

KAROLINA WIŚNIEWSKA*

ETYCZNE ASPEKTY „OBRZEZANIA”**

Słowa kluczowe: female genital cutting, obrzezanie, genital alteration, etyka, bioetyka, kompromis z Seattle, decyzje podejmowane za pacjentów niekompetentnych, zasada krzywdy, standard najlepszego interesu

Keywords: female genital cutting, circumcision, genital alteration, ethics, bioethics, Seattle compromise, surrogate decision making, harm principle, best interest standard

* Karolina Wiśniowska – prawniczka i filozofka, absolwentka Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Wydziału Filozoficznego Uniwersytetu Jagiellońskiego, a także Międzywydziałowych Indywidualnych Studiów Humanistycznych na Uniwersytecie Jagiellońskim. Obecnie jest doktorantką w Szkole Doktorskiej Nauk Humanistycznych Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz asystentką w projekcie badawczym finansowanym przez Europejską Radę ds. Badań Naukowych w ramach konkursu Starting Grant w latach 2019–2024, nr umowy 805498, pn. „Niepewność w argumentacji bioetycznej: badania genetyczne, medycyna prewencyjna, decyzje prokreacyjne (BIOUNCERTAINTY)”.

Address for correspondence: Jagiellonian University, Faculty of Philosophy, Institute of Philosophy and Interdisciplinary Centre for Ethics; Jagiellonian University, Doctoral School in the Humanities, Grodzka 52, 31-044 Kraków. E-mail: karolina.wisniowska@uj.edu.pl.

** Projekt ten uzyskał finansowanie Europejskiej Rady ds. Badań Naukowych z programu Unii Europejskiej Horyzont 2020 w zakresie badań naukowych i innowacji (numer umowy grantowej: 805498). This project has received funding from the European Research Council (ERC) under the European Union’s Horizon 2020 research and innovation programme (grant agreement No. 805498).

Wprowadzenie

Female genital cutting (FGC) to zbiorcze określenie praktyk usuwania lub uszkadzania w inny sposób niektórych lub wszystkich zewnętrznych żeńskich narządów płciowych bez wskazań medycznych (WHO, 2016). W przeważającej mierze dotyczy to rytualnych cięć dokonywanych z powodów społecznych i religijnych w niektórych częściach Afryki oraz na Bliskim Wschodzie. Szacuje się, że na świecie ponad 200 milionów kobiet zostało poddanych lub poddało się jakiejś formie FGC (WHO, 2016). Procedury tego typu najbardziej rozpowszechnione są w Somalii, Gwinei, Dżibuti, Egipcie, Erytrei, Mali, Sierra Leone, Sudanie, Gambii, Burkina Faso, Etiopii, Mauretanii, Liberii i w Irackim Kurdystanie (UNICEF, 2013). We wszystkich wymienionych powyżej krajach, za wyjątkiem Mali, Sierra Leone, Gambii i Liberii, obowiązują przepisy zakazujące FGC, jednak wciąż nie są one przestrzegane (UNICEF, 2013). Wskazuje się, choć nie ma danych określających skalę zjawiska, że FGC jest również przeprowadzane w innych rejonach, m.in. w Indonezji, Malezji, Arabii Saudyjskiej, Kolumbii, Jordanii i Omanie (UNICEF, 2013). Praktyka jest również obecna wśród przedstawicieli społeczności imigranckich wywodzących się z wymienionych obszarów (The Brussels Collaboration..., 2019). Przykładowo, badania przeprowadzane w Skandynawii pokazały, że z 220 przebadanych kobiet ze społeczności północnoafrykańskich 140 zostało poddanych FGC przed migracją, ale pozostałe 80 już w trakcie stałego zamieszkiwania w Europie, podczas krótkoterminowej wizyty w rodzinnym kraju. Ponadto, z 76 córek badanych kobiet 15 również zostało poddanych procedurze (Elgaali, Stevens, Mårdh, 2005). Należy dodać, że we wszystkich krajach skandynawskich przeprowadzanie FGC jest prawnie zakazane (Grzyb, 2016). Z podobnymi problemami mierzą się również takie kraje, jak choćby Wielka Brytania i Francja (Guiné, Moreno Fuentes, 2007).

Wielu wyznawców islamu uznaje dokonywanie rytualnych cięć za nakaz wynikający z tejże religii, choć istotność tej normy – przytoczonej nie w treści Koranu, a w Sunnie – pozostaje kwestią sporną (Coleman, 1998). FGC nie jest jednak ściśle związane z islamem. Jest to praktyka powszechna w niektórych społecznościach niemuzułmańskich (UNICEF, 2013, s. 73), podczas gdy w części krajów muzułmańskich praktycznie nie występuje (przykładem może być Niger, gdzie tylko 2% kobiet jest jej poddawanych). Można więc wskazać, że to przynależność etniczna w większym stopniu niż

wyznanie wpływa na ryzyko bycia poddaną FGC (Grzyb, 2016; UNICEF, 2013). Wskazuje się również, że płynąca głównie z Zachodu krytyka wobec tej praktyki bywa czasem pozbawiona zrozumienia dla odmienności kultur, w których jest ona praktykowana i przez to krytyka ta może być odbierana jako przejaw imperializmu kulturowego. W części środowisk może się to przekładać na wzrost poparcia dla wykonywania procedury (Coleman, 1998).

Światowa Organizacja Zdrowia wyróżnia cztery typy FGC. Pierwszy obejmuje klitoridektomię, czyli usunięcie całości lub części łechtaczki. Drugi bywa określanym jako wycięcie i polega na częściowej lub całościowej amputacji łechtaczki oraz warg sromowych mniejszych, a czasem również i warg sromowych większych. Typ trzeci, nazywany także infabulacją, polega na usunięciu wszystkich zewnętrznych narządów płciowych (czasem przy pozostawieniu łechtaczki) i zaszyciu rany, tak aby pozostał jedynie niewielki otwór, przez który wydobywać może się mocz oraz krew menstruacyjna. Czwarty typ jest zbiorczą nazwą dla innych procedur dokonywanych na kobiecych genitaliach z powodów pozamedycznych, w tym dokonywania nacięć, określanym także czasem jako obrzezania symboliczne, ale i piercingu (WHO, 2013). Definicja przyjęta przez WHO jest na tyle pojemna, że mieści w sobie również operacje plastyczne, takie jak labioplastyka.

