

DORIN KATHARINA
STRENGE

Traumatisierung durch weibliche Genitalverstümmelung

Ein Prozessmodell unter besonderer Berücksichtigung der Migration

Zusammenfassung

Auf der Grundlage von Interviews mit afrikanischen Migrantinnen, Expertenbefragungen sowie weiteren explorativen Datenerhebungen wird, unter Berücksichtigung der Migration, mittels Grounded Theory ein dreiphasiges Prozessmodell der Traumatisierung durch weibliche Genitalverstümmelung entwickelt. Das Modell verdeutlicht, dass die Mechanismen der transgenerationalen Traumatisierung eng mit der Pathogenisierung des Traumas durch das Schweigegebot korrespondieren. Vor dem theoretischen Hintergrund von psychoanalytischer Psychodynamik, Bindungstheorie sowie Betrayal Trauma Theory ergibt sich ein Kategoriensystem, das sowohl die Wirkfaktoren der Traumatisierung als auch ihre Auswirkungen erfasst. Ob dessen Kategorien und deren Eigenschaften Relevanz für bisher in der klinischen Praxis nicht vorgesehene Anwendungsfälle haben, wird sich erweisen.

Zweifellos bedürfen die einzigartigen Trauma-Erfahrungen im Kontext weib-

licher Genitalverstümmelung, für die eine spezielle, von dissoziativen Störungen geprägte Phänomenologie der PTBS angenommen wird, einer spezifischen psychologischen Begleitung, Beratung und Therapie, die auf interkultureller Kompetenz basiert.

Schlüsselbegriffe

Weibliche Genitalverstümmelung, Betrayal-Trauma, transgenerationale Traumatisierung, Migration, Traumafolgestörungen

Einführung

In der gemeinsamen Stellungnahme von WHO, UNICEF und UNFPA (1997, S. 3) werden alle Eingriffe, die die teilweise oder vollständige Entfernung der weiblichen äußeren Genitalien oder deren Verletzung zum Ziel haben, sei es aus kulturellen oder anderen nichttherapeutischen Gründen, als Genitalverstümmelung (engl. Female Genital Mutilation, FGM) definiert. Die mit bis zu 80 % aller Fälle häufigste Form ist das Herausschneiden der Klitoris (Typ I) und zusätzlich der Labia minora (Typ II); die Infibulation als extremste Form (Typ III) wird in 15 % aller Fälle praktiziert und umfasst zusätzlich das Verengen der vaginalen Öffnung. Weitere Formen (Typ IV) bestehen u. a. aus dem Einschneiden, Ein- oder Durchstechen von Klitoris und/oder Labien sowie dem Ausbrennen der Klitoris und des umgebenden Gewebes (WHO, 2000; Fact Sheet No 241).

Eingegangen: 24. 10. 2012
Angenommen: 02. 12. 2012

Die WHO (2011) geht von bis zu 140 Millionen Betroffenen weltweit aus und schätzt, dass jährlich 3 Mio. Mädchen gefährdet sind. FGM wird nicht nur in 28 Ländern Afrikas praktiziert sowie in Teilen Asiens und des Nahen Ostens (Indien, Sri Lanka, Indonesien, Irak, Israel, Malaysia, Thailand, Yemen, Oman, Bahrein, Vereinigte Arabische Emirate), sondern auch »[...] in Immigrantenfamilien in Europa, Kanada und den USA« (Deutscher Bundestag, 1997). In Europa leben 500 000 von FGM betroffene Mädchen und Frauen sowie 180 000 gefährdete Mädchen (WHO 2011); in Deutschland sind rund 23 291 Frauen und Mädchen bereits betroffen oder bedroht (Terre des Femmes, 2011). Kentenich & Utz-Billing (2006, S. 1) nehmen diese Entwicklung zum Anlass, »einen Überblick über Hintergrund und Folgen« zu liefern und stellen fest, dass »die psychosozialen Beratungsstellen in Deutschland [...] wenig Erfahrung mit den besonderen Problemen von Frauen mit weiblicher Genitalverstümmelung« haben (ebd. S. 4). Behrendt und Moritz (2005) sowie Kizilhan (2011) stellen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und FGM fest. Dennoch werden die »seelischen Traumata« durch FGM »unterschätzt« (Österreichisches Institut für Kinderrechte und Elternbildung, 2006, S. 16). Und nur selten wird in fachwissenschaftlichen Artikeln wie von Zerm (2007) die Notwendigkeit psychologischer Fachkompetenz erwähnt.

So kann man sich mit Eckart (2012) fragen, ob man »wirklich erstaunt darüber sein [muss], dass die De-

batte um die Beschneidung der männlichen Vorhaut nicht zu einer erneuten kritischen Diskussion der weiblichen genitalen Funktionsbeeinträchtigung geführt hat.«

Doch sind die Zeiten, in denen man auf politischer Ebene und in den einschlägigen wissenschaftlichen Disziplinen darüber diskutierte, ob die technisch-zivilisierte Welt sich in die »Tradition« der Genitalverstümmelung »einmischen« dürfe, oder ob die kulturellen Rechte über den universellen Menschenrechten stehen, längst vorbei:

»Von der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo (1994) und von der Weltfrauenkonferenz in Peking (1995) gingen Anstöße zur Abschaffung der Beschneidung von Mädchen und Frauen aus. Die Verstümmelung der Geschlechtsorgane wird von der internationalen Staatengemeinschaft nicht länger als ein kulturelles Problem mit negativen Auswirkungen auf die Gesundheit von Mädchen und Frauen gesehen, sondern als Menschenrechtsverletzung definiert« (Deutscher Bundestag 1997, S. 1). Die WHO (1997, S. 8) sowie das Europäische Parlament (2002, C 77 E/131) sprechen sich eindeutig gegen die Medikalisierung von FGM aus. In der von der Generalversammlung der Vereinten Nationen im November 2012 verabschiedeten Resolution »Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilation« wird im Zuge einer scharfen Verurteilung der Praxis ihr weltweites gesetzliches Verbot sowie die Initiierung landesweiter Sensibilisierungskampagnen gefordert. Weiter werden die Regierungen darin angehalten sicherzustellen, »that they provide competent, supportive services and care to women and girls who are at

risk of or who have undergone female genital mutilations.« Diese Forderung schließt die Versorgung weiblicher Flüchtlinge und Migrantinnen ein.

Vor diesem Hintergrund sowie in Anbetracht der Folgen dieses »körperlich und seelisch schwerst traumatisierenden« (Eckart, 2012) Eingriffs sollten weitere kritische Diskussionen, durch Überlegungen hinsichtlich der Prävention ersetzt und durch solche zur psychologischen respektive psychotherapeutischen Versorgung bereits Betroffener ergänzt werden.

Die hier bestehende Lücke zeigt sich daran, dass bisher für die der Traumatisierung durch FGM zugrunde liegenden psychodynamischen Prozesse kein geschlossenes Modell existiert. Und lediglich Zerm (2007) und Toubia (1994) weisen auf den Einfluss der Migration auf das psychische Wohlbefinden der Betroffenen hin. Aus vorangegangenen Überlegungen leiten sich die Fragen ab, (1) welche Faktoren zur Traumatisierung durch FGM beitragen und (2) ob die Migration in ein Land, in dem FGM nicht praktiziert wird, einen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden betroffener Frauen hat sowie welcher Art dieser ist. Während des Forschungsprozesses kristallisierten sich weiterhin die Fragen heraus, ob die von den betroffenen Frauen selbst verwendete Terminologie (»Beschneidung« vs. »[Genital-]Verstümmelung«) ein Indikator für den Stand ihrer Bewusstheit ist, wie psychologische Intervention sinnvoll eingesetzt werden kann und welche Traumatherapieansätze adäquat sein könnten.

Das Ziel dieses Artikels besteht darin, die Traumatisierung durch FGM als integrales Prozessmodell zu erklären. Berücksichtigt werden hierbei die Traumatisierung im Heimatland, also die Trauma-Erfahrung des Erlebens der FGM, unter der Annahme, dass es sich hierbei um eine spezielle Form der Bindungstraumatisierung handelt, welche einerseits durch kulturelle Faktoren mit bedingt wird, andererseits aber auch durch den kulturellen Kontext aufgefangen werden kann. Dass sich durch eine kulturelle Entbettung im Zuge der Migration die Wahrnehmung und Bedeutung der FGM für die Betroffene verändern und sich somit auch die psychischen Probleme manifestieren oder verschärfen und zusätzliche auftauchen, ist ein weiterer Kernpunkt der vorgestellten Überlegungen.

Methodik

*Grounded Theory*¹, frei übersetzt »Entdeckung von Theorie auf der Grundlage von Daten« (Glaser & Strauss, 2005, S. 11), oder genauer »in den Daten verankerte Theorie« (ebd.), ist ein Verfahren der Sozialforschung, eher sogar ein Forschungsstil, welcher verwendet wird, um neue Theorie zu generieren. Es sollen nicht deduktiv Hypothesen abgeleitet und getestet, sondern systematisch Daten gewonnen und analysiert werden. Dieses Vorgehen soll dem Entstehen von »Theorie [vorbeugen], die als Ergebnis eine dem Datenmaterial angeheftete, aus einer logisch

deduzierten Theorie herangezogene Erklärung präsentiert« (Glaser & Strauss, 2005, S. 14). Ziel von *Grounded Theory* ist es, empirisch beschreibbaren Situationen gerecht zu werden sowie relevante Vorhersagen, Erklärungen, Interpretationen und Anwendungen zu liefern (Glaser & Strauss, 2005, S. 11). Mittels *Grounded Theory* sollen aus in den Daten verankerter Theorie Handlungsempfehlungen für die Praxis abgeleitet werden. Zur Erfüllung ihrer eigenen Forderungen bedient sich *Grounded Theory* der Forschungsstrategien des theoretischen Samplings sowie der komparativen Analyse (Glaser & Strauss, 2005, S. 11 u. S. 17). Mittels dieser beiden Vorgehensweisen werden theoretisch bedeutsame Kategorien sowie ihre Eigenschaften entwickelt, welche durch Vernetzung Hypothesen sichtbar werden lassen und sich durch Integration zu einer Theorie verdichten (Glaser & Strauss, 2005, S. 50).

Durch die komparative Analyse der Daten entwickelte sich ein Kategoriensystem, welches die Wirkfaktoren der Traumatisierung durch FGM als auch ihre Auswirkungen zu erfassen versucht. Wenn die entwickelten Kategorien und ihre Eigenschaften angemessen und handhabbar sind, ist die Theorie »passend«, denn dann erfüllt sie eben diese »Zwecke [...], die sie sich selbst gesetzt hat« (Glaser & Strauss, 2005, S. 13): Gültigkeit zu haben für bisher in der klinischen Praxis nicht vorgesehene Anwendungsfälle.

Die drei Phasen des Prozessmodells konstituieren die »Schlüsselkategorien«. Es wurde untersucht, welche Traumatisierungen und Retraumatisierungen innerhalb einer jeden Phase potenziell stattfinden können und diese als geschlossenen

Traumen-Komplex definieren. Um zu einer möglichst großen Sättigung der Kategorien zu gelangen, wurde das Vorgehen der Triangulation von Datenquellen und Erhebungsmethoden (vgl. Flick, 1995) in den Forschungsprozess einbezogen; beide folgten dem Prinzip des theoretischen Samplings, und so wurden alle gewonnenen Daten einer komparativen Analyse im Sinne von *Grounded Theory* unterzogen.

Das zuerst zweiphasige Modell bestand aus der Zeit vor und der Zeit nach der Migration, konnte aber im Laufe der Datengewinnung durch den Einbezug genitalchirurgischer Interventionen um eine dritte Phase erweitert werden. Daneben fanden sich migrationsunabhängige Kategorien, welche sich v. a. auf Gefühle hinsichtlich Partnerschaft, Sexualität und Schwangerschaft sowie den Wunsch, das Schweigegebot zu brechen, beziehen und in allen Phasen und hinsichtlich einer (Re-)Traumatisierung relevant sind. Da sie jedoch keine eigene Phase bilden, werden die migrationsunabhängigen Kategorien nicht als Schlüsselkategorie verstanden.

Grounded Theory entsprechend zeichneten sich durch das In-Beziehung-Setzen der Kategorien des sich entwickelnden Modells Hypothesen ab, welche mittels der Fachliteratur zur Psychotraumatisierung sowie der zu FGM ebenfalls in Kategorien umgesetzt, begründet und anhand des vorliegenden Datenmaterials gesättigt wurden. Dieses Vorgehen führte zu Ergebnissen, die zwar außerhalb des Prozessmodells stehen, dieses jedoch ergänzen, und zwar hinsichtlich weiterer, gravierender

¹ Der englische Name »*Grounded Theory*« ist nicht differenzierend, da er sowohl die Forschungsstrategie als auch die mittels dieser gewonnene Theorie bezeichnet. (Glaser & Strauss, 2005, S. 11)

Auswirkungen der Traumatisierung auf das Leben der Betroffenen sowie hinsichtlich der Wirkfaktoren, welche die Praxis der FGM aufrechterhalten.

Dem qualitativ-explorativen Ansatz von Grounded Theory entsprechend, wurden die Untersuchungsteilnehmer aufgrund ihrer theoretischen Eignung ausgewählt, d.h. alle Frauen, mit denen gesprochen wurde oder deren (Selbst-)Berichte analysiert wurden, klassifizierten die FGM als einen Faktor, der in irgendeiner Weise Einschränkungen, Probleme oder Leiden verursacht. Ebenso konstatierten die einbezogenen Experten FGM durchgängig als eine Verletzung der weiblichen Integrität.

Theoretisches Sample der Betroffenen

Mit sechs afrikanischen Frauen unterschiedlicher Nationalität und Betroffenheit wurden problemzentrierte Interviews geführt, mit dreien dieser und einer weiteren Frau ergänzend eine Mischform aus »Gruppeninterview« und einem sehr naturalistischen, offenen Gruppengespräch. Zusätzlich fand mit acht weiteren Frauen verschiedener afrikanischer Herkunft und Betroffenheit eine ermittelnde Gruppendiskussion statt.

Aus der telefonischen Akquise von 25 weiteren Frauen ergaben sich zwei weitere problemzentrierte Interviews, die telefonisch durchgeführt wurden. Insgesamt erwies sich die Kontaktaufnahme als langwierig; die Tabuisierung des Themas führte zu vielen Fehlschlägen. Aus der Notwendigkeit eines »Ersatzes« für ein persönliches Gespräch wurde

auf Grundlage der bis dahin geleisteten Auswertung ein Fragebogen entwickelt. Dieser wurde an 33 weitere Frauen herausgegeben; die Rücklaufquote betrug 24,2% (8 Teilnehmerinnen).

Aus der Literatur wurden (Auto-)Biographien und Selbstberichte von insgesamt 38 Frauen unterschiedlicher afrikanischer Nationalität und Betroffenheit ausgewertet, darüber hinaus verschiedene Einzelzitate, u.a. aus Internetforen. Ergänzend wurden sieben filmische Dokumentationen zum Thema transkribiert und analysiert. Ferner stand ein anonymisiertes Protokoll einer Asylanforderung zur Verfügung, in der die Anerkennung drohender FGM als »Abschiebungshindernis« im Mittelpunkt stand. Die Befragung durch die Beamtin konnte als qualitativ-problemzentriertes Interview klassifiziert werden.

Theoretisches Sample der Experten

Das Expertensample umfasst eine sehr heterogene Gruppe verschiedener Fachrichtungen und verschiedenster Engagements: Bei den Personen, mit denen Gespräche, persönlich, telefonisch und per E-Mail geführt wurden, handelt es sich um drei Gynäkologinnen, zwei Chirurgen mit verschiedenen fachlichen Hintergründen, eine Anästhesistin, den stellvertretenden Leiter und zwei Mitarbeiterinnen einer Asylanforderungsstelle, eine ehrenamtliche Aktive eines Vereins für Frauenrechte, welcher sich gegen FGM engagiert, einen afrikanischen Geistlichen, eine Mitarbeiterin eines Gesundheitsamtes und Lehrbeauftragte einer Universität, die Vorsitzende einer Organisation, die sich für die Rechte afrikanischer Frauen einsetzt, zwei Gründerinnen afrikanischer

Frauenvereine, eine Leiterin einer Beratungsstelle für afrikanische Frauen sowie drei junge, selbst nicht von FGM betroffene, aus Kenia und Guinea stammende Afrikanerinnen.

Insgesamt ist das in die Ergebnisse eingehende Sample sowohl der Betroffenen als auch der Experten und Expertinnen hinsichtlich Alter, Bildungsstand, persönlichem Bezug sowie sozio-kulturellem Hintergrund als sehr heterogen zu charakterisieren.

