

2. „Frauensmerz ist es“

Dahabo Elmi Muse

2.1 Gedicht aus Somalia *Dahabo Elmi Muse*

Eine Gedicht der somalischen Dichterin Dahabo Elmi Muse. Sie hat dafür den ersten Preis am Dichterinnen-Wettstreit anlässlich des Internationalen Seminars über Frauenbeschneidung vom 13. bis 16. Juni 1988 in Mogadishu erhalten. Aus Beck-Karrer, Charlotte. Löwinnen sind sie. Gespräche mit somalischen Frauen und Männern über Frauenbeschneidung. EFeF-Verlag Bern 1996, S. 63-64.

Pharao¹, von Gott verflucht,
 Hörte nicht auf Moses' Predigt,
 Wich ab von der Thora,
 Die Hölle sein Lohn!
 Ertrinken sein Los!
 Ihre Beschneidung
 Schlächterei, Ausbluten, Aderlass!
 Schneiden, Nähen, Schneidern von Fleisch!
 Untat, nie vom Propheten erwähnt,
 Kein anerkanntes Hadith!
 Nicht zu finden bei Abu Hureya,
 Von keinem Muslim gepredigt,
 Früher und heute nicht im Koran!
 Und wenn ich dachte an meine Hochzeitsnacht
 In Erwartung von Zärtlichkeiten,
 Küssen, süß, Umarmung und Liebe —
 Nichts, nie!
 Mich erwarteten Schmerz, Leiden, Traurigkeit.
 Da liege ich in meinem Brautbett, stöhnend,
 Eingerollt wie ein verwundetes Tier im Schmerz der Frau.
 Am Morgen erwartet mich Spott.
 Meine Mutter verkündet:
 Ja - sie ist Jungfrau.
 Wenn mich Angst überkommt,
 Wenn mich Zorn packt,
 Wenn mich Hass begleitet,
 Kommt Zuspruch von Frauen. Frauenschmerz ist es
 Und vergeht, wie Frauensache, jede, vergeht!
 Die Reise geht weiter, der Kampf,
 Wie moderne Geschichtsschreiber es nennen!
 Mein Bauch wird zum Ball,
 Ein Schimmer von Glück, von Hoffnung
 Erscheint: ein Kind, ein Leben, neu!
 Ah, neues Leben gefährdet meines,
 Seine Geburt ist Tod, Zerstörung für mich!
 Das ist, was Grossmutter nannte
 Den dreifachen Schmerz der Frau.
 Erinnernd nenne ich Grossmutter's Wort:
 Beschneidung, Hochzeitsnacht, Geburt
 Eines Kindes — dreifacher Schmerz der Frau.

¹ Bezug auf den Ausdruck «pharaonische Beschneidung» für Infibulation.

Das Kind bricht hervor, ich schreie um Hilfe,
Gemartertes Fleisch zerreisst.
Ungerührt sagen sie: Press! Nur Frauenschmerz
Ist es, und Frauenschmerzen vergehen.
Sinnt dann der Mann, das gute Band zu brechen,
Beschliesst er Scheidung und Weggang,
Bleibt mir der Rückzug, verwundet.
Nun, hört mich, klage ich ein
Meine zerbrochenen Träume,
Mein Recht auf unversehrtes Leben,
Bei euch und allen Friedfertigen klage ich ein.
Schützt, helft, bietet Hand
Unschuldigen kleinen Mädchen, arglos,
Vertrauend, gehorsam den Eltern,
Grosseltern, Bekannten, lächelnd alle.
Führt sie ein ins Reich der Liebe
statt ins Schmerzensreich der Frau!

2.2 Ahmed *Hanny Lightfoot-Klein*

Erschienen in: Das grausame Ritual. Sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen. Frankfurt/Main: Fischer, 1993, S. 152-155.

Ahmed, ein 32 jähriger Tierarzt, ist der Halbbruder von Eclas, Sohn ihres Vaters aus einer späteren Ehe. Seine junge Frau, ein rehäugiges, blumengleiches Mädchen, verehrt ihn sichtlich. Wenn Ahmed und Eclas über ihren Vater sprechen, ist es, als sprächen sie von zwei vollkommen verschiedenen Männern. Ahmed, der so sanft und beschützend ist gegenüber den beiden Frauen, zittert vor Zorn, wenn er von ihm redet.

»Meine Mutter hatte zehn Kinder und mein Vater fünf Ehefrauen. Von zweien ließ er sich scheiden, weil sie steril waren. Insgesamt hatte er 25 Kinder. Meine Mutter war seine dritte Frau.

Ich habe immer eine relativ gute Chance im Leben gehabt, weil mein Vater Ingenieur war, damals ein sehr ungewöhnlicher Beruf, der sehr gut bezahlt wurde, jedenfalls nach sudanesischen Standards. Wir lebten gut und waren gut angezogen, wir hatten die Möglichkeit, eine Ausbildung zu bekommen. Unsere Lebensumstände waren sicherlich weit über dem Durchschnitt.

Ich war meinen Brüdern immer sehr nahe. Wir machten alles zusammen. Die Beziehung zu unserem Vater war hart. Väter sind hier traditionell sehr streng mit ihren Söhnen. Ich kann mich nicht erinnern, daß mein Vater mich jemals angelächelt hat. Er gab einfach nur Befehle, und ich mußte gehorchen. Ich habe mich sehr vor ihm gefürchtet. Noch heute fürchte ich mich vor ihm. Die meisten Menschen meiner Altersgruppe hier dürfen nicht einmal rauchen vor ihren Vätern. Das gilt noch, wenn sie schon 40 oder 50 Jahre alt sind. Inzwischen verändern sich die Dinge etwas, und ich behandle meine Kinder nicht auf diese Art und Weise. Ich werde ihnen alle Liebe geben, die ich ihnen nur geben kann.

Mein Vater hat mich häufig geschlagen, wegen allem und jedem, wegen des geringsten Fehlers. Es war einfach seine Art, die Art, wie er selbst großgeworden war. Damals waren die Dinge sehr rauh. Wir waren so viele Kinder.

Meine Mutter erhielt Aufträge von meinem Vater, und auch sie hatte sie auszuführen, genauso, wie er es wollte. Frauen haben hier gewöhnlich wenig zu sagen. Als mein Vater starb, hat sie uns allein großgezogen. Sie hat eine Menge Opfer gebracht für unsere Ausbildung. Tatsächlich weiß ich sehr wenig über meinen Vater. Er war so selten bei uns, er hatte so viele Ehefrauen. Ich war immer bei meiner Mutter. Sie arbeitete sehr hart, um das Haus in Ordnung zu halten. Sie war eine sehr sanfte Frau. Ich erinnere mich nicht, daß ich mich jemals vor ihr gefürchtet hätte. Meine erste sexuelle Erfahrung machte ich mit einer Prostituierten. Es ging sehr schnell, weil ich mich so fürchtete und wollte, daß es so schnell wie möglich vorüber war. Sie war eine Sudanessin, und natürlich war sie pharaonisch beschnitten. Zu diesem Zeitpunkt wußte ich noch nicht, daß es irgend etwas anderes als beschnittene Frauen geben könnte. Tatsächlich ist mir erst vor kurzem klargeworden, daß irgend etwas *Seltsames* an der weiblichen Beschneidung ist. Für mich war es immer eine normale Sache. Ich war damit großgeworden, und ich hatte es schon sehr viel früher gewußt, bevor ich über die >Tatsachen des Lebens< Bescheid wußte. Es war mir nicht klar, daß tatsächlich etwas damit nicht stimmt, bis ich an der Universität studierte und etwas über die Funktion dieser äußeren Genitalien, die entfernt werden, lernte, und wie das ganze Leben einer Frau durch ihre Entfernung beeinträchtigt wird. Dann begriff ich, wie schrecklich es für sie ist. Vorher hatte ich es einfach fraglos akzeptiert. Ich hatte keine Erfahrungen mit europäischen Frauen, als ich dort die Universität besuchte. Ich war viel zu sehr mit meinen

Studien beschäftigt. Aber ich war in sexuellen Angelegenheiten etwas erfahrener, als ich meine Frau heiratete. Die ersten Begegnungen waren für sie sehr schmerzhaft. Für lange Zeit konnten wir den Sex zusammen nicht genießen, weil es nur eine einseitige Sache war. Ich war es, der den Orgasmus bekam. Sie hatte nur Angst und Schmerzen. Ich hatte schon einige Erfahrungen gehabt und wußte, entweder würde ich die ganze Beziehung ruinieren oder mit Sanftmut und Geduld schließlich das Problem lösen. Ich liebte sie so sehr, und für eine lange Zeit, mehrere Monate lang, versuchten wir beide es ganz intensiv, es funktionieren zu lassen. Es war ein Alptraum. Selbstverständlich wollte ich Sex. Jedesmal, wenn ich mich ihr sexuell näherte, blutete sie. Die Wunde, die ich verursachte, war nie in der Lage zu heilen. Ich fühlte mich schrecklich schuldig. Die ganze Sache war so abnormal. Der Gedanke, daß ich jemanden verletzte, den ich so sehr liebte, bereitete mir großen Kummer. Ich fühlte mich wie ein Tier. Es ist eine Erfahrung, an die ich mich lieber nicht erinnern würde. Sie war so schrecklich für uns beide. Erst nachdem unser erstes Kind geboren wurde, konnte sie ohne Schmerzen sexuelle Begegnungen haben, und dann war sie in der Lage, zum ersten Mal den Sex zu genießen. Das Kind wurde in England geboren, und sie wurde nicht wieder zugenäht. Ich glaube nicht, daß ich zulassen würde, daß das ihr noch einmal angetan wird. Die Dinge sind sehr gut, wie sie jetzt sind, und wir beide haben gemeinsam beim Sex jetzt, wo niemand mehr leidet und Schmerzen hat, sehr viel Spaß.

Die meisten Männer, wenn sie untereinander reden, versuchen, den Eindruck zu erwecken, daß sie in der Lage waren, in der ersten Nacht ihre Frau zu penetrieren. Ich habe eine medizinische Ausbildung als Tierarzt, ich weiß, es ist eine Tatsache, daß dies einfach unmöglich ist. Du hast es zu tun mit schwerem Narbengewebe, das überwachsen ist, und du benutzt Fleisch, um sie zu penetrieren, und nicht Eisen. Du kannst eine Mauer nicht mit Fleisch penetrieren, und dies ist wie eine Mauer. Tatsächlich haben die meisten Männer Angst. Vielleicht nicht so viel wie die Frauen, weil die Frauen die meisten Schmerzen erleiden müssen, aber nichtsdesto weniger haben auch sie Angst. Ich habe zwei sehr gute Freunde, die Ärzte sind. Sie haben ihre Frauen örtlich betäubt und sie dann mit chirurgischen Scheren geöffnet. Dann gaben sie ihnen die Möglichkeit zu heilen, und das war's. Keine Probleme.

