

**EEN FEMINISTISCH EN INTERSECTIONEEL
PERSPECTIEF OP DE MAATSCHAPPELIJKE
POSITIE VAN VROUWEN MET EEN BEPERKING
IN DE AFRIKAANSE CONTEXT**

Aantal woorden: 23.545

Silke Thomas

Studentennummer: 01712299

Promotor(en): Prof. dr. Carine Plancke

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad Master in Gender en Diversiteit

Academiejaar: 2017 - 2018

Verklaring i.v.m. auteursrecht

De auteur en de promotor(en) geven de toelating deze studie als geheel voor consultatie beschikbaar te stellen voor persoonlijk gebruik. Elk ander gebruik valt onder de beperkingen van het auteursrecht, in het bijzonder met betrekking tot de verplichting de bron uitdrukkelijk te vermelden bij het aanhalen van gegevens uit deze studie.

Voorwoord

Het afgelopen academiejaar was een buitengewoon druk, maar enorm leerrijk en inspirerend jaar. Deze masteropleiding Gender en Diversiteit heeft me nieuwe perspectieven aangereikt, nieuwsgierig gemaakt en geleerd om kritisch om te gaan met informatie. Deze opleiding heeft mij verder gevormd als mens, student, vrouw, wereldburger. Deze masterproef is daar het resultaat van; een resultaat waar ik trots op kan zijn, en dat ik niet had kunnen volbrengen zonder de steun van verschillende personen.

Ik bedank daarom graag het hele team van professoren die me doorheen de masteropleiding begeleid hebben, en mijn medestudenten voor het boeiende en leuke jaar. In het bijzonder dank ik Carine, die me altijd snelle en gevatte feedback bezorgde en haar kennis over het onderwerp met me deelde, hetgeen me verder stimuleerde om deze masterproef tot een goed einde te brengen. Haar tips en verbeteringen hebben deze masterproef ongetwijfeld tot een hoger niveau getild.

Tenslotte wil ik uiteraard ook mijn vriend, familie en vrienden bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun, aanmoediging en vertrouwen.

Inhoudstafel

Inleiding	4
Theoretisch kader – modellen van invaliditeit	7
Terminologie	11
Methode: een intersectioneel perspectief.....	13
Een feministische invaliditeitstheorie?	15
Postkoloniale invloed	19
Invaliditeit in Afrika: de bijzondere kwetsbaarheden van vrouwen met een beperking	22
Armoede en werkloosheid	25
Culturele opvattingen	30
(Seksueel) Geweld	37
Seksuele opvoeding en hiv-preventie	41
Sociale uitkeringen	46
Agency & veerkracht	49
Les roix du commerce: handel aan de grenszone	50
Creatieve en artistieke initiatieven	54
Conclusie.....	58
Bibliografie.....	67

Inleiding

De populatie personen met een beperking wordt geschat op 15% van de wereldbevolking (WHO, 2011a). Verder wordt geschat dat 19% van de vrouwen met een beperking zijn gevestigd in derdewereldlanden (Etieyibo & Omiegbe, 2016; Rugoho & Maphosa, 2017). Toch bestaan er maar heel weinig harde gegevens over trends in invaliditeit in het Globale Zuiden. Het beschikbare bewijs is voor het grootste deel gefragmenteerd en vaak anekdotisch. Er wordt gesuggereerd dat de trends in deze landen over het algemeen vergelijkbaar zijn met die in geïndustrialiseerde landen, behalve dat de omstandigheden in de het Globale Zuiden waarschijnlijk ongunstiger zijn en aanzienlijk nadeliger zijn voor mensen met een beperking en in het bijzonder vrouwen met een beperking. Deze waarschijnlijkheid heeft verschillende redenen; zoals hogere percentages armoede en werkloosheid, diepgaande tekorten in diensten en sociale zekerheid, milieu- en sociale omstandigheden die niet bevorderlijk zijn voor de gezondheid en politieke en culturele beperkingen van mensenrechten (en vrouwenrechten in het bijzonder) (Emmett & Alant, 2006).

Er lijkt een grote leegte te bestaan in beschikbare informatie en onnauwkeurigheden in bestaande data over deze vrouwen. Hoewel het niet zeker is waarom dit het geval is, kan dit misschien worden verklaard door een gebrek aan interesse. Vrouwen met een beperking worden vaak over het hoofd gezien in veel studiegebieden. In onderzoeken naar invaliditeit is er specifiek een gebrek aan aandacht voor vrouwen, maar in vrouwenstudies wordt ook invaliditeit vergeten (Traustadottir, 1990; Humphrey, 2016). Diverse bestaande statistieken (zowel academische als globale databanken) over de prevalentie van vrouwen met een beperking zijn vaak onnauwkeurig, verouderd, moeilijk te verkrijgen en niet gesitueerd in het Globale Zuiden. Het aantal vrouwen met een beperking lijkt sterk ondervertegenwoordigd, mogelijk om een paar verschillende redenen. Het stigma en de schaamte rondom invaliditeit zorgt ervoor dat vrouwen met een beperking worden verborgen en dus niet worden vermeld in enquêtes en tellingen. Aan de andere kant liggen de aantallen in werkelijkheid lager vanwege sekse-gebaseerde kindermoord, selectieve abortus en geweld tegen vrouwen met een beperking. Amartya Sen (1999) noemt dit fenomeen 'missing women', waarbij ongelijke verhoudingen tussen man en vrouw aantonen dat er wereldwijd 100 miljoen vrouwen ontbreken. Sen stelt dat deze vermiste vrouwen te wijten zijn aan ongelijkheden tussen mannen en vrouwen die mannen prioriteit geven en vrouwelijke gezondheid en voeding, vooral - maar niet uitsluitend - tijdens de kindertijd verwaarlozen (Humphrey, 2016).

Gender en invaliditeit creëren overal ter wereld gezamenlijk een extreme vorm van marginalisatie. De kruising van gender en invaliditeit creëert meerdere lagen van

discriminatie voor vrouwen (Humphrey, 2016). Abu-Habib (1997) verklaart dit als volgt: "In feite moet invaliditeit worden begrepen als het daadwerkelijk versterken van ongelijkheden tussen mannen en vrouwen." Invaliditeit draagt vaak bij aan en versterkt de discriminatie van vrouwen en heeft een negatieve invloed op hun geslachtsrollen, waardoor hun waargenomen zwakte en hulpeloosheid toenemen (Humphrey, 2016). Mensen met een beperking worden gedefinieerd door hun verschil en hun waargenomen gebrek; op een vergelijkbare manier waarbij vrouwen vaak nog steeds worden gezien als 'de tweede sekse' - om Simone de Beauvoir (1949) aan te halen - als dat wat afwijkt van de norm, die mannelijk is (Loots, 2015). Om een volledig lid van de samenleving te zijn, moet je in staat zijn om je genderrollen te vervullen door 'op een gepaste wijze' mannelijk of vrouwelijk te zijn. Cultureel toegeschreven rollen duiden mannen aan als sterk, assertief en onafhankelijk, als broodwinnaars en economische bijdragers aan het huishouden. Van de andere kant wordt verwacht dat vrouwen zwak, passief en afhankelijk zijn en een meer symbolische rol opnemen, die de rijkdom en eer van het gezin vertegenwoordigt door hun gezondheid en schoonheid (Humphrey, 2016). Het label van invaliditeit heeft ook invloed op meer praktische genderrollen. Hoewel een beperking niet altijd verhindert dat een man het gezin ondersteunt, interfereert het wel zeer vaak met de symbolische rol van een vrouw. Voor vrouwen en meisjes, verminderen de effecten die beperkingen hebben op gezondheid en schoonheid hun status en vaak devalueren ze hun families, zowel qua rijkdom als in sociale status. In culturen met bruidsschatten en bruidsprijzen kan het hebben van een dochter met een beperking de bruidsprijs en bruidsschatten voor andere dochters in het gezin verlagen. Het onvermogen om te voldoen aan de verwachte gendernormen creëert veel problemen voor invalide vrouwen en beïnvloedt hun rol binnen het huishouden, de gemeenschap en de bredere samenleving (Humphrey, 2016).

Hoewel vrouwen hun beperking anders ervaren dan mannen, worden ze vaak over het hoofd gezien en uitgesloten in vrouwenorganisaties, feministische bewegingen, academische onderzoeken en de internationale gemeenschap. Uitgesloten uit deze schijnbaar inclusieve bewegingen, hebben de stemmen van vrouwen met een beperking maar heel weinig ruimte om gehoord te worden (Humphrey, 2016). Daarenboven zijn analyses en onderzoeken over invaliditeit vooral afkomstig uit de 'noordelijke' landen. Maar delen invalide mensen in de 'zuidelijke' landen dezelfde problemen en ideeën? Schrijvers en hun verhalen uit zuidelijke landen, zoals die in Afrika of Zuid-Amerika, verschijnen zelden in boeken in het noorden. We moeten daarom heel anders over disability-studies denken. We moeten ons afvragen welke landen en delen van de wereld we opnemen in ons onderzoek. We moeten ons ook afvragen hoe mensen in delen van de wereld die anders zijn dan de onze, invaliditeit begrijpen en vormgeven (Meekosha, 2011).

Deze masterproef vangt aan met een theoretisch kader dat enkele (academische) modellen van invaliditeit exploreert en analyseert op welke manier zij de ervaringen van personen met een beperking representeren. Hierop volgt een korte uiteenzetting over terminologie, aangezien er enkele courante termen binnen disability-studies bestaan, die ook in deze masterproef worden gehanteerd, en die duidelijk van elkaar moeten worden onderscheiden. Vervolgens volgt een methodologisch en theoretisch luik, dat bestaat uit drie verschillende delen. Ten eerste beschrijf ik het intersectioneel perspectief dat deze masterproef leidt, alsook de manier waarop ik data verzamelde en deze analyse schreef. Ten tweede verken ik de vervlochtenheid van feministische en disability-kwesties, en beschrijf ik de stappen die reeds werden gezet, en nog gezet moeten worden, in de ontwikkeling van een feministische invaliditeitstheorie. Tenslotte bestudeer ik de theoretische en methodologische uitdagingen die ontstaan wanneer disability-studies vanuit een postkoloniale lens worden beschouwd. Het daaropvolgende voorname luik van deze masterproef verkent de specifieke kwetsbaarheid van vrouwen met een beperking in Afrika binnen verschillende domeinen. De data binnen dit gedeelte zijn zowel afkomstig uit etnografische casestudies als kwantitatieve analyses. Zowel de dimensies van armoede en werkloosheid, culturele opvattingen over invaliditeit, (seksueel) geweld, seksuele opvoeding en hiv-preventie, als sociale uitkeringen komen aan bod. Vervolgens bespreek ik enkele strategieën die personen met een beperking in Afrika (en vrouwen in het bijzonder) hebben ontwikkeld om te onderhandelen over bepaalde onderdrukkende structuren. Binnen dit gedeelte komen etnografische casestudies over handelaars en creatieve/artistische initiatieven aan bod. Tenslotte volgt een conclusie.

Theoretisch kader – modellen van invaliditeit

In de afgelopen jaren is er veel discussie geweest over verschillende modellen van invaliditeit en wat deze betekenen voor beleid en diensten voor mensen met een beperking, en hoe adequaat ze zijn als verklaring voor de ervaringen van mensen met een beperking (Finkelstein 1993; Oliver, 2004). Deze discussie vond zijn oorsprong rond het einde van de jaren zestig en zeventig; een periode waarin economische en politieke omwentelingen een buitengewoon niveau van politiek activisme veroorzaakten onder kansarme groepen overal ter wereld. In Groot-Brittannië ging de politisering van mensen met een beperking en hun organisaties over in een nieuwe, meer militante fase (Campbell & Oliver 1996; Devlieger, 2018b; Barnes & Mercer, 2004). Disability-activisten begonnen een alternatief te verkennen: een 'sociale interpretatie' van de 'beperkende samenleving' en de oorzaken van de wijdverspreide nadelen en discriminatie van mensen met beperkingen (Hunt, 1966; UPIAS 1976). Deze ideeën vormden de basis voor het 'sociale model van invaliditeit' dat een erg krachtige invloed heeft uitgeoefend op organisaties van mensen met een beperking en beleid. Het ondersteunde ook de groei van academisch onderwijs en onderzoek naar beperkingen in Groot-Brittannië (Barnes & Mercer, 2004).

Het uitgangspunt voor het sociale model was de publicatie van *The Fundamental Principles of Disability* door de Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) in 1976. Die verklaarde het volgende:

Naar onze mening is het de samenleving die mensen met een lichamelijke beperking limiteert. Beperkingen zijn iets dat bovenop onze impairments wordt opgelegd door de manier waarop we onnodig geïsoleerd zijn en uitgesloten worden van volledige participatie in de samenleving. (Upias, 1976, p.14)

De orthodoxe opvatting van invaliditeit, aanvaard door academici, beleidsmakers en dienstverleners, benadrukte de problemen veroorzaakt door iemands afwijkende geest of lichaam. In contrast hiermee richtte UPIAS zich op de manieren waarop de organisatie van de samenleving verschillende sociale barrières creëerde en bestendigde voor de inclusie van mensen met beperkingen. Deze formulering herdefinieert beperkingen als een historisch contingente relatie waarin mensen met impairments een sociaal onderdrukte groep werden, zoals ook gebeurde met vrouwen, zwarten en etnische minderheden, lesbiennes en homoseksuele mannen (Barnes & Mercer, 2004).

Een belangrijke actor in het UPIAS-document was Vic Finkelstein, die naar Groot-Brittannië was verhuisd nadat hij uit Zuid-Afrika was verbannen vanwege zijn betrokkenheid bij de anti-apartheidsprotestbeweging. Hij trok sterke parallellen met de

ervaringen van discriminatie onder mensen met een beperking. Hoewel biologische inferioriteit routinematig werd gebruikt om discriminerende praktijken te rechtvaardigen, werd de analytische focus nu omgeleid naar een sociopolitieke verklaring (Barnes & Mercer, 2004). De ideeën van UPIAS werden vervolgens door Mike Oliver (1981, 1990) voorgesteld als het 'sociale model van invaliditeit'. De nadruk op het uitschakelen van sociale en ecologische barrières stond in schril contrast met de toenmalige orthodoxie die beperkingen beschouwde als een 'persoonlijke tragedie', en mensen met een beperking beschouwde als personen die behoefte hebben aan 'zorg'. Zowel Vic Finkelstein (2002) als Mike Oliver (1996) benadrukten echter dat UPIAS' 'sociale interpretatie' en het 'sociale model' niet equivalent waren aan een theorie van beperkingen. In plaats daarvan wezen ze erop dat het sociale model in de eerste plaats diende als een 'heuristisch apparaat' of als hulpmiddel bij het begrijpen (Barnes & Mercer, 2004).

De academische focus binnen de sociale en menswetenschappen vóór de jaren negentig behandelde beperkingen in termen van individuele 'functionele tekortkomingen' of 'fouten', veroorzaakt door 'chronische ziekte' en/of de complexe wisselwerking tussen het 'abnormale' lichaam/geest, individuele copingstrategieën en bredere maatschappelijke attitudes (Barnes & Mercer, 2004). Dit eerste model dat werd gebruikt om invaliditeit te begrijpen en te definiëren wordt doorgaans aangeduid als het biologische of medische model van invaliditeit. Het is gebaseerd op de overtuiging dat invaliditeit een aandoening of ziekte is die moet worden geminimaliseerd, zo niet volledig gecorrigeerd, met behulp van medische interventie(s). Dit model beschouwt invaliditeit als iets dat moet worden genezen, omdat het nooit expliciet maakt dat 'beperkingen' door sociale normen worden opgelegd over hoe een 'goed' lichaam eruitziet, handelt, zich gedraagt en presteert. Dat wil zeggen, een lichaam dat een correct aantal goed functionerende ledematen en organen heeft en niet ongecontroleerd kwijlt, verkrampt, stottert, piept of een behoefte doet, in privé of publieke gebieden. Het medische model maakt weinig of geen onderscheid tussen beperking en 'impairment'; de twee worden door elkaar gebruikt om een stoornis, storing, misvorming of disfunctie van het lichaam of de hersenen aan te geven (Schriempf, 2001). Binnen het medische model ligt de bevoegdheid om een beperking te definiëren en reguleren, buiten de gemeenschap van personen met een beperking, en buiten de controle en zelfbeschikking van het invalide individu. Hoe iemands 'impairment' wordt begrepen, geïnterpreteerd en verwerkt in iemands identiteit en ervaring, wordt grotendeels bepaald door medische autoriteiten en instellingen (Schriempf, 2001). Invaliditeit wordt beschouwd als iets dat moet worden overwonnen; als het niet adequaat kan worden geminimaliseerd of geëlimineerd volgens medische en esthetische normen, wordt de invalide geïstitutionaliseerd of thuisgehouden, buiten het publieke oog. Het moet vrij duidelijk zijn dat dit model, ongeacht de goede bedoelingen

om invaliditeit te elimineren, in feite onderdrukkend is voor de lichamen en geesten van personen met een beperking. Het medische model ziet 'impairments' als gesitueerd in het individuele, anatomische lichaam en helemaal niet verbonden met sociale of culturele omgevingen (Schriempf, 2001).

De ervaring van invaliditeit in de twintigste eeuw werd dus sterk beïnvloed door een medisch revalidatiemodel dat door middel van professionele expertise en behandeling iets 'fouts' probeerde te herstellen in het individu (Stiker, 2002; McKenzie, 2013). Met de recentere ontwikkeling van een sociaal model van invaliditeit uit de jaren zestig en de goedkeuring van een mensenrechtenperspectief zoals vervat in het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een beperking (UNCRPD) (UN, 2006), is de aandacht verschoven naar maatschappelijke reacties op lichamelijke impairments die sociale uitsluiting creëren. Deze uitsluiting wordt binnen een mensenrechtendiscours omkaderd als een schending van de rechten van mensen met een beperking en gaat samen met een oproep tot bevordering en bescherming van hun rechten (McKenzie, 2013).

Er is aldus een toegenomen bewustzijn ontstaan over de sociale constructie van invaliditeit, vooral omdat opvattingen over beperkingen nu ook in een interculturele context worden onderzocht. Inderdaad, het hele idee dat ten grondslag ligt aan het sociale model van invaliditeit, dat wordt gesteund door velen in de internationale invaliditeitsbeweging, is dat invaliditeit een sociaal construct is dat door de samenleving is gecreëerd (Oliver, 1983). Het sociale model verschilt van het medische model, waarin invaliditeit wordt gezien als een pathologisch individueel probleem, of een charitatief model dat invaliditeit beschouwt als iets dat medelijden zou moeten opwekken, of het religieuze model dat invaliditeit beschouwt als gerelateerd aan bovennatuurlijke wezens. Onder het sociale model heeft elke samenleving vervolgens een eigen begrip van invaliditeit, afhankelijk van culturele overtuigingen (Haihambo & Lighfoot, 2010). Ook bij het verkennen van de relatie tussen invaliditeit en gender, is het sociale model bijzonder nuttig om onze aandacht te richten op die specifieke aspecten van invaliditeit die de gezamenlijkheid van invaliditeit en gender benadrukken, in plaats van op de medische toestand of impairment die de beperking heeft verbannen naar het gespecialiseerde en gedepolitiseerde rijk van de geneeskunde (Emmett & Alant, 2006).

Mike Oliver (2004), gerenommeerd professor in de disability-studies, geeft de voorkeur aan het begrijpen van beperking in termen van twee bovenstaande modellen: het individu en het sociale. Modellen zijn manieren om ideeën in de praktijk te vertalen en het idee dat ten grondslag lag aan het individuele model was dat van persoonlijke tragedie, terwijl het idee achter het sociale model dat van extern opgelegde beperking was. Oliver ontkent de invloeden (een aantal positieve en negatieve) van geneeskunde, liefdadigheid en welzijn in het leven van mensen met een beperking niet, maar geen van deze bieden een

voldoende basis voor het bouwen van een eigen, specifiek model van invaliditeit (Oliver, 2004). Het individuele, gemedicineerde model van invaliditeit heeft invaliditeitsbeleid en – dienstverlening te lang gedomineerd (Oliver, 1996a, 1996b).

Oliver (2004) maakt dan ook drie algemene opmerkingen over het sociale model. Ten eerste is het een poging om de focus weg te halen van de functionele beperkingen van individuen met een impairment en de nadruk eerder te leggen op de problemen veroorzaakt door invaliderende omgevingen, barrières en culturen. Ten tweede weigert het om specifieke problemen los te zien van de totaliteit van invaliderende milieus. Ten derde betekent goedkeuring van het sociale model niet dat individuele interventies in het leven van mensen met een beperking, of ze nu medisch, revalidatief, educatief of arbeidsgericht zijn, nutteloos of altijd contraproductief zijn (Oliver, 1996b; Oliver, 2004). Vanuit een sociaal modelperspectief wordt te veel geïnvesteerd in individuele interventies met steeds minder rendement. Als gevolg hiervan worden wijzigingen in omgevingen vaak verwaarloosd of onderontwikkeld ondanks de grotere potentiële voordelen van dergelijke investeringen. Om het simpel te stellen: het bieden van een barrièrevrije omgeving zal waarschijnlijk niet alleen ten goede komen aan mensen met een mobiliteitsbeperking, maar ook aan andere groepen (bijvoorbeeld moeders met kinderwagens, ouderen met trolleys), terwijl fysieke revalidatie alleen degenen ten goede komen die bevoorrecht genoeg zijn om er toegang toe te krijgen (Oliver, 2004). In de ruimste zin gaat het sociale model van invaliditeit over niets meer dan een duidelijke focus op de economische, ecologische en culturele barrières die mensen tegenkomen en die door anderen worden gezien als invalide - fysiek, sensorisch of intellectueel. De barrières die mensen met een beperking tegenkomen, zijn onbereikbare onderwijsystemen, werkomgevingen, ontoereikende arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, discriminerende gezondheids- en sociale ondersteuningsdiensten, ontoegankelijk vervoer, huizen en openbare gebouwen en voorzieningen, en de devaluatie van personen met een beperking door negatieve beelden in de media - films, televisie en kranten. Vandaar dat de culturele omgeving waarin we allemaal opgroeien invaliditeit doorgaans als onaantrekkelijk en ongewenst beschouwt (Oliver, 2004).

Het sociale model was een manier om alle mensen met een beperking te laten nadenken over de dingen die ze gemeenschappelijk hadden en de barrières die ze allemaal tegenkwamen. Natuurlijk waren enkele van die barrières specifiek voor een beperking; blinden kunnen bijvoorbeeld informatiebarrières hebben, mensen met mobiliteitsbeperkingen kunnen toegangsbarrières hebben, dove mensen kunnen communicatieproblemen ondervinden enzovoort. Maar niettemin werd het sociale model een manier om al die soorten ervaringen te verbinden en stelde het de beweging in staat om een collectief bewustzijn te ontwikkelen. Dit stelde de beweging in de jaren tachtig in staat om zich snel uit te breiden (Oliver, 2004).

