstelperiode zonder ziekte, gevaar of medicatie, maar ook zonder einddatum. Het Marokkaanse echtpaar weet waarover het gaat, is gerustgesteld dat er niets ergs is en tevreden omdat er geen bedreigende woorden gevallen zijn. Uit onze ervaring blijkt dat de vrouwen weigerachtig staan ten opzichte van inname van hormonenpreparaten.

#### *De 40ste dag*

Vaak komt een jong echtpaar rond de 40ste dag na bevalling op consultatie voor een banaal iets. Alleen al het tijdstip (op de 40ste dag mag seksueel verkeer hervat worden) moet ons doen denken aan een verkapte vraag naar anticonceptie. In een confessionele godsdienst is anticonceptie moeilijk bespreekbaar, maar is er tegelijkertijd een (grote) speling tussen theorie en praktijk. Een voorbehoedmiddel is onbespreekbaar, maar een pil die de vrouw tijd geeft om te herstellen en het vorige kind goed te verzorgen is perfect legitiem. Dit heeft ook te maken met begrip van reinheid. Tijdens de eerste 40 dagen na de bevalling wordt de vrouw als "onrein" beschouwd. Er is dan ook geen seksueel contact. Na de 40ste dag heeft een reinigingsritueel plaats. Het is dan dat de vrouw meestal op consultatie komt.

#### *De eerste huwelijksnacht*

Hulpverleners worden soms geroepen bij een jong echtpaar (boven) en 2 ruziënde families (beneden). Het jonge echtpaar is al x aantal uren opgesloten om hun huwelijk te sluiten en de familie wacht op een of ander bewijs. De hulpverlener komt in een situatie, met een heel onzekere en woedende echtgenoot, een ongeruste en verlegen bruid, een familie die de jongen beschuldigt van impotentie, een andere familie die het meisje ervan beschuldigt geen maagd meer te zijn en, als het wat tegen zit, twee families die elkaar beschuldigen van hekserij.

Een manier om hieruit te geraken is de stelling dat het hele scenario voor de eerste huwelijksnacht geschreven is voor een veel grotere (toneel)ruimte. In de engheid van een Burgerhoutse burgerwoning gelden andere wetten dan in de wijde Arabische woestijnconcessies. Het jonge paar meer privacy geven door desnoods de 2 families naar huis te sturen heeft al vaker dit probleem opgelost.

#### *Het attest van maagdelijkheid*

Bij de verloving wordt van een geloofwaardige hulpverlener een attest van maagdelijkheid vereist. Is dit een laatste restant uit de middeleeuwse kuisheidsgordeltraditie of is er meer? De Profeet was een handelaar en kende dus een vorm van formele overdracht van goederen en waarden. De Koran omschrijft en verbiedt veel duidelijker dan andere godsdiensten incest. De moeder van het meisje komt dit attest vragen om de vader te ontlasten (bij niet-maagd zijn is vader of broer eerste beschuldigde) en om formeel de verantwoordelijkheid (men spreekt van de eer) van het meisje over te dragen deels aan haar zelf, deels aan de verloofde. Het is van belang dat we de vraag om een maagdelijkheidsattest au sérieux nemen. Als hulpverleners moeten we laten voelen dat we het belang van het "virgo" zijn onderkennen, en dat we ook op de hoogte zijn van de gevolgen van een afwezig hymen. We moeten het vertrouwen

van het meisje winnen, en haar vertellen dat we absoluut aan het beroepsgeheim gebonden zijn. Verder moeten we alert blijven op incest problematiek, bijvoorbeeld bij herhaaldelijke vraag om het vaststellen van maagdelijkheid (Vink, 1993; Naamane Guessous, 1990).

#### *Georganiseerde huwelijken*

Daar jongen en meisje elkaar niet goed kennen, vinden de ouders dat ze het recht hebben hun kinderen voor verkeerde keuzen te behoeden. Bovendien moet het huwelijk ook (niet uitsluitend!) als zakelijke transactie in orde zijn.