Vorgehen bei der qualitativen Befragung

Bei den durchgeführten Varianten qualitativer Befragung – problemzentriertes Interview nach Witzel und Experteninterview – handelt es sich um Leitfadeninterviews, wobei jeweils dem Ziel der Interviewvariante entsprechend unterschiedliche Leitfäden entwickelt wurden. Für die Befragung der Ärzte und Ärztinnen wurde ein weiterer, auf ihren Fachbereich spezialisierter Leitfaden entwickelt. Auf die beim problemzentrierten Interview methodisch mögliche Vorschaltung eines Kurzfragebogens sowie auf die Aufzeichnung der Interviews mittels Tonband wurde verzichtet. Aufgrund der höchst persönlichen und tabuisierten Thematik hätte die Bitte um eine Tonbandaufzeichnung das Vertrauen der Frauen unterminieren und somit die Daten verzerren können. Hinsichtlich des interessierenden Expertentums wurde besonderer Wert auf die Erfassung der von den Fachleuten wahrgenommenen Anzeichen von Traumatisierung bzw. spezieller psychosozialer, durch die FGM bedingter Probleme bei den Betroffenen gelegt.

Bei den Interviews mit den Betroffenen wurde deutsch oder englisch gesprochen. Konnten die Frauen sich ausschließlich in ihrer Muttersprache hinreichend ausdrücken, war eine Schlüsselperson als Übersetzerin anwesend. Die Interviews wurden im Anschluss durch Gedankenprotokolle verschriftlicht.

Ergebnisse

Die Wirkfaktoren des Prozessmodells werden nach der Struktur einer Trauma-Erfahrung (Weinberg, 2005) in Trauma-Ereignis, Trauma-Reaktion, Trauma-Erfahrung und Trauma-Folgen differenziert. Demgemäß ist der Typ der FGM hinsichtlich der initialen Traumatisierung nicht vorrangig, da deren Massivität nicht ausschließlich von der Schwere des Eingriffs bzw. den daraus entstehenden körperlichen Folgen abhängt, sondern v. a. auch von der Trauma-Erfahrung und den Trauma-Folgen.

Kontinuum der Selbstwahrnehmung

Die erste und zweite Phase des Prozessmodells beschreiben die beiden Enden eines zeitlichen Kontinuums der Selbstwahrnehmung der Betroffenen. Dabei spiegelt das eine Ende der Zeitachse die im Heimatland stattfindende FGM sowie die damit einhergehenden psychischen Auswirkungen und die in der jeweiligen Kultur vorherrschenden Konstrukte wider. In der Mitte des Kontinuums ist die Migration angeordnet und auf dem anderen Ende die Situation nach der Migration sowie die sich daraus ergebenden Veränderungen in der Selbstrepräsentanz der Frau. Sowohl durch die Migration als auch

durch die folgenden Bewusstwerdungsprozesse gewinnt das Modell Prozesscharakter.

Der erste Traumen-Komplex

Dem kulturinhärenten Verständnis des Herkunftslandes entsprechend wird die Genitalverstümmelung von der Betroffenen als »Beschneidung« wahrgenommen und bestimmt als Symbol von Reinheit und Weiblichkeit einen grundlegenden Teil ihrer Identität; der Tag ihrer »Beschneidung« gilt neben dem Hochzeitstag als der wichtigste im Leben einer Frau. Die Prozedur, deren Einzelheiten ein Geheimnis (vgl. Dirie, 2001, S. 63; Sidibe, 2003, S. 109; Abdi, 2005, S. 75; Khady 2006, S. 12–13) sind, wird zumeist von Festivitäten eingerahmt, wobei ein Versprechen in den Termini liegt, die hierfür verwendet werden: dem islamischen Grundbedürfnis nach Reinheit gerecht zu werden und zugleich soziales Ansehen zu erlangen (vgl. Abdi, 2005, S. 75; vgl. Korn, 2004, S. 67).

Während der Prozedur sind die Mädchen nackt, gefesselt oder anderweitig immobilisiert, was zu einem »hochgradig erniedrigende[n] Gefühl der absoluten Wehrlosigkeit und Ohnmacht« (Schnüll, 2003, S. 35) sowie tiefer Scham führt (vgl. Hussein, 2000, S. 35–36). Das tatsächliche Geschehen stellt eine »maximale Interferenz zwischen Erwartung und Erfahrung« dar (vgl. Fischer & Riedesser, 2003, S. 379). Das Geheimnis bzw. seine Auflösung als »Moment des Unerwarteten« stellt einen gewichtigen Faktor der Traumatisierung dar. Haben die Mädchen vorher eine Ahnung, wird nur ein kurzer oder kein Schmerz versprochen (vgl. Khady, 2006, S. 15). Bei dem Fest sind sie abwesend oder unfähig zur Teilnahme, so dass viele

sich durch die gegebenen Versprechen belogen und betrogen fühlen (vgl. Korn, 2004, S. 72), wodurch das *erste Betrugstrauma* charakterisiert ist. Als weiteres Diskrepanzerlebnis kommt hinzu, dass die engsten Bezugspersonen feiern, während das Mädchen sich in tiefstem Elend befindet (Bauer & Hulverscheidt, 2003, S. 71). Ein besonders belastender Faktor besteht hier im Versagen von emotionaler Wärme und Fürsorge durch die Bindungsperson(en), sodass dieser Widerspruch das Bindeglied darstellt zwischen *Betrugstrauma* und dem durch den Verrat erlittenen *Betrayal Trauma* (Freyd, 1994, S. 321). Ein Betrayal-Trauma kann, unabhängig von der Reaktion auf ein traumatisierendes Ereignis, erfolgen, »[...] when the people or institutions on which a person depends for survival significantly violate that person's trust or well-being: Childhood physical, emotional, or sexual abuse perpetrated by a caregiver are examples of betrayal trauma« (Freyd, 2008, S. 76). Das Erleben einer FGM ist exemplarisch für eine solche Erfahrung, in deren Kontext »[the] most fundamental human ethics are violated« (Freyd, 1994, S. 321). Die »zentrale subjektive Bedeutung« (Fischer & Riedesser, 2003, S. 379) dieser speziellen Erfahrung besteht in der Verweigerung von Schutz v. a. durch die Mutter, woraus eine Traumatisierung der Bindung(en) resultiert.

Bereits durch ein schwerst traumatisierendes Betrayal kann es zur peritraumatischen Dissoziation kommen, die dem psychischen Überleben dient (Weinberg, 2005, S. 33). Dies kann vor allem dann der Fall sein, wenn das Mädchen während der FGM von seiner Mutter festgehalten

wird; hinzu kommt die körperliche Qual. Korn (2004, S. 65) und Dirie (2001, S. 70) beschreiben in ihren Autobiographien je eine solche Erfahrung exemplarisch. Hierbei stellt das Schweigegebot, das sich im kulturell verankerten und sozial sanktionierten Wert begründet, Schmerzen zu ertragen bzw. nicht zu zeigen, einen zentralen Wirkfaktor der Traumatisierung dar: Die Mädchen sind sich bewusst, dass ihr Verhalten Auswirkungen auf ihre soziale und damit wirtschaftliche Situation als Erwachsene haben kann (Schnüll, 2003, S. 36). Die Instruktionen zum schweigenden Stillhalten (vgl. Dirie, 2001, S. 79) bzw. der Wunsch und der Zwang, »tapfer« zu wirken (vgl. Abdi, 2005, S. 61) und damit das Selbstkonzept zu verteidigen, die oftmalige Verleugnung oder sogar das Verlachen des Schmerzes (vgl. Longinotto, 2004, NDR) machen die peritraumatische Dissoziation oft zur einzig verbleibenden Bewältigungsmöglichkeit (vgl. Heinerth, 2004, S. 162). Hier ist die Trauma-Reaktion des Täuschens im Sinne der Selbsttäuschung (Weinberg, 2005, S. 33) von besonderer Relevanz: *Das Mädchen täuscht den Umstehenden Tapferkeit vor, indem es sich selbst täuscht*. Durch das dissoziative Erleben, dem Geschehen durch die »Spaltung der Bewusstheit« wie von außen her und/oder unter Schmerzfreiheit zuzuschauen (Levine, 1998, S. 139), hört das Mädchen auf zu weinen und zu schreien; die Umstehenden werden getäuscht; der Anschein von Tapferkeit bleibt gewahrt.

Die Betrayal-Trauma-Theorie postuliert, dass das Ausmaß, in dem ein negatives Ereignis ein Betrayal durch eine Person darstellt, die man braucht oder der man vertraut, die Art und

Weise beeinflussen wird, in der dieses Ereignis prozessiert und erinnert wird (Sivers, Schooler & Freyd, 2002, S. 169).

Das Erleiden eines Betrayers bedeutet eine immense emotionale Verletzung, so dass ein Beziehungserhalt emotional normalerweise unerträglich wäre. Besonders, wenn die primäre Bindung betroffen ist, führt ein Betrayal zu einem »conflict between reality and the need to maintain trust in caregiver« (Freyd 1994, S. 321). Aufgrund seiner Abhängigkeit kann das Kind nicht auf dieses Vertrauen verzichten, sein physisches und psychisches Überleben können von dieser Beziehung abhängen (Freyd, 1994, S. 312).

»Instead, he or she essentially needs to ignore the betrayal. If the betrayer is the primary caregiver, it is especially essential that the child does not stop behaving in such a way that will inspire attachment« (Freyd, 1994, S. 312).

Somit sind »memory repression, dissociation and related defenses« (Freyd, 1994, S. 311) nicht in erster Linie Mechanismen, um den psychischen Schmerz per se auszuschalten, sondern ihre Aufgabe ist es »to control social cognitions and thus to control social behaviors« (Freyd, 1994, S. 311). Hierbei wird das Ausmaß der Amnesie als eine Funktion des Ausmaßes des Betrayers angenommen (Freyd, 1994, S. 321). Die Wahrscheinlichkeit einer Blockierung der Informationsverarbeitung oder der Abrufbarkeit bereits prozessierter Informationen wird u. a. erhöht durch ein geringes Alter des Kindes, in dem die integrativen Funktionen noch nicht ausgebildet sind und die *Realität noch von den Eltern definiert werden kann* sowie durch das Verbot, über das Gesche-

hene zu sprechen (vgl. Freyd, 1994, S. 322), welches im Falle von FGM durch implizite und explizite Drohungen (vgl. Sidibe, 2003, S. 111) verstärkt wird.

Die Möglichkeit, das Erlebte mit anderen zu *teilen*, indem man es ihnen *mitteilt*, scheint einen ausschlaggebenden, altersunabhängigen Effekt auf die Informationsverarbeitung zu haben, den Freyd (1994, S. 315–316) *Shareability* nennt.

Das deklarative Gedächtnis enthält die »verbalizable facts one knows« (Freyd, 1994, S. 315). Das Sprechen über dieses Wissen hilft, es durch Neukodieren zu gliedern, somit zu stabilisieren und für ein späteres Gespräch sowie für die eigene innere Auseinandersetzung verfügbar zu machen (Freyd, 1994, S. 315; Freyd, 2005). Die durch das Schweigegebot bedingte Unmöglichkeit einer Realitätsprüfung sowie die Tatsache, dass alle sozialen Konstrukte, die die FGM notwendig machen, die Realität eines Kindes definieren, sind zentrale Charakteristika der Traumatisierung durch FGM.

Ungeachtet des Ziels der sozialen Integration bleibt die gewalttätige Handlung ein schuldhaftes Verhalten, wobei diese Schuld seitens der Verantwortlichen allerdings nicht anerkannt, sondern an das Opfer delegiert wird, das aufgrund seines »So-Seins« (Hirsch, 1997, S. 15) schuldig, weil »schmutzig« und sexuell empfänglich ist und daher »gereinigt« werden muss. Zum Erhalt der Beziehung zur Bindungsperson wird es für das Opfer notwendig, in sich selbst die Ursache der Gewalt zu sehen: Dieses Phänomen erschließt sich durch die Verbindung der von Ferenczi beschriebenen »Identifikation mit dem Aggressor«

(Ferenczi, 1964/1932) mit Freyds (1994) Konzept der Amnesie infolge von Betrayal.

Durch ein längeres Anhalten derartiger Belastungen, die besonders durch das Schweigegebot und die Selbst- und Fremdverleugnung aufrechterhalten werden, kommt es zur Reorganisation assoziativer Verschaltungsmuster (Hüther, 2003, S. 100). Hier zeichnet auch der Mechanismus der projektiven Identifikation verantwortlich, der sehr dem ähnelt, was Weinberg (2005, S. 34) als einen Aspekt der *dissoziativen Selbsttäuschung* benennt. Häufig fühlen sich die betroffenen Mädchen tatsächlich nach einiger Zeit besser und sauberer, so wie es ihnen »versprochen« wurde. Sie sind ihren Eltern dankbar, übernehmen deren Einstellungen kritiklos und unterwerfen sich dem Diktat der Notwendigkeit der »Beschneidung«. Diese Mechanismen zum Erhalt der Bindungsbeziehung werden gestützt durch die Verschiebung (vgl. Comer, 2001, S. 48) der Verantwortung und somit des Hasses und der Wut auf einen »sicheren Ersatz« (Comer, 2001, S. 48): die identifikationsferne, zumeist weibliche ausführende Person (vgl. Hussein, 2000, S. 35; Korn, 2004, S. 50).

Die projektive Identifikation, also die »Projektion unerträglicher Selbst- und Objektrepräsentanzen, gefolgt von subtiler interpersoneller Interaktion, die dazu führt, daß der Empfänger sich tatsächlich so fühlt, und auch so handelt oder handeln möchte, wie es dem Projizierten entspricht« (Hirsch 1997, S. 121), ist gerade in Bezug auf FGM von immenser Bedeutung, denn sie trägt zur sekundären Identifikation mit dem Aggressor bei, in der das Opfer die

Gewalt an Schwächere weitergibt (Hirsch, 1997, S. 118; Dirie, 2005, S. 71; Gangl, 1997; Khady, 2006, S. 203; Lightfoot-Klein, 2003, S. 76; Dareer, 1982, S. 80 zit. n. Lightfoot-Klein, 1992, S. 97; Hirsi Ali, 2005, S. 112). Der Gewaltakt selbst ist es, der zur Projektion der unerträglichen Selbst- und Objektrepräsentanzen führt. Ihm folgt subtile interpersonelle Interaktion, eine Manipulation, die auf die Einstellungen und Wahrnehmungen wirkt. Im Falle von FGM folgt diese, weniger subtil und in verbaler Art, nicht nur der Prozedur, sie geht ihr auch als System von moralischen Zielen hinsichtlich Ehre und Reinheit, voraus – wobei suggeriert wird, dass diese ausschließlich durch FGM erreicht werden können – und bereitet den Boden für die Identifikation. Diese Mechanismen scheinen durch das »cultural unconscious«, also das Kulturelle Unbewusste, gestützt zu werden: »culturally engrained dissociative patterns are like the air we breathe: vital for life, a pervasive surround that is usually not examined.« Auch hier ist das Schweigegebot bedeutsam: Die Mädchen sind im Nachhinein zum Leugnen gezwungen (vgl. Dirie, 2005, S. 15), was einer Form posttraumatischer Dissoziation entspricht (vgl. Levine, 1998, S. 144; vgl. Lightfoot-Klein, 1992, S. 38). Diese scheint notwendig zur Vermeidung der Aktivierung traumatischer Bindungserfahrungen (vgl. Brisch, 2003, S. 107; Schlechter, 2003, S. 230–231) und ist somit ein Wirkfaktor der Traumawiederholung. Das Kulturelle Unbewusste ist ein Muster von »unexamined contradictions in the cultural conscious and unconscious« (Howell, 2005, Preface X). Diese ungeklärten Widersprüche erlauben »the execution of atrocities, which then often are denied or un-

examined [die Ausübung von Gräueltaten, die dann häufig verleugnet oder nicht untersucht werden]« (Howell, 2005, Preface X).

Die erste Phase des Prozessmodells beschreibt als ein Konglomerat an sequentiellen, additiven und kumulativen Traumatisierungen und Retraumatisierungen (v.a. durch prolongierte und schmerzhafte Menstruationen, Defibulation, Penetration, Entbindung, Geburtskomplikationen, Reinfibulation, aber häufig auch Erkrankungen und Verlust von weiblichen Familienangehörigen) einen geschlossenen Traumen-Komplex, welcher als Konsequenz der Gewalterfahrung der FGM folgt.

Der zweite Traumen-Komplex

Der zweite Traumen-Komplex kann theoretisch in zwei Prozesse unterteilt werden, die aber praktisch ineinander fließen: »1. Überschreiten der Nulllinie: Bewusstwerdung« und »2. Sinnentleerung und Umdefinition«. Durch die Migration erfahren viele Frauen zum ersten Mal, dass die »Beschneidung« kein universelles Frauenschicksal respektive nicht Schicksal aller Muslimas ist.

Durch die Bewusstwerdung, d.h. durch den zerstörten Universalitätsglauben und die sich daran anschließende Erkenntnis des Verlusts, werden in vielen Fällen Wut, Zorn und Verbitterung zutage treten. Bewusstwerdung kann durch wiederholte Konfrontation schrittweise oder durch ein Schockerlebnis spontan vonstatten gehen. Der Verlust der festen Überzeugung von der Universalität der »Beschneidung« der Frau, die durch solche Erlebnisse entsteht, wird als Überschreitung dessen verstanden, was in Anlehnung an das

Sprichwort »den Rubikon überschreiten«, als »Nulllinie« bezeichnet wird: Nach dieser ersten Erkenntnis gibt es kein Zurück in das vorherige Welt- und Selbstbild. Dieser aus fünf charakteristischen Phasen bestehende Prozess wird als »Bewusstwerdung« bezeichnet:

- Phase I: Ahnung oder sofortige Bewusstwerdung
- Phase II: Überlegenheitsgefühl
- Phase III: Informationssuche, Sinn-
suche und Neubewertung
- Phase IV: Erkenntnis und Verlust-
gefühl
 - Erkenntnis des zweifachen Le-
bensbetrugs: Das zweite Betrugs-
trauma
 - Erkenntnis der Manipulation:
Das zweite Betrayaltrauma
- Phase V: Instabilität

Ab einem gewissen Punkt der Auseinandersetzung folgt der fünften Phase eine Stabilität in der Bewertung dessen, was der Betreffenden durch die »Beschneidung« zugefügt wurde. Zwar können noch lange Phasen der Verunsicherung bezüglich der neuen Überzeugungen auftreten, jedoch wird ab diesem Zeitpunkt ein grundsätzliches Gefühl von Verlust und Verletzung vorherrschen, welches mit weiteren psychischen Belastungen (u. a. Depression) einhergeht.

Aufgrund in den letzten Jahren verstärkt erfolgter Aufklärungskampagnen in den Herkunftsländern dürfte die Prävalenz des Universalitätsglaubens inzwischen als rückläufig anzunehmen sein. Die internalisierten Überzeugungen bezüglich der Notwendigkeit der »Beschneidung« wirken dennoch in gleicher



Foto: Menassahimoni Kebe

»Midnight act« von Menassah Imonikebe. Gezeigt im Rahmen der Ausstellung »Trough the eyes of nigerian artists: Confronting Female Genital Mutilation.«

Weise. Damit ist der Bewusstwerdungsprozess, abgesehen von der ersten Phase, auch für Migrantinnen relevant, denen bereits bekannt ist, dass weder alle noch alle muslimischen Frauen von FGM betroffen sind. Im Kontext der Prävention sind diese Prozesse der inneren Auseinandersetzung im Spannungsfeld zwischen neuer Erkenntnis und internalisierter Überzeugung, gerade zum Für oder Wider der Genitalverstümmelung der Töchter, von großer Bedeutung. Soll eine präventive Intervention greifen, muss hier angesetzt werden, um Stabilität in der Überzeugung und somit im Handeln zu erreichen.

Die zweite Schlüsselkategorie des Prozessmodells definiert somit durch die im Zusammenhang mit dem migrationsbedingten Wegfall der sozialen und kulturellen protektiven Faktoren (vgl. Fischer & Nathan, 2002, S. 7) auftretenden Traumatisierungen und Retraumatisierungen ebenfalls einen geschlossenen Traumen-Komplex. Traumatisierungen durch neue psychophysiologisch überfor-

dernde Situationen, die nur indirekt mit der FGM im Zusammenhang stehen, wie sie vielfach im zweiten Traumen-Komplex vorkommen, werden hier als weitere Traumatisierungen beschrieben, während Retraumatisierungen, die durch Geschehnisse ausgelöst werden, die in direktem Bezug zur Genitalverstümmelung stehen, als erneute Traumatisierungen begriffen werden. Da alle Geschehnisse, die Nachhallerinnerungen auslösen, auf »Triggern« basieren, welche ihre Bedeutung durch die Erfahrung der Genitalverstümmelung erhielten, sind weitere Traumatisierung und Retraumatisierung häufig nicht absolut separat zu betrachten, weshalb von (Re-)Traumatisierungen gesprochen wird.

Erlebnisse, welche zur Überschreitung der »Nulllinie« führen, werden als Nulllinien-Situationen (z. B. Besuch einer gynäkologischen Praxis) bezeichnet. Einerseits werden die Frauen Stimuli ausgesetzt, welche

durch Assoziation mit der FGM Flashbacks triggern und somit einen retraumatisierenden Effekt haben können. Zugleich werden sie mit der Tatsache konfrontiert, dass die für sie neue Kultur die »Beschneidung« nicht mit denselben positiven Attributen wie ihre Herkunftskultur belegt, sondern sie im Gegenteil als Verstümmelung definiert (z. B. ärztliche Reaktion), was eine weitere Traumatisierung zur Folge haben kann. Im Zuge der Bewusstwerdung kann es zu einem Entwicklungsprozess kommen, in dessen Verlauf die Reaktivität durch eine zunehmende Reflexion ersetzt wird, es zu einem Infragestellen und anschließender Sinnentleerung kommt und an dessen Ende die Wahrnehmung des eigenen Körpers bzw. der Genitalien als verstümmelt stehen kann.

Integraler Bestandteil dieses Prozesses ist das Erleben eines *zweiten Betrugstraumas*, welches einen *zweifachen Lebensbetrug* beschreibt, wobei der *erste* in der Erkenntnis wurzelt, dass nicht alle Frauen der Welt »beschnitten« sind, d. h. dass es einen alternativen Lebensentwurf gibt. Mit dieser Erkenntnis fühlen sich die Migrantinnen um ihre Weiblichkeit, einen vollständigen Körper und ihre Sexualität betrogen. Der *zweite Lebensbetrug* betrifft die Frauen, die zwar nicht von der Universalität der »Beschneidung« ausgingen, aber in der Überzeugung lebten, dass ihre Religion bzw. der Koran sie verlange, und wurzelt in der Erkenntnis, dass dies ein falscher Glaube, die »Beschneidung« keine religiöse Verpflichtung ist. Der Betrugs-Aspekt des Bindungstraumas, welches die Frauen in ihrer Kindheit erlebten, aktualisiert sich durch die Bewusstwerdungsprozesse in dem Gefühl, »vom

Leben um etwas betrogen worden zu sein, statt etwas für das Leben besonders Wertvolles erhalten zu haben.« Während dieser Prozesse der Neuordnung kann die Erkenntnis der manipulativen Mechanismen in Verbindung mit der als Kind erlittenen FGM den Betrayal-Aspekt der Bindungstraumatisierung aktualisieren und zu einem *zweiten Betrayal Trauma* führen.

Der dritte Traumen-Komplex

Aus dem Bewusstwerdungsprozess kann der Wunsch nach Rekonstruktion der Genitalien resultieren. Mittlerweile bestehen für von FGM betroffene Frauen verschiedene Möglichkeiten genitalchirurgischer Intervention. Durch eine »Rückoperation« (vgl. Dirie, 2005) etwa kann Frauen mit infibulierten Genitalien durch Eröffnen der Infibulationsnarbe Erleichterung verschafft werden. Die Wiederherstellung des sexuellen Empfindens wird durch die Klitorisrestitution versprochen (Prolongeau, 2011). Alle derartigen Eingriffe sowie u. a. das erste Urinieren danach bergen durch die Assoziation mit der FGM die Gefahr weiterer (Re-)Traumatisierungen, sodass diese Phase als dritter geschlossener Traumenkomplex die dritte Schlüsselkategorie charakterisiert. Vor allem das zweite Betrugstrauma, das Gefühl, durch die FGM um die eigene Weiblichkeit, einen vollständigen Körper und die eigene Sexualität betrogen worden zu sein, motiviert betroffene Frauen, sich einer solchen Operation auszusetzen. In einer Langzeitstudie zur Klitorisrestitution mit 2938 Frauen untersuchten Andro, Cuzin und Foldès (2012) deren sofortige und langfristige Ergebnisse. Die meisten Patientinnen berichteten »an improvement, or at least no wor-

sening, in pain (821 of 840 patients) and clitoral pleasure (815 of 834 patients). At 1 year, 430 (51 %) of 841 women experienced orgasms.« Von der Operation hatten sich die Frauen neben der Reduktion von Schmerzen (29 %) und der Wiedergewinnung der Identität (99 %) vor allem ein verbessertes Sexualleben (81 %) erwartet. Die Klitorisrestitution wird somit für diejenigen, bei denen sich keine sexuelle Empfindungsfähigkeit bzw. Orgasmusfähigkeit einstellt, zu einer großen Enttäuschung.

Dies kann zu dem Gefühl führen, erneut um etwas betrogen worden zu sein, d. h. zu einer weiteren Traumatisierung durch enttäuschte Erwartungen, welche das *dritte Betrugstrauma* definiert.