Terminologie

Invaliditeit is een vorm van verschil die ontstaat wanneer de maatschappelijke participatie van iemand met een beperking wordt 'verstoord' door normatieve verwachtingen en materiële omstandigheden (Devlieger, 2018b). Deze observatie heeft academici en wetenschappers met een beperking meer in het algemeen ertoe gebracht om invaliditeit te definiëren als een categorie die fundamenteel sociaal is geconstrueerd. Het is geen impairment die een beperking veroorzaakt, maar eerder de incompatibiliteit van invalide lichamen met sociale normen en materiële omgevingen die worden bepaald door de gezonde meerderheid, en de discriminatie die daar vaak op volgt. Antropologen als Russell Shuttleworth en Devva Kasnitz kiezen ervoor om een expliciet onderscheid te maken door impairment te definiëren als 'een negatief geconstrueerde, culturele perceptie van een lichamelijke, cognitieve of gedragsmatige afwijking in termen van functie of een andere ethnopsychologische of etnofysiologische status', en beperking als een negatieve sociale respons op een waargenomen functionele beperking (Shuttleworth & Kasnitz, 2004; Devlieger, 2018b).

De termen 'invaliditeit' en 'mensen met een beperking' worden in deze analyse gebruikt om te verwijzen naar zowel bijzondere impairments als de sociale discriminatie die hiermee gepaard gaat (Emmett & Alant, 2006). Verschillende beperkingen vertegenwoordigen verschillende impairments en uitdagingen en het kan nuttig zijn om een onderscheid te maken en categorieën van beperkingen en impairments afzonderlijk te bestuderen om meer diepgaande informatie te krijgen (Muderedzi, 2017). Een 'impairment' is, op het meest basale niveau, een object of een feit van het lichaam. 'Impairment' als een object, wordt vervolgens door de samenleving als een beperking beschouwd of geïnterpreteerd. Ik volg filosofe Schriempf (2001) in het voorstel dat 'impairment' en 'beperking' worden opgevat als interactief. Dat wil zeggen, er is geen duidelijke grens tussen de twee; geen van beide kan worden gedegradeerd tot het 'biologische' of het 'sociale' rijk. Een impairment, zoals een beperking, wordt een deel van het sociale weefsel en is niet langer alleen maar een materiële beschrijving van een zinloze lichamelijke realiteit. Een beperking, zoals een stoornis, beschrijft niet alleen de respons van de maatschappij op verstoorde lichamen, maar ook hoe die lichamen zowel materieel als cultureel zijn gevormd. Een interactionistisch model beschrijft claims van 'impairment' en 'beperking' als diegene die voortkomen uit een historische en culturele traditie van het classificeren van lichamen, objecten, gedragingen, enzovoort (Schriempf, 2001).

Impairment en beperking gaan beide altijd over lichamen in sociale situaties en dus altijd over de materiële en sociale omstandigheden van niet alleen het lichaam en zijn of haar

capaciteiten, maar ook van iemands omgeving. Het probleem van onderdrukking en discriminatie van vrouwen met een beperking zal niet worden opgelost door onderscheid te maken tussen beperking en 'impairment', maar door hun wisselwerking te begrijpen en hoe dit interactionisme het mogelijk maakt vooroordelen als seksisme, ableisme, heteroseksisme, classisme, ageisme, racisme en anderen te voeden en te ondersteunen (Schriempf, 2001).

Methode: een intersectioneel perspectief

De ervaring van invaliditeit is zowel uniek als universeel. Bijna alle mensen zullen vroeg of laat, in een zekere levensfase, geconfronteerd worden met lichamelijke impairments. Invaliditeit is een vorm van anders zijn die wordt gekenmerkt door de beperkingen die daarmee gepaard gaan: mensen met een beperking worden vaak als 'anders' beschouwd dan mensen die 'normaal' of 'gezond' zijn. In tegenstelling tot sociale categorieën, zoals geslacht, ras of generatie, is invaliditeit echter een vorm van alteriteit waartoe iedereen op elk moment kan komen te behoren (Rapp & Ginsburg, 2010). Omdat de kwetsbaarheid van het menselijk lichaam wordt gedeeld door alle mensen, pleiten onderzoekers van verscheidene disciplines voor aandacht voor invaliditeit als essentieel voor het begrijpen van de menselijke natuur en diversiteit (Devlieger, 2018b). Dit soort aandacht voor meervoudige identiteitskenmerken is het fundament van intersectioneel onderzoek, alsook voor deze masterproef.

Afkomstig uit de feministische geschriften van Crenshaw (1991), laat intersectionaliteit als een analytisch hulpmiddel ons toe om de meervoudige identiteiten van een individu te erkennen en na te gaan hoe deze resulteren in verschillende ervaringen van nadeel of voordeel. Intersectionaliteit leent zich voor het begrijpen van kwalitatief verschillende ervaringen van marginalisatie op basis van de meerdere identiteiten die mensen hebben (Moodley & Graham, 2015). Ook mensenrechtenactiviste Alison Symington (2004) definieert intersectionaliteit als "een analytisch hulpmiddel voor het bestuderen, begrijpen en beantwoorden van de manieren waarop gender kruist met andere identiteiten en hoe deze kruispunten bijdragen aan unieke ervaringen van onderdrukking en privilege" (Emmett & Alant, 2006).

Crenshaw ontwikkelde de theorie van intersectionaliteit in 1989 om "de manieren aan te geven waarop ras en geslacht op elkaar inwerken om de veelvoudige dimensies van de werkervaring van zwarte vrouwen te vormen" (Crenshaw, 1991). Deze theorie is inmiddels uitgebreid en wordt een bruikbare lens voor het onderzoeken van de kruisende aard van zowel identiteiten als onderdrukking. Een intersectioneel analytisch kader leidt dit onderzoeksproject, omdat het me in staat stelt te verklaren op welke manieren meerdere categorieën van de identiteiten van de subjecten - geslacht, ras, sociaaleconomische status en ability - de toegang tot hun grondwettelijke rechten mogelijk maken of belemmeren (Tshegofatso, 2016).

Door de opbouw van de masteropleiding Gender en Diversiteit was het praktisch niet haalbaar om zelf (ethnografisch) veldwerk te verrichten. Om die reden heb ik getracht een literatuurstudie uit te voeren die zich baseert op academische artikelen, scripties en

boeken die handelen over vrouwen met een beperking in de Afrikaanse context. Deze bronnen zijn afkomstig uit diverse disciplines, waaronder antropologie, sociologie, gezondheidsstudies, disability-studies, etc. In de zoektocht naar verschillende bronnen ging mijn voorkeur steeds uit naar etnografische data en bronnen die een uitgesproken feministisch en/of intersectioneel perspectief innamen. Ik vond deze bronnen voornamelijk via databases zoals Limo en Google Scholar. Door deze veelheid aan bronnen grondig te exploreren, interpreteren en kritisch te benaderen, kwam deze masterproef tot stand.

Een feministische invaliditeitstheorie?

Herhaaldelijk worden feministische kwesties die vervlochten zijn met invaliditeit - zoals reproductietechnologie, de plaats van lichamelijke verschillen, de bijzonderheden van onderdrukking, de ethiek van zorg, de constructie van het subject - besproken zonder enige verwijzing naar invaliditeit. Net als academici binnen disability-studies die zich niet bewust zijn van feminisme, zijn feministische wetenschappers vaak gewoon niet bekend met de perspectieven van disability-studies (Garland-Thomson, 2002). Disability-studies bouwen echter voort op de feministische theorie en de feministische theorie kan baat hebben bij disability-studies. Zowel feminisme als disability-studies zijn vergelijkende en gelijktijdige academische ondernemingen. Net zoals het feminisme het lexicon heeft uitgebreid van wat we ons als vrouwelijk voorstellen en geprobeerd heeft de subjectieve positie van de vrouw te begrijpen en te destigmatiseren, zo hebben invaliditeitsstudies de identiteit onderzocht met oog op de volledige(re) integratie van mensen met een beperking in onze samenleving. Integratie van invaliditeit als een categorie van analyse en een representatiesysteem verdiept de feministische theorie, breidt ze uit en daagt ze uit (Garland-Thomson, 2002).

Intersectionele feministische theorievorming is een collaboratieve, interdisciplinaire aangelegenheid en een zelfbewuste culturele kritiek die analyseert hoe de representatiesystemen van geslacht, ras, etniciteit, ability, seksualiteit en klasse elkaar onderling construeren, beïnvloeden en tegenspreken. Deze systemen kruisen met elkaar om toegewezen en verworven identiteiten te produceren en te ondersteunen - zowel degenen die anderen aan ons verbinden als degenen die we voor onszelf claimen. Een feministische disability-theorie introduceert het ability/disability-systeem als een categorie van analyse in deze diverse en diffuse onderneming. Het heeft tot doel de huidige opvattingen over culturele diversiteit uit te breiden en de academie en de bredere wereld meer te integreren (Garland-Thomson, 2002).

Invaliditeit is ook een doordringende, vaak onuitgesproken ideologie die onze culturele opvattingen over onszelf en de andere informeert. Invaliditeit - zoals gender - is een concept dat alle aspecten van cultuur doordringt: de structurerende instellingen, sociale identiteiten, culturele praktijken, politieke posities, historische gemeenschappen en de gedeelde menselijke beleving van lichamelijkheid. Inzicht in hoe invaliditeit werkt als een identiteitscategorie en een cultureel concept, zal de manier waarop we begrijpen wat het is om mens te zijn, onze relaties met elkaar en de ervaring van belichaming verbeteren (Garland-Thomson, 2002).

De voornaamste premisse van een feministische invaliditeitstheorie is dat invaliditeit, zoals vrouwelijkheid, geen natuurlijke staat van lichamelijke inferioriteit,

ontoereikendheid, overmaat of een tegenslag is. Integendeel, invaliditeit is een cultureel vervaardigd verhaal van het lichaam, vergelijkbaar met wat we beschouwen als de ficties van ras en geslacht. Hoewel deze vergelijking van lichamen ideologisch in plaats van biologisch is, dringt het niettemin door tot de vorming van cultuur, wat een ongelijke verdeling van middelen, status en macht binnen een bevooroordeelde sociale en architecturale omgeving legitimeert (Garland-Thomson, 2002). Bovendien is invaliditeit een brede term waarbinnen gevarieerde ideologische categorieën als ziek, misvormd, gek, lelijk, oud, verminkt, gekweld, boos, abnormaal of verzwakt zich clusteren - dit alles is nadelig voor bepaalde mensen omdat het lichamen devalueert die niet voldoen aan culturele normen. Een feministische invaliditeitstheorie denaturaliseert invaliditeit door de dominante veronderstelling dat invaliditeit iets fout of verkeerd is te ontkennen (Garland-Thomson, 2002).

Maar er bestaat duidelijk een conflict tussen de retoriek van feminisme over inclusie en het niet opnemen van invaliditeit in hun discours. Historisch gezien hebben zowel invaliditeitsstudies als genderstudies vrouwen met een beperking verwaarloosd en bijna alle onderzoek naar mensen met een beperking is uitgegaan van de irrelevantie van gender en andere sociale dimensies zoals sociale klasse, ras, etniciteit en seksuele geaardheid (Emmett & Alant, 2006; Traustadottir, 1990). Ervaringen, kwesties en belichamingen van vrouwen met een beperking zijn door feministische en mainstream theoretici ten onrechte grotendeels genegeerd en/of verkeerd begrepen (Schriempf, 2001). Waarom zouden feministen zich bekommeren om invaliditeitstheorieën? Omdat vele feministen het feit hebben gemist dat de problemen van vrouwen met een beperking anders zijn dan die van valide vrouwen. Vrouwenrechten- en disability-activisten Michelle Fine en Adrienne Asch (1988) wijzen erop dat vrouwen met een beperking in het algemeen niet dezelfde onderdrukking ervaren als vrouwen zonder beperking, vooral omdat vrouwen met een beperking in deze samenleving niet als volmaakte vrouwen worden gezien. Door amper aandacht te besteden aan disability-theorieën, slagen feministen er niet in om de verschillende ervaringen van vrouwen met een beperking te erkennen in een seksistische en 'ableist' samenleving, omdat hun theorie veronderstelt dat vrouwen met een beperking onder de algemene rubriek 'vrouw' vallen (Schriempf, 2001).

Onlangs is een aantal schrijvers begonnen met het theoretiseren van de verbanden tussen feminisme en invaliditeitstheorie (Meekosha & Dowse, 1997; Gerschick, 2000; Schriempf, 2001). Sommigen hebben gewezen op de behoefte aan een meer genuanceerde theorie die sociale argumenten beter integreert met biologische argumenten in zowel invaliditeitsbenaderingen als feminisme. Het nemen van ervaringen van vrouwen met een beperking als uitgangspunt zorgt ervoor dat de problemen van

gender en invaliditeit als onafscheidelijk worden beschouwd (Schriempf, 2001). Een aantal schrijvers benadrukt de vele aannames over mannen en vrouwen met een beperking die tot gecompliceerde vormen van discriminatie leiden. Deze omvatten onder andere de ideeën dat vrouwen met een beperking geen zorg voor hun kinderen kunnen dragen, waarschijnlijk geen intieme relaties hebben en asexueel of promiscue zijn (Goldblatt, 2009).

Ook feministen met een beperking hebben zich tot de feministische theorie gewend om hen te helpen bij het ontwikkelen van een analyse van de ervaringen van vrouwen met een beperking. Zoals Fine en Asch (1988) suggereren ze dat er een serieus onderzoek nodig is naar de ervaringen van deze vrouwen. Het is van cruciaal belang op te merken dat het toepassen van de feministische kritiek op het patriërchaat op de ervaringen van vrouwen met een beperking geen adequate weergave biedt van hun onderdrukking (Schriempf, 2001). Het westerse denken heeft namelijk lang een samenvloeiing van vrouwelijkheid en invaliditeit veronderstelt, beide beschouwend als gebrekkig tegenover een gevestigde norm. Aristoteles definieerde vrouwen bijvoorbeeld als 'verminkte mannen'. Meer recent hebben feministische theoretici betoogd dat vrouwelijke lichamelijke een invaliderende toestand is in de seksistische cultuur. Vrouwen en personen met een beperking worden beiden afgeschilderd als hulpeloze, afhankelijke, zwakke, kwetsbare en onbekwame lichamen (Garland-Thomson, 2002). Vrouwen met een beperking zijn dan ook een duidelijke en uitgesloten - zij het zeer gevarieerde - groep binnen de grotere sociale klasse van vrouwen. De relatieve voorrechten van normatieve vrouwelijkheid worden vaak ontzegd aan invalide vrouwen (Fine & Asch, 1988). Culturele stereotypen stellen vrouwen met een beperking voor als asexueel, ongeschikt om te reproduceren, overdreven afhankelijk, onaantrekkelijk - als over het algemeen verwijderd van de sfeer van ware vrouwelijkheid en vrouwelijke schoonheid. Invaliditeit zal dus de culturele scripts van vrouwelijkheid zowel intensifiëren als verzwakken (Garland-Thomson, 2002).

Sommige feministen hebben gepoogd de invaliditeitstheorie en het feminisme samen te smelten door te stellen dat vrouwen met een beperking moeten omgaan met een dubbele onderdrukking (dat van vrouw zijn in een seksistische samenleving en beperkt zijn in een ableist maatschappij). Zodra elke onderdrukking in kaart is gebracht, voegt men de twee samen om tot een verklaring te komen voor de onderdrukking van vrouwen met een beperking. Om het simpel te stellen, zou men zoiets kunnen zeggen als: "invalide vrouwen worden geconfronteerd met een dubbele onderdrukking, één op het niveau van invaliditeit, de andere op het niveau van geslacht" (Schriempf, 2001). Beide identiteiten zijn sociale constructies die op twee biologische feiten zijn gevestigd - een van impairment, de andere van het geslacht. De twee identiteiten zijn hetzelfde, ook omdat noch de impairment, noch het geslacht op zichzelf problematisch of moeilijk is - dat wil

zeggen, elk wordt enkel een probleem wanneer geplaatst in een sociale context die zijn/haar biologische kenmerken uitdaagt. Dus als we de ervaringen van vrouwen met een beperking willen begrijpen, moeten we kijken naar hoe geslacht en impairment worden geïnterpreteerd als negatief en hoe ze worden gecombineerd om de dubbele onderdrukking van invalide vrouwen te vormen. Dit denkpatroon wordt gekenmerkt door een zogenaamd 'additief' denkkader waarin men afzonderlijke onderdrukkingen en identiteiten theoretiseert en deze vervolgens weer bij elkaar optelt alsof dat de volledige ervaring zou verklaren (Schriempf, 2001).

Schriempf (2001) beargumenteert dat feministen en disability-theoretici kwesties van vrouwen met een beperking moeten onderzoeken, en daarom hebben we een radicale herziening nodig van de manier waarop we het lichaam en zijn rol in de samenleving benaderen. We hebben nood aan de erkenning dat vrouwen met een beperking niet dubbel onderdrukt of dubbel beperkt zijn; in plaats daarvan belichamen ze een complex amalgaam van verweven situaties: gender beïnvloedt invaliditeit; invaliditeit beïnvloedt klasse; klasse beïnvloedt misbruik; misbruik beïnvloedt seksualiteit; seksualiteit komt bovenop ras ... alles komt uiteindelijk samen in een enkel menselijk lichaam. Een interactionistisch paradigma biedt de beste middelen voor degenen die werkzaam zijn in disability-studies, feministische studies en queertheorie om theorie en ervaring opnieuw te conceptualiseren en opnieuw te belichamen, zodat deze lichamen niet alleen kunnen overleven, maar ook kunnen bloeien. Interactionisme is ook de beste hoop voor feminisme en disability-theorie voor dialoog omdat het eist dat we epistemische verantwoordelijkheid nemen voor de categorieën waarin we leven (Schriempf, 2001).

Postkoloniale invloed

Zoals sociologe Meekosha (2011) en internationale disability-onderzoeker Grech (2009) betogen, wordt literatuur in het veld van disability-studies vaak gedomineerd door 'noordelijke' perspectieven die er niet in slagen om de uitdagingen die gepaard gaan met beperkingen te plaatsen in het kader van bredere ontwikkelingsuitdagingen, en bewijsmateriaal is vaak eerder anekdotisch dan empirisch onderbouwd (Muderedzi, 2017). Het 'Noorden', de mondiale metropool, verwijst naar de centra van de wereldeconomie in West-Europa en Noord-Amerika. Veel van de landen in het noorden waren de imperiale machten die andere delen van de wereld koloniseerden en zijn sinds het formele einde van de Europese rijken belangrijke centra van mondiaal kapitalisme gebleven. 'Zuidelijke' landen zijn in grote lijnen die landen die historisch veroverd of gecontroleerd werden door moderne imperiale machten, waardoor een voortdurende erfenis van armoede, economische uitbuiting en afhankelijkheid achterblijft. Het is duidelijk dat 'noord/zuid' en 'metropool/periferie' complexe en dynamische concepten zijn (Meekosha, 2011).

Hedendaagse debatten in disability-studies op het noordelijk halfrond hebben de neiging gehad om de geleefde ervaring van mensen met een beperking van het mondiale Zuiden grotendeels te negeren. Zelden zijn er voorbeelden van bewegingen van invalide personen buiten de genoemde metropool. We moeten ons bijvoorbeeld afvragen waarom invaliditeit, gender en armoede zo verweven zijn in het mondiale Zuiden: wie is verantwoordelijk en wie profiteert ervan? (Meekosha, 2011).

De processen van kolonisatie, kolonialisme en neo-koloniale macht hebben geleid tot een groot aantal mensen met een beperking in het globale Zuiden. Veel hiervan heeft betrekking op de wereldeconomie; het gaat om de controle over grondstoffen. Het geweld en de oorlog die voortdurend wordt uitgelokt door het Noorden, zowel direct als indirect, in de strijd om de controle over mineralen, olie en andere economische hulpbronnen – en uiteindelijk om de controle over het land zelf – heeft geleid tot een groot aantal personen met een beperking. Koloniale invasies werden gerechtvaardigd op basis van het feit dat de bewoners van plaatsen zoals Zuid-Amerika, Afrika en Australië goddeloze en primitieve wilden waren. Deze 'nauwelijks menselijke' stereotypen hebben resonantie voor invalide personen wereldwijd (Meekosha, 2011). Ras en invaliditeit in het Zuiden zijn vloeiende concepten. Dit is het geval geweest in zowel de koloniale als de hedendaagse tijd. Devlieger (2005) meldt dat invaliditeit als een categorie van discours vreemd is voor de Afrikaanse Sub-Saharaanse gedachte. We kunnen de gesocialiseerde subaltern niet zinnig scheiden van de invalide subaltern in het proces van kolonisatie. In de koloniale tijd werden zowel invalide als raciale individuen geïnstitutionaliseerd om de 'vervuiling'

van de bredere bevolking te voorkomen. De vestiging van strafinrichtingen in de koloniën maakte plaats voor instellingen voor 'mentaal gebrekkigen' of 'idioten'. Tegen het einde van de negentiende eeuw werden grote instellingen gebouwd waar mensen voor de duur van hun leven zouden leven en werken. Deze instellingen waren volledig gesloten, de omstandigheden waren fysiek en emotioneel hard en er was sprake van veel misbruik. De bijzondere ontwikkeling van de koloniale staat maakte de institutionalisering van mensen met een beperking mogelijk (Meekosha, 2011).

Tegenwoordig wordt steeds vaker erkend dat inheemse kennis eveneens getroffen werd door het kolonialisme. Inheemse geleerden en auteurs dagen 'deskundig' denken uit op veel gebieden - met name in menswetenschappen en antropologie (Hoppers, 2003). We moeten erkennen dat er veel manieren zijn om invaliditeit en beperkingen te beschrijven en te begrijpen. Inheemse activisten strijden voor de controle van traditionele medicinale kennis en geneeswijzen - die allemaal verband houden met invaliditeit. Hun verklaringen van invaliditeit kunnen niet eenvoudigweg worden afgedaan als irrationeel of gebaseerd op bijgeloof. Invaliditeit is geen universeel begrip. Verschillende culturen houden er verschillende interpretaties van invaliditeit op na (Meekosha, 2011).

Er blijft ook de moeilijkheid bestaan om westerse concepten toe te passen op postkoloniale samenlevingen, vooral waar koloniale vormen van macht nog steeds verankerd blijven. Postkolonialisme kan ons doen inzien hoe koloniale projecten zich bezighielden met het herschikken van sociale relaties - zodat traditionele manieren om mensen met een beperking te helpen worden ondermijnd - het verwantschaps-, familie- en gemeenschapssysteem (Meekosha, 2011). Postkoloniale perspectieven vereisen dat de historische specificiteit in de koloniale situatie wordt erkend en dat wordt erkend dat een inheemse bevolking bestond en brutaal werd behandeld. Bewijzen die onder andere door Meekosha (2011) worden aangehaald, getuigen van het feit dat een beperking in het mondiale Zuiden vaak het gevolg is van de aanhoudende afhankelijkheid van de noordelijke metropool. Exploiterende en gevaarlijke werkomstandigheden zijn nauw verbonden met de politieke economieën geërfd van de koloniale overheersing.