Aangezien de familie van het meisje een dochter verliest, moet die familie schadeloos gesteld worden met een som die aan de vader van de bruid en aan de bruid gegeven wordt. Het Europese beeld van een bruidsschat (omgekeerd) is een waarde die de bruid in het huwelijk inbrengt. Men spreekt dus in Marokko van een patrilokale (en als tegengewicht matriachale) maatschappij. In Europa zien we meestal matrilokale (in welke kerk huwen wij?) en patriarchale gemeenschappen. De tatoeages die sommige vrouwen in het aangezicht vertonen zijn kenmerkend voor hun familie. Zij dragen de boodschap: ik woon nu wel in deze familie maar hoor in feite in die andere. De sluier of hoofddoek hebben dezelfde betekenis. Tatoeages en sluiers zijn vaak verboden in *moderne* Arabische landen.

Door sommige recente fundamentalistische strekkingen worden ze weer gepropageerd. De familiestructuur is zeer sterk en wordt in de migratie vaak verkeerd begrepen. Vooreerst is de geëmigreerde familie niet zomaar weggegaan, maar echt weggezonden om de achterblijvers een beter leven te bezorgen. Meestal slagen ze er niet in veel, en blijvend geld op te sturen, dus voelen ze zich schuldig. Bovendien worden de emigranten in dat heidense Europa beschouwd als niet meer echt gelovig. Als gevolg daarvan gaan ze zich hier "roomser dan de paus" gedragen. De familie in Marokko suggereert dan ook heel handig dat een jongere uit België, om de eigen religieuze waarden te behouden, het beste met iemand uit Marokko kan huwen.

Indien in deze context een familielid uit Marokko, dat naar België wil komen de hand vraagt van een meisje hier, kan de vader vanuit familiesolidariteit niet weigeren.

Nu is het huwelijk en de gezinshereniging nog de enige weg waarlangs immigratie en België mogelijk is. Er is dus veel oneigenlijks in de keuze van mogelijke huwelijkspartners. De resultaten: tot 50% echtscheidingen binnen de 5 jaar liegen er niet om (cijfers uit onze praktijkpopulatie).

#### *Vrouwelijke seksualiteit*

Binnen onze praktijk blijkt dat de migrantenvrouw gemakkelijk over haar seksualiteit spreekt. Soms komt ze met enkele vriendinnen om bij de arts een probleem uit te diepen. We hebben de indruk dat de Marokkaanse vrouw meer kansen krijgt om haar eigen seksualiteit te ontdekken. Het bezoek aan de Hamman (badhuis) en de reinigingsrituelen die erbij horen maken dat de migrantenvrouwen minder verkrampd staan tegenover hun eigen lichaam. Er is voldoende kans om zo, onder vrouwen met naaktheid om te gaan (Naamane Guessous 1990). Ze spreken met andere vrouwen openlijk over hun "potentie" en geven duidelijk positief gekleurde voorlichting aan de jongeren.

In de oorspronkelijke Magreb cultuur had de vrouw veel macht: zij had een eigen identiteit, eigen bronnen van inkomsten, en kon een echtscheiding aanvragen en winnen enkel op basis van het feit dat zij zich door haar man slecht behandeld voelde. In de huidige context en door

de migratie verliest de vrouw een deel van haar macht. Het loopt mis wanneer het machtsverwicht tussen man en vrouw, dat zij generaties lang binnen hun eigen cultuur hebben opgebouwd, beïnvloed wordt door onze man-gedomineerde samenleving. In het algemeen ontstaan er binnen de man-vrouw relatieproblemen, o.a. bij gebrek aan onderlinge communicatie, door onvoldoende kennis bij de man van het vrouwelijk lichaam, in alle facetten, en door het grote schaamtegevoel dat de vrouw nog steeds vertoont naar de man toe.

#### *Infertiliteit*

Echte of vermeende infertiliteit is een belangrijke "contactreden". De islam, zoals elke confessionele godsdienst, propageert zoveel mogelijk nakomelingen. Familiaal is er sterke druk om snel kinderen te krijgen: één kind om de twee jaar is een streefdoel, veel kinderen zijn een teken van stabiliteit binnen het huwelijk. Voor het jonge paar geeft het snel krijgen van kinderen ook voordelen. Meestal wonen ze in bij de ouders van de jongen, wat voor het meisje niet altijd even aantrekkelijk is. Bij de geboorte van hun eerste kind mogen ze zelfstandig gaan wonen. Al het voornoemde heeft als resultaat dat we soms reeds na 3 maanden huwelijk vragen over infertiliteit krijgen. Uiteraard is temporiseren hierin onze houding. Toch geven deze consultaties ons de mogelijkheid om over fertiliteit, en het aandeel van de man hierin, te spreken. Meestal stellen we een duidelijk tijdschema op, met afspraken over mogelijke onderzoeken.

Bijvoorbeeld: als de vrouw na 1 jaar niet zwanger is doen we een oriënterend bloedonderzoek bij de vrouw, en een spermaonderzoek bij de man. We plannen de onderzoeken steeds parallel tussen man en vrouw. Wil de man niet meedoen dan kunnen we met de vrouw ook niet verder.

Op deze manier is in het uiterste geval, volledige definitieve sterilitet bij vrouw of man wel gradueel bespreekbaar. Infertiliteit blijft echter zowel voor man als vrouw een zware diagnose met grote sociale gevolgen. Het is belangrijk dat de omgeving niet rechtstreeks (door loslippigheid) of indirect (door openlijke verwijzing naar een infertiliteitsspecialist) op de hoogte geraakt van het probleem.

#### **Hulpvragen specifiek voor mannen**

Over deze problematiek is in de literatuur weinig terug te vinden. Ook bij ons rijzen er veel vragen hieromtrent. Uit de praktijk blijkt dat de gemiddelde Marokkaanse man een zeker dubbelzinnig gedrag vertoont rond seksualiteit. Ze hechten zeer veel belang aan hun mannelijkheid en zijn bang voor impotentie. Het ontmaagdingsritueel bevestigt hen in hun "man" zijn. Het beleven van seks wordt losgekoppeld van de partnerrelatie. Verder zien we veel buitenechtelijke relaties ontstaan waardoor SOA en AIDS preventie een plaats krijgen in onze consultatie met de Marokkaanse man.

Een specifiek probleem waarmee we geconfronteerd worden is de besnijdenis van de jongetjes. Gewoonlijk gebeurt dit rond één à tweejarige leeftijd. Wie ooit een traditionele besnijdenis bijwoonde, waar de ingreep gebeurt door een oudere priester zonder verdoving in het bijzijn van een groep luidruchtige, lachende mannen, kan het verdriet en de angst (en de eventuele latere trauma's) bij het jongetje best begrijpen. Wanneer er dan bovendien enkele complicaties zoals infecties of amputaties voorkwamen, hebben we hele discussies opgezet

tussen de moslimverantwoordelijken, de huisarts, de chirurg, de tolk, enkele vaders en, van op afstand, enkele moeders.

Iedereen werd gevraagd zijn minimum eisen duidelijk te stellen. Om religieuze redenen moest er zoveel huid weg, niet minder, en moest het feest dezelfde dag plaatshebben. De chirurg kon voor die "mini-operatie" instemmen met een ambulante procedure op voorwaarde dat wij erin slaagden de kinderen 's morgens zeer vroeg, nuchter in het hospitaal te krijgen. Nu worden geen circumcisies meer uitgevoerd buiten het ziekenhuis.

### **Gezins- en sociale structuren**

De meeste migranten leven geconcentreerd in bepaalde wijken van Borgerhout. Met verschillende gezinnen bewonen ze samen vaak erg bouwvallige huizen. Er heerst een grote eenzaamheid bij Marokkaanse vrouwen, zelfs bij de tweede generatie (Van de Mierop, Peeters en Segaert, 1991; Van de Mierop, Peeters en De Muynck, 1989). Elk excuus om elkaar te zien is goed. Hun echtgenoten zijn vaak uithuizig en er is groot verdriet door het "verlies" van kinderen. Door de grote integratiedruk, zijn de kinderen in één generatie "vereuropoest" wat, samen met de generatiekloof, de breuk met de ouders volledig maakt. Ook de man is hier slachtoffer. In dit kader zien we ook de frequente consultaties rond het "verlies van mannelijkheid".

De kinderen worden hier ook niet beter van, want, aangezien ze in onze maatschappij toch weinig echte kansen krijgen, vallen ze vaak tussen twee stoelen door.

De gemiddelde Marokkaanse vrouw is zelfstandiger dan de Belgische vrouw: ze is meer zelfbewust, vertoont minder identiteitsproblemen. Haar "zwijgen" en ondergeschikt gedrag buitenshuis is slechts schijn en hoort bij haar sociale rol. De openheid en de steun die vrouwen als zusters aan elkaar bieden lijkt groter dan wat wij bij Belgische vrouwen observeren. De houding van migranten ten opzichte van hun ouders is moeilijk te beoordelen. Zij zijn erg verontwaardigd over wat wij doen met de ouderen in onze samenleving. Maar de oudere migranten gaan terug naar hun thuisland en wij kunnen niet echt observeren wat daar gebeurt.

Incest komt minder voor bij Marokkaanse families (Schillemans, Verrept, Maes en Bremer, 1993). Een eerste reden hiervan is de zware straf: de betrapte vader of moeder wordt op één of andere wijze gedood. Maar ook is er de ganse zorg om de eer van de familie, verbonden aan de maagdelijkheid van haar vrouwelijke ongetrouwde leden. Het attest van maagdelijkheid dient om de ouderlijke familie te "ontlasten". Van dan af neemt de vrouw zelf de verantwoordelijkheid voor haar eer over. Dit uit zich dan in rituele wassingen voor en na de periodes of handelingen waar die eer door grensoverschrijdingen in het gedrang komen (bijvoorbeeld het gynaecologisch onderzoek). De moeilijkheden die oudere meisjes hebben rond leerplicht en andere buitenhuisactiviteiten moeten ook in dit kader gezien worden. Zij worden bovendien versterkt door het vijandige beeld dat migranten hebben van onze maatschappij. Naast alle praktische moeilijkheden die deze maagdelijkheidsproblematiek kan veroorzaken is het constante gesprek erover een waardevolle bescherming tegen incestueuze toestanden.

De man-wereld is streng gescheiden van de vrouw-wereld. Binnen de man-wereld echter zijn zeer goede contacten en kameraadschappen de regel. Binnen de vrouwenwereld is de solidariteit en de steun van "zusters onder elkaar" legendarisch.

In de hulpverlening is het vaak heel zinvol mannen en vrouwen tesamen te woord te

staan. Soms is er een invasie in de spreekkamer: laat dat toe. Uw woord en uw therapeutisch voorstel zal beter gehoord en begrepen worden als er meerderen luisteren. Binnen elk van de werelden is er weinig schaamte, tenzij een van hen echt vernederd wordt.

### Traditionele hulpverlening

Uit onze vijftienjarige ervaring met gezondheidszorg voor migranten leren we dat de traditionele moslimhulpverlening nog zeer wijd verspreid is, ook buiten Marokko. De traditionele hulpverleners worden frequent geconsulteerd door de moslims van de eerste generatie. De volgende generaties tonen hiervoor een "westers" aandoende afkeuring, tot zich een crisissituatie voordoet. Meestal worden dan zowel de traditionele als de westerse hulpverleners geraadpleegd.

Er is, zoals te verwachten, een vrouwelijke en een mannelijke hulpverlening. De vrouwelijke hulpverleners zijn gespecialiseerd in relationele problemen. De zgn. "Sahara" hebben een goede of een kwaadaardige invloed op de relaties waarvoor men ze consulteert. De iets hoger gewaardeerde "Chaouafa" geven hun adviezen in de vorm van toekomstvoorspellingen. Bij de mannelijke hulpverleners zijn er vijf echelons. De Imam werkt via het reciteren van Koranverzen. Hij wordt gevraagd als hulp bij het accepteren en verwerken van een bepaald verlies. De zgn. "fqih" wordt geconsulteerd voor relationele en zakelijke problemen buiten de familie. Zijn taak is ondersteunend en kalmerend op te treden in de (velè) clan en burenruzies.

Op het derde echelon staat een soort administratieve hulpverlener die via vrienden en bekenden allerlei documenten en attesten kan produceren, tegen flinke betaling. De trouwdheid met dit soort hulpverlening maakt dat Marokkanen met een, in onze ogen, onstielend gemak en met grote zekerheid om te winnen naar een advocaat stappen.

Op het vierde echelon staan de fqih's gespecialiseerd in duiveluitdrijvingen. De geesten zijn de oorzaken van klinische beelden die wij kennen als depressie, histerie, schizofrenie, maar ook epilepsie, cerebrovasculair accident of hepatisch coma.

Het hoogste echelon in de traditionele hulpverlening bestaat uit de "heiligen" uit het zuiden van Marokko. Deze mensen werken met een ingepakt of zelfs onder de huid ingenaaid amulet dat genezing brengt.

### Summary

#### *Questions dealing with sexuality, reproduction, family- and social structures of the Moroccan patient*

The situation of the university group-practice near the citycenter of Antwerp (Borgerhout, with a huge concentration of Maghreb population) makes it possible to do research around specific questions from these Maghreb patientgroup. By working intensively with an Arabic nurse we try to understand the questions better and we try to formulate answers and hypotheses. In this article we take a closer look to questions concerning sexuality, reproduction, family-structures and social structures.

### Literatuur

C.E.M.G. Projekt interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg, Wijkcentrum De Sleep, Gent.  
De Muynck, A. en R. Peeters (1993). Hoe tracht de Vlaamse huisarts de communicatie met zijn allochtone cliënten te verbeteren? *Tijdschrift voor Gezondheidsbevordering*, 3: 99-109.

- De Ridder, R. (1992). Interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg: een project in Vlaanderen. *Medische Anthropologie*, 4: 179-183.
- Deug, F. (1990). *En dan ben je pas echt ver van huis*. Stichting Seksueel geweld, Medusa, Utrecht.
- Downing, T. (1992). The use of Bilingual/Bicultural workers as providers and interpreters. *International Migration Quarterly Review*, 30: 121-130.
- Ferrant, L. (1982). La médecine de famille dans un quartier multinational. *Santé Immigrés*, 16: 11-19.
- Naamane-Guessous (1990). Achter de schermen van de schaamte. Uitg. Ann Dekker, Amsterdam.
- Schillemans, L. en A. de Muynck (1984). Problematiek van eerstelijnszorgen aan Marokkanen en Belgen te Borgerhout. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 40: 839-847.
- Schillemans, L., L. Ferrant en H. Verrept (1990). Hulpverleners aan Marokkaanse migranten in Vlaanderen. *Bijblijven*, 4: 24-32.
- Schillemans, L., A. De Muynck, P. van der Stuyft, R. Baeten en R. Saenen (1990). Assessment of patients' health status in Family Medicine. *Quality Assurance in Health Care*, 2: 161-170.
- Schillemans, L., H. Verrept, R. Maes en G. Bremer (1993). Incest: the boundary-model in diagnosis and treatment. *Archives of Public Health*, 51: 15-36.
- Van de Mierop, E., R. Peeters, A. De Muynck (1989). *Atlas Etnische Minderheden*, U.I.A. Antwerpen.
- Van de Mierop, E., R. Peeters en A. Segaert (1991). *Preventieonderzoek bij etnische minderheden*. E.S.O.C., Antwerpen.
- Vink, I. (1993). Had ik kunnen helpen als ik beter had geweten? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 17: 101-105.