Ansätze zur psychologischen Intervention respektive psychologisch-psychotherapeutischen Traumatherapie

Die Belege sprechen dafür, dass Dissoziation – mit Flashbackepisoden und Amnesie als zentraler Symptomatik – bei FGM-Betroffenen sowohl häufige Trauma-Reaktion als auch charakteristisches Symptom der Traumafolgestörungen ist. Dies entspricht sowohl der Erkenntnis Heinerths (2004, S. 162–163), dass die aktivierte, aber erfolglose Trauma-Reaktion zur Entwicklung einer spezifischen Phänomenologie der Belastungsstörungen (nach ICD-10) führt, als auch der Levines (1998, S. 151), wonach die Traumasymptome sich durch die ursprüngliche Reaktion des Organismus auf Gefahr selbst perpetuieren. Infolge von FGM zeigen sie sich vorwiegend als chronifizierte dissoziative Störungen: Neben Depersonalisierungsstörungen sind somatoforme Dissoziationen wie

»somatic storage of traumatic memories« und »state-dependent somatic dissociative reactions (Howell, 2005, S. 140)« häufig – ein Auslöser hierfür sind Entbindungen – und werden von Depressionen (Kizilhan, 2011) bis hin zur Suizidalität (vgl. Korn, 2004, S. 242; Dirie, 2007, S. 104) begleitet. Das Moment der Selbsttäuschung zeigt sich direkt nur bei der akuten Belastungsreaktion im Sinne von z. B. Betäubung (Heinerth, 2004, S. 163; vgl. Dirie, 2001, S. 72 u. 73); und über die anderen Syndrome in der Selbsttäuschung über das Ausmaß der Kränkung, sodass kein Zusammenhang mehr gesehen wird zwischen der Symptomatik und den traumatisierenden Erlebnissen; zuweilen kann auch die PTBS erst nach einer Latenzzeit wieder virulent werden (Heinerth, 2004, S. 163). Diese Trauma-Latenzphase (Fischer & Nathan, 2002, S. 6) entspricht der »Periode relativer Normalität«, die oft mit dem Einsetzen der ersten Menstruation in einer Depression endet (Lightfoot-Klein, 1992, S. 81). Psychische Probleme treten in Krisenzeitpunkten wie Menarche, Eheschließung und Entbindung (Lightfoot-Klein, 1992, S. 81) auf. So kann im postexpositorischen Zeitraum keine wirkliche Erholung und Heilung eintreten, was dazu führt, dass die Persönlichkeit Gefahr läuft, durch zusätzliche äußere und/oder innere Belastungsfaktoren wie den Wegfall bisheriger protektiver Faktoren, z. B. durch die Migration, und durch Retraumatisierungen zu »dekompensieren« (Fischer & Nathan, 2002, S. 7).

Aus dem Prozessmodell wurden Überlegungen zur Traumatherapie unter Adaption afrikanischer psychotherapeutischer Verfahren abge-

leitet, die der Komplexität der Traumatisierungen gerecht werden. Da zum Einbezug traditioneller Heilverfahren geeignet, bietet sich für die Heilung des Schocktraumas besonders die Methode des »Somatischen Erlebens« nach Levine (1998) an. Ergänzt werden sollte dieser nicht konfrontative Ansatz durch die Auseinandersetzung mit dem Bindungstrauma auf Basis der ebenfalls betont nicht-konfrontativen, auf die Stabilisierung ausgerichteten, modifizierten psychoanalytischen Konzepte nach Reddemann (»Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT)«, 2003). Zur Integration der Trauma-Erfahrung in die Biographie muss sich die Betroffene mit der Trauer über den Verlust eines als gesichert geglaubten Weltbildes sowie v. a. von Teilen ihres Körpers auseinandersetzen, deren Bedeutung und Funktion sie vielleicht erst zu diesem Zeitpunkt versteht, um am Ende ein neues Selbstverständnis aufzubauen. Sie muss eine Identitätsfindung als eine von FGM betroffene Frau in einem Land, in welchem FGM nicht praktiziert wird, bewältigen. Dazu muss es ihr gelingen, Gefühle von Minderwertigkeit zu überwinden, sich (wieder) als vollwertige Frau zu akzeptieren und durch die Entwicklung eines Frauenbildes »zwischen den Kulturen« ein entsprechendes Selbstbewusstsein aufzubauen.

Diskussion

Verstümmelungen und schwere körperliche Verletzungen erhöhen das Risiko für Belastungsstörungen (Comer, 2001, S. 167). Dabei sind die Symptome umso gravierender, je stärker peritraumatisch dissoziiert wurde (Weinberg, 2005, S. 33), und

wohl am stärksten, wenn es zu Erfahrungen von Losgelöstheit kam, welche wiederum umso wahrscheinlicher auftreten, je emotional unerträglicher die Erfahrung war. Die während der Prozedur erzwungene hilflose Immobilisierung verstärkt die traumatisierende Ohnmachtserfahrung und somit die Wahrscheinlichkeit peritraumatischer Dissoziation (Howell, 2005, S. 145). Durch das Verbot zu schreien wird den Mädchen eine peritraumatische Bewältigungsmöglichkeit verwehrt, welche durch Endorphinausschüttung hilft, die Wahrscheinlichkeit einer chronischen Belastungsreaktion zu vermindern (Heinerth, 2004, S. 166). Dies macht die Vulnerabilität für Belastungsstörungen infolge FGM deutlich.

Die Diagnosekriterien der klassischen PTBS versagen bei der Erfassung einer solch wechselhaften Abfolge von lang anhaltenden wiederholten Traumatisierungen, wie sie von FGM Betroffene alleine während des ersten Traumen-Komplexes erleben und die ausschließlich dann auftreten, wenn das Opfer sich unter unterwerfender Kontrolle des Täters befindet (Herman 1992) – hier in der Privatsphäre der familiären Beziehungen. Die von der Identifikation mit dem Aggressor, von Wiederholungszwang und Dissoziation gekennzeichnete Psychodynamik lenkt den Blick gleichfalls auf die von Sachsse (2004) als posttraumatische, dissoziative Persönlichkeitsorganisation charakterisierte »komplexe PTBS« (Herrmann, 1992).

Bei der Traumatisierung der von FGM betroffenen Migrantinnen handelt es sich somit um eine spezifische, die ihrer Art nach mit anderen nicht vergleichbar ist: FGM ist eine frau-

enspezifische Gewalterfahrung, die zu einem Verlust von Körperteilen, also zu einer bleibenden Schädigung führt und von Bindungspersonen ausgeübt oder initiiert wird, aber vor ihrem kulturellen Hintergrund einen »Sinn« ergibt. Migration und die mit ihr einhergehenden Bewusstwerdungsprozesse sowie der daraus potenziell resultierende Wunsch nach chirurgischer Rekonstruktion der Genitalien stellen nicht nur besondere Anforderungen an die Betroffenen, sondern ebenfalls an die psychologische Intervention und können nicht allein durch interkulturelle Kompetenz aufgefangen werden. Die spezielle Situation, in der sich die Betroffenen durch die Migration befinden, wird kaum berücksichtigt, vielmehr wird eine psychologische Intervention über die Vergleiche von FGM mit Vergewaltigung oder Folter gefordert, was letztlich zu kurz greift: Für diese Trauma-Ereignisse steht ein spezielles Expertenwissen zur Verfügung. Von FGM betroffene Migrantinnen bedürfen einer Beratung, Unterstützung und evtl. Therapie, welche auf ihre Bedürfnisse spezialisiert ist, die sich aus den vielfachen sequentiellen, additiven und kumulativen (Re-)Traumatisierungen ergeben und durch ihr Verwobensein in den gesellschaftlichen Kontext und die spätere Entbettung einzigartig sind. Alleine der Minderheitenstatus in einem Land, in dem FGM nur von einem geringen Teil der nativen Bevölkerung praktiziert wird, kann als Grund für das Auftreten psychiatrischer Störungen sowie als Risikofaktor für das Auftreten einer PTBS angenommen werden (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; vgl. Kizilhan, 2011; vgl. Behrendt & Moritz, 2005). Dies bestärkt

die Annahme, dass sich durch eine kulturelle Entbettung im Zuge der Migration die Wahrnehmung und Bedeutung der FGM für die Betroffene womöglich verändert und sich somit durch den Wegfall des protektiven Faktors der kulturellen und sozialen Sinnhaftigkeit auch die psychischen Probleme manifestieren oder verschärfen, wobei sich zusätzliche ergeben können.

Die Erfahrungen der durch FGM traumatisierten Migrantinnen zweiter Generation bzw. der Töchter aus binationalen Ehen sowie der sich anschließende Bewusstwerdungsprozess gleichen denen ihrer Mütter in vielerlei Hinsicht, unterscheiden sich allerdings in zentralen Aspekten. Um der psychischen Belastung dieser Klientel umfassend gerecht zu werden, wird ein angepasstes Modell benötigt. Dies ist Gegenstand weiterer Forschung.

Die Terminologie-Hypothese, nach der die von der Frau selbst verwendete Begrifflichkeit ein Indikator für den Stand ihrer Bewusstwerdung respektive ihrer inneren Auseinandersetzung ist, scheint auf der individuellen Ebene stimmig: In den Aussagen der Frauen, die ihre physische und psychische Verletzung äußern, findet sich sehr häufig ein Wechseln zwischen Beschneidung und (Genital-)Verstümmelung oder der sehr klar geäußerte Begriff »Verstümmelung«/»Genitalverstümmelung«. Dahingegen sprechen diejenigen, die keinerlei Verletzung im Zusammenhang mit der FGM *wahrnehmen* können, fast ausnahmslos von »Beschneidung«.

Daher wird eine gewisse Kontextabhängigkeit der Terminologie in der Beratung und Therapie eingeräumt – unter Berücksichtigung der Phase, in welcher sich die Frau im

Sinne des Prozessmodells befindet, bzw. ihrer persönlichen Entwicklung und mit Rücksicht auf ihre psychische Belastung und daraus folgend auf ihre Belastbarkeit.

Die Auswirkungen der Traumatisierung, also die primäre und sekundäre Identifikation mit dem Aggressor sowie die Vermeidung der Aktivierung traumatischer Bindungserfahrungen und der Einfluss der »culturally engraved dissociative patterns« tragen wesentlich zur transgenerationalen Traumatisierung bei und müssen nicht nur in der Therapie, sondern auch in der Prävention dringend Berücksichtigung finden. Die Auseinandersetzung mit der erlittenen FGM erfordert ein immenses Ausmaß an Mut und Kraft und macht eine Frau, die ihre Tochter FGM unterzog, nicht nur *zum Opfer ihrer Mutter, sondern auch zur Täterin an ihrer Tochter*. Das Weitergeben des Traumas unter Berufung auf die Tradition bewahrt sie damit vor unerträglichen Erkenntnissen und schützt darüber hinaus zwei Beziehungen: Die zur eigenen Mutter und die zur eigenen Tochter und ist »zugleich ein Versuch, sich selbst der eigenen Intaktheit zu versichern« (Lightfoot-Klein, 1992, S. 207).

Aufgrund der drastischen Konsequenzen für das Leben der Betroffenen sowie aufgrund der Prävalenz der Praktik in Europa und Deutschland ist es dringend notwendig, den psychologischen Bedarfen dieses Klientels mit mehr Aufmerksamkeit zu begegnen, so z. B. hinsichtlich der von Zerm (2007, S. 27) empfohlenen längeren psychologischen Unterstützung in der postpartalen Betreuung.

Die sehr wünschenswerten Empfehlungen, welche die Bundesärzte-

kammer auf dem 105. Deutschen Ärztetag (2002, S. 70) zur Benennung eines ICD-Schlüssels in Anlehnung an die WHO und den europäischen FIGO-Schlüssel sowie zur Schaffung von EBM-Abrechnungsziffern aussprach, beziehen sich allerdings alleine auf eine medizinische Klassifikation, welche keine psychologische Diagnose einschließt. Hieran zeigt sich die Unzulänglichkeit von ICD (wie übrigens auch DSM) zur Abbildung von spezifischen Traumafolgestörungen.

Notwendig bleibt die adäquatere Gestaltung von Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen, welche die Integration des Themas FGM in sozialwissenschaftliche Studiengänge, aber vor allem in das Psychologiestudium sowie in therapeutische Weiterbildungsmaßnahmen voraussetzt.

Die »Suche nach psychotherapeutischer, psychiatrischer [...] Hilfe«, kann für Menschen mit Migrationshintergrund, deren Leben von »wiederkehrenden Erfahrungen von Ausgrenzung und Diskriminierung geprägt ist«, »ermüdend, ernüchternd oder aber auch wieder gewaltvoll und damit bedrohend oder retraumatisierend sein« (Bolla-Bong 2012, S. 286).

Für die von FGM betroffenen Frauen und Mädchen mit Migrationshintergrund trifft diese Tatsache in besonderer Weise zu. Trotz des oft vorhandenen Wunsches nach Offenbarung (Dirie 2005, S. 18–20) stellt für diese Frauen das direkte Ansprechen ihrer Probleme aufgrund tiefer Scham (vgl. Dirie, 2001, S. 224; Abdi, 2005, S. 348) und der Befürchtung, Schande über sich und die Familie zu bringen (vgl. Korn, 2004, S. 235 u. S. 249; Dorkenoo, 1994, S. 24), eine

kaum zu überwindende Hürde dar. Doch vor allem aufgrund ihrer komplexen Traumatisierung sowie der für einen Tabubruch angedrohten Folgen (vgl. Sidibe, 2003, S. 111) ist ihnen das gezielte Suchen nach Hilfe kaum möglich – das Schweigegebot als elementarer Wirkfaktor der Traumatisierung spielt hier eine zentrale Rolle.

Abschließend gilt es die schon im Editorial des Themenheftes »Migration und Trauma« von Feldmann (2012, S. 273) konstatierte »dringende Notwendigkeit der weiteren Entwicklung transkultureller Konzepte für die kultursensible medizinische, psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung« von Menschen mit Migrationshintergrund auch für FGM-traumatisierte Migranantinnen zu betonen.

Genital Mutilation in Women – A process model of traumatization with special reference to migrancy

Summary

With specific reference to migrancy and on the basis of (1) interviews with female African migrants, (2) expert surveys and (3) other forms of exploratory data collection, the article draws upon Grounded Theory to develop a three-phase model of traumatization caused by genital mutilation in women. The model also indicates that the mechanisms of transgenerational trauma transmission are closely bound up with the pathogenisation of this specific kind of trauma through the disclosure ban. Against the theoretical background of psychoanalytic psychodynamics, attachment theory and betrayal trauma theory, the article proposes a system of categories covering both the factors involved in traumatic impact and the repercussions of traumatization. It seems

probable that these categories and the characteristics they reveal will be of relevance for applications not previously provided for in clinical practice.

These unique trauma experiences make it legitimate to assume a specific PTSD phenomenology strongly marked by dissociative disorders. This condition requires an equally specific form of psychological care, counselling and therapy based on cross-cultural competence.

Keywords

female genital mutilation, betrayal trauma, transgenerational trauma transmission, migration, PTSD

Zur Person



Dorin Katharina Strenge, geb. 1978, erhielt ihr Psychologie-Diplom 2008 an der Universität Oldenburg, wo sie nach beruflichen Tätigkeiten in der Rehabilitationspsychologie und Jugendhilfe u. a. zu FGM lehrt und ihre Promotion vorbereitet.

Kontaktadresse

*Dorin Katharina Strenge
Carl von Ossietzky Universität
Oldenburg
Postfach 2503
26111 Oldenburg
dorin.katharina.strenge@
uni-oldenburg.de*

Literatur

- Abdi, N. (2005). Tränen im Sand. Bergisch Gladbach: Bastei Lübbe.
- Andro, A., Cuzin, B. & Foldès, P. (2012). Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *The Lancet*, 380 (9837), 134–141.
- Bauer, C. & Hulverscheidt, M. (2003). Gesundheitliche Folgen der weiblichen Genitalverstümmelung. In *Terre des Femmes* (Hrsg.), Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung (2. vollständig überarbeitete Neuauflage, S. 65–81). Frankfurt: Mabuse.
- Beleites, E., Bühren, A., Goesmann, C., Kentenich, H. & Neises, M. / Bundesärztekammer (2005). Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation). Zugriff am 21.10.2012 unter <http://www.bundes-aerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3207>
- Behrendt, A. & Moritz, S. (2005). Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems after Female Genital Mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1000–1002.
- Bolla-Bong, N. N. (2012). Traumatisierung, Entmächtigung und Selbst-Ermächtigung im Kontext von Rassismus. Ein Essay. *Trauma und Gewalt*, 6 (4), 276–277.
- Brisch, K. H. (2003). Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (S. 105–124). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beschlussprotokoll des 105. Deutschen Ärztetages vom 28. – 31. Mai 2002 in Rostock: Zu Punkt VI der Tagesordnung: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 8. Diagnose- und Therapieschlüssel für ‚genitale Verstümmelung‘ schaffen. Zugriff am 21.10.2012 unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.2450.2536.2575.2583>
- Comer, R. J. (2001). *Klinische Psychologie* (2. Auflage). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Deutscher Bundestag (1997). Drucksache 13/8281 vom 23.07.1997; Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Regina Schmidt-Zadel, Brigitte Adler, Gabriele Fograscher, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD – Drucksache 13/6937 – Beschneidung von Mädchen und Frauen – Menschenrechtsverletzungen in Entwicklungsländern und Industrieländern. Zugriff am 21.10.2012 unter <http://dip.bundestag.de/btd/13/082/1308281.pdf>
- Dirie, W. (2001). *Wüstenblume*. München: Schneekloth.
- Dirie, W. (2005). *Schmerzskinder*. Berlin: Ullstein.
- Dirie, W. (2007). *Brief an meine Mutter*. Berlin: Ullstein.
- Dorkenoo, E. (1994). *Cutting the Rose. Female Genital Mutilation: The Practice and its Prevention*. London: Minority Rights Publications.
- Eckart, W. U. (2012). Kommentar zum Zeitgeschehen. Beschneidungsdiskurse und Fremdenfeindlichkeit. *Trauma und Gewalt*, 6 (4), 276–277.
- Europäisches Parlament (2002). *European Parliament resolution on female genital mutilation (2001/2035(INI))*. Official Journal of the European Communities, C 77 E/126 – C 77 E/133.
- Feldmann, R. E. (2012). Editorial. *Trauma und Gewalt*, 6 (4), 273.
- Ferenczi, S. (1964). *Bausteine zur Psychoanalyse*. Band III: Arbeiten aus den Jahren 1908–1933. Bern: Huber.
- Flick, U. (1995). *Qualitative Sozialforschung*. Eine Einführung (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Fischer, G. & Nathan, R. (2002). Diagnose der Psychodynamik bei Störungsbildern mit psychotraumatischer Ätiologie. *Leitlinien und Fallbeispiele*. *Psychotraumatologie*, 3 (28), DOI:10.1055/s-2002-10179.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (3. aktualisierte und erweiterte Auflage). München: Reinhardt.
- Freyd, J. J. (1994). *Betrayal Trauma: Traumatic Amnesia as an Adaptive Response to Childhood Abuse*. *Ethics & Behavior*, 4 (4), 307–329.
- Freyd, J. J. (2005). *What is Shareability?* Zugriff am 21.10.2012 unter <http://dynamic.uoregon.edu/~jjf/defineshareability.html>
- Freyd, J. J. (2008). *Betrayal trauma*. In G. Reyes, J. D. Elhai & J. D. Ford (Hrsg.), *Encyclopedia of Psychological Trauma*. New York: John Wiley & Sons.
- Gangl, H. (1997). *Das blutige Ritual – Beschneidung von Mädchen*. Fernsehmitschnitt: ZDF, ML Mona Lisa, Bericht: Petra Gerster, 05.10.1997, 42 Minuten. Deutschland: Produktion Bavaria Studios, ZDF.
- Glaser, B. G. & Strauß, A. L. (2005). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung* (2. korrigierte Auflage). Bern: Huber.
- Heinerth, K. (2004). *Von der Akuten zur Posttraumatischen Belastungsstörung. Eine stresstheoretische Begründung zur klientenzentrierten Intervention*. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 35 (4), S. 155–169.
- Hermann, C. (2000). »Wir wollten nur das Beste« (Oureye Sall). In C. Hermann (Hrsg.), *Das Recht auf Weiblichkeit. Hoffnung im Kampf gegen die Genitalverstümmelung* (S. 75–90). Bonn: Dietz.
- Hirsch, M. (1997). *Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt* (4. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hirsi Ali, A. (2005). *Ich klage an. Plädoyer für die Befreiung der muslimischen Frauen*. München: Piper.
- Howell, E. (2005). *The Dissociative Mind*. Hillsdale, New Yersey: The Analytic Press.
- Hüther, G. (2003). *Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung. Das allgemeine Entwicklungsprinzip*. In K. H. Brisch & T. H. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (S. 94–104). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hussein, A. (2000). *Ich war doch noch ein Kind*. In C. Hermann. (Hrsg.), *Das Recht auf Weiblichkeit. Hoffnung im Kampf gegen die Genitalverstümmelung*. (S. 33–47). Bonn: Dietz.
- Kentenich, H. & Utz-Billing, I. (2006). *Weibliche Genitalverstümmelung: Lebenslanges Leiden*. *Deutsches Ärzteblatt*, 103, (13), 842–845.

TRAUMATISIERUNG DURCH WEIBLICHE GENITALVERSTÜMMELUNG

- Khady (2006). Die Tränen der Töchter. Eine afrikanische Frau bricht ihr Schweigen. Augsburg: Weltbild.
- Kizilhan, J. I. (2011). Impact of psychological disorders after female genital mutilation among Kurdish girls in Northern Iraq. *European Journal of Psychiatry*, 25 (2), 92–100.
- Kessler, R.C., Sonnega A.; Bromet, E.; Hughes, M.; Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- Korn, F. (2004). Geboren im Großen Regen. Mein Leben zwischen Afrika und Deutschland (2. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Levine, P. A. (1989). Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Unsere Fähigkeit, traumatische Erfahrungen zu transformieren (2. Auflage). Essen: Synthesis.
- Lightfoot-Klein, H. (1992). Das grausame Ritual. Sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Lightfoot-Klein, H. (2003). Der Beschneidungsskandal. Berlin: Orlanda Frauenverlag.
- Longinotto, K. (2004). Der Tag, den ich nie vergessen werde. Fernsehmitschnitt: NDR, 26.09.2004, 90 Minuten. Großbritannien: Channel Four Television Corporation, 2002; Deutsche Bearbeitung: Studio Hamburg Synchron, NDR.
- Österreichisches Institut für Kinderrechte & Elternbildung. (Hrsg.) (2006). Studie im Auftrag der Österreichischen Plattform gegen weibliche Genitalverstümmelung (stopFGM.net) und dem Wiener Programm für Frauengesundheit. Weibliche Genitalverstümmelung: Was weiß die Medizin? Zugriff am 21.10.2012 unter <http://www.kinderrechte-institut.at/Media/Dateien/IKEB-Dateien/Studien-Institut/Studie-FGM-Feber-06>
- Prolongeau, H. (2011). Undoing FGM: Pierre Foldes, The Surgeon Who Restores the Clitoris. Frankfurt a. M.: UnCUT/VOICES.
- Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren (2. Auflage). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2003). Psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT). In ZPPM, 1 (2), 1–8. Kröning: Roland Asanger Verlag.
- Sachsse, U. (2004). Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Schlechter, D. S. (2003). Gewaltbedingte Traumata in der Generationenfolge. Bericht über eine laufende klinische Studie mit Müttern und Kleinkindern. In K. H. Brisch & T. H. Hellbrügge (Hrsg.), Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern (S. 224–256). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schnüll, P. (2003). Weibliche Genitalverstümmelung in Afrika. In Terre des Femmes (Hrsg.), Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung (2. vollständig überarbeitete Neuauflage, S. 23–64). Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Sidibe, B. J. (2003). Meine Erfahrung mit Genitalverstümmelung. In Terre des Femmes (Hrsg.), Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung (2. vollständig überarbeitete Neuauflage, S. 109–112). Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Sivers, H.; Schooler, J. & Freyd, J. J. (2002). Recovered memories. In V.S. Ramachandran (Hrsg.), Encyclopedia of the Human Brain (Vol. 4, pp.169–184). San Diego, CA: Academic Press.
- Strenge, D. K. (2008). Wirkfaktoren der Traumatisierung durch Genitalverstümmelung. Ein integrales Prozessmodell unter Einbeziehung der Migration auf der Grundlage von Gesprächen mit afrikanischen Migrantinnen sowie weiteren explorativen Datenerhebungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Terre des Femmes (2011). Mindestanzahl der in Deutschland lebenden FGM-Betroffenen und Gefährdeten 2011. Zugriff am 21.10.2012 unter <http://frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/gesetzesinitiative/statistik-fgm-2011.pdf>
- Toubia, N. (1994). Female Circumcision as a Public Health Issue. *New England Journal of Medicine*, 331 (1), 712–716.
- United Nations, General Assembly (2012). Sixty-seventh session, Third Committee, Agenda item 28 (a), Advancement of women »Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilations«. A/C.3/67/L.21/Rev.1
- Weinberg, D. (2005). Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- World Health Organization WHO (1997). Female Genital mutilation – A joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. Zugriff am 21.10.2012 unter http://www.childinfo.org/files/fgmc_WHOUNICEFJointdeclaration1997.pdf
- World Health Organization WHO (2000). Fact sheet No 241: Female Genital Mutilation. June 2000. Zugriff am 21.10.2012 unter <https://apps.who.int/inf-fs/en/fact241.html>
- World Health Organization WHO (2011). An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM). Progress report. WHO reference number: WHO/RHR/11.18. Zugriff am 21.10.2012 unter http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.18_eng.pdf
- Zerm, C. (2007). Weibliche Genitale Beschneidung – zum Umgang mit Betroffenen und Prävention: Deutsche Empfehlungen für Angehörige des Gesundheitswesens und alle weiteren potenziell involvierten Berufsgruppen. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (AG FIDE) e. V., Sektion der DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) & Mitgliedsorganisationen der INTEGRA sowie vom Hammer Forum; Verein TABU; Bund Deutscher Hebammen & Medical Womens's International Association, MWIA (Weltärztinnenbund). Zugriff am 21.10.2012 unter <http://frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/EmpfehlungenFGM-2007.pdf>