De tijd is rijp voor het ontwikkelen van zuidelijke perspectieven op invaliditeit die de impliciete waarden en concepten van de noordelijke theorie uitdagen. De UNCRPD werd in december 2006 door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties aangenomen en zal onvermijdelijk de mogelijkheid openen voor meer debat over de geleefde ervaring van mensen met een beperking in het Zuiden en transnationaal activisme en belangenbehartiging. Desalniettemin kunnen kritieken over het 'universalisme' van mensenrechten van zuidelijke geleerden niet worden genegeerd. Mensenrechten zijn gebaseerd op het westerse idee van rationele individuen, wat belangrijke kwesties oproept voor een zuidelijke theorie van invaliditeit, aangezien de concepten en processen

die zijn ingebed in het mensenrechtendebat cultureel eurocentrisch blijven (Meekosha, 2011).

Voor disability-theoretici is het belangrijk om te leren van feministische theoretici uit het Zuiden die gepleit hebben voor de centrale rol van dekolonisatie in het feministische denken. Ook moeten kritische disability-studies zelf opnieuw worden geformuleerd, om relaties te theoretiseren die zijn voortgekomen uit kolonialisme en postkoloniale machtsrelaties. Dit is een grote taak, waarin ook genderkwesties voldoende in acht moeten worden genomen (Meekosha, 2011).

Invaliditeit in Afrika: de bijzondere kwetsbaarheden van vrouwen met een beperking

Invaliditeit als een categorie van discours is onbestaande in het Afrikaanse denksysteem ten zuiden van de Sahara. Invaliditeit is in wezen een westerse categorie die moet worden begrepen als het resultaat van historische ontwikkelingen tussen mensen en de samenleving, in het bijzonder tussen mensen en staten (Devlieger, 2005). Woorden die verwijzen naar het concept van invaliditeit bestaan eenvoudigweg niet in Afrikaanse talen. Terwijl invaliditeit een 'gebrek aan' of 'tekort' voorstelt, verwijst het Afrikaanse denken meer positief naar een streven naar 'wholeness'. Maar hoewel een categorie van invaliditeit niet bestaat als verzamelnaam in Afrikaanse talen, moet worden vermeld dat er wel concrete vertalingen voor lichamelijke beperkingen (kreupel, mank, blind, doof) bestaan. Het meest opvallend is dat 'buitengewone' kinderen worden geïdentificeerd door hun veronderstelde bovennatuurlijke kracht. In hedendaags Afrika kan invaliditeit voortkomen uit o.a. besmettelijke ziekten, opkomende industrialisatie en verkeersongevallen; burgeroorlog en genocide; en terrorisme (Devlieger, 2005). Ook ondervoeding, ziekte, minder toegang tot veilig drinkwater, ontoereikende sanitaire voorzieningen, slechte gezondheidszorg en een gebrek aan revalidatie zijn allemaal oorzaken van invaliditeit in het Globale Zuiden (Muderedzi, 2017).

Terwijl in de geïndustrialiseerde landen de schattingen van percentages van de bevolking met beperkingen tussen 10 en 15 procent liggen, liggen die cijfers in het Globale Zuiden meestal aanzienlijk lager (minder dan 6 procent van de totale bevolking). Voor deze discrepantie zijn verschillende redenen mogelijk, waaronder voortijdige sterfte van mensen met een beperking (voornamelijk baby's, meisjes en vrouwen), het niet opnemen van personen met een beperking bij volkstellingen en enquêtes en hogere drempels voor het identificeren en erkennen van specifieke impairments (Emmett & Alant, 2006). De suggestie dat lagere percentages van invaliditeit onder vrouwen in het Globale Zuiden gerelateerd kunnen zijn aan hogere sterftcijfers voor vrouwen en meisjes, wordt in deze landen enigszins gesteund door het demografische fenomeen van de 'vermiste vrouwen' dat voortkomt uit het werk van filosoof Amartya Sen over armoede en ongelijkheid. Sen (1999) schrijft deze genderspecifieke sterftcijfers rechtstreeks toe aan extreme genderongelijkheid in deze landen, en meer specifiek aan 'de relatieve verwaarlozing van de gezondheid en voeding van vrouwen, vooral - maar niet uitsluitend - tijdens de kinderjaren' (Emmett & Alant, 2006). Andere informatie die beschikbaar is over vrouwen en meisjes met een beperking in het Globale Zuiden biedt verdere ondersteuning voor deze hypothese. In sommige gemeenschappen krijgen meisjes met een beperking bijvoorbeeld minder zorg en voedsel, hebben ze minder toegang tot gezondheidszorg en

revalidatiediensten en hebben ze mogelijk minder toegang tot onderwijs en werkgelegenheid. Vrouwen met een beperking hebben soms ook slechtere huwelijksprospectieven dan mannen met een beperking en lopen het risico om fysiek en seksueel misbruikt te worden (Emmett & Alant, 2006).

De theoretische achtergrond die reeds werd besproken over gender en invaliditeit suggereert dat dit overlappende ongelijkheden zijn die elkaar versterken om een grotere kwetsbaarheid voor ontbering en uitbuiting te creëren (Emmett & Alant, 2006; Naami, 2015). Vrouwen met een beperking ervaren dezelfde onderdrukking als vrouwen zonder beperking, maar vaak zelfs zonder de status die vrouwen traditioneel als moeders of vrouwen krijgen. Bovendien ervaren vrouwen met een beperking meer discriminatie dan andere vrouwen omdat ze niet kunnen voldoen aan de veeleisende idealen van vrouwelijkheid die de maatschappij oplegt (Emmett & Alant, 2006). De ontkenning van de 'traditionele rollen' van een vrouw voor vrouwen met een beperking creëert wat Fine en Asch (1988) 'rolelessness' noemen, een sociale onzichtbaarheid en de tenietdoening van vrouwelijkheid (Ghai, 2002). Deze vormen van discriminatie en ongelijkheid zorgen ervoor dat vrouwen met een beperking waarschijnlijker arm, ongeschoold, werkloos en sociaal geïsoleerd zijn. Ze ervaren belemmeringen binnen de gezondheidszorg en dragen de bijkomende verantwoordelijkheden van kinderopvang. Vrouwen met een beperking ervaren geweld vanwege gendervooroordelen en dit geweld wordt verergerd door hun beperking. Vanwege hun beperkingen wordt hun geslacht opnieuw geconfigureerd om hun passiviteit, afhankelijkheid en zwakte te overdrijven en speelt het een belangrijke rol bij het bepalen hoe de beperking van een vrouw wordt waargenomen en hoe erop gereageerd wordt (Gerschick, 2000).

De kruispunten tussen geslacht, (structureel) geweld en invaliditeit laten zien hoe vrouwen met een beperking geconfronteerd worden met meerdere onderdrukkingen en, samen met een mix van sociale en culturele aannames, hoe deze onderdrukking de ervaringen van een persoon die al discriminatie ervaart, bepaalt (Crenshaw, 1991; van der Heijden et al., 2016). Verdere kwetsbaarheden zijn mythes rond asexualiteit en onverkiesbaarheid voor het huwelijk. Hun veronderstelde asexualiteit vormt het geloof dat ze maagd zijn en daarom geschikte kandidaten zijn voor risicovrije seks. Vanwege deze mythen wordt zelden aangenomen dat vrouwen met een beperking intieme partners hebben, dus geweld van intieme partners wordt vaak niet opgemerkt of niet gemeld. De meest voorkomende vormen van geweld die vrouwen met een beperking ervaren, zijn psychisch geweld, financiële mishandeling, verwaarlozing en ontbering, waarbij stigmatisering door invaliditeit een centrale rol speelt en bijdraagt aan de manier waarop vrouwen met een beperking worden uitgebuit en ontmenselikt. Constructies van vrouwen als asexueel bepalen hun seksuele relaties en ervaringen met seksueel geweld.

Daarenboven leeft in Azië en Afrika de mythe dat seks met een maagd iemand met hiv/aids kan genezen en wordt zo het risico op verkrachting verhoogd (van der Heijden et al., 2016).

In onderstaande hoofdstukken worden enkele essentiële kwesties besproken die bijdragen aan de bijzondere kwetsbaarheid van vrouwen met een beperking in Afrika. Eerst wordt geanalyseerd waarom armoede- en werkloosheidscijfers van vrouwen met een beperking in Afrika zodanig hoog liggen, en welke (in)directe gevolgen dit heeft voor deze vrouwen en hun gezin. Vervolgens worden enkele culturele opvattingen verkend, die vaak (maar niet altijd) bijdragen tot discriminatie van personen met een beperking in het algemeen, en vrouwen in het bijzonder. Hierna komen enkele onderzoeken aan bod die (seksueel) geweld tegenover vrouwen met een beperking analyseren, en wordt nagegaan waarom deze vrouwen met geweld worden geconfronteerd, en op welke unieke manieren ze dit ervaren. Een volgend hoofdstuk verkent de relatie tussen invaliditeit, hiv en seksuele opvoeding, en onderzoekt waarom vrouwen met een beperking hoge risico's lopen om besmet te worden met hiv, en welke stappen hiertegen kunnen worden ondernomen. Tenslotte toont het laatste gedeelte welke impact invaliditeitsuitkeringen kunnen hebben op het leven van vrouwen met een beperking, maar ook welke uitdagingen en hindernissen hiermee gepaard gaan.

Armoede en werkloosheid

Werkgerelateerde ongelijkheden blijven bestaan in zowel het Globale Noorden als Zuiden. Over het algemeen worden vrouwen minder gewaardeerd op de arbeidsmarkt, zoals blijkt uit de ongelijkheid in hun deelname aan de arbeidsmarkt, de verloning, het soort banen dat ze hebben en de posities die ze bekleden (Naami, 2015). In 2012 meldden de Verenigde Naties dat het percentage actieve volwassen vrouwen op de arbeidsmarkt lager lag dan hun mannelijke tegenhangers in alle landen van de Verenigde Naties (Naami, 2015). Vermeldenswaardig is dat officiële werkloosheidscijfers van vrouwen uit Afrika, Azië en Latijns-Amerika hoger liggen (United Nations, 2013). In het verslag van 2012 wordt verder gewezen op de steeds groter wordende kloof op het gebied van genderverschillen tussen mannen en vrouwen (Naami, 2015). Parallel aan de voorafgaande discussies, zijn er wereldwijd verschillen in tewerkstelling tussen personen met en personen zonder beperkingen. In hun onderzoek, dat een momentopname geeft van de economische situatie en armoede van personen met een beperking (op een leeftijd waarop men begint te werken) in 15 ontwikkelingslanden, hebben economen Mitra, Posarac & Vick (2011) verschillende trajecten in kaart gebracht die betrekking hebben op de invloed van invaliditeit op armoede. Ze concluderen dat personen met een beperking, in vergelijking met personen zonder beperking, meer kans hebben op een lager opleidingsniveau, lagere werkgelegenheid, lagere lonen als ze in dienst zijn en de kans groter is dat ze in armoede verzeild geraken (Naami, 2015). Het resultaat van de enquête van de Wereldgezondheidsorganisatie (2011b) over invaliditeit voor 51 landen toont werkgelegenheidspercentages van 52,8% voor mannen met een beperking en 19,6% voor vrouwen met een beperking, terwijl die voor mannen en vrouwen zonder beperking respectievelijk 64,9% en 29,9% bedroegen. Ook statistici Mizunoya en Mitra (2012), van wie de studie betrekking had op 15 ontwikkelingslanden, waaronder Ghana, hebben de lacunes in arbeidsparticipatie onderzocht. Zij ontdekten dat personen met een beperking in 12 van de 15 onderzochte landen een lagere werkgelegenheidsgraad hebben dan personen zonder beperking. Ze vonden ook dat personen met een beperking eerder in de informele sector werken in vergelijking met hun tegenhangers zonder beperking (Naami, 2015).

Vijftien procent van de wereldbevolking leeft met een beperking, dat is meer dan 1 miljard. Volgens het Disability Rights Fund woont 80% van dit aantal in het Globale Zuiden en maakt het 20% uit van de armsten onder de armen die leven van minder dan \$1 per dag. De onderlinge verbanden tussen armoede, ras en invaliditeit hebben diepgaande gevolgen, niet alleen voor huishoudens in het algemeen, maar meer specifiek voor vrouwen. De overlap van invaliditeit, armoede en ras wordt aanzienlijk beïnvloed door de gezinsstructuur en ongelijkheden tussen de seksen (Emmett & Alant, 2006). "Invaliditeit

kan het risico op armoede verhogen en armoede kan het risico op invaliditeit vergroten", beargumenteert de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2011a; Moodley & Graham, 2015; Goldblatt, 2009). Armoede en invaliditeit hebben dus een wederzijds destructieve relatie waarbij invaliditeit het risico op armoede verhoogt, terwijl armoede de voorwaarden creëert voor een verhoogd risico op invaliditeit (Humphrey, 2016). Arme mensen met een beperking kunnen daarom worden gezien als gevangen in een vicieuze cirkel van armoede en invaliditeit. Armoede verhoogt namelijk ook de kwetsbaarheid voor invaliditeit door slechte voeding, gebrek aan toegang tot gezondheidszorg, grotere blootstelling aan geweld en onbedoelde verwondingen, gebrek aan kennis over preventie, etc. (Emmett & Alant, 2006).

Mensen met een beperking worden extreem gemarginaliseerd en vaak gedwongen om aan de rand van de samenleving te leven. De dimensies van armoede en gender verergeren deze marginalisering, waardoor vrouwen met een beperking die in armoede leven enkele van de meest vergeten en geïsoleerde mensen ter wereld zijn. Dit verschijnsel is bekend geworden als de 'vervrouwelijking van armoede', een term die sociaal wetenschapper Diana Pearce in 1978 voorstelde. Hoewel deze term gecontesteerd is, vestigt het de aandacht op het feit dat vrouwen armoede anders ervaren, vaak harder dan mannen, en worden beïnvloed door genderrelaties. Bij het toepassen van theorieën over intersectionaliteit (Cho et al., 2013) in de context van armoede en invaliditeit in Afrika, wordt het duidelijk dat de situatie van vrouwen met een beperking er waarschijnlijk nadeliger uitziet dan van hun mannelijke tegenhangers (Moodley & Graham, 2015). Theorieën van intersectionaliteit bieden een lens om de wederzijdse processen van marginalisatie en uitsluiting die verband houden met armoede en invaliditeit beter te begrijpen. Vrouwen met en zonder beperking hebben meer kans om werkloos of niet economisch actief te zijn dan hun mannelijke tegenhangers. Verantwoordelijkheid van de huishoudens en genderattitudes met betrekking tot tewerkstelling zullen deze verschillen waarschijnlijk verklaren. Het is dus duidelijk dat zowel arbeidsongeschiktheid als gender elkaar overlappen om bijzonder negatieve resultaten te produceren voor vrouwen met een beperking (Moodley & Graham, 2015).

In het algemeen lijken zowel het risico op invaliditeit als de impact ervan op armoede hoger te zijn op het platteland dan in stedelijke gebieden. Dit geldt met name in Zuid-Afrika, waar bepaalde regio's onder de apartheid zwaar ondergefinancierd waren en geen sociale en economische diensten hadden. Zo is de toegang tot hulpmiddelen, die een belangrijke rol spelen bij de perceptie van invaliditeit van mensen met een beperking, en waarvan is aangetoond dat ze zelfs de toegang tot subsidies beïnvloeden, vooral gericht op stedelijke en blanke bevolkingsgroepen. De locatie van mensen in achtergestelde gebieden heeft, zoals de voormalige 'homelands', bijzonder ernstige gevolgen gehad voor personen met een beperking die zich in een ongestuurde omgeving bevonden,

geconfronteerd met slechte levensomstandigheden en geen toegang hadden tot de hulp die ze nodig hadden. Zo schat bijvoorbeeld The Disabled Children Action Group (DICAG) dat 98 procent van de moeders met een kind met een beperking op het Zuid-Afrikaanse platteland werkloze, semi-geletterde of functioneel analfabete alleenstaande vrouwen zijn. Ze zijn verlaten door echtgenoten en geliefden en leven vaak sociaal geïsoleerd binnen hun gemeenschappen (RSA, 1997; Emmett & Alant, 2006). Dit illustreert wat antropoloog Farmer en collega's (2006) definiëren als 'structureel geweld'; een manier om sociale regelingen te beschrijven die individuen en bevolkingsgroepen in gevaar brengen. Deze regelingen zijn structureel omdat ze zijn ingebed in de politieke en economische organisatie van de sociale wereld; ze zijn gewelddadig omdat ze mensen kwetsen en/of benadelen. Onderzoek naar structureel geweld pakt armoede en onrecht aan en probeert de politieke economie en de echte dynamiek van lijden en armoede te begrijpen en analyseert hoe macht werkt (Muderedzi, 2017).

Wanneer vrouwen met een beperking wél toegang krijgen tot de werkplek, tonen recente gegevens aan dat zij ook hier een dubbel nadeel ondervinden, zowel op grond van hun geslacht als hun invaliditeitsstatus. Vrouwen met een beperking hebben niet alleen minder kans op een baan, ze verdienen ook minder dan mannen. De aanwezigheid van een beperking heeft invloed op de tewerkstelling van zowel vrouwen als mannen, waarbij de ernst van de beperking de grootste impact heeft. Het is ook duidelijk dat, vooral met betrekking tot ernstige beperkingen, de effecten van gender en invaliditeit op armoede cumulatief zijn (Emmett & Alant, 2006). Als een persoon een beperking heeft, is de kans kleiner dat hij/zij baat heeft gehad bij formeel onderwijs en is de kans op werkloosheid groter. Wanneer een persoon met een beperking werkzaam is, verdient hij/zij aanzienlijk minder dan hun tegenhangers zonder beperking. Sociale subsidies worden gezien als een hulpmiddel om vrouwen met een beperking boven de bovengrens van de armoedegrens op te heffen en hen een minimale dagelijkse levensstandaard te bieden (Moodley & Graham, 2015).

Sociaal onderzoekster Naami (2015) voerde een verkennende kwantitatieve studie uit waarin de werkgelegenheidssituatie van personen met een beperking in Noord-Ghana wordt geanalyseerd. Uit dit onderzoek blijkt dat ongeveer een kwart van de 27 (24,8%) respondenten werkloos was. De werkloosheidscijfers waren hoger voor vrouwen met een beperking (59,3%) dan voor mannen met een beperking (40,7%). Respondenten die werkloos waren, werden gevraagd aan te geven of zij problemen hadden om een baan te vinden. Allen antwoordden bevestigend. Ze identificeerden meestal discriminatie, ontoereikend startkapitaal en vaardigheden als obstakels voor het vinden van een baan. Discriminatie, die in deze studie wordt gedefinieerd als de oneerlijke behandeling van mensen met een beperking als gevolg van hun beperking, werd echter genoemd als de belangrijkste belemmering voor het vinden van een baan. Verrassend genoeg wezen

meer vrouwen (53,7%) dan mannen (46,4%) erop dat ze waren tewerkgesteld. Maar de vrouwen (72,7%) domineren de sector van de zelfstandigen in vergelijking met de mannen (51,1%). Wat de op het werk ervaren problemen betreft, identificeerden de respondenten in alle drie van de opgenomen sectoren (privé, overheid en zelfstandige) negatieve percepties over hun mogelijkheden en uitsluiting. Zelfstandigen identificeerden verder ontoereikende financiering voor hun bedrijven, vertraagde en/of geen betaling voor diensten, gebrek aan winkels voor hun bedrijven, en marketingproblemen, terwijl die in de overheids- en privésector op het gebrek aan accommodatie op het werk wezen. Wat werkplezier betreft, geeft een statistische Kruskal-Wallis test aan dat zelfstandigen gelukkiger en tevredener zijn met hun baan dan werknemers in de overheid en de publieke sector. Mensen met een beperking die werken ervaren problemen op het werk, ongeacht hun geslacht, type beperking en arbeidssector. Deze uitdagingen omvatten negatieve percepties over hun mogelijkheden, discriminatie en uitsluiting (Naami, 2015).

Vrouwen met een beperking domineren de sector van de zelfstandigen in vergelijking met hun mannelijke tegenhangers (Naami, 2015). Uit de studieresultaten blijkt echter ook dat vrouwen met een beperking doorgaans voor een kortere tijd werkloos zijn dan mannen. Dit komt omdat vrouwen vaker dan mannen in een kwetsbare positie werken en in marginale en seizoensbanen werken (bijvoorbeeld het verkopen van enkele kruidenierswaren op een tafel, het maken en verkopen van gekookt voedsel, de verkoop van kleinere zakken met producten - meestal thuis of voor het huis). Deze kwetsbare banen worden gekenmerkt door een laag inkomen, gebrek aan werkzekerheid en een gebrek aan werkgerelateerde voordelen. Personen met een beperking die werken, werken meestal binnen posities op instapniveau waarbij ze niet veel van hun vaardigheden (kunnen) gebruiken. Ze hebben ook moeite met het beklimmen van de zakelijke ladder om te werken in leidinggevende en officiële functies (Naami, 2015). Vrouwen met een beperking in deze studie werkten meestal in traditionele 'vrouwelijke' banen zoals kleermakerij, weven, kappers en kleine handel. Ze nemen dus deel aan zowel de productie- als de dienstensector. Maar in vergelijking met hun mannelijke tegenhangers zijn de vrouwen oververtegenwoordigd in de productiesector waarin ze deurmatten, manden en kleding maken (Naami, 2015).

De bovenstaande gegevens demonstreren empirisch wat in theorie is beargumenteerd - dat invaliditeit en gender elkaar overlappen om negatieve resultaten te creëren voor mensen met een beperking en in het bijzonder voor vrouwen met een beperking. Vrouwen met een beperking hebben gemiddeld de laagste niveaus van onderwijs, zijn het meest geneigd om economisch inactief te zijn en het laagste mediaan inkomen te verdienen. Bovendien worden vrouwen met een beperking geconfronteerd met belangrijke limitaties in termen van hun geslacht, met name met betrekking tot arbeidsmarktparticipatie en inkomen. Deze omvatten het primair verantwoordelijk zijn

voor de huishoudelijke zorg, waardoor deelname aan de arbeidsmarkt wordt beperkt en inkomensongelijkheid op de arbeidsmarkt ontstaat (Moodley & Graham, 2015).

Culturele opvattingen

In bepaalde delen van Afrika worden mensen met een beperking onderworpen aan tal van vormen van discriminatie. Dit hoofdstuk belicht enkele van deze discriminerende praktijken (waarvan sommige de mensenrechten schenden) en onderzoekt daarbij in hoeverre religie en cultuur bijdragende en ondersteunende factoren zijn bij de discriminatie van personen met een beperking. De term 'cultuur' heeft verschillende betekenissen; voor de doeleinden van deze analyse wordt dit echter opgevat als een reeks gedeelde attitudes, overtuigingen, waarden, doelen en praktijken die kenmerkend zijn voor een instelling, een organisatie of een groep (Etieyibo & Omiegbe, 2016). De conceptuele verkenning van deze praktijken in de context van religie en cultuur is om verschillende redenen belangrijk. Het helpt de overtuigingen en attitudes van mensen in Afrika over invaliditeit te situeren in de bredere context van religie en cultuur en vestigt de aandacht niet alleen op de specifieke overtuigingen en attitudes, maar ook op de instellingen die hen ondersteunen. Ook toont het hoe deze conceptualisering van de impact van religie en cultuur op de behandeling van mensen met een beperking berust op het sociale model van invaliditeit, dat invaliditeit situeert in de context van onderdrukking en ontstaat door het gebrek aan maatschappelijke en sociale aanpassing aan de behoeften en ambities van mensen met een beperking. In dit hoofdstuk wordt onder 'discriminatie' verstaan: de uitsluitingspraktijken en de nadelige behandeling van mensen met een beperking. De focus zal niet enkel liggen op basale uitsluitingspraktijken tegen mensen met een beperking, maar ook op praktijken die het leven en de persoonlijkheid van personen met een beperking schenden; praktijken die hen als instrumenten of louter dingen behandelen kunnen dus beschouwd worden als ernstige schendingen van de mensenrechten (Etieyibo & Omiegbe, 2016).

