

Masterarbeit

Studiengang Sexologie, ISP Zürich 2022 – 2025

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts Sexologie

Fachbereich Soziale Arbeit.Medien.Kultur der Hochschule Merseburg

und

des Instituts für Sexualpädagogik und Sexualtherapie ISP Zürich

**Das genitale Selbstbild im Kontext von Female Genital
Mutilation/Cutting: Eine qualitative Studie zu Erfahrungen von
Frauen mit FGM/C**

vorgelegt von

Studentin

Alexandra Ursula Meisser



Erstgutachterin

Prof. Dr. Maika Böhm

Hochschule Merseburg, Deutschland

Zweitgutachterin

Agnes Silvani, MA Sexologie

ISP Zürich, Schweiz

Abgabedatum St. Gallen, 28. Juli 2025

Zusammenfassung

Diese Masterarbeit befasst sich mit dem Einfluss der weiblichen Genitalbeschneidung (FGM/C) auf das genitale Selbstbild und in diesem Zusammenhang auf die sexuelle Selbstsicherheit. Ziel der Untersuchung ist es, mögliche Handlungsansätze für die sexualtherapeutische Praxis zu identifizieren. Als theoretischer Bezugsrahmen dient das Modell des Sexocorporel nach Jean-Yves Desjardins.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden halbstrukturierte Interviews mit betroffenen Frauen durchgeführt. Im Zentrum stand die Erfassung subjektiver Wahrnehmungen und individueller Erlebensweisen im Hinblick auf das genitale Selbstbild und die sexuelle Selbstsicherheit.

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Anliegen, durch die Stimmen der interviewten Frauen Erkenntnisse über den Einfluss von FGM/C auf diese Themenbereiche zu gewinnen. Die qualitative Analyse der Interviews machte unterschiedliche Perspektiven sichtbar. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass sowohl das genitale Selbstbild als auch die sexuelle Selbstsicherheit nicht einheitlich verlaufen, sondern individuell geprägt sind. Ebenso zeigt sich, dass der Zugang zum eigenen Genital von einer Vielzahl unterschiedlicher Erfahrungen beeinflusst wird.

Aus den erhobenen Daten lassen sich Hinweise ableiten, dass sexualtherapeutische Interventionen zur Förderung eines positiven genitalen Selbstbildes und zur Stärkung der sexuellen Selbstsicherheit bei Frauen mit FGM/C einen unterstützenden Beitrag leisten können.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	7
1.1	Darstellung der Ausgangslage	7
1.2	Motivation zur Arbeit.....	8
1.3	Zielsetzung und Forschungsfragen	8
1.4	Methodisches Vorgehen und konzeptionelle Abgrenzungen.....	9
1.5	Aufbau der Masterarbeit.....	10
2	Theoretische Grundlagen.....	11
2.1	Grundlagen zu Körperbild, Genitalität und sexueller Selbstsicherheit....	11
2.1.1	Weibliches Genital.....	11
2.1.2	Vulva	12
2.2	Zugang und Beziehung zum eigenen Genital	13
2.3	Sexocorporel	14
2.3.1	physiologische Komponente.....	14
2.3.2	kognitive Komponente	15
2.3.3	Beziehungskomponente	15
2.3.4	Sexodynamische Komponente	15
2.4	Genitales Selbstbild.....	22
2.5	Verknüpfung von sexueller Selbstsicherheit mit dem genitalen Selbstbild	23
2.6	Sexuelle Entwicklung der Frau	25
2.7	Female Genital Mutilation/Cutting	27
2.7.1	Female Genital Mutilation/Cutting - Klassifikationen.....	27
2.7.2	Aktueller Forschungsstand	28
3	Methode	31
3.1	Datenschutzrechtliche und forschungsethische Aspekte	32
3.2	Forschungsdesign	33
3.3	Rekrutierung und Sampling.....	34

3.4	Interviewdurchführung.....	36
3.5	Transkription und Auswertungsvorgehen (Datenanalyse).....	37
3.6	Nutzung von Tools	39
4	Ergebnisse.....	40
4.1	Genitale Wahrnehmung	40
4.1.1	Wahrnehmung der Vulva	40
4.1.2	Verlustgefühl und Inkomplettsein im Kontext der Vulva.....	43
4.1.3	Wahrnehmung der Vagina.....	45
4.1.4	Differenzierte Wahrnehmung von Vulva und Vagina	46
4.1.5	Wahrnehmung und Beziehung zum eigenen Genital im Lebensverlauf	47
4.2	Sexuelle Selbstsicherheit	50
4.2.1	Gesunder Narzissmus	50
4.2.2	Gesunder Exhibitionismus	53
4.3	Exkurs Einfluss von Glauben und religiösen Sichtweisen (induktiv).....	55
4.4	Tabu und Enttabuisierung (induktiv).....	56
4.5	Anders-Sein (induktiv).....	57
4.6	Ansatzmöglichkeiten für die Sexualtherapie.....	58
5	Diskussion.....	61
5.1	Wie nehmen Frauen, die von FGM/C betroffen sind, ihre weiblichen Genitalien wahr?	61
5.2	Inwiefern beeinflusst das Betroffensein von FGM/C das genitale Selbstbild?.....	65
5.3	Inwiefern beeinflusst das Betroffensein von FGM/C das genitale Selbstbild in Bezug auf die sexuelle Selbstsicherheit?	66
5.4	Verbindung von genitalem Selbstbild und sexueller Selbstsicherheit.....	70
5.5	Wie kann «Sexocorporel» als körperorientierter Ansatz eine Unterstützung für die Stärkung des genitalen Selbstbildes und der sexuellen Selbstsicherheit im Kontext von FGM/C darstellen?	70

5.6	Fazit	74
6	Forschungsreflektion	76
6.1	Methodenkritik	76
6.2	Limitationen	78
7	Schlusswort.....	79
	Literaturverzeichnis	80
	Abbildungsverzeichnis	85
	Tabellenverzeichnis	85
	Anhang	86
	Anhang A: Abkürzungsverzeichnis.....	86
	Anhang B: Abbildung Vulva.....	86
	Anhang C: Abbildung Modell Sexocorporel	87
	Anhang D: Aushang	88
	Anhang E: Interviewleitfaden.....	89
	Anhang F: schriftliche Einverständniserklärung	93
	Anhang G: Informationen über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten	94
	Anhang H: Kodierleitfaden	96
	Anhang I: Selbständigkeitserklärung	102
	Anhang J: Interviewtranskription (USB Stick).....	103

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen meinen tiefen Dank aussprechen, die das Entstehen dieser Masterarbeit ermöglicht und begleitet haben.

Mein besonderer Dank gilt den mutigen Frauen, die sich bereit erklärt haben, mir im Rahmen dieser Arbeit ein Interview zu geben. Ihre Offenheit, ihr Vertrauen und ihr achtsamer Umgang mit den eigenen Grenzen haben diese Forschungsarbeit erst möglich gemacht. Für ihre Zeit, ihr Engagement und ihre Bereitschaft, persönliche Erfahrungen zu teilen, bin ich zutiefst dankbar.

Ein herzliches Dankeschön geht auch an die Menschen in meinem persönlichen Umfeld, die mich während dieses intensiven Prozesses unterstützt und mich so angenommen haben, wie ich bin. Besonders erwähnen möchte ich meine Partnerin Nadja Geber, die in schwierigen Momenten an meiner Seite war, mich getragen und aufgebaut hat - auch dann, wenn ich selbst herausfordernd war und unsere Beziehung auf die Probe gestellt habe.

Mein Dank gilt ebenso allen, die beim Wohnungsumzug tatkräftig mitgeholfen haben - ohne euch wäre die Umsetzung dieser Masterarbeit kaum möglich gewesen.

Für die fachliche Begleitung bedanke ich mich bei Martin Krummen, der mich mit kritischen Gedanken, konstruktiven Gesprächen und stärkenden Worten unterstützt hat.

Ein grosses Dankeschön geht an Mirjam Abt und an Claudia Gerber für ihre aufmunternden Worte und ihr sprachliches Feingefühl. Meinen Eltern danke ich für ihre Fürsorge, die warmen Mahlzeiten und ihre verlässliche Unterstützung im Alltag, die mir den Rücken freigehalten haben.

Meiner Arbeitgeberin sowie meinen Kolleginnen danke ich herzlich für ihre Gelassenheit, ihren Humor und das Verständnis für die Herausforderungen dieses Lebensabschnitts - ebenso für die Möglichkeit, Urlaub zu nehmen, wenn es nötig war.

Abschliessend danke ich meiner Erstbetreuerin Prof. Dr. Maika Böhm für ihre Unterstützung, ihre strukturierenden Hinweise und die kritischen Impulse, die meine Arbeit bereichert haben. Ebenso danke ich meiner Zweitgutachterin Agnes Silvani sowie der Gruppe von Mitstudierenden für ihre wertschätzenden Rückmeldungen, aufmunternden Worte und motivierenden Gesten.

1 Einleitung

1.1 Darstellung der Ausgangslage

Weltweit sind nach Schätzungen von UNICEF (2024) rund 230 Millionen Frauen von Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) betroffen. In der Schweiz wird die Zahl der betroffenen oder potenziell gefährdeten Mädchen und Frauen auf etwa 15'000 bis 22'400 geschätzt (Abdulcadir et al., 2023, S. 8; Bisang, 2019, S. 33). Unter FGM/C werden alle Eingriffe verstanden, die « [...] involve partial or total removal of the external female genitalia, or other injury to the female genital organs for non-medical reasons. [...] »¹ (World Health Organisation [WHO], 2024). Künftige Entwicklungen könnten dazu führen, dass zunehmend Frauen mit genitaler Beschneidung sexualtherapeutische Angebote in Anspruch nehmen. Bislang liegen lediglich zwei wissenschaftliche Arbeiten vor, die sich mit dem Einfluss von FGM/C auf das genitale Selbstbild befassen. Darüber hinaus existieren keine weiteren wissenschaftlichen Untersuchungen, die einen direkten Bezug zur sexologischen Therapie herstellen. Daraus ergibt sich eine erkennbare Forschungslücke. In der ersten Studie von Rouzi et al. (2020) wurde das genitale Selbstbild von Frauen mit FGM/C im Vergleich zu nicht betroffenen Frauen untersucht. Die zweite Studie von Dura et al. (2023) widmete sich dem Einfluss weiblicher Genitalbeschneidung auf die sexuelle Funktion unter Einbeziehung des genitalen Selbstbildes. In beiden Studien bleibt die individuelle Wahrnehmung der betroffenen Frauen jedoch stets in Relation zu jener unbeschnittener Frauen, wodurch die isolierte Betrachtung subjektiver Erfahrungen ausbleibt.

Das individuelle Erleben sowie die Wahrnehmung des eigenen Genitals bei Frauen mit weiblicher genitaler Beschneidung fanden in bisherigen Forschungsarbeiten bislang keine Berücksichtigung. Die vorliegende explorative Studie verfolgt das Ziel, durch qualitative Interviews mit betroffenen Personen ein vertieftes Verständnis des selbstwahrgenommenen genitalen Selbstbildes und der sexuellen Selbstsicherheit

¹ «[...] teilweise oder vollständige Entfernung der äusseren weiblichen Geschlechtsorgane oder eine andere Verletzung der weiblichen Geschlechtsorgane aus nichtmedizinischen Gründen beinhalten. [...] » (übersetzt durch die Autorin).

zu gewinnen. Auf dieser Grundlage sollen potenzielle Ansätze für die sexualtherapeutische Praxis abgeleitet werden.

1.2 Motivation zur Arbeit

Im Rahmen beratender Tätigkeiten mit betroffenen Frauen traten wiederholt Fragen zur Wahrnehmung des eigenen Genitals nach einer durchgeführten FGM/C in den Vordergrund. Diese Gespräche verdeutlichten, dass die individuelle Perspektive der betroffenen Frauen in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung bislang nur unzureichend berücksichtigt wurde. Gleichzeitig zeigte sich ein deutlicher Bedarf an vertiefendem Verständnis für die Art und Weise, wie betroffene Personen ihren eigenen Körper erleben und deuten.

Aus diesem Eindruck heraus ergab sich das Anliegen, das Erleben und die Wahrnehmung des Genitals aus einer individuellen Sichtweise stärker in den Fokus zu rücken. Im Zentrum steht dabei die Absicht, sich von defizitorientierten oder vergleichenden Betrachtungen zu lösen und stattdessen die subjektiven Erfahrungen der Betroffenen eigenständig erfassbar zu machen. Auf eine vorausgehende Hypothesenbildung wurde bewusst verzichtet, um Offenheit für die Vielfalt individueller Wahrnehmungen sicherzustellen.

1.3 Zielsetzung und Forschungsfragen

Die vorliegende Arbeit richtet den Blick auf das genitale Selbstbild von Frauen mit FGM/C aus einer ressourcenorientierten Perspektive. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie die Beziehung zum eigenen Geschlecht ausgestaltet ist und in welcher Weise FGM/C diese Beziehung sowie das genitale Selbstbild und die sexuelle Selbstsicherheit beeinflussen. Durch die gewählte qualitative Herangehensweise sollen mögliche Zusammenhänge sichtbar gemacht und potenzielle Ansätze für sexualtherapeutisches Arbeiten ausgearbeitet werden. Dabei stehen sowohl die individuellen Fähigkeiten als auch die erlebten Herausforderungen und Grenzen betroffener Frauen im Fokus. Bisherige Studien mit dieser thematischen Ausrichtung sind rar, was auf eine bestehende Forschungslücke verweist. Vor diesem Hintergrund verfolgt diese Masterarbeit das Anliegen, einen Beitrag zum besseren Verständnis des individuellen Erlebens im Kontext von FGM/C zu leisten und damit Impulse für zukünftige Begleitprozesse in der sexualtherapeutischen Praxis zu setzen. Folgende Forschungsfragen stehen im Zentrum dieser Masterthesis:

- Wie nehmen Frauen, die von FGM/C betroffen sind, ihre weiblichen Genitalien wahr?
- Inwiefern beeinflusst das Betroffensein von FGM/C die sexuelle Selbstsicherheit und das genitale Selbstbild?
- Wie kann «Sexocorporel» als körperorientierter Ansatz eine Unterstützung für die Stärkung des genitalen Selbstbildes und der sexuellen Selbstsicherheit im Kontext von FGM/C darstellen?

1.4 Methodisches Vorgehen und konzeptionelle Abgrenzungen

Für die vorliegende Masterarbeit wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, das auf einer explorativen Herangehensweise basiert. Durch halbstrukturierte Interviews sollte ein vertiefter Zugang zu den individuellen Wahrnehmungen, Erlebnissen und Perspektiven von Frauen mit FGM/C ermöglicht werden. Diese Methode wurde der quantitativen Erhebung bewusst vorgezogen, da sie erlaubt, subjektive Erfahrungen in ihrer Komplexität zu erfassen. Nach der Durchführung wurden die Interviews transkribiert und mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) unter Anwendung der Software MAXQDA ausgewertet. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf der Selbstwahrnehmung des genitalen Selbstbildes und der sexuellen Selbstsicherheit von Frauen, die von weiblicher Genitalbeschneidung betroffen sind. Grundlage bildet die Selbstauskunft zur erlebten Beschneidung und zur gesellschaftlichen Partizipation. Eine detaillierte Darstellung erfolgt im Kapitel 3.3.

Zur Gewährleistung inhaltlicher Klarheit sind mehrere konzeptionelle Abgrenzungen relevant. Im internationalen Diskurs hat sich der Begriff «Female Genital Mutilation» (FGM) beziehungsweise dessen deutsche Übersetzung «weibliche Genitalverstümmelung» etabliert. Diese Terminologie betont die politische Dimension und Tragweite des Eingriffs (Asefaw, 2017, S. 9). In rechtlichen und politischen Kontexten wird diese Bezeichnung häufig verwendet, um den Brauch als Menschenrechtsverletzung einzuordnen (Bisang, 2019, S. 25). Gleichzeitig lehnen viele betroffene Frauen den Begriff «Verstümmelung» ab, da dieser als stigmatisierend erlebt wird. Das Netzwerk «Mädchenbeschneidung Schweiz» verwendet stattdessen die Begriffe «weibliche Genitalbeschneidung» oder «Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C)» (Bisang, 2019, S. 25).

Diese Arbeit schliesst sich der Bezeichnungspraxis des Netzwerks «Mädchenbeschneidung Schweiz» an. Entsprechend wird von «Beschneidung», «weiblicher

Genitalbeschneidung» oder «FGM/C» gesprochen, um sowohl die fachliche Genauigkeit zu wahren als auch eine respektvolle und nicht stigmatisierende Sprache zu gewährleisten. Darüber hinaus wird konsequent der Begriff «Frauen» verwendet, um die Perspektive der direkt Betroffenen zu fokussieren. Auf eine inklusive Formulierung wie «Menschen mit Vulva» wird bewusst verzichtet, da die individuelle Wahrnehmung von Frauen mit FGM/C im Mittelpunkt steht. Im Rahmen dieser Arbeit werden weder die psychischen und physischen Folgen von FGM/C vertieft behandelt, noch erfolgt eine systematische Darstellung der verschiedenen Formen des Eingriffs. Diese Aspekte werden jedoch im Hintergrund stets berücksichtigt, insbesondere im Hinblick auf die Relevanz für therapeutische Kontexte. Hinsichtlich der Übertragbarkeit ist zu betonen, dass aufgrund des gewählten Forschungsdesigns lediglich vier Interviews geführt wurden. Aus dieser begrenzten Fallzahl lassen sich keine verallgemeinerbaren Aussagen über die Gesamtheit der betroffenen Frauen ableiten. Vielmehr steht das individuell Erlebte im Vordergrund, wodurch ein qualitativer Einblick ermöglicht wird, der keine Repräsentativität beansprucht.

1.5 Aufbau der Masterarbeit

Die vorliegende Masterarbeit gliedert sich in sechs Hauptkapitel. Im zweiten Kapitel wird der theoretische Bezugsrahmen geschaffen. Dazu werden zunächst die anatomischen Grundlagen des weiblichen Genitals vorgestellt, gefolgt von einer Auseinandersetzung mit dem Zugang und der Beziehung zum eigenen Genital. Der körperorientierte sexualtherapeutische Ansatz «Sexocorporel» wird in seinen zentralen Komponenten erläutert und in Verbindung mit dem Konzept des genitalen Selbstbilds sowie der sexuellen Selbstsicherheit gesetzt. Darüber hinaus werden die sexuelle Entwicklung der Frau sowie zentrale Aspekte zu FGM/C thematisiert, einschliesslich der aktuellen Forschungslage. Das dritte Kapitel widmet sich dem methodischen Vorgehen. Es umfasst sowohl forschungsethische und datenschutzrechtliche Aspekte als auch die Darstellung des Forschungsdesigns, der Rekrutierung und Stichprobenziehung, der Durchführung der Interviews sowie des Transkriptions- und Auswertungsvorgehens. Ergänzend wird die Nutzung unterstützender Tools beschrieben. Im vierten Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Interviews systematisch dargestellt. Der Fokus liegt auf der Wahrnehmung des eigenen Genitals und der sexuellen Selbstsicherheit der interviewten Frauen. Darüber hinaus werden induktiv gewonnene Themen wie religiöse Prägungen, gesellschaftliche Tabuisierungen sowie das Erleben des «Anders-Seins» aufgegriffen.

Abschliessend werden mögliche sexualtherapeutische Ansatzpunkte aufgezeigt. Das fünfte Kapitel umfasst die Diskussion der Ergebnisse unter Einbezug der theoretischen Grundlagen und beantwortet die forschungsleitenden Fragen. Hierbei wird insbesondere die Verbindung zwischen genitalem Selbstbild, sexueller Selbstsicherheit und dem körperorientierten Ansatz «Sexocorporel» herausgearbeitet. Im sechsten Kapitel folgt eine kritische Reflexion des methodischen Vorgehens sowie eine Darstellung der Limitationen der Studie. Den Abschluss der Arbeit bildet ein Fazit, das zentrale Erkenntnisse zusammenfasst und mögliche Implikationen für Forschung und Praxis aufzeigt.