Andere Männer benutzen Rasierklingen oder Messer. Oder sie führen ihre Frau heimlich zur Hebamme und lassen die Hebamme sie aufschneiden. Ein Mann, der das nicht tut, holt sich eine Menge Abschürfungen. Beim einfachen Volk gibt es immer ein großes Fest am Tag, an dem das Mädchen zum ersten Mal penetriert wird. Das Paar wird zusammen in ein Zimmer gesperrt, und alle sitzen draußen, lachen und unterhalten sich, warten darauf, daß der Bräutigam seinen Job macht. Man kann hören, wie das Mädchen schreit und weint. Wenn der Mann schließlich herauskommt, muß er selbst sehr häufig ins Krankenhaus, zusammen mit seiner Frau. Er wird sich auch verletzt haben. Ein Freund von mir hat sich den ganzen Penis abgeschabt, weil er solch ein Dummkopf war. Die meisten Männer, die versuchen, am ersten Tag durchzukommen, betrinken sich vorher, damit sie nicht fühlen, was sie tun, weil sie genau wissen, daß sie etwas Falsches tun. Wenn sie betrunken sind, macht es ihnen nichts aus, wie sehr ihre Partnerinnen leiden.

Die meisten Männer wollen nicht, daß ihre Frauen nach der Niederkunft wieder zugenäht werden - zumindest nicht so eng, wie sie sie hier zunähen. Dieser Teil des Geschäfts ist im allgemeinen eine Angelegenheit der Mutter des Mädchens, jedenfalls meistens. So sind eben alle großgeworden. Sie glauben, daß es genau dies ist, was die Männer wollen, und es handelt sich hier nicht um ein Thema, über das Männer und Frauen jemals miteinander gesprochen hätten. Inzwischen diskutiert man es mehr und mehr. Ich kenne so viele Paare, bei denen die Frauen das haben machen lassen und die Männer ihnen gesagt haben, sie sollten zurückgehen zur *daya*, die das gemacht hat, und sich wieder teilweise öffnen lassen. Sie wollen es sich selbst leichter machen.«

2.3 FGM – a Threat to the Health of the African Woman and Girl Child

Anna M. Mathai

Der Beitrag wurde für den Materialband verfaßt.

Introduction

The health consequences of FGM can not be overemphasised. FGM is a practice which poses a real threat to the Health of the African Woman and girl child. Although some documentation and studies on the short-term and long-term physical health complications of the different types of FGM are available, there exists little documentation on the psychological and sexual complications. The mortality of girls and women has been estimated to be high in FGM practising communities, but there are no studies to indicate the actual prevalence of morbidity or mortality due to FGM.²

Physical effects of FGM

Although some complications of FGM may occur immediately after mutilation or during the healing period, some of the complications may occur several years later making it difficult for the victims to associate their suffering with the event.

The most severe consequence of FGM is death. In some rural areas of Africa deaths are not always reported, and due to the fear of prosecution, deaths resulting from FGM are deliberately not reported and records are not kept.

Five miserable looking women are huddled into the room by police officers.

They have been charged with causing the death of a girl, a 17 year old school girl.

One woman is the mother, the old woman with thick glasses is the grandmother, it was she who took the razor blade, the other three are neighbours, they had come to sing and rejoice.

They did not intend to kill her, the mother had loved her. She was the grandmother's favourite grandchild named for her. That is why she wanted to do what was best for her, turn her into a woman. They said she wanted it too.

She bled and bled, they tried to stop the bleeding but they didn't know how, and she couldn't stop bleeding.

They ran around in panic in the village trying to find someone with a car who could take her to the distant hospital, but there was nobody and she continued bleeding.

She bled until she couldn't bleed any more. She was dead.

The state wanted a psychiatric assessment. They were sane and of sound mind.

As they turned to leave the grandmother tried to open the window instead of the door. She was called back, her vision was tested. She had undergone cataract removal, even with the glasses she could only see shadows. She was almost blind.

I thought about the faceless girl whom I had never known after they were taken away.

She was probably strong, healthy. I thought of all the things she might have done, gone happily to school with her friends, played net-ball, laughed all the way to the river as she went with other girls to fetch water.

And she had died such a senseless death.³

Death may occur due to excessive haemorrhage at the time of the operation, or sometime later when the wound becomes infected.

² In some areas in the Sudan it has been estimated that one third of the girls undergoing FGM will die. Women's policy, Inc. (July 12, 1996): Female Genital Mutilation; Women's Health Equity Act of 1996.

³ Undocumented account from the author's experience at a rural psychiatric clinic in Kenya. The court requests a psychiatric assessment on all charges of murder.

Another leading cause of death is infection. Infection which results mainly due to the unhygienic conditions and the use of non sterile and crude tools, may not only be confined to the wound itself but may also spread to the uterus, fallopian tubes, the ovaries and the urinary tract system. Death is usually due to septicaemia. In some communities herbs, leaves, ashes, cow dung etc. may be used on the wound to promote healing and arrest bleeding, increasing the risk of infection and posing the threat of tetanus which is usually fatal.

Among the immediate health consequences of FGM is the effects on the urinary tract system. Urinary retention may occur as a result of direct damage to the urethra during the operation, due to the inflammation and swelling of the wound and surrounding tissues, or as a result of the fear of passing urine after the operation. Most personal accounts of women who have been mutilated report, the agony and burning pain associated with passing urine.⁴ Urinary retention extending to several days could lead to bladder extension sometimes requiring medical intervention and catheterisation.

In a rural district hospital in Kenya where FGM though not common is practised on children between ages 2 and 4, a number of children were attended to due to haemorrhage, and acute urinary retention requiring catheterisation.

Little girls of two in shock, exhausted children who have cried until they can't cry any more. Trying to stop the bleeding from a severed clitoral artery, looking for veins which have collapsed, Waiting for blood to transfuse and not knowing whether there was any. And all the time afraid of loosing.

How could they do this? in the beginning I cried, shouted and screamed threats that didn't make sense. And I often felt helpless and impotent.

And then I realised shouting and threatening was not the answer.⁵

Severe immediate or recurrent bleeding could lead to anaemia a situation compounded by the fact that in rural Africa, a lot of children and women already suffer from anaemia as a result of malnutrition, malaria and other parasites.

The health complications of FGM do not end with the healing of the wound. Women especially those subjected to the more severe forms of FGM are likely to suffer from complications requiring medical attention for the rest of their lives.⁶

As a child when they talked about FGM they told us about a quick short sharp pain, but they never talked about the pain after or a possible life time of suffering. They lied about the pain after, but maybe they didn't know about the other.

Damage to the urethra during the operation can lead to healing with scar tissue and the narrowing of the urethral opening leading to difficulties in passing urine. This is even more pronounced in the case of Type III FGM (clitoridectomy with infibulation). Damage to the urethra, the deflection of the flow of urine and the retention of urine behind the infibulation makes infibulated women particularly susceptible to recurrent urinary tract infections.

The woman was in her late fifties, she was treated for acute urinary retention. She had undergone type II FGM as a girl. Over the years scar tissue had developed around the urethral opening. After years of silent suffering she could not pass urine any more.⁷

Although one of the reasons given in support of FGM in certain communities is the promotion of fertility, it is interesting to note that recurrent infections of the reproductive system after FGM can lead to the occlusion of the fallopian tubes and subsequently to infertility.

⁴ See Waris Dirie's personal account, of her own mutilation: Desert Flower, 1998, 40-61, and the reports of several Sudanese women: Lightfoot-Klein: Das grausame Ritual, 1992.

⁵ Authors own account based on experience at a rural general hospital in Kenya

⁶ WHO - Female Genital Mutilation facts sheets: World Health Organisation, August 1996.

⁷ Undocumented account from authors experience at a rural district general hospital in Kenya.

Other long term effects include, stones in the bladder and urethra, dermoid cysts of various sizes due to the inclusion of skin tissue during healing, keloids and abscesses.

After infibulation the pinhead hole left is often inadequate for the free flow of menstrual blood. Most personal accounts of infibulated women report prolonged menstruation accompanied with agonising dysmenorrhoea, as the menstrual blood drop by drop squeezes itself out.⁸ Sometimes clots of blood may accumulate behind the infibulation flap leading to an offensive smell and a predisposition to infection.

Hanny Lightfoot-Klein in her book; *Prisoners of Ritual* describes her failed attempt to spend the night in a Sudanese Honeymoon hotel.⁹ The agony and prolonged ordeal of the first sexual intercourse has been reported in several personal accounts of infibulated women.

After infibulation first sexual intercourse can only take place after gradual and painful dilatation of the opening left, a process that can last for weeks or longer depending on the size of the hole left and the extent of scar tissue formation.

In some cases, cutting is necessary before intercourse can take place. In one study carried out in the Sudan, 15% of women interviewed reported that cutting was necessary before penetration.¹⁰ Sometimes the husbands may do the cutting themselves, using whatever instrument is at hand, or they may result to the services of traditional midwives, or medical personnel. The use of outside help is not considered favourably in certain communities, and could lead to lose of face for the man. There are anecdotal reports of men who in frustration result to anal sex.

Forced penetration during intercourse and the cutting and re-cutting, present not only what can be regarded as endless agony, but additional and renewed health complications for the women. There is the danger of renewed bleeding, renewed infections to and damage to the urinary tract system and the reproductive system. It also increases the risk of HIV transmission during intercourse.

Women who have undergone FGM are at risk of prolonged labour and complications during childbirth.¹¹ The severity of the problem is related to the degree of scar tissue formation being at its worst with women who have undergone the more severe Type III FGM.

It has been postulated that, because scar tissue does not stretch adequately the women are prone to prolonged second stage of labour. There is a high risk of perineal tears and lacerations, sometimes with excessive bleeding. Defibulation is often necessary to allow the passage of the baby. In the absence of trained or experienced persons obstructed labour is hazardous and the outcome could be fatal for both mother and baby. It has been claimed that FGM doubles the rate of maternal mortality,¹² however this claim has not been substantiated by any published studies.

Another possible complication of obstructed labour is the development of fistulae. Vesico-vaginal fistulae and recto-vaginal fistulae have been reported as complications of infibulation. Due to prolonged pressure of the baby's head on the vaginal wall, the wall between the vagina and the bladder or rectum breaks down, leading to uncontrolled leakage of urine or faeces through the vagina.

Over the years several young women from the Somali tribe in Kenya have been admitted for repair of Vesico-vaginal fistulae at the national referral hospital in Nairobi. These were all women who had undergone FGM with infibulation. The women who came from the more remoter parts of northern Kenya, had gone through obstructed labour sometimes lasting over

⁸ See Waris Dirie, on personal experience with menstruation after FGM: *Desert Flower*, 1998,40-61, and the reports of Sudanese women interviewed by Lightfoot-Klein: *Das grausame Ritual*, 1992.

⁹ Lightfoot-Klein: *Das grausame Ritual*, 1992, 121-131

¹⁰ Lightfoot-Klein: The sexual experience and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated females in the Sudan. *The journal of sex research*, 1989, 26: 375-392.

¹¹ DeSilva: Obstetric sequelae of female circumcision. *European journal of obstetrics, gynaecology and reproductive biology*, 1989, 32: 233-240.

¹² Female genital mutilation; an overview: World Health Organisation, 1998

several days in situations where no medical assistance was available. Often in such cases when the women survive the babies do not.

It is perhaps important here to point out that other factors like, poorly developed pelvis and the early marriage and subsequent adolescence pregnancies have also been incriminated in the frequency of fistulae among Somali women.

The continues leakage of urine and faeces is a highly distressing condition which may plague the woman for the rest of her life. In a continent where most rural women have no access to modern health facilities. The affected women often become social outcasts and are often rejected by their husbands.

It is a paradox that FGM which was guaranteed to ensure the woman of a husband and a stable place in the society turns her into a social reject.

Fistulae have also been reported after forced penetration during intercourse or after interference with instruments in an attempt to enlarge an infibulated vaginal opening.

Sometimes infibulated women are reinfibulated after every delivery to ensure that the vaginal opening remains tight. It does not seem clear whether this is done because it is what the majority of husbands of infibulated women want or whether it is what the women think their husbands want.¹³

Psychological effects of FGM

Psychological effects of FGM are not well documented and it is hard to asses the prevalence of such effects. However case studies and personal reports of women's experience, seem to indicate that FGM poses a real threat to the psychological health of Women and girls.

In societies where FGM is practised, to discuss the rituals or to tell the children exactly what will happen to them is considered taboo. As a child growing up in a community where FGM was practised, I remember how we the children preoccupied ourselves with trying to find out what would happen as we watched the older girls return from ceremonies which we could not attend or discuss with anybody who knew. I remember living in a kind of suspended anxiety, not knowing whether this mysterious painful thing would happen to me until a time came when it became clear that my parents had chosen another way. This anxiety of the unknown shared with other girls was mixed with feelings of awe, and the desire to belong to the privileged group of girls who were no longer considered children. They got new clothes, were respected by other adults even teachers, and they did not want to play with us any more but pushed us away and referred to us with derogatory terms. A lot of the children could hardly wait to enter this group and went to there parents demanding that they to be excised.

This ambivalence, the anxiety related to the possible pain and the desire to be fully integrated into the society, to be the centre of attention to receive gifts etc. has been reported by several women in there personal accounts.

Waris Dirie in her personal biography "Desert flower" reports going through the same feelings and even begging her mother to arrange for her to be 'fixed up' although she had secretly witnessed the trauma undergone by her sister.¹⁴

It seems that where FGM is associated with festivities, material gifts, and special attention, the girls perception of the pain and trauma is not simply negative. The benefits of being fully integrated into the society and accepted by the peers outweigh the fear of pain. Among the Kikuyu people in Kenya and several other communities to bear the pain without flinching earns great respect in the society.¹⁵

In a community where FGM is practised by the majority, it is possible that a woman who was not circumcised would be rejected by the society, affecting her psychological well-being.

¹³ Lightfoot-Klein: Das grausame Ritual, 1992,179.

¹⁴ Dirie: Desert Flower, 1998, 40-61

¹⁵ Kenyatta: Facing Mount Kenya, 1989, 130-154.

One girl from an FGM practising community, attending a psychiatry clinic in a rural hospital in Kenya expressed one of her problems as being that, her cousins and peer group in the village called her uncircumcised, a grave insult in this community. This 15 year old girl stated with pride that she was circumcised. The parents were separated and she lived with her father, who had sent her to her mother in a far away village to undergo circumcision. In this way she had missed the ritual in her own village and her peer group did not believe her or acknowledge her supposed initiation.¹⁶

FGM however, going from numerous case studies seems to constitute severe psychological trauma for many women. The trauma of the unbearable pain during the procedure, the agony of the healing period, the feeling of humiliation and betrayal by loved ones, and later the feeling of loss and incompleteness may all leave a lasting mark on the lives and minds of women who have been mutilated. This could lead to depression frigidity, sexual dysfunction etc.¹⁷

Although there are not enough studies to go by, it may be appropriate to assume that the level of psychological trauma could depend on several factors; the severity of mutilation being at its highest with extreme forms of type III FGM, the level of prior information transmitted to the girl, and the level of preparedness, the accompaniment of festivities attention and material gifts, the extent of social benefits, whether the procedure takes place within a group or in isolation, and the presence or absence of severe complications.

An 8 year old girl from an FGM practising community was attended to in a psychiatry clinic at a rural hospital in Kenya, after developing aggressive behaviour and failing to talk for one week after a type 2 FGM. The girl belonging to the lower age limit of the group which was to undergo initiation in this community, had not been considered or prepared for the initiation ceremony. However as on the morning of the initiation the dancing women moved through the village collecting the initiates, the girl was, in the excitement of the moment considered old enough to be initiated and taken along. Among the dancing women was her mother. In the recovery house the girl developed aggressive behaviour and stopped talking. The girl was brought to the psychiatry clinic by her father because, she could not stand the presence of her mother or any of the other women. The girl was mute and showed signs of extreme terror, anxiety and distrust. The girl remained mute for several weeks despite therapy and required long term follow up.

She had been betrayed by the one person she had always trusted, her mother.¹⁸

Effects of FGM on sexuality

A comparison of the male and female genitalia, and an anatomical analysis of the female genitalia seem to indicate that the clitoris and the labia minora are the primary sensory organs in the female sexual response. The clitoris and labia minora contains a large number of receptor nerve endings in the majority of women.

The vagina in contrast is the least sensitive area, with sensory nerve endings limited to a ring around the inlet.¹⁹

¹⁶ undocumented account from authors experience at a rural psychiatric clinic in Kenya.

¹⁷ Waris Dirie, reports on her own feelings of loss and incompleteness which plague her through her adult life: Desert Flower, 1998, Lightfoot-Klein: Das grausame Ritual 1992, 98,187.

¹⁸ undocumented account from authors experience at a rural psychiatric clinic in Kenya

¹⁹.; See an overview on the development and functional anatomy of the external female genitalia. In: Female genital mutilation; an overview: World health organisation, 1998; based on Stillwell: Anatomy of the human clitoris and Lowry: some issues in the histology of the clitoris. In: Lowry et al. The clitoris. St Louis, MO, Warren H. Green Inc., 1976: 9-21 and 91-97.

Cutting into a part of the clitoris even in the so called type I FGM, or in the other more extensive types, will no doubt to a certain extent interfere with the female sexual response and can in no way be compared to male circumcision.

It has however been established from various studies, that even in the most extreme forms of FGM the physical receptivity of sexual stimulation in women may not necessarily be abolished. It seems that in the absence of the primary sensory organs, the secondary sensory organs mainly the breasts and lips, may develop increased receptivity in compensation.

The few studies carried out to assess the effect of FGM on the sexuality of adult women seem to be unsatisfactory and to produce contradictory results.

The majority of studies seem to indicate that FGM does indeed impair the capacity of a woman's sexual pleasure, the extent of impairment increasing with the extent of mutilation.²⁰ However Lightfoot-Klein in her study on sexual response and orgasm among Sudanese women, majority of whom had undergone the more severe type III FGM, found that 90% of the women interviewed reported experiencing orgasm.²¹ It might be important here to point out that the study was carried out through translators.

Matters related to sex and especially FGM are considered taboo in most African cultures. In some communities there are no direct words to describe various aspects of sexual behaviour in the sense in which this is understood in the western culture. It is therefore important to consider the possibility that a lot of information gets lost or altered, in such studies.

Human sexual arousal and response is indeed a complex subject which is not clearly understood.

It is clear that non-tactile physical senses, such as smell, vision and hearing, can transmit sexually stimulating messages.

Sexual arousal and the capacity to enjoy sex and to attain orgasm are also dependent on individual psychological and cultural factors. Emotional factors seem to play an important role in sexual response particularly for women.

Some of the genitally mutilated Sudanese women interviewed by Lightfoot-Klein for example reported minimal or no sexual response with partners where the relationship was bad, mostly after an arranged marriage and sexual satisfaction after divorce and remarriage with a man of their choice.²²

For other women cultural factors like, expected appropriate sexual behaviour can play an important role.

Having had the opportunity of asking Kenyan women about their sexual behaviour in the framework of psychiatric interviews, it occurred to me, not taking into account whether the women were circumcised or not, that the expectations of the women was very variable both on the individual level and the cultural level.

Most women expressed sexual arousal and satisfaction in premarital sex, especially when this was not interfered with by the fear of getting caught or getting pregnant.

It was surprising however how many women especially those who had been married for several years responded with such phrases like; 'oh! is it supposed to be enjoyable'. Many gave their reasons for continued sexual intercourse as; it is the expected duty of a wife to her husband, or it is necessary to keep the man from straying, or getting another wife, or the need to bare children. In several communities sexual intercourse was referred to as the "job done for the man".²³

There is no doubt that in several FGM practising communities the expected sexual behaviour for women is minimal sexual response. Strong sexual arousal, moves to initiate sexual intercourse and strong sexual response are considered male attributes undesirable in women and associated with promiscuity and prostitution.

²⁰ See WHO commentary on several studies on the effects of FGM on women's sexuality in: Female Genital mutilation; an overview. World health organisation 1998

²¹ Lightfoot-Klein H. The sexual experience and Marital adjustment of genitally circumcised and infibulated female in the Sudan. The journal of sex research, 1989, 26:375-392.

²² Lightfoot-Klein: Das grausame Ritual, 1992,180.

²³ Author's own experience at a rural psychiatric clinic in Kenya.

A circumcised school girl from the Kikuyu folk had this to say in support of FGM; the clitoris should be removed because it reacts like a male penis, and puts a girl in a state of tension. In this state girls start behaving like males, running after boys, for sexual satisfaction. A Kenyan woman from the same community, had this to say in support of FGM; clitoridectomy is supposed to protect girls and women from the frustrations of the tensions of unfulfilled sexual arousal.²⁴

There are numerous reports of this type, reports which seem to indicate that FGM in a lot of communities can be viewed as a deliberate attempt to suppress female sexual arousal and Response.

References

- DeSILVA S: Obstetric sequelae of female circumcision. *European journal of obstetrics, gynaecology and reproductive biology*, 1989, 32:233-240.
- DIRIE, Waris; MILLER, Cathleen: *Desert Flower; The extraordinary life of a Desert Nomad*. Virago Press, 1998
- KENYATTA, Jomo: *Facing Mount Kenya; The Traditional Life of the Gikuyu*. Kenaway publications: East African Educational Publishers Ltd.,1978. Original edition by: Martin Secker and Warburg Ltd.,1938
- LIGHTFOOT-KLEIN, Hanny: *Das grausame Ritual; Sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen*. Fischer Taschenbuch Verlag:Frankfurt, 1992. Original under title; *Prisoners of Ritual. An Odyssey into Female Genital Mutilation in Africa*. Harrington Park Press, Inc. 1989
- LOWRY, T.P: some issues in the histology of the clitoris. In: Lowry et al. *The clitoris*. St Louis, MO, Warren H. Green Inc., 1976
- STILLWELL, D.L: *Anatomy of the human clitoris*. In: Lowry et al. *The clitoris*. St Louis, MO, Warren H. Green Inc., 1976
- WHO: *Female Genital Mutilation facts sheets*; World Health Organisation, August 1996.
- WHO: *Female genital mutilation; an overview*. World health organisation 1998
- Women's policy, Inc. (July 12, 1996). "Female Genital Mutilation". *Women's Health Equity Act of 1996*.

²⁴ Authors own experience living among the Kikuyu people in Kenya.

2.4 Die Fakten

Gabriele Gahn

Der Beitrag wurde für diesen Band zusammengestellt.

Weibliche Genitalverstümmelung, häufig auch weibliche Beschneidung genannt, umfaßt alle Eingriffe, die eine partielle oder totale Entfernung der äußeren weiblichen Genitalien einschließen oder zu anderen Verletzungen der weiblichen Geschlechtsorgane führen, sei es aus kulturbedingten oder anderen nicht-therapeutischen Gründen. Gründe und Bedeutung für FGM stehen in engem Zusammenhang mit der Definition von Weiblichkeit sowie der gesellschaftlichen Haltung gegenüber weiblicher Sexualität. Dementsprechend vermittelt die Praxis den Betroffenen einen bedeutenden Teil ihrer Identität. In vielen Kulturen ist Genitalverstümmelung Bestandteil der Initiation, die als Übergang von der Kindheit in das Erwachsensein verstanden wird.

Die WHO unterscheidet 4 verschiedene **Formen der Genitalverstümmelung**.

Typ1: Entfernung der Klitoris-Vorhaut, mit oder ohne teilweiser oder totaler Entfernung der Klitoris

Typ2: Entfernung der Klitoris mit partieller oder totaler Entfernung der kleinen Schamlippen

Typ3: Teilweise oder komplette Entfernung der äußeren Genitalien, verbunden mit einer Einengung der Vaginalöffnung durch Nahtverschluß (Infibulation)

Typ4: Hier finden sich weitere verschiedene, nicht klassifizierte Praktiken, die die äußeren und inneren Genitalien verletzen oder verändern wie z.B. Inzision der Klitoris oder/und der Schamlippen, Ausbrennen der Klitoris, Einführen von ätzenden Substanzen in die Vagina.

Der häufigste Typ der FGM (ca. 80% aller Eingriffe) ist die Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen. Die extremste Form ist die Infibulation, die etwa 15% aller Eingriffe ausmacht.

Unabhängig vom Alter der Betroffenen oder vom FGM Typ sind alle Verstümmelungen irreversibel. Sie bringen lebenslange Folgeerscheinungen, psychisches Trauma und Gesundheitsprobleme mit sich, deren Kontext mit der „Beschneidung“ den Betroffenen oft nicht bewußt ist.

Gesundheitliche Folgen

Genitalverstümmelungen bei Mädchen und jungen Frauen haben gravierende Folgen für die allgemeine, insbesondere die sexuelle Gesundheit. Alle Formen von Genitalverstümmelung beinhalten die Entfernung oder Schädigung /Beeinträchtigung des normalen Funktionierens der äußeren weiblichen Genitalien. Abhängig vom Grad der Verstümmelung, können die gesundheitlichen Folgen verschiedene Ausmasse annehmen, was wiederum das körperliche und seelische Wohlbefinden der Mädchen und Frauen unmittelbar und auf Dauer unterschiedlich beeinträchtigt.

Zu den **unmittelbaren Komplikationen** der Genitalverstümmelung zählen

Tod infolge von schwerem Blutverlust (hämorrhagischer Schock), Schmerzen und Trauma (neurogener Schock) oder durch schwere Infektion (Septikämie).

Hämorrhagie	aufgrund der Verletzung größerer Blutgefäße, z.B. der dorsalen Klitorisarterie, kann es zu schweren Blutverlusten kommen. Massive Blutungen stellen die häufigste unmittelbare Komplikation dar.
Schock	verursacht durch erheblichen Blutverlust, starke Schmerzen, psychisches Trauma und Erschöpfung.
Akute Urinverhaltung	Schmerzen, Schwellung und Infektion im und um den Wundbereich können zu einem Verschluss der Harnröhre mit akutem Urinverhalten führen
Infektionen/Tetanus/ Septikämie, HIV	Infektionen sind sehr häufig, begünstigt durch unsterile Instrumente und das Auftragen von Kräutern und Asche auf die Wunde. Sie können auch nach dem Eingriff auftreten durch Kontamination des Wundgebiets mit Urin und Faeces. Der Grad der Infektion reicht von einer oberflächlichen Wundinfektion bis zur Septikämie. Tetanus und HIV- Infektion sind möglich.
Schmerzen	Das Gebiet der Klitoris und der kleinen Labien ist hochsensibel. Da die meisten Eingriffe ohne Anästhesie durchgeführt werden, verursachen sie starke Schmerzen.
Verletzung von angrenzenden Organen	Da die Eingriffe meist ohne Anästhesie, mit mangelnden anatomischen Kenntnissen und groben Instrumenten durchgeführt werden, können diese zu Verletzungen der Harnröhre, der Vagina, des Rektums und des Dammes führen, was wiederum Fistelbildungen mit anhaltendem Harn- und/oder Stuhlabgang begünstigt.

Zu den häufigsten **langfristigen Komplikationen** zählen

- Zysten und Abszesse, Keloid-Narben (rigides Narbengewebe), Fistelbildungen, Geschwulstbildungen insbesondere nach Infibulation, Harninkontinenz infolge einer geschädigten Harnröhre, Dyspareunie (schmerzhafter Geschlechtsverkehr) und sexuelle Dysfunktion, wiederholte Infektionen des Urogenitaltrakts, Infertilität.
- Geburtskomplikationen stehen ebenso wie vermehrte Totgeburten in Zusammenhang mit weiblicher Genitalverstümmelung.
- Ferner kann FGM verschiedene Verhaltensstörungen hervorrufen. So können Vertrauensverlust gegenüber Bezugspersonen und geringes Selbstvertrauen langfristig zu Depressionen, Angstzuständen, Frigidität und Suizid führen.

Verbreitung und geographische Verteilung

Weltweit gibt es schätzungsweise 130 Millionen Mädchen und Frauen, die eine Genitalverstümmelung erfahren haben. Jährlich kommen etwa weitere 2 Millionen Mädchen hinzu. Die weibliche Genitalverstümmelung wird heute vor allem in 28 afrikanischen Ländern praktiziert sowie in einigen Gebieten Asiens und im Mittleren Osten. Neuerdings sind diese Praktiken in Europa, Australien, Canada und in den USA verbreitet, insbesondere unter Immigranten aus Afrika und Asien. Allerdings variieren Praktiken, Riten und kulturelle Bedeutung zwischen den einzelnen ethnischen Gruppen teilweise erheblich. Die Genitalverstümmelung wird überwiegend von traditionellen Beschneiderinnen oder Beschneidern mit mehr oder weniger groben, häufig nicht sterilen Instrumenten, ohne Betäubung, und oft mangelnden Kenntnissen der weiblichen Anatomie durchgeführt.

In welchem Alter beschnitten wird, variiert je nach Gebiet oder Ethnie. In manchen Kulturen werden bereits Neugeborene „beschnitten“, andere wiederum führen die Genitalverstümmelung an Mädchen im Alter zwischen 6 und 10 Jahren oder in der Pubertät durch. Aber auch erwachsene Frauen sind von FGM nicht ausgenommen.

Internationale Abkommen

Eine Reihe internationaler Konventionen und Konferenzen sehen konkrete Maßnahmen gegen weibliche Genitalverstümmelung vor. Dazu gehören in den letzten 10 Jahren die Konvention zu den Rechten des Kindes (1990), die internationale Menschenrechtskonferenz (1993), die Weltkonferenz zu Bevölkerung und Entwicklung (1994), sowie die Weltfrauenkonferenz (1995).

Die meisten Regierungen der Länder, in denen FGM praktiziert wird, haben diese Konventionen unterzeichnet. Internationale Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die vor allem im Bereich der Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen eine Vorreiterrolle einnimmt, der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA), UNICEF, UNIFEM, Nicht-Regierungsorganisationen und andere engagierte Partner haben an der Überwindung von FGM gearbeitet.

Mit zunehmendem Bewußtsein über die Problematik der FGM wurde bereits 1984 das Interafrikanische Komitee zur Bekämpfung von traditionellen Praktiken, die die Gesundheit von Frauen und Kindern schädigen (IAC) gegründet. Die Organisation baute regionale und nationale Netzwerke mit Zweigstellen in 23 afrikanischen Ländern auf.

Seither engagieren sich afrikanische Frauen und Organisationen gegen die tradierte Praxis der Genitalverstümmelung. Lokale Organisationen und Regierungsstellen, die sich für die Abschaffung /Überwindung von FGM einsetzen, begrüßen und fordern eine breite internationale Unterstützung ihrer Arbeit. Über die Form einer solchen internationalen Unterstützung gibt es jedoch unterschiedliche Ansichten und Erfahrungen, noch liegen keine erprobten einheitlichen Konzepte vor. Neben positiven Beispielen der Unterstützung lokaler Programme gibt es auch eine Reihe als unangemessen und kontraproduktiv empfundener Erfahrungen von Einmischung.

Karte zur Verbreitung von FGC

Aus: Efua Dorkenoo: Cutting the rose, Female genital mutilation