W tekście przedstawiono porównanie procedur należących do FGC do obrzezania chłopców. Następnie rozważono, czy dopuszczalne jest poddawanie dzieci tego rodzaju zabiegom w kontekście standardów dotyczących podejmowania decyzji w imieniu pacjentów niekompetentnych oraz czy możliwy jest kompromis dotyczący FGC.

Kwestia terminologii

Często, zarówno w przekazach publicystycznych, jak w literaturze i praktyce medycznej oraz dokumentach dotyczących polityki medycznej, używa się określenia *mutilation* („okaleczenie” – tłum. K.W.). Taką terminologię przyjęły także agendy ONZ (WHO mówi o *female genital mutilation*, UNICEF używa określenia *female genital mutilation / cutting*). Określenie to może jednak być problematyczne z kilku względów. W zakres znaczenia *female genital mutilation* wchodzi bardzo różne praktyki: od mało po skrajnie inwazyjne. Ponadto nie jest jasne, czy nazwa *okaleczenie* odnosi się do symbolicznego, czy do psychosocjalnego aspektu praktyki. Wreszcie takie

określenie może prowadzić do stygmatyzacji osób, które zostały poddane procedurze, i wpływać choćby na podejmowane przez nie decyzje medyczne czy osobiste (Duivenbode, Padela, 2019).

Potocznie całe spektrum procedur zaliczanych do *female genital mutilation* bywa też określane jako *żeńskie obrzezanie*. Nazwa spotkała się z krytyką: zarzucano jej, że może legitymizować te praktyki. Określenie *obrzezanie* rodzi bowiem skojarzenia z obrzezaniem chłopców i mężczyzn, polegającym na usunięciu części lub całego napletka, wykonywanym powszechnie również w krajach zachodnich (Grzyb, 2016) i przez wielu uznawanym za praktykę neutralną, a nawet korzystną. W wielu – ale nie we wszystkich – społecznościach, w których się je przeprowadza, obrzezanie zostało zmedykalizowane i jest obecnie wykonywane przez lekarzy w szpitalach. Jednak z drugiej strony istnieją głosy, że różnica w terminologii prowadzi do bagatelizowania mniej drastycznych, ale wciąż zbędnych z medycznego punktu widzenia rytualnych procedur dokonywanych wobec chłopców. Davis proponuje używanie terminu *genital alteration* (pol. „alteracja genitaliów” – tłum. K.W.) na określenie procedur dokonywanych zarówno wobec chłopców, jak i wobec dziewczynek (Davis, 2001).

W tym tekście – za najnowszymi anglojęzycznymi publikacjami dotyczącymi tej kwestii – przyjęte zostały określenia *female genital cutting* (FGC) na określenie procedur dokonywanych wobec dziewczynek i *obrzezanie* na określenie praktyk przeprowadzanych na chłopcach.

FGC a obrzezanie chłopców

W przypadku FGC komplikacje mogące wystąpić natychmiast po zabiegu różnią się w zależności od typu przeprowadzanej ingerencji oraz warunków higienicznych (Utz-Billing, Kentenich, 2008). Brak zachowania należytej higieny powodować może między innymi infekcje, gorączkę, problemy z gojeniem się rany, a nawet doprowadzić do śmierci (Reyners, 2004).

Podobnie jest z obrzezaniem. Gdy jest ono wykonywane w złych warunkach higienicznych, istnieje możliwość wystąpienia infekcji, w sytuacjach skrajnych mogących prowadzić nawet do śmierci. Przy przeprowadzaniu zabiegów często nie stosuje się znieczulenia – nawet gdy mowa o ingerencjach wykonywanych w szpitalu (Davis, 2001). Obrzezanie może powodować pewne niedogodności w życiu seksualnym mężczyzny. Ponadto

istnieje także niezerowe ryzyko błędu lekarza i przypadkowej amputacji części penisa (Earp, 2015). Można również wskazać pewne pozytywne aspekty obrzezania męskiego, takie jak zmniejszenie ryzyka zakażenia wirusem HIV przez kontakt seksualny oraz zarażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, a także zapadnięcia na nowotwory prącia i zakażeń układu moczowego (Moses, Bailey, Ronald, 1998). Podkreśla się jednak, że mimo to obrzezanie nie spełnia powszechnie akceptowanych kryteriów określających dopuszczalność przeprowadzania prewencyjnych procedur medycznych u dzieci, ponieważ nie jest najlepszym sposobem na uniknięcie wyżej wymienionych zagrożeń zdrowotnych (Frisch i in., 2013). Obecnie zabieg jest bardziej inwazyjny niż w starożytności, kiedy tradycja ta została zapoczątkowana – usuwana jest typowo większa ilość tkanki (Earp, 2015). Większość towarzystw medycznych w krajach zachodnich stoi na stanowisku, że ryzyko związane z procedurą jest większe niż jej potencjalne korzyści (Frisch, Earp, 2018).

Długotrwałe problemy ze zdrowiem wynikające z przeprowadzenia obrzezania to często skutki uboczne nieprawidłowego wykonania tej procedury. Inaczej jest z większością praktyk należących do FGC – negatywne rezultaty są nieodłącznie związane z samą istotą tych zabiegów. Należą do nich występujące bezpośrednio po przeprowadzeniu procedury problemy z oddawaniem moczu, krwawienie, opuchlizna, a często również problemy psychiczne (szok) oraz ból (Reyners, 2004). Do skutków długotrwałych należą problemy z układem moczowym, większe ryzyko infekcji, bliznowacenie, problemy z przechodzeniem menstruacji oraz odbywaniem stosunków płciowych, zwiększone ryzyko komplikacji okołoporodowych oraz problemy psychiczne, takie jak depresja, PTSD, niska samoocena czy stany lękowe (Reisel, Cleighton, 2015). Często w późniejszym życiu konieczne jest przechodzenie przez kobietę innych operacji związanych ze stanem jej zdrowia spowodowanym procedurą, której została poddana we wczesnym dzieciństwie (WHO, 2016).

FGC pojawia się w rozmaitych kontekstach społeczno-kulturowych i jest praktykowana z różnych pobudek. Niemniej praktykom zaliczanym w jej ramy zarzuca się przede wszystkim ścisły związek z patriachatem, służenie kontroli mężczyzn nad kobietami, zwłaszcza w sferze seksualnej, oraz odmawianie im przyjemności seksualnej – gdy w tym samym czasie tradycja ta ma w niektórych przypadkach na celu zwiększenie przyjemności seksualnej mężczyzn (Grzyb, 2016). Wskazuje się także, że do wykształcenia

się tego zwyczaju mogło doprowadzić przekonanie o niższości kobiet wobec mężczyzn, zwłaszcza w kwestii racjonalności, oraz o ich częstszym uleganiu pokusom cielesnym (Silverman, 2004). Jednakże procedury z zakresu FGC bywają popierane przez poddawane im kobiety, które wśród pozytywów najczęściej wskazują na to, że przejście procedury pozwala zagwarantować status społeczny, symbolizuje czystość i zwiększa szanse na zamążpójście. Ponadto w uzasadnieniach pojawiają się także względy estetyczne oraz kwestie honoru (UNICEF, 2013). Warto również zwrócić uwagę, że w wielu kulturach ingerencje w genitalia dokonywane są na wszystkich dzieciach, niezależnie od ich płci, i często procedury te mają być analogiczne względem siebie (Earp, 2015).

Jednocześnie wskazać można na problematyczną symbolikę związaną z obrzezaniem chłopców. Żydowska tradycja nie nakazywała nigdy „obrzezowania” dziewczynek, co mogło wiązać się z patriarchalnym poglądem o wyróżnionej pozycji mężczyzn w tej społeczności. Podobnie jak FGC, obrzezanie chłopców bywało sposobem na kontrolę seksualności (choć zachodzi tu różnica co do skali zjawiska oraz faktycznego wpływu na życie seksualne osób poddanych procedurze). Współcześnie poddawanie dzieci obrzezaniu może – podobnie jak FGC – wiązać się z przekonaniami o charakterze estetycznym, ale także służyć higienie (Earp, 2015).

Wykonywanie FGC i obrzezania na dzieciach

Od lat dominującym standardem, który służy określaniu dopuszczalności decyzji medycznych podejmowanych przez rodziców w sprawach ich dzieci, które nie są zdolne do wyrażenia własnych opinii, jest standard najlepszego interesu (*best interest standard* – BIS) (Buchanan, Brock, 1990; Birchley, 2016; Bester, 2019). Buchanan i Brock pokazują, że określenie, co leży w najlepszym interesie niekompetentnych pacjentów jest skomplikowanym przedsięwzięciem, ponieważ liczba czynników, które należy uwzględnić w ocenie, jest ogromna. Można jednak wyróżnić interesy istotniejsze – oczywistym przykładem jest uniknięcie śmierci pacjenta czy też jego chronicznego bólu – i te mniej istotne. Wśród wartości, które są szczególnie ważne w decyzjach dotyczących pacjentów niekompetentnych, fundamentalne są autonomia oraz dobro pacjenta. Wyrażenie opinii przez niemowlęta jest jednak oczywiście niemożliwe. Ze względu na ograniczenia związane z wczesnym etapem

rozwoju, na którym znajdują się trochę starsze, kilkuletnie dzieci, opiniom i preferencjom wyrażanym przez nie trudno nadawać wiążący charakter. Podstawową wartością pozostaje więc przede wszystkim dobro dziecka. Działanie w zgodzie z nim ma służyć także autonomii, to jest – jeśli to możliwe – umożliwić małoletniemu pacjentowi jej uzyskanie w przyszłości. Chroniąc więc interesy dziecka, należy przywiązywać mniejszą wagę do jego aktualnych preferencji lub preferencji prawnych opiekunów, a większą do obiektywnych przesłanek medycznych przemawiających za lub przeciw podjęciu konkretnego działania. Jednak Buchanan i Brock zwracają uwagę, że w decyzjach dotyczących dzieci podejmowanych na podstawie standardu najlepszego interesu należy uwzględnić również trzecią istotną wartość, czyli interesy rodziców. W związku z tym mogą wystąpić sytuacje, w których maksymalizacja dobra dziecka wbrew istotnym interesom rodziców nie będzie moralnie uprawniona (Buchanan, Brock, 1990).

Standard najlepszego interesu wyklucza zarówno zgodę na FGC, jak i na obrzezanie (Dresser, 2003) w wariantach polegających na amputacji tkanek. Ryzyko dla zdrowia poddawanych procedurom dzieci jest zbyt duże, żeby w tych sytuacjach interesy rodziców mogły przeważać nad fundamentalnymi zasadami, którymi, w zgodzie z tym modelem, należy się kierować. Zarówno w przypadku FGC, jak i obrzezania, ryzyka związane z procedurami przeważają nad korzyściami. Ponadto niewykonanie ingerencji służy także przyszłej autonomii jednostek, które w dorosłym życiu będą mogły zdecydować, czy tego typu procedurom się poddać.

W literaturze proponowany jest także model oparty na zasadzie krzywdy (*harm principle*) (Dresser, 2003; Diekema, 2004), sformułowanej po raz pierwszy przez Johna Stuarta Milla (Mill, 2005). Diekema wskazuje, że standard najlepszego interesu jest trudny do wykorzystania w praktyce. Po pierwsze brakuje precyzyjnej definicji „najlepszego interesu”. Po drugie – pytanie o niego jest niewątpliwie pytaniem o wartości i większość rodziców z pewnością kieruje się subiektywnie pojmowanym najlepszym interesem swojego dziecka przy podejmowaniu decyzji medycznych, nawet jeśli decyzje te stoją w rażącej sprzeczności z rekomendacjami lekarzy. W związku z tym państwo, ingerując w decyzje medyczne dotyczące małoletnich pacjentów, musi przyznać pewnym wartościom pierwszeństwo nad innymi. Po trzecie – nie zawsze „najlepszy interes” może być zredukowany do czysto obiektywnych wskazań medycznych – natura interesów jest złożona i trudno zważyć różne czynniki wchodzące w ich skład.

W końcu – najlepszy interes dziecka nie jest standardem wymaganym przy podejmowaniu pozamedycznych decyzji z zakresu władzy rodzicielskiej. W większości sytuacji godzimy się na pewien kompromis, ważąc interesy dzieci i reszty rodziny. Diekema ostatecznie przekonuje, że reguła oparta na unikaniu krzywdy wyznacza właściwe ramy prawne i etyczne przy ocenie decyzji medycznych dotyczących małoletnich, a ponadto jest już obecnie często używana w tym celu w praktyce prawnej (Diekema, 2004).

W modelu opartym na zasadzie krzywdy FGC, polegające na amputacji tkanek, generalnie nie byłoby dopuszczalne, choć można by zezwolić na procedury polegające wyłącznie na usunięciu napletka łechtaczki (tak: Arora, Jacobs, 2016), natomiast obrzezanie już tak. Obrzezanie nie kreuje bowiem znaczącego ryzyka krzywdy i w świetle kryteriów przedstawionych przez Diekemę (2004, s. 252) nie stanowi wystarczającej przesłanki, żeby usprawiedliwić interwencję państwa w decyzje rodziców. Podobny standard obowiązuje w praktyce – obrzezanie chłopców jest dozwolone we wszystkich państwach świata. Próby wprowadzenia karalności za przeprowadzanie obrzezania na dzieciach z przyczyn innych niż medyczne nie doprowadziły dotychczas do zmiany prawa (Notini, Earp, 2018; Staff, 2019). Zwraca się jednak uwagę, że podejście normalizujące tę procedurę jest przejawem „kulturowego biasu” (Frish i in., 2013), co stawia pod znakiem zapytania także każdy standard, który pozwala na jej przeprowadzanie. Ponadto interpretacja zasady krzywdy stanowi nie mniejsze wyzwanie niż interpretacja standardu najlepszego interesu (Bester, 2019) – pojęcie „krzywdy” bywa rozumiane bardzo różnie i jest zależne od wielu czynników, w tym tradycji, kultury i kultury prawnej.

Bester proponuje podejście uwzględniające obydwa aspekty: wyważenie najlepszych interesów dziecka oraz unikanie narażania go na ryzyko doznania krzywdy (Bester, 2018). W tym celu postuluje przeprowadzanie testu dwóch pytań:

1. Czy można sformułować racjonalny (tzn. np. unikający wewnętrznych sprzeczności) argument świadczący o tym, że podjęta decyzja leży w najlepiej pojętym interesie dziecka, przy uwzględnieniu wszelkich okoliczności?
2. Czy decyzja naraża dziecko na ryzyko krzywdy, rozumianej jako poważna i oczywista szkoda dla jego dobra? (Bester, 2018).

Jeśli rozważyć FGC oraz obrzezanie chłopców w kontekście propozycji Bestera, w obu wypadkach, w wariantach polegających na amputacji tkanek,

można sobie wyobrazić, że rodzice sformułują argument przemawiający za podjęciem takiego działania, biorąc pod uwagę, poza medycznymi, również kwestie religijne oraz społeczne. Gdy mowa o FGC może się on jednak okazać nieprzekonujący, choćby ze względu na spór co do istnienia nakazu takiego działania w islamie. W przypadku obrzezania chłopców, przynajmniej w judaizmie, nie ma tego rodzaju wątpliwości. Rozważając jednak aspekt krzywdy w wariancie przedstawionym przez Bestera, należy stwierdzić, że w obu wypadkach mamy do czynienia z narażeniem dziecka na ryzyko jej doznania. FGC rozumiane jako amputacja całości lub części zewnętrznych narządów płciowych może – jak zostało już wskazane – biorąc pod uwagę zarówno następstwa samego zabiegu, jak i możliwe komplikacje, spowodować poważną i oczywistą szkodę dla dobra poddanej mu osoby (brak przeprowadzenia zabiegu nie będzie skutkowało tego rodzaju zagrożeniem). Obrzezanie chłopców również generuje ryzyko, które – w porównaniu ze skutkami nieprzeprowadzenia zabiegu – sprawia, że procedurę należy uznać za niedopuszczalną.

Podsumowując, gdy mowa o dokonywaniu obu opisywanych powyżej praktyk na dzieciach na prośbę ich rodziców, argumenty przeciwko zdecydowaniu przeważają. Tylko przy zastosowaniu liberalnie rozumianego standardu opartego na zasadzie krzywdy można uzasadnić brak zakazu obrzezania chłopców. Pomimo że opiekunowie mają prawo do wychowania potomstwa zgodnie ze swoim światopoglądem oraz do decydowania o poddaniu czy odmowie poddania go zabiegom medycznym, trudno wskazać przekonujący argument usprawiedliwiający tak ryzykowną ingerencję w organizm dziecka, dokonywaną bez żadnych medycznych wskazań. Jednak prawo wszystkich krajów świata, jak i prawo międzynarodowe, dopuszcza obrzezanie chłopców, często nie określając dodatkowych warunków dotyczących na przykład tego, w jaki sposób można takie zabiegi przeprowadzać. Inaczej jest z FGC, które w większości krajów jest zakazane (Grzyb, 2016). W Europie orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka jasno określa FGC jako przemoc wobec dzieci i rażącą ingerencję w ich fizyczną integralność (Kool, 2010).

Propozycja kompromisu z Seattle

W Seattle żyje spora grupa imigrantów somalijskiego pochodzenia. Personel medyczny szpitala Harborview Medical Center często spotykał się z prośbami wywodzących się z niej rodziców o „obrzezanie” nowo narodzonego dziecka, niezależnie od jego płci. Lekarze w Stanach Zjednoczonych powszechnie dokonują obrzezania chłopców (Owings, Uddin, Williams, 2013), natomiast oczywiście nie praktykuje się w tym kraju FGC. W 1996 roku szpital, po zebraniu się w tej sprawie konsylium lekarskiego, wyszedł z propozycją kompromisu, którego motywami był z jednej strony szacunek dla przekonań opiekunów, a z drugiej świadomość tego, że w sytuacji odmowy dziewczynki zostaną poddane „obrzezaniu” w warunkach pozaszpitalnych. Lekarze zaoferowali podjęcie się dokonania na każdym niemowlęciu płci żeńskiej, którego rodzice wyrażą taką wolę, delikatnego nacięcia w obszarze narządów płciowych, wystarczającego do tego, aby połała się krew, bez usuwania żadnych tkanek czy narządów oraz bez pozostawiania blizny. Przynajmniej dla części rodziców wypełniony zostałby nakaz tradycji – niektóre matki prosiły o wykonanie zabiegu właśnie w takiej formie – a dziewczynki nie byłyby narażone na wykonanie procedury przez znachorki w jej znacznie bardziej drastycznej postaci. Lekarze podkreślali, że ich propozycja godzi potrzebę rodziców, aby postąpić zgodnie z kulturowym nakazem, oraz etyczne obowiązki medycyny. Ponadto liczyli na to, że wyjście będzie tymczasowe i doprowadzi ostatecznie do porzucenia praktyki wśród drugiego pokolenia imigrantów z tej społeczności. Propozycja ta spotkała się z olbrzymimi protestami, a nawet z groźbami kierowanymi w stronę lekarzy i ostatecznie została porzucona (Coleman, 1998).

W literaturze wyróżniono trzy główne problemy z kompromisem z Seattle. Pierwszy, który zostanie określony tutaj jako medyczny, dotyczy tego, że wykonywanie zabiegu, nawet w złagodzonej formie, stanowi niepotrzebną z medycznego punktu widzenia procedurę medyczną dokonywaną na dziecku. To argumentacja w duchu zbieżna z restrykcyjnie rozumianym standardem najlepszego interesu, omawianym wcześniej. Drugi, społeczny argument, wskazuje na negatywne skutki – pewną legitymizację FGC, mogącą być pokłosiem choćby rozważania przeprowadzania jej w jakiejś formie w szpitalu (Macklin, 2016; Elbagir, 2016). Trzeci zestaw zastrzeżeń, związany z aspektem migracyjnym, wskazuje na to, że skutkiem przeprowadzania procedury może być brak asymilacji imigrantów ze społeczeństwem

przyjmującym, w tym wypadku amerykańskim (Coleman, 1998). Każdy z podanych argumentów porusza istotne kwestie, jednak rozważanie ich w obliczu aktualnego kontekstu społecznego prowadzi do wniosku, że nie stanowią one wystarczających racji przemawiających przeciwko dopuszczalności wprowadzenia rozwiązania kompromisowego.

Argument medyczny jest ważki, trudno bowiem uzasadnić zbędną medycznie procedurę wykonywaną na dziecku. Jak już wspomniano, gdy porównuje się dolegliwość oraz konsekwencje medyczne FGC z obrzezaniem chłopców, to przede wszystkim FGC typu trzeciego, a także wiele z praktyk, które mogą być zaliczone do typu pierwszego, drugiego oraz czwartego, jest znacznie bardziej ryzykownych i ma zdecydowanie dalej idący wpływ na dalsze życie poddanej mu osoby aniżeli obrzezanie męskie. Jednak przeprowadzenie zabiegu w formie zaproponowanej przez lekarzy z Seattle by takie nie było (choć technicznie mieściłoby się w czwartym typie FGC). Mowa tu o procedurze mniej inwazyjnej oraz wiążącej się z mniejszym ryzykiem niż usunięcie napletka, bowiem nie dochodziłoby do amputacji żadnej tkanki. Z punktu widzenia zasady krzywdy procedura nacięcia dokonywana w sposób opisywany przez lekarzy z Seattle generuje bardzo niewielkie, graniczące z zerowym, ryzyko poważnej i oczywistej szkody dla dobrostanu dziecka (można sobie wyobrazić, że jeśli FGC polegałoby w każdym przypadku tylko na nacięciu, to nie budziłoby sprzeciwu lub byłyby on zdecydowanie mniejszy). Dodatkowym argumentem za jest przypuszczenie graniczące z pewnością, że w wypadku niewykonania zabiegu przez lekarzy, dzieci i tak zostaną mu poddane – i odbędzie się to w formie znacznie drastyczniejszej, mniej higienicznej i zostanie wykonane przez osobę nieposiadającą kwalifikacji medycznych.

Trudno nie zgodzić się z argumentem społecznym. Samo dopuszczenie dyskusji na ten temat niesie za sobą ryzyko legitymizacji tej praktyki (w pewnym stopniu), a jeszcze większe – uznanie, że kompromis jest ostatecznie akceptowalny i szpital podejmie się wykonywania tych zabiegów. Bardzo trudno jest to zaakceptować, zwłaszcza zgodziwszy się z krytyką symbolicznego wymiaru procedury. Z drugiej strony dla wielu osób pochodzących ze społeczności, w których FGC jest powszechne, niewyobrażalne jest niepoddanie dziecka tej procedurze – w takiej czy innej formie. Problem związany z jej dopuszczalnością w oczach takich osób nie istnieje, ponieważ są to osoby, które zinternalizowały normy nakazujące jej wykonywanie. W tej sytuacji najodpowiedniejszym wyjściem jest działanie

na rzecz zmiany tego stanu rzeczy. Kraje Europy Zachodniej, a zwłaszcza Francja, w której obecnie mieszka duża liczba osób wywodzących się ze społeczności praktykujących FGC, podjęły w ostatnich latach działania, zakrojone na szeroką skalę, mające na celu przeciwdziałanie poddawaniu dzieci takim procedurom. We Francji prowadzona jest w tej sferze polityka „zero tolerancji”, wymierzona zwłaszcza w praktykę wywożenia dziewczynek poza terytorium kraju w celu dokonania na nich zabiegu. Gdy władze dowiedzą się o dziecku, które zostało poddane procedurze, zarówno jego rodzice, jak i osoba, która podjęła się wykonania procedury, mogą być skazani na wieloletni pobyt w więzieniu – i nie są to przepisy martwe. Zastosowanie jednak wyłącznie środków z obszaru prawa karnego nie jest w stanie szybko wykorzenić tak mocno wrosniętej w porządek symboliczny praktyki. Niewątpliwie należy podjąć także inne działania, które mogłyby zapewnić jak największe bezpieczeństwo możliwie jak największej grupie kobiet narażonych na bycie poddanymi FGC (Grzyb, 2016). Wdrożenie kompromisowych rozwiązań na wzór zaproponowanego przez szpital z Seattle mogłoby być w tym zakresie pomocne. Oczywiście zarówno kompromis, jak i podejście francuskie mają swoje zalety i wady. Kompromis może nieść ryzyko pewnej legitymizacji praktyki oraz zgody na symbolikę, która się z nią wiąże, z drugiej jednak strony wielu rodziców nie spróbuje dokonać zabiegu na dziewczynkach w bardziej drastycznej formie i za wszelką cenę, nie bacząc na ryzyko, zarówno dla dzieci, jak i dla siebie. Przekonania rodziców zostaną uszanowane, podczas gdy procedura będzie praktycznie neutralna dla zdrowia poddawanych jej osób. Kompromis ma być również wyjściem tymczasowym. W dłuższej perspektywie czasowej, zdaniem lekarzy, rozwiązanie to ma przynieść stopniowe odejście od tej tradycji, co – jeśli by poskutkowało – byłoby bardzo pozytywnym rezultatem i osiągnięciem ponadto drogą dialogu, a nie siły, co jest nie bez znaczenia. Polityka francuska bardzo zdecydowanie opowiada się przeciwko FGC i chociaż przynosi skutki, ma także wady. Posyłanie rodziców małych dzieci do więzień z pewnością nie jest rozwiązaniem idealnym. Ponadto, w wielu przypadkach, karą więzienia zagrożone będą wyłącznie matki, gdyż tradycyjnie to kobiety mają dopilnować przeprowadzenia procedury na córkach. Często kobiety te – same będące w dzieciństwie ofiarami drastycznych form FGC, poddane dużej presji ze strony imigranckiej społeczności, w której żyją, a bywa, że i mające problem z odnalezieniem się i nawet minimalną asymilacją w nowej ojczyźnie – nie są w stanie wyobrazić sobie niedopełnienia rytuału

sankcjonowanego tradycją i z pewnością nie postrzegają go jako krzywdy dziecka. Wręcz przeciwnie, to brak wykonania FGC byłby w ich mniemaniu krzywdzący i mógłby prowadzić do społecznego wykluczenia ich córek. Istotnym argumentem przemawiającym za dopuszczeniem procedury w jej symbolicznej formie jest więc także to, że przechodzenie rytuałów przejścia jest istotnym elementem tożsamości ludzi w wielu (jeśli nie wszystkich) kulturach (wskazuje na to np. Nussbaum, 1999). Nie może to jednak służyć uzasadnieniu konieczności dopuszczania okrutnych i krzywdzących praktyk.

Argumenty związane z tym, jakoby dopuszczenie wykonywania procedury miało prowadzić do braku asymilacji imigrantów ze społeczeństwem amerykańskim, podczas gdy jej zakaz miałby nie prowadzić do takiego efektu, to zdecydowanie najsłabszy punkt podnoszony przeciwko kompromisowi. Całkowita asymilacja imigrantów, zwłaszcza w pierwszym pokoleniu, jest nierealna, ponadto nie jest wcale bezdyskusyjnie, że byłaby zjawiskiem pozytywnym. Część filozofów i myślicieli politycznych reprezentuje poglądy multikulturalistyczne, argumentując na rzecz odejścia od asymilacjonizmu i postulując uznanie, akceptowanie i wspieranie pluralizmu kulturowego we współczesnych społeczeństwach (tak np. Taylor, 1994; Kymlicka, 2009; Szahaj, 2004). Można podać wiele przekonujących racji za tym stanowiskiem, wskazując choćby na przebieg procesu kształtowania się tożsamości jednostek, ale dla potrzeb prowadzonych tutaj rozważań wystarczy wskazać, że polityka asymilacjonizmu nie powiodła się (na co wskazywał już Kallen, 1915). Niemniej możliwe i konieczne jest zgodzenie się na wspólne dla wszystkich osób należących do konkretnej wspólnoty politycznej minimalne standardy dotyczące polityki oraz etyki. Przyjęcie kompromisu z Seattle mogłoby być krokiem do wypracowania tego rodzaju porozumienia.

Nie jest jednak właściwe przyjęcie optyki, którą prezentują Arora i Jacobs, argumentując, że „w liberalnym społeczeństwie rząd i agencje rządowe powinny tolerować praktyki mniejszości, chyba że powodują one istotne szkody dla społeczeństwa i jego członków” („[I]n a liberal society, then, government and regulatory agencies should tolerate minority practices unless they cause substantial damage to society and its members” – tłum. K.W.; Arora, Jacobs, 2016). W idealnym liberalnym społeczeństwie dzieci – wszystkie dzieci – powinny mieć prawo do autonomii i wolności od tego rodzaju praktyk. Powinno się więc dążyć do wykształcenia w społeczeństwie takich postaw, które pozwoliłyby zarówno w obszarze prawnym, jak

i w faktycznej praktyce społecznej usankcjonować zasadę, że dzieci mają takie samo prawo do integralności cielesnej jak dorośli i że nikt nie ma prawa go naruszyć, włączając w to rodziców tego dziecka czy też inne osoby czyniące to za ich zgodą.

Środki z dziedziny prawa karnego nie przyniosą jednak pozytywnych skutków, gdy zostaną zastosowane do regulacji każdego z zachowań, które uznajemy za niedopuszczalne – ich następstwem może być wręcz sytuacja gorsza niż zastana (Earp, 2013). Tak z pewnością byłoby w wprowadzeniu dziś zakazu obrzezania chłopców w jednym z krajów, w których jest to powszechna lub częsta praktyka. Wiele procedur wykonanych zostałoby „w podziemiu”, czyli byłyby bardziej ryzykowne z uwagi na brak jakichkolwiek standardów higienicznych oraz przeprowadzanie przez osoby bez przeszkolenia medycznego. Ponadto w rozważaniach na ten temat uwzględnia się również problem związany z dyskryminacją, w szczególności historię prześladowań Żydów. Często obrzezanie było zakazywane z pobudek czysto antysemitkich; tak działo się choćby w okresie działania hiszpańskiej inkwizycji, w III Rzeszy i w Związku Radzieckim (Waldeck, 2003). W tym kontekście można zrozumieć, dlaczego wielu Żydów wyraża sprzeciw wobec wprowadzania prawnych zakazów obrzezania chłopców.

Dopóki podejście prawne i społeczne do obrzezania chłopców nie zmieni się, trudno utrzymywać, że należy stosować środki z zakresu prawa karnego do karania zachowań mniej inwazyjnych i mniej ryzykownych, takich jak wykonywanie procedury zaproponowanej przez lekarzy z Seattle. Rodzi to nie tylko zarzuty o stosowanie podwójnych standardów, ale i zmniejsza siłę słusznych argumentów przeciwko tradycji FGC.

Podsumowanie

FGC w większości form, w jakich występuje, ma zdecydowanie negatywny wpływ na zdrowie fizyczne oraz psychiczne poddawanych mu kobiet. Uzasadnienie tej procedury oraz związana z nią symbolika również jest trudna do zaakceptowania. Choć liczba zabiegów systematycznie spada, wciąż bardzo wielu ludzi popiera oraz praktykuje drastyczne procedury należące do FGC. W związku z tym warto poszukać nie tylko metod przeciwdziałania ich wykonywaniu, ale i porozumienia z osobami, które się za tym opowiadają. Rozwiązania proponowane powyżej starają się brać pod uwagę różne

możliwe punkty widzenia w tej sprawie. Warto również, poddając krytyce praktyki obce kulturowo autorom takiego stanowiska, dokładnie rozważyć podstawy stojące za tradycjami rozpowszechnionymi w ich kulturze, takimi jak na przykład obrzezanie chłopców, a także niektóre zabiegi wykonywane na osobach interseksualnych (The Brussels Collaboration..., 2019). Należy również zwrócić uwagę, że wśród przytaczanych motywów braku penalizacji obrzezania chłopców znajduje się obawa, że w razie wprowadzenia zakazu praktyka przeniesie się „do podziemia” (Arora, Jacobs, 2016). Zauważa się więc po pierwsze potrzebę zmierzania do powstrzymania zwyczaju małymi krokami, uwzględniając kwestie kultury i przyzwyczajenia ludzi, a po drugie – konieczność wypracowania przynajmniej tymczasowego kompromisu. Warto byłoby zastosować podobne standardy w przypadku FGC, oczywiście utrzymując twardy sprzeciw przeciwko wszelkim procedurom, które wiążą się z negatywnymi konsekwencjami medycznymi lub choćby znacznym ryzykiem ich wystąpienia.

W obecnej sytuacji społecznej, uwzględniając również faktyczną powszechną tolerancję dla obrzezania niemowląt płci męskiej, kompromis z Seattle powinien zostać zaakceptowany i wprowadzony w życie – przy zastrzeżeniu, że zostaną podjęte również inne środki umożliwiające zmianę społeczną. Brussels Collaboration on Bodily Integrity (2019) wymienia podstawowe: jasne oświadczenia profesjonalnych ciał medycznych, edukacyjne i zwiększające świadomość kampanie społeczne, debata przeprowadzana w atmosferze wzajemnego szacunku, materialne i moralne wsparcie dla dysydentów z praktykujących społeczności i nieobarczone hipokryzją międzykulturowe zaangażowanie w rozwiązanie problemu. Nawet podjęcie wszystkich tych działań nie doprowadzi zapewne w najbliższym czasie do osiągnięcia sytuacji idealnej, ale nie można ludzić się, że istnieje cudowne rozwiązanie problemu. FGC jest w wielu społecznościach nadal praktyką powszechną oraz często mającą duże poparcie społeczne (warto jednak zaznaczyć, że systematycznie ono spada – zgodnie z danymi UNICEF, 2013). Zmiana przyzwyczajzeń i tradycji jest długim i trudnym procesem, który powinien być stymulowany przez państwo. Problematiczne w tym kontekście jest jednak to, że gdy normy prawne stoją w opozycji do przyjmowanych powszechnie w społeczności wartości moralnych, społecznych czy przekonanych religijnych, ich skuteczność jest mocno ograniczona. Polityka przyjęta przez Francję jest generalnie dobrym rozwiązaniem, ale dostępne dane empiryczne wskazują, że dopuszczenie kompromisu z Seattle, przy

jednoczesnym twardym zwalczaniu wszelkich innych form FGC, jest lepszym wyjściem. Argumentem, który tutaj przeważa, jest to, że w społecznościach, w których ta praktyka jest powszechna i popierana, matki czują bardzo dużą presję, aby poddać córki procedurze. Często nie mają lub nie widzą innego wyjścia. Wiele kobiet sprzeciwiających się kontynuowaniu praktyki wbrew swoim przekonaniom poddało jej swoje dzieci (UNICEF, 2013, s. 78–79). Dziewczynki ze społeczności imigranckich żyjące w Europie nierzadko wysyłane są do krajów pochodzenia, aby tam zostać poddane procedurze (Elgaali, Stevens, Mårdh, 2005; Grzyb, 2016). W tej sytuacji zaproponowanie rozwiązania, które spełnia wymogi tradycji, będącego jednocześnie najmniej inwazyjnym z możliwych, daje tym kobietom możliwość wyjścia z sytuacji bez porzucania społeczności czy przekonań religijnych z jednej strony oraz bez uczynienia trwałej krzywdy dziecku i ryzyka pobytu w więzieniu z drugiej. Dialog z przedstawicielami społeczności nadal praktykujących FGC, często w bardzo drastycznych formach, powinien być z założenia elementem procesu prowadzącego do zakończenia tej praktyki w każdej formie. Wobec rosnącego sprzeciwu wobec FGC, moim zdaniem, dopuszczenie kompromisu zaproponowanego przez lekarzy z Seattle nie zaszkodzi zachodzącemu już teraz procesowi odchodzenia od tych tradycji, a może doraźnie pomóc wielu kobietom. Mogłoby być dobrym rozwiązaniem przejściowym również w krajach, w których przepisy zabraniające FGC są martwe, oraz w tych, które wciąż ich nie wprowadziły.

Bibliografia

- Arora, K.S., Jacobs, A.J. (2016). Female Genital Alteration: A Compromise Solution. *Journal of Medical Ethics*, 42 (3), 148–154. DOI: 10.1136/medethics-2014-102375.
- Bester, J.C. (2018). The Harm Principle Cannot Replace the Best Interest Standard: Problems With Using the Harm Principle for Medical Decision Making for Children. *American Journal of Bioethics*, 18 (8), 9–19. DOI: 10.1080/15265161.2018.1485757.
- Bester, J.C. (2019). The Best Interest Standard and Children: Clarifying a Concept and Responding to Its Critics. *Journal of Medical Ethics*, 45, 117–124. DOI: 10.1136/medethics-2018-105036.

- Birchley, G. (2016). Harm Is All You Need? Best Interests and Disputes about Parental Decision-Making. *Journal of Medical Ethics*, 42, 111–115. DOI: 10.1136/medethics-2015-102893.
- Buchanan, A.E., Brock, D.W. (1990). *Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Coleman, D.L. (1998). The Seattle Compromise: Multicultural Sensitivity and Americanization. *Duke Law Journal*, 47 (4), 717–783. DOI: 10.2307/1372912.
- Davis, D.S. (2001). Male and Female Genital Alteration: A Collision Course with the Law? *Health Matrix*, 11 (2), 487–570.
- Diekema, D.S. (2004). Parental Refusals of Medical Treatment: The Harm Principle as Threshold for State Intervention. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 25 (4), 243–264. DOI: 10.1007/s11017-004-3146-6.
- Dresser, R. (2003). Standards for Family Decisions: Replacing Best Interests with Harm Prevention. *The American Journal of Bioethics*, 3 (2), 54–55. DOI: 10.1162/152651603766436252.
- Duivenbode, R., Padela, A.I. (2019). Female Genital Cutting (FGC) and the Cultural Boundaries of Medical Practice. *The American Journal of Bioethics*, 19 (3), 3–6. DOI: 10.1080/15265161.2018.1554412.
- Earp, B.D. (2013). The Ethics of Infant Male Circumcision. *Journal of Medical Ethics*, 39 (7), 418–420. DOI: 10.1136/medethics-2013-101517.
- Earp, B.D. (2015). Female Genital Mutilation and Male Circumcision: Toward an Autonomy-Based Ethical Framework. *Medicolegal and Bioethics*, 2015 (5), 89–103. DOI: 10.2147/MB.S63709.
- Elbagir, N. (2016). *Doctors Urge „Compromise” on Female Genital Mutilation*. Pobrano z: <https://edition.cnn.com/2016/02/23/health/female-genital-mutilation-compromise/index.html> (16.11.2019).
- Elgaali, M., Strevens, H., Mårdh, P.-A. (2005). Female Genital Mutilation – An Exported Medical Hazard. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 10 (2), 93–97. DOI: 10.1080/13625180400020945.
- Frisch, M. i in. (2013). Cultural Bias in the AAP’s 2012 Technical Report and Policy Statement on Male Circumcision. *Pediatrics*, 131 (4), 796–800. DOI: 10.1542/peds.2012-2896.
- Frisch, M., Earp, B.D. (2018). Circumcision of Male Infants and Children as a Public Health Measure in Developed Countries: A Critical Assessment of Recent Evidence. *Global Public Health*, 13 (5), 626–641. DOI: 10.1080/17441692.2016.1184292.

- Grzyb, M. (2016). *Przestępstwa motywowane kulturowo. Aspekty kryminologiczne i prawnokarne. Reakcja krajów zachodnich na szkodliwe praktyki kulturowe*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Guiné, A., Moreno Fuentes, F.J. (2007). Engendering Redistribution, Recognition, and Representation: The Case of Female Genital Mutilation (FGM) in the United Kingdom and France. *Politics & Society*, 35 (3), 477–519. DOI: 10.1177/0032329207304315.
- Kallen, H.M. (1915). Democracy versus the Melting-Pot. A Study of American Nationality. *The Nation*, 100 (2590). Pobrano z: <http://www.expo98.msu.edu/people/kallen.htm> (23.09.2018).
- Kool, R. (2010). The Dutch Approach to Female Genital Mutilation in View of the ECHR. The Time for Change Has Come. *Utrecht Law Review*, 6 (1), 51–61. DOI: 10.18352/ulr.114.
- Kymlicka, W. (2009). *Współczesna filozofia polityczna*. Warszawa: Fundacja Aletheia.
- Macklin, R. (2016). Not All Cultural Traditions Deserve Respect. *Journal of Medical Ethics*, 42 (3), 155. DOI: 10.1136/medethics-2015-103027.
- Mill, J.S. (2005). *Utylitaryzm. O wolności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Moses, S., Bailey, R.C., Ronald, A.R. (1998). Male Circumcision: Assessment of Health Benefits and Risks. *Sexually Transmitted Infections*, 74 (5), 368–373. DOI: 10.1136/sti.74.5.368.
- Notini, L., Earp, B.D. (2018). *Iceland Proposed Circumcision Ban*. Pobrano z: <https://pursuit.unimelb.edu.au/articles/iceland-s-proposed-circumcision-ban> (16.11.2019).
- Nussbaum, M. (1999). *Sex & Social Justice*. New York: Oxford University Press.
- Owings, M., Uddin, S., Williams, S. (2013). *Trends in Circumcision for Male Newborns in U.S. Hospitals: 1979–2010*. Pobrano z: https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/circumcision_2013/circumcision_2013.pdf (22.09.2018).
- Reisel, D., Cleighton, S.M. (2015). Long Term Health Consequences of Female Genital Mutilation (FGM). *Maturitas*, 80 (1), 48–51. DOI: 10.1016/j.maturitas.2014.10.009.
- Reyners, M. (2004). Health Consequences of Female Genital Mutilation. *Reviews in Gynaecological Practice*, 4 (4), 242–251. DOI: 10.1016/j.rigp.2004.06.001.

- Silverman, E.K. (2004). Anthropology and Circumcision. *Annual Review of Anthropology*, 33, 419–445. DOI: 10.1146/annurev.anthro.33.070203.143706.
- Staff, T. (2019). *Jews Join Fight against Swedish Party’s Call to Ban Circumcisions*. Pobrano z: <https://www.timesofisrael.com/jews-join-fight-against-swedish-partys-call-to-ban-circumcisions/> (16.11.2019).
- Szahaj, A. (2004). *E pluribus unum? Dylematy wielokulturowości i politycznej poprawności*. Kraków: Universitas.
- Taylor, Ch. (1994). *Multiculturalism: Examining the Politics of Recognition*. Ed. A. Gutmann. Princeton: Princeton University Press.
- The Brussels Collaboration on Bodily Integrity (2019). Medically Unnecessary Genital Cutting and the Rights of the Child: Moving Toward Consensus. *The American Journal of Bioethics*, 19 (10), 17–28. DOI: 10.1080/15265161.2019.1643945.
- UNICEF (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change*. Pobrano z: http://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/FGMC_Lo_res_Final_26.pdf (22.09.2018).
- Utz-Billing, I., Kentenich, H. (2008). Female Genital Mutilation: An Injury, Physical and Mental Harm. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29 (4), 225–229. DOI: 10.1080/01674820802547087.
- Waldeck, S. (2003). Using Circumcision to Understand Social Norms as Multipliers. *University of Cincinnati Law Review*, 72 (3), 455–526. Pobrano z: <http://www.cirp.org/library/legal/USA/waldeck1/> (16.11.2019).
- WHO (2016). *Female Genital Mutilation*. Pobrano z: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> (22.09.2018).

ETHICAL ASPECTS OF MEDICALLY UNNECESSARY CHILD GENITAL CUTTING

Summary

Female genital cutting includes procedures which remove or cause injury to some or all women’s external genital organs. There are a lot of medical risks involved with many of its forms – nevertheless, in some societies it is mainstream practice, carried out mostly on girls younger than fifteen years of age. There are some similarities between female genital cutting and male circumcision: young age of people who are being subjected to those procedures, and – to some extent – symbolic meaning

and risk of harm. Female genital cutting is strictly banned in Western countries, while male circumcision is accepted. It indicates on how biased the Western view is when it comes to evaluating the practice of male circumcision. In this paper, it is considered if it would be acceptable to make compromise in the case of female genital cutting in the form of so-called Seattle compromise. There are convincing arguments to stop those practices altogether, no matter what sex children are, but it needs to be taken into consideration that change will not happen overnight. This is why the situation calls for a compromise solution. When we consider medically unnecessary genital cutting, same standards should be applied to minor cases of FGC as well as to male circumcision. At the same time it needs to be assured that all procedures which result in negative medical consequences or in a serious risk of such are completely banned.