Culturele overtuigingen over invaliditeit zijn gerelateerd aan hun sociale opvattingen over de causaliteit van beperkingen, de gewaardeerde en gedevalueerde eigenschappen van mensen binnen die cultuur en de verwachte volwassenheid van een persoon met een beperking (Haihambo & Lighfoot, 2010). Culturen kunnen zowel positieve als negatieve opvattingen hebben over beperkingen (Groce, 1999). Daarnaast kunnen mensen met een bepaalde culturele achtergrond tegelijkertijd culturele volksgeloven aanhangen en biologische overtuigingen over beperkingen uiten. Antropologe Groce (2005) stelt dat culturen met een positieve kijk op invaliditeit waarschijnlijk positievere attitudes tonen ten opzichte van universele principes voor mensen met een beperking dan mensen met een negatieve kijk op invaliditeit. Tegelijkertijd waarschuwt Groce dat cross-culturele onderzoeken op het gebied van invaliditeit er rekening mee moeten houden dat sociaal geconstrueerde concepten en overtuigingen over beperkingen voortdurend veranderen. Onderzoek naar mythen en overtuigingen over beperkingen in Sub-Sahara Afrika heeft

verschillende opvattingen over de oorzaken en aard van beperkingen aan het licht gebracht, die verschillende begrippen en betekenissen van beperkingen met elkaar in verband brengen. Psychologe Haihambo (2004) ontdekte bijvoorbeeld de volgende culturele opvattingen over de oorzaken van invaliditeit die veel voorkomen bij sommige Afrikaanse etnische groepen:

- De moeder sliep met meerdere partners tijdens haar zwangerschap.
- Het gezin probeerde rijk te worden door traditionele artsen te gebruiken, maar slaagde er niet in de traditionele doktersinstructies letterlijk uit te voeren.
- Invaliditeit is besmettelijk.
- Als een tweeling van hetzelfde geslacht door dezelfde moeder wordt geboren, moet iemand worden gedood; anders zal tegenspoed zoals invaliditeit of overlijden binnen de familie volgen.
- Een jaloerse rivaal die de echtgenoot van de (aanstaande) moeder wilde, betoverde de familie.
- Een specifiek gezin heeft een kind met een beperking omdat ze niet naar de kerk gaan.
- Vaders verlaten het gezin wanneer een kind met een beperking is geboren, omdat er in hun familiegeschiedenis niemand met een beperking is.
- Het kind was behekst in de baarmoeder.
- Als een kind met albinisme wordt geboren, moet hij/zij worden gedood en worden aangeboden aan de voorouders om de vloek te verwijderen

Deze opvattingen over invaliditeit gelden echter niet overal in Afrika en er bestaan verschillende etiologische mythen over verschillende categorieën van beperkingen in Afrika die variëren op basis van de culturele groep. Bijvoorbeeld, uit een studie in Tanzania bleek dat mensen met een beperking in dit gebied niet zo gemarginaliseerd waren als in andere regio's van Afrika (Kisanji, 1995). Dit wordt toegeschreven aan culturele opvattingen binnen Tanzania, die normalisatie en integratie in de samenleving benadrukken. Deze culturele overtuigingen variëren op basis van culturele groepen in Afrika, en landen kunnen verschillende opvattingen hebben over beperkingen binnen hun grenzen. Bijvoorbeeld, casestudies van het stotteren in Kameroen hebben gevonden dat de Nso geloven dat stotteren wordt veroorzaakt door het eten van sprinkhanen (Berinyuy, 2002), terwijl die in de regio Opper-Ngamba geloven dat stotteren wordt veroorzaakt door de God van de tongen (Thomas, 2002). Echter, Devlieger (1999) heeft betoogd dat er een aantal gemeenschappelijke kenmerken bij de opvattingen over invaliditeit in Afrika bestaan, zoals een onderliggende culturele tendens om de functionele limitaties geassocieerd met een aantal beperkingen te accepteren, in plaats van zich te richten op compensatie of revalidatie (Haihambo & Lighfoot, 2010).

Mensen met een psychische aandoening worden in bepaalde gevallen gedood als onderdeel van rituelen. Deze praktijken vloeien voort uit verschillende overtuigingen die mensen hebben over invaliditeit. Velen die negatieve overtuigingen hebben over personen met een psychische aandoening beweren dat hun handen onrein zijn (Omiegbe, 1998; Omiegbe, 2001). In sommige gemeenschappen wordt aangenomen dat dergelijke personen een gruwdaad hebben begaan, en daarmee de traditie van de gemeenschappen hebben geschonden. In andere gevallen wordt een geesteszieke persoon eenvoudigweg als een heks beschouwd en vervolgens verbrand. Vrouwen met een psychische aandoening zijn ook het slachtoffer van verkrachting. Velen zijn dakloos en dwalen vaak rond op straat in grote steden. Er zijn rituele dimensies aan het seksueel misbruik van veel vrouwen met een psychische aandoening en veel van hen zijn verkracht omdat wordt geloofd dat het hebben van intimiteit met hen welvaart kan brengen of iemands leven kan verlengen (Etieyibo & Omiegbe, 2016).

Het doden van kinderen met een beperking bij de geboorte is een praktijk die zowel beschreven als aan de kaak gesteld werd door koloniale bestuurders in Afrika. Er ging echter weinig aandacht naar de analyse van rituele praktijken en geloofssystemen die zo'n moord omringden. De geboorte van een misvormd kind zou kunnen worden gezien als een verstoring van de orde, waardoor de tussenkomst van een autoriteit buiten het gezinshoofd vereist was. Dergelijke kinderen konden niet begraven worden omdat dit de aarde zou vervuilen. Uitzonderlijk konden ze worden begraven in een termietenheuvel, omdat deze aarde reeds onvruchtbaar was. Vaker was het de gewoonte om het invalide kind in de rivier te gooien, in overeenstemming met het geloof dat mensen niet alleen sterven, maar terugkeren naar een plaats voordat ze opnieuw worden geboren (Devlieger, 2005).

Dergelijke rituele moorden hebben een persoonlijke of een gemeenschappelijke dimensie (d.w.z. uitgevoerd om de gemeenschap te reinigen van een zonde of kwaad waarvan beweerd wordt dat deze gepleegd is door mensen met een beperking of andere leden van de gemeenschap). Gezien deze algemene kennis leven, eten en slapen mensen met een beperking grotendeels in angst (Etieyibo & Omiegbe, 2016). Als de bovenstaande rapporten en bewijzen kloppen, dan belichten ze het punt over de rol van cultuur in discriminerende praktijken tegenover personen met een beperking, wat consistent lijkt te zijn met Olivers (2004) variant van het sociale model van invaliditeit. Het punt is dat de discriminerende praktijken tegen personen met een beperking worden ondersteund door de cultuur en daarmee de dominante standpunten over invaliditeit versterken. Daarom is het niet alleen het geval dat mensen met een beperking worden gedood op basis van opvattingen over invaliditeit (bijvoorbeeld bijgeloof), maar deze moorden worden ook

geritualiseerd omdat ze voortkomen uit een bepaalde cultuur, ingebed in een bepaald wereldbeeld. Men kan concluderen dat zowel religie als cultuur een sterke invloed uitoefenen op veel Afrikanen, niet alleen als het gaat om negatieve attitudes ten opzichte van mensen met een beperking, maar ook in hun betrokkenheid bij discriminerende praktijken tegenover hen (Etieyibo & Omiegbe, 2016).

Psychologe Haihambo en sociaal onderzoekster Lighfoot (2010) voerden een studie uit die de culturele overtuigingen van inwoners van Namibië ten aanzien van invaliditeit onderzocht, en de implicaties van deze overtuigingen op de creatie en implementatie van nationaal beleid en programma's met betrekking tot inclusie en inclusief onderwijs bespreekt. Een kwalitatief ontwerp vanuit een fenomenologische benadering werd gebruikt voor het verzamelen van gegevens. De thema's met betrekking tot de oorzaken van invaliditeit die zij selecteerden spitsen zich vooral toe op overtuigingen over beperkingen veroorzaakt door bovennatuurlijke krachten (door hekserij, voorouders of God) en beperkingen veroorzaakt door ongepaste relaties van de ouders (meestal door de moeder van het kind met een beperking). Onderstaande opvattingen zijn het meest voorkomend met betrekking tot de oorzaak van invaliditeit.

1. Hekserij

De meerderheid van de onderzoeksdeelnemers erkenden het geloof dat elk voorkomen van een beperking op de een of andere manier verband hield met hekserij. Er waren grotendeels twee theorieën te onderscheiden met betrekking tot dit geloof. De eerste theorie is dat jaloerse rivalen de familie, die een kind met een beperking verwacht, betoverden. Deze rivalen kunnen burens zijn, maar in sommige gevallen kunnen ze ook lid zijn van de uitgebreide familie. Deze theorie werd het vaakst genoemd in verband met beperkingen die na de geboorte werden verworven. De tweede theorie is dat het gezin met een kind met een beperking hekserij heeft gepraktiseerd en niet heeft voldaan aan alle eisen van de toverdokter. Deze theorie werd meer verbonden met aangeboren beperkingen. Vanwege de associatie van invaliditeit met hekserij, worden personen met een beperking en hun familie vaak geïsoleerd, afgewezen of zelfs schade toegebracht. Sommige ouders openbaarden dat vele jaren geleden kinderen die waren geboren met zichtbare beperkingen onmiddellijk na de geboorte werden gedood of in het veld werden achtergelaten om op natuurlijke wijze te sterven vanwege deze associatie met hekserij (Haihambo & Lighfoot, 2010).

2. Straf van God

Het feit dat de grote meerderheid van de Namibische populatie Christen is, maakt dat veel deelnemers in het onderzoek opmerkten dat een gezin met een kind met een beperking door God werd gestraft voor de zonden die zij hadden begaan. Deze zonden

varieerden van het lachen met iemand met een beperking tot ongehoorzaam zijn aan God tot niet genoeg geven aan de kerk of niet delen met de armen (Haihambo & Lighfoot, 2010).

3. Vloek van voorouders of slecht voorteken

Een thema vergelijkbaar met het vorige, is dat ook door voorouders, ouderlingen in de familie en de gemeenschap beperkingen kunnen worden veroorzaakt. Dit werd ook als een generationeel fenomeen gezien, aangezien enkele respondenten aan het licht brachten dat een gezin werd vervloekt vanwege iets dat een van hun ouders of grootouders in het verleden had gedaan; of door niet te doen wat cultureel van hen werd verwacht. In één geval geloofde de moeder dat ze was vervloekt omdat ze een abortus pleegde toen ze jonger was (Haihambo & Lighfoot, 2010).

4. Geschenk van God

Een thema in tegenstelling tot de hierboven genoemde thema's is het geloof dat invaliditeit een geschenk van God is. God zou de ouders namelijk geen kind met een beperking hebben gegeven als Hij hen niet vertrouwde en wilde dat zij en hun gemeenschap iets leerden via deze ervaring. Dit thema was veel minder gebruikelijk dan de vorige thema's en werd vaker aangehaald door mensen met een kind met een beperking zelf (Haihambo & Lighfoot, 2010).

5. Vrouwen die kinderen toewijzen aan mannen die niet hun echte vaders zijn

Deelnemers brachten ook mythen naar voren over de oorsprong van een beperking die invaliditeit beschouwen als het gevolg van ongepaste relaties, meestal door de moeder van het kind. Zo werd bijvoorbeeld het verkeerdelijk toewijzen van kinderen aan mannen die niet hun echte vaders zijn aangehaald (Haihambo & Lighfoot, 2010).

6. Seks hebben met een blanke man of een geest

Een andere relatie-georiënteerde mythe heeft betrekking op de oorzaak van albinisme. Sommige respondenten gaven aan dat albinisme bij kinderen wordt veroorzaakt door de moeder die seks heeft gehad met een blanke man (Haihambo & Lighfoot, 2010).

7. Seks hebben met een andere man dan de vader van het kind in de aanwezigheid van het kind of tijdens de borstvoeding.

Een ander relatiegerelateerd geloof was dat een beperking wordt veroorzaakt doordat een moeder seks heeft met een andere man dan de vader van het kind in de aanwezigheid van het kind of terwijl ze nog borstvoeding geeft (Haihambo & Lighfoot, 2010).

8. Andere zeldzame overtuigingen of mythen over de oorzaak van een beperking

Slechts enkele respondenten noemden enkele van de andere mythen, wat erop kan wijzen dat deze mythen uniek waren voor een bepaalde familiegroep of etnische subgroep, of dat het mythen waren die niet langer populair waren. Deze meer zeldzame mythen hadden vaak te maken met acties die door de moeder werden gedaan tijdens de conceptie of zwangerschap die leidde tot een beperking. Zo zei bijvoorbeeld een vrouwelijke respondente van 85 jaar, dat als een zwangere vrouw veel vis eet, zij een hyperactief kind zal krijgen. Ze geloofde ook dat als een zwangere moeder veel chilispicerijen in haar dieet gebruikte, ze waarschijnlijk een kind zal baren dat blind is of aan conjunctivas-infecties lijdt. Een andere respondent zei dat wandelen in de schaduw van een gier tot een beperking zou kunnen leiden. Nog een andere respondent vermeldde dat het achterlaten van schoenen buiten de hut tijdens geslachtsgemeenschap die leidt tot de conceptie van een kind ertoe kan leiden dat het kind een beperking ontwikkelt. Er was ook een mythe over invaliditeit gerelateerd aan de geboorte van een tweeling, die betrekking heeft op een oudere praktijk van het doden van een tweeling na hun geboorte. Eén respondent beweerde dat, als een tweeling van hetzelfde geslacht wordt geboren, één kind ervan ergens anders moet worden opgevoed, anders kan ongeluk in welke vorm dan ook, inclusief invaliditeit, de familie overkomen (Haihambo & Lighfoot, 2010).

De Namibische respondenten die jonger waren dan 60 jaar verschilden niet significant van mening over invaliditeit van respondenten boven de 60. Dit kan suggereren dat sommige percepties over beperkingen van generatie op generatie worden doorgegeven, hoewel ze in de loop der tijd variëren. Een ander veel voorkomend thema waren de denigrerende namen die door respondenten in verschillende delen van het land worden genoemd om te verwijzen naar personen met een beperking en symbool staan voor nuttelosheid en/of onmenselijkheid. In veel regio's openbaarden respondenten dat veel mensen met een beperking niet werden benoemd met hun naam, maar eerder werden aangeduid met hun beperking. In de regio Caprivi onthulde een van de respondenten bijvoorbeeld dat een gemeenschap verwijst naar een persoon met albinisme als Tjipupe, oftewel een plastic speelgoedbaby of -pop (Haihambo & Lighfoot, 2010). Participanten onthulden ook verschillende vormen van afwijzing van een persoon met een beperking in hun dorpen, vaak tot op het punt van fysieke of emotionele mishandeling. Deze afwijzing bestond vaak uit het afzonderen van kinderen met een beperking om ze buiten het publieke oog te houden, zoals in een kamer aan de achterkant van de woning. Deelnemers gaven aan dat sommige kinderen met een beperking niet goed worden gewassen of gekleed en dat velen worden aangestaard of zelfs volledig genegeerd. Sommige respondenten onthulden dat leden van de gemeenschap geen geschenken zouden brengen zodra zij vernemen dat de pasgeborene een beperking had (terwijl

normaal gezien wel geschenken naar een familie worden gebracht indien er een baby geboren werd). Er werd ook gemeld dat leden van de gemeenschap meestal mensen met een beperking en hun families vermeden (Haihambo & Lighfoot, 2010).

Hoewel de meeste deelnemers aan het onderzoek vrij negatieve reacties uitten, gaf een vrij groot aantal respondenten ook aan dat personen met een beperking moeten worden behandeld met medelijden en zorg. Dit past in de dualiteit van overtuigingen die mensen bespraken met betrekking tot de oorsprong van een beperking. Sommigen vonden dat mensen met een beperking een geschenk van God waren, waarvan de gemeenschap een lesje moest leren. Ook in het antropologische onderzoek binnen de Punu-gemeenschap van Congo-Brazzaville rapporteert Plancke (2009) dat kinderen die er worden geboren met een beperking, zoals een lichamelijke afwijking of overvloedige haardos, een speciale band met dit universum hebben en deze gedurende hun hele leven behouden. Deze kinderen worden, net zoals tweelingen, beschouwd als watergeesten die geluk en welvaart brengen binnen de gemeenschap, en daarom ook extra aandacht verdienen.

Respondenten in de studie van Haihambo en Lighfoot (2010) zagen beperkingen grotendeels door religieuze, medische en charitatieve lenzen en getuigden dat hun gemeenschappen dezelfde lenzen hanteerden. Hieruit blijkt weinig aanhang voor een sociale modellen onder gemeenschapsleden in Namibië. Onderliggend aan de verschillende versies van de culturele overtuigingen lag het idee dat er bovennatuurlijke oorzaken van een beperking waren, zoals hekserij, en/of dat de ongepaste relaties van een moeder invaliditeit veroorzaakten. Deze bevindingen zijn vergelijkbaar met studies uitgevoerd in andere landen ten zuiden van de Sahara, zoals Kenia (Monk & Lee, 2008), Zimbabwe (Jackson & Mupedziswa, 1988) en Botswana (Dart, 2006).

(Seksueel) Geweld

De Verenigde Naties definieert geweld tegen vrouwen als "elke daad van gendergebaseerd geweld dat leidt tot lichamelijk, seksueel of mentaal letsel of lijden, met inbegrip van het dreigen met dergelijke daden, dwang of willekeurige beroving van de vrijheid, ongeacht of dit in het openbare of in het privéleven voorkomt." In het geval van vrouwen met een beperking, breidt de United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) deze definitie uit tot "geweld dat wordt bereikt door fysiek geweld, wettelijke dwang, economische dwang, intimidatie, psychologische manipulatie, bedrog en verkeerde informatie, en waarin de afwezigheid van vrije en geïnformeerde toestemming een belangrijke analytische component is." Deze uitgebreide definitie neemt vele niet-conventionele en niet-fysieke gewelddaden op die laten zien hoe ver reikend en divers geweld tegen vrouwen met een beperking kan zijn (Humphrey, 2016). Onderzoek toont aan dat vrouwen met een beperking een groter risico lopen op geweld dan mensen zonder beperkingen, en dat ze meerdere vormen van geweld ervaren tijdens hun leven, door meerdere daders en gedurende langere perioden (van der Heijden et al., 2016). Niet alleen ervaren vrouwen met een beperking vaker geweld, maar ze ervaren dit ook op unieke manieren. Geweld door verzorgers, onvermogen om misbruik te melden en gebrek aan middelen maken allemaal deel uit van deze unieke ervaringen en maken invalide vrouwen vatbaarder voor seksueel geweld (Humphrey, 2016).

Het geloof dat mensen met een beperking asexueel zijn, creëert veel problemen. Ten eerste creëert dit idee een afwezigheid van seksuele voorlichting en reproductieve gezondheidszorg voor mensen met een beperking (Humphrey, 2016). In seksuele situaties weten vrouwen vaak niet hoe ze over deze situaties moeten onderhandelen en weten ze misschien niet wat het verschil is tussen goed en kwaad of zijn ze onzeker over wat consensus betekent. Bovendien doen mythen over 'hulpeloosheid' en 'ontmenselijking' van invaliditeit, plegers van seksueel geweld vermoeden dat vrouwen met een beperking gemakkelijke doelwitten zijn, omdat ze fysiek niet in staat zijn om geweld te melden of niet geloofd worden als ze dat wel doen. In veel landen bestaat de handeling van maagdelijke zuivering, waarbij wordt geloofd dat seks hebben met een maagd iemand van hiv/aids of andere soa's zal genezen. Hier leidt de visie van vrouwen met een beperking als asexueel ertoe dat daders alle vrouwen met een beperking als maagden beschouwen (Humphrey, 2016).

Wanneer men zoekt naar mensenrechtenschendingen tegenover vrouwen met een beperking, is huiselijk geweld het meest voorkomende resultaat en dit is niet verrassend. Omdat ze een kwetsbare groep zijn, hebben vrouwen met een beperking twee keer zoveel kans om te worden misbruikt als mensen zonder beperkingen en dit is zowel een

sociaal als een feministisch probleem (Tshegofatso, 2016). Mensen met een beperking, vooral met een lichamelijke beperking, slechthorenden en slechtzienden, vertrouwen vaak op naaste familie en vrienden als hun verzorgers, tolken en verbinding met de buitenwereld. Afhankelijkheid van verzorgers creëert een unieke risicofactor voor misbruik, die vervolgens wordt verergerd door hun kwetsbaarheid en isolatie. In deze geïsoleerde één-op-één situaties is de verzorger vaak de dader en velen hebben een enorme hoeveelheid macht over de vrouw waar ze voor zorgen. In een sociaal antropologische studie van van der Heijden et al. (2016) beweerde een bewoner van een Zuid-Afrikaanse zorginstelling dat personeel sommige bewoners zou slaan als ze om hulp vroegen of gebedwaterd hadden. Misbruik door verzorgers omvat dus een reeks verschillende tactieken, is vaak creatief en manipulatief en kan fysiek, emotioneel, seksueel of economisch zijn. Diepte-interviews met vrouwen met een beperking in in Zuid-Afrika brachten aan het licht dat misbruik tegenover vrouwen met een beperking volgende vormen omvatten: het verwijderen van hulpmiddelen om de mobiliteit of communicatie te beperken, te veel medicatie toedienen of stoppen met medicatie, dreigen te vertrekken zonder haar te helpen, haar kinderen meenemen, doelbewust kleding of lakens niet wassen of verversen, haar invaliditeitsuitkering misbruiken of stelen en haar voeding ontzeggen (Naidu et al., 2005; Humphrey, 2016).

In sommige scenario's worden vrouwen met een beperking kwetsbaarder voor gedwongen sterilisatie en abortus vanwege hun onvermogen om te communiceren en de implicaties van deze procedures te begrijpen. Een participant uit de sociaal antropologische studie van van der Heijden et al. (2016) vertelde dat een van de verpleegsters haar had verteld dat het hebben van een beperking al een last is en dat zwanger zijn de belasting zou verdubbelen, dus moest ze een abortus ondergaan. Vrouwen met een beperking worden over het hoofd gezien binnen seksuele gezondheid en educatie, waardoor ze zelden op de hoogte zijn van verschillende opties voor anticonceptie. Hierdoor krijgen vrouwen met een beperking geen controle over hun lichaam en reproductieve gezondheid. Dientengevolge worden vrouwen met een beperking vaak gedwongen tot sterilisatie en abortussen door verzorgers, voogden of echtgenoten. Geforceerde sterilisatie wordt overal ter wereld uitgevoerd op jonge meisjes en vrouwen met een beperking om een aantal redenen, waaronder op eugenetica gebaseerde praktijken van bevolkingscontrole, menstruatiebeheer en persoonlijke verzorging en zwangerschapspreventie (inclusief zwangerschap die het gevolg is van seksueel misbruik) (Humphrey, 2016).