2 Theoretische Grundlagen

In diesem Kapitel werden die zentralen theoretischen und konzeptuellen Grundlagen dargelegt, die für das Verständnis der nachfolgenden Analyse notwendig sind. Dabei wird an die in Kapitel 1 dargestellte Relevanz des Zusammenhangs zwischen genitalem Selbstbild und sexueller Selbstsicherheit bei von FGM/C betroffenen Frauen angeknüpft, um die theoretischen Grundlagen auf die Forschungsfragen hin auszurichten. Im Fokus steht die Auseinandersetzung mit dem weiblichen Genital und dessen körperlicher, psychischer sowie sprachlicher Repräsentation. Dabei werden körperanatomische Fakten ebenso berücksichtigt wie psychosoziale Zugänge und sexuelle Entwicklungsperspektiven. Die theoretischen Überlegungen dienen als Rahmen, um den Zusammenhang zwischen genitalem Selbstbild, sexueller Selbstsicherheit und gesellschaftlichen Einflüssen zu verstehen.

2.1 Grundlagen zu Körperbild, Genitalität und sexueller Selbstsicherheit

Ein grundlegendes Verständnis der Anatomie des weiblichen Genitals ist essenziell, um die folgenden inhaltlichen Zusammenhänge einordnen zu können. Die körperlichen Strukturen bilden die Basis für Wahrnehmung, Beziehung und Bedeutung, die Frauen ihrem Genital zuweisen. Dabei wird insbesondere auf die Differenzierung zwischen inneren und äusseren Geschlechtsorganen eingegangen. In den anschliessenden Unterkapiteln wird die Vulva als zentrales Element fokussiert und ihre Relevanz für das sexuelle Erleben herausgearbeitet.

2.1.1 Weibliches Genital

Das weibliche Genital lässt sich in innere und äussere Geschlechtsorgane unterteilen. Zum inneren Genital zählen die Vagina, die Zervix (Gebärmutterhals),

der Uterus (Gebärmutter), die Tuben (Eileiter) sowie die Ovarien (Eierstöcke). Das äussere, teilweise sichtbare weibliche Genital wird als Pudendum femininum (Vulva) bezeichnet. Es umfasst den Mons pubis (Venushügel) mit der Behaarung, die Klitorisperle, die äusseren und inneren Labia majora et minora (Vulvalippen), den Vestibulum vaginae (Scheidenvorhof), die Ostium urethrae externum (Harnröhrenöffnung), die Bartholin- und Paraurethraldrüsen, das Hymen sowie den Eingangsbereich der Introitus vaginae (Vagina) (Menche, 2007, S. 353–355).

Die vorliegende Masterarbeit richtet den Fokus auf einen zentralen Bereich des weiblichen Körpers: die Vulva.

2.1.2 Vulva

Die Vulva bildet das äussere weibliche Genital und nimmt eine zentrale Rolle in der sexuellen Empfindungsfähigkeit ein. Sie verfügt über eine Vielzahl von Nervenenden und Rezeptoren, die besonders sensibel auf Berührung, Schmerzreize und Temperaturveränderungen reagieren. Die Klitorisperle weist eine besonders hohe Dichte an sensiblen Sinnesrezeptoren auf und gilt daher als ein zentrales Organ des weiblichen Lustempfindens. Die im Bereich der Vulva verlaufenden Nerven steuern unter anderem die lokale Muskulatur sowie die Durchblutung des äusseren Genitals, etwa der Vulvalippen (Gonzalez, 2022).

Die eindeutige Benennung des Intimorgans stellt einen zentralen Aspekt dar. Wird die Vulva nicht benannt, kann dies dazu führen, dass sie sowohl physisch und sprachlich als auch auf sozialer und kultureller Ebene unsichtbar bleibt und als etwas Defizitäres wahrgenommen wird (Spencer, 2005, nach Sanyal, 2020, S. 25). Zusätzlich kann das Fehlen einer präzisen Bezeichnung einen respektvollen und achtsamen wertschätzenden Umgang mit der Vulva erschweren (Sanyal, 2020, S. 15). Die ungenaue oder falsche Verwendung des Begriffs «Vagina» zur Bezeichnung sämtlicher Bereiche der äusseren und inneren Geschlechtsorgane kann zu einer sprachlichen Verschiebung führen, bei der der Fokus zunehmend auf die reproduktive Funktion gelenkt wird (Elliott, 2003, S. 140). Auch in anatomischen und medizinischen Fachbüchern werden wesentliche Bestandteile der Vulva teilweise nicht abgebildet oder thematisiert (Méritt, 2012, S. 8).

Der Begriff «Vagina» wird umgangssprachlich häufig als Bezeichnung für das gesamte weibliche Genital verwendet. Aus anatomischer Sicht beschreibt er jedoch

ausschliesslich den inneren Abschnitt, der sich von der Zervix bis zum äusseren Genitalbereich erstreckt (Jenkins & O'Doherty, 2020, S. 195). Aufgrund dieser sprachlichen Ungenauigkeit bleiben anatomische Strukturen wie die inneren und äusseren Vulvalippen (Labien), die «Klitoriseichel», die «Klitorisvorhaut», die «Harnröhrenöffnung», das «Perineum», der «Venushügel» sowie der vaginale Eingang in der Sprache unsichtbar (Sanyal, 2020, S. 13–14). Zur weiteren Verdeutlichung und zur besseren Zuordnung der Beschriftung verweist Anhang B auf die entsprechende Abbildung der Vulva.

2.2 Zugang und Beziehung zum eigenen Genital

Der Begriff «Beziehung» bezeichnet eine Verbindung, einen Kontakt oder ein wechselseitiges Verhältnis (Der deutsche Wortschatz [DWDS], o. D.). Übertragen auf den Kontext der genitalen Selbstwahrnehmung beschreibt dies, in welcher Form - sei es negativ, neutral oder positiv - eine Frau mit ihrem eigenen Genital in Verbindung steht. Dabei rückt die Frage in den Vordergrund, welche emotionale, körperliche oder symbolische Nähe zwischen einer Frau und ihrem eigenen Geschlecht besteht.

Wie bereits in Kapitel 2.1 deutlich wurde, spielt die differenzierte Wahrnehmung des weiblichen Genitals - insbesondere der Vulva als bedeutungstragender Körperregion - eine entscheidende Rolle für die Entwicklung dieser Beziehung. Die anatomische und sprachliche Sichtbarkeit (vgl. Kapitel 2.1.2) beeinflusst massgeblich, ob ein positives und sinnlich verankertes Verhältnis zum eigenen Genital aufgebaut werden kann.

Beziehungen sind nicht nur kognitive Konstrukte, sondern beruhen auf Sinnlichkeit und Erfahrung. Sie erschliessen sich nicht allein durch rationale Reflexion, sondern entfalten sich im Erleben und im Körperausdruck (Sinapius, 2013, S. 15–17). Im Zusammenhang mit dem weiblichen Genital bedeutet dies, dass der Zugang zu diesem Körperbereich nicht allein über Wissen, sondern auch über Körperempfindungen, Berührung und visuelle Wahrnehmung erfolgen kann. Im Modell des Sexocorporel stellt die Verbindung zum eigenen Genital eine wesentliche Grundlage dar. Der Begriff des «bewohnten Genitals» beschreibt in diesem Zusammenhang ein Genital, das bekannt ist, als positiv empfunden wird und mit sexueller Erregung assoziiert werden kann (Henning, 2024, S. 208). Durch bewusste, eigene Exploration - beispielsweise durch Berührungen oder das visuelle Erforschen mit-

tels eines Spiegels - kann ein Zugang zum eigenen Körper entwickelt und gestärkt werden. Dies ermöglicht nicht nur ein differenzierteres Körperbewusstsein, sondern auch eine Aneignung des eigenen Genitals als Teil der sexuellen Identität (Bischof, 2016, S. 185–187). Zur weiteren theoretischen Einordnung wird in der vorliegenden Arbeit die sexuelle Selbstsicherheit sowie das Gefühl der Zugehörigkeit zum eigenen sexuellen Körper aus dem Konzept Sexocorporel herangezogen. Beide Aspekte werden im folgenden Kapitel näher ausgeführt.

2.3 Sexocorporel

Der Begriff «Sexocorporel» setzt sich aus den Wortbestandteilen «sexo», bezogen auf Sexualität, und «corporel», im Sinne von Körperlichkeit, zusammen (Kneubühler, 2024, S. 21). Der in Kapitel 2.2 beschriebene Zugang zum eigenen Genital und die körperlich-sinnliche Beziehung dazu lassen sich im Modell Sexocorporel theoretisch fundieren. Besonders die Komponenten des Körpers und der Wahrnehmung greifen diese Aspekte auf und konzeptualisieren sie als lernbare sexuelle Kompetenzen. Dieser Ansatz wurde in den 1980er-Jahren von Jean-Yves Desjardins entwickelt (Desjardins, nach Bischof, 2017, S. 121). Dabei handelt es sich um ein Modell sexueller Gesundheit, das einen ganzheitlichen und ressourcenorientierten Ansatz verfolgt. Es integriert vier miteinander in Wechselwirkung stehende Komponenten: den Körper als physiologische Komponente, das Denken als kognitive Komponente, die Wahrnehmung als sexodynamische Komponente sowie die Beziehung als Beziehungskomponente (Chatton & Desjardins, 2013, S. 3; Kneubühler, 2024, S. 21–24). Im Mittelpunkt steht die untrennbare Einheit von Körper und Gehirn sowie die Annahme, dass sexuelle Lernprozesse ein Leben lang möglich sind. Ziel ist die Förderung und der Erhalt sexueller Gesundheit durch neue, über den Körper vermittelte Erfahrungen (Gehrig, 2013, S. 2–4.). Eine Abbildung des Modells Sexocorporel ist im Anhang C zur Ansicht beigelegt.

2.3.1 physiologische Komponente

Die physiologische Komponente umfasst die sexuelle Erregungsfunktion, verschiedene Erregungsmodi, die Steuerung und Quellen sexueller Erregung sowie die zugrunde liegenden biologischen Aspekte (Kneubühler, 2024, S. 23). Ein zentraler Bestandteil dieser Komponente sowie des gesamten Modells Sexocorporel ist die

Evaluation der individuellen genitalen sexuellen Erregungskurve (Bischof, 2020, S. 428, 440).

2.3.2 kognitive Komponente

Die kognitive Komponente umfasst Glaubenssysteme, Ideologien, Idealisierungen, Wertvorstellungen, Mystifizierungen, Denkweisen sowie Kenntnisse im Kontext von Sexualität und deren sprachlicher Ausdrucksweise. Diese kognitiven Strukturen sind durch Sozialisationsprozesse und das gesellschaftliche Umfeld geprägt. Kognitionen haben massgeblichen Einfluss auf das Verständnis, die Wahrnehmung und das Erleben von Sexualität. Sie wirken sowohl auf das sexuelle Verhalten als auch auf individuelle Erfahrungen ein (Bischof et al., 2020a, S. 27; Kneubühler, 2024, S. 24). Darüber hinaus können sie sexuelle Lernprozesse entweder fördern oder behindern. Eine zentrale Fähigkeit dieser Komponente liegt darin, sexuellen Erlebnissen eine positive Bedeutung zu verleihen und dadurch konstruktive Entwicklungen im sexuellen Erleben zu ermöglichen (Bischof et al., 2020a, S. 27).

2.3.3 Beziehungskomponente

Diese Komponente beinhaltet die grundlegende Fähigkeit zur klaren und objektiven Kommunikation sowie zur erotischen Intimkommunikation, um persönliche Bedürfnisse und Begehren in Form von Wünschen artikulieren zu können. Des Weiteren handelt es sich um die Kapazität von Verführungsstrategien, um andere für individuelle Vorhaben zu begeistern, sowie um den Lernprozess zur Entfaltung solcher Strategien. Zudem umfasst sie die Fähigkeit, eine liebevolle und respektvolle Liebesbeziehung aufzubauen und aufrechtzuerhalten, sowie die Flexibilität, sich zwischen Hetero- und Autozentrierungsbewegungen zu bewegen. Die Beziehungskomponente bezieht sich auf die vielfältigen erotischen Fertigkeiten und Fähigkeiten, die innerhalb eines Beziehungsgefüges erlernt und entwickelt werden können. Hierzu zählt auch das Erwerben einer Vielfalt im sexuellen Spiel (Bischof et al., 2020a, S. 7; Kneubühler, 2024, S. 24).

2.3.4 Sexodynamische Komponente

Das sexuelle Lusterleben umfasst positiv wahrgenommene Erfahrungen und Emotionen im Zusammenhang mit genitaler Erregung. Das sexuelle Begehren beschreibt das Zusammenspiel zwischen dem Wunsch nach der Erfüllung sexueller Bedürfnisse und der damit verbundenen Erregung. Sexuell-erotische Fantasien be-

inhalten innere Vorstellungen, Gedanken, Tagträume und Szenarien, die sexuelle Erregung auslösen, verstärken oder durch diese initiiert werden können. Dabei sind alle Sinne potenziell beteiligt. Sexuelle Anziehungscodes spiegeln individuelle Präferenzen wider und beeinflussen, was als anziehend oder erregend erlebt wird. Das Empfinden von Geschlechtszugehörigkeit stellt eine zentrale Komponente der Selbstwahrnehmung dar und wirkt wesentlich auf die Art und Weise, wie sexuelle Erfahrungen erlebt und interpretiert werden. Diese Wahrnehmung umfasst Aspekte, die sowohl das sexuelle Verhalten als auch die sexuelle Identität einer Person prägen (Bischof et al., 2020a, S. 7–38; Kneubühler, 2024, S. 23).

Weitere Aspekte der sexodynamischen Komponente, darunter die sexuelle Selbstsicherheit und das Zugehörigkeitsgefühl zum eigenen sexuellen Körper, werden in den folgenden Unterkapiteln näher erläutert.

2.3.4.1 Gefühl der Zugehörigkeit zum eigenen sexuellen Körper

Unter dem Gefühl der Zugehörigkeit zum eigenen sexuellen Körper wird die individuelle, subjektive Wahrnehmung des eigenen Körpers verstanden. Grundlage dieses Gefühls ist eine gelungene Verankerung im eigenen Körper, verbunden mit der Fähigkeit, diesen erotisch wahrzunehmen. Dies kann beispielsweise durch die bewusste Identifikation mit der Morphologie der eigenen Geschlechtsorgane geschehen. Darüber hinaus beinhaltet es die Fähigkeit, den eigenen Körper als sexuell erregend zu erleben, sich diesen in erotischer Weise vorzustellen und symbolisch zu besetzen (Bischof et al., 2020a, S. 8–9). Für das Erotisieren des sexuellen Körpers kann das Kontinuum von Intrusivität bis Rezeptivität herangezogen werden, das den Genuss beschreibt, sich aufnehmend bis hin zu penetrierend zu erleben, um sich als erregbar und sexuell aktiv wahrzunehmen oder ein entsprechendes Verlangen zu verspüren (Bischof et al., 2020a, S. 8–9; Gehrig, 2013, S. 11). Gelingt es, den eigenen Körper erotisch zu erleben, kann eine Person ihre individuellen körperlichen Merkmale bewusst wahrnehmen, innerlich verankern und sinnlich aufladen, um sexuelle Erregung zu ermöglichen. Daraus wird ersichtlich, dass das Gefühl der Verbundenheit mit dem eigenen sexuellen Körper eine zentrale Rolle für die sexuelle Selbstsicherheit spielt. Das Empfinden der Verbundenheit mit dem eigenen sexuellen Körper ist ein Element der Geschlechtsidentität, das eine grundlegende Komponente für das Selbstverständnis darstellt (Bischof et al., 2020a, S. 8–9).

Dieses Phänomen wird als Gefühl der Zugehörigkeit zum eigenen sexuellen Körper bezeichnet und auch unter dem Begriff Archetypen geführt. Beide Begriffe werden in dieser Arbeit synonym verwendet.

2.3.4.2 Sexuelle Selbstsicherheit

Die sexuelle Selbstsicherheit stellt eine von insgesamt 15 Komponenten des Modells Sexocorporel dar und ist der sexodynamischen Komponente zuzuordnen. Sie umfasst die Fähigkeit, Stolz auf die eigene Geschlechtszugehörigkeit und die damit verbundene Weiblichkeit beziehungsweise Männlichkeit zu empfinden. Zentrale Aspekte dieser Kompetenz sind das Erkennen und Wertschätzen individueller Stärken sowie die Fähigkeit, sich selbst als schön wahrzunehmen und sich erotisch zu erleben. Weitere Merkmale im Rahmen erotischer Kompetenzen beinhalten das Vermögen, sexuelle Erregung bewusst wahrzunehmen, den eigenen Körper und die Nähe zum Partner oder zur Partnerin zu genießen sowie Zuversicht in Bezug auf sexuelle Handlungen zu entwickeln. Diese Eigenschaften werden dem Konzept des positiven Narzissmus zugeordnet. Darüber hinaus zählt zur sexuellen Selbstsicherheit auch die Fähigkeit, sich im eigenen Geschlecht mit Stolz und Selbstvertrauen zu zeigen. Die Bereitschaft, sich selbst gegenüber anderen als *begehrtest* und liebestest zu präsentieren, wird in diesem Zusammenhang dem positiven Exhibitionismus zugeordnet (Bischof et al., 2020a, S. 14, 38; Desjardins et al., 2024, S. 95; Gehrig, 2013, S. 11). Sexuelle Selbstsicherheit wird durch die Erotisierung des eigenen Geschlechts gefördert, insbesondere durch bewusstes Wahrnehmen und eine positive Bezugnahme auf den eigenen Körper. Dieser Prozess stärkt das Erleben von Männlichkeit beziehungsweise Weiblichkeit (Bischof, 2010, S. 12–13). Nach Bischof-Campbell (2012) sind die Verbindung zum eigenen Genital und das Bild des eigenen Körpers wesentlich für eine sexuelle Selbstsicherheit und selbstbewusst gelebte Sexualität (S. 29–37.).

Nach Sztenc (2020) besteht ein Zusammenhang zwischen sexueller Selbstsicherheit und dem Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit. Dieses Verhältnis wird als drittes zentrales Element beschrieben, das neben dem Gefühl der Verbindung zum eigenen sexuellen Körper sowie dem Erleben der Zugehörigkeit zur eigenen Gendergruppe steht. Sexuelle Selbstsicherheit wird als subjektives Empfinden beschrieben, das sich in dem Gefühl äussert, begehrt zu sein, sowie in der Fähigkeit, Freude an der eigenen Sexualität auszudrücken. Eine

positive Verankerung im eigenen Körper sowie ein bejahender, zugänglicher Bezug zum eigenen Genital bilden dabei eine zentrale Voraussetzung für dieses Erleben (S. 83–87).

Nach Schütz (2022) ist die sexuelle Selbstsicherheit eine zentrale Säule des Gefühls der Geschlechtszugehörigkeit (S. 24). An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass sexuelle Selbstsicherheit lediglich einen positiven Aspekt der Körperwahrnehmung in den Fokus rückt. Um das Verständnis von Selbstsicherheit weiter zu vertiefen, folgt im Anschluss ein Exkurs zum Thema Selbstwert und Selbstwertgefühl.

Zur Herleitung eines differenzierten Verständnisses von Selbstwert und Selbstwertgefühl wird zunächst der Begriff des Selbst eingeführt.

Potreck-Rose und Jakob (2013, S. 17) beziehen sich auf die erste psychologische Definition von William James (1892), welche das Selbst als Kenntnis über die eigene Person beschreibt, im Sinne von «I as knower»². Auch Metz-Göckel (2000) wird in diesem Zusammenhang genannt, da diese Auffassung auch in der gegenwärtigen Forschung Beachtung findet (Potreck-Rose & Jacob, 2013, S. 17). Eine weitere Definition liefert Baumeister (1991, S. 315, zitiert nach Flamme, 2019), der das Selbst beschreibt als:

*the totality of you, including your body, your sense of identity, your reputation, and so on. It encompasses both the physical self and the self that is constructed out of meaning.*³ (S. 6)

Diese Definition verdeutlicht die psychische und physische Dimension des Selbst (Flamme, 2019, S. 6). Dabei kann eine Unterscheidung zwischen dem Selbstkonzept und dem Selbstwert vorgenommen werden. Die Verwendung des Begriffs «Selbstwert» in der Einzahl kann als irreführend gelten, da sie den Eindruck vermittelt, es handle sich um einen einheitlichen Gesamtwert. Es ist jedoch davon auszugehen, dass eine Person über eine Vielzahl verschiedener Selbstkonzepte und Selbstwerte verfügt. So kann ein Mensch in einem Bereich über einen hohen Selbst-

² «Ich als Wissender» (übersetzt von der Autorin).

³ «Die Gesamtheit von Ihnen, einschliesslich Ihres Körpers, Ihres Identitätsgefühls, Ihres Rufs usw. Es umfasst sowohl das physische Selbst als auch das Selbst, das aus Bedeutung konstruiert ist.» (übersetzt durch die Autorin).

wert verfügen, während dieser in einem anderen Bereich eher gering ausgeprägt ist (Potreck-Rose & Jacob, 2013, S. 19).

Der Selbstwert ist im Menschen selbst verankert, wird jedoch durch soziale Beeinflussungen geprägt und entwickelt. Im Vier-Säulen-Modell von Potreck-Rose und Jacob (2013, S. 68) werden jeweils zwei Säulen dem intrapersonellen Bereich (Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen) und dem interpersonellen Bereich (soziale Kompetenz, soziales Netz) zugeordnet. Nachfolgend werden die vier Säulen näher eingeführt:

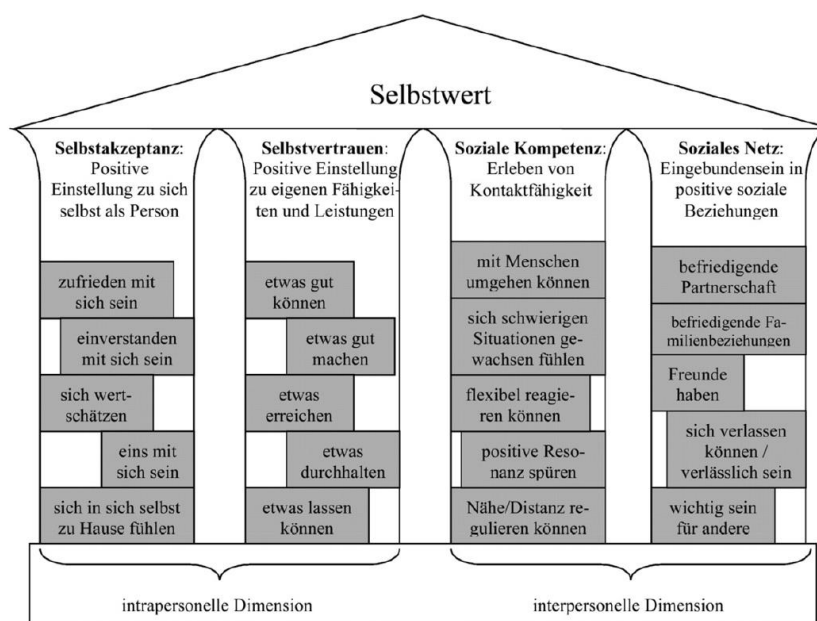


Abbildung 1: Selbstwertmodell auf vier Säulen, Potreck-Rose & Jacob, 2013, S. 69

Entscheidend bei all diesen Fähigkeiten und Fertigkeiten ist nicht deren durchgehend vollständige Präsenz, sondern vielmehr die überwiegende Beherrschung dieser Kompetenzen (Potreck-Rose & Jacob, 2013, S. 71–77).

Selbstakzeptanz: Dieser Begriff lässt sich dem Bereich des Selbstkonzepts und der Selbstwahrnehmung zuordnen. Ein Individuum mit ausgeprägter Selbstakzeptanz verfügt über eine positive Selbstwahrnehmung und ist in der Lage, diese zum Ausdruck zu bringen (Potreck-Rose & Jacob, 2013, S. 69). Ebenso zeigt sich eine Zufriedenheit mit den eigenen persönlichen Äusserungen, Handlungen und Einstellungen, auch dann, wenn herausfordernde Situationen im Zusammenhang mit individuellen Charaktereigenschaften oder Überzeugungen auftreten. Die Person strebt überwiegend danach, so zu sein, wie sie ist. Dies schliesst ein, achtsam mit den

eigenen Bedürfnissen umzugehen. Sich im eigenen Körper wohlfühlen und mit ihm eine innere Einheit zu bilden, zählt ebenfalls zu dieser Kompetenz (Potreck-Rose & Jacob, 2013, S. 71). Es wird von Potreck-Rose und Jacob (2013, S. 69) auf Schütz (2000) Bezug genommen. Demzufolge gehört zur Selbstakzeptanz als zentrale Fähigkeit auch, sich selbst mit allen Schwächen anzunehmen (Schütz, 2000, nach Potreck-Rose und Jacob, 2013, S. 69).

Potreck-Rose und Jacob (2013, S. 69) beziehen sich auf Nord-Rüdiger (1996), dass sich Selbstvertrauen vorrangig auf die eigenen Fähigkeiten richtet. Zudem werden im Rahmen des Selbstvertrauens eigene Leistungen und Einstellungen positiv bewertet (Potreck-Rose & Jacob, 2013, S. 69). Weiterhin umfasst es die Gewissheit, sich selbst etwas zuzutrauen, Neues auszuprobieren und die Fähigkeit, Lernschritte und Herausforderungen zu bewältigen, Ziele zu verfolgen, Erfolge zu erleben sowie mit Frustrationen umzugehen und dennoch beharrlich an Vorhaben festzuhalten. Auch die Fähigkeit, Handlungen auf Grundlage eigener Einschätzungen vorzunehmen, ist Teil dieses Aspekts (Potreck-Rose & Jacob, 2013, S. 72). In diesem Zusammenhang führen Potreck-Rose und Jacob (2013, S. 72) aus, dass nach Schütz (2000) Fehler bei einem stabilen und positiven Selbstwert angenommen werden können, wie auch die Tatsache, nicht perfekt zu sein. Werden Fehler gemacht, ist weder eine Entwertung der eigenen Person noch eine Rechtfertigung der Handlungen erforderlich. Auch Schuldzuweisungen an andere bleiben in einem solchen Fall aus.

Zusammenfassend bezeichnet Selbstvertrauen die Wertschätzung und das bewusste Wahrnehmen eigener Kompetenzen und Ressourcen sowie das Vertrauen darauf, zukünftigen Anforderungen gewachsen zu sein (Potreck-Rose & Jacob, 2013, S. 72).

Soziale Kompetenz ist die Fähigkeit in Kontakt zu anderen Personen oder Gruppen zu treten (Potreck-Rose & Jacob, 2013, S. 70). Dazu zählt die Fähigkeit, in herausfordernden Situationen mit beteiligten Personen angemessen umzugehen und sich flexibel an eigene Handlungs- und Verhaltensweisen anzupassen. Ebenso umfasst sie die Kompetenz, sich individuell auf verschiedene Situationen und Personen einzulassen. Soziale Kompetenz schliesst darüber hinaus ein, eigene Grenzen zu setzen, die daraus resultierenden Konsequenzen zu ziehen und zu tragen sowie die Grenzen anderer Menschen zu respektieren und auszuhalten. Eine

weitere wesentliche Komponente stellt die Fähigkeit zur Regulation von Nähe und Distanz dar (Potreck-Rose & Jacob, 2013, S. 72).

Soziales Netz: Das genannte Modell versteht darunter die Fähigkeit, soziale Beziehungen aufrechtzuerhalten und in herausfordernden Situationen Unterstützung zu erhalten (Potreck-Rose & Jacob, 2013, S. 70). Dazu zählt auch die Pflege bestehender Beziehungen zu Freundinnen und Freunden, Familienmitgliedern sowie Partnerinnen oder Partnern. Im Mittelpunkt steht dabei die Verlässlichkeit als Kennzeichen für die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen (Potreck-Rose & Jacob, 2013, S. 76–77).

Dieses Modell des Selbstwertgefühls weist mehrere Parallelen zur sexuellen Selbstsicherheit im Sexocorporel nach Jean-Yves Desjardins auf. Im Nachfolgenden werden einige Parallelen aufgegriffen, ohne den Anspruch auf Vollständigkeit:

Eine der zentralen Kompetenzen innerhalb der sexuellen Selbstsicherheit besteht in der bewussten Wahrnehmung und Anerkennung eigener Stärken sowie in der Fähigkeit, auf sich selbst stolz zu sein. Dieser Aspekt lässt sich auch im Konzept des Selbstwertgefühls unter der Kategorie Selbstvertrauen wiederfinden. Eine weitere Parallele zeigt sich in der Bereitschaft, sich auf etwas einzulassen, ohne den Ausgang bereits zu kennen - und dennoch den Mut aufzubringen, diesen Schritt zu wagen. Beide Konzepte nehmen Bezug auf eine positive Selbstwahrnehmung. Dazu gehört auch eine Zufriedenheit mit dem eigenen äusseren Erscheinungsbild, den persönlichen Einstellungen, Haltungen und Merkmalen. Im sexuellen Kontext kann dies als ein Gefühl von Zufriedenheit oder Stolz im Hinblick auf die eigene Weiblichkeit oder Männlichkeit verstanden werden. Sich selbstsicher in Interaktionen zu zeigen, ist ein weiterer Aspekt, der beide Konzepte miteinander verbindet.

In der theoretischen Fundierung des Modells Sexocorporel wird explizit betont, dass es nicht ausschliesslich um eine Verbesserung der Techniken geht, sondern darum, die Person und ihre Muster auch auf emotionaler Ebene und der Beziehungsebene mittels körperorientierter Interventionen zu erreichen (Bischof, 2020, S. 426–429). Auf dieser Grundlage wird deutlich, dass sexuelle Selbstsicherheit als ein Teil des Selbstwertgefühls verstanden werden kann.

Diese Verknüpfung wird ebenso von Flamme (2019) in ihrer Masterarbeit dargelegt (S. 6–8).

2.4 Genitales Selbstbild

«(...) how a woman feels and behaves in relation to her genitals»⁴ (Berman & Windecker, 2008, S.199).

Das genitale Selbstbild beschreibt die individuell erlebte Einstellung, Wahrnehmung und Beziehung einer Frau zu ihren eigenen Genitalien. Dieses Konzept baut direkt auf den zuvor erläuterten Elementen des Modells Sexocorporel (vgl. Kapitel 2.3) auf - insbesondere auf dem Gefühl der Zugehörigkeit zum eigenen sexuellen Körper (2.3.4.1) sowie der sexuellen Selbstsicherheit (2.3.4.2). In Kapitel 2.2 wird die Beziehung zum eigenen Genital als emotional geprägt und erfahrungsbasiert beschrieben. Diese Beziehung bildet eine zentrale Grundlage für die Entwicklung des genitalen Selbstbildes. Das Konzept umfasst Aspekte wie die Empfindung, das äussere Erscheinungsbild, die körperliche Verbundenheit sowie die Wahrnehmung der Genitalien. Das genitale Selbstbild kann dabei als ein spezifischer Teilbereich des allgemeinen Körperbildes verstanden werden (Böhm, 2023, S. 15).

Ein bedeutender Faktor für das psychische und physische Wohlbefinden ist die individuelle Haltung zum eigenen Geschlecht, sei sie positiv, negativ oder neutral. Ein negativ geprägtes genitales Selbstbild bei Frauen kann potenziell eine einschränkende Wirkung auf die gelebte Sexualität ausüben. Wird ein Gefühl des Unwohlseins in Bezug auf das eigene genitale Selbstbild empfunden, kann dies das sexuelle Verlangen hemmen und sich negativ auf die sexuelle Zufriedenheit auswirken (Schick et al., 2010, S. 394–404). Im Gegensatz dazu kann ein positiv wahrgenommenes genitales Selbstbild das Selbstwertgefühl stärken und das allgemeine gesundheitliche sowie zufriedene Erleben der Frau fördern (Henning, 2019, S. 10–11). Zudem zeigen die Ergebnisse von Schick et al. (2010), dass ein solches positives Selbstbild mit einer erhöhten sexuellen Zufriedenheit einhergehen kann. Frauen mit dieser Wahrnehmung erleben sich selbst als sexuell attraktiv und berichten von einer gelingenderen sexuellen Funktionalität (S. 394–404).

Es kann sein, dass eine Frau die unterschiedlichen Bereiche der äusseren Genitalien verschieden wahrnimmt (Bischof, 2016, S. 185–188).

Studien, die sich mit sexueller Attraktivität befassen, zeigen, dass verschiedene Körperbereiche einer Frau bedeutsam für die Bewertung der eigenen Attraktivität

⁴ «Wie eine Frau sich in Bezug auf ihre Genitalien fühlt und verhält.» (übersetzt durch die Autorin).

sind. Die äusseren Genitalien (Vulva) werden dabei fokussiert (Henning, 2019, S. 11). Die mit der negativen Wahrnehmung des weiblichen äusseren Genitals einhergehende Beklommenheit lässt sich nach Berman und Windecker (2008) insbesondere auf Faktoren wie das äussere Erscheinungsbild, die Grösse und den Geruch zurückführen (S. 199–207). Dies kann möglicherweise zu einer Hemmung oder Angst führen, die Genitalien zu zeigen. Solche Empfindungen können eine einschränkende Wirkung auf die sexuelle Funktionalität im gelebten Sexualleben haben (Wiederman et al., 1990, S. 88–102). Dabei ist zu berücksichtigen, dass unterschiedliche Generationen jeweils durch die in ihrer Epoche vorherrschenden Schönheitsideale geprägt sein können. Zudem ist bislang nicht abschliessend geklärt, ob unterschiedliche im Lebensverlauf gemachte Erfahrungen Veränderungen oder Weiterentwicklungen im Hinblick auf das genitale Selbstbild anstossen (Hustad et al., 2022, S. 1383–1384). Das genitale Selbstbild unterliegt sowohl kulturellen Unterschieden als auch einer individuellen Ausprägung. Es kann aus verschiedenen Gründen entstehen und muss nicht zwangsläufig mit dem tatsächlichen Aussehen der Genitalien in Verbindung stehen (Henning, 2019, S. 83–84).

Erkrankungen oder andere Ereignisse, welche die Genitalien betreffen oder eine Veränderung am eigenen Genital hervorrufen, können das Körperbild erheblich beeinflussen und sich negativ auf die sexuelle Identität auswirken. Solche Erfahrungen sind häufig mit gesellschaftlichen Tabus belegt, was den offenen Umgang zusätzlich erschwert (Barinoff, 2020, S. 61).

2.5 Verknüpfung von sexueller Selbstsicherheit mit dem genitalen Selbstbild

Zum gesunden Narzissmus gehört neben der Entwicklung eines positiven Selbstbilds wie im Kapitel «Sexuelle Selbstsicherheit» (siehe Kapitel 2.3.4.2.) bereits eingeführt, auch ein positiver Bezug zum eigenen Genital. Damit ist die Akzeptanz des äusseren Erscheinungsbildes von Vulva und Vagina gemeint. Ein gering ausgeprägter positiver Narzissmus kann zu Gefühlen von Unzulänglichkeit und Unzufriedenheit führen (Académie du Sexocorporel Desjardins & Ziss, 2010, nach Schenk, 2017, S. 19). Ein positives Selbstbild bzw. ein positives genitales Selbstbild wirkt unterstützend auf die sexuelle Selbstsicherheit. Bereits in Kapitel 2.4 wurde deutlich, dass die subjektive Wahrnehmung der Vulva Auswirkungen auf die sexuelle Funktionalität und Zufriedenheit haben kann. Diese Aspekte stehen

wiederum im direkten Zusammenhang mit den in Kapitel 2.3.4.2 dargestellten Merkmalen sexueller Selbstsicherheit im Sexocorporel-Modell.

Daraus lässt sich ableiten, dass ein positives Selbstbild der eigenen Vulva mit einer gesteigerten Selbstsicherheit im Umgang mit dem eigenen Genital einhergehen kann. Frauen mit einer solchen Wahrnehmung zeigen häufiger Stolz auf ihr Genital und verfügen über die Fähigkeit, sich als erotisch kompetent zu erleben und diese Kompetenz zum Ausdruck zu bringen.

Eine weitere bedeutende Wechselwirkung und zentrale Verbindung zeigt sich in der Erotisierung des eigenen Körpers, wobei das Genital miteingeschlossen ist (Bischof et al., 2020a, S. 14–15). Dieser Zusammenhang wird dem Aspekt des Gefühls der Zugehörigkeit zum eigenen sexuellen Körper zugeordnet, wie bereits im Kapitel «Gefühl der Zugehörigkeit zum eigenen Körper» (siehe 2.3.4.1) dargestellt. Daraus ergibt sich die Annahme, dass bestimmte Lernschritte zur Verankerung im eigenen Körper und im eigenen Geschlecht erforderlich sind, um eine Erotisierung zu ermöglichen. Durch diesen Aneignungsprozess entwickelt sich die Fähigkeit zur Ausbildung eines positiven Selbstbildes sowie eines positiv wahrgenommenen genitalen Selbstbildes. Liegt hingegen keine Erotisierung des eigenen Körpers vor, kann dies mit Empfindungen von Unweiblichkeit oder Unmännlichkeit einhergehen. Wenn zudem das eigene Genital nicht erotisiert ist und somit als unbewohnt oder unbesetzt erlebt wird, kann dies zur Folge haben, dass eine Identifikation mit dem Genital ausbleibt und dadurch erotische Kompetenzen nicht ausgebildet sind (Bischof et al., 2020c, S. 5). Es ist zu berücksichtigen, dass ein selbstsicheres Auftreten nicht zwangsläufig auf einen erotisierten oder bewohnten Körper hinweist. Auch Personen mit einem stabilen Gesundheitszustand verfügen über die Fähigkeit zur kritischen Reflexion ihrer erotischen Kompetenzen (Bischof et al., 2020a, S. 14). Diese Unterscheidung wird durch die Studie von Amos und McCabe (2016) gestützt, in der ein Zusammenhang zwischen der Selbsteinschätzung der eigenen sexuellen Attraktivität und dem wahrgenommenen genitalen Selbstbild aufgezeigt wird (S. 1249). Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass ein positiv wahrgenommenes genitales Selbstbild oder sein Fehlen einen Einfluss auf die eigene Wahrnehmung der sexuellen Attraktivität während der Intimität hat. Das Erarbeiten und der anschließende Erhalt eines positiv wahrgenommenen genitalen Erscheinungsbildes führen zu einem höheren Selbstwert. Dadurch resultiert eine bewusst empfundene

sexuelle Attraktivität. Daraus lässt sich schliessen, dass durch die Förderung eines positiv wahrgenommenen genitalen Selbstbilds ein wirksamer Einfluss auf den sexuellen Selbstwert und die Bewertung der eigenen sexuellen Attraktivität entsteht. Die Edukation über Anatomie, Funktion und das Erscheinungsbild von «natürlichen» Genitalien aufzuzeigen, könnte ein Ansatz sein, um ein positives genitales Selbstbild zu fördern (Amos & McCabe, 2016, S. 1257).

Abschliessend wird diese Annahme durch Bischof (2024) wie folgt bestätigt:

Die Integration der Vulva und Vagina ins Körperbild sowie deren positive Bewertung und Erotisierung stellen wichtige Lernschritte dar in der weiblichen Sexualität, bei der Entwicklung einer sexuellen Selbstsicherheit und folglich auch in der Sexualtherapie. (S. 156)

2.6 Sexuelle Entwicklung der Frau

Die individuelle sexuelle Entwicklung wird von den Eltern und der Gesellschaft kaum gefördert oder unterstützt, im Vergleich zu den anderen menschlichen Entwicklungsschritten (Gehrig, 2013, S. 2–3). Wie in Kapitel 2.2 beschrieben, bildet die Beziehung zum eigenen Genital eine entscheidende Grundlage für die spätere sexuelle Identitätsbildung. In der theoretischen Perspektive des Sexocorporel (vgl. Kapitel 2.3) wird dieser Entwicklungsprozess als lernbar und lebenslang veränderbar beschrieben - ein Ansatz, der auch das in Kapitel 2.5 behandelte Zusammenspiel von Selbstbild und sexueller Selbstsicherheit miteinbezieht. Viele Entwicklungen der Kinder werden gebannt dokumentiert und gefördert, jedoch begegnen die ersten genitalen Erkundungsversuche zwiespältigen Emotionen. Wenn es zu Entwicklungsverzögerungen kommt, sind Eltern alarmiert. Über den sexuellen Entwicklungsprozess sind sie wenig informiert und auch meist entlastet, wenn sich ihre Kinder wenig mit ihrem Geschlecht auseinandersetzen (Gehrig, 2013, S. 2–3).

Sinnliche Erfahrungen auf körperlicher Ebene sind für ein Baby bereits ab der Geburt durch Temperaturveränderungen, etwa von Wärme zu Kälte, sowie durch Berührungen möglich (Schütz & Kimmich, 2000, S. 41). Im Kleinkindalter beginnt das Kind, seinen Körper spielerisch zu erkunden, wobei es auch die Genitalien entdeckt und dabei erste lustvolle Erfahrungen macht. Die elterliche Reaktion auf dieses Verhalten nimmt Einfluss auf die Bewertung und den Umgang mit Berührungen, was wiederum das Körpergefühl prägt und den Zugang zum eigenen

Geschlecht beeinflusst. Eine bejahende Haltung und positive Rückmeldung in Bezug auf die Geschlechtsorgane fördern die Entstehung eines positiven Körpergefühls bei Berührungen (Schütz & Kimmich, 2013, S. 33–47; 65–66). Neben den Rückmeldungen durch enge Bezugspersonen sowie der selbstverständlichen Integration des Geschlechts in körpernahe Spiele sind auch ausreichende Explorationsmöglichkeiten und ein angemessener zeitlicher Rahmen entscheidend für die gelingende Integration und Erforschung des eigenen Erregungsreflexes. Mitunter überträgt die Mutter des Kindes unbewusst eine abwertende Haltung gegenüber dem Intimbereich auf ihre Tochter. Kinder nehmen wahr, wenn für die Vulva keine Worte gefunden werden, während für andere Körperregionen Freude zum Ausdruck kommt. Diese Erfahrung beeinflusst die eigene Werthaltung sowie die Verknüpfung von Sinneseindrücken mit sprachlicher Benennung im Alter von etwa zwei Jahren (Bischof, 2010, S. 8–9). Das sprachliche Benennen der Körperteile unterstützt einen affirmativen und lustvollen Umgang mit den äusseren Geschlechtsorganen und wirkt prägend auf die eigene Sexualität (Schütz & Kimmich, 2013, S. 33–35).

Mädchen sehen ihre äusseren Genitalien nicht ohne einen Spiegel. Sie kennen die anatomischen Gegebenheiten weder beim Urinieren noch beim Stuhlgang. Deshalb gehen sie davon aus, dass die Exkremente aus der Vulva kommen. Dies hat zur Folge, dass sie die Vulva mit Ekel verbinden (Schütz & Kimmich, 2013, S. 36–37).

Krüger-Kirn (2016) beschreibt, dass Mädchen zu Beginn ihrer Entwicklung einen positiven und lustbetonten Zugang zum eigenen Körper haben. Im Verlauf des Heranwachsens nimmt dieser jedoch ab, da kulturelle Vorstellungen von Weiblichkeit zunehmend in die psychosexuelle Entwicklung Einfluss nehmen. Insbesondere während der Adoleszenz wird die selbstbestimmte Aneignung des eigenen sexuellen Begehrens häufig unterdrückt oder durch gesellschaftliche Tabuisierungen und die damit verbundenen Wertungen erschwert (S. 76–80, 132–133, 136–139, 238–242).

Die weibliche Genitalität wird häufig nicht primär mit Lust assoziiert, sondern vielmehr als eine Quelle von Unbehagen und Leid wahrgenommen (Flaake, 2004, S. 55–59). Daher stellen junge Frauen ihr Genital meist erst mit der Menstruation und den damit einhergehenden Schmerzen und Blutungen in einen Bezug oder teilweise sogar im Zuge einer erstmaligen sexuellen Begegnung (Bischof, 2024, S.

155–156; Schiffan, 2018, S. 169). Nach Schiffan (2018) kann ein unscharfes Bewusstsein der eigenen Vulva bis ins höhere Alter vorkommen (S. 169). Dies könnte nach Bischof (2008) daran liegen, dass Frauen teilweise ein ungenaues Bild ihrer Vulva und des eigenen Innenraums der Vagina haben, da nur eine marginale Anzahl von Frauen ihre Vagina und Vulva mit dem Finger erkunden, folglich ein sogenanntes Mapping machen (S. 13).

Im Verlauf des Lebens wirken sich die gemachten Erfahrungen sowohl auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers als auch auf die sexuelle Erlebniswelt aus (Tschudin, 2016, S. 208). Körperliche Veränderungen, wie beispielsweise Erkrankungen, Schwangerschaften oder andere einschneidende Ereignisse, können das Erleben des eigenen Körpers beeinflussen und somit auch Auswirkungen auf die gelebte Sexualität haben. Das Zusammenspiel unterschiedlicher Einflussfaktoren regt sexuelle Lernprozesse an und fordert sie zugleich heraus. Dieser kontinuierliche Lernprozess fördert eine individuelle und vielschichtige Entwicklung (Sparmann, 2017, S. 259).

2.7 Female Genital Mutilation/Cutting

Unter dem Begriff «weibliche Genitalbeschneidung» wird verstanden, dass nicht medizinisch begründbare Eingriffe an dem äusseren weiblichen Geschlecht durchgeführt werden. Zu den Folgen: Eine *teilweise oder vollständige* Entfernung des äusseren weiblichen Genitals oder eine andere Verletzung am äusseren Genital (Abdulcadir et al., 2023, S. 5). Dies führt meist zu veränderten Erscheinungsbildern der äusseren Genitalien.

WHO (2024) unterscheidet vier unterschiedliche Typen und mögliche dazugehörige Unterformen. Die vier Typen mit den Unterformen bilden die Vielfalt nicht ab, geben aber eine Einteilung der gängigsten Varianten (Schnüll, 2003, S. 27). Der Beschneidungstyp variiert nach Gebiet, ethnischer Zugehörigkeit, Sippe und Beschneiderin, ebenso das Durchführungsalter von FGM/C (Abdulcadir et al., 2023, S. 8; Rahman & Toubia, 2000, nach Utz-Billing & Kentenich, 2013, S. 196). Beschnittene Frauen können auf unterschiedliche Art und Weise von psychischen und physischen Auswirkungen betroffen sein (Abdulcadir et al., 2023, S. 9).

2.7.1 Female Genital Mutilation/Cutting - Klassifikationen

Wie oben eingeführt, gibt es vier Beschneidungstypen. Im Nachfolgenden werden diese eingeführt:

Tabelle 1: Übersicht der WHO-Klassifikation der weiblichen Genitalbeschneidung (FGM/C) mit den vier Haupttypen

Typ I	Teil oder vollumfängliche Extraktion der äusseren sichtbaren Klitoris sowie der Vorhaut der Klitoris
Typ II	Teil oder vollumfängliche Extraktion der äusseren sichtbaren Klitoris und der inneren Labien sowie teilweise der äusseren Labien
Typ III	Extraktion der inneren sowie der äusseren Labien und teilweise wird die äussere Klitoris entfernt. Darauf folgt die Infibulation durch das Zusammenheften der entstandenen Wundränder. Dies führt zu einer Begrenzung der Vaginalöffnung.
Typ IV	Beinhaltet die weiteren Methoden von FGM/C wie zum Beispiel «Einstechen» in das äussere weibliche Genital.

(Abdulcadir et al., 2023, S. 5)

2.7.2 Aktueller Forschungsstand

Bisher existieren nur wenige Studien, die sich explizit mit dem genitalen Selbstbild von Frauen mit FGM/C auseinandersetzen. Von der Autorin konnten lediglich zwei Arbeiten identifiziert werden, welche diesen Aspekt in den Mittelpunkt stellen und untersuchen. Dies unterstreicht den bisher geringen Forschungsstand auf diesem Gebiet. Im Folgenden werden die beiden Studien näher erläutert.

Die Studie aus dem Jahre 2020 von Rouzi et al. unter dem Titel «Female Genital Self-Image in Women With and Without Female Genital Mutilation/Cutting in Jeddah, Saudi Arabia» in Zusammenarbeit mit der gynäkologischen Klinik des King Abdulaziz Universitätskrankenhauses wurde von Dezember 2016 bis August 2017 mittels Umfragen durchgeführt. Ziel der Studie war es, das genitale Selbstbild sowohl von Frauen mit FGM/C-Erfahrung als auch von nicht betroffenen Frauen zu untersuchen. Insgesamt nahmen 963 erwachsene Frauen teil, davon waren 756 nicht von einer weiblichen Genitalbeschneidung betroffen und 175 gaben an, betroffen zu sein. Zur Erhebung wurde die Female Genital Self-Image Scale (FGSIS) verwendet. Die Datenerhebung erfolgte über Selbstberichte, einschliesslich der Angabe des jeweiligen FGM/C-Typs (S. 752–754).

Die Studie verdeutlicht, dass die Auswirkungen von FGM/C auf die sexuelle Funktion zunehmend erforscht werden, während über mögliche Einflüsse auf das weib-

liche genitale Selbstbild bislang nur wenig bekannt sind (Rouzi et al., 2020, S. 752). Frauen, die eine höhere Zufriedenheit mit ihrem eigenen genitalen Selbstbild angeben, sind tendenziell häufiger sexuell aktiv als jene mit einer geringeren Zufriedenheit (Rowen et al., 2018, S. 702–703).

Des Weiteren wurde in dieser Untersuchung festgestellt, dass Frauen mit und ohne eine Betroffenheit von FGM/C einen annähernd identischen durchschnittlichen Wert vom FGSIS erzielten (Rouzi et al., 2020, S. 755). Die Studie spricht von einem «similarly positive genital self-image» (Rouzi et al., 2020, S. 755). Demzufolge liess sich kein statistisch oder klinisch signifikanter Unterschied feststellen. Die Studie kommt zum Schluss, dass die befragten Frauen, unabhängig davon, ob sie beschnitten sind oder nicht, ein ähnlich positives genitales Selbstbild haben. Es wurde nur ein Aspekt deutlich: Frauen mit einem höheren Bildungsabschluss (universitäre Bildung) haben im Durchschnitt einen höheren FGSIS-Wert im Vergleich zu Frauen ohne tertiäre Bildung (Rouzi et al., 2020, S. 755).

Nach dem Wissen der Forschenden handelt es sich um die erste Untersuchung, die den Zusammenhang zwischen weiblicher Genitalbeschneidung und dem genitalen Selbstbild analysiert. Die Ergebnisse liefern erste Hinweise auf eine bedeutsame Verbindung zwischen FGM/C und dem genitalen Selbstbild. Um diesen Zusammenhang jedoch in seiner ganzen Komplexität zu erfassen, sind weitere Studien und vertiefende Forschungsprojekte erforderlich. Die Grenzen dieser Studien bestehen darin, dass keine Erhebung der Sexualfunktion vorgenommen wurde und dass sie auf Daten aus Selbstberichten stammen, inklusive des FGM/C Typus. Weiter handelt es sich um eine *explorative Querschnittsstudie* und die Autoren und Autorinnen verweisen darauf, dass keine Rückschlüsse auf die Ursächlichkeit gezogen werden können (Rouzi et al., 2020, S. 755).

Zwei Schwachpunkte der vorherigen Studie werden von der zweiten Studie unter dem Titel «The Impact of Female Genital Mutilation on Sexual Function: A Study Conducted in Rural Sudan» aufgegriffen, indem sie gynäkologische Untersuchungen zur Bestimmung des Beschneidungstypus nach den Klassifikationen der WHO nutzt. Zudem hat diese Studie das Ziel, den Einfluss von weiblicher Genitalbeschneidung im Kontext der sexuellen Funktion zu untersuchen unter Einbezug des genitalen Selbstbildes (Dura et al., 2023, S. 1–3).

Die Untersuchung fand von Juli 2020 bis März 2021 mit weiblichen Probanden aus dem Sudan im Alter von 17 bis 38 Jahren statt. Die Frauen wurden rekrutiert, als sie die gynäkologische Ambulanz in Istanbul zur Gesundheitsuntersuchung aufsuchten, wo die Autoren und Autorinnen tätig waren. Aufgrund dessen liessen sich 211 Frauen für die Untersuchung rekrutieren. Von FGM/C waren 113 Frauen betroffen. Die von FGM/C betroffenen Frauen wurden gemäss den FGM/C-Typen der WHO klassifiziert: 23 Frauen Typ I, 56 Frauen Typ II und 34 Frauen Typ III. Der Female Sexual Function Index (FSFI) und der FGSIS-Umfragebogen in arabischer Version wurden in beiden Gruppen für die Studie verwendet (Dura et al., 2023, S. 1–4).

Durch diese Studie wurde erkannt, dass im Vergleich von unbeschnittenen und beschnittenen Frauen im Kontext der sexuellen Funktion, die Werte der beschnittenen Frauen merklich tiefer sind. Die Gruppe ohne eine Betroffenheit von FGM/C erlangte einen signifikant höheren Wert in den Kategorien des FSFI «Erregung», «Verlangen», «Lubrikation», «Schmerz» und «Orgasmus». Die Kategorie «Zufriedenheit» stellte hierbei eine Ausnahme dar, weil es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen gab. Insgesamt erzielte die Gruppe der nicht beschnittenen Frauen höhere FSFI-Werte über alle Messbereiche hinweg. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass Frauen mit FGM/C in ihrer sexuellen Funktion nachweislich eingeschränkt sind, insbesondere bei Typ III. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass der FGSIS-Wert in signifikanter Weise von der jeweiligen FGM/C-Klassifikation abhängt. Frauen mit Typ III zeigten deutlich niedrigere FGSIS-Gesamtwerte im Vergleich zu den befragten Frauen mit Typ I und II (Dura et al., 2023, S. 5-8).

Die Forschungsarbeit zeigte, dass die betroffenen Frauen, obschon die weibliche Beschneidung als gesellschaftliche Norm Akzeptanz findet, ihr genitales Selbstbild häufig mit den Gefühlen wie Unwohlsein und Unbehagen verknüpfen (Dura et al., 2023, S. 7).

Das Ergebnis verdeutlicht eindeutig, dass die Anatomie im Genitalbereich sowie die Sexualphysiologie durch den Gewebeverlust aufgrund der Beschneidung beeinträchtigt sind. Anhand der Analyse der FSFI-Werte in Verbindung mit dem Rückgang der FGSIS-Werte bei Frauen, die eine weibliche Genitalbeschneidung durchlaufen haben, lässt sich eindeutig feststellen, dass diese Frauen mit ihrem genitalen

Selbstbild unzufrieden sind. Es könnte darauf hindeuten, dass Frauen, die von weiblicher Genitalbeschneidung betroffen sind, diese Praxis nicht als Norm akzeptieren, obwohl die vorherrschende Gesellschaft im Sudan sie als solche betrachtet (Dura et al., 2023, S. 7). In dieser Untersuchung wurde festgestellt, dass die sexuelle Funktion von Frauen ausserhalb der FSFI-Kategorie «Verlangen» in Wechselwirkung mit ihrem genitalen Selbstbild steht. Für eine positive sexuelle Erfahrung ist ein positives genitales Selbstbild relevant (Amos & McCabe, 2016, S. 1257).

Auch diese Studie ist, ähnlich wie die erste Untersuchung von Rouzi et al. (2020), durch die Verwendung von Selbstauskunftsfragebögen eingeschränkt, was potenziell zu sozial erwünschten Verzerrungen führen kann. Die an der Studie beteiligten Personen erkennen zudem die tief verwurzelte kulturelle Praxis von FGM/C an. Aufgrund des sozialen Drucks könnten die befragten Frauen möglicherweise zögerlich gewesen sein, negative Angaben zu machen. Darüber hinaus könnten die Ergebnisse der Studie aufgrund des angewandten Samplingverfahrens und der Teilnahmevoraussetzungen nicht ohne Weiteres auf die Gesamtheit aller Frauen mit FGM/C übertragen werden. Die Initiierung weiterer Forschungsarbeiten über den Einfluss weiblicher Genitalbeschneidung auf Sexualität, sexuelle Funktion und das genitale Selbstbild ist daher von grosser Bedeutung (Dura et al., 2023, S. 8).

Aus den vorliegenden zwei Studien kann kein klarer Schluss gezogen werden, ob FGM/C einen Einfluss auf das genitale Selbstbild hat. Dadurch lässt sich lediglich eine Forschungslücke aufzeigen. Wie in beiden Studien genannt, sind weitere Forschungsarbeiten zum Thema erforderlich.

3 Methode

Das nachfolgende Kapitel erläutert das methodische Vorgehen der vorliegenden Studie zur Beantwortung der zentralen Forschungsfragen. Zuerst werden die grundlegenden datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen und die forschungsethischen Überlegungen erläutert, die im Umgang mit sensiblen personenbezogenen Daten besonders wichtig sind. Danach wird das Forschungsdesign ausführlich erläutert. Im Anschluss wird die Vorgehensweise zur Anwerbung der Teilnehmenden und die ausgewählte Stichprobe beschrieben. Anschliessend werden die Struktur, der Ablauf und die methodische Umsetzung der leitfadengestützten

Interviews verständlich erläutert. Zum Abschluss werden die verwendeten Methoden zur Transkription und zur qualitativen Analyse des Datenmaterials erklärt.

3.1 Datenschutzrechtliche und forschungsethische Aspekte

Zu Beginn des Interviews erhalten die Teilnehmenden zwei Dokumente: zum einen Informationen über die Erhebung und Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten, zum anderen eine schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der Masterarbeit. Diese Unterlagen sind im Anhang F und G beigelegt. Darin werden sowohl der Zweck der Erhebung als auch die Rechte der Befragten ausführlich erläutert. Mit dem Ausfüllen der Einverständniserklärung erklären die Teilnehmerinnen ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie. Zusätzlich wird ihnen vor Beginn erneut erläutert, dass im Verlauf des Interviews auch intime Themen angesprochen werden können. Die Teilnahme an den Interviews erfolgt freiwillig und ist nicht invasiv. Die Befragten können jederzeit selbst bestimmen, wie viel sie preisgeben möchten. Während des Gesprächs haben sie die Möglichkeit, eine Pause einzulegen oder das Interview abubrechen.

Falls erforderlich, werden die Interviews mit Unterstützung kultursensibler Dolmetscherinnen durchgeführt, die sowohl als Übersetzerinnen als auch als interkulturelle Brückenbauerinnen fungieren. Diese Option wird im Vorfeld besprochen, wobei die Entscheidung bei den Teilnehmerinnen liegt. In diesem Fall nahmen die vier befragten Frauen das Angebot nicht in Anspruch, da sie über ausreichende Deutschkenntnisse verfügten.

Bei Bedarf stellt die interviewführende Person wohnortbezogene Adressen für psychosoziale Beratungsstellen oder Peer-to-Peer-Beratungsangebote zur Verfügung. Nach dem Interview wird den Teilnehmerinnen dieses Unterstützungsangebot nochmals erläutert.

Die Audioaufnahmen der vier Interviews werden auf einer SD-Karte gespeichert. Zum Zweck der Weiterleitung an den Transkriptionsservice (Kontaktdaten und Datenschutzrichtlinien befinden sich im Anhang) werden die Dateien temporär auf den Laptop übertragen und unmittelbar nach dem Versand über WeTransfer wieder gelöscht. Die Transkriptionen der Interviews werden ausschliesslich auf dem privaten Laptop der Verfasserin dieser Masterarbeit sowie auf einer externen Festplatte gespeichert, die nicht transportiert wird. Die Transkripte werden getrennt von den

Kontaktdaten der Interviewteilnehmerinnen aufbewahrt. Die Audioaufnahmen der Einzelinterviews werden nach Abgabe der Masterarbeit gelöscht. Darüber hinaus ist es anhand des verwendeten Materials nicht möglich, Rückschlüsse auf die Identität einzelner Teilnehmerinnen zu ziehen.

Grundlage bildet die forschungsethische Haltung nach Poelchau et al. (2015), welche festhält, dass alle Personen, die in irgendeiner Weise mit Menschen forschen, dazu verpflichtet sind, deren Wohlergehen zu achten und zu schützen. Das durch Forschung gewonnene Wissen darf niemals über die Interessen und das Wohlergehen der befragten Personen gestellt werden. Diese ethischen Grundprinzipien waren somit auch für die Forscherin der vorliegenden Untersuchung verbindlich.

3.2 Forschungsdesign

Die vorliegende Masterarbeit ist eine qualitative empirische Untersuchung mit explorativem Ansatz, die auf teilstrukturierten Interviews basiert. Es soll erfasst werden, wie Frauen, die von FGM/C betroffen sind, ihr eigenes Genital wahrnehmen und ob sie mögliche Interventionen zur Steigerung ihrer sexuellen Selbstsicherheit durch Sexocorporel erkennen können. Dies dient dazu, das Selbstbild der Betroffenen im Hinblick auf ihre Geschlechtsorgane zu stärken. Zur Erarbeitung einer Grundlage wurde zunächst eine Literaturrecherche in verschiedenen Formaten durchgeführt: Google Scholar, Pubmed, Bibliotheken und Quellen, die über den VPN von FH Merseburg erreichbar sind. Daraufhin hat die Autorin einen Leitfaden für Interviews erstellt. Durch die Erstellung eines halbstrukturierten Leitfadens wird den Befragten die Gelegenheit gegeben, ihre individuelle Meinung frei zu äussern, basierend auf der theoretischen Grundlage, die dem Interviewleitfaden zugrunde liegt (Döring, 2023; Mayring, 2023). Die halbstrukturierten Interviews geben den Rahmen und den Ablauf vor. Sie bestehen aus offenen Fragen. Diese Form lässt eine individuelle Entfaltungsmöglichkeit für spontane Abweichungen zu, in Form von Ergänzungs- und Vertiefungsfragen vom Leitfaden (Döring, 2023). Die Planung der Datenerhebung und -auswertung wurde fortgesetzt. Vor dem Interview oder der Durchführung fand ein Vorgespräch statt, um die Sampling-Marker mit den Interviewpartnerinnen abzugleichen. Im Probeinterview wurde der Interviewleitfaden getestet und verbessert. Teilabschnitte des Interviewleitfadens wurden mit bestimmten Dozentinnen und Kommilitoninnen anschliessend optimiert. Nachfolgend wurden

die strukturierten Interviews in vier Einzelinterviews aufgeteilt und mithilfe von Audioaufnahmen (*Videokamera Zoom Q2n*) dokumentiert. Die Interviews wurden anschliessend vom Transkriptionsservice.ch mit Sitz in Wien transkribiert. Die Auswertung der Daten aus beiden Erhebungsverfahren erfolgte mithilfe der Software MAXQDA sowie anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022). Diese Methode untersucht qualitatives Datenmaterial systematisch und auf Basis zuvor festgelegter, transparenter Regeln (S. 12). Die daraus gewonnenen Ergebnisse wurden im Anschluss interpretiert, um die Forschungsfragen gezielt zu beantworten.

3.3 Rekrutierung und Sampling

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurden vier Frauen mit FGM/C unterschiedlichen Alters interviewt. Gesucht wurden Frauen, die von einer Beschneidung betroffen sind und bereit waren, offen über ihr genitales Selbstbild sowie ihre Wahrnehmungen im Zusammenhang mit ihrer Vulva zu sprechen. Als die Autorin sich mit dem Sampling beschäftigte setzte sie sich zusätzlich mit dem Thema Integration auseinander. In diesem Zusammenhang stiess sie auf einen Beitrag von Claudia Peter (2025), veröffentlicht im ZHAW-Magazin «Sozial». Die ZHAW wurde vom Staatssekretariat für Migration beauftragt, ein Erhebungskonzept für ein Monitoring zu entwickeln, das den Bereich «Zusammenleben» in den Mittelpunkt stellt. Eva Mey, die am Institut für Vielfalt und gesellschaftliche Teilhabe als Professorin tätig ist und auch als Co-Projektleiterin des genannten Auftrags fungiert, betont, dass bei der Messung sozialer Integration zwangsläufig ein ethisch heikles Gebiet berührt wird. Deshalb sollte bei der sozialen Integration auf individuelle Vorlieben, Eigenschaften und Beziehungen Rücksicht genommen werden. Diese befinden sich jedoch unter dem individuellen Recht. Zu diesen Angelegenheiten hat der Staat nichts zu sagen. Der gesellschaftliche Umgang mit reinen Zahlen allein reicht nicht aus, um nach Eva Mey voranzukommen, weshalb die Qualität der Beziehungen in der Regel wichtiger ist als die Quantität. Es ist wichtig, auch andere komplexe Aspekte mit verschiedenen variierenden Kriterien und Strukturbedingungen zu berücksichtigen, die entweder die soziale Integration fördern oder erschweren können (Peter, 2025, S. 7–8).

Irgendwann wechsle es, dann lebe man eher das man bloss überlebe, und man werde Teil der Gesellschaft: So beschreiben geflüchtete Menschen den Prozess der sozialen Integration. (Peter, 2025, S. 7).

Die bisher angewendete enge Definition von sozialer Integration beruhte auf der Vorstellung von Assimilation, bei der insbesondere Kenntnisse über schweizerische Gepflogenheiten sowie die Anzahl der Kontakte zu Einheimischen vorausgesetzt wurden. Angesichts des hohen Anteils von Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweizer Bevölkerung gilt dieses Verständnis heute als überholt. Zudem weisen Forschungsergebnisse, insbesondere nach Mey, deutlich darauf hin, dass für die psychische Gesundheit das Eingebundensein in eine Gemeinschaft mit gleicher Herkunft eine zentrale Rolle spielen kann. Erst dadurch wird der Prozess des Ankommens und das Einlassen auf das Aufnahmeland überhaupt möglich. Gesellschaftliche Teilhabe ist dabei stets als ein wechselseitiger Prozess zu verstehen (Peter, 2025, S. 7–8).

Beim Sampling wurde deshalb gezielt darauf geachtet, Frauen auszuwählen, die bereits seit mehreren Jahren in der Schweiz leben und sowohl im Aufnahmeland als auch im Herkunftskontext gesellschaftlich angekommen sind. Es sollten keine Frauen befragt werden, die sich noch ausschliesslich im Überlebensmodus befinden oder vollständig vom Ankommensprozess absorbiert sind. Diese Auswahl erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die interviewten Frauen über ausreichende Ressourcen verfügen, um sich mit Themen wie dem genitalen Selbstbild bewusst auseinanderzusetzen. Dabei wurde nicht allein auf die Anzahl der Aufenthaltsjahre abgestellt, sondern darauf geachtet, dass gesellschaftliche Teilhabe aktiv gelebt wird und ein integraler Bestandteil ihres Lebens ist.

Die Interviewpartnerinnen konnten auf verschiedene Weisen rekrutiert werden: zum einen über Aushänge (siehe Anhang D), in einer Peer-to-Peer Beratung, durch den Versand von E-Mails an Multiplikatorinnen, private Kontakte sowie den erweiterten Bekanntenkreis; zum anderen durch zufällige Begegnungen bei einem Anlass. Bis zur Mitte des Monats April entsprachen fünf von sechs Personen den Kriterien. Von ihnen waren vier bereit, sich auf das Interview einzulassen.

Mit den befragten Frauen wurde im Vorfeld ein kurzes Gespräch geführt, in dem der Zweck der Masterarbeit erläutert und überprüft wurde, ob sie die Kriterien für die Teilnahme an der Studie erfüllten. Das Sampling erfolgte überwiegend zufällig.

Nach dem Erstkontakt wurde ein Interviewtermin vereinbart, bei dem offene Fragen geklärt werden konnten. Eine Woche vor dem Interview-Termin bekamen sie die Dokumente für die *«Informationen über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten»* und *«Schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Interview zur Masterarbeit»* digital zugesendet. Eine der Interviewpartnerinnen hat sich kurzfristig gemeldet. Bei ihr wurden die zwei vorher erwähnten Dokumente vor dem Vorgespräch zugesendet. Dies gibt den Teilnehmenden die Möglichkeit vor dem Interview allfällige Fragen mit der Interviewerin zu klären.

Den Teilnehmerinnen der Untersuchung wurden die Bezeichnungen Frau Gold, Frau Grün, Frau Blau und Frau Braun zugeteilt. Diese sollten ihre Anonymität schützen. Die Teilnehmerinnen sind im Alter zwischen 30 bis 55 Jahren.

Nachdem das Sampling durchgeführt worden war, wurde der Autorin klar, dass die Interviewpartnerinnen einen höheren Bildungsabschluss haben, nämlich Mitarbeiterinnen in der Pflege und Kulturübermittlerinnen. Alle Teilnehmenden verfügen zufällig über Vorwissen zu weiblichen Genitalien, sei es durch persönliche Erfahrungen, beruflichen Hintergrund oder privates Interesse. Diese Faktoren könnten zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben, da sich Personen gemeldet haben, die den Mut aufbringen, über ein doppeltes Tabu, nämlich Sexualität und das genitale Selbstbild nach FGM/C, zu sprechen.

Die Schriftstellerin hätte möglicherweise das Vorwissen der Teilnehmenden durch die Durchführung eines vorgängigen Workshops mit dem Titel *«Einführung zum weiblichen Körper»* erweitern können. Diese Massnahme hätte den Teilnehmenden wertvolle Erkenntnisse und das Fachvokabular über den weiblichen Körper vermittelt. Möglicherweise hätte dieses Vorgehen noch andere Interessenten angesprochen und die Interviews positiv beeinflusst.

3.4 Interviewdurchführung

Zu Beginn des Interviews wurde die befragte Person freundlich begrüsst. Nach dem Ankommen wurde ein erstes Gespräch zur Kontaktaufnahme (Joining) eingeleitet. Anschliessend wurden den Interviewpartnerinnen zwei Dokumente vorgelegt: die *«Informationen über die Erhebung und Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten»* sowie die *«schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen» der Masterarbeit*. Vor der Unterzeichnung wurden offene

Fragen beantwortet und die Inhalte der Dokumente nochmals kurz zusammengefasst.

Nach Döring (2023) sind geeignete Rahmenbedingungen wie die Wahl eines passenden Termins, der zeitliche Ablauf, eine sichere Umgebung sowie das Vermeiden von Zeitdruck entscheidend für den Erfolg eines Interviews. Aus diesem Grund wurde der Beginn der Interviews in Rücksichtnahme auf den Ramadan auf April 2025 verlegt. Sowohl der Zeitpunkt als auch die örtlichen Präferenzen der Gesprächspartnerinnen wurden berücksichtigt, um deren individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden.

Ein persönliches Interview stellte die einzige Voraussetzung der durchführenden Person dar, da nur unter diesen Umständen eine angemessene Gesprächsatmosphäre geschaffen werden konnte, die sowohl Nähe zur befragten Person als auch einen geeigneten Rahmen für das sensible Thema ermöglichte. Die Interviews fanden an unterschiedlichen Orten statt. Dazu zählten das Büro der durchführenden Person, das häusliche Umfeld der Interviewpartnerinnen sowie separat angemietete Therapieräume in unmittelbarer Nähe der Befragten. Nach jeder Antwort wurde bewusst eine kurze Pause eingeplant, um Raum für eventuelle Ergänzungen zu lassen. Gleichzeitig wurden auffällige nonverbale Signale wie Gestik und Mimik sowie sprachliche Besonderheiten von der durchführenden Person schriftlich festgehalten.

Die Audioaufnahmen der Interviews wurden mit der Videokamera «Zoom Q2n» aufgezeichnet. Nach dem Versand an den Transkriptionsservice wurden die Dateien vom Laptop gelöscht, um eine unbeabsichtigte Speicherung auf externen Datenträgern zu verhindern. Die Daten verblieben bis zum Erhalt der Transkription ausschliesslich auf der SD-Karte der Kamera und wurden im Anschluss auch dort vollständig gelöscht. Dies wird auch im Dokument *«Informationen über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten»* in den Punkten 4 und 5 aufgegriffen.

3.5 Transkription und Auswertungsvorgehen (Datenanalyse)

Die Transkription der Interviews wurde vom Dienstleister transkriptionsservice.ch vorgenommen. Dabei kam eine vereinfachte Transkriptionsregel zur Anwendung, die sich am inhaltlich-semanticen Transkriptionsansatz nach Dresing und Pehl

(2018) orientiert. Der gesamte Interviewverlauf wurde wortgetreu wiedergegeben, wobei die Sprache in leicht geglätteter Form verschriftlicht wurde.

Nach Erhalt der Transkriptionen erfolgte eine Anonymisierung der Daten. Zudem wurden etwaige Unklarheiten überprüft, ergänzt und präzisiert. In Fällen, in denen einzelne Satzteile oder Wörter unverständlich waren, wurden diese durch das Einfügen des Hinweises «(unv.)» gekennzeichnet. Lautäusserungen wie «mhm» sowie weitere Füllwörter wurden aus der Transkription ausgeschlossen. Ausdrücke in Schweizerdeutsch wurden beibehalten. Sofern ein passendes hochdeutsches Äquivalent vorhanden war, wurde dieses zusätzlich in Klammern angegeben. Dialektfärbungen in der Sprache sind innerhalb der Transkription zulässig. Zur Sicherstellung der Anonymität wurde jeder befragten Person ein Pseudonym zugeordnet. In der Transkription selbst wurde die Interviewerin mit «A:» und die befragte Person mit «B:» gekennzeichnet. Die vier Interviews stellen das zentrale Auswertungsmaterial dar. Dies ist nach Mayring (2022) ein wichtiger Schritt der Datenanalyse.

Die Transkriptionen wurden mehrfach gelesen, um ein vertieftes Verständnis für das Material zu erlangen und erste thematische Muster zu identifizieren. Anschliessend erfolgte die Analyse des Datensatzes mit Hilfe der Software MAXQDA. Diese beiden methodischen Schritte dienten dem Ziel, relevante Merkmale zu erkennen und diese zu strukturieren und inhaltlich in sinnvollen Gruppierungen zusammenzuführen. Im weiteren Verlauf wurden Kodegruppen gebildet. Die Oberkategorien basierten auf dem theoretisch erarbeiteten Wissen. Diese Kategorien wurden kontinuierlich überprüft, gegebenenfalls gelöscht, ergänzt oder ersetzt und durch Unterkategorien systematisch erweitert. Darüber hinaus wurden eindeutige Ankerbeispiele identifiziert, auf deren Grundlage eine Kodierregelung erstellt wurde. Dabei handelt es sich um sogenannte indikativen Kategorien, die sich im Verlauf der Analyse aus dem Datenmaterial herausbilden (Mayring, 2022, S. 61).

Im weiteren Analyseprozess wurden diese Kategorien fortlaufend konkretisiert und in Bezug auf die übergeordnete Fragestellung der Masterarbeit konsistent beibehalten. Die Auswertung der Interviews in MAXQDA erfolgte schrittweise. Nach der ersten Kategorisierung des ersten Interviews wurde das Kategoriensystem anhand des zweiten Interviews überprüft. Diese Vorgehensweise entspricht der Rücküberprüfung des Kategoriensystems (Mayring, 2022, S. 61) und trägt zusätzlich zur Verfeinerung der Kodierung bei. Nach Abschluss der Auswertung des dritten Interviews

wurden die finalisierten Kategorien erneut auf die beiden zuvor analysierten Interviews angewendet, um eine konsistente Zuordnung sowie eine intersubjektiv nachvollziehbare Analyse sicherzustellen.

So konnten die folgenden finalisierten Ober- und Unterkategorien ermittelt werden:

Genitale Wahrnehmung

- Wahrnehmung der Vulva
- Verlustgefühl und Inkomplettsein im Kontext der Vulva (induktiv)
- Wahrnehmung der Vagina
- Differenzierung Wahrnehmung von Vulva und Vagina
- Wahrnehmung und die Beziehung zum Genital im Lebensverlauf

Sexuelle Selbstsicherheit

- Gesunder Narzissmus
- Gesunder Exhibitionismus

Exkurs Einfluss von Glauben und religiösen Sichtweisen (induktiv)

Tabu und Enttabuisierung (induktiv)

Anders-Sein (induktiv)

Ansatzmöglichkeiten für die Sexualtherapie

Der ausgearbeitete Kodierungsleitfaden befindet sich im Anhang H.

3.6 Nutzung von Tools

Die inhaltliche Ausarbeitung dieser Masterarbeit wurde eigenständig von der Verfasserin vorgenommen. Für die Übersetzung englischsprachiger Passagen, die Bestandteil der Forschungsarbeit sind, kam das Übersetzungstool DeepL zum Einsatz. Bei auftretenden Übersetzungsfehlern oder sprachlichen Unklarheiten erfolgte ein Abgleich mit der Originalfassung, um gegebenenfalls inhaltlich korrekte Anpassungen vorzunehmen. Zur Ideenentwicklung sowie zur Auswahl passender Synonyme wurde in einzelnen Arbeitsschritten das Tool OpenAI verwendet, vergleichbar mit der Nutzung eines Thesaurus. Die Formulierungen der Interviewfragen wurden hinsichtlich der Rechtschreibung mit Unterstützung von ChatGPT überprüft und sprachlich überarbeitet. Aufgrund einer diagnostizierten Legasthenie liess die Ver-

fasserin die gesamte Arbeit professionell korrigieren und ergänzend durch ein Lektorat überprüfen.

4 Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus den durchgeführten qualitativen Interviews präsentiert. Die Darstellung erfolgt in einer beschreibenden, deskriptiven Weise, ohne interpretative Deutungen. Zur Veranschaulichung und Unterstützung der Aussagen werden Zitate der Interviewpartnerinnen herangezogen. Aufgrund des halbstrukturierten Interviewformats wurden nicht alle Fragen von jeder befragten Frau beantwortet oder im selben Ablauf behandelt. Die Ergebnisse ermöglichen einen Einblick in das individuelle Erleben, die subjektiven Wahrnehmungen sowie den persönlichen Umgang der befragten Frauen mit den untersuchten Aspekten.

4.1 Genitale Wahrnehmung

Die Kategorie der genitalen Wahrnehmung beschreibt, wie die befragten Frauen ihr äusseres und inneres Genital empfinden, benennen und in Beziehung zu ihrem Körper setzen. Dabei zeigen sich sowohl ablehnende als auch akzeptierende Haltungen gegenüber der eigenen Vulva und Vagina. Die Aussagen verdeutlichen, dass diese Wahrnehmungen stark durch biografische Erfahrungen und körperliche Eingriffe geprägt sind. In den folgenden Abschnitten werden zentrale Aspekte wie die Wahrnehmung der Vulva, das Erleben von Verlust sowie die differenzierte Beziehung zu Vulva und Vagina detailliert dargestellt.

4.1.1 Wahrnehmung der Vulva

Zwei der vier befragten Frauen berichten im Interview von keinem oder einem erschwerten Zugang zur eigenen Vulva. Frau Braun bringt diesen Umstand in prägnanter Weise zum Ausdruck: *«Wie das aussieht, will ich mich gar nicht mit meinen Geschlechtsorganen identifizieren. Am liebsten will ich mich davon trennen, wenn das gehen würde»* (Frau Braun, Pos. 12). In dieser Aussage spiegelt sich ihre visuelle und emotionale Wahrnehmung des eigenen Genitals wider. Darüber hinaus schildert Frau Braun, dass sie das äussere Bild ihrer Vulva als verstörend empfindet. Sie beschreibt: *«Das Äussere ist einfach zu. Ich habe keinen Zugang. [...] Keinen Zugang, weil es einfach so gemauert ist. [...]»* (Frau Braun, Pos. 78, 80). Frau Braun präzisiert in ihrer Schilderung die Wahrnehmung ihres äusseren Genitals in deutlicher Abgrenzung zur Vagina, die sie nach eigenen Angaben bewusst

wahrnimmt (siehe Wahrnehmung der Vagina 4.1.3). Eine Verbindung zu ihrem äusseren Genital lehnt sie derzeit ab. Sie zieht eine medizinische Intervention in Betracht, verfügt nach eigener Aussage jedoch momentan nicht über die notwendige Kraft für diesen Eingriff. Von einer solchen Operation erhofft sie sich eine Verbesserung beziehungsweise eine Stärkung der Beziehung zu ihrem eigenen Genitalbereich. Auch bei Frau Blau besteht ein deutlich unangenehmes Empfinden in Bezug auf die eigene Vulva. Dieses Unbehagen steht zudem im Zusammenhang mit der Vorstellung, die Vulva zu zeigen (siehe Sexuelle Selbstsicherheit 4.2). Sie berichtet, dass ihre Vulva gemeinsam mit der Klitoris entfernt und anschliessend bedeckt worden sei. Im Alltag nehme sie die äusseren Genitalien nicht wahr. Ähnliche Empfindungen schildert auch Frau Braun: Ihre äusseren Genitalien seien ebenfalls nicht spürbar. Frau Blau, Frau Braun und Frau Gold berichten übereinstimmend, dass sich durch die Beschneidung ihre Empfindungsfähigkeit verringert oder eingeschränkt habe. Nach Aussage von Frau Braun könne sich kein Gefühl ausbreiten, was auch von Frau Gold und Frau Blau so erlebt werde. Zudem beschreibt sie eine erschwerte Steigerung der Erregung (siehe Sexuelle Selbstsicherheit 4.2). Die Empfindungen in der Vagina sowie im gesamten weiblichen Körper seien hingegen weiterhin vorhanden. Ebenso bleibe das Gefühl von Weiblichkeit bestehen, wie von Frau Braun benannt. Allerdings entspreche das äussere Erscheinungsbild der Vulva nicht dem inneren Bild, was als verstörend empfunden werde. In ihren Worten: *«Es ist schon ein verstörendes Bild. Es stellt ein unnatürliches Dasein dar, das das widerspiegelt. Es ist nicht das, was es sein sollte»* (Frau Braun, Pos. 40). Nach eigener Einschätzung sei der aktuelle Zustand für sie noch nicht zufriedenstellend. Zwar seien die körperlichen Beschwerden behoben, jedoch entspreche das äussere Bild der Vulva weiterhin nicht vollständig ihren Erwartungen. Die Berührung der Vulva finde ausschliesslich im Rahmen der Körperpflege statt, beispielsweise beim Waschen.

Für Frau Grün stellt der Genitalbereich einen normalen Teil des Körpers dar, der weder mit Schmerz noch mit besonderen Überlegungen verknüpft ist. Eine ähnliche Selbstverständlichkeit zeigt sich bei Frau Gold, die visuell nicht wahrnimmt, dass ein Teil ihrer Klitoris entfernt wurde, und keinen Unterschied zu unbeschnittenen Frauen erkennt. Das äussere Genital empfindet sie als natürlichen Bestandteil ihres Körpers. Ein inneres Bedürfnis zur Erkundung dieses Bereichs besteht nicht. Des Weiteren führt sie aus: *«Es wäre einfach schön gewesen, hätte ich meine gesamten*

Klitoris und wäre nicht beschnitten. [...] Ich glaube, mit der Zeit habe ich es akzeptiert, so wie ich bin» (Frau Gold, Pos. 164, 166). Sie berichtet, dass sie sich mit ihrer Vulva schon immer sicher gefühlt habe. Das Aussehen beschreibt sie bildhaft und bezeichnet ihre Vulva metaphorisch als «Feige». Dennoch gibt sie an, dass ihr ein Teil der Klitoris fehle, was sie gelegentlich ins Nachdenken bringe (siehe Abschnitt Verlustgefühle 4.1.2). Das Einzige, was sie nach eigenen Angaben als dunkelhäutige Frau an ihrer Vulva störe, sei deren dunklere Färbung.

Frau Braun schildert, dass sie nach der Defibulationsoperation ihren Körper neu entdecken und sich mit der geöffneten Vulva sowie den veränderten Körperfunktionen erneut auseinandersetzen musste.

[...] Und da musste ich auch lernen, wie ich jetzt umgehe, wie ich richtig, dass plötzlich Urin direkt aus dem Loch kommt, das Urinloch, das nennt man, glaube ich, medizinisch so, keine Ahnung, direkt ausstrahlt. Das war zum Beispiel etwas, wo nach der Operation gerade so, ja, so, u. (Frau Braun, Pos. 56)

Frau Blau äussert, dass sie mit ihrer beschnittenen Vulva leben müsse und auch könne. Für sie sei dies eine unveränderbare Realität, mit der sie sich arrangiert habe. Im Gegensatz dazu beschreibt Frau Grün ein positiveres Verhältnis zu ihrem Körper:

Gefühle sind wirklich nicht so schlimm, wo ich sage, nein, das ist jetzt so nicht schön oder ist nicht das. Eigentlich bin ich sehr zufrieden, weil das gehört ja mir, wie es ist, wie sie es damals gemacht haben. [...] Das ist ein Teil von mir. Ich nehme, wie es ist. (Pos. 164, 168)

Sie äussert, mit ihrer Vulva zufrieden zu sein, wenngleich sich auch Momente geringer Zufriedenheit einstellen, etwa in Zusammenhang mit erlebten Schmerzen und körperlichen Belastungen. Dennoch berichtet sie davon, ihren persönlichen Umgang damit gefunden zu haben. Besonders durch die Erfahrungen und körperlichen Veränderungen im Zuge der Geburten habe sich ihr Verhältnis zur Vulva verändert. Sie betont, dass ihr das Aussehen gefalle und sie stolz darauf sei, dass der äussere Genitalbereich nicht vollständig eröffnet wurde: «Ja, man spürt es schon. Es ist nicht so wie kleine Blätter, sondern sie haben innerlich genäht und man spürt und man sieht schon, das ist der Kanal» (Frau Grün, Pos. 180). Die Vulva wird von ihr als schützender Bereich für die Vagina beschrieben und bildet gemeinsam mit ihr eine Einheit (siehe Vagina 4.1.3). Achtsamkeit im Umgang zeigt sich bei ihr nicht

nur in der Körperpflege, sondern auch im bewussten Wahrnehmen dieses Körperbereichs während intimer Situationen. Der Beginn sinnlicher Empfindungen wird dabei der Vulva zugeordnet, bevor sich diese weiter in Richtung Vagina ausdehnen. Es war ihr ein Anliegen zu betonen, dass auch nach der Beschneidung eine differenzierte Wahrnehmung in diesem Bereich vorhanden ist.

Ein übergreifender Aspekt, der sich bei allen Interviewpartnerinnen zeigt, ist die Betonung der Irreversibilität des Eingriffs. Frau Grün macht deutlich, dass keine Rückbildung möglich sei und sie daher ihren Genitalbereich so annehme, wie er ist. Auch Frau Blau äussert, dass eine Veränderung nicht mehr machbar sei und für sie selbst auch nicht in Betracht gezogen werde: *«Ende kann man nichts mehr ändern» (Frau Blau, Pos. 202)*. Dem gegenüber steht Frau Braun, die eine operative Veränderung als mögliche Option in Erwägung zieht, sich jedoch darüber im Klaren ist, dass das Ergebnis nicht mit dem ursprünglichen Zustand ihres äusseren Genitals übereinstimmen wird. Gleichzeitig stellt sie sich die Frage, wie ihr Leben verlaufen wäre, wenn sie nicht beschnitten worden wäre. Frau Gold schliesst mit einem Appell zur Selbstakzeptanz und ruft zur körperlichen Selbstermächtigung auf:

Macht nicht alles abhängig von einem Mann. Erforscht euch selbst und akzeptiert euren Körper, so wie es ist. Denn schlussendlich ändern kann man es ja nicht. Es geht einem besser, wenn man seinen eigenen Körper akzeptiert hat. (Pos. 174)

4.1.2 Verlustgefühl und Inkomplettsein im Kontext der Vulva

Drei von vier Frauen äussern während des Interviews ein Gefühl des Verlusts im Zusammenhang mit der Vulva. *«Ein wichtiger Teil meines Körpers wurde mir früher als Kind weggenommen» (Frau Blau, Pos. 30)*. Frau Blau beschreibt diesen Teil als einen wesentlichen Aspekt weiblicher Identität, der ihr, von Gott gegeben, aber als Kind genommen worden sei. Es handelt sich dabei um einen wesentlichen Teil ihres Körpers, dessen Verlust sie deutlich benennt. Auch Frau Gold und Frau Braun äussern sich in ähnlicher Weise.

Darüber hinaus betont Frau Blau die Bedeutung, zu erkennen, dass betroffene Mädchen in jungem Alter weder über das notwendige Wissen noch über ein eigenes Verständnis verfügen, um den Eingriff einordnen zu können. Sie beschreibt die Erfahrung als eine Verletzung, die ihr zugefügt wurde - etwas, das mit ihr als Kind gemacht worden sei. Frau Braun ergänzt, dass Gewebeteile in ihrer Vulva entfernt worden seien und an dieser Stelle nichts mehr vorhanden sei. Ihre Handbewe-

gungen drücken eine abwehrende Haltung sowie eine symbolische «Nichts-Bewegung» aus. Diese Aussagen werden von einer spürbaren Traurigkeit und Wehmut begleitet. Auf Nachfrage nach ihren Empfindungen und Emotionen gegenüber dem eigenen Körper erklärt Frau Braun, dass es schwierig sei, dies in Worte zu fassen, da ein Teil ihres Körpers fehle. Auch Frau Blau berichtet von negativen Gedanken, die sie im Herzen spüre, weil ihr ein Teil der Vulva durch die Beschneidung genommen wurde.

Frau Braun, Frau Blau und Frau Gold äussern, dass ihre Gefühle reduziert seien und sie deshalb ein Gefühl des Verlustes im Hinblick auf mögliche Empfindungen einer unbeschnittenen Vulva verspürten. Sie stellten die Frage, warum ihnen dies genommen wurde. Exemplarisch dazu Frau Gold:

[...] Ich habe das Gefühl, etwas stimmt mit mir nicht. Weil ich diesen Teil der Klitoris nicht mehr habe. Das macht ja, dass du noch mehr Lust hast. Dann finde ich es schade und denke mir, warum hat man mir das weggenommen? Warum hat man mir diesen Teil des Lustgefühls einfach weggenommen? [...] Ich weiss nicht, wie es wäre, wenn ich meine komplette Klitoris hätte, wie sich das anfühlen würde [...].
(Pos. 52; 58)

Mehrere Teilnehmerinnen beschreiben, dass die Entfernung von Gewebe im Genitalbereich mit einem Gefühl des Verlusts verbunden sei. Frau Gold gibt an, dass sie es als wünschenswert empfunden hätte, über eine unversehrte Vulva zu verfügen. Dabei verweist sie auf ein Zusammenspiel zwischen dem Empfinden des Verlusts und dem Eindruck, nicht vollständig zu sein. «*Ich habe einfach dieses Gefühl im Kopf, dass mir etwas fehlt, aber unwohl gefühlt, man fühlt sich einfach nicht komplett, das ist es*» (Frau Gold, Pos. 64). Ebenso wie Frau Blau berichtet sie von einem fehlenden Teil der Vulva und der damit verbundenen Wahrnehmung.

Frau Braun thematisiert ebenfalls das Empfinden der Unvollständigkeit. Sie bezeichnet sich selbst nicht als einwandfrei und stellt die hypothetische Frage, wie ihre körperliche Situation ohne die durchgeführte Beschneidung wäre. Zudem nimmt sie eine Einschränkung der sensorischen Empfindungen wahr und bedauert, sich nicht mehr im ursprünglichen körperlichen Zustand zu befinden. Diese Wahrnehmung steht in Zusammenhang mit der vorgenommenen anatomischen Veränderung.

Es fehlt einfach ein Teil. Aber wie es wirklich aussieht, wenn das Teil ganz komplett wäre, diese Klitoris, ich weiss es nicht, wie es dann aussieht, aber bildlich, anato-

misch, wie es aussieht, wenn man eine ganz komplette Klitoris hat. Ansonsten finde ich, ist bei mir ja soweit alles gleich wie bei den anderen. (Frau Gold, Pos. 62)

Das Gefühl von Verlust ist vorhanden aber auch die Akzeptanz, wie es ist.

4.1.3 Wahrnehmung der Vagina

Frau Braun berichtet von einer intensiven körperlichen Wahrnehmung ihrer Vagina, die für sie deutlich spürbar und präsent ist.

Ja, ich spüre, dass sie da sind. Also meine Vagina vor allem. [...] Gerade wenn ich manchmal auch erregt bin, natürlich kann das auch passieren. Dann weiss ich auch, dass meine Vagina doch noch Gefühle hat. (Frau Braun, Pos. 188)

Für Frau Braun ist die Wahrnehmung ihrer eigenen Vagina etwas Selbstverständliches. Sie beschreibt diesen Körperbereich als vertraut und ihr gut bekannt. «Ja, es ist gar nicht fremd» (Frau Braun, Pos. 192). Früher, bevor sie ihr Kind bekam, habe sich bei belastenden Ereignissen ihr Herz zusammengezogen. Seit der Geburt sei es nun die Vagina, die sich in solchen Situationen zusammenziehe. Die folgende Aussage von Frau Braun unterstreicht diese Wahrnehmung: «Der innere Teil. Da merke ich schon, dass es lebendig ist. Und gerade, wenn ich erregt bin, natürlich» (Frau Braun, Pos. 88). Nach Aussage von Frau Braun war die Empfindungsfähigkeit in der Vagina durchgängig vorhanden und konnte in bestimmten emotionalen Phasen, wie etwa bei Verliebtheit, intensiver wahrgenommen werden. Auch das Erleben geschlechtsspezifischer Körperwahrnehmung wurde von ihr benannt. Diese Wahrnehmungen standen im Kontrast zu ihrem Bild der Vulva, das sie als nicht übereinstimmend mit ihrem inneren Erleben beschrieb. Ihr Empfinden sei nicht ausschliesslich auf die Vagina beschränkt, sondern über den gesamten Körper verteilt. Dies bringt sie wie folgt zum Ausdruck:

Also man spürt, man hat ein Gefühl, natürlich. Ich glaube, das Gefühl ist ja nicht nur die Vagina, sondern das ganze Körper, der Kopf, das Herz, alles eigentlich, das ist ja miteinander. Die Brust, der weibliche Körper ist ja sehr intensiv, glaube ich, was das anbelangt. Aber es ist gestört, es ist nicht wahrscheinlich einwandfrei. Aber Gefühle und Empfinden, natürlich, ist da. Die Frage ist, wenn man nackt ist, ob das dann auch so funktioniert. (Frau Braun, Pos. 52)

Frau Grün berichtet im Interview, dass sie eine Verbindung zu ihrer Vagina spüre. Sie betont ausdrücklich, dass die Vagina ein wichtiger Teil ihres Körpers sei, der durch die Vulva geschützt werde. Ihre Wahrnehmung beschreibt sie mit folgenden

Worten: «[...] *Das ist die Schützerin, wo beginnen auch die Gefühle. Und im unteren Bereich ist es noch tiefer, wo die Gefühle auch wirklich richtig enden, zum Beispiel*» (Frau Grün, Pos. 82). Sie nehme im inneren Bereich, also in der Vagina, mehr wahr als in der Vulva. Dennoch ist für sie klar, dass Vulva und Vagina eine Einheit bilden und in Wechselwirkung zueinander stehen. Sie betrachtet diese Einheit als den wichtigsten Teil ihres Körpers (siehe Differenzierte Wahrnehmung von Vulva und Vagina 4.1.4.). Ihre Wahrnehmung veranschaulicht sie mit folgendem Bild: «*Ein Bild ist, dass man, wie eine Welle, wo da beginnt die Schönheit und dann rein fließt*» (Frau Grün, Pos. 90). Während Phasen sexueller Erregung beschreibt Frau Grün ein körperliches Kribbeln sowie einen Antrieb, den sexuellen Kontakt fortzusetzen. Dabei entstehe der Wunsch, dass die «Süssigkeit» (Frau Grün, Pos. 208) den inneren Bereich erreicht und dort endet. Im Kontext gelebter Sexualität berichtet sie von einer bewussten Wahrnehmung ihres Genitalbereichs.

Frau Gold beschreibt ihren Intimbereich als durchgängig vorhanden, ohne diesen näher zu thematisieren. Nach eigenen Angaben nimmt sie diesen Bereich insbesondere während der Menstruation verstärkt wahr. Diese bewusste Beobachtung bringt sie mit ihrem Lebensalter in Verbindung. Ihrer Einschätzung zufolge bilden Vulva und Vagina eine Einheit (siehe Differenzierte Wahrnehmung von Vulva und Vagina 4.1.4.).

Frau Blau äussert, dass sie ihre Vagina nicht spüre. Der innere Bereich sei für sie wie zugedeckt und werde von ihr als ein Tunnel wahrgenommen.

4.1.4 Differenzierte Wahrnehmung von Vulva und Vagina

Bei zwei der vier interviewten Frauen zeigt sich eine wahrgenommene Differenzierung zwischen Vulva und Vagina. Eine der Befragten, Frau Blau, beantwortet die entsprechende Frage lediglich mit einem knappen «Ja», ohne weiter darauf einzugehen. Frau Gold hingegen äussert ausdrücklich, dass sie keinen Unterschied zwischen Vulva und Vagina wahrnehme.

In den Interviews zeigt sich, dass die Teilnehmerinnen die Begriffe Vulva und Vagina teilweise differenziert verwenden, diese jedoch stellenweise auch synonym benutzen. Dabei kommt es vor, dass sie Vagina sagen, obwohl sie die Vulva meinen, oder umgekehrt. Aus dem inhaltlichen Zusammenhang ihrer Aussagen wird jedoch meist deutlich, auf welchen anatomischen Bereich sie sich beziehen. Dies weist darauf hin, dass Vulva und Vagina von einigen Interviewpartnerinnen als

untrennbare Einheit wahrgenommen werden, wodurch eine klare begriffliche Abgrenzung nicht durchgängig gegeben ist. Vereinzelt werden im Gespräch Rückfragen zur Begriffsverwendung gestellt oder um Bestätigung gebeten, ob die verwendeten Bezeichnungen anatomisch korrekt seien. Zudem nutzen einige Teilnehmerinnen alternative Begriffe.

Frau Grün nimmt eine Unterscheidung zwischen Vulva und Vagina bewusst wahr, was auch von Frau Blau bejaht wird. In ihrer Beschreibung erläutert Frau Grün, dass sie bei intensiver körperlicher Wahrnehmung Unterschiede zwischen beiden Bereichen spüren könne. Ihrer Aussage zufolge sei die Empfindungsfähigkeit in der Vagina stärker ausgeprägt als im äusseren Genitalbereich. Trotz dieser Differenzierung betrachtet sie Vulva und Vagina als zusammengehörige Einheit.

Ich denke, das gehört alles zusammen und das arbeitet auch miteinander. Das ist wie ein Einfluss, der da beginnt und da reingeht und das läuft alles zusammen. [...] Dass man merkt, das ist ja beide nicht am gleichen Platz sind, sondern das ist unten und oberer Teil. (Frau Grün, Pos. 88, 240)

Auch Frau Braun nimmt ihr inneres Genital stärker wahr als das äussere (siehe Vagina 4.1.3). Gleichzeitig äussert sie deutlich, dass sie keine Empfindung oder Verbindung zum äusseren Genital spürt und auch keine solche Beziehung aufbauen möchte (siehe Vulva 4.1.1). Im Vergleich zu Frau Grün und Frau Braun gelingt es Frau Gold in ihrer Wahrnehmung nicht, zwischen Vulva und Vagina zu unterscheiden. Für sie sind beide Bereiche nicht voneinander abgrenzbar und bilden, wie bei Frau Grün beschrieben, eine zusammengehörige Einheit.

4.1.5 Wahrnehmung und Beziehung zum eigenen Genital im Lebensverlauf

Die Beziehung zum eigenen Genital entwickelte sich bei den interviewten Frauen auf unterschiedliche Weise. Bei Frau Grün nahm die Wahrnehmung im Laufe der Jahre zu, und sie lernte ihren Körper besser kennen. Sie beschreibt, einen eigenen Prozess durchlaufen zu haben. Zu Beginn ihrer Ehe war der Umgang mit ihrem Genital für sie schwierig, unter anderem aufgrund von Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, bis sie Unterstützung durch eine Fachperson erhielt.

Frau Blau hingegen empfand ihre Beschneidung damals als positiv und war stolz darauf, wie sie sagt, dass ihr «alles weggenommen wurde» (Frau Blau, Pos. 78). Auch das Aussehen ihres Genitals beurteilte sie damals mit Stolz. Erst durch ihre Teilnahme an einem Theaterprojekt in der Schweiz veränderte sich ihre Sichtweise.

Heute ist sie anderer Meinung und bezeichnet das, was ihr damals widerfahren ist, als «*total falsch*» (Frau Blau, Pos. 78).

Frau Gold berichtet, in der Pubertät Schamgefühle und Hemmungen im Umgang mit ihrem Genitalbereich erlebt zu haben. Ihr wurde vermittelt, dass dieser Körperbereich nicht berührt werden durfte. Im Verlauf ihrer beruflichen Tätigkeit in der Pflege hatte sich ihr Umgang damit verändert. Die zuvor vorhandenen Hemmungen hätten sich reduziert, und das Schamgefühl sei nicht mehr präsent. Nach einer längeren Phase ohne partnerschaftliche Beziehung verspürt sie nun erneut das Interesse, den eigenen Körper gemeinsam mit einem Mann zu erkunden. Dieses Bedürfnis sei seit ihrer letzten Beziehung nicht mehr aufgetreten.

Bei Frau Braun zeigt sich, dass sie aktuell keinen Zugang zu ihrer Vulva hat (siehe 4.1.1), während ihr die Vagina bewusst ist und als vorhanden wahrgenommen wird. Eine Verbindung zur Vulva möchte sie gegenwärtig nicht aufbauen. In der Vergangenheit hatte sie eine starke Wut gegenüber ihrer Umwelt empfunden. Diese emotionale Reaktion sei durch ihr Engagement im Aktivismus in eine zielgerichtete Handlungsbereitschaft überführt worden. Derzeit befinde sie sich nach eigenen Angaben in einer Phase, in der sie wieder zu sich selbst zurückfinden und sich intensiver mit sich auseinandersetzen möchte.

Die befragten Frauen wurden im Säuglingsalter bis zum achten Lebensjahr beschnitten. Frau Grün berichtet, dass sie im Alter von sechs Jahren nicht verstanden hatte, was mit ihr geschah. Auch Frau Blau hebt hervor, dass in diesem jungen Alter kein Bewusstsein dafür vorhanden war, was genau vorgenommen wurde. Rückblickend beschreibt sie ambivalente Gefühle: Einerseits hatte sie Angst gehabt, andererseits aber auch Stolz empfunden. Ähnlich äussert sich Frau Grün, die angibt, stolz gewesen zu sein. In ihrem Umfeld galt die Beschneidung bei Mädchen im gleichen Alter als normal.

Darüber hinaus schildert Frau Grün, bereits als Kind Geschichten über unbeschnittene Frauen gehört zu haben. Diese Frauen seien von ihren Ehemännern als unrein betrachtet worden, insbesondere wenn es bei der Hochzeitsnacht nicht zu einer Blutung gekommen sei. In solchen Fällen sei ihnen unterstellt worden, bereits vor der Ehe sexuelle Kontakte gehabt zu haben. Aus diesen Erzählungen habe sich für sie das Verständnis ergeben, dass es notwendig sei, vorsichtig zu sein und niemandem zu vertrauen. Andernfalls bestehe die Gefahr, keinen gesellschaftlich akzep-

tierten Ehemann zu finden. Aufgrund dieser Vorstellungen habe sie sich vor der Heirat nicht getraut, sich mit ihrem Genitalbereich auseinanderzusetzen, da die Angst bestand, möglicherweise nicht bluten zu können.

Laut Frau Blau wurde ihr vermittelt, dass ein Mädchen erst durch die Beschneidung vollständig und eine richtige Frau sei. Ohne diesen Eingriff gelte sie als unvollständig. Trotz eines familiären Tabus setzte sich Frau Gold bereits in ihrer Jugend mit ihrem Körper auseinander und betrachtete ihre Genitalien mithilfe eines Spiegels. Es wurde ihr jedoch gesagt, dass sie sich dort nicht anfassen dürfe. Eine Berührung des Genitals war nicht erlaubt und innerhalb der Familie wurde über dieses Thema nicht gesprochen. Drei der vier Frauen gaben an, dass die Schwierigkeiten für sie mit Beginn ihrer sexuellen Aktivität einsetzten. Frau Grün berichtete, dass sie beim ersten intimen Kontakt starke Schmerzen im Genitalbereich verspürt habe, da nur eine kleine Öffnung vorhanden gewesen sei. Gemeinsam mit ihrem Ehemann suchte sie daraufhin professionelle Hilfe. Dabei erfuhren beide, dass ihre körperliche Beschaffenheit nicht der medizinischen Norm entsprach. *«[...] Wir denken, das ist alles Normalität, dass alles so ist, bis man auch manchmal Schwierigkeiten hat, auch im sexuellen Bereich zum Beispiel [...]»* (Frau Grün, Pos. 134). Mehrere der befragten Frauen suchten zu unterschiedlichen Zeitpunkten in ihrem Leben Unterstützung. Auch Frau Braun berichtet, während sexueller Kontakte Schmerzen wahrgenommen zu haben. Diese Beschwerden konnten durch operative Eingriffe behandelt werden, woraufhin sich ihre Wahrnehmung hinsichtlich des Genitalbereichs verändert habe. Mit den Operationen ging ein Prozess des erneuten Lernens, Erkundens und Beobachtens des veränderten Genitals einher, auch in Bezug auf die körperlichen Funktionen.

Frau Gold stellte während ihrer Tätigkeit in der Pflege einen Unterschied zwischen ihrer Vulva und der anderer Frauen fest. Durch diese beruflichen Erfahrungen habe sie ihre in der Jugend verinnerlichten Hemmungen sowie das vermittelte Schamgefühl überwinden können. In einer partnerschaftlichen Beziehung habe sie eine Verbindung zu ihrem Genital und zu ihrem Körper erlebt. Im Anschluss an diese Phase beschrieb sie jedoch eine Phase der Stille, in der kein innerer Impuls oder Wunsch bestand, sich mit ihrem Genital auseinanderzusetzen.

Bei Frau Grün zeigte sich hingegen eine zunehmende Sensibilität im Genitalbereich, verbunden mit dem Prozess, sich selbst intensiver kennenzulernen.

Frau Blau begann, durch die Teilnahme an einem Theaterprojekt in der Schweiz eine veränderte Beziehung zu ihrem Genital zu entwickeln. Die Erkenntnis, dass die Beschneidung keinen religiösen Hintergrund hat, machte sie handlungsfähig. Sie hat für sich eine Form der Akzeptanz gefunden und bringt dies mit den Worten auf den Punkt: *«Ich lebe damit, weil ich muss damit leben»* (Frau Blau, Pos. 84).

Im Gegensatz dazu verspürt Frau Gold ein neu erwachtes Interesse an ihrem Körper und äussert den Wunsch, ihre Sexualität und ihr Genital gemeinsam mit einem Mann zu erkunden. Auch Frau Grün spricht von einem inneren Wandel: *«[...] Die schwierige Zeit ist vorbei. Es ist ein guter Bereich»* (Frau Grün, Pos. 178). Ihr Genital sei nicht mehr veränderbar, weshalb sie betont: *«[...] Deswegen möchte ich es schon so behalten, wie es ist»* (Frau Grün, Pos. 252). Frau Braun möchte andererseits zu sich zurückfinden, äussert aber auch klar, dass sie noch Zeit brauche, bevor sie sich der Arbeit an der Verbindung zu ihrem Genital widmen kann. Jede der interviewten Frauen befindet sich individuell an einem anderen Punkt in ihrem Leben.

4.2 Sexuelle Selbstsicherheit

Die Kategorie «Sexuelle Selbstsicherheit» umfasst Aussagen der befragten Frauen zu ihrer Wahrnehmung von Attraktivität, weiblicher Ausstrahlung und der Fähigkeit, sexuelle Impulse zuzulassen oder aktiv zu zeigen. Dabei treten sowohl selbstbestärkte als auch kontextabhängige Formen des Erlebens von Weiblichkeit, Lust und Scham zutage. Die individuellen Erfahrungen sind geprägt von körperlichen, emotionalen und sozialen Faktoren und zeigen ein breites Spektrum an Umgangsweisen mit der eigenen Sexualität. In den nachfolgenden Abschnitten werden «gesunder Narzissmus» und «gesunder Exhibitionismus» näher dargestellt.

4.2.1 Gesunder Narzissmus

Alle interviewten Frauen äussern sich auf individuelle Weise zu Aspekten ihrer eigenen Körperwahrnehmung und beschreiben dabei, dass sie sich als attraktiv empfinden. Frau Grün bringt deutlich zum Ausdruck, dass sie stolz darauf ist, eine Frau zu sein, und verknüpft dieses Empfinden mit einem Gefühl der Dankbarkeit. Sie hat ein positives Selbstbild ihrer Vulva entwickelt und betont ihren Stolz mit folgenden Worten: *«[...] Aber auf was ich stolz jetzt bin, dass es nicht alles geöffnet ist. Bei uns auch, manchmal auch, je nachdem, wir fühlen auch immer noch ein bisschen zu (unv). [...]»* (Frau Grün, Pos. 142). Besonders das Aussehen ihrer

Vulva empfindet sie als etwas Positives, gerade weil sie nicht vollständig geöffnet sei. Ihre innere Stärke als Frau lebt sie auch im familiären Umfeld: «*Zu Hause zeige ich auch, dass ich stark bin als Frau*» (Frau Grün, Pos. 194). Ferner benennt sie ihre Stärken im Zusammenhang mit der Geburt ihrer Kinder, ihren Erziehungsfähigkeiten sowie ihrer Kompetenz in der Organisation des Familienalltags. Zusätzlich verweist sie auf ihre geduldige Persönlichkeit und ihre Fähigkeit, berufliche Anforderungen mit häuslichen Aufgaben zu verbinden. Sie äussert, dass sie ihre eigene Weiblichkeit als wertvoll betrachtet und darauf stolz ist. Intime Begegnungen beschreibt Frau Grün als positiv besetzt und für sie persönlich geniessbar. Zudem verfüge sie über die Fähigkeit, ihrem Partner in solchen Momenten Genuss zu bereiten, wobei es ihr gefalle, wenn er dies wahrnehme. Sie berichtet ausserdem, sich selbst als attraktiv empfinden zu können, insbesondere dann, wenn ihr Mann diese Wahrnehmung verstärke und sie dies auch spüre, zum Beispiel in Form einer körperlichen Reaktion.

Frau Braun macht deutlich, dass intime Begegnungen für sie nicht immer mit Genuss oder Freude verbunden sind. Sie berichtet, dass sie in etwa 90 Prozent der Fälle nicht zu einem Orgasmus komme und ein erfüllender Orgasmus für sie nicht selbstverständlich sei. Dazu äusserte sie ergänzend:

Aber es dauert total lange. Es kommt einfach nicht. Man ist einfach genervt. Es macht einfach weniger Spass. Manchmal funktioniert es, manchmal gar nicht. [...] Ich merke einfach, wie sehr ich mich bemühe und dass es einfach nicht zum Punkt kommt. Und obwohl eigentlich der Körper bereit wäre, und es springt einfach nicht auf, das ist einfach nervig. (Frau Braun, Pos. 130, 132)

Auf die Frage, ob sie sich während intimer Situationen als attraktiv und sexy empfinde, erklärt Frau Braun, dass dieses Empfinden nur dann entstehe, wenn sie ihrem Partner gegenüber echte Zuneigung verspüre. Sie hebt hervor, dass für sie emotionale Sicherheit, Nähe und wertschätzende Kommunikation Voraussetzungen dafür seien, sich öffnen zu können. In Phasen, in denen sie sich wohlfühlt, nimmt sie ihre Weiblichkeit bewusst wahr, widmet ihrem äusseren Erscheinungsbild besondere Aufmerksamkeit, trägt Make-up und gestaltet ihr Äusseres gezielt für sich selbst. In solchen Momenten beschreibt sie sich selbst als attraktiv und als eine Frau mit einem positiven Selbstbild.

«Ich glaube, die Welt ist einfach weiblich, glaube ich. Ich weiss nicht, es ist einfach schön, weiblich zu sein» (Frau Braun, Pos. 138).

Die Geburt ihres Kindes stellt für Frau Braun ein zentrales Ereignis dar, in dem sich ihr Verständnis von weiblicher Stärke besonders verdeutlicht. Wenn sie Lust empfindet und sexuelle Erregung erlebt, fühlt sie sich zugleich stärker in ihrer Weiblichkeit verankert. Dieses Empfinden wirkt sich auch auf ihr Selbstbild aus und beeinflusst ihr Gefühl, sich schön zu fühlen. Gleichzeitig beschreibt Frau Braun auch gegenteilige Erfahrungen. Wenn sie sich unwohl fühlt, wünscht sie sich, dass die Intimität möglichst schnell vorbei ist. Zudem äussert sie, dass sie sich nicht mit ihrem äusseren Genital identifizieren kann (siehe Vulva 4.1.1). Immer wieder hinterfragt sie ihr Leben als beschnittene Frau und die damit verbundenen Herausforderungen, die sie im Laufe der Zeit bewältigen musste. Trotz aller Schwierigkeiten kommt sie am Ende zu einer positiven Erkenntnis: «*Eigentlich nein, es ist doch schön, Frau zu sein*» (Frau Braun, Pos. 152).

Im Rahmen von Frauenveranstaltungen trägt Frau Gold bevorzugt körperbetonte und ästhetisch ansprechende Kleidung. In diesem Rahmen nimmt sie sich selbst als attraktiv sowie eindeutig weiblich wahr. Diese Selbstdarstellung bestätigt für sie ihre geschlechtliche Identität und vermittelt ein Gefühl von Sicherheit. Darüber hinaus beschreibt sie eine ausgeprägte taktile Selbstwahrnehmung. Schamfreie und ungehemmte Selbstberührungen sind für sie ein zentraler Bestandteil ihrer eigenen Selbstakzeptanz als Frau, eine Erfahrung, die sie auch anderen Frauen wünscht. Selbstberührungen im Genitalbereich sind für Frau Gold ausgeschlossen, da sie dies aus religiöser Sicht ablehnt und stattdessen dem Partner überlässt. Dies bringt sie mit folgenden Worten zum Ausdruck: «*Aus religiöser Sicht masturbieren wir Frauen uns nicht. [...] Ich würde es dem Mann einfach überlassen, sozusagen. Es klingt doof, aber ja*» (Frau Gold, Pos. 26, 70).

Sie berichtet, sich mit ihrem Körper angefreundet zu haben und empfindet diesen Zustand als stimmig für sich. Eine vergleichbare Haltung zeigt sie auch in Bezug auf ihr äusseres Genital (siehe Vulva 4.1.1). Im Rahmen ihrer gelebten Sexualität beschreibt Frau Gold, dass sie sich während der Erregung selbst als attraktiv wahrnehme. Wenn ihr Partner sie berühre, verspüre sie sexuelle Erregung, geniesse diese sowohl an sich selbst als auch in Bezug auf ihre Wirkung auf ihn. Sie könne spüren, wann sie zum Höhepunkt komme, jedoch empfinde sie diesen Moment als

kürzer und weniger intensiv im Vergleich zu ihrem Partner. Dies führt sie auf den Verlust eines Teils ihrer Vulva zurück. Trotz allem empfindet sie Freude und Vergnügen an Intimität. Auch körperliche Nähe in Form von Berührungen, wie etwa Umarmungen von Menschen mit aufrichtigem Interesse, spricht sie an. Darauf reagiert sie spürbar, wie sie es selbst beschreibt: *«Man merkt, man wird feucht» (Frau Gold, Pos. 106)*. Nach ihren Angaben führen solche Berührungen zu sexueller Erregung, die sie anhand körperlicher Reaktionen wie Lubrikation im Bereich der Vulva, einem innerlich beschriebenen Schmetterlingsgefühl sowie einer verlangsamten Atmung wahrnimmt. In diesen Momenten entsteht bei ihr das Bedürfnis, sich in ihrer Weiblichkeit verstärkt zu zeigen. Die sexuelle Erregung beschreibt sie als auslösend für das Empfinden, sich fallen lassen zu können. Den Orgasmus bringt sie mit der Gewissheit in Verbindung, den sexuellen Höhepunkt tatsächlich zu erreichen. Darüber hinaus thematisierte sie die begrenzte Dauer ihres Lustgefühls und leitete daraus folgende Vermutung ab:

[...] Ich weiss nicht, ob es normal ist, weil ich eben diesen Teil von der Klitoris nicht habe. Ich habe es einfach so für mich interpretiert, dass es einfach darum ist, weil ich diesen Teil von der Klitoris nicht habe. (Frau Gold, Pos. 60)

Frau Blau gibt an, dass es ihr schwerfalle, über intime Themen zu sprechen. Die Interviewerin ermutigte sie dazu, ihre persönlichen Grenzen zu wahren und ausschliesslich das mitzuteilen, wozu sie sich bereit fühle. Sie äussert, dass sie es als bedeutsam empfinde, eine Frau zu sein, und hebt ihre Stärken im Muttersein, in ihrer Selbstbestimmung sowie im Erleben von Alltäglichkeit als Frau und Mutter hervor. Ihren weiblichen Körper bringt sie mit einem Gefühl des Verlusts in Verbindung. Für sie ist durch die Beschneidung die Empfindungsfähigkeit bedingt reduziert. In ihrer eigenen Wahrnehmung beschreibt sich Frau Blau in intimen Situationen teilweise als attraktiv und sexy, was sie jedoch im Zusammenhang mit den durch die Beschneidung ausgelösten Einschränkungen relativiert.

4.2.2 Gesunder Exhibitionismus

Frau Gold zeigt ihre Weiblichkeit gerne und bejaht die Fähigkeit, sich begehrenswert zu präsentieren. Ihre Aussage wird von einem leichten Schmunzeln begleitet, das sich unmittelbar in ihrer körperlichen Ausdrucksweise widerspiegelt. Sie richtet sich auf, wirkt entspannter im Bereich der Augen und des Kiefers, und ihre Schultern bewegen sich leicht, was sich auf den gesamten Körper überträgt. Sie berichtet,

dass sie sich in Momenten sexueller Erregung noch weiblicher zeigt und erlebt. «[...] *Und man möchte seinen weiblichen Körper noch mehr zur Schau stellen*» (Frau Gold, Pos. 126). Sie beschreibt, dass sie in der Lage war, ihren damaligen Partner zur sexuellen Nähe einzuladen und einfühlsam zu erkennen, wann er darauf einging. Erst mit wachsendem Vertrauen entwickelte sie die Fähigkeit, ihm ihre Vulva zu zeigen. Das damit verbundene Gefühl von Sicherheit wirkte sich dabei unterstützend und positiv aus.

Ja, das hat sich mit der Zeit mehr und mehr entwickelt. Anfangs der Beziehung war ich nicht ganz offen und konnte mich nicht so hingeben. Aber mit der Zeit hat sich das schnell eingependelt, weil ich wusste, ich fühle mich sicher bei ihm. Ich fühle mich gut aufgehoben bei ihm. Und er gibt mir ein gutes Gefühl. (Frau Gold, Pos. 138)

In Anlehnung an die zuvor getätigte Aussage bejaht sie zudem, dass sie sich gerne begehrenswert zeigt. Bei Veranstaltungen im rein weiblichen Rahmen präsentiert sie sich mit Freude, hebt ihre Eleganz hervor und betont bewusst ihre weiblichen Züge. In gemischten Settings hingegen achtet sie darauf, ihre Reize weniger in den Vordergrund zu stellen und sich insgesamt dezenter zu verhalten.

Im Gegensatz zu Frau Gold berichtet Frau Blau, dass es ihr nicht möglich sei, sexuelle Erregung offen zu zeigen. Dies empfinde sie als unangenehm. Eine aktive Rolle in der sexuellen Initiierung übernimmt sie nach eigenen Angaben zufolge nicht. Die Initiative gehe in der Regel von ihrem Ehemann aus. Wenn sexuelles Verlangen vorhanden sei, lasse sie sich auf die Situation ein. Gleichzeitig betont sie, dass sich ihr Erleben von Sexualität als beschnittene Frau vom Erleben unbeschnittener Frauen unterscheide. Sie sieht ihre Wahrnehmungsfähigkeit als eingeschränkt und stellt einen direkten Zusammenhang zwischen der durchgeführten Beschneidung und einer reduzierten Fähigkeit zur Lust- und Erregungswahrnehmung her.

Frau Braun kann ihrem Partner mitteilen, wenn sie sexuell erregt ist und übernimmt eine aktive Rolle in der Verführung. Gleichzeitig äussert sie deutlich ihr Unbehagen dabei, ihrem Partner ihre äusseren Genitalien (Vulva) zu präsentieren: «*Wenn ich jetzt das mit meinem Partner habe, zum Beispiel, mag ich das nicht gern zeigen. Dass einfach das Bild nicht schön ist*» (Frau Braun, Pos. 100). Dieses Empfinden ist auch abhängig von ihrem allgemeinen Befinden. Wie bei Frau Gold ist für sie ein

Vertrauensaufbau erforderlich, um sich zu öffnen und sich ihrem Partner gegenüber körperlich zu offenbaren. Ihre Ausstrahlung und Körperhaltung spielen eine zentrale Rolle, was sich im Gespräch unmittelbar erkennen liess: eine aufrechte Haltung, ein erhobener Kopf, ein wacher Blick und eine vertiefte Atmung. Ihren Stolz, eine Frau zu sein, bringt sie mit den Worten zum Ausdruck: « [...] *das ist ein ganzes Paket, was es ausstrahlt, ohne Worte*» (Frau Braun, Pos. 146).

Frau Grün berichtet, dass sie ihrem Partner gegenüber erotisch auftreten kann, sich in sexueller Erregung öffnet und sich auf intime Begegnungen einlässt. Sie handelt aktiv und teilt ihr sexuelles Erleben und den Genuss mit.

Im Folgenden fügt die Autorin einen Exkurs zu einem wiederholt aufgegriffenen Themenbereich ein: Glauben und religiöse Sichtweisen. Die interviewten Frauen griffen diesen Aspekt mehrfach und in verschiedenen inhaltlichen Zusammenhängen auf.

4.3 Exkurs Einfluss von Glauben und religiösen Sichtweisen (induktiv)

Für Frau Blau bedeutet Weiblichkeit, dass der Körper so belassen werden sollte, wie Gott ihn geschaffen hat. Aus ihrer Sicht besteht kein Bedarf, etwas daran zu verändern. Diese Überzeugung ist für sie auch ein klarer Grund gegen die Beschneidung von Mädchen. Gott habe nach ihrer Auffassung auch die Vulva und die Klitoris erschaffen und diese seien wichtige Teile des weiblichen Körpers. In der Vergangenheit glaubte sie, dass die Beschneidung religiös begründet sei oder auf dem Koran basiere.

Zum Teil identifiziert sich Frau Grün mit dieser Sichtweise, insbesondere in Bezug auf die Vorstellung, dass der weibliche Körper von Gott geschaffen wurde. Sie bringt dies wie folgt zum Ausdruck:

Weiblichkeit bedeutet mir sehr, sehr, sehr gutes Bedeutung, weil Gott hat uns ja so als weibliche Art uns gemacht, und das ist wirklich, muss man auch können schätzen, das ist (Frau Grün, Pos. 46)

Früher glaubte sie, dass die Beschneidung von Gott gewollt sei. Erst später erkannte sie, dass dem nicht so ist. Darüber hinaus ist sie der Ansicht, dass Frauen von Gott bestimmte Fähigkeiten mitgegeben wurden, die Männer nicht besitzen. Im Zusammenhang mit sexueller Erregung betont sie, dass Gefühle ein Geschenk Gottes und dem Menschen von Geburt an gegeben seien.

Frau Gold äussert sich auf die Interviewfrage nach ihrer Beziehung zur Vulva und zur Vagina mit folgender Formulierung: «*Aus religiöser Sicht masturbieren wir Frauen uns nicht*» (Frau Gold, Pos. 26).

4.4 Tabu und Enttabuisierung (induktiv)

Frau Gold berichtet, dass in ihrer Herkunftsfamilie das Thema Beschneidung tabuisiert und auch über die Geschlechtsorgane nicht gesprochen wurde. Zudem sei ihr vermittelt worden, dass sie sich «da unten» nicht berühren dürfe, was sie direkt mit einem Verbot in Verbindung brachte. Frau Blau schildert eine Situation aus ihrer Kindheit, in der andere Mädchen aus derselben Region zu ihr kamen und erklärten, sie seien nun beschnitten und daher etwas Besseres. Sie habe in diesem Moment Angst empfunden, ohne jedoch zu wissen, was konkret auf sie zukommen würde.

Mehrere Interviewpartnerinnen betonen, dass es Vertrauen erfordere, um über die eigene Beschneidung zu sprechen, insbesondere wenn dies im Zusammenhang mit Sexualität geschehe. Frau Blau berichtet von Frauen, die Schwierigkeiten in der sexuellen Kommunikation mit ihrem Partner erleben, was häufig zu partnerschaftlichen Konflikten führe. Ihrer Aussage zufolge haben einige Frauen Angst, durch das Aufsuchen professioneller Unterstützung ihre Ehe zu gefährden oder auf Ablehnung durch den Partner zu stossen. Über solche Themen wird in der Öffentlichkeit sowie innerhalb der Community kaum gesprochen.

Gleichzeitig schildert Frau Blau, dass sie zunehmend erlebe, wie Frauen offen über ihre Beschneidung sprechen und auch davon berichten, ihre eigenen Töchter nicht beschneiden zu lassen. Diese Entwicklung nehme sie mit Freude zur Kenntnis.

Frau Gold erlebt durch ihre berufliche Tätigkeit eine Enttabuisierung im Umgang mit ihrem eigenen Genital. Auch Frau Grün betont im Interview mehrfach, dass sie mit ihrem Partner offen über Sexualität sprechen kann. Ein Beispiel dafür ist folgendes Zitat:

Moment, wenn du miteinander mit einem Mann bist, zum Beispiel dein Mann bist, und das Zeit ist, miteinander Zeit zu haben, miteinander etwas, ja, das sagt man dann auch, dass man bereit ist, auch zu mitmachen, diesen Moment zu geniessen.
(Frau Grün, Pos. 222)

Drei der vier interviewten Frauen geben an, im Zusammenhang mit ihrer Beschneidung - und teilweise auch mit ihrer Sexualität - Unterstützung in Anspruch genom-

men zu haben. Dies setzt ein gewisses Mass an Mut sowie die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Erleben voraus.

4.5 Anders-Sein (induktiv)

Für Frau Grün waren die Beschneidung sowie die kleine Öffnung im Genitalbereich über lange Zeit hinweg Teil ihrer als selbstverständlich empfundenen körperlichen Realität. Sie hatte nie darüber nachgedacht, dass es auch eine andere körperliche Beschaffenheit geben könnte. Erst durch ihren Aufenthalt in einem anderen Land und im Rahmen eines Arztbesuchs wurde ihr bewusst, dass sich ihre Genitalien von denen anderer Frauen unterscheiden. Bei diesem Termin wurde ihr mitgeteilt, dass das Erscheinungsbild ihres äusseren Genitals nicht der medizinischen Norm entspreche. Die Suche nach medizinischem Fachpersonal mit entsprechender Expertise gestaltete sich für sie als schwierig. Ein exemplarisches Zitat zur Selbstwahrnehmung ihrer Vulva im Kontext des Andersseins lautet:

Wir haben nicht Vulva, wie normale Mädchen, wo offen ist, wo man sieht so gross, sondern eher wo Nadel ist. Man merkt auch, wenn man tastet, aber wir haben immer noch. (Frau Grün, Pos. 178)

Frau Gold äussert ihr Unbehagen hinsichtlich der dunkleren Pigmentierung ihrer Vulva. Sie sagt dazu:

Anders in dem Sinne nicht. Einfach farblich ist es anders. Aber den Unterschied habe ich erst gemerkt, als ich in der Pflege gearbeitet habe und die Intimpflege bei den Frauen durchgeführt habe. (Pos. 12)

Auch Frau Blau beschreibt, dass sie sich im Vergleich zu anderen Frauen als anders wahrnimmt. Ihre Wahrnehmung bringt sie mit folgenden Worten zum Ausdruck:

Ich fühle, dass ich anders bin als andere Frauen. Es gibt Frauen auch schon mal, die in anderen Ländern geboren sind. Sie sehen anders aus als wir. Ich denke, dass ich anders bin. Und diese Frau Glück gehabt hat, dass man sie nicht beschneidet. (Frau Blau, Pos. 104)

Obwohl ihre Mutter als gebildete Frau gegen eine Beschneidung war, war der gesellschaftliche Druck letztlich ausschlaggebend. Verstärkt wurde dies durch die vorherrschende Überzeugung: «Wenn man die Mädchen beschnitten hat, sagt man, sie ist jetzt eine komplette Frau. Sie ist jetzt voll. Bevor sie beschnitten ist, ist sie nicht komplett» (Frau Blau, Pos. 32).

Frau Braun thematisiert in ihrer Aussage einen Vergleich zu einem Mann aus ihrer Community und reflektiert über gesellschaftliche Ungleichbehandlung:

[...] Ich merke auch, wenn ich nicht Frau wäre, hätten wir ja auch diese (unv), wenn ich mit mir umgehe. Oder diese Ungerechtigkeit, wie man eine Frau behandelt. Wenn ich jetzt in dieser Community, in dieser Welt, ein Mann wäre, hätte ich wahrscheinlich mehr ... wäre ich verschont. Wenn ich jetzt ganz egoistisch bin. (Frau Braun, Pos. 150)

4.6 Ansatzmöglichkeiten für die Sexualtherapie

Alle befragten Frauen erwähnen im Interview, dass sie Anregungen oder Hilfestellungen im Umgang mit Sexualität für sich selbst oder für andere Betroffene als mögliche Unterstützung ansehen. Während einige Frauen aus dem Sampling klare Benennungen vornehmen, äussern andere die Bereitschaft, einige Ideen oder Tipps weiterzugeben, ohne dabei konkret ins Detail gehen zu können.

Die sexualtherapeutische Begleitung lehnte Frau Blau für sich entschieden ab. Als Begründung nennt sie ihren kulturellen Hintergrund und vermutet, dass auch andere Personen aus ihrem sozialen Umfeld ähnliche Vorbehalte hegen können. Für sie ist die Vorstellung, im Bereich Sexualität etwas zu lernen oder eine professionelle Beratung in Anspruch zu nehmen, nicht vorstellbar. Anders äussert sich Frau Braun, die angibt, momentan nicht die notwendige Kraft zu haben, sich vertieft mit ihrem Genital auseinanderzusetzen. Eine therapeutische Begleitung könne sie sich jedoch grundsätzlich vorstellen - allerdings zu einem späteren Zeitpunkt, wenn sie sich dazu in der Lage fühle. Für Frau Grün wiederum besteht kein Wunsch nach Veränderung ihrer bestehenden Verbindung zum eigenen Körper. Gleichzeitig hebt sie hervor, dass sexualtherapeutische Unterstützung für andere Personen hilfreich sein könne - unabhängig von Alter oder Lebenssituation. Auch Frau Gold äussert sich zu diesem Thema. Sie erklärt, dass sie zunächst den Wunsch habe, sich mit diesen Fragen persönlich auseinanderzusetzen. Dabei habe sie festgestellt, dass sich neue Empfindungen und ein Bedürfnis nach sexueller Erkundung entwickelt hätten. Aus diesem Grund könne sie sich vorstellen, künftig einen Partner zu finden, mit dem sie diese Aspekte gemeinsam erforschen möchte. Am Ende des Interviews äussert sich Frau Gold mit folgendem Statement: *«Es muss nicht unbedingt ein Partner da sein. Ich kann mich auch selbst erforschen» (Frau Gold, Pos. 168).*

Mehrfach wird die Psychoedukation über den weiblichen Körper als ein relevanter Bestandteil erwähnt. Dies umfasst sowohl Wissen über die Anatomie als auch die Möglichkeit, eine differenzierte Wahrnehmung zu entwickeln. Darüber hinaus beinhaltet es das Aneignen eines sprachlichen Repertoires, um die eigenen Genitalien benennen zu können, ebenso wie Begriffe für Gefühle und körperliche Empfindungen zu finden. Ein weiterer Aspekt ist die Erlaubnis, sich selbst gegenüber zuzugestehen, dass bestimmte Gefühle weiterhin vorhanden sein dürfen.

[...] Es braucht einfach Mut, zuzulassen. Wenn die Klitoris entfernt worden ist, das ganze Organ ist ja noch da. Man muss auch wissen, okay, wenn das, nachdem ich realisiert habe, dass das ganze Organ nicht entfernt worden ist, da hat es mir auch geholfen zu akzeptieren, okay, der empfindliche Teil ist entfernt worden, aber ein grosser Teil ist noch da. Und das hilft. (Frau Braun, Pos. 200)

Die Einbeziehung des Partners sowie seine aktive Beteiligung werden als bedeutsam beschrieben, insbesondere um Verständnis für die Situation der Partnerin zu schaffen und bei Bedarf gemeinsam professionelle Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Drei der vier interviewten Frauen berichten, dass sie medizinische Unterstützung gesucht hätten. Diese Hilfe wurde als entlastend und unterstützend erlebt. Sie stammte entweder von medizinischem Fachpersonal oder von anderen betroffenen Personen, die innerhalb medizinischer Einrichtungen tätig waren. Zugleich machen zwei Interviewpartnerinnen darauf aufmerksam, dass es mitunter schwierig sei, eine fachlich qualifizierte Ansprechperson zum Thema weibliche Genitalbeschneidung zu finden. Frau Grün schildert, dass zu Beginn sexueller Kontakte mit ihrem Partner eine Penetration nur unter Schmerzen möglich gewesen sei. Dies führe sie auf eine zu geringe Öffnung im äusseren Genitalbereich zurück. Sie sprach das Problem offen an, unterbrach den Geschlechtsverkehr und suchte anschliessend gemeinsam mit ihrem Partner medizinische Unterstützung. Teilweise werden Behandlungsmöglichkeiten nicht in Anspruch genommen, da die Betroffenen entweder aufgrund ökonomischer Hürden, also mangelnder finanzieller Mittel, oder wegen fehlender Ressourcen wie Kraft und Energie für eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik und den damit verbundenen persönlichen Prozessen daran gehindert werden. Mehrere der befragten Frauen betrachten medizinische oder operative Massnahmen als mögliche Option im Umgang mit den Folgen ihrer Genitalbeschneidung. So berichtet Frau Braun, dass sie sich bereits zwei entsprechenden Eingriffen unterzogen habe. Derzeit zieht sie einen weiteren medizinischen Ein-

griff in Erwägung, von dem sie sich eine stärkere Verbindung zu ihrem eigenen Körper erhofft. Ihrer Schilderung zufolge würde auch dieser Eingriff, wie bereits bei den vorhergehenden Operationen, einen Prozess des erneuten Kennenlernens und der Auseinandersetzung mit dem eigenen Genital bedeuten. Dieser sei zugleich mit einem Aneignungsprozess verbunden. Aus Sicht von Frau Braun erscheint es sinnvoll, in diesem Zusammenhang professionelle Begleitung einzubeziehen. Ein Teil der Interviewpartnerinnen betont, dass Vertrauen eine grundlegende Voraussetzung für therapeutische Prozesse darstellt. Exemplarisch verdeutlicht dies das folgende Zitat von Frau Gold:

Ich glaube, man muss eine Beziehung haben. Man spürt ja das, ob man sich einer Person öffnen kann. Ich könnte mich nicht jeder Sexualtherapeutin sofort von 0 auf 10 öffnen und ihr alles erzählen. Ich bräuchte eine Einführung, dass ich sie langsam spüre und sie kennenlerne. Erst dann könnte ich mich öffnen. Aber ich glaube, das wäre eine gute Idee. Ich kann nur von mir selbst reden. (Pos. 184)

Darüber hinaus wurde betont, dass es in der Begleitung betroffener Frauen nicht um Mitleid gehen soll, sondern um Stärkung und Hilfestellung. Frau Braun bringt dies wie folgt zum Ausdruck:

Sicher nicht bemitleiden oder so, sondern einfach hilfreiche Tipps. (Unv) und, wie man auch sagt, ein besseres Bild, Selbstvertrauen sich aufbauen. Und eine Person stärken. So ausbauen soll eigentlich sein, nicht bemitleiden. (Pos. 206)

Mehrfach wird der Wunsch geäußert, dass betroffene Frauen einen Raum erhalten, in dem sie sich mit ihrem Körper und ihrer Sexualität auseinandersetzen können - im Hinblick auf Selbstwert, Mut zur Exploration und die Möglichkeit, zu entdecken, was sie als angenehm und schön empfinden. Dazu gehört auch die Gelegenheit zur Reflexion, wie das folgende Beispiel von Frau Braun zeigt:

[...] Wie das sein würde, wenn ich jetzt nicht verstümmelt wäre. Wie wäre es? Wäre ich noch schöner? Wäre ich jetzt wie eine Blüte, wie die Wüstenblumen aufblühen? Auch ob mein Ist-Zustand noch schöner und besser wäre. Wie wäre es, wenn ich nicht beschnitten wäre, in meinem sexuellen Leben? Solche Sachen begleiten mich schon ab und zu, wenn ich die Ruhe habe und in mich hineinkomme. (Frau Braun, Pos. 30)

Frau Gold betont ihre Haltung zur Selbstbestimmung, zur Unabhängigkeit von Männern und zur Annahme des eigenen Körpers. Ihre Aussage bringt dies deutlich auf den Punkt:

Macht nicht alles abhängig von einem Mann. Erforscht euch selbst und akzeptiert euren Körper, so wie es ist. Denn schlussendlich ändern kann man es ja nicht. Es geht einem besser, wenn man seinen eigenen Körper akzeptiert hat. [...]. (Frau Gold, Pos. 174)

Ein weiterer zentraler Aspekt ist die Kommunikation über Sexualität innerhalb der Partnerschaft. Ebenso bedeutsam erscheint die Stärkung der Frauen in Bezug auf ihre individuellen Grenzen und Bedürfnisse sowie die Förderung ihres Selbstbewusstseins.

5 Diskussion

In diesem Kapitel werden die zusammengefassten Ergebnisse aus dem vorhergehenden Abschnitt interpretiert und diskutiert sowie, wenn möglich, mit theoretischen Ansätzen verknüpft. Zentrale Themen im Rahmen der Interviews sind die individuelle Wahrnehmung der eigenen Genitalien und die damit zusammenhängende sexuelle Selbstsicherheit der interviewten Frauen. Darüber hinaus werden die Teilnehmerinnen nach möglichen Ansätzen für eine sexualtherapeutische Intervention befragt.

5.1 Wie nehmen Frauen, die von FGM/C betroffen sind, ihre weiblichen Genitalien wahr?

Es kann keine einheitliche Aussage getroffen werden. Die Wahrnehmung und das Erleben der befragten Frauen gestalten sich individuell und weichen deutlich voneinander ab. Diese Vielfalt lässt sich in der Theorie durch das Konzept der «Beziehung zum eigenen Genital» (Kap. 2.2) erklären, in dem die emotionale und sinnliche Nähe zur eigenen Vulva variiert. Während einige Frauen ihr Genital als bewohnt erleben (Henning, 2024, S. 208), zeigen andere eine Distanz oder sogar Trennung davon. Diese Unterschiede spiegeln sich auch im Konzept des genitalen Selbstbilds wider, das eng mit der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung der äusseren Genitalien verknüpft ist (Böhm, 2023, S. 15).

Um diese individuelle Perspektive zu betonen und zu würdigen, wird in den Ergebnissen die Vielfalt der Erfahrungen sichtbar gemacht und hervorgehoben. Frau Braun gibt an, dass sie keine Verbindung zu ihrer Vulva spürt, was laut Bischof et al. (2020c, S. 5) darauf hindeutet, dass die Vulva nicht als bewohnt oder erotisiert empfunden wird. Weiterhin äussert sie eine Unzufriedenheit über das Erschei-

nungsbild ihrer Vulva, das sie als verstörend und unschön empfindet. Zusätzlich erklärt sie, dass sie keinerlei Verbindung zu ihrer Vulva spüre. Es fühle sich an, als wäre sie vermauert. Sie verweigert bewusst eine Verbindung und gibt an, dass sie sich trennen möchte, wenn dies möglich wäre. Ihre Erzählungen deuten darauf hin, dass durch die Beschneidung das Empfinden sexueller Reize eingeschränkt und die Kanalisierung vermindert ist. Infolgedessen zeigt sich eine instabile Steigerung sexueller Erregung. Daraus kann geschlossen werden, dass diese Frau über ein negatives Selbstbild in Bezug auf ihre Vulva hat. Demgegenüber steht die Verbundenheit mit ihrer Vagina. Sie charakterisