



VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING

EEN AANTAL MYTHES ONDER DE LOEP

GEZAMENLIJKE
STRATEGIE
VGV



gelijke kansen
in Vlaanderen

GAMS
BELGIQUE - BELGIË



**Gepubliceerd in december 2016 te
Brussel**

Deze tekst werd uitgegeven door
GAMS België vzw en de Gezamenlijke
Strategie voor de strijd tegen
vrouwelijke genitale verminking en werd
mogelijk gemaakt dankzij de steun van
Gelijke Kansen Vlaanderen.

Redactie:

Katrien De Koster, Stéphanie Florquin en
Jessica Tatout, GAMS België vzw

Grafische vormgeving:

Olivier Jacqumain

Illustratie:

Anouk Jurdant

Revisiecomité:

Halimatou Barry, Daniela Bishop,
Assiatou Diallo (stagiaire), Carolina
Neira Vianello, Seydou Niang, Fabienne
Richard, GAMS België vzw

Fatma Arikoglu, stafmedewerkster, ella
vzw, kenniscentrum gender en etniciteit

Thomas Demyttenaere,
beleidsmedewerker kwetsbare migranten,
SENSOA, Vlaams expetisecentrum voor
seksuele gezondheid

Prof Dr Els Leye, International Centre of
Reproductive Health (ICRH), Universiteit
Gent/RHEA, VUB

Ken Ndiaye, socio-antropoloog

Omar Ba, historicus en consultant
diversiteit en inclusie, SCEED
Consultancy

Fanny Colard, missieverantwoordelijke,
Fédération des Centres Planning Familial
FPS

Catherine Wallemarcq, coördinatrice,
SOPHIA, Belgisch netwerk voor
genderstudies

Lucie Goderniaux, Université des
Femmes

Om dit document te citeren: GAMS België vzw. (2016).
Vrouwelijke genitale verminking: Een aantal mythes onder de
loep. Brussel.

In deze publicatie werd zo veel mogelijk voor genderbewust
taalgebruik gekozen. Hoewel hierbij erkend wordt dat de
Nederlandse taal hierin tekort schiet, werd beslist om de
vermelding 'm/v/(x)' weg te laten bij het benoemen van
professionals om zo een poging te doen de
genderbinariteit te doorbreken.



VROUWELIJKE
GENITALE VERMINKING
EEN AANTAL MYTHES
ONDER DE LOEP



INLEIDING

Vrouwelijke genitale verminking (VGV) is een vorm van gendergerelateerd geweld. Onderliggende genderrollen en -verwachtingen liggen aan de basis van de redenen waarom VGV uitgevoerd wordt.

Rond de problematiek van VGV worden erg hardnekkige, foutieve denkbeelden opgehangen. Zo worden vaak de subsaharaanse gemeenschappen geïsoleerd en is de publieke opinie ervan overtuigd dat VGV geïmplementeerd wordt vanuit een islamitisch geloof. Personen worden, net zoals de traditie zelf, afgeschilderd als 'barbaren' en gestigmatiseerd door ongenuanceerde en vaak neokoloniale mediacampagnes.

GAMS en Gezamenlijke Strategie voor de strijd tegen vrouwelijke genitale verminking (GS-VGV) stellen met deze publicatie de stigmatiseringen en stereotyperingen van 'slachtoffers en daders' van VGV aan de kaak. Misverstanden door foutieve denkbeelden en een gebrek aan zelfkritiek staan vaak een goede begeleiding in de weg en het is de bewustwording hiervan dat deze tool tracht te bereiken. Om tot dit doel te komen, werd ervoor gekozen 12 mythes onder de loep te nemen die GAMS en GS-VGV regelmatig te horen krijgen tijdens vormingsmomenten voor professionals of

doorheen contacten met het grote publiek. Deze denkbeelden zijn allen een resultaat van bepaalde sociale verwachtingen die niet alleen een invloed hebben op de lichamen van vrouwen maar ook op dat van mannen, interseksuele personen (mensen die in mindere of meerdere mate kenmerken van beide geslachten vertonen) en kinderen. De publicatie richt zich dan ook tot alle actoren binnen het sociaal werk, het onderwijs, het middenveld, de instituties, de politiek en binnen andere domeinen die zich engageren de sociaal-geconstrueerde, patriarchale rolpatronen in vraag te stellen.

GAMS en GS-VGV zijn er in elk geval van overtuigd dat door seksistische en neokoloniale beeldvorming tegen te gaan, men kan streven naar een meer gelijkwaardige, geweldloze samenleving. GAMS en GS-VGV achtten het belangrijk de (vaak culturaliserende) blik van individuen en de eigen samenleving te verruimen om zo transversaal over de verschillen heen te werken aan een inclusieve samenleving.



"VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING IS 'EEN AFRIKAANS PROBLEEM'"

Wereldwijd wordt geschat dat 200 miljoen meisjes en vrouwen VGV ondergaan hebben (Unicef, 2016). Gedurende lange tijd dacht men in Europa dat vrouwelijke genitale verminking enkel voorkwam in (Subsaharaans) Afrika. Sinds enkele decennia begint men zich er ook bewust van te worden dat de praktijk tevens voorkomt in Azië en het Midden-Oosten (India, Indonesië, Iran, Koerdische gemeenschappen in Irak en Syrië, Maleisië, Pakistan en Jemen). Daarnaast wordt VGV ook vastgesteld bij bepaalde inheemse gemeenschappen in Zuid-Amerika (zoals de Emberastam in Colombia) en bij migrantengemeenschappen over de hele wereld (WGO, 2008).

Als VGV een 'Afrikaanse praktijk' zou zijn, zou dit betekenen dat ze uitgevoerd wordt binnen alle Afrikaanse landen. Dit is echter lang niet het geval. In Madagascar, Botswana en Zuid-Afrika, bijvoorbeeld, kent men deze praktijk niet of wordt ze slechts bij een minderheid van de gemeenschappen uitgevoerd. Bovendien kan de prevalentie sterk variëren binnen de grenzen van eenzelfde land, afhankelijk van de regio en de bevolkingsgroep.

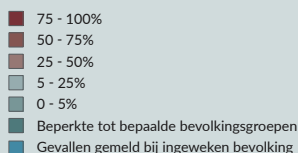
De idee dat VGV een 'Afrikaans probleem' zou zijn, wordt mede gecreëerd door een onder rapportering van de problematiek in andere continenten. Publicaties van de WGO en UNICEF baseren zich enkel op cijfers verkregen uit Demographic and Health Surveys (DHS) of Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS). Om informatie over vrouwelijke genitale verminking te kunnen

verkrijgen, moet elk land zelf toestemmen een specifieke module over het onderwerp toe te voegen aan het onderzoek. VGV wordt echter vaak beschouwd als een gevoelig thema. Verschillende Aziatische landen voegden deze module niet toe en konden of wilden zodoende geen officiële en betrouwbare gegevens voorleggen. Gezien het gebrek aan nationale en officiële gegevens, is het belangrijk rekening te houden met onderzoeksrapporten van niet-gouvernementele organisaties. Deze zouden ook opgenomen moeten worden in de rapporten van UNICEF en de WGO (Piecha, 2016). Daarnaast wijst Prof Dr Els Leye ook op de nood aan de creatie van gestandaardiseerde methodes:

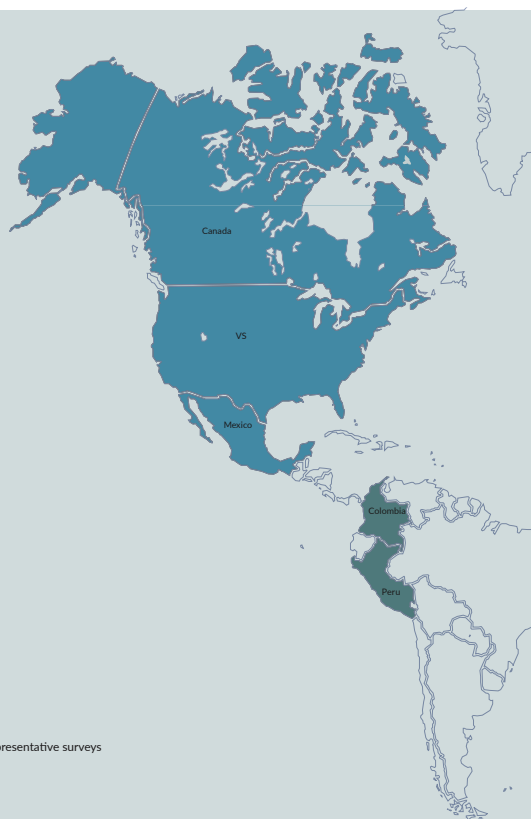
“Het probleem is dat er, buiten de DHS/MICS, geen gestandaardiseerde methode is, die representatieve gegevens over VGV produceert, laat staan dat ze worden herhaald over de tijd en dus ook trends kunnen vaststellen. Ik ben het dus helemaal eens met de Conventie van Istanbul die aanhaalt dat er meer data moeten komen, en er moet nagedacht worden over hoe we een zo correct mogelijk inzicht kunnen verschaffen over de omvang van de problematiek, om de middelen beter te ‘targeten’.”

Prof Dr Els Leye, ICRH, Universiteit Gent/RHEA, VUB

PREVALENTIE VAN VGV

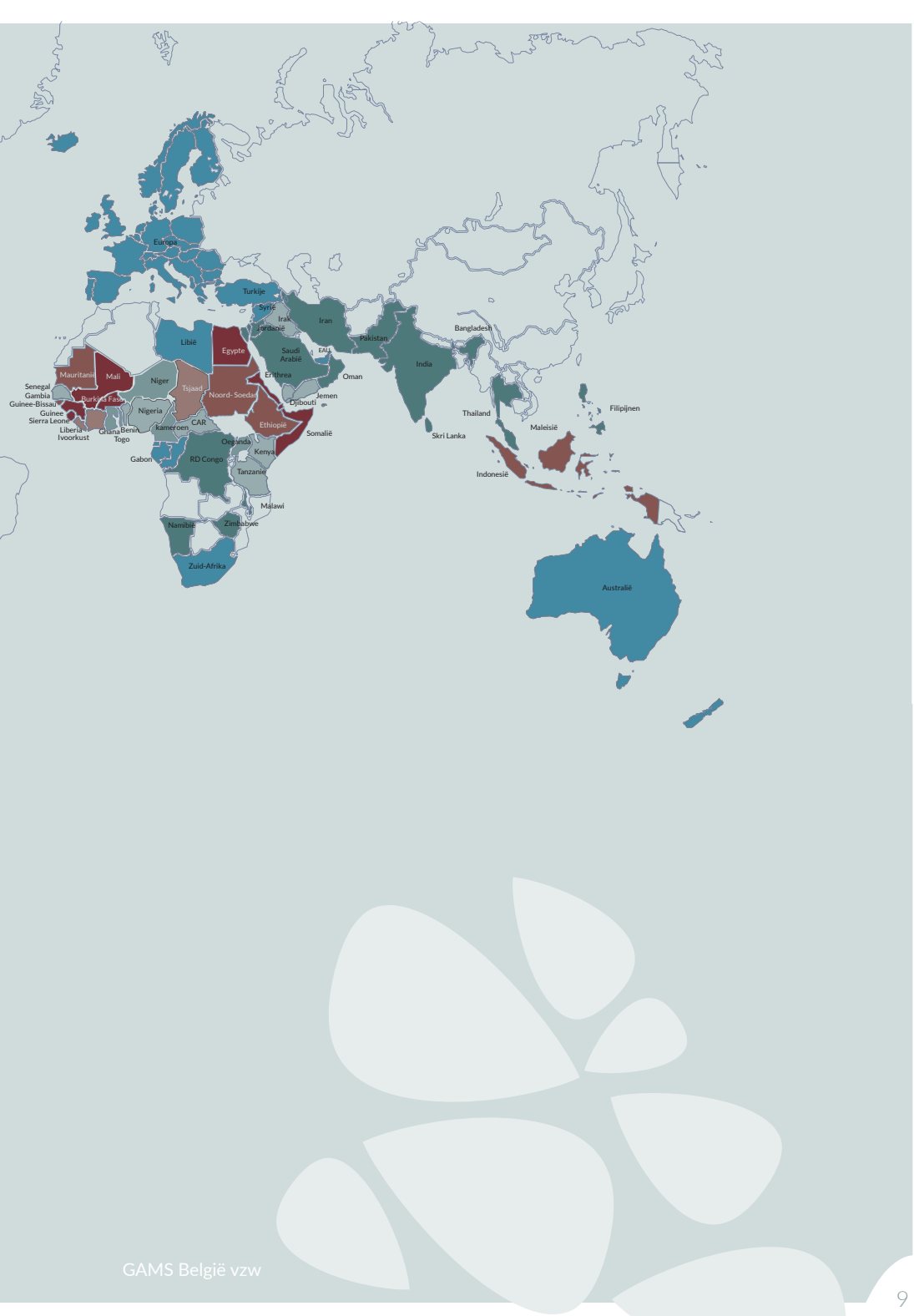


Bron: UNICEF Global Database 2016, based on DHS, MICS and other nationally representative surveys
© GAMS België



Wanneer men de prevalentie van VGV op een kaart weergeeft, nemen sommige publicaties enkel de kaart van het Afrikaanse continent op. Dit schetst echter een onvolledig beeld. Om de totaliteit van de praktijk te kunnen weergeven, moet de prevalentie afgebeeld worden op een wereldkaart.

Het voorbeeld van Indonesië toont hoe belangrijk dit is. Verschillende activistische organisaties gaven aan dat meisjes hier op grote schaal onderworpen werden aan VGV in medische infrastructuur. De overheid weigerde echter gedurende lange tijd een specifieke module omtrent VGV toe te voegen aan de DHS. Ondertussen is dit wel gebeurd en kon de ware omvang van de praktijk gemeten worden. Hieruit blijkt dat meer dan 50% van de meisjes tussen 0 en 14 jaar een vorm van VGV heeft ondergaan. Door de input van deze nieuwe, officiële cijfers steeg de internationale prevalentie van VGV van 130 naar 200 miljoen besneden meisjes en vrouwen ter wereld (UNICEF, 2016).



Dergelijk onvolledig beeld op de prevalentie van VGV kan een invloed hebben op de sociale, medische en juridische hulpverlening aan betrokken personen. Enerzijds leidt dit tot een onderschatting van de doelgroep. Gespecialiseerde organisaties op vlak van VGV merken dat personen afkomstig uit Subsaharaanse gebieden regelmatig doorverwezen worden naar hun diensten door asielinstanties en partnerorganisaties. Nieuwkomers uit Irak, Iran en Egypte, bijvoorbeeld, worden echter slechts met mondjesmaat georiënteerd. De te beperkte kennis van de verschillende doelgroepen veroorzaakt hier dus een deprivatie van toegang tot professionele begeleiding wat gevolgen kan hebben voor een eventuele asielprocedure, medische ingrepen, enz.

“Een partnerorganisatie volgde al een aantal jaar een vrouw van Koerdische afkomst op. De vrouw klaagde over psychologische problemen en werd een tijdje begeleid door een psycholoog, maar deze slaagde er niet in de problemen van de vrouw vast te stellen. Hij vroeg zich op een gegeven moment zelfs af of de vrouw wel écht psychologische hulp nodig had. Op dat moment dacht een collega eraan dat VGV ook voorkomt binnen Koerdische gemeenschappen. Tijdens een gesprek bij GAMS werd dit onderwerp ter sprake gebracht en bleek dat de psychologische klachten inderdaad in verband stonden met de verminking die de vrouw had ondergaan. Vanwege het grote taboe dat op het onderwerp rust, durfde de vrouw er niet zelf over te beginnen en al zeker niet met een man. De psychologische hulp is hier toen op aangepast.”

Katrien De Koster,
coördinatrice Helpdesk Vlaanderen, GAMS België vzw

De (te beperkte) focus op Subsaharaans Afrika leidt anderzijds ook tot een veralgemening van de praktijk. Dit wordt mede gecreëerd door een neokoloniale visie op het Afrikaanse continent. Binnen deze visie wordt 'Afrika' genoemd als was het één land, één geheel waarbij enkel 'Subsaharaans Afrika' in beschouwing genomen wordt. De etnische, sociaaleconomische en andere verschillen in dit deel van het continent worden binnen deze beschouwing dan ook makkelijk geminimaliseerd. Nochtans is juist de etnische origine van een persoon een belangrijk criteria voor de risico inschatting op vlak van VGV.

Het hanteren van een neokoloniale visie zal vaker als gevolg hebben dat alle vrouwen met een donkere huidskleur, ten onrechte en zonder het onderwerp te bespreken, beschouwd zouden worden als slachtoffers van VGV.

“Een aantal jaren geleden hadden we een stagiaire bij GAMS in Antwerpen. De studente in kwestie had een donkere huidskleur. Het viel ons na een tijdje op dat zij tijdens vormingen telkens aangesproken werd als ervaringsdeskundige. De deelnemers en deelnemers aan de vormingen verwachtten dan ook een getuigenis van haar. Vaak moest de studente dus uitleggen dat zij zelf niet besneden was, wat altijd wat ongemakkelijk aanvoelde.”

Jessica Tatout,
projectverantwoordelijke, GAMS België vzw



"IN EUROPA KOMT VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING NIET VOOR"

Naast de overtuiging dat VGV enkel in de zogenoemde 'ontwikkelingslanden' voorkomt, wordt ook gedacht dat VGV geen westerse of Europese praktijk is. Toch moet men erkennen dat er in de loop van de tijd wel vormen van VGV vastgesteld en dus uitgevoerd werden (en wellicht worden) in Europa en de Verenigde Staten.

Tot midden 20ste eeuw werd clitoridectomie in deze gebieden uitgevoerd om pseudo-medische redenen. Door de clitoris bij vrouwen weg te snijden, wilde men vrouwen 'genezen' van, onder andere, 'hysterie', 'nymphomanie', homoseksualiteit of masturbatie (Whitehorn et al., 2002). Deze begrippen zette men in voor de omschrijving van toenmalige geestelijke ziektebeelden om 'buitensporig' seksueel gedrag van vrouwen aan te geven. Het werd als sociaal onaanvaardbaar geacht dat vrouwen een seksualiteit zouden beleven buiten een huwelijk. Indien de vrouw hiertoe een aanzet of aanleiding zou geven, werd de clitoris verwijderd.

Momenteel is VGV bij wet verboden in België, zowel bij minderjarigen als bij volwassenen en dit met of zonder toestemming van deze laatste. Artikel 409 van het Strafwetboek (2001) voorziet een gevangenisstraf van 3 tot 5 jaar voor "elke persoon die eender welke vorm van verminking van de genitaliën van een persoon van het vrouwelijk geslacht uitvoert, vergemakkelijkt of bevordert, met of zonder haar toestemming." Minderjarigheid van het slachtoffer wordt gezien als een verzwarende omstandigheid. Ondanks het bestaan van deze wetten, worden meisjes en vrouwen in Europa nog steeds geconfronteerd met VGV.

Volgens prevalentiestudies zouden in Europa 180.000 meisjes en vrouwen het risico lopen VGV te ondergaan (END FGM, 2016). In België zijn dat er iets meer dan 4.000. Deze cijfers hebben enkel betrekking op meisjes en vrouwen afkomstig uit landen buiten Europa waar VGV 'een culturele traditie' vormt. Het risico is vooral groot bij terugkeer naar het land van herkomst, bijvoorbeeld tijdens de vakantie. Tot op heden bestaat geen bewijs dat de 'traditionele vorm' van VGV ooit zou zijn uitgevoerd op Belgisch grondgebied (Dubourg en Richard, 2014).

In Frankrijk daarentegen vonden al meer dan dertig rechtszaken plaats rond besnijdenissen die uitgevoerd werden op Frans grondgebied. Uit onderzoek van het Franse nationale instituut voor demografisch onderzoek (INED) blijkt dat 28% van de meisjes, geboren in Frankrijk in de jaren '80 en van wie de moeder besneden was, zelf ook besneden werd. De VGV werd uitgevoerd op Frans grondgebied of bij de terugkeer naar het land van herkomst. Verder bleek dat dit percentage daalde naar 1% voor meisjes die in de jaren '90 geboren werden. Dit wellicht als een gevolg van de openbare rechtszaken die midden jaren '90 plaatsvonden in Parijs (Andro, Lesclingand en Pourette, 2009). In het boek 'Exciseuse' ('Besnijdstster') van Natacha Henry en Linda Weil Curiel (2007) wordt het verhaal van Hawa Gréou beschreven. Gréou is een besnijdstster, afkomstig uit Mali, die in een appartement in een Parijse voorstad honderden besnijdenissen uitvoerde voordat ze werd gearresteerd en veroordeeld.

"Tijdens een vorming binnen de gezondheidszorg in België kwam een van de deelneemsters naar me toe om me te vertellen dat ze 7 jaar geleden besneden werd in Londen. Ze woonde toen in Parijs en op een dag nam ze met haar ouders de Eurostar, op dat moment vermoedde ze niets. Twee jaar later maakten ze dezelfde reis met haar zusje."

Fabienne Richard, directrice, GAMS België vzw

In België worden gespecialiseerde organisaties regelmatig gecontacteerd door artsen die door ouders werden benaderd met de vraag of ze hun dochter konden besnijden. Uit de doctoraatsstudie van Prof Dr Els Leye bleek tevens dat enkele gynaecologen die na de bevalling de vraag kregen om de genitaliën van de vrouw opnieuw dicht te maken, hier ook in toestemden (Leye, 2008). Verder stelt GAMS dat men door de talloze signalen die de organisatie ontvangt en de vele geruchten die de ronde doen, niet langer kan ontkennen dat VGV ook in België plaatsvindt.

Het is belangrijk dat iedereen, zowel professionals als burgers, risicogeveallen meldt en aangifte doet van verminkingen waarvan zij op de hoogte werden gebracht. Dit is nodig om bescherming en ondersteuning te kunnen bieden aan alle meisjes en vrouwen op het Belgisch grondgebied. Het doel van een aangifte is in de eerste plaats niet om een dader te kunnen straffen. Wel is het de bedoeling een bemiddeling en sensibilisering op te zetten om zo aan preventie te kunnen doen en te verhinderen dat VGV (in al haar vormen) een blinde vlek blijft in België.

(**Q**Zie ook verder in deze publicatie: “Genitale plastische chirurgie heeft niets te maken met vrouwelijke genitale verminking”)







"VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING IS EEN ISLAMITISCH GEBRUIK"

Religie is een van de redenen die het vaakst aangehaald wordt om het uitvoeren van VGV te verantwoorden. Doordat VGV voorkomt in verschillende landen waar moslims wonen, wordt het vaak gezien als een 'moslimpraktijk'. Echter, niet alle moslimgemeenschappen passen VGV toe. Zo komt de praktijk niet voor in onder andere Marokko, Algerije en Tunesië. Bovendien kennen heel wat christelijke en animistische gemeenschappen deze praktijk wel. Dit is bijvoorbeeld het geval in Nigeria en Sierra Leone (zie prevalentiekaart), waar in christelijke gemeenschappen een sterke prevalentie heerst.

Hoewel in de verschillende religieuze geschriften VGV aangehaald wordt, wordt de praktijk door geen enkele religie opgelegd. Sommige religieuze autoriteiten verzetten zich daarom bewust tegen VGV. Zo werd op 24 november 2006 in Caïro door de Groot Mufti van Egypte, Dr. Ali Gom'a, een fatwa ondertekend tegen VGV. Tijdens een discussiebijeenkomst op 10 december 2007 in Rotterdam (georganiseerd door de Islamitische Universiteit Rotterdam, Pharos en de Federatie van Somalische Associaties Nederland) werd deze fatwa verder toegelicht door de plaatsvervanger en woordvoerder van de Groot Mufti, Dr. M.W. Abbas Khadar. Nederlandse islamitische geleerden ondertekenden naar aanleiding van deze studiedag een verklaring waarmee ook zij onderschrijven dat de fatwa uit Egypte juist is en nageleefd moet worden (Pharos, 2016).

Andere religieuze leiders moedigen VGV echter juist aan en nog anderen nemen een (naar eigen zeggen) 'neutrale' positie in. Een gebrekkige kennis van en toegang tot de religieuze geschriften zorgt er jammer genoeg voor dat velen de overtuiging hebben dat VGV een religieuze verplichting is.

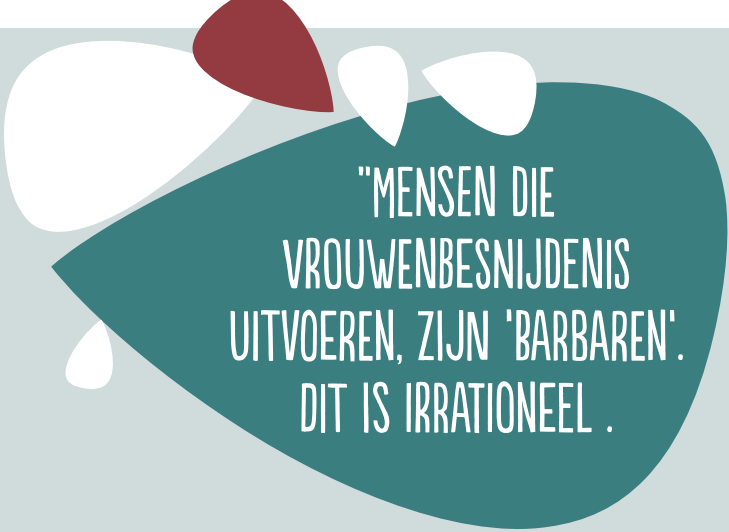
“De praktijk bestond al voor de komst van monotheïstische religies zoals de islam. Toen men zich tot deze religies ging bekeren, zijn sommige culturele tradities opgenomen in de geloofsbeoefening en werden ze voortgezet in naam van de religie. In de loop van de tijd zijn traditie en religie door elkaar gaan lopen.”

Omar Ba, historicus en consultant diversiteit en inclusie,
SCEED Consultancy

In elk geval kan men stellen dat VGV een vorm is van gendergerelateerd geweld dat uitgevoerd wordt binnen een complex kader van patriarchale normen en overtuigingen. Afhankelijk van het land, de etnische groep en de tijd worden verschillende argumenten aangehaald ten voordele van de praktijk: traditie, sociale cohesie, controle van de seksualiteit en mentale gezondheid van de vrouw, schoonheid, enz. Verschillende combinaties van redenen zijn mogelijk.

Hoewel religie vaak wordt aangehaald, is dit dus lang niet de enige reden voor het (voort)bestaan van de praktijk. Men dient wel op te merken dat, op dit vlak, een verschil bestaat tussen gemeenschappen in Afrika en Azië. In Sub-Sahara-Afrika bestond de praktijk namelijk al voor de komst van monotheïstische religies en komt ze voor bij alle geloofsgroepen (moslims, christenen, animisten). In Azië daarentegen deed de praktijk pas later zijn intrede. Hier wordt het meer gezien als een religieuze behoefte die gelijk staat aan de besnijdenis van de man. In Indonesië spreekt men dan ook over ‘islamitische, vrouwelijke besnijdenis’ (Stop FGM Middle East, 2016).

Om een einde te kunnen stellen aan VGV en om iedereen die ermee geconfronteerd wordt te kunnen begeleiden, is het belangrijk te begrijpen wat de beweegredenen zijn voor de praktijk. Hierdoor kan het onderwerp gemakkelijker besproken worden en kunnen de betrokken personen geïdentificeerd worden. Het behoren tot een bepaalde religieuze groep wijst dus niet automatisch op een risico op VGV.



"MENSEN DIE VROUWENBESNIJDENIS UITVOEREN, ZIJN 'BARBAREN'. DIT IS IRRATIONEEL .

Verschillende onderzoekersinstellingen en activistische organisaties vinden dat bepaalde sensibiliseringscampagnes gebaseerd zijn op een neokoloniaal discours. De koloniserende staten rechtvaardigden de kolonisatie namelijk door te beweren dat ze 'de beschaving moeten bijbrengen aan inferieure rassen'. Vanuit dit gedachtegoed werden en worden gekoloniseerde vrouwen beschouwd als onderdrukte en machteloze slachtoffers zonder recht van spreken. Ze moeten beschermd worden tegen hun gewoontes en tegen hun mannelijke partners (Boddy, 2007). Tot op de dag van vandaag worden bepaalde acties rond 'schadelijke culturele praktijken' gevoed door de hiërarchische, evolutionistische gedachte dat 'de westerse samenleving' (als één geheel) geciviliseerd en niet gewelddadig is. 'Andere' samenlevingen, daarentegen, worden al snel beschouwd als 'barbaars', 'irrationeel' en 'in ontwikkeling'. Lokale, activistische initiatieven in de strijd tegen VGV worden nog steeds te weinig in beeld gebracht bij het grote publiek (Van Raemdonck, 2013).

Het is waar dat VGV belangrijke gevolgen heeft voor de lichamelijke en psychische gezondheid van vrouwen, zowel op korte als op lange termijn. De praktijk is zeer pijnlijk en kan, in het ergste geval, de dood tot gevolg hebben. Om deze reden beschouwen sommige tegenstanders van de praktijk de ouders, familie, besnijdsters of besnijders en samenleving als 'slechte ouders' of 'barbaars'. Wanneer men voor het eerst over VGV hoort, is dit vaak de eerste reactie die opkomt.

“Hoe kan een moeder, die de praktijk zelf heeft moeten ondergaan en weet hoe pijnlijk het is, haar eigen dochters eraan onderwerpen? Hoe kan een besnijdster, die het geschreeuw hoort en ziet hoeveel pijn ze veroorzaakt, haar beroep blijven uitoefenen? Hoe kan een vader, die zijn eigen zus heeft verloren vanwege complicaties door de excisie, de praktijk blijven steunen?”

Algemene reacties tijdens activiteiten van GAMS België vzw

Het is echter belangrijk te onthouden dat VGV geen individuele of persoonlijke aangelegenheid is. Integendeel, het maakt deel uit van een complex geheel van rituelen en sociale constructies die vormgeven aan het rollenpatroon en aan het statuut van mannen en vrouwen. In verschillende gemeenschappen vormt besnijdenis een verplichte stap die elk meisje moet zetten om aanvaard te worden als vrouw, als volwaardig lid van de gemeenschap en als potentiële huwelijkskandidaat. Binnen de betrokken gemeenschappen is besnijdenis de norm en krijgen leden, indien ze de norm niet volgen, soms te maken met een grote sociale druk en/of represailles.

De redenen om de praktijk te rechtvaardigen zijn zeer uiteenlopend en verschillen per context: respecteren van de traditie, beschermen van de maagdelijkheid en trouwheid van de vrouw, religieuze verplichting, enz. Daarnaast zijn verschillende gemeenschappen ervan overtuigd dat besnijdenis hygiënisch is en voordelig is voor de gezondheid. De clitoris (net als de rest van het vrouwelijk geslachtsdeel) is immers erg miskend in verschillende delen van de wereld, waaronder ook in Europa. In verschillende samenlevingen leidt deze onwetendheid tot vooroordelen en mythen: de clitoris zou de bron zijn van seksuele promiscuïteit, indien ze niet besneden wordt, zou ze blijven groeien, ze zou schadelijk zijn voor de baby tijdens de geboorte, enz. (GAMS België, 2011).

Betrokken personen zijn zich niet altijd bewust van de gevolgen die VGV met zich mee kan brengen.

Binnen deze context kan de beslissing om een dochter te onderwerpen aan VGV beschouwd worden als een rationele beslissing. Hiermee wil de familie haar beschermen tegen stigmatisering en uitsluiting en een plaats en respect in de samenleving garanderen. Zich verzetten tegen de praktijk kan daarentegen leiden tot vervolging en, zeer paradoxaal, ook tot geweld.



VGV - een aantal mythes onder de loep

“Een vrouw die niet werd besneden, wordt ‘bilakoro mouso’ genoemd. Dit betekent dat ze altijd behandeld zal worden als een klein meisje en nooit als volwassen vrouw, zelfs wanneer ze al op leeftijd is.”

Getuigenis van een Malinese man in het kader van het onderzoek Men Speak Out





"VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING IS EEN VROUWENZAAK"

VGV wordt vaak beschouwd als een 'vrouwenzaak'. In eerste instantie heeft de praktijk inderdaad betrekking op vrouwen. Zij ondergaan de praktijk en worden, bijgevolg, direct slachtoffer van de gevolgen. Bovendien lijkt het er vaak op dat het de vrouwen zijn die besluiten of een meisje besneden moet worden. Hierbij hebben niet alleen de moeders, maar ook de grootmoeders, tantes, vriendinnen en buurvrouwen beslissingsrecht. De praktijk wordt in vele gemeenschappen ook uitgevoerd door vrouwelijke traditionele benijdsters. Daarom richten de meeste initiatieven tegen VGV zich tot vrouwen.

De praktijk is echter verankerd in een algemene patriarchale structuur. Zoals eerder vermeld werd, is VGV binnen de betrokken gemeenschappen een sterke sociale norm en zijn meisjes vaak verplicht de praktijk te ondergaan om 'een vrouw te worden'. Deze patriarchale praktijk is een vorm van controle die wordt uitgeoefend op het lichaam en de seksualiteit van de vrouw. Het is één van de vele vormen van gendergerelateerd geweld waar vrouwen slachtoffer van worden, en dit uitsluitend omdat ze vrouw zijn. De besnijdenis heeft dan ook als doel de 'zedelijkheid' van de vrouw (en zodoende van de hele samenleving) te garanderen. Besnijdenis wordt als een soort waarborg gezien voor de maagdelijkheid tot het huwelijk en trouw binnen het huwelijk. Om te kunnen trouwen, moeten vrouwen de praktijk ondergaan.

Bovendien wordt de sociale druk, die ouders ertoe dwingt hun dochters te laten besnijden, uitgevoerd door de hele samenleving. Dit wil zeggen, zowel door de mannen als door de vrouwen. Enerzijds dragen mannen, als individu, een verantwoordelijkheid in het al dan niet voortbestaan van de praktijk. Mannen die weigeren te trouwen met een intacte vrouw of mannen die de besnijdenis van hun dochter bekostigen, zorgen ervoor dat VGV in stand gehouden wordt. Anderzijds genieten mannen, als sociale groep, van een bevoordeelde positie binnen de patriarchale maatschappij waarbij de sociale en economische macht hen toebedeeld wordt. Gezien hun machtspositie, spelen zij zeker een belangrijke rol in het behouden of verbannen van VGV. Het is dan ook zeer belangrijk dat mannen zich bewust worden van hun privileges en hun verantwoordelijkheid opnemen in de strijd tegen geweld tegen vrouwen.

Mannen moeten binnen hun gemeenschap luid en duidelijk te kennen geven dat ze de praktijk willen afschaffen. Om dit te kunnen doen, is het ook belangrijk dat ze betrokken worden bij sensibiliseringscampagnes. Zij zijn zich namelijk vaak niet bewust van wat vrouwelijke genitale verminking precies inhoudt.

“In mijn familie zijn alle meisjes besneden. Vroeger wist ik niet dat dit complicaties en gevaren met zich meebracht. Toen ik echter ging werken voor een ngo die strijdt tegen vrouwenbesnijdenis, werd ik me ervan bewust dat de praktijk problemen veroorzaakt. Momenteel werk ik voor GAMS België. Ik ben verantwoordelijk voor het project ‘Men Speak Out’. Dit project heeft als doel mannen te betrekken bij de strijd tegen VGV. Naargelang de opleiding vordert, worden de mannen zich bewuster van de omvang van het probleem. Deze mannen hebben nu besloten de vrouwen uit hun gemeenschap te steunen en mee te strijden tegen VGV.”

Seydou Niang,
projectverantwoordelijke Men Speak Out in België,
GAMS België vzw

Het gebrek aan kennis kan worden verklaard door het taboe dat rust op VGV. Hierdoor praten mannen en vrouwen onderling zelden over het onderwerp. Zij weten dus niet wat de ander ervan vindt. Men zet VGV verder, omdat men denkt dat de ander dit wenst. Uit een onderzoek van UNICEF (2013) blijkt dat vrouwen, in verschillende landen, onderschatten hoeveel mannen de praktijk willen stopzetten.

“Een vrouw die ik begeleidde, heeft mij toevertrouwd dat ze haar dochter wilde laten besnijden. Ik vroeg haar wat haar man daarvan vond. Dat wist ze niet en dus bracht ze het onderwerp ter sprake. Pas op dat moment realiseerde ze zich dat de vader van het kind juist tegen vrouwenbesnijdenis was. De ouders hebben toen samen besloten hun dochter te beschermen tegen de praktijk. Als dit gesprek er niet was geweest, zou het meisje een groot risico hebben gelopen.”

Medewerkster, Kind en Gezin

Naast het feit dat mannen een rol hebben in het uitbannen van VGV, mag men niet vergeten dat mannen, weliswaar indirect, ook geconfronteerd kunnen worden met de gevolgen van VGV. Zo denken we bijvoorbeeld aan mannen die een dochter verloren ten gevolge van een besnijdenis of mannelijke, heteroseksuele bedpartners die problemen ondervinden in hun seksuele relaties. Sommige mannen houden traumatische herinneringen over aan hun eerste betrekkingen met vrouwen die een infibulatie hadden ondergaan. Dit is zeker het geval bij mannen die, onder invloed van de sociale druk, verplicht werden hun echtgenote tijdens de huwelijksnacht door penetratie ‘te openen’ om hun mannelijkheid te bewijzen.

Vrouwelijke genitale verminking is dus niet uitsluitend een vrouwenzaak. De hele gemeenschap is betrokken bij de praktijk. Om er een einde aan te kunnen stellen, dient iedereen geactiveerd te worden.



"EEN BESNEDEN VROUW IS EEN SLACHTOFFER"

Het verband tussen 'vrouwelijkheid' en vrouwenbesnijdenis wordt op een geheel andere manier ingevuld naargelang de culturele interpretatie van de praktijk. Sommigen achten VGV als essentieel om de vrouwelijkheid te kunnen ontwikkelen en om als volwassen vrouw aanvaard te worden. Anderen zien VGV net als het uitwissen van de vrouwelijkheid en van de mogelijkheid om als 'vrouw' beschouwd te kunnen worden.

Meer en meer kan men opmerken dat de clitoris in bepaalde gemeenschappen een symbool is geworden van de seksuele emancipatie van de vrouw. Bijgevolg zou VGV het symbool bij uitstek zijn van de onderdrukking van vrouwen. Deze visie wordt door critici echter beschouwd als eurocentrisch en zou betrokken vrouwen onrecht aandoen. Bovendien zouden sommige tegenstanders van VGV de neiging hebben de acties van feministische bewegingen uit betrokken gemeenschappen te verloochenen. Zo wordt bijvoorbeeld nog te weinig aandacht besteed aan het historisch verzet tegen VGV binnen deze laatste gemeenschappen. Antropologe Rogaia Mustafa Abusharaf schetst het voorbeeld van de traditionele vrouwenrechtenbewegingen in Soedan. Dit vormt voor haar het bewijs dat deze vrouwen geen passieve slachtoffers zijn die 'gered' moeten worden (Abusharaf, 2000).

Gespecialiseerde organisaties op vlak van VGV in België merken regelmatig op dat het beeld van het 'passieve slachtoffer dat VGV onderging' nog steeds wijd verspreid is. Zo lijken bepaalde media vooral geïnteresseerd te zijn in getuigenissen van 'slachtoffers'.

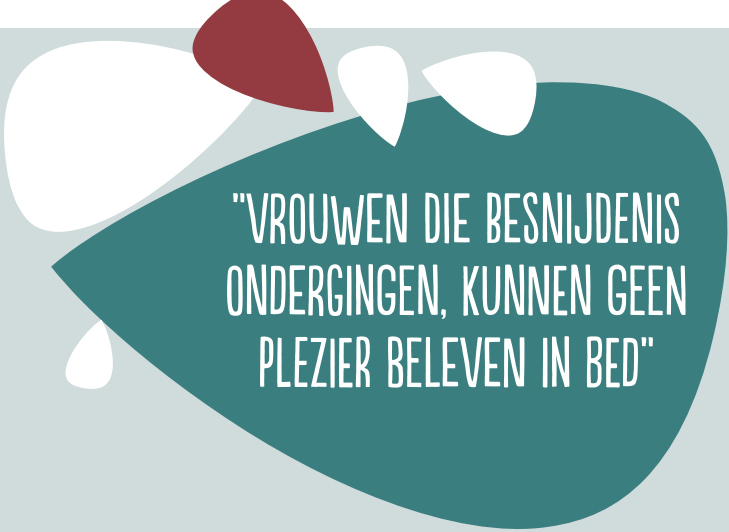
“Het team van GAMS België bestaat uit vrouwen en mannen uit verschillende landen en met verschillende culturele achtergronden, die zich samen inzetten om een einde te stellen aan gendergerelateerd geweld. In de media, onder andere, probeert men de vrouwelijke collega's afkomstig uit gebieden waar VGV voorkomt, vaak voor te stellen als slachtoffer. Men verwacht dat wij persoonlijke getuigenissen zouden afleggen over geweld. Onze rol als activistes en professionals, zowel bij GAMS België als in ons land van herkomst, wordt minder belicht. Dit lijkt minder interessant te zijn voor de media.”

Halimatou Barry,
coördinatrice helpdesk Wallonië,
GAMS België vzw

Het is uiteraard zeer belangrijk VGV te erkennen als een vorm van gendergerelateerd geweld. Het feit dat iemand slachtoffer werd van de praktijk, mag echter niet gezien worden als een identiteit. Het gevaar dreigt hier namelijk dat enerzijds het lichaam en de seksualiteitsbeleving van onbesneden vrouwen neergezet worden als de na te streven norm en anderzijds dat men een vrouw die VGV ondergaan heeft, reduceert tot en identificeert met haar lichaam, haar verminking. Deze vrouwen hebben hun leven in eigen handen en zijn in staat traumatische ervaringen te verwerken. Wanneer slachtoffers te veel in een slachtofferrol geduwd worden, kan dit een negatieve invloed hebben op de veerkracht en het lichamelijke herstel. Dit geldt ook voor slachtoffers van andere vormen van geweld, zoals verkrachting en partnergeweld.

«De vrouw die bij u op consultatie komt, is geen ‘verminkte vrouw’, maar een vrouw die een verminking heeft ondergaan»

Annalisa d'Aguanno,
psychologe, GAMS België vzw



"VROUWEN DIE BESNIJDENIS ONDERGINGEN, KUNNEN GEEN PLEZIER BELEVEN IN BED"

Bij VGV wordt schade toegebracht aan de externe geslachtsdelen van de vrouw. De praktijk kan dus gevolgen met zich meebrengen op seksueel niveau, zoals pijn tijdens het vrijen, inscheuringen, moeite of zelfs de onmogelijkheid om seksueel plezier te beleven. Er bestaat zeker een verband tussen VGV en seksualiteit. Eén van de redenen voor het uitvoeren van de praktijk, is dan ook het controleren van de seksualiteit van de vrouw.

Op basis van deze werkelijkheid ontstaan echter foutieve denkbeelden. Zo denkt men soms dat vrouwen die VGV ondergingen nooit seksueel plezier kunnen beleven. Omgekeerd heerst bij sommigen de overtuiging dat intacte vrouwen op elk moment behoefte hebben aan seks.

"Bij mijn patiëntes die VGV ondergingen, heersen twee stereotypen: Enerzijds dat witte en intacte vrouwen 'seksbommen' zijn en anderzijds dat vrouwen die besneden zijn geen plezier meer kunnen beleven."

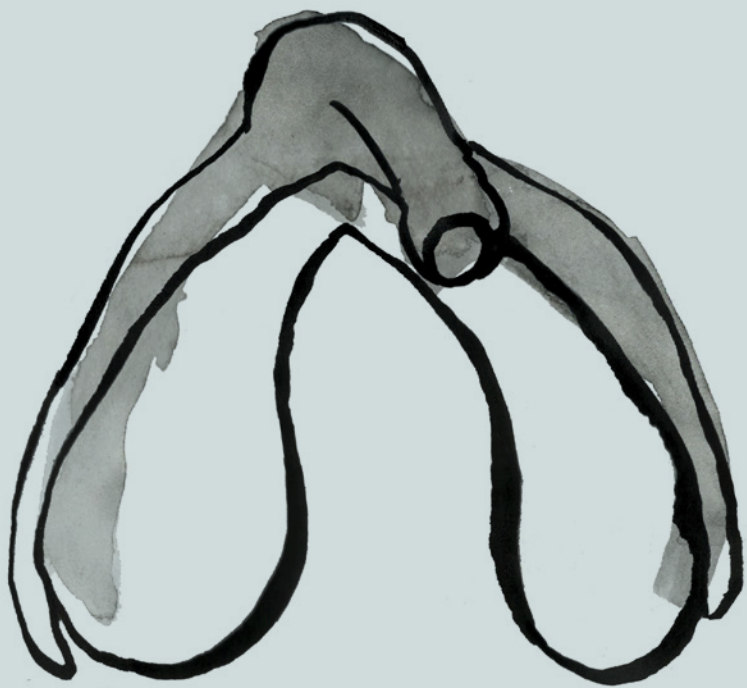
Cendrine Vanderhoeven,
sexuologe, CeMAViE

Seksuele problemen zijn inderdaad één van de mogelijke gevolgen van VGV. Het is echter niet zo dat elke vrouw die VGV onderging, hiermee te maken krijgt. Het is belangrijk op te merken dat sommige vrouwen die VGV ondergingen, perfect tevreden zijn met hun seksleven. Bovendien doen seksuele problemen zich ook voor bij vrouwen die niet besneden werden en bij mannen. De seksuele ervaring wordt beïnvloed door verschillende factoren, zowel uit het heden als uit het verleden. Het ondergaan van VGV kan negatieve gevolgen hebben op de seksualiteit, maar dit is niet altijd het geval. Degenen die inderdaad seksuele problemen ondervinden, kunnen hiervoor een therapie opstarten bij een psychologe, seksuologe of arts. Tijdens deze therapie, die alleen of samen met de partner gevolgd kan worden, leert men beter om te gaan met seksualiteit en werkt men aan eventuele trauma's.

Het feit of het buitenste deel van de clitoris al dan niet helemaal werd weggesneden, kan ook een rol spelen in de seksualiteitsbeleving van de vrouw. Hoewel er verschillende vormen van VGV bestaan (types I tot IV, met tal van varianten binnen elk type), moet worden opgemerkt dat alle vrouwen het grootste deel van hun clitoris behouden. De clitoris, die dus niet altijd wordt verwijderd wanneer VGV toegepast wordt, bestaat immers niet alleen uit het externe, zichtbare deel. Het orgaan is 8 tot 12 cm groot en bevindt zich deels ook intern, in het lichaam, rond de vagina. Bij een clitoridectomie wordt alleen het externe deel verwijderd. Hoewel het soms moeilijk is, is het voor vrouwen die VGV ondergingen wel nog mogelijk gevoelens waar te nemen aan de clitoris. Bovendien heeft het vrouwelijke lichaam, naast de clitoris, andere erogene zones. Wanneer een vrouw haar lichaam beter leert kennen, kan ze andere manieren vinden om genot te ervaren.

“Denken aan seks of verlangen naar intiem contact en seksuele strelingen kunnen bij iedere vrouw voorkomen. Of zij besneden is of niet. Seksuele nieuwsgierigheid, zich vragen stellen over het lichaam, ernaar kijken en het aanraken, zijn allemaal normale dingen die we van kinds af aan al doen. Seksualiteit is iets menselijks dat zich doorheen de tijd ontwikkelt en waarover men steeds meer leert. De aan- of afwezigheid van de clitoris verandert hier niets aan.”

Céline Liurno,
psychologe en seksuologe,
Centre de Planning familial van de FPS,
Luik





"BESNEDEN VROUWEN MOETEN 'HERSTELD' WORDEN"

De gevolgen van VGV kunnen op verschillende manieren behandeld worden. Zo kunnen infecties, veroorzaakt door VGV, bijvoorbeeld behandeld worden met een antibioticakuur. Keloïden en cystes kunnen verwijderd worden. Een infibulatie kan chirurgisch opengemaakt worden om het urineren, de menstruatie, seksuele relaties en een bevalling te vergemakkelijken.

De clitorisreconstructie is van een andere orde. Hier worden namelijk niet alleen de gevolgen van VGV behandeld, men poogt ook het lichaam te 'herstellen'. Hiervoor wordt een specifieke chirurgische techniek toegepast, ontwikkeld door de Franse Dr. Pierre Foldès aan het eind van de jaren 1980. Tegenwoordig wordt de reconstructie van de clitoris in verschillende landen uitgevoerd. Bij deze ingreep wordt het interne deel van de clitoris naar buiten gehaald, opnieuw gepositioneerd en bezenuwd. De ingreep "is effectief gebleken voor het herstellen van de integriteit van het lichaam van de patiënte wanneer zij de behoefte hiertoe voelt." (CeMAViE). Hoewel de ingreep er bij sommige vrouwen voor kan zorgen dat ze weer gevoel krijgen in de clitoris, is de ingreep noch noodzakelijk voor een bloeiende seksualiteit, noch een wondermiddel bij seksuele problemen. De techniek is relatief recent en medici zijn het nog niet eens over de potentiële voordelen.

“Aan vrouwen die zich willen laten opereren, leg ik uit dat het nooit meer zal zijn zoals vroeger: de binnenste schaamlippen worden niet gereconstrueerd en de clitoris zal niet hetzelfde zijn. Ze denken soms dat we een klein bolletje tussen de benen plaatsen en dat alles zal veranderen, dat het een knopje is waarop je enkel hoeft te drukken om een orgasme te krijgen. Maar zo werkt het niet. Seksualiteit gaat over alles. Vrouwen moeten hun lichaam kennen om genot te kunnen ervaren en hun partner daarin te kunnen sturen.”

Cendrine Vanderhoeven,
seksuologe, CeMAViE

Seksualiteit is nu eenmaal niet alleen een lichamelijk, maar vaak ook een emotioneel gebeuren. Vandaar de noodzaak om seksuele problemen vanuit een multidisciplinair perspectief te bekijken: niet alleen medisch door middel van een clitorisreconstructie, maar ook psychologisch door de hulp in te schakelen van een psychologe of seksuologe. In België kunnen vrouwen die VGV hebben ondergaan hiervoor terecht bij 2 gespecialiseerde centra: één in het UMC Sint-Pieter in Brussel en één in het UZ Gent.



"GENITALE PLASTISCHE CHIRURGIE HEEFT NIETS TE MAKEN MET VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING"

Meisjes en vrouwen moeten hoge verwachtingen inlossen om te voldoen aan het ideaalbeeld van 'de vrouw'. Elke maatschappij legt bepaalde normen en verwachtingen op over bijvoorbeeld kleding (bv. 'het hoofddoekendebat'), lichaamsbouw (bv. 'body shaming') en gedrag (bv. 'victim blaming' bij verkrachting). Het lichaam van de vrouw is jammer genoeg nog steeds overal en altijd het onderwerp van publieke en politieke opinie.

Vrouwen worden geprezen zolang hun lichaam jong en slank is, maar worden geminacht wanneer ze niet voldoen aan het huidige schoonheidsideaal. De normalisering van dit ideaalbeeld vindt men ook terug in de drijfveren van plastische chirurgie om de geslachtsdelen bij te werken. Deze vrouwelijke genitale cosmetische chirurgie kan op bepaalde vlakken vergeleken worden met VGV, indien uitgevoerd bij volwassenen en om niet-medische redenen. Het gaat hierbij om labioplastiek (verkleining van de binnenste of buitenste schaamlippen), verkleining van de vaginaopening of hymenoplastie (reconstructie van de hymen). Hoewel men er vaak van uit gaat dat bij plastische chirurgie de vraag van de vrouw zelf komt, wordt deze wel gevoed door de sociale druk die ontstaat door de sociale constructie van het beeld van de 'ideale vulva'. Deze schoonheidsredenen en de sociale druk vanuit de maatschappij kunnen dus een rol spelen bij de stap naar plastische chirurgie, zoals dat ook het geval is voor VGV.

Een tweede parallel kan getrokken worden op vlak van complicaties. Ook een chirurgische ingreep van de genitaliën kan verschillende

complicaties veroorzaken. Het is juist om deze reden dat binnen de medische wereld en activistische organisaties veel verdeeldheid bestaat over de medicalisering van VGV als 'schade beperkende' strategie. (zie verder "Wanneer vrouwenbesnijdenis in het ziekenhuis wordt uitgevoerd, worden de risico's tot een minimum beperkt.") Opvallend hierbij is dat deze laatste strategie steeds meer tegenkanting krijgt wanneer het om 'de traditionele vorm van VGV' gaat, terwijl een chirurgische correctie van de schaamlippen bijvoorbeeld niet zo vaak in opspraak wordt gebracht.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) omschrijft VGV als elke ingreep die leidt tot een gedeeltelijke of volledige verwijdering van de externe geslachtsorganen van de vrouw of elke andere verwonding van de vrouwelijke geslachtsorganen toegebracht om niet-medische redenen (WHO, 2008). Het cosmetische aspect valt perfect binnen deze omschrijving.

Men kan hierbij nog verder gaan en stellen dat de Belgische wetgeving omtrent VGV in dit opzicht een dubbele standaard hanteert: VGV als 'culturele traditie' wordt namelijk strafbaar gesteld, terwijl een cosmetische vorm gedoogd wordt. Men kan zich dan ook de vraag stellen of een volwassen vrouw of de chirurg in kwestie dan enkel strafbaar gesteld wordt op basis van de afkomst en huidskleur van de patiënte, waarbij men bij de ene uitgaat van weldoordachte, individuele keuzevrijheid en bij 'de andere' een paternalistische houding aanneemt en haar het zelfbeschikkingsrecht ontnemt? Zou het in die zin zelfs mogelijk zijn voor een volwassen vrouw, afkomstig uit een gebied waar VGV gepraktiseerd wordt als 'culturele traditie', om een chirurgische ingreep aan de genitaliën te laten uitvoeren op basis van esthetische redenen, net zoals haar witte buurvrouw deed? Of wordt dit bij de ene ingedeeld onder 'plastische chirurgie' en bij 'de andere' meteen beschouwd als 'een opgelegde vorm van VGV'?

“In België bestaan er hypocriete ideeën wat VGV betreft. Sommige vormen worden immers getolereerd en niet bestraft door de wet. Denk bijvoorbeeld aan piercings, plastische chirurgie van de binnenste schaamlippen enz. Als we naar de definitie van de WGO kijken, kunnen deze praktijken wel degelijk beschouwd worden als een vorm van VGV. Door deze praktijken te tolereren, komt de bescherming van vrouwen en meisjes in gevaar. Een meisje zou een bepaald soort verminking kunnen ondergaan in het ziekenhuis of bijvoorbeeld bij de tatoeëerder. De wet zou moeten beschermen tegen alle types van VGV en zou van toepassing moeten zijn op alle vrouwen, ongeacht de afkomst. Anders zou de wet racistisch zijn.”

Co-bemiddelaar helpdesk Antwerpen,
GAMS België vzw

Bovendien staat de Belgische wet, mits toestemming van de ouders, plastische chirurgie bij minderjarigen toe wanneer zij zich niet goed voelen bij hun lichaam en plastische chirurgie kan leiden tot meer persoonlijke tevredenheid (CODE, 2014). De vraag naar een verduidelijking van de morele opvattingen en wetten omtrent genitale plastische chirurgie en VGV, zowel voor volwassenen als voor kinderen, dringt zich hier dan ook op.





"WANNEER VROUWENBESNIJDENIS IN
HET ZIEKENHUIS WORDT UITGEVOERD,
WORDEN DE RISICO'S TOT EEN
MINIMUM BEPERKT."

Het uitvoeren van VGV binnen een medisch gecontroleerde omgeving, de zogenaamde medicalisering, wordt soms beschouwd als een manier om het risico op infecties en bloedingen te verkleinen. Het wordt gerechtvaardigd als een 'schade beperkende strategie'.

Ondanks jarenlang campagnevoeren, komt de praktijk namelijk nog altijd veel voor in Guinee, Somalië, Egypte, enz. In deze landen is VGV zo sterk verankerd als sociale norm, dat het onmogelijk lijkt om de praktijk in de nabije toekomst volledig af te schaffen. Voorstanders van de medicalisering van VGV vinden dan ook dat de inspanningen in de strijd tegen de praktijk, gebaseerd op nultolerantie, nog geen succes boeken. Zij achten het noodzakelijk om in de eerste plaats de 'meest ingrijpende' vormen van VGV, zoals infibulatie, aan te pakken. Hierbij zouden 'mildere' vormen van VGV, zoals 'pricking', getolereerd worden indien ze in een ziekenhuis worden uitgevoerd. Zodoende zou men de risico's beperken, de gezondheid en het welzijn van vrouwen sneller verbeteren en de normen rond de praktijk aanpakken. Vervolgens zouden gemeenschappen, op lange termijn, overtuigd kunnen worden de praktijk achter zich te laten.

Deze medicalisering en institutionalisering van VGV krijgt echter veel weerstand. Tegenstanders vinden dat alle vormen van VGV moeten worden beschouwd als verminkingen, een schending van de mensenrechten, een schending van de vrouwenrechten en een uiting van ongelijkheid tussen man en vrouw. De 'mildere' vormen van VGV, die worden aangemoedigd door hen die pro-medicalisering

zijn, hebben niet noodzakelijk ook een mildere impact. De gevolgen van VGV zijn niet alleen afhankelijk van het type en de steriliteit van de omgeving, maar ook van de deskundigheid van de besnijdster of arts, de leeftijd van het meisje of de vrouw, de mate van weerstand die het meisje biedt tijdens de ingreep, het bloedverlies enz. Verder veroorzaakt VGV complicaties op langere termijn en psychologische complicaties die niet te voorkomen zijn door de ingreep uit te voeren in een ziekenhuis.

Het is belangrijk om te luisteren naar iedere vrouw en geen aannames te maken gebaseerd op het type VGV dat ze heeft ondergaan. Tegenstanders stellen verder dat de ene vorm van VGV vervangen door een andere niet bij zal dragen aan de afschaffing ervan.

“In Guinee, waar ik meewerk aan een sensibiliseringsproject over VGV, sprak ik met vrouwen die twee keer zijn besneden. In Guinee is 30% van de meisjes onder 14 jaar besneden door gezondheidswerkers, meestal verloskundigen. Zij verwijderden minder dan de traditionele benijdsters, maar bij terugkeer in hun dorp worden de meisjes vervolgens een tweede keer besneden door hun tantes of grootmoeders die de meisjes inspecteren en vaststellen dat de eerste ingreep ‘niet netjes’ is uitgevoerd... Dit is dubbel lijden, wat is daar het nut van?”

Jessica Tatout,
projectverantwoordelijke, GAMS België vzw
en lid van de vzw Aniké

Medicalisering zorgt er ten slotte niet voor dat het probleem van een gebrek aan instemming door de kinderen wordt opgelost en stelt de redenen voor excisie/infibulatie niet ter discussie, noch de wens om de seksualiteit van vrouwen te controleren. Vele professionals zijn dan ook van mening dat dit ertoe leidt dat de sensibilisering tegen de praktijken ingewikkelder wordt. Wanneer VGV uitgevoerd wordt door een arts, hoe kan je de schade aan de gezondheid van een kind dan nog aanhalen als tegenargument voor een besnijdenis?

Dit levendige debat over medicalisering brengt ook vragen met zich mee over andere chirurgische ingrepen die worden uitgevoerd aan de geslachtsorganen bij kinderen en volwassenen, zowel vrouwen als mannen. Een van de argumenten vóór medicalisering is het argument dat een 'milde' vorm van VGV, zoals de verwijdering van de voorhuid van de clitoris, niet ernstiger is dan een jongensbesnijdenis, die overal is toegestaan en wordt uitgevoerd bij baby's in ziekenhuizen overal ter wereld. Het is een feit dat verschillende activisten die strijden tegen VGV, ervoor kiezen om het niet over het onderwerp mannenbesnijdenis te hebben of het zelfs te negeren. Voor Fabienne Richard geldt dit niet, want zij is ook tegen mannenbesnijdenis:

“Men kan niet tegen het piercen ('pricking') van de clitoris van meisjesbaby's zijn en tegelijkertijd vóór de besnijdenis van jongensbaby's. Dat slaat helemaal nergens op. 'Pricking' kan minder ernstige gevolgen hebben dan besnijdenis. Ik ben tegen iedere 'mildere' vorm van VGV, want ik ben ook tegen besnijdenis bij jongens en iedere andere vorm waarbij een aanslag wordt gepleegd op het lichaam van een kind.”

Fabienne Richard,
vroedvrouw, CeMAViE
en directrice, GAMS België vzw



"JONGENSBSNIJDENIS EN VGV ZIJN TOTAAL VERSCHILLEND"

VGV en jongensbesnijdenissen worden vaak in één adem genoemd. Ofwel wordt het argument gegeven dat de twee praktijken vergelijkbaar zijn, ofwel wordt het tegenovergestelde beweerd, namelijk dat de twee praktijken absoluut niets met elkaar te maken hebben. Beide standpunten kunnen genuanceerd worden.

Jongensbesnijdenis, het verwijderen van de voorhuid, wordt vooral uitgevoerd om religieuze redenen of vanwege veronderstelde hygiënische voordelen. Waar het controleren van de seksualiteit vaak aangehaald wordt als reden voor VGV, is mannenbesnijdenis net vaak een uitnodiging tot een actief seksueel leven. Er bestaat dus een belangrijk gendergebonden verschil.

Wat de overeenkomsten tussen de praktijken betreft, is jongensbesnijdenis ook vaak een handeling die wordt uitgevoerd op het lichaam van een kind zonder dat hij daar toestemming voor geeft. In verschillende betrokken gemeenschappen is zowel vrouwen- als jongensbesnijdenis een verplicht initiatieritueel naar volwassenheid. Het zijn beiden zeer oude praktijken die al bestonden voor de komst van monotheïstische religies.

In navolging van de Wereldgezondheidsorganisatie wordt vaak gesteld dat jongensbesnijdenis (in combinatie met condoomgebruik) beschermende effecten kan hebben naar het risico op hiv-besmetting toe. Critici, daarentegen, spreken dit tegen. Hier wordt gesteld dat enkel en alleen het condoom een doeltreffende bescherming vormt tegen seksueel overdraagbare aandoeningen. Verder wordt daar tevens tegenin gebracht dat jongensbesnijdenissen meestal uitgevoerd worden bij kinderen en baby's die nog niet seksueel actief zijn. Ook de

behandeling van fimosis (voorhuidvernaauwing waardoor de voorhuid niet kan worden teruggetrokken) wordt regelmatig aangevoerd als reden om een jongen te besnijden, terwijl deze pathologie slechts zelden voorkomt en er bovendien andere bewezen behandelingsmethoden voorhanden zijn.

Een correcte kennis omtrent de anatomie van het lichaam en de geslachtsorganen (en zo de functie van de voorhuid) ontbreekt in vele gevallen om tot een adequate beslissing te komen wat betreft besnijdenis. Er bestaan dan ook verenigingen die strijden tegen deze praktijk. Zo brengt de Franstalige organisatie Droits au Corps mannen samen bij wie de besnijdenis slecht verliep (momenteel bestaan in Vlaanderen nog geen verenigingen die specifiek rond dit onderwerp werken).

“Wij zijn van mening dat we moeten vechten tegen alle vormen van seksuele verminking bij kinderen, ongeacht hun geslacht. Dus tegen vrouwenbesnijdenis, mannenbesnijdenis en alle niet-medische ingrepen bij kinderen met interseks condities. Binnen samenlevingen waar vrouwen- en mannenbesnijdenis eenzelfde rituele waarde hebben, moet culturele incoherentie wat betreft de waarde die eraan wordt toegekend, worden vermeden. Vooral bij de overgang van de kinderwereld naar de volwassenheid.”

Lid van de organisatie Droit au Corps

De leden van Droits au Corps houden traumatiserende herinneringen over aan hun besnijdenis, ongeacht of die om 'medische' of om religieuze redenen werd uitgevoerd. Ze geven ook aan negatieve gevolgen te ondervinden op hun seksualiteit, vanwege de afgenomen gevoeligheid van de eikel. De organisatie strijdt niet tegen besnijdenis bij volwassen mannen die hiervoor hun toestemming gaven, maar tegen besnijdenis bij minderjarigen (die nog niet in staat geacht worden zelf in te stemmen met de ingreep).

Op vlak van de impact op het lichaam en de gevolgen, kunnen de meest ingrijpende vormen van VGV (infibulatie, excisie van de clitoris en de schaamlippen) moeilijk vergeleken worden met het wegsnijden van de voorhuid bij jongens. Toch kan ook jongensbesnijdenis aanzienlijke gevolgen voor de gezondheid met zich meebrengen. We denken hierbij aan bloedingen, en soms zelfs de dood (CIRP, 2013). Andere praktijken, zoals het verwijderen van de voorhuid van de clitoris, zijn daarentegen vrij gelijkaardig.



"DE BELGISCHE WET BESCHERMT ALLE KINDEREN TEGEN GENITALE VERMINKING"

Een andere incoherentie in de wet is die tussen vrouwelijke genitale verminking en ingrepen aan de genitaliën om niet-medische redenen bij kinderen die zijn geboren met interseks condities. De definitie die in de Belgische wet en door de WGO wordt gegeven, houdt namelijk enkel rekening met ingrepen die worden uitgevoerd bij individuen van het vrouwelijk geslacht. Sommige kinderen worden echter geboren met een 'seksuele ambiguïteit', waardoor niet met 100% zekerheid kan worden vastgesteld wat het geslacht van het kind is (naar de huidige biologische kenmerken). Naar schatting komt dit in Europa bij 1 op de 4.500 geboorten voor (FRA, 2015), wat betekent dat er in België per jaar tientallen kinderen met intersekse condities geboren worden. Het kan gaan om een diversiteit wat betreft het anatomisch geslacht (intern en extern geslachtsorgaan), het chromosomale geslacht en het hormonaal geslacht (hoofdzakelijk androgenen of oestrogenen).

"Met de term 'interseksueel' wordt een persoon omschreven bij wie het biologische geslacht niet duidelijk man of vrouw is. Een interseksueel persoon kan van beide geslachten biologische kenmerken hebben of heeft bepaalde biologische kenmerken niet die bepalend zijn voor een zeker geslacht. Interseksualiteit is altijd aangeboren en kan ontstaan door genetische, chromosomale of hormonale afwijkingen."

Organisation Intersexe Internationale - OII

Interseksuele personen geven zelf de voorkeur aan de term 'interseksualiteit' in plaats van aan de medische term 'afwijkingen/stoornis van de geslachtsontwikkeling'.

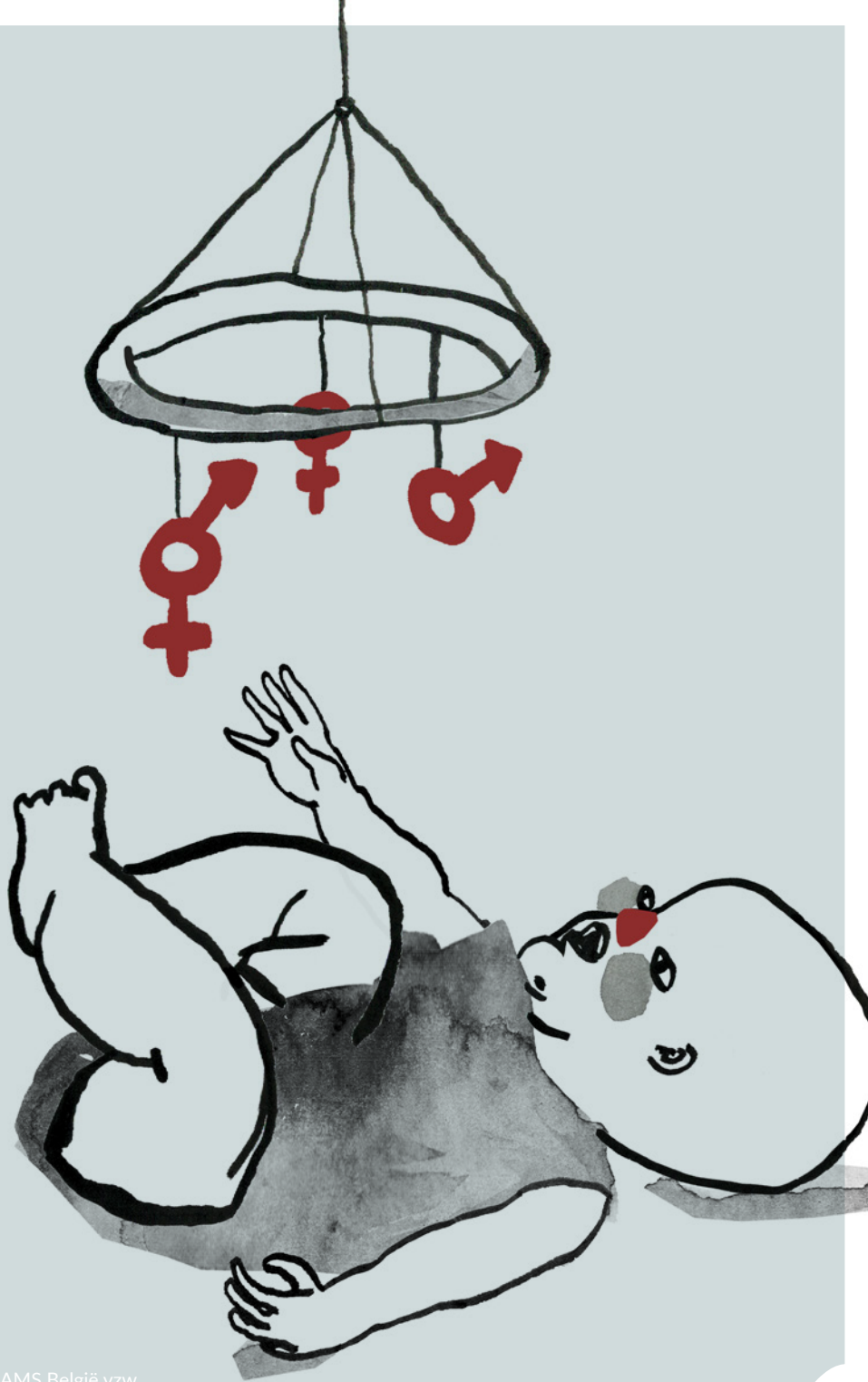
Wanneer in België een kind wordt geboren met geslachtsorganen die als 'ambigu' worden beschouwd, wordt het kind overgebracht naar een gespecialiseerde instelling (de enige in België bevindt zich in Gent) waar artsen een aantal testen afnemen (anatomische omschrijving, bloedafname, ionogram van de urine) om 'het geslacht van het kind te bepalen'. Vervolgens zal een operatie plaatsvinden waarbij het geslacht wordt aangepast aan het door het kind gekozen geslacht, en niet aan het morfologische geslacht. In het geval van een zuigeling worden de ouders bij de beslissing betrokken. Critici beweren echter dat ouders vaak weinig kennis hebben over interseksualiteit en onder stress staan bij het nemen van de beslissing, onder meer omwille van de tijdsdruk. In België krijgen ouders namelijk drie maanden de tijd om een beslissing te maken over het geslacht van hun pasgeboren kind met een 'seksuele ambiguïteit'. Indien de persoon in kwestie later aangeeft dat hierin een vergissing gemaakt werd, kan deze een rectificatieverzoek van de geboorteakte indienen bij de rechtbank.

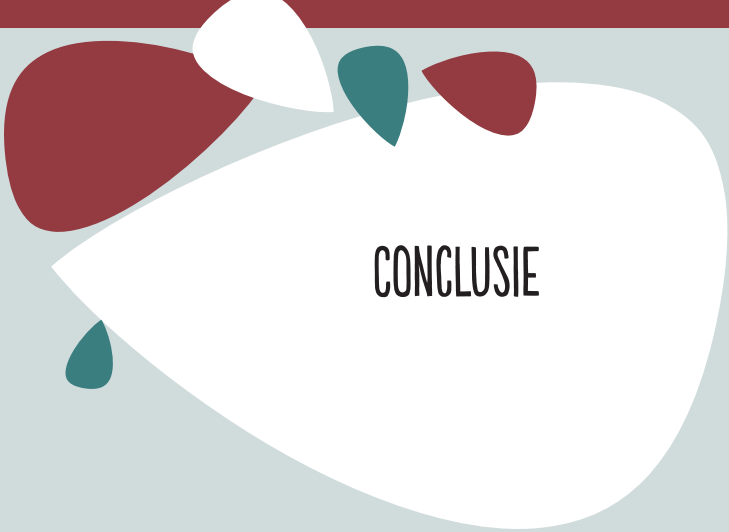
De medische geslachtsverandering bestaat over het algemeen uit een aantal operaties en een hormoonbehandeling die vaak het hele leven gevolgd dient te worden. Verschillende activisten en onderzoekers hebben kritiek op deze binaire geslachtsnormaliserende ingrepen. In de meeste gevallen kunnen ze immers niet gerechtvaardigd worden uit medisch oogpunt aangezien het merendeel van de interseksuele personen in goede gezondheid verkeert. Over het algemeen worden deze ingrepen dus uitgevoerd om psychosociale redenen met als doel het kind aan te passen aan de sociaal geconstrueerde geslachtsnormen. De gevolgen brengen echter vaak onomkeerbare geslachtsverandering, onvruchtbaarheid, ondraaglijke pijn en psychologisch lijden met zich mee. Dit is dan ook de reden dat de Belgische vzw Genres Pluriels, die zich inzet voor de rechten van inter- en transseksuele personen, een verbod eist op alle hormonale en chirurgische ingrepen die niet van levensbelang zijn bij interseksuele kinderen zolang zij nog niet op een leeftijd zijn waarop zij zelf toestemming kunnen geven. Het Bureau voor de grondrechten van de EU benadrukt op haar beurt

het belang van het opleiden van professionals in de juridische en medische wereld over de rechten van interseksuele personen om zodoende 'geslachtsnormalisatie' te voorkomen bij kinderen die nog niet de leeftijd hebben bereikt waarop zij zelf toestemming kunnen geven (FRA, 2015).

Het is niet moeilijk om de vergelijking te maken tussen geslachtsnormalisatie bij interseksuele kinderen en de VGV-praktijken. Tegenstanders van VGV in westerse landen worden soms beschuldigd van neokolonialisme omdat zij de rechten van interseksuele personen binnen de eigen gemeenschap negeren en zich vooral concentreren op de zogenaamde 'ontwikkelingslanden' (Ehreinreich, 2005). VGV in Afrika en Azië wordt hierbij gezien als een haatdragende praktijk tegen vrouwen, terwijl verminkingen die worden uitgevoerd in westerse samenlevingen beschouwd worden als het resultaat van 'wetenschappelijke geneeskunde'. In werkelijkheid zijn zowel VGV als verminkingen uitgevoerd bij interseksuele personen cultuurgebonden en zijn het schadelijke praktijken die geslachtsconformiteit tot doel hebben, of ermee wordt ingestemd of niet.

Ook hier dringt de vraag zich op waarom de Belgische wet vrouwelijke genitale verminking binnen migrantengemeenschappen verbiedt, terwijl er een blinde vlek heerst wat betreft ingrepen bij interseksuele kinderen.





CONCLUSIE

Het doel van deze handleiding is bestaande denkbeelden omtrent VGV te ontcrachten en het bewustzijn bij het grote publiek te stimuleren. De praktijk maakt deel uit van een globaal normenkader dat nog steeds sterk aanwezig is binnen patriarchale samenlevingen.

We concluderen dat VGV niet gebonden kan worden aan enkele werelddelen of enkele continenten, maar wereldwijd voorkomt onder verschillende vormen en in verschillende contexten. Hierbij willen we een zelfkritische reflectie openen naar verschillende ingrepen op het lichaam, zowel bij meisjes als bij jongens en interseksuele personen. We onderlijnen de rol en de verantwoordelijkheid van alle leden van een samenleving in het bestrijden van gendergebonden geweld en VGV. Ondanks de (soms ernstige en langdurige) gevolgen die hiermee gepaard kunnen gaan, streven we ernaar de betrokken personen niet als 'weerloze slachtoffers' te zien. Integendeel, dit is een uitnodiging om de sterktes en veerkracht van betrokken personen te erkennen en te bevestigen.

GAMS België en GS-VGV zijn ervan overtuigd dat het nodig is VGV in haar complexe realiteit te beschouwen. Zo niet loopt men het risico betrokken personen, en bij uitbreiding hele gemeenschappen, te discrimineren. Bovendien staan stereotiepe denkbeelden in professionele contexten een kwaliteitsvolle begeleiding in de weg. Wij hopen dan ook dat deze publicatie een reflectieproces op gang kan brengen, wat de strijd tegen VGV en de begeleiding van betrokken personen ten goede zal komen.

BRONNEN

VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING

- Abusharaf, R. M. (2000). Revisiting Feminist Discourses on Infibulation: Responses from Sudanese feminists. In: Y. Hedlund and B. Shell- Duncan, ed., Female 'Circumcision' in Africa: Culture, controversy, and change, Boulder, 151-166
- Amnesty International Vlaanderen. (2004). Vrouwelijke Genitale Verminking, Factsheet. Geraadpleegd op 28/09/2016, van https://www.aivl.be/sites/default/files/bijlagen/Vrouwelijke_Genitale_Verminking_versiejul08.pdf.
- Andro, A., Lesclingand M., Pourette D. (2009). Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine Africaine vivant en France: Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène, Rapport final Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH), INED et l'Université Paris 1 Sorbonne. Geraadpleegd op 28/09/2016, van <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/analyses/mutilations-sexuelles-france/>.
- BBC, HARDtalk Female Genital Mutilation Discussion. Geraadpleegd op 01/10/2016, van <https://www.youtube.com/watch?v=mV6UfEaZHBE>.
- Boddy, J. (2007). Gender Crusades: The Female Circumcision Controversy in Cultural Perspective. In: Y. Hernlund and B. Shell-Duncan, ed., Transcultural bodies. Female Genital Cutting in Global Context, New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 46-66
- End FGM. European Network. (2016). FGM in Europe. Geraadpleegd op 01/10/2016, van <http://www.endfgm.eu/female-genital-mutilation/fgm-in-europe/>

- GAMS België. (2015). Vrouwen, besneden en op de vlucht. Ideeën voor een therapeutische begeleiding. Brussel: GAMS België
- Henry N. et Weil Curiel L. (2007). L'Exciseuse, France: City Editions
- Leye, E. (2008). Female Genital Mutilation, A study of health services and legislation in some countries of the European Union. Gent: ICRH
- Wereldgezondheidsorganisatie. (2008). Vrouwelijke genitale verminking. Geraadpleegd op 01/10/2016, van http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/
- Salem S. (2013). Neo-colonialism and its Discontents. Geraadpleegd op 05/10/2016, van <https://neocolonialthoughts.wordpress.com/2013/12/01/angela-davis-in-egypt-on-feminist-solidarity/>
- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Milieu & GAMS België. (2011). Vrouwelijke genitale verminking. Handleiding voor de betrokken beroepssectoren. Brussel
- UNICEF. (2013). Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. Geraadpleegd op 01/10/2016, van http://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/FGMC_Lo_res_Final_26.pdf
- Van Raemdonck, A. (2013). Een historische blik op campagnes tegen vrouwenbesnijdenis en het recht op interventie. Uitgelezen, 2, p13-16
- Pharos. (2016). Preventiematerialen. Fatwa's. Geraadpleegd op 09/12/2016, van <http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/meisjesbesnijdenis/protocollen-en-materialen/preventiematerialen/fatwa-s>

PREVALENTIE VAN VGV

- Dubourg D. & Richard F. (2014). Studie over de prevalentie van en het risico op vrouwelijke genitale verminking in België. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Milieu & GAMS België
- Dubourg D, Richard F, Leye E, Ndam S, Rommens T, Maes S. Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2011, 16 (4): 248-257
- Piecha, O.M. No "African Problem". No african problem. Geraadpleegd op 09/12/2016, van <http://www.stopfgmmideast.org/background/unicefs-limited-numbers-female-genital-mutilation-much-more-widespread/>
- Stop FGM Middle East. (2016). Indonesia. Geraadpleegd op 09/12/2016, van <http://www.stopfgmmideast.org/countries/indonesia/>
- UNICEF. (2016). Female Genital Mutilation – A Global Concern. New York

VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING IN EUROPA EN DE VERENIGDE STATEN

- Penelop. (2016). La clitoridectomie comme traitement contre l'onanisme dans l' Europe du 19ème siècle. [blog post]. Geraadpleegd op 01/10/2016, van http://pelenop.over-blog.com/pages/La_clitoridectomie_comme_traitement_contre_lonanisme_dans_l_Europe_du_19eme_siecle-1160265.html
- Dawson, B.E. (1915). Circumcision in the Female: Its Necessity and How to Perform It. American Journal of Clinical Medicine, 22 (6) 520-52, Kansas City, Missouri
- Coordination des ONG pour les droits des enfants, CODE. (2014). Les mineurs ont-ils le droit de disposer de leur corps ? Analyse mars 2014. Geraadpleegd op 09/12/2016, van http://www.lacode.be/IMG/pdf/Analyse_CODE_mineur-corps_VERSION_DEF.pdf
- Whitehorn, J. Ayonrinde, O. & Maingay, S. (2002). Female Genital Mutilation: Cultural and Psychological Implications. Sexual and Relationship Therapy. 17. (2). 161-170

MEDICALISERING VAN VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING

- The economist. (2016). Female genital mutilation - An agonising choice. The Economist Geraadpleegd op 09/12/2016, van <http://www.economist.com/news/leaders/21700658-after-30-years-attempts-eradicate-barbaric-practice-it-continues-time-try-new>
- Richard, F. (2016). Why we should be against the medicalisation of Female Genital Mutilation, IHP. Geraadpleegd op 09/12/2016, van www.internationalhealthpolicies.org/why-we-should-be-against-the-medicalisation-of-female-genital-mutilation/

GENITALE VERMINKING BIJ INTERSEKSUELE PERSONEN

- Ehrenreich, N. and Barr, M. (2005). Intersex Surgery, Female Genital Cutting, and the Selective Condemnation of 'Cultural Practices'. Harvard Civil Rights-Civil Liberties Law Review, 40 (1)
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2015). The Fundamental Rights Situation of Intersex People, FRA FOCUS, 4. Geraadpleegd op 09/12/2016, van <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/fundamental-rights-situation-intersex-people>
- Guterman L. (2012). Why Are Doctors Still Performing Genital Surgery on Infants? [blogpost]. Geraadpleegd op 09/12/2016, van <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/why-are-doctors-still-performing-genital-surgery-on-infants>
- Organization Intersex International. (2012). Welcome and introduction. Geraadpleegd op 09/12/2016, van <http://oiiinternational.com/2533/welcome/>
- Transgender Infopunt. (2016). Interseksualiteit. Geraadpleegd op 01/12/2016, van <http://transgenderinfo.be/m/identiteit/varianties/interseksualiteit/>
- Wilson, G. (2012). Intersex genital mutilation – IGM : the fourteen days of intersex. Geraadpleegd op 09/12/2016, van <http://oiiinternational.com/2574/intersex-genital-mutilation-igm-fourteen-days-intersex/>

MANNENBESNIJDENTS

- Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, et al. (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial. PLoS Med (2de editie)
- Bailey RC, Moses S, Parker CB, et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. Lancet
- CIRP. (2013). Circumcision deaths. Geraadpleegd op 09/12/2016, van www.cirp.org/library/death/#n12
- Garenne M. (2006). Male circumcision and HIV control in Africa. PLoS Med 2006;3(1):e78
- Garenne M. (2008). Long-term population effect of male circumcision in generalized HIV epidemics in sub-Saharan Africa. African Journal of AIDS Research; 7(1):1-8
- Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. Lancet, 369, 557-66
- Royal Dutch Medical Association (KNMG). (2010). The Non-therapeutic Circumcision of Male Minors. Geraadpleegd op 09/12/2016, van <http://www.knmg.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/77942/Nontherapeutic-circumcision-of-male-minors-2010.htm>
- Wereldgezondheidsorganisatie. (2007). Male Circumcision: Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability. Geraadpleegd op 09/12/2016, van <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241596169/en/>

ESTHETISCHE GENITALE CHIRURGIE EN VGV

- Dobbeleir, J., van Landuyt, K. and Monstrey, S. (2011). Aesthetic Surgery of the Female Genitalia, Seminars in Plastic Surgery. 25(2), 130–141. Geraadpleegd op 09/12/2016, van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312147/>
- Rewire. (2012). The deeply rooted parallels between female genital mutilation and breast implantation. Geraadpleegd op 09/12/2016, van <http://rhrealitycheck.org/article/2012/01/10/female-genital-mutilation-breast-implantation-why-do-they-happen-and-how-do-we-st/>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2013). Ethics issues and resources. Geraadpleegd op 09/12/2016, van <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/ethics-issues--resources/>

EINDNOTEN

1. Deze onderzoeken worden uitgevoerd op nationaal niveau aan de hand van een representatieve steekproef en worden iedere 3 à 4 jaar herhaald, zodat de evolutie over verschillende jaren kan worden onderzocht.
2. Voor meer informatie over de risico-indicatoren, kunt u het drieluik en de risicoladder raadplegen. www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/MGF-tryptique_final_RTP.pdf
3. Het doel van het project Men Speak Out against FGM is om mannelijke immigranten te betrekken bij de preventie van VGV in drie Europese landen (België, Verenigd Koninkrijk en Nederland).



Gelijke Kansen Vlaanderen



GAMS België

Groep voor de afschaffing van vrouwelijke genitale verminking



Gezamenlijke strategie
voor de strijd tegen vrouwelijke genitale verminking

INHOUD

- “Vrouwelijke genitale verminking is ‘een Afrikaans probleem’ p 6
- “In Europa komt vrouwelijke genitale verminking niet voor” p 12
- “Vrouwelijke genitale verminking is een islamitisch gebruik” p 16
- “Mensen die vrouwenbesnijdenis uitvoeren, zijn ‘barbaren’. Dit is irrationeel.” p 18
- “Vrouwelijke genitale verminking is een vrouwenzaak” p 22
- “Een besneden vrouw is een slachtoffer” p 26
- “Vrouwen die besnijdenis ondergingen, kunnen geen plezier beleven in bed” p 28
- “Besneden vrouwen moeten ‘hersteld’ worden” p 32
- “Genitale plastische chirurgie heeft niets te maken met vrouwelijke genitale verminking” p 34
- “Wanneer vrouwenbesnijdenis in het ziekenhuis wordt uitgevoerd, worden de risico’s tot een minimum beperkt” p 38
- “Jongensbesnijdenis en VGV zijn totaal verschillend” p 41
- “De Belgische wet beschermt alle kinderen tegen genitale verminking” p 44