Psychologisch geweld tijdens het leven van de vrouw wordt doorgaans geassocieerd met stigmatisering met betrekking tot invaliditeit en heeft verschillende dimensies. Het nam meestal de vorm aan van verbaal geweld of scheldpartijen, waardoor vrouwen zich klein, vernederd of waardeloos voelden. Jonge vrouwen worden vaak ontmenselijkende namen

genoemd, zoals inkawu (aap) of isidalwa (schepsel). Anderen werden nageroepen als isishwawa (een straf of last) of isidenge (niet goed in het hoofd) door familieleden, leeftijdsgenoten en onbekenden. Sommigen ondervinden psychologisch misbruik van overheidsfunctionarissen en zorgverleners (van der Heijden et al., 2016). Stigma's creëren ook twijfel en vooringenomenheid bij politiediensten, waardoor ze niet bereid zijn om rapporten te onderzoeken en strafrechtelijke klachten in te dienen, en er een gebrek is aan follow-up na incidenten. Bovendien zijn veel vrouwen met een beperking niet in staat om geweld te melden vanwege communicatiebarrières, gebrek aan kennis over hun rechten, hun locatie in plattelandsgebieden, angst voor represailles en de bron van het geweld (Humphrey, 2016).

Disability-stigma vormt constructies van vrouwen met lichamelijke beperkingen als 'niet in staat' en als passief, asexueel of niet in de mogelijkheid om zich voort te planten. Hun ervaringen van intieme partnerschappen en/of seksueel geweld worden in deze context vormgegeven (van der Heijden et al., 2016). Een derde van de vrouwen in de studie van van der Heijden et al. (2016) in Zuid-Afrika beschreef hun seksuele ervaringen als dwingend. Ze spraken vooral over een breed scala aan ongewenst seksueel gedrag dat zich tijdens hun leven voordeed, waaronder strelen, gedwongen orale en anale seks en seksuele handelingen zonder wederzijdse toestemming. Sommige van deze gebeurtenissen vonden plaats in de eerste jaren van hun leven. De daders waren allemaal mannen - leden van het gezin, intieme partners. In gevallen van seksueel geweld was de dader een fysiek sterke man. Daarom werd het daten van een fysiek sterke man als een risico beschouwd. Invalide mannen werden geacht hun situatie beter te begrijpen en hebben vergelijkbare ervaringen met invalide vrouwen. Deze mannen beschikken eveneens over een arbeidsongeschiktheidsuitkering en daarom werden vrouwen minder vaak 'gebruikt' voor hun geld. Een invalide man werd beschouwd als meer begripvol als seksuele partner en minder geneigd om aan te dringen op seks (van der Heijden et al., 2016). Enkele vrouwen die ooit een partner hadden gehad, beschreven hun relaties als liefdevol en beschermend. Een andere vrouw met transversale myelitis voelde dat een fysiek sterke man haar gemakkelijker zou helpen met klusjes en de opvoeding van haar kinderen, en haar zou kunnen helpen als ze viel. Ze zei dat valide mannen betere beschermers en kostwinners waren en dat 'je op hen kunt vertrouwen'. Sommige vrouwen zeiden dat hun valide partners hen een echte 'publieke' romantische relatie ontzegden door ze weg te houden van hun vrienden omdat ze zich schaamden. Hun partners kwamen in dat geval enkel 's nachts met hen naar buiten als niemand hen samen kon zien, of ze konden enkel elkaars handen vasthouden of kussen wanneer er niemand in de buurt was (van der Heijden et al., 2016).

De unieke ervaringen van invalide vrouwen met geweld worden gevormd door sociale stereotypen over hun onvermogen en asexualiteit, afhankelijkheid van daders voor

persoonlijke assistentie, blootstelling aan geweld in de zorg en gezondheidsfaciliteiten, ontoegankelijke thuis- en gemeenschapsomgeving, en gebrek aan werkmogelijkheden en afhankelijkheid van een invaliditeitsuitkering (van der Heijden et al., 2016). Aandacht moet ook worden besteed aan het herstel en de rehabilitatie van vrouwen nadat ze geweld hebben meegemaakt, aandacht die kan en moet komen van lokale organisaties. Ten slotte, en misschien wel het belangrijkste, moeten er serieuze inspanningen worden geleverd om gegevens te verzamelen. De huidige gegevensverzameling is schaars, verouderd, en gericht op de westerse wereld. Gegevens moeten worden verzameld over elk type geweld dat vrouwen met een beperking ervaren in de vele verschillende situaties. Gegevens zouden gericht moeten zijn op het Globale Zuiden en de intersecties van klasse, geslacht, religie, kaste en seksuele geaardheid. Alleen dan zullen we in staat zijn om de problematiek en realiteit van vrouwen met een beperking in het Globale Zuiden volledig te begrijpen en accuraat te reageren (Humphrey, 2016).

Seksuele opvoeding en hiv-preventie

Tot 2004 werd er weinig aandacht besteed aan het risico van hiv/aids voor personen met een fysieke, zintuiglijke, intellectuele of geestelijke beperking voordat ze geïnfecteerd geraakten. Antropologe Groce (2003) verklaart dat algemeen wordt aangenomen dat invalide personen geen risico lopen omdat ze ten onrechte worden beschouwd als seksueel inactief, dat wordt gedacht dat het onwaarschijnlijk is dat ze drugs gebruiken en minder gevaar lopen als het gaat om geweld of verkrachting dan hun leeftijdsgenoten zonder beperking. Uit een groeiend aantal rapporten bleek echter dat personen met een beperking een verhoogd risico lopen op elke bekende risicofactor voor hiv/aids (Hanass-Hancock, 2008). Het symposium over hiv/aids en invaliditeit in Duitsland 2004 benadrukte de dringende noodzaak om het probleem van hiv/aids en invaliditeit vooral in het Globale Zuiden aan te pakken. Het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een beperking (UNCRPD), dat deel ging uitmaken van het internationale recht, bepaalt dat regeringen de toegang tot seksuele reproductieve gezondheid moeten waarborgen voor mensen met een beperking (Verenigde Naties, 2007). Wereldwijde studies bewijzen dat vrouwen met een beperking nog steeds een overvloed aan uitdagingen ervaren bij het verkrijgen van toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten (Boezaart, 2012). Geïstitutionaliseerde discriminatie, isolatie en stereotypering van vrouwen met een beperking gaan onverminderd door (Rugoho & Siziba 2014).

De overgang van een conceptie van invaliditeit als een individuele medische zorg die moet worden aangepakt door middel van therapeutische interventie in de richting van een mensenrechtensvisie, is duidelijk verwoord in de UNCRPD (UN 2006). Deze conventie gidst het gedrag van landen die het verdrag hebben ondertekend, zoals Zuid-Afrika, en beschouwt invaliditeit als een evoluerend concept, waarbij wordt opgemerkt dat 'beperkingen het gevolg zijn van de interactie tussen personen met impairments en attitudes en belemmeringen in de omgeving die hun volledige deelname aan de samenleving op gelijke basis met anderen belemmeren' (McKenzie, 2013). Binnen de Zuid-Afrikaanse context is veel aandacht besteed aan menselijke seksualiteit in het licht van de hiv-epidemie. Mensen met een beperking zijn pas recent bij dit probleem betrokken en uit recent onderzoek blijkt dat zij mogelijk een groter risico lopen op een hiv-infectie dan de algemene bevolking. Dit grotere risico wordt toegeschreven aan de ervaring van hoge niveaus van sociale uitsluiting als gevolg van sociale stigmatisering en armoede (Groce, 2004; Hanass-Hancock, 2009). De motivatie om de kruising van seksualiteit en invaliditeit in de context van hiv te verkennen is duidelijk belangrijk, maar dient onbedoeld de overtuiging dat de seksualiteit van mensen met een beperking alleen in termen van risico en seksueel geweld de aandacht waard zijn (Vinger, 1992). In haar

bespreking van de literatuur over hiv en invaliditeit merkt sociaal onderzoekster en hiv-specialiste Hanass-Hancock (2009) echter op dat personen met een beperking moeten worden gezien als een kwetsbare groep met betrekking tot hiv-infectie. Haar analyse geeft aan dat seksualiteitseducatie voor mensen met een beperking wordt gedomineerd door boodschappen van onthouding en dat het merendeel van het onderzoek een medisch model van invaliditeit hanteert in het perspectief van de volksgezondheid (McKenzie, 2013).

Het UNCRPD erkent expliciet de rechten van personen met een beperking om te worden beschermd tegen geweld, inclusief gendergerelateerd geweld en misbruik, en voorziet in toegang tot het recht voor mensen met een beperking in het geval van seksueel misbruik en verkrachting. Verder pleit het voor gelijke rechten van personen met een beperking op privacy, inclusief privacy van persoonlijke gezondheidsinformatie (McKenzie, 2013). Met betrekking tot seksualiteit neemt dit document een brede visie aan en maakt het gebruik van de gangbare definitie van seksualiteit van de WHO (2002): "Seksualiteit is een centraal aspect van mens-zijn gedurende het hele leven en omvat seks, genderidentiteiten en -rollen, seksuele geaardheid, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting. Seksualiteit wordt ervaren en uitgedrukt in gedachten, fantasieën, verlangens, overtuigingen, attitudes, waarden, gedragingen, praktijken, rollen en relaties." Hoewel seksualiteit al deze dimensies kan omvatten, worden ze niet altijd op dezelfde manier ervaren of uitgedrukt. Seksualiteit wordt beïnvloed door de interactie van biologische, psychologische, sociale, economische, politieke, culturele, ethische, juridische, historische, religieuze en spirituele factoren. Tot slot stelt de Conventie dat er gelijke toegang moet zijn tot gezondheidsdiensten voor personen met een beperking, waaronder seksuele en reproductieve gezondheid (McKenzie, 2013).

De realiteit is echter dat deze rechten voor veel mensen met een beperking onbereikbaar blijven (Groce et al., 2009). In de kern van deze onrechtvaardige realiteit liggen hardnekkige mythen over de seksualiteit van mensen met een beperking. Met name worden ze geacht asexueel te zijn en geen deel uit te maken van de wereld van seksuele uitwisseling (Groce & Trasi, 2004). In dit licht worden mensen met een beperking opgevat als onschuldigen, die beschermd moeten worden tegen seksuele kennis en moeten worden ontmoedigd om te leren over hun eigen seksualiteit. Ouders zijn vaak overbezorgd en onthouden kennis over seksualiteit van hun invalide kinderen in de overtuiging dat seks geen deel zal uitmaken van hun toekomstige leven (Wazakili, Mpofu & Devlieger 2006). Deze mythe wordt tegengesproken door de groeiende hoeveelheid literatuur die aangeeft dat mensen met een beperking wél seksueel actief zijn (Hanass-Hancock, 2009). Een contrasterende mythe suggereert dat mensen met een beperking worden gezien als seksueel promiscue of hyperseksueel. Deze mythe is vooral van

toepassing op mensen met een verstandelijke beperking. In dit kader worden kwesties van seksualiteit vermeden uit angst 'het beest wakker te maken'. De onderzoeksresultaten ondersteunen geen aanspraak op dergelijke ongebreidelde seksualiteit, maar wijzen eerder op een gebrek aan inzicht en kennis over passend en ongepast seksueel gedrag (McKenzie, 2013).

Wat betreft de seksualiteit van invalide vrouwen, bestaan er aanhoudende overtuigingen dat degenen die alleenstaand zijn, celibatair zijn en dat ze geen moeder kunnen zijn. Er wordt van uitgegaan dat ze allemaal heteroseksueel zijn en dat ze dankbaar moeten zijn voor elk seksueel aanbod, vooral omdat jeugd en schoonheid essentieel zijn voor seksualiteit (McKenzie, 2013). In de Zuid-Afrikaanse context heeft Hanass-Hancock (2009) gewezen op de kwetsbaarheid van invalide vrouwen als gevolg van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik. Ze merkt op dat invalide vrouwen worden gezien als asexueel, maagden, seksueel overactief, vervloekt, vies of schoon, wat allemaal hun blootstelling aan misbruik en, vervolgens, hiv verhoogt. Verder is een recent onderzoek uitgevoerd voor de Southern Africa Federation of the Disabled, dat opmerkt dat invalide vrouwen soms verborgen worden als seksuele partners (SAFOD, 2008).

Invaliditeit wordt dus geassocieerd met verschillende mythes die de kwetsbaarheid van personen met een beperking voor hiv/aids kunnen verergeren. Veel personen met een beperking brengen naar voren dat ze als seksueel abnormaal worden ervaren. Deze afwijking wordt geïnterpreteerd als zijnde 'niet seksueel actief' of dat ze 'te veel van seks houden'. Hoewel mythen elkaar tegenspreken, zijn beide het resultaat van stereotypering van invalide personen als een homogene groep die zich op een bepaalde manier gedraagt (Hanass-Hancock, 2008). Personen met een beperking zouden worden uitgesloten van seksuele voorlichting omdat men 'geen slapende honden wakker wil maken'. Integendeel, seksueel misbruik of uitbuiting werd soms geïnterpreteerd als een zegening, waardoor de persoon met een beperking zich gelukkig kan prijzen door geslachtsgemeenschap te hebben. De deelnemers gaven aan dat als gevolg van deze mythes, hen de toegang tot seksuele opvoeding, bescherming en bijgevolg ook hiv-preventie wordt ontzegd. De mythe dat invalide personen vrij zijn van 'vervuiling' omdat ze geen seks hebben, maakt hen extreem kwetsbaar voor zogenaamde 'virgin cleansing' praktijken of seksuele zuiveringsrituelen. In lokale culturen worden mensen met ernstige leerstoornissen als 'zuiver' gezien en worden ze als maagden beschouwd. Als een gevolg van de mythe dat seks met een maagd hiv/aids kan genezen, zijn mensen met een beperking dus potentiële slachtoffers van verkrachting geworden (Hanass-Hancock, 2008).

In het geval van lichamelijke beperkingen leiden genderstereotypen tot andere nadelen voor personen met een beperking. Vanwege het feit dat huwelijk vaak gebaseerd is op financiële overwegingen, hebben mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking een drievoudig nadeel. Ten eerste wordt aangenomen dat ze niet in staat zijn om traditionele rollen te vervullen, omdat ze niet als waardevolle echtgenoten worden beschouwd. Zoals de geïnterviewden van Hanass-Hancock (2008) lieten merken, lijkt dit voor vrouwen ernstiger te zijn dan voor mannen. Vrouwen met een ruggenmergletsel zouden bijvoorbeeld niet in aanmerking komen voor een huwelijk, omdat men niet gelooft dat ze in staat zijn om voor het gezin en haar echtgenoot te zorgen. De traditionele doctrine in vele Afrikaanse culturen vereist dat een vrouw een fysiek hardwerkende vrouw is die kinderen kan baren, een rol die soms moeilijk te vervullen is voor personen met een lichamelijke beperking (Hanass-Hancock, 2008). Ten tweede is de kans op het vinden van een stabiele partner waarmee personen met een beperking veilige seks en seksueel plezier kunnen ervaren, sterk beperkt onder dergelijke omstandigheden. Ten derde creëert het gebrek aan acceptatie als huwelijkspartner ook kansen voor misbruik, omdat de persoon met een beperking vaak minder beschermd wordt door de samenleving of eenvoudigweg wordt beschouwd als 'gelukkig' om seks te mogen ervaren. Als gevolg daarvan is het risico op een hiv-infectie bij personen met een beperking mogelijk hoger (Hanass-Hancock, 2008).

Sociaal onderzoekster en hiv-specialiste Hanass-Hancock (2008) verzamelde gegevens tijdens een drie jaar durende studie van personen met een beperking en hun zorgverleners in verband met seksueel misbruik en de betekenis ervan, terwijl ook hiv/aids werd onderzocht bij invalide personen in KwaZulu-Natal. De meeste deelnemers in deze studie (19/25) gaven aan dat ze zelf geen seksuele voorlichting hadden gehad of dat ouders en leerkrachten invalide personen in het algemeen niet zouden informeren over seksualiteit. Het ontkennen van het bestaan van seksualiteit als het gaat om personen met een beperking is een heel gebruikelijk thema geworden. Een geheime benadering van het omgaan met dit 'probleem' is sterilisatie. Hoewel dit geen deel meer uitmaakt van het officieel beleid, lijken sommige instellingen en ouders nog steeds voor sterilisatie te kiezen als een gemakkelijke oplossing. Sommige deelnemers (4 van de 25) rapporteerden echter een meer progressieve benadering van seksualiteit. De deelnemers, in dit geval ouders en verzorgers, hadden zich gerealiseerd dat hun zonen en dochters een seksueel leven leiden, hoe wanhopig ze het ook proberen te vermijden. De ouders en verzorgers probeerden openlijk seksualiteit en seksuele praktijken te bespreken. Geconfronteerd met de realiteit van het dagelijks leven in KwaZulu-Natal uiten ouders echter nog steeds oude stereotypen. Over het algemeen krijgen jongens les in het gebruik van condooms en worden meisjes geleerd nee te zeggen en voor zichzelf op

te komen in situaties waarin ze 'zich niet prettig voelen bij een persoon' (Hanass-Hancock, 2008).

De bijzondere kwetsbaarheid van personen met een beperking voor hiv/aids kan worden verklaard door verweven patronen van stigmatisering door stereotypen en mythen rond invaliditeit, geslacht, seksualiteit en hiv/aids (Hanass-Hancock, 2008). Het feit dat hiv invloed kan hebben op de seksualiteit van vrouwen met een beperking vormt een ongemakkelijke kwestie. Hiv is intens politiek en wordt vaak geassocieerd met risicovol gedrag en seksuele afwijkingen. De gedachte dat hiv een impact kan hebben op vrouwen met een beperking, daagt veel van de principes uit die van fundamenteel belang zijn voor de verbeelding van de maatschappij en de constructie van 'invaliden' (Wickenden et al., 2013). De marginalisatie van vrouwen met een beperking in seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten vormt een uitdaging in de wereldwijde strijd tegen hiv en aids. Vrouwen met een beperking zijn seksuele wezens. Ze hebben informatie en diensten nodig voor seksuele en reproductieve gezondheid om geïnformeerde keuzes te maken en hun behoeften op het gebied van seksualiteit en reproductieve gezondheid te beheren. Sociale media, die een populaire en goedkope manier is geworden om informatie over verschillende kwesties te verkrijgen en delen, heeft vrouwen met een beperking een platform geboden om seksuele en reproductieve gezondheidsproblemen met hun leeftijdsgenoten te bespreken (Rugoho & Maphosa, 2017). Vrienden zijn ook een bron van informatie over seksuele en reproductieve gezondheid voor vrouwen met een beperking. Toch zijn ook initiatieven en beleid die de seksuele en reproductieve gezondheid van vrouwen met een beperking omarmen, essentieel voor de bestrijding van de verspreiding van hiv en aids (Bankole & Malarcher 2010). Seksuele en reproductieve gezondheidsbehoeften van vrouwen met een beperking moeten serieus worden genomen door regeringen (Rugoho & Maphosa, 2017).

Sociale uitkeringen

Goldblatt (2009), professor sociaal recht en genderspecialiste, voltrok een studie omtrent de administratieve problemen binnen het systeem voor invaliditeitsuitkeringen in twee provincies in Zuid-Afrika. Deze studie onderzoekt de algemene problemen die mannen en vrouwen ondervinden met het systeem. De invaliditeitsuitkering is de op twee na grootste beurs voor sociale bijstand na de subsidie voor kinderbijslag en het ouderdomspensioen in termen van het aantal mensen dat zij bereikt. De invaliditeitsuitkering is een reddingslijn voor ruim een miljoen Zuid-Afrikanen en hun gezinnen. Uit onderzoek van de overheid blijkt dat er bij een subsidie sprake is van verbetering van de gezondheid van het huishouden, toegang tot onderwijs en mogelijkheden om werk te zoeken (Goldblatt, 2009).

Sinds 2001 is het aantal vrouwelijke ontvangers van de invaliditeitsuitkering gestegen (Goldblatt, 2009). Dit kan corresponderen met de toename van het aantal uitkeringen dat wordt opgeëist door mensen met aids, aangezien een groter aantal vrouwen is geïnfectedeerd dan mannen. Terwijl arme mannen met een beperking en arme vrouwen met een beperking beiden de uitkering ontvangen, zijn de nadelen die de vrouwen ondervinden bijzonder ernstig vanwege een aantal redenen. Ten eerste zijn vrouwen over het algemeen armer dan mannen, meer achtergesteld en kwetsbaarder. Ze worden ook vaak blootgesteld aan gendergerelateerd geweld in Zuid-Afrika, en armoede en invaliditeit zullen dit risico waarschijnlijk vergroten. Personen met een beperking hebben ook een verhoogd risico om hiv/aids op te lopen omdat ze kwetsbaarder zijn voor seksueel misbruik (Groce, 2003), en vrouwen met hiv/aids zijn meer kwetsbaar voor een reeks gerelateerde invaliderende gezondheidsproblemen. Ten tweede nemen vrouwen in de samenleving, met inbegrip van invaliden, het grootste deel van de zorg voor kinderen, zieken, invaliden en ouderen op zich. Dit beïnvloedt hun toegang tot de arbeidsmarkt, tot diensten en tot andere kansen en voordelen, en vermindert hun vrije tijd. Een aanzienlijk percentage moeders brengt kinderen groot zonder enige betrokkenheid van de vaders. Ten derde dragen vrouwen meer financiële, fysieke en emotionele zorgkosten. Hoewel de invaliditeitsuitkering blijkbaar sekseneutraal is, blijkt ze dus waarschijnlijk minder ondersteunend voor een vrouw met een beperking dan voor een man met een beperking, omdat de vrouw oorspronkelijk waarschijnlijk al armer was en het grootste deel van de subsidie aan anderen uitgeeft. Ze is ook kwetsbaar met betrekking tot de toegang tot en interactie met het subsidiesysteem (Goldblatt, 2009).

Ondanks het uitgebreide bereik van het sociale bijstandssysteem in Zuid-Afrika, zijn er bepaalde obstakels die voorkomen dat zeer arme en kwetsbare mensen de invaliditeitsuitkering verkrijgen. Deze omvatten het ontbreken van

identificatiedocumenten, het niet kunnen betalen van transport naar overheidsgebouwen, analfabetisme en onwetendheid over waar ze recht op hebben en welke procedures moeten worden gevolgd (Goldblatt, 2009). Er zijn veel gedocumenteerde problemen met de invaliditeitsadministratie in het bijzonder: inconsistente praktijken tussen provincies, onvoldoende inzicht in de criteria voor invaliditeitsuitkeringen en tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, het niet informeren van mensen over hun rechten (zoals het recht op een beroep na toekenning van een weigering), onjuiste toekenning van tijdelijke in plaats van permanente uitkeringen en omgekeerd, vertragingen bij de verwerking van aanvragen, het niet informeren van aanvragers bij ontvangst van een subsidie, willekeurige verwijdering van begunstigden van het uitkeringsstelsel en een aantal andere soortgelijke problemen (Goldblatt, 2009).

Uit interviews over hoe de invaliditeitssubsidie in de praktijk werkt, blijkt dat veel respondenten verward zijn over de subsidieprocessen, de wetten en regels die van toepassing zijn op uitkeringen, en hun rechten. Naast onwetendheid en onzekerheid, bleek uit het onderzoek dat de procedures aanzienlijk verschilden tussen de provincies en zelfs binnen de provincies, dat de inspanning van onderhandelingen tussen overheidsdiensten zwaar was, beoordelingscommissies niet optimaal functioneerden en faciliteiten ontoereikend waren (Goldblatt, 2009). Een van de geïnterviewden wees op een gebrek aan vertrouwelijkheid in de beoordelingscommissie, omdat degenen die op hun beurt of begeleidende aanvragers wachtten, konden horen wat er gezegd werd door sollicitanten. In één panel was een ambtenaar zichtbaar dronken, wat de aanvragers een slechte indruk gaf en invloed had op zijn vermogen om zijn functie te vervullen. Hoewel binnen panels idealiter medische professionals aanwezig zouden moeten zijn, zoals artsen, verpleegkundigen, ergotherapeuten en fysiotherapeuten, had een van de waargenomen panels geen van deze en de andere had enkel een verpleegster. Ook analfabetisme en gebrek aan assertiviteit kunnen van invloed zijn op de kansen van aanvragers om hun aanvraag goedgekeurd te krijgen. De afdeling lijkt dus niet in staat om tegemoet te komen aan de behoeften van zieken en invaliden en voorziet niet in de behoeften van familieleden die personen met een beperking begeleiden naar hun kantoren of betaalpunten. Daarnaast kan invalide zijn de kosten van het aanvragen en ontvangen van subsidies ook verhogen, omdat aanvragers met een beperking mogelijk moeten betalen voor zorg of hulp voor zichzelf, voor speciale apparatuur of transport en voor iemand om hen te begeleiden (wat vaak ook betekent dat hun kinderen school moeten missen). De kwestie van veiligheid was tenslotte ook een echte zorg voor veel van de geïnterviewde vrouwen. Ze voelden zich onveilig wanneer ze vertrokken met contant geld (Goldblatt, 2009).

Sociale subsidies worden gezien als een hulpmiddel om vrouwen met een beperking boven de bovengrens van de armoedegrens op te heffen en hen een minimale dagelijkse

levensstandaard te bieden (Moodley & Graham, 2015). Een kwalitatieve, sociaal antropologische studie van van der Heijden et al. (2016) bij vrouwen met een beperking in Kaapstad ondervond dat veel vrouwen een beperkte opleiding hebben genoten en onvoldoende beschikken over vaardigheden om een voltijdse job uit te oefenen, waardoor de meesten afhankelijk waren van hun invaliditeitsuitkering. Sommigen zeiden dat de uitkering niet genoeg compensatie was voor het leven met een beperking, of ontoereikend was om hun dagelijkse kosten te dekken. Het merendeel van de ondervraagde vrouwen zei dat het ontvangen van de uitkering hen het risico van financiële mishandeling brengt, omdat anderen controle uitoefenen over hoe het wordt besteed. Niet alle vrouwen zagen echter dat ze werden afgeperst vanwege hun uitkering. Sommigen waren blij dat ze het inkomen van hun gezin konden aanvullen, ondanks het feit dat ze niet in staat waren om te werken vanwege de ernst van hun lichamelijke beperkingen (van der Heijden et al., 2016).

De studies van Goldblatt (2009) en van der Heijden et al. (2016) wezen op algemene problemen bij de toegang tot en werking van het uitkeringsstelsel vanwege administratieve onvolkomenheden, analfabetisme, armoede en machteloosheid. Dit zijn enorme obstakels voor arme en invalide mensen, die daarbuiten nog veel andere uitdagingen kennen. Complexe uitdagingen voor vrouwen met een beperking komen voort uit de wisselwerking tussen de sociale constructie van gender en invaliditeit en de fysieke dimensies van geslacht en beperkingen. Er moet rekening worden gehouden met de speciale behoeften van vrouwen met een beperking als een achtergestelde groep bij het treffen van maatregelen die hun lasten zullen verlichten. Met Crenshaws (1989) begrip van intersectionaliteit om de omstandigheden van deze groep te onderzoeken, wordt duidelijk dat invaliditeit en geslacht samen nieuwe vormen van achterstand creëren die specifieke reacties vereisen (Goldblatt, 2009). De invaliditeitsuitkering wordt beschouwd als inkomenssteun voor degenen die niet in staat zijn om te werken, maar het bedrag van de toelage is onvoldoende om aan de uitgaven te voldoen. In Zuid-Afrika voldoet de R940 (zo 'n €63) per maand aan de basisbehoeften, maar is het niet voldoende om extra kosten te dekken die het gevolg zijn van beperkingen, zoals vervoer, hulpmiddelen en verloning van zorgverleners. Veel vrouwen hebben meer financiële behoeften dan mannen, omdat ze vaak alleen verantwoordelijk zijn voor hun kinderen en andere afhankelijke personen. Wanneer huishoudens chronisch arm zijn, worden invaliditeitsuitkeringen gebruikt om aan de behoeften van het hele huishouden te voldoen en niet alleen aan de behoeften van de persoon met een beperking, wat nadelig is voor het individu, maar een huishouden wel in een betere maatschappelijke positie kan plaatsen (Goldblatt, 2009).

Agency & veerkracht

Mensen met een beperking in Afrika hebben een aantal strategieën ontwikkeld om te onderhandelen over onderdrukkende structuren en hun problematische aanwezigheid in de openbare ruimte. Een zeer eenvoudige strategie is door als een collectief te handelen en door formele en informele associaties en belangenbehartigingsgroepen te vormen. Op sociaal-politiek niveau zijn mensen met een beperking bijvoorbeeld vaak zichtbaar als een groep in de publieke sfeer. Ze komen vaak in grote aantallen ergens in de stad op om specifieke rechten te eisen (bijvoorbeeld huisvesting) (De Coster, 2015). Antropologe De Coster (2015) beschrijft welke vormen deze veerkrachtige initiatieven door personen met een beperking aannemen in Kinshasa.

Een voorbeeld in de stedelijke ruimte van Kinshasa betreft het openbaar vervoer dat wordt georganiseerd door particulieren die Mercedes 206-bestelwagens bezitten die zijn omgebouwd tot openbare bussen. De blauw en gele bestelwagens rijden met hoge snelheid door de stad en veroorzaken vaak ongelukken, waardoor ze de naam 'esprit de mort' krijgen. Hoewel geen enkel juridisch document bewijst dat deze wet bestaat, wordt het nog steeds in verschillende mate geaccepteerd dat een aantal mensen niet hoeft te betalen voor het openbaar vervoer. Deze mensen gaan onder de naam 'faux têtes' (een codewoord dat wordt gebruikt tussen de bestuurder en de ontvanger van de kosten) en bestaan uit overheidsfunctionarissen, mensen in uniform, ouderen en mensen met een beperking (De Coster, 2015). Hier onderhandelen personen met een beperking over hun identiteit om bepaalde rechten te verkrijgen. Een ander voorbeeld van hoe personen met een beperking over ongeschreven wetten onderhandelen, is door kleine groepen te vormen die door de straten van Kinshasa reizen en eisen dat winkeleigenaars hen steunen door hen een vast bedrag te betalen (indirecte belastingen). Tenslotte wijst De Coster (2015) erop dat de manier waarop mensen met een beperking de stadsruimte (her)ordenen (De Boeck, 2004) en een plaats voor zichzelf in de samenleving opeisen, gepaard gaat met veel lawaai en ophef veroorzaakt. Zo observeerde ze hoe mensen met een beperking als groep de ingang van het ziekenhuis binnenkwamen en begonnen te schreeuwen. Ze eisten gratis gezondheidszorg en wilden dat hun eis werd opgemerkt en beantwoord.

In onderstaande hoofdstukken worden enkele andere voorbeelden besproken van manieren waarop personen met een beperking in Afrika hun eigen plaats in de sociale ruimte opeisen en de stereotypen over hun vermeende passiviteit ontkrachten door veerkrachtige acties op poten te zetten.

Les roix du commerce: handel aan de grenszone

In de Afrikaanse context worden mensen met een beperking meestal beschouwd als niet in staat om voor zichzelf te zorgen en worden ze ofwel als een last of als sociale parasiet waargenomen. Het algemene discours is negatief en omvat gevoelens van medelijden en schaamte, maar ook angst. Bepaalde mensen met een beperking houden ook in zekere mate verband met de praktijk van hekserij. Het hoge aantal mensen met een beperking heeft onder andere te maken met de aanhoudende instabiliteit van het land en de hoofdstad. Er is een gebrek aan voldoende gegevens (zoals nationaal erkende cijfers) over invaliditeit in D.R. Congo in het algemeen en specifieke data met betrekking tot armoede of scholing. Kansen voor mensen met een beperking om volledig deel te nemen aan de maatschappij door middel van onderwijs, huwelijk en werk zijn ernstig beperkt (De Coster, 2015).

Mensen met een significante beperking bevinden zich aan de rand van de samenleving, op zeer tijdelijke en perifere plaatsen in de stad. Ze worden bijvoorbeeld vaak op straat gevonden of leven in hoge aantallen samen in hedendaagse, vervallen huizen, zoals gebouwen die momenteel niet door de staat of de kerk worden gebruikt. Er zijn veel barrières, zowel fysiek als sociaal, voor deelname op gelijke voet in de stad, die dagelijks moeten worden overschreden. Naast de ontoegankelijke infrastructuur en diensten in de stad is er ook op het niveau van de overheid veel onduidelijkheid over de rechten van mensen met een beperking (De Coster, 2015). Antropologe Devlieger (2018b) verbindt deze personen met Turners (1969) antropologisch concept van 'liminaliteit'. Bij de ontwikkeling van dit concept verwees Victor Turner naar de context van het ritueel om liminale entiteiten te beschrijven als 'noch hier noch daar; ze zitten tussenin de posities die zijn toegewezen en opgesteld door wetten, gewoontes, conventies en ceremonies' (1969). De invalide antropoloog Robert Murphy (1987) hanteerde het begrip 'liminaliteit' om de impliciete en subtiele discriminatie te beschrijven die hij tegenkwam tijdens zijn eigen proces van geleidelijk verlamd raken. Hij koppelde een gebrek aan acceptatie aan de status van personen met een langdurige lichamelijke beperking als 'ongedefinieerde, ambigue mensen'. Ze bevonden zich tussen dominante opvattingen van normaliteit: 'noch ziek noch gezond, noch dood noch volledig levend, noch uit de maatschappij, noch geheel erin' (Murphy, 1987; Devlieger, 2018b).

De Coster (2012) bespreekt in haar analyse een groep handelaars met verlamming die bijdragen aan de overweldigende chaos aan Beach Ngobila, de officiële haven van Kinshasa. De grenszone, ook liminale zone, is dagelijks getuige van duizenden mensen die de machtige rivier de Congo oversteken. Een fenomeen dat zeker in het oog springt, is het aantal mensen met een lichamelijke beperking dat probeert op de veerboot te geraken. Velen onder hen zijn verlamd, polio-overlevenden of mensen die invalide zijn

geworden door verkeersongevallen of andere vormen van geweld. Aan de grens besturen Congolese mensen met verlamming vaak voertuigen met een zware lading, die vaak bedekt is met een doek. In Westerse ogen lijkt de gebeurtenis raar vanwege het onverwachte hoge aantal mensen met lichamelijke beperkingen op één plek. Een andere verrassing is het feit dat handelaars met een beperking feitelijk de handel domineren. Handelaars met een fysieke beperking zijn gespecialiseerd in bakkerijproducten, maniok, zeep, palmolie en vleesproducten. Daarnaast is er ook het agressieve gedrag van zowel ambtenaren als handelaars dat gepaard gaat met theatrale evenementen in het grensgebied (De Coster, 2012).

De handel aan de Afrikaanse grenzen waar mensen met een lichamelijke beperking een cruciale rol spelen, is weinig bekend. Dergelijke handel vindt plaats op locaties zoals de grens tussen Bukavu (D.R. Congo) en Ruzizi (Rwanda) en aan de Congolese grens met Burundi. Hetzelfde fenomeen van mensen met beperkingen die aan de grens handelen, is te vinden in verschillende landen over de hele wereld (De Coster, 2012). In veel landen vinden mensen met een beperking het echter moeilijk om bepaalde activiteiten uit te voeren (zoals werk vinden) of om specifieke sociale rollen te vervullen (zoals het huwelijk). Bovendien worden mensen met een beperking nog steeds geconfronteerd met vooroordelen en stigmatisering. De grenshandelaren in D.R. Congo tarten deze traditionele en breed gedragen ideeën over de rollen en capaciteiten van personen met een beperking. Verschillende gerelateerde factoren stellen de handelaren met een beperking in staat om een specifieke economische niche in het grensgebied te domineren; de constructie van een specifiek juridisch kader, machtsonderhandeling, bepaalde vormen van hybriditeit door technologie en een onverwachte creatie van identiteit van personen met een beperking in het grensgebied. Diegenen die het meest door de samenleving worden gemarginaliseerd, profiteren van voordelen door hun handelsactiviteiten en zijn dus succesvol in het grensgebied (De Coster, 2012).

Een manier om het bestaan van dit fenomeen te verklaren, is de macro-economie. De massale economische ineenstorting in D.R. Congo in de jaren 90 creëerde een behoefte aan veel lokaal niet-beschikbare producten. Een enorme vraag naar deze grondstoffen maakte invoer van goederen mogelijk. Een tweede belangrijke pijler voor de handel in het grensgebied is het verschil in valuta en productprijzen (De Coster, 2012). Het succes van de handelaars met een beperking binnen het systeem van grenshandel is ook afhankelijk van verschillende micro-economische factoren. Hun overweldigende deelname aan handel is gebaseerd op een bilaterale resolutie tussen de twee landen. Sinds de jaren 70 biedt een wet van Mobutu mensen met een beperking de mogelijkheid om elke maandag, woensdag en vrijdag met korting de grens over te steken. De koopwaar van handelaars met een beperking wordt meestal niet gecontroleerd door douanebeambten. Een verklaring hiervoor is dat douanebeambten niet bereid zijn om alle

goederen te doorlopen die zich op de driewielers bevinden. Een andere verklaring zou de twijfelachtige status van handelaars met een beperking kunnen zijn; andere strandbezoekers hebben niet alleen medelijden met hen, maar zijn ook bang voor hen of vermoeden dat ze smokkelaars zijn (De Coster, 2012). Wat sinds 1970 dus aanvankelijk bedoeld was als een manier tot zelfredzaamheid bij afwezigheid van sociale zekerheid, ontwikkelde zich tot een gespecialiseerde economie waar mensen met een beperking als makelaars dienen in systemen van illegale migratie en douanefraude; het strand wordt door de lokale autoriteiten en vele anderen beschouwd als een plaats van criminaliteit en wanorde (Devlieger, 2018a).

Het algemene gebrek aan controle aan de grens betekent dat veel ongecontroleerde en verborgen goederen, waarvan sommige illegaal zijn, beide zijden van de rivier bereiken (De Coster, 2012; Devlieger, 2018a). Vanwege de wet van 1970 betalen mensen met een beperking minder of geen belastingen op hun vervoerde goederen. Als gevolg van hun gunstige positie doen veel reguliere handelaars een beroep op handelaars met een beperking om hun koopwaar voor hen over te brengen naar de andere kant van de rivier. Zij worden 'passeurs' of 'faciliteurs' genoemd. Kortom, mensen met een lichamelijke beperking zijn erin geslaagd een zeer specifieke economische niche over te nemen, die ze nu domineren. In plaats van bedelaars krijgen ze de titel 'les roix du commerce' ('de koningen van de handel'), maar ook 'roix de la contrebande' ('de koningen van de smokkel'), die een verschuiving in sociale perceptie aangeven (De Coster, 2012).

In de loop der tijd zijn sommigen van hen er dus in geslaagd om 'roix du commerce' te worden, hoewel alleen aan de grens van de staat. De titel zelf schrapt de connotaties van passiviteit, gebrek aan kracht en onvermogen. Gezinnen beschouwen een familielid met beperking in deze context niet langer als 'nutteloos' en hun vergaarde inkomen biedt hen mogelijkheden tot seksuele relaties, huwelijk en kinderen die voorheen ondenkbaar waren (Devlieger, 2018a). Hun structurele macht is ook afhankelijk van de strategieën die ze gebruiken om hun bedrijven en positie in de grenszone te negotiëren en te handhaven. Aan de grens tonen personen met een beperking zich als echte ondernemers die bepaalde strategieën toepassen om over macht te onderhandelen (De Coster, 2012; Devlieger, 2018a). Wanneer ze de grens oversteken, moeten handelaars met een beperking namelijk altijd eerst onderhandelen met allerlei overheidsfunctionarissen. Dit loopt niet altijd goed af. Het hele gedoe maakt deel uit van de handel in een corrupte staat, en het overkomt bijna iedereen die de officiële grenspost passeert. Omdat handelaars met een beperking constant over koopwaar en prijzen moeten onderhandelen, moeten ze flexibel en wendbaar zijn, wat de agressieve aard van zakendoen aan de grens gedeeltelijk verklaart. Een strategie die wordt gebruikt door vrouwelijke handelaars is die van prostitutie. Er zijn geen definitieve gegevens over het aantal vrouwen met een beperking die zich prostitueren in de grenshandel. (De Coster,

2012).

Net als hun medeburgers zijn mensen met een beperking vaak georganiseerd in verenigingen. Handelsgroepen of andere verenigingen die bestonden vóór de moderne verstedelijking werden gevormd rond verwantschaps- of familienetwerken en maakten vaak onderscheid tussen geslachten. In de nieuwe stedelijke context vormen verenigingen vaak een geheel van specifieke beroepen. Een aantal mensen met een lichamelijke beperking nemen deel aan kleine verenigingen die 'muzikis' en 'tontines' worden genoemd. Deze groepen zijn soms verdeeld over geslachtslijnen (De Coster, 2012). Tontine wordt ook wel een 'likelemba' (Lingala) of 'kitemo' (Kikongo) genoemd. Het stelt leden in staat om financiën te verzamelen die als reserve kunnen dienen wanneer een van hen failliet gaat of andere financiële problemen krijgt. Het geld wordt ook gebruikt als financiering voor begrafenissen, huwelijks- of geboortevieringen of schoolfinanciering. Tontines die door mensen met een beperking zijn gevormd, leggen ook geld samen om prothesen en driewielers te kopen. Deze kleine verenigingen stellen mensen met een beperking in staat beter te onderhandelen over macht op een economisch niveau. De vorming van associaties met een meer formeel karakter stelt handelaars met een beperking in staat over macht te onderhandelen op een meer politiek niveau (De Coster, 2012).

Mensen met een beperking bouwen een soort groepsidentiteit op, gebaseerd op een gedeeld gevoel van eenheid. Dit gevoel van gelijkheid is niet alleen gebaseerd op het gedeelde fysieke aspect van een beperking. De identiteit van de handelaar als een persoon met een beperking wordt mede bepaald door externe constructies zoals de sociaal-economische situatie aan de grens en wettelijke kaders. Zo vinden velen van hen elkaar aan de 'grens' van de samenleving, waar ze geconfronteerd worden met min of meer dezelfde voordelen maar ook met dezelfde limitaties. Weerstand tegen dat laatste wordt mogelijk gemaakt door verschillende soorten strategieën om over macht te onderhandelen. De vorming van verschillende soorten associaties op economisch en politiek niveau vormt een krachtig sociaal antwoord (De Coster, 2012).

Creatieve en artistieke initiatieven

Antropologe De Coster (2015) verkent de spanning die bestaat tussen een algemeen negatief discours over mensen met een fysieke beperking in Kinshasa (en een aantal representaties die daarmee in verband staan) enerzijds en de zelfrepresentatie van mensen met een beperking door middel van performance anderzijds. Erving Goffman definieerde performance als een dagelijkse interactie die andere mensen (een publiek) beïnvloedt. Het is door middel van prestaties dat sociale identiteit wordt gevestigd (De Coster, 2015).

In haar veldwerk analyseert De Coster (2015) een theatergezelschap dat in Kinshasa gevestigd is, en voornamelijk bestaat uit mensen met een lichamelijke beperking. Een van de redenen waarom de leden met deze theatergroep begonnen, is omdat ze niet tevreden zijn met de manier waarop de maatschappij omgaat met mensen met een beperking en de manier waarop deze mensen vertegenwoordigd zijn in tv-shows. Deze ontevredenheid brengt hen bij elkaar om toneelstukjes te spelen die hun perspectief weergeven. De leden van het theatergezelschap spelen dan ook verschillende stukken waarin het dagelijks leven vanuit hun gezichtspunt wordt getoond. Vaak zijn deze scènes moraliserend, hebben ze betrekking op het dagelijks leven en reflecteren ze over bijvoorbeeld familierelaties of levensgebeurtenissen zoals het huwelijk. Een andere doelstelling die wordt gerealiseerd via het theaterproject, is de sensibilisering van de inwoners van Kinshasa over hun familieleden, collega's en buren met een beperking (De Coster, 2015).

Vrij recent hebben Afrikaanse kunstenaars en academici op het continent ook debatten over dans en representatie ingeluid door gewelddadige koloniale nalatenschappen aan te pakken en na te gaan hoe deze dansende Afrikaanse lichamen hebben gevormd (Loots, 2015). Bijzondere nadruk werd gelegd op het vinden van manieren om te dansen en te choreograferen die de verwachting verstoren rond gerationaliseerde en hedendaagse Afrikaanse dansende lichamen. Dans geeft de voorkeur aan het bekwame werklichaam, een lichaam in controle - ongeacht of dat lichaam vrouwelijk, zwart of uit het zuiden is. Geconstrueerde vertogen over normaliteit en 'correcte' lichamen zijn van fundamenteel belang voor de hegemonische (en meestal westerse) controle over hoe dans eruit zou moeten zien. Deze geïdealiseerde, geseksualiseerde en vaak atletische superlichamen van de ingebeelde danser laten vaak weinig ruimte over om zich in te laten met invaliditeit. Betekent de inclusie van het invalide lichaam in dans een verstoring van de percepties rond wie kan dansen, of wordt het invalide lichaam gevraagd om de beperking te 'overstijgen' om de heilige titel van 'danser' aan te nemen (Loots, 2015)?

Bovendien, in veel Afrikaanse traditionele culturen, wordt invaliditeit bijvoorbeeld vaak beschouwd als een voorouderlijke straf en in het beste geval moet deze worden verborgen of aan het zicht worden onttrokken, waarbij 'invalide zijn' iets is dat moet worden overwonnen of gecompenseerd. Wanneer invalide lichamen dansen, wordt dit vaak onthaald met - in het beste geval - medelijden, schaamte en een betuttelend kritisch onvermogen om te kijken naar het creëren van kunst/performance. Als dat invalide lichaam vrouwelijk is, draagt het vaak een dubbele last van gezien te worden als zeer onwenselijk en diep gebrekkig tot walging en afkeer. Een invalide vrouwelijk lichaam is het ultieme ongecontroleerde lichaam. Met het inbrengen van het invalide dansende vrouwelijke lichaam wordt het symbolische verstoord en worden we gedwongen om het echte en viscerale lichaam in te schakelen. Dit biedt een zeer diepgaand moment voor genderactivisme en voor de noodzaak om een democratische en gendergevoelige agenda te pushen in zowel danseducatie als -prestaties (Loots, 2015).

In Zuid-Afrika was de belangrijkste missie van het in Kaapstad gevestigde dansgezelschap Remix Dance Project om "te streven naar het creëren van innovatieve danstheaterprestaties en onderwijsprogramma's waarin mensen met verschillende lichaamsgechiedenissen, lichaamstypes en capaciteiten samenkomen". In de Zuid-Afrikaanse context, met een lange geschiedenis van sociale, politieke en raciale categorisering en wetgeving op basis van een systeem van huidskleur als een manier om 'verschil' te construeren, wordt het van vitaal belang - bij de opbouw van democratie - om te beginnen met een proces waarin de manieren waarop onze samenleving mensen met een beperking uitsluit, te herdenken. De missie van Remix hierboven gaat uit van een diepgaand begrip van 'verschillende lichaams-geschiedenis' als impuls voor een soort viscerale democratie die het verschil eert; of dat nu ras, sekse of beperkingen zijn (Loots, 2015).

Een ander etnografisch onderzoek van De Coster, in samenwerking met Nkayilu en Devlieger (2016), onderzoekt de creatieve initiatieven die worden ondernomen door CEPROMEFHA (Centre de Promotion Maman Efinole Femmes Handicapées), in Kinshasa. Meer specifiek onderzoeken zij door middel van participerende observatie hoe plastic kralen een impact uitoefenen op invaliditeit. Deze plastic kralen zijn namelijk een prominent onderdeel geworden van het leven van een aantal mensen met een lichamelijke beperking in Kinshasa

In CEPROMEFHA worden vrouwen met een beperking gemotiveerd om zich te specialiseren in deze specifieke ambacht, met het doel om inkomsten te genereren. Ze rijgen kralen met visdraad om verschillende producten te maken zoals sleutelhangers, stropdassen, onderzetters, handtassen, hoesjes voor mobiele telefoons, gordijnen, tafelkleden en spandoeken. Deze goederen worden geproduceerd in verschillende

ontwerpen, maar soortgelijke patronen keren vaak terug (zoals de Congolese vlag, Afrikaanse dieren, kleurrijke geometrische figuren etc.). Over het algemeen is de betrokkenheid van mannen bij dit productieproces zeer beperkt. In dit stadium van de keten worden de activiteiten met kralen meestal door de vrouwen op zich genomen. De andere activiteiten die eveneens door het centrum worden georganiseerd, zoals alfabetiseringscursussen en andere workshops in hand- en naaiwerk, worden bijgewoond door zowel mannen als vrouwen met een beperking (De Coster et al., 2016).

In interviews verklaarden sommige vrouwen dat ze veel moeite doen en veel geld uitgeven om naar het centrum te komen met het openbaar vervoer vanuit de andere kant van de stad. Het kleine beetje geld dat de leden indirect van de overheid ontvangen om aanwezig te zijn in het centrum, is ruim onvoldoende om zelfs hun transportkosten te dekken. Naast het delen van het werk en de materialen, delen deze vrouwen, terwijl ze samen rond de tafel zitten, ook hun problemen en levensverhalen. Vrouwen geven elkaar vaak advies of bespreken hun dagelijkse zorgen. Verschillende achtergronden (leeftijd, beperking, etniciteit, burgerlijke staat, etc.) zijn allemaal aanwezig, maar zijn niet erg belangrijk om lid te worden binnen het centrum. Humor is een essentieel onderdeel van het leven in het centrum, omdat er vaak gelachen wordt binnen de verschillende groepen. Naast een gevoel van verbondenheid, ontstaat er ook een gevoel van gelijkheid, omdat vrouwen met een beperking vaak de spot drijven met elkaars tekortkomingen, maar het wordt niet geaccepteerd dat leden zonder beperking dit doen (De Coster et al., 2016).

Activiteiten in het centrum, zoals het werk met kralen, geeft deze vrouwen een waardevol gevoel in een stad waar ze vaak als waardeloos worden beschouwd. Door middel van deze creatieve activiteit laten ze zien dat ze dingen kunnen produceren, maar ook dat ze in staat zijn om volwaardig deel uit te maken van de samenleving. Deze betrokkenheid vindt niet alleen plaats op een sociaal-economisch niveau (dat wil zeggen, het produceren en verkopen van objecten), maar ook op een symbolisch niveau. De artefacten dragen vaak ook een symbolische betekenis, omdat verschillende spandoeken vaak religieuze of politieke gebeurtenissen weerspiegelen. De betekenisvolle activiteiten die deze vrouwen uitvoeren in het centrum draagt overduidelijk bij aan hun zelfperceptie en eigenwaarde (De Coster et al., 2016).

Een deel van performances (zij het dans, theater of andere kunstvormen) en creatieve initiatieven is het reageren tegen een negatief discours dat in de samenleving heerst over mensen met een lichamelijke beperking (De Coster, 2015). Door middel van performances/creaties en hun betrokkenheid bij het lichaam beginnen we kwesties van ras, geslacht en gezondheid te ondervragen. Dit dwingt zowel het publiek als performers om opnieuw na te denken over hun eigen sociale en culturele relatie met een gelokaliseerd systeem waarvan ze hebben vastgesteld dat het onderdrukkend is in hun

eigen leven of dat van iemand anders (Loots, 2015).

Conclusie

De populatie personen met een beperking wordt geschat op 15% van de wereldbevolking (WHO, 2011a). Verder wordt geschat dat 19% van de vrouwen met een beperking zijn gevestigd in derdewereldlanden (Etieyibo & Omiegbe, 2016; Rugoho & Maphosa, 2017). Toch bestaan er maar heel weinig harde gegevens over trends in invaliditeit in het Globale Zuiden. Het beschikbare bewijs is voor het grootste deel gefragmenteerd en vaak anekdotisch. Het is daarom nodig om invaliditeit te situeren in een mondiale context. Om dit te doen, is een analyse nodig van de machtsverhoudingen tussen het mondiale noorden en het mondiale Zuiden die een bepaald beeld van invaliditeit produceren, in stand houden en hiervan profiteren (Meekosha, 2011). Voornamelijk vrouwen met een beperking worden vaak over het hoofd gezien in veel studiegebieden. Daarenboven creëert de kruising van gender en invaliditeit meerdere lagen van discriminatie voor vrouwen (Humphrey, 2016). Het onvermogen om te voldoen aan de verwachte gendernormen creëert veel problemen voor invalide vrouwen en beïnvloedt hun rol binnen het huishouden, de gemeenschap en de bredere samenleving (Humphrey, 2016). De stem van vrouwen met een beperking wordt zelden gehoord, en in analyses en onderzoeken over invaliditeit worden zuidelijke perspectieven op het fenomeen consequent over het hoofd gezien (Meekosha, 2011).

Doorheen bovenstaande masterproef werd invaliditeit benaderd vanuit een welbepaald intersectioneel perspectief. Dit perspectief moedigt aan om af te stappen van het binaire denken naar een meer mondiaal mensenrechtenperspectief. Vanuit een intersectioneel perspectief is het opnemen van een beperking in ontwikkelingskwesties dus eerder gericht op het zien van het 'grotere plaatje', waarin invaliditeit interageert met andere identiteitskenmerken – zoals geslacht en ras bijvoorbeeld – om nieuwe of extremere vormen van achterstelling en onderdrukking te creëren (Emmett & Alant, 2006). Daarnaast werd invaliditeit doorheen deze masterproef gedefinieerd vanuit een sociaal model, met specifieke aandacht voor maatschappelijke reacties op lichamelijke impairments die sociale uitsluiting creëren (McKenzie, 2013). Het sociale model van invaliditeit dicteert dan ook dat het de samenleving is die mensen met een lichamelijke beperking limiteert. Het is geen impairment die een beperking veroorzaakt, maar eerder de incompatibiliteit van invalide lichamen met sociale normen en materiële omgevingen die worden bepaald door de gezonde meerderheid, en de discriminatie die daar vaak op volgt (Devlieger, 2018b). Daarenboven heeft elke samenleving volgens het sociale model een eigen begrip van invaliditeit, afhankelijk van culturele overtuigingen (Haihambo & Lighfoot, 2010). Dit model staat in schril contrast met het orthodoxe biologische/medische model van invaliditeit, dat is gebaseerd op de overtuiging dat invaliditeit een individuele aandoening of ziekte is die moet worden geminimaliseerd, zo niet volledig gecorrigeerd,

met behulp van medische interventie(s) (Schriempf, 2001).

Invaliditeit - zoals gender - is een concept dat alle aspecten van cultuur doordringt: structurerende instellingen, sociale identiteiten, culturele praktijken, politieke posities, historische gemeenschappen en de gedeelde menselijke beleving van lichamelijke. Ervaringen, kwesties en belichamingen van vrouwen met een beperking zijn door feministische en mainstream theoretici ten onrechte grotendeels genegeerd en/of verkeerd begrepen (Schriempf, 2001). Om deze reden hebben sommige academici gewezen op de behoefte aan een meer genuanceerde theorie die sociale argumenten beter integreert met biologische argumenten in zowel invaliditeitsbenaderingen als feminisme. De integratie van invaliditeit als analytische categorie, als historisch en gemeenschappelijk fenomeen, als set van materiële praktijken, als sociale identiteit, als politieke positie en als representatief systeem in feministisch onderzoek kan de kritiek versterken waarvoor feminisme staat. Bovendien faciliteert dergelijk kritisch intellectueel werk een vollediger integratie van de sociaal-politieke wereld – ten behoeve van iedereen (Garland-Thomson, 2002). Het nemen van ervaringen van vrouwen met een beperking als uitgangspunt zorgt ervoor dat de problemen van gender en invaliditeit als onafscheidelijk worden beschouwd (Schriempf, 2001).

Naast een feministisch perspectief op invaliditeit, kan ook een postkoloniaal perspectief een waardevolle bijdrage leveren in de discussie over invaliditeit en gender. Zoals Meekosha (2011) en Grech (2009) betogen, wordt literatuur in het veld van disability-studies vaak gedomineerd door 'noordelijke' perspectieven die er niet in slagen om de uitdagingen die gepaard gaan met beperkingen te plaatsen in het kader van bredere ontwikkelingsuitdagingen (Muderedzi, 2017). Een proces van intellectuele dekolonisatie moet daarom plaatsvinden om de miljoenen personen met een beperking die in het Globale Zuiden wonen, op te nemen in het wetenschappelijk denken, theoretische ontwikkelingen en emancipatorische projecten. We moeten de culturele en politieke dominantie van het Globale Noorden erkennen en ons dringend bewust worden van het gebrek aan geopolitieke specificiteit in studies over invaliditeit en de problemen van toegang en uitsluiting die inherent zijn aan de universaliserende tendensen van de discipline. Invaliditeit is geen universeel begrip. Verschillende culturen houden er verschillende interpretaties op na met betrekking tot invaliditeit en toevallige factoren spelen eveneens een rol. Inheemse volkeren gebruiken nog steeds inheemse kennis om hun wereld te begrijpen. Deze inheemse kennis, waaronder ook uiteenlopende opvattingen over beperkingen en invaliditeit, wordt ondergewaardeerd. We kunnen deze kennisvormen niet als 'primitief' afwijzen, en een empathisch perspectief vereist de bewuste beslissing om invaliditeit in het Globale Zuiden in al zijn verschillende facetten te erkennen (Meekosha, 2011). Kritische disability-studies moeten opnieuw worden geformuleerd, om relaties te theoretiseren die zijn voortgekomen uit kolonialisme en

postkoloniale machtsrelaties, met voldoende aandacht voor genderkwesties (Meekosha, 2011).

In hedendaags Afrika kan invaliditeit het gevolg zijn van met besmettelijke ziekten, opkomende industrialisatie en verkeersongevallen, burgeroorlog en genocide, en terrorisme (Devlieger, 2005). Ook ondervoeding, ziekte, minder toegang tot veilig drinkwater, ontoereikende sanitaire voorzieningen, slechte gezondheidszorg en een gebrek aan revalidatie zijn allemaal oorzaken van invaliditeit in het Globale Zuiden (Muderedzi, 2017). Lagere percentages van invaliditeit onder vrouwen in het Globale Zuiden kunnen worden verbonden met hogere sterftcijfers voor vrouwen en meisjes. Dit demografische fenomeen wordt door Amartya Sen omschreven als het fenomeen van de 'vermiste vrouwen', waarbij hij deze genderspecifieke sterftcijfers rechtstreeks toeschrijft aan extreme genderongelijkheid in deze landen (Emmett & Alant, 2006). Bovendien ervaren vrouwen met een beperking meer discriminatie dan andere vrouwen omdat ze niet kunnen voldoen aan de veeleisende idealen van vrouwelijkheid die de maatschappij oplegt (Emmett & Alant, 2006). De ontkenning van de 'traditionele rollen' van een vrouw voor vrouwen met een beperking creëert wat Fine en Asch (1988) 'rolelessness' noemen; een sociale onzichtbaarheid en de tenietdoening van vrouwelijkheid (Ghai, 2002).

In de hierop volgende hoofdstukken besprak ik enkele essentiële die bijdragen aan de bijzondere kwetsbaarheid van vrouwen met een beperking in Afrika. Zoals reeds vermeld, zijn correcte data over invaliditeit in het Globale Zuiden eerder beperkt. De onderzoeken over gender en invaliditeit die in deze literatuurstudie werden aangewend, situeren zich dan ook vaak in grotere Afrikaanse landen met gevestigde onderzoekstradities. Een beperking in deze masterproef is bijgevolg dat niet alle resultaten afkomstig uit deze landen, rechtlijnig kunnen worden gegeneraliseerd naar alle landen op het Afrikaanse continent. Ook de ervaringen van vrouwen met een beperking zelf, zoals worden beschreven in etnografische cases, kunnen niet steeds veralgemeend worden naar de bredere populatie Afrikaanse vrouwen met een beperking. Eveneens kan de aard van een beperking, zij het een fysieke, mentale en/of sensorische beperking, de ervaring van invaliditeit en uitdagingen die hiermee gepaard gaan, sterk beïnvloeden. De ervaringen en culturele/maatschappelijke constructies van gender en invaliditeit vragen dan ook om constante, geëngageerde en kritische analyses in de toekomst, inclusief rond gevestigde discoursen en hegemonische denkbeelden en onderzoekskaders (Grech & Soldatic, 2016).

"Invaliditeit kan het risico op armoede verhogen en armoede kan het risico op invaliditeit vergroten", beargumenteert de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2011a; Moodley & Graham, 2015; Goldblatt, 2009). Dit wordt bevestigd door onderzoeken als dat van Naomi

(2015), dat concludeert dat personen met een beperking, in vergelijking met personen zonder beperking, meer kans hebben op een lager opleidingsniveau, lagere werkgelegenheid, lagere lonen als ze in dienst zijn en de kans groter is dat ze in armoede verzeild geraken. Mensen met een beperking worden extreem gemarginaliseerd en vaak gedwongen om aan de rand van de samenleving te leven. De dimensies van armoede en gender verergeren deze marginalisering, waardoor vrouwen met een beperking die in armoede leven enkele van de meest vergeten en geïsoleerde mensen ter wereld zijn (Emmett & Alant, 2006). Wanneer vrouwen met een beperking wél toegang krijgen tot de werkplek, tonen recente gegevens aan dat zij ook hier een dubbel nadeel ondervinden, zowel op grond van hun geslacht als hun invaliditeitsstatus. Vrouwen met een beperking hebben niet alleen minder kans op een baan, ze verdienen ook minder dan mannen en ondervinden moeite met het beklimmen van de zakelijke ladder. Educatieve interventies, zoals workshops en discussies, moeten worden georganiseerd om de percepties van het publiek over invaliditeit te demystificeren. Het documenteren en presenteren van succesverhalen van personen met een beperking kunnen nuttig zijn bij het terugdringen en/of elimineren van negatieve percepties over de capaciteiten van personen met een beperking en discriminerende praktijken tegenover hen (Naami, 2015).

De conceptuele verkenning van invaliditeit in de context van religie en cultuur helpt om overtuigingen en attitudes van mensen in Afrika over invaliditeit te situeren in een bredere context en vestigt de aandacht niet alleen op deze specifieke overtuigingen en attitudes, maar ook op de instellingen die hen ondersteunen. Culturele overtuigingen over invaliditeit zijn doorgaans gerelateerd aan hun sociale opvattingen over de causaliteit van beperkingen, de gewaardeerde en gedevalueerde eigenschappen van mensen binnen die cultuur en de verwachte volwassenheid van een persoon met een beperking (Haihambo & Lighfoot, 2010). Etieyibo & Omiegbe (2016) concluderen dat zowel religie als cultuur een sterke invloed uitoefenen op veel Afrikanen, niet alleen als het gaat om negatieve attitudes ten opzichte van mensen met een beperking, maar ook in hun betrokkenheid bij discriminerende praktijken tegenover hen. Onderliggend aan verschillende culturele overtuigingen ligt doorgaans het idee dat er bovennatuurlijke oorzaken van een beperking zijn, zoals hekserij, en/of dat de ongepaste relaties van een moeder invaliditeit veroorzaken. Deze opvattingen leiden frequent tot (ernstige) discriminatie van personen met een beperking, dewelke vaak de vorm aanneemt van fysieke en/of emotionele mishandeling. Toch bestaan er ook positievere opvattingen over (de oorzaken) van invaliditeit, waarbij personen met een beperking worden behandeld met medelijden en zorg, aangezien hun beperking wordt beschouwd als een geschenk van God (Haihambo & Lighfoot, 2010). De impact van culturele overtuigingen met betrekking tot invaliditeit op de ontwikkeling en implementatie van beleid is een complexe kwestie aangezien elke samenleving een eigen unieke integratie van overtuigingen,

beleid en gemeenschapsvisies heeft, dewelke dynamisch zijn, omdat culturen voortdurend veranderen. Elk land of culturele groep zou moeten beschikken over een uniek (beleids)programma dat op een gepaste manier kan omgaan met de specifieke culturele inzichten over invaliditeit. Uiteindelijk moeten dergelijke programma's beogen om de inclusie of acceptatie van mensen met een beperking te vergroten, zonder dat culturen hun algehele overtuigingen fundamenteel hoeven te veranderen. Verder onderzoek is nodig om modellen en programma's te identificeren of ontwikkelen die passen binnen bepaalde culturele overtuigingen, evenals universele basisnormen, en vervolgens kunnen deze modellen worden aangepast aan de behoeften van specifieke groepen (Haihambo & Lighfoot, 2010).

Onderzoek toont aan dat vrouwen met een beperking een groter risico lopen op geweld dan mensen zonder beperkingen, en dat ze meerdere vormen van geweld ervaren tijdens hun leven, door meerdere daders en gedurende langere perioden (van der Heijden et al., 2016). Niet alleen ervaren vrouwen met een beperking vaker geweld, maar ze ervaren dit ook op unieke manieren. Geweld door verzorgers, onvermogen om misbruik te melden en gebrek aan middelen maken allemaal deel uit van deze unieke ervaringen en maken invalide vrouwen vatbaarder voor seksueel geweld. Bovendien creëert het geloof dat mensen met een beperking asexueel zijn een enorme kwetsbaarheid voor vrouwen met een beperking. Het gebrek aan seksuele voorlichting en reproductieve gezondheidszorg voor mensen met een beperking maakt dat vrouwen met een beperking vaak niet weten hoe gepast te reageren in seksuele situaties (Humphrey, 2016). De stigma's die doorgaans worden geassocieerd met invaliditeit creëren bovendien ook twijfel en vooringenomenheid bij politiediensten, waardoor ze niet bereid zijn om rapporten te onderzoeken en strafrechtelijke klachten in te dienen, en er een gebrek is aan follow-up na incidenten (Humphrey, 2016). van der Heijden en collega's (2016) concluderen dat de unieke ervaringen van invalide vrouwen met geweld worden gevormd door sociale stereotypen over hun onvermogen en asexualiteit, afhankelijkheid van daders voor persoonlijke assistentie, blootstelling aan geweld in de zorg en gezondheidsfaciliteiten, ontoegankelijke thuis- en gemeenschapsomgeving, en gebrek aan werkmogelijkheden en afhankelijkheid van een invaliditeitsuitkering. Er is echter over het algemeen nood aan meer bewijzen over verschillende bevolkingsgroepen en personen met verschillende beperkingen, om de prevalentie en de soorten geweld die vrouwen met een beperking ervaren, te kwantificeren. Populatiegebaseerde enquêtes moeten verschillende schalen gebruiken om geweld gerelateerd aan invaliditeit na te gaan (van der Heijden et al., 2016). Verder moet toekomstig onderzoek de autoriteiten voorzien van basisgegevens, zoals de frequentie van seksueel misbruik, het profiel van de daders en het proces van vervolging. Daarnaast moeten succesvolle individuele strategieën of projecten worden opgenomen in toekomstig onderzoek om succesvolle interventies vorm te geven. Er kunnen lessen

uit worden getrokken die nuttig zullen zijn bij de bijscholing van personeel in politiebureaus, ziekenhuizen en scholen (Hanass-Hancock, 2008). Om op een gepaste en integrale wijze het geweld tegen vrouwen met een beperking in het Globale Zuiden aan te pakken, moeten een aantal maatregelen worden getroffen. Internationale kaders, zoals de UNCRPD en de CEDAW, om de rechten van vrouwen en mensen met een beperking te waarborgen, bestaan al. Deze conventies moeten echter correct worden geïmplementeerd en geïntegreerd in de ondertekenende landen. Binnenlandse wetgevingen moeten op een specifieke manier worden geïmplementeerd om geweld tegen vrouwen en meisjes met een beperking aan te pakken en hun autonomie te erkennen (Humphrey, 2016). Voorbeelden van succesvolle praktijken van invaliditeitsorganisaties, zorgaanbieders en justitiële diensten, maar ook lincunes hierbinnen, moeten worden onderzocht en gerapporteerd om het beleid te informeren. Verder moeten bestaande gendergerelateerde geweldpreventiestrategieën en -interventies worden aangepast aan vrouwen met een beperking en geweld t.a.v. invalide vrouwen erkennen om hen te beschermen tegen toekomstig geweld, misbruik en verwaarlozing (van der Heijden et al., 2016).

Vrouwen met een beperking zijn door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) opgemerkt als de meest benadeelde groep als het gaat om toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten (WHO, 2009). De WHO merkte op dat de belangrijkste uitdaging de negatieve houding van de gemeenschap is ten opzichte van mensen met een beperking, die geïnstitutionaliseerd is en reeds onnoemelijke schade heeft veroorzaakt voor vrouwen met een beperking. Vooroordelen, stereotypen en discriminatie van mensen met een beperking hebben geleid tot ernstige schendingen van hun seksualiteit en reproductieve rechten (Rugoho & Maphosa, 2017). Wereldwijd is er heel weinig onderzoek naar de behoeften van personen met een beperking omtrent de preventie en inperking van de aids-epidemie. Dit ondanks het feit dat mensen met een beperking, met name vrouwen en meisjes, tot de meest gemarginaliseerde groepen in de samenleving behoren en evenzo door hiv/aids worden getroffen. Bovendien lopen deze groepen een groter risico op fysiek en seksueel misbruik, werden hun reproductieve rechten vaak ontkend en hebben ze minder mogelijkheden om te huwen. Deze factoren vergroten hun kans om deel te nemen aan willekeurige seksuele activiteiten met een hoog risico, hetgeen hun kwetsbaarheid voor hiv/aids vergroot (Wazakili et al., 2006).. Toch zijn effectieve maatregelen nog steeds schaars en worden mensen met een beperking vaak de toegang tot seksuele voorlichting ontzegd, evenals preventie en behandeling van hiv/aids (Hanass-Hancock, 2008). Het UNCRPD erkent expliciet de rechten van personen met een beperking om te worden beschermd tegen geweld, inclusief gendergerelateerd geweld en misbruik, en voorziet in toegang tot het recht voor mensen met een beperking in het geval van seksueel misbruik en verkrachting. Verder

pleit het voor gelijke rechten van personen met een beperking op privacy, inclusief privacy van persoonlijke gezondheidsinformatie (McKenzie, 2013). De realiteit is echter dat deze rechten voor veel mensen met een beperking onbereikbaar blijven (Groce et al., 2009). Bovenstaande bevindingen pleiten dan ook voor een grotere erkenning van het belang van seksualiteit in het leven van alle individuen, waarbij opgemerkt wordt dat seksualiteit niet alleen betrekking heeft op gezondheid en voortplanting, maar ook verbonden is met de bredere noties van welzijn, integratie en inclusie. Beleids-, project- en onderzoekbenaderingen voor invaliditeit en hiv kunnen worden versterkt door inclusief en gendergebonden tewerk te gaan en essentialistische perspectieven te vermijden. Initiatieven kunnen worden vormgegeven door de complexe en diverse realiteit van het leven van vrouwen met een beperking te erkennen, waarbij de nadruk ligt op verschillende vaardigheden, seksualiteiten en capaciteiten (Wickenden et al., 2013).

Naast fysieke, psychologische en emotionele mishandeling, lopen vrouwen met een beperking in Afrika ook het risico op financiële mishandeling. Dit risico ontstaat wanneer deze vrouwen een invaliditeitsuitkering ontvangen, en zelf niet de controle krijgen over hoe deze wordt besteed. De invaliditeitsuitkering is een reddingslijn voor ruim een miljoen Zuid-Afrikanen en hun gezinnen. Uit onderzoek van de overheid blijkt dat er bij een subsidie sprake is van verbetering van de gezondheid van het huishouden, toegang tot onderwijs en mogelijkheden om werk te zoeken (Goldblatt, 2009). Toch ondervinden arme vrouwen met een beperking ook nadelen van deze uitkering, en deze zijn aanzienlijk groter dan de nadelen die mannen met een beperking ondervinden. Dit komt doordat vrouwen over het algemeen armer zijn dan mannen, en traditioneel het grootste deel van de zorg voor kinderen, zieken, invaliden en ouderen op zich nemen. Ondanks het uitgebreide bereik van het sociale bijstandssysteem in Zuid-Afrika, bestaan er ook bepaalde andere obstakels die voorkomen dat zeer arme en kwetsbare mensen de invaliditeitsuitkering verkrijgen. Deze omvatten het ontbreken van identificatiedocumenten, het niet kunnen betalen van transport naar overheidsgebouwen, analfabetisme en onwetendheid over waar ze recht op hebben en welke procedures moeten worden gevolgd (Goldblatt, 2009). Hoewel vele vrouwen met een beperking aangeven blij te zijn dat deze uitkering hen een inkomen verschaft, blijkt uit de algemene tendens dat deze uitkering onvoldoende en niet sekseneutraal is, aangezien mannen met een beperking er meer steun aan ondervinden dan hun vrouwelijke tegenhangers (van der Heijden et al., 2016). Goldblatt (2009) stelt enkele structurele, procedurele en beleidsmatige veranderingen voor die de toegang tot adequate voorzieningen moet garanderen, en communicatie, subsidiëring en de samenstelling van beoordelingspanels hoger op de agenda plaatsen. Zo moet er bijvoorbeeld worden geïnvesteerd in gratis en adequate transportmiddelen, betere coördinatie binnen en tussen verschillende overheidsinstanties en moet worden ontmoedigd dat schoolgaande kinderen worden

ingezet om personen met een beperking te begeleiden naar bovengenoemde instanties.

Binnen de stedelijke ruimte hebben een aantal mensen met een beperking creatieve manieren gevonden om de dialoog met de samenleving te openen. Het gebruik van driewielers bijvoorbeeld, heeft de grens tussen Kinshasa en Brazzaville tot een zeer specifieke hybride regio van mens en machine gemaakt, maar zorgt ook voor een mogelijke verschuiving in de sociaal-culturele positie van mensen met een beperking. Bovendien stelt het definiëren van zichzelf als invalide in het grensgebied iemand in staat om over macht te onderhandelen en erkend te worden als actief, dynamisch, creatief en bekwaam (De Coster, 2012). Dit stelt niet alleen de aard van de grenszone in vraag, maar stelt ook het concept van invaliditeit en de sociaal-culturele constructie van het fenomeen in verschillende samenlevingen ter discussie. De Coster (2012) bespreekt in haar analyse een groep handelaars met verlamming en hun aandeel in de overweldigende chaos aan Beach Ngobila, de officiële haven van Kinshasa. Verschillende gerelateerde factoren stellen de handelaren met een beperking in staat om een specifieke economische niche in het grensgebied te domineren; de constructie van een specifiek juridisch kader, machtsonderhandeling, bepaalde vormen van hybriditeit door technologie en een onverwachte creatie van identiteit van personen met een beperking in het grensgebied. In de loop der tijd zijn sommigen van hen er daarom in geslaagd om 'roix du commerce' te worden, hoewel alleen aan de grens van de staat. De titel zelf schrapt de connotaties van passiviteit, gebrek aan kracht en onvermogen. Gezinnen beschouwen een familielid met beperking in deze context niet langer als 'nutteloos' en hun vergaarde inkomen biedt hen mogelijkheden tot seksuele relaties, huwelijk en kinderen die voorheen ondenkbaar waren (Devlieger, 2018a).

Mensen met een beperking bouwen vaak een soort groepsidentiteit op, gebaseerd op een gedeeld gevoel van eenheid. Dit is ook het geval in De Costers (2015) analyse van de zelfrepresentatie van mensen met een beperking door middel van performances. Ze onderzoekt een theatergroep in Kinshasa die ontevreden is met de manier waarop de maatschappij omgaat met mensen met een beperking en de manier waarop deze mensen vertegenwoordigd zijn in tv-shows. Deze ontevredenheid brengt hen bij elkaar om moraliserende toneelstukjes te spelen die hun perspectief weergeven. Theater als performance kan hier worden begrepen als een creatieve ruimte waar personen met een beperking niet alleen onderhandelen over hun representaties maar ook over hun algemene aanwezigheid in de samenleving. Meer specifiek willen dit soort theatergezelschappen de negatieve perceptie van personen met een beperking veranderen door het (opnieuw) claimen van invaliditeit en willen ze laten zien dat ze worstelen met de beperkende omstandigheden van de maatschappij. Voor deze artiesten met een beperking opent performance een manier om een aantal maatschappelijke obstakels te overwinnen en kansen voor verandering te creëren (De Coster, 2015).

Eenzelfde ontevredenheid bracht dansgezelschap Remix Dance Project in Kaapstad samen. Zij leggen bijzondere nadruk op het vinden van manieren om te dansen en te choreograferen die de verwachting verstoren rond gerationaliseerde en hedendaagse Afrikaanse dansende lichamen. Dans geeft de voorkeur aan het bekwame werklichaam, een lichaam in controle - ongeacht of dat lichaam vrouwelijk, zwart of uit het zuiden is. Een invalide vrouwelijk lichaam is daarentegen het ultieme ongecontroleerde lichaam. De missie van Remix gaat dan ook uit van een diepgaand begrip van 'verschillende lichaams-geschiedenis' als impuls voor een soort viscerale democratie die het verschil eert; of dat nu ras, sekse of beperkingen zijn (Loots, 2015).

Tenslotte analyseert het etnografisch onderzoek van De Coster, in samenwerking met Nkayilu en Devlieger (2016), de creatieve initiatieven die worden ondernomen door CEPROMEFA (Centre de Promotion Maman Efinole Femmes Handicapées), in Kinshasa. Meer specifiek onderzoeken zij, door middel van participerende observatie, hoe plastic kralen een impact uitoefenen op invaliditeit. De vrouwen met een beperking rijgen in dit centrum kralen aan elkaar, en produceren zo diverse producten. Daarnaast biedt het centrum ook andere activiteiten aan, zoals alfabetiseringscursussen. Deze vrouwen delen niet enkel hun werk en materialen, maar bespreken rond de tafel ook hun problemen en levensverhalen. Ze geven elkaar vaak advies of bespreken hun dagelijkse zorgen. Naast een gevoel van verbondenheid, ontstaat er ook een gevoel van gelijkheid, omdat vrouwen met een beperking vaak de spot drijven met elkaars tekortkomingen. Activiteiten in het centrum, zoals het werk met kralen, geeft deze vrouwen een waardevol gevoel in een stad waar ze vaak als waardeloos worden beschouwd. Het doet hen beseffen dat ook zij in staat zijn om volwaardig deel uit te maken van de samenleving (De Coster et al., 2016).

Bibliografie

- Abu-Habib, L. (1997). *Gender and Disability: Women's Experiences in the Middle East*. Oxford, UK: Oxfam.
- Bankole, A., & Malarcher, S. (2010). Removing barriers to adolescents' access to contraceptive information and services. *Studies in Family Planning*, 41(2), 117-123.
- Barnes, C., & Mercer, G. (2004). Theorising and Researching Disability from a Social Model Perspective. In C. Barnes & G. Mercer (Eds.), *Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research* (pp. 1-17). Leeds, UK: The Disability Press.
- Berinyuy, J. (2002). *Some past stories on prevention and cause of stammering in the Nso land in Cameroon*. Paper presented at the International Stuttering Awareness Day Online Conference.
- Boezaart, T. (2012). Protecting the reproductive rights of children and young adults with disabilities: The roles and responsibilities of the family, the state and judicial decision-making. *Emory International Law Review*, 26, 69-85.
- Campbell, J., & Oliver, M. (1996). *Disability Politics: Understanding our Past, Changing our Future*. London, UK: Routledge.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299.
- Dart, G. (2006). 'My eyes went wide open' - An evaluation of the special needs education awareness course at Molepolole College of Education, Botswana. *British Journal of Special Education*, 33(3), 130-138.
- de Beauvoir, S. (1952). *The Second Sex*. New York, NY: Vintage Press.
- De Boeck, F. (2004). *Kinshasa: Tales of the Invisible City*. Leuven, Belgium: Leuven University Press.

- De Coster, J. (2012). Pulled towards the Border: Creating a Disability Identity at the Interstices of Society. *Disability Studies Quarterly*, 32(2), 1-12.
- De Coster, Jori. (2015). Re-claiming (Dis)ability through Performance: The Significance of Self-representation in Kinshasa, D.R.Congo. *Considering Disability Journal*, 1, 75-96.
- De Coster, J., Nkayilu, E.M., & Devlieger, P. (2016). Beadwork and the Plasticity of Disability: (Un)Making Bodily Difference, Gender and Apprenticeship in Kinshasa, DR Congo. *Societies*, 6(2).
- Devlieger, C. (2018a). Rome and the Romans: laughter on the border between Kinshasa and Brazzaville. *Africa*, 88(1).
- Devlieger, C. (2018b). *Disability*. Retrieved from <https://www.anthroencyclopedia.com/entry/disability>
- Devlieger, P. (1995). Why Disabled? The Cultural Understanding of Physical Disability in an African Society. In B. Ingstad & S. Reynolds White (Eds.), *Disability and Culture* (94-106). Berkeley, CA: University of California Press.
- Devlieger, P. (2005). Experience of disability: Sub-Saharan Africa. In G. Albrecht (Ed.), *Encyclopedia of disability* (pp. 693–696). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Emmett, T., & Alant, E. (2006). Women and disability: exploring the interface of multiple disadvantage. *Development Southern Africa*, 23(4), 445-460.
- Etieyibo, E., & Omiegbe, O. (2016). Religion, Culture, and Discrimination Against Persons with Disabilities in Nigeria. *African Journal of Disability*, 5(1), 192-198.
- Farmer, P.E., Nizeye, B., Stulac, S., & Keshavjee, S. (2006). Structural violence and clinical medicine. *PLoS Medicine* 3(10).
- Finger, A. (1992). Forbidden **Fruit**: Why shouldn't disabled people have sex or become parents? *New Internationalist*, 233.
- Finkelstein, V. (2002). The Social Model of Disability Repossessed. *Coalition: the Magazine of the Greater Coalition of Disabled People*, 10-16.

- Garland-Thomson, R. (2002). Integrating Disability, Transforming Feminist Theory. *NWSA Journal*, 14(3), 1-32.
- Gershick, T. (2000). Towards a theory of disability and gender. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 25(4), 1263-8.
- Ghai, A. (2003) Disabled Women: An Excluded Agenda of Indian Feminism. In R. Addlakha, S. Blume, P. Devlieger, O. Nagase & M. Winance (Eds.), *Disability and Society: A Reader* (pp. 411-31). Telangana, India: Orient Black Swan.
- Goffman, E. (1956). *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York, NY: Doubleday.
- Goldblatt, B. (2009). Gender, rights and the disability grant in South Africa. *Development Southern Africa*, 26(3), 369-382.
- Grech, S., & Soldatic, K. (2016). *Disability in the Global South: The Critical Handbook*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing AG.
- Groce, N. (1999). Disability in Cross-Cultural Perspective: Rethinking Disability. *The Lancet*, 354(9180), 756-757.
- Groce, N. (2003). AIDS and people with disabilities. *The Lancet*, 361(9367), 1401-1402.
- Groce, N. (2005). Framing Disability Issues in Local Concepts and Beliefs. *Asia Pacific Rehabilitation Journal*, 10(1).
- Groce, N., Izutsu, T., Reier, S., Rinehart, W., & Temple, B. (2009). *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities* (WHO/UNFPA guidance note). Geneva, Switzerland: WHO/UNFPA.
- Groce, N., & Trasi, R. (2004). Rape of individuals with disability: AIDS and the folk belief of virgin cleansing. *The Lancet*, 363(9422), 1663-1664.
- Haihambo, C. (2004). *Beliefs and Myths regarding Disability in Namibia*. Paper presented at NERA Conference, Windhoek, Namibia.

- Haihambo, C., & Lightfoot, E. (2010). Cultural beliefs about disability in Namibia: Implications for inclusion of people with disabilities. *International Journal of Special Education*, 25(3), 76-87.
- Hanass-Hancock, J. (2009). Interweaving Conceptualizations of Gender and Disability in the Context of Vulnerability to HIV/AIDS in KwaZulu-Natal, South Africa. *Sexuality and Disability*, 27(1), 35–47.
- Hill Collins, P. (2015). Intersectionality's Definitional Dilemmas. *Annual Review of Sociology*, 41, 1-20.
- Hoppers, C. (2003). *Indigenous knowledge and the integration of knowledge systems*. Claremont, South Africa: New Africa Books.
- Humphrey, M. (2016). *The intersectionality of poverty, disability, and gender as a framework to understand violence against women with disabilities: A case of South Africa* (Unpublished master's thesis). Clark University, department of International Development, Community, and Environment, Worcester, Massachusetts.
- Hunt, P. (1966). A Critical Condition. In P. Hunt (Ed.), *Stigma: The Experience of Disability*. London, UK: Geoffrey Chapman.
- Jackson, H., & Mupedziswa, R. (1988). Disability and Rehabilitation: Beliefs and Attitudes among Rural Disabled People in a Community Based Rehabilitation Scheme in Zimbabwe. *Journal of Social Development in Africa*, 3(1), 21-30.
- Kisanji, J. (1995). Interface Between Culture and Disability in the Tanzanian Context: Part II. *International Journal of Disability, Development and Education*, 42(2), 109-124.
- Loots, L. (2015). "You don't look like a dancer!": Gender and disability politics in the arena of dance as performance and as a tool for learning in South Africa. *Agenda*, 29(2), 122-132.
- Lorenzo, T. (2003). No African renaissance without disabled women: a communal approach to human development in Cape Town South Africa. *Disability & Society*, 18(6), 759-778.

- Majiet, S. (1998). *Human Rights from Disabled Peoples' Perspective in Africa*. Retrieved from www.independentliving.org/docs1/stlm19980823d.html
- McKenzie, J.A. (2013). Disabled people in rural South Africa talk about sexuality. *Culture, Health & Sexuality, 15*(3), 372-386.
- Meekosha, H. (2011). Decolonising disability: thinking and acting globally. *Disability & Society, 26*(6), 667-682.
- Meekosha, H., & Dowse, L. (1997). Enabling citizenship: gender, disability and citizenship in Australia. *Feminist Review, 57*, 49-72.
- Mitra, S., Posarac, A., & Vick, B. (2011). *Disability and poverty in developing countries: A snapshot from the world health survey*. Washington, DC: World Bank.
- Mizunoya, S., & Mitra, S. (2012). Is there a disability gap in employment rates in developing countries? *World Development 42*, 28–43.
- Monk, J., & Lee, J. (2008). Factors Shaping Attitudes Towards Physical Disability and Availability of Rehabilitative Support Systems for Disabled Persons in Rural Kenya. *Asia Pacific Rehabilitation Journal, 19*(1).
- Moodley, J., & Graham, L. (2015). The importance of intersectionality in disability and gender studies. *Agenda, 29*(2), 24-33.
- Muderedzi, J.T., Eide, A.H., Braathen, S.H., & Stray-Pedersen, B. (2017). Exploring Structural Violence in the Context of Disability and Poverty in Zimbabwe. *African Journal of Disability 6*(0), 274-283.
- Murphy, R. F. (1987). *The body silent*. New York, NY: Holt.
- Naami, A. (2015). Disability, gender, and employment relationships in Africa: The case of Ghana. *African Journal of Disability, 4*(1), 1-11.
- Naidu, E., Haffejee, S., Vetten, L., & Hargreaves, S. (2015). On the Margins: Violence Against Women with Disabilities. Retrieved from https://www.atria.nl/epublications/2005/On_the_Margins.pdf
- Oliver, M. (1996a). *Understanding Disability*. Basingstoke, UK: Macmillan.

- Oliver, M. (1996b). A Sociology of Disability or a Disablist Sociology? In L. Barton (Ed.), *Disability and Society, Emerging Issues and Insights* (pp. 18-42). Harrow, UK: Longman.
- Oliver, M. (2004). The Social Model in Action: If I Had a Hammer. In C. Barnes & G. Mercer (Eds.), *Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research* (pp. 18-31). Leeds, UK: The Disability Press.
- Omiegbe, O. (1998). *An introduction to special education*. Benin City, Benin: Bellco Publishers.
- Omiegbe, O. (2001). Superstitious Beliefs Associated with the Handicapped in Africa. In A.O. Orubu (Ed.), *African Traditional Religion: A Book of Selected Readings* (pp. 26–28). Benin City, Benin: Institute of Education.
- Pearce, D. (1978). The Feminization of Poverty: Women, Work and Welfare. *The Urban & Social Change Review*, 11(1).
- Plancke, C. (2009). Rites, chants et danses de jumeaux chez les Punu du Congo-Brazzaville. *Journal des Africanistes*, 79(1), 177-208.
- Rapp, R., & Ginsburg, F. (2001). Enabling disability: rewriting kinship, reimagining citizenship. *Public Culture*, 13(3), 533-56.
- Republic of South Africa (RSA). (1997). Integrated national disability strategy. Pretoria, South Africa: Office of the Deputy President.
- Rugoho, T., & Maphosa, F. (2017). Challenges Faced by Women with Disabilities in Accessing Sexual and Reproductive Health in Zimbabwe: The case of Chitungwiza Town. *African Journal of Disability* 6(0), 252-260.
- Rugoho, T., & Siziba, B. (2014). Rejected people: Beggars with disabilities in the City of Harare, Zimbabwe. *Developing Country Studies*, 4(26), 51-56.
- SAFOD (Southern Africa Federation of the Disabled). (2008). *The Call on HIV/AIDS and Reproductive Health Care amongst Disabled People*. Retrieved from <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08bc4ed915d3cfd000f18/HIVandAIDS.pdf>

Schriempf, A. (2001). (Re)fusing the Amputated Body: An Interactionist Bridge for Feminism and Disability. *Hypatia*, 16(4), 53-79.

Sen, A. (1999). *Development as freedom*. New York, NY: Knopf.

Shuttleworth, R., & Kasnitz, D. (2004). Stigma, community, ethnography: Joan Ablon's contribution to the anthropology of impairment-disability. *Medical Anthropology Quarterly*, 18(2), 139-61.

Steyn, M. (1998). A new agenda: Restructuring feminism in South Africa. *Women's Studies International Forum*, 21(1), 41-52.

Stiker, H.-J. (2002). *A History of Disability*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.

Symington, A. (2004). Intersectionality: a tool for gender and economic justice. *Women's Rights and Economic Change*, 9, 1-8.

Thomas, A. (2002). *Ideas in our country, culture, family about what causes stuttering and what should be done about it*. Paper presented at the International Stuttering Awareness Day Online Conference.

Traustadottir, R. (1990). *Obstacles to equality: the double discrimination of women with disabilities*. North Bay, ON, Disabled Women's Network.

Tshegofatso, S. (2016). Deaf women's lived experiences of their constitutional rights in South Africa. *Agenda*, 30(1), 65-75.

Turner, V. (1969). *The ritual process: structure and anti-structure*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.

Retrieved from

<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

United Nations. (2013). *Global employment trends for women*. Retrieved from

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_195449.pdf

- van der Heijden, I., Abrahams, N., & Harries, J. (2016). Additional Layers of Violence: The Intersections of Gender and Disability in the Violence Experiences of Women With Physical Disabilities in South Africa. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–22.
- Watermeyer, B., Swartz, L., Lorenzo, T., Schneider, M., & Priestley, M. (2006). *Disability and social change: A South African agenda*. Cape Town, South Africa: HSRC Press.
- Wazakili, M., Mpofu, R., & Devlieger, P. (2006). Experiences and Perceptions of Sexuality and HIV/AIDS among Young People with Physical Disabilities in a South African Township: a Case Study. *Sexuality and Disability*, 24, 77–88.
- Wickenden, A., Nixon, S., & Yoshida, K.K. (2013). Disabling sexualities: Exploring the impact of the intersection of HIV, disability and gender on the sexualities of women in Zambia. *African Journal of Disability* 2(1), 1-8.
- World Health Organization. (2011a). *International classification of functioning, disability and health*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf>
- World Health Organization. (2011b). *World report on disability*. Retrieved from http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf