

Weibliche Genitalverstümmelung

Lebenslanges Leiden

Zunehmende Migration verschärft das Problem der weiblichen „Beschneidung“ auch in Deutschland. Ein Überblick über Hintergrund und Folgen

Heribert Kentenich, Isabell Utz-Billing

Die weibliche Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation, FGM) beschreibt nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) jede nichttherapeutische, zum Beispiel religiös oder kulturell begründete, teilweise oder vollständige Entfernung oder Verletzung der weiblichen äußeren Genitale. In den meisten Regionen Afrikas spricht man dagegen von „Beschneidung“ oder davon, ob eine Frau „offen“ oder „geschlossen“ ist. Der Ausdruck „Beschneidung“ sollte kritisch verwendet werden, da er – analog zur männlichen Zirkumzision – nur die Entfernung der klitoralen Vorhaut betrifft. Der Ausdruck „weibliche Genitalverstümmelung“ trifft die Irreversibilität und Schwere des Eingriffs besser und wird auch von den Vereinten Nationen in allen offiziellen Dokumenten gebraucht. Dennoch sollte betroffenen Patientinnen gegenüber von „Beschneidung“ gesprochen werden, um sie mit der Wortwahl nicht zusätzlich zu stigmatisieren.

FGM betrifft weltweit circa 150 Millionen Frauen und Mädchen. Durch zunehmende Migration werden Ärztinnen und Ärzte auch in Deutschland vermehrt mit Patientinnen konfrontiert, die eine weibliche Genitalverstümmelung erlitten haben. Wichtige Voraussetzungen für den Umgang mit Frauen nach FGM sind ausreichendes Fachwissen, Aufmerksamkeit und Sensibilität.

Weibliche Genitalverstümmelung wird seit mehr als 2 000 Jahren durchgeführt. Der Ursprung dieser Tradition ist unklar. Belege für einen religiösen Hintergrund gibt es nicht. FGM wird nicht nur von Moslems, sondern auch von Christen (Katholiken, Protestanten, Koppen), Juden, Animisten und Atheisten

praktiziert. In vielen Gebieten dient die FGM als Initiationsritual und ist Teil der kulturellen Tradition (15, 25). Sie soll die Frau vor Verdächtigungen, Ungnade und ihrer eigenen Sexualität „schützen“. Ein korrektes moralisches Verhalten und die Treue zum Ehemann sollen damit gewährleistet werden.

FGM wird als Symbol der Weiblichkeit und ethnischen Zugehörigkeit betrachtet. Das Mädchen wird durch den Eingriff in die Gemeinschaft aufgenommen. Eltern lassen die Genitalverstümmelung bei ihren Töchtern durchführen, um ihnen eine gute Zukunft zu sichern (23).

Die Zeremonie der Beschneidung symbolisierte ursprünglich auch den Übergang vom Mädchen zur Frau. Sie wird jedoch heute häufig schon bei Kleinkindern durchgeführt, sodass diese Bedeutung unwichtig geworden ist (23, 15). Auch hygienische und gesundheitliche Faktoren werden zur Rechtfertigung der Genitalverstümmelung angeführt. So soll das Fehlen der Klitoris die Vagina sauber halten und die Fruchtbarkeit erhöhen. Es kursiert außerdem die Vorstellung, dass die Klitoridektomie die sexuelle Lust des Ehemanns steigert und die Kinder- und Müttersterblichkeit senkt (35). In Ägypten ist die Entfernung des äußeren Genitales und der Körperbehaarung ein Attribut für Schönheit. Die Klitoris

dagegen gilt beispielsweise in Mali, Burkina Faso und Westafrika als Symbol für Männlichkeit (17).

Auch aus wirtschaftlichen Gründen wird FGM weiter praktiziert und verbreitet. In einigen Ländern bemisst sich der Brautpreis proportional zum Ausmaß der Operation. Die „Beschneiderinnen“ genießen einen hohen sozialen Status, sie erzielen gute Einnahmen durch die Infibulation, aber auch durch die Defibulation bei einer Geburt oder in der Hochzeitsnacht. In manchen Regionen wird FGM erst jetzt als zusätzliche Verdienstmöglichkeit auch von Hebammen durchgeführt. Aus menschenrechtlicher Sicht ist FGM



Die Skulptur „Infibulation Stone“ stammt von dem nigerianischen Künstler Alloysius Osagie. Sie war im Rahmen der Wanderausstellung „Weibliche Genitalverstümmelung – Künstlerinnen und Künstler aus Nigeria klagen an“ im Frühjahr 2001 in Deutschland zu sehen. Die Ausstellung tourt zurzeit durch die USA.

ein Versuch, Frauen eine untergeordnete Stellung zuzuweisen, indem man sie mit einem Stigma versieht, das sie stets daran erinnert, dass sie „nur Frauen“ sind. Die Genitalverstümmelung verwehrt der

Frau das Recht auf körperliche Unversehrtheit.

Die meisten Frauen mit FGM leben in 28 afrikanischen Staaten (39). Am häufigsten wird die weibliche Genitalverstümmelung in Somalia, dem nördlichen Sudan, Erithrea, Sierra Leone und Djibouti praktiziert (45). Der Sudan ist das einzige Land, in dem bisher Untersuchungen zur Häufigkeit von weiblicher Genitalverstümmelung durchgeführt wurden. Danach sind bis zu 90 Prozent der sudanesischen Mädchen und Frauen beschnitten (14). FGM

kommt jedoch auch in den südlichen Teilen der arabischen Halbinsel, am Persischen Golf und in muslimischen Gemeinden in Indien, Malaysia und Indonesien vor (39). Zunehmend ist auch die Verbreitung unter Immigrantinnen in Europa, Kanada, Australien, Neuseeland und den USA (2, 43). Einer britischen Untersuchung zufolge waren 80 Prozent der Einwanderinnen aus Somalia, dem Jemen, aus Eritrea und Äthiopien „beschnitten“ oder wollten ihre Töchter „beschneiden“ lassen (5).

Die Genitalverstümmelung wird meist von älteren Frauen in traditioneller Weise durchgeführt (47). Die Operation dauert 15 bis 20 Minuten und erfolgt mithilfe von Messern, Skalpellen, Glasscherben, Rasierklingen und Ähnlichem. Anästhetika oder Analgetika werden meist nicht verwendet. Zur Blutstillung werden Salben aus Kräutern oder Asche auf die Wunden aufgetragen. Bei der Infibulation werden die Wundränder mit Dornen oder Seide zusammengehalten. Durch schlechte hygienische Verhältnisse, ungeeignete Instrumente, schlechtes Licht und mangelnde medizinische Kenntnisse wird

den Frauen und Mädchen zusätzlicher Schaden zugefügt. In manchen Ländern nehmen vermehrt Hebammen und anderes medizinisches Personal die weibliche Genitalverstümmelung vor. Ägyptische Frauen berichteten, dass ihre eigene Beschneidung in 13 Prozent der Fälle von Ärzten durchgeführt wurde. Bei ihren Töchtern erfolgt sie bereits in 46 Prozent der Fälle durch ärztliches Personal.

Die „Medikalisierung“ der weiblichen Genitalverstümmelung ist umstritten. Auf der einen Seite kann sie die Komplikationen und eventuell auch das Ausmaß des Eingriffs reduzieren. In den 1970er- und 1980er-Jahren wurden beispielsweise im Sudan und in Somalia traditionelle Hebammen für die weibliche Genitalverstümmelung geschult (15, 41). Aus Kenia wurde über die Verteilung von prophylaktischen Antibiotika, sterilen Einmalrasierern und Tetanus-Impfungen bei betroffenen Mädchen berichtet. Diese prophylaktischen Maßnahmen senkten die Rate an frühen Komplikationen um etwa 70 Prozent (32). In Krankenhäusern im Sudan wurde die weibliche Genitalverstümmelung angeboten, jedoch nur der Typ I der FGM durchgeführt (30). In städtischen Regionen in Mali und Nigeria ist es inzwischen üblich, dass Krankenschwestern die „Beschneidung“ durchführen.

Auf der anderen Seite besteht durch die „Medikalisierung“ die Gefahr der Verharmlosung und der verzögerten Ausrottung der weiblichen Genitalverstümmelung. Die WHO verurteilte 1982 die Beteiligung von medizinischem Personal an der Genitalverstümmelung der Frau als unethisch. In den 1990er-Jahren schlossen sich verschiedene internationale Organisationen dieser Stellungnahme an (International Federation of Gynecology and Obstetrics 1994, American College of Obstetricians and Gynecologists committee opinion 1995). 1996 hat auch der Deutsche Ärztetag die Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an der weiblichen Genitalverstümmelung verurteilt. Derartige Praktiken seien berufsrechtlich zu ahnden, heißt es in einer Entschließung. Entsprechend wurde 1999 einem Berliner Arzt, der FGM durchführte, die Approbation entzogen.

Das Alter, in dem die Genitalverstümmelung vorgenommen wird, unter-

scheidet sich regional (29). In Äthiopien und Nigeria werden die Mädchen im Alter von sieben bis acht Tagen beschnitten, in Somalia, im Sudan und in Ägypten dagegen erst mit fünf bis zehn Jahren. In manchen Gegenden Ostafrikas findet die FGM sogar erst während der Hochzeitsnacht, in Westafrika während der ersten Schwangerschaft statt. Sowohl in den Herkunftsländern als auch bei Migranten zeichnet sich jedoch der Trend ab, die weibliche Genitalverstümmelung in immer jüngerem Alter durchzuführen. Damit sollen Fragen der Schulbehörden vermieden, aber auch verhindert werden, dass sich die Mädchen gegen den Eingriff wehren.

Frauen, die den schwereren Formen von weiblicher Genitalverstümmelung unterzogen werden, leiden mit großer Wahrscheinlichkeit an gesundheitlichen Folgen, die häufig eine lebenslange medizinische Behandlung erfordern. Nur etwa 15 bis 20 Prozent der Komplikationen werden von medizinischem Personal behandelt, weil die nächste Krankenstation zu weit entfernt ist, aber auch aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen (13).

Blutungen während oder nach dem Eingriff können zu Anämie, Hämorrhagie (vier bis 19 Prozent) (11), Hypotension, Schock und Tod führen. Bisher gibt es keine Studien zur Mortalität von Mädchen bei FGM, obwohl man davon ausgehen muss, dass die Sterblichkeit hoch ist (3, 27). Akute Infektionen führen zu Abszessen und Wundheilungsstörungen (14). Andere Komplikationen können hohes Fieber, Tetanus (zwei Prozent) (1), Gangrän oder ein septischer Schock (zwei Prozent) sein (3). Oligurie, Harnverhalt sowie eine Verletzung von Blase, Urethra, Vagina und Rektum wurden beschrieben (11, 3). Durch gewaltsames Festhalten der Frau während des Eingriffs kann es zu Frakturen von Humerus, Femur und Clavicula kommen (13).

Als wichtigste chronische Komplikationen der weiblichen Genitalverstümmelung sind fünf Gruppen zu nennen: Komplikationen der Harnwege, Komplikationen durch Narbenbildung, Komplikationen bei Sexualität und Menstruation sowie Komplikationen in der Schwangerschaft und bei der Geburt. Durch die enge Nachbarschaft

Laut WHO werden vier Typen der weiblichen Genitalverstümmelung unterschieden (Toubia 1995)

Typ I: Die „Sunna“ beschreibt ursprünglich die Exzision der klitoralen Vorhaut. Der Eingriff wird in dieser minimalen Form nur selten durchgeführt, meist erfolgt die partielle oder totale Klitoridektomie (Toubia 1994).

Typ II: Es wird eine Klitoridektomie vorgenommen, und die kleinen Labien werden teilweise oder ganz entfernt. Das Ausmaß des Eingriffs variiert (Iregbulem 1980, Kere 1994). Zusammen mit der „Sunna“ macht diese Form etwa 85 Prozent der FGM aus.

Typ III: Die „Infibulation“ oder „pharaonische Beschneidung“ beinhaltet die Entfernung von Klitoris, kleinen und großen Labien. Die Restvulva wird anschließend mit Seide vernäht oder mit Dornen verschlossen. Das Einführen eines Fremdkörpers verhindert ein vollständiges Verkleben der Wundränder, sodass eine kleine Öffnung für Urin und Menstruationsblut bleibt (Daw 1970). Zum Geschlechtsverkehr muss die verbleibende Vaginalöffnung dilatiert werden. Trotz dieser schmerzhaften Prozedur ist der Verkehr oft nicht möglich, und es muss wie auch zur Geburt eine Defibulation durchgeführt werden. (Ussher 1991)

Typ IV: Darunter werden verschiedene Formen der Genitalverstümmelung gefasst wie das Einstechen, Beschneiden, Dehnen oder Verätzen von Klitoris und Labien, das Ausschaben der Vagina und das Einschneiden von Klitoris und umliegendem Gewebe sowie der Vagina.

des Operationsgebietes kommt es häufig zur Verletzung der Urethra mit nachfolgender Obstruktion oder Strikturen. Die Patientinnen klagen über Harnverhalt, rezidivierende Harnwegsinfekte und Harninkontinenz (1, 10). Die Narbenbildung nach FGM führt in etwa 20 Prozent der Fälle zur partiellen oder kompletten Fusion der Labien (1). 65 Prozent der verstümmelten Frauen leiden an Blutungsstörungen (7). Chronische Adnexitiden und Endometritiden führen ebenfalls zu anhaltenden Schmerzen. Dyspareunie, Vaginismus und Vaginalstenosen führen bei 25 bis 30 Prozent der Frauen nach weiblicher Genitalverstümmelung vom Typ III zu Infertilität (24, 26). Durch Verlust der Klitoris kommt es bei einem Teil der Frauen zu mangelnder Orgasmusfähigkeit.

Vor allem bei Frauen nach weiblicher Genitalverstümmelung vom Typ III ist mit prä-, intra- und postpartalen Komplikationen zu rechnen. Durch die Bildung von Narbengewebe kann es zu einem prolongierten Geburtsverlauf kommen. Es gibt Hinweise, dass es bei Frauen mit FGM daher beim Kind häufiger zu schwerer Asphyxie oder zum Tod kommt (4). Durch Defibulation unmittelbar vor der Geburt kann die Entbindung erleichtert und das Risiko der Geburtsverletzungen gesenkt werden. Die Rate an Dammsrissen, Wundinfektionen, Wundheilungsstörungen und postpartalen verstärkten Nachblutungen ist jedoch erhöht (10, 31).

Die Genitalverstümmelung kann ein schwerwiegendes Trauma hinterlassen. Die psychologischen Begleiterscheinungen können sich tief in das Unterbewusstsein des Mädchens eingraben und Verhaltensstörungen verursachen. Unter Umständen ist die körperliche und seelische Belastung so stark, dass die Betroffenen das Erlebnis nicht nur verdrängen, sondern abspalten.

Langfristig leiden die Frauen unter vielfältigen psychischen Symptomen wie dem Gefühl von Unvollständigkeit und Minderwertigkeit, Angst, Depression, chronischer Reizbarkeit, Frigidität, und Partnerschaftskonflikten. Viele durch die Genitalverstümmelung traumatisierte Frauen haben keine Möglichkeiten, ihre Gefühle und Ängste auszudrücken und leiden im Stillen.

Internationale Organisationen, wie die WHO, der Weltärztebund, die UNESCO, UNICEF und das Europa-Parlament, verurteilen die weibliche Genitalverstümmelung. Ein Gesetz, das FGM verbietet, gibt es in Europa jedoch nur in Großbritannien, Schweden, Norwegen, Dänemark und Belgien (12). Außerhalb Europas haben Ägypten, Australien, Benin, Burkina Faso, Djibouti, Elfenbeinküste, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kanada, Kenia, Neuseeland, Niger, Senegal, Simbabwe, Tansania, Togo, Uganda, die USA sowie die Zentralafrikanische Republik Gesetze gegen die weibliche Genitalverstümmelung verabschiedet. Die Bestrafung reicht von einer Geldbuße bis zu lebenslanger Haft.

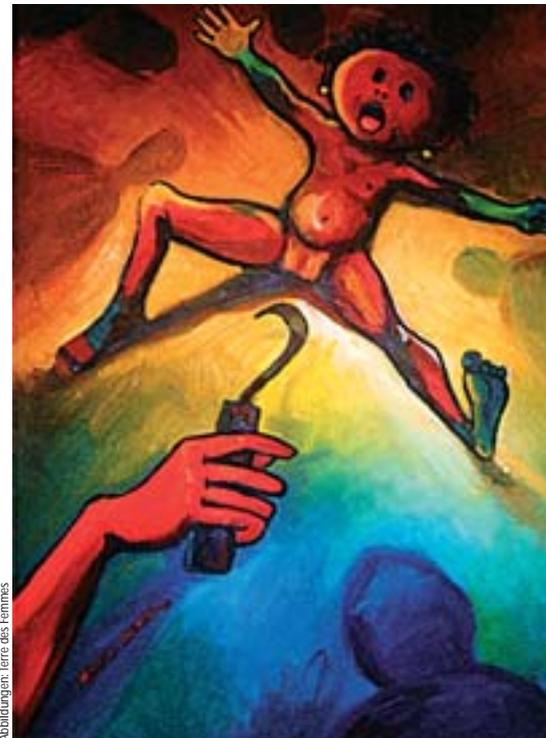
In Deutschland ist ein Gesetz, das die weibliche Genitalverstümmelung verbietet, nach Ansicht von Juristen nicht notwendig, da sie als einfache, gefährliche oder schwere Körperverletzung (§§ 223, 224, 226 StGB) oder Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 StGB) beziehungsweise Misshandlung von Schutzbefohlenen (§ 225 StGB) gilt und damit strafbar ist. Dies trifft auch dann zu, wenn der Eingriff auf Verlangen oder mit Einwilligung der Patientin oder ihrer Erziehungsberechtigten erfolgt, da er gegen die guten Sitten verstößt. Dem „Beschneider“ droht damit in Deutschland eine Freiheitsstrafe von bis zu 15 Jahren (Drucksache des Deutschen Bundestags Nr. 14/6682).

Dennoch bleiben rechtliche Fragen ungeklärt. Muss ein Arzt seine Schweigepflicht brechen, um ein gefährdetes Mädchen davor zu schützen, in ihrem Heimatland oder auch in Deutschland beschnitten zu werden? Bislang haben Ärzte in diesem Fall das Recht, ihre Schweigepflicht zu brechen, eine Meldepflicht wie zum Beispiel in Frankreich gibt es jedoch nicht. Ob Gesetze die Tradition der FGM wirksam bekämpfen können, ist umstritten. Bildungsprogramme, die ein Bewusstsein in der Bevölkerung der betroffenen Länder fördern, über die medizinischen Folgen informieren und über Menschenrechte aufklären, sollten die gesetzlichen Verbote zweifellos begleiten.

Die weibliche Genitalverstümmelung ist ein Problem, das durch zunehmende Migration auch in Deutschland immer häufiger werden kann. Um die

Töchter betroffener Frauen zu schützen, sollten Präventionsgespräche stattfinden, in denen die medizinischen Folgen und die internationale Haltung angesprochen werden. Die psychosozialen Beratungsstellen in Deutschland haben wenig Erfahrung mit den besonderen Problemen von Frauen mit weiblicher Genitalverstümmelung. Insbesondere in den Großstädten sollten diese Einrichtungen für das Konfliktfeld der FGM ausgebaut werden.

Aufgabe der Ärzte und Beratungsstellen ist es, den von weiblicher Geni-



Abbildungen: Tiere des Femmes

Aus derselben Ausstellung: „Die schreckliche Hand, die verstümmelt“ von Wande George

talverstümmelung betroffenen Frauen eine Betreuung zu ermöglichen, die den kulturellen Hintergrund respektiert, einfühlsam reagiert und eine individuelle Lösung des Konflikts sucht.

■ Zitierweise dieses Beitrags:

Dtsch Arztebl 2006; 103(13): A 842–845



Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das beim Verfasser erhältlich oder im Internet unter www.aerzteblatt.de/lit1306 abrufbar ist.

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. med. Heribert Kantenich
Dr. med. Isabell Utz-Billing
Frauenklinik, DRK-Kliniken Westend
Spandauer Damm 130, 14050 Berlin

Internet-Literaturverzeichnis Heft 13/2006, zu:

Lebenslanges Leiden

Heribert Kantenich, Isabell Utz-Billing

Literatur Internet

1. Agagua N, Egwuatu V: Female circumcision: management of urinary complications. *J Trop Pediatr* 1982; 28: 248–52.
2. Armstrong S: Female circumcision: fighting a cruel tradition. *N Scien* 1991; 2: 42–7.
3. Aziz FA: Gynaecologic and obstetric complications of female circumcision. *Int J Obstet Gynaecol* 1980; 17: 560–3.
4. Balk D: To marry and bear children? The demographic consequences of infibulation in Sudan. Lynne Reiners Publ. CO Boulder 2000.
5. Black JA, Debelle GD: Female genital mutilation in Britain. *Brit Med J* 1995; 310: 1590–2.
6. Brooks G: The verses. *Guardian Weekend*, 11 March: 12–9, 1995.
7. Brown Y: Female circumcision. *Can Nurs* 1989; 85: 19–22.
8. Chalmers B, Hashi KO: 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth* 2000; 27: 227–34.
9. Daw E: Female circumcision and infibulation complicating delivery. *The Practitioner* 1970; 204: 559–63.
10. De Silva S: Obstetric sequelae of female circumcision. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1989; 32(3): 233–40.
11. Dirie M, Lindmark G: The risks of medical complications after female circumcision. *East Afr Med J* 1992; 69: 479–82.
12. Dorkenoo E, Elworthy A: Female Genital Mutilation: Proposals for Change. Minority Rights Group London, 1992.
13. Elchalal U, Ben-Ami B, Gilis R, Brzezinski A: Ritualistic female genital mutilation: current status and future outlook. *Obstet Gynecol Surv* 1997; 52: 643–51.
14. El Dareer AA: Epidemiology of female circumcision in the Sudan. *Trop Doctor* 1983; 13: 41–5.
15. Gruenbaum E: The female circumcision controversy. Philadelphia: University of Pennsylvania Press 2001.
16. Hosken F: The epidemiology of female genital mutilations. *Trop Doctor* 1978; 8: 150–6.
17. Hosken F: The Hosken Report: Genital and sexual mutilation of females. Lexington, MA: Women's International Network News, 1982 und 1993.
18. Iregbulem LM: Post-circumcision vulval adhesions in Nigerians. *Br J Plast Surg* 1980; 33: 83–6.
19. Jones H, Diap N, Askew I, Kabore I: Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes. *Stud Family Plan* 1999; 30: 219–30.
20. Karim M, Ammar R: Female circumcision and sexual desire. *Ain Shams Med J* 1996; 17: 2–39.
21. Kaso-Thomas O: The circumcision of women. A strategy for eradication. London: Zed Books 1987; 25–8.
22. Kere LA, Tapsaba I: Charity will not liberate women. In: Marsky J, ed. *Private Decisions, Public Debate. Women, Reproduction and Population*. London: Panos Press 1994; 43–56.
23. Mackie G: Female genital cutting: the beginning of the end. Lynne Reiners Publ. Boulders CO, 2000.
24. MacLeod T: Female genital mutilation. *J Soc Gynaecol Can* 1995; 333–42.
25. Mandura MU: Female genital mutilation in Nigeria. *Int J Gynecol Obstet* 2004; 84: 291–98.
26. Meniru G: Female genital mutilation. *Brit J Obstet Gynaecol* 1994; 101 (9): 832.
27. Modawi S: The impact of social and economic changes in female circumcision. In: Sudan Medical Association, eds. *Proceedings of the Third Congress of Obstetrics and Gynaecology, Khartoum*. Sudan Medical Association Congress Series, No. 1. Khartoum, Sudan Medical Association 242–54, 1973.
28. Mustafa AZ: Female circumcision and infibulation in the Sudan. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1966; 73: 302–6.
29. Myers R, Omorodoin F, Isealumber A, Akenzula G: Circumcision: its nature and practice among some ethnic groups in S. Nigeria. *Soc Sci Med* 1985; 21: 581–85.
30. Obiora LA: Bridges and barricades: rethinking polemics and intransigence in the campaign against female circumcision. *Case Western Law Review* 1997; 47: 275–78.
31. Shandall AA: Circumcision and infibulation of females: a general consideration of the problem and a clinical study of the complications in sudanese women. *Sudan Med J* 1967; 5: 178–212.
32. Shell-Duncan B, Muruli LA, Obiero W: Women without choices: the debate over medicalization of female genital mutilation and its impact on rural community. In: *Female „circumcision“ in Africa: culture, controversy and change*. Boulder, CO: Lynne Reiners Publ. 2000.
33. Stewart H, Morison L, White R: Determinants of coital frequency among married women in Central African Republic: the role of female genital cutting. *J Biosoc Sci* 2002; 34: 525–39.
34. Thierfelder C, Hotz Ch, Kessler C: Migrantinnen mit genitaler Verstümmelung in der Schweiz: Schweizerische Rundschau für Medizin 2003; 31/32: 1307–14.
35. Toubia N: Female genital mutilation: A call for global action. New York: Rainbow/Women Ink. 1993.
36. Toubia N: Female genital mutilation and the responsibility of reproductive health professionals. *Int J Gynecol Obstet* 1994; 46: 127–35.
37. Toubia N: Female circumcision as a public health issue. *New Engl J Med* 1994; 331: 712–6.
38. Toubia N: Female genital mutilation: a call for global action. 2nd edition. New York: RAIMB. 1995; 42–5.
39. Toubia N: *Caring for Women with Circumcision*. New York: Rainbo; 1999.
40. Ussher J: *Women's Madness: Misogyny or Mental Illness?* Harvester Wheatsheaf, Hemel Hempstead, 1991.
41. Van der Knaak A: Female circumcision and gender identity: a questionable alliance. *Soc Sci Med* 1992; 35: 777–87.
42. Verzin JA: Sequelae of female circumcision. *Trop Doctor* 1975; 5: 163–9.
43. Vissandjee B, Kantiebo M, Levine A and N'Dejuru R: The cultural context of gender identity: female genital, excision and infibulation. *Health Care Wom Internat* 2003; 24: 115–24.
44. WHO. Female Genital Mutilation Report of a WHO Technical Working Group. Geneva: WHO; 1995.
45. WHO. Female genital mutilation information pack, Gender and Women's Health Department. Geneva: WHO; 1996.
46. WHO. Female genital mutilation: A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement. Geneva: WHO; 1997.
47. WHO. Female genital mutilation. Programmes to date: what works and what doesn't. Geneva: WHO; 1999.
48. Wilson HW: What's culture got to do with it? Excising the harmful tradition of female circumcision. *Harvard Law Review* 1993; 106: 1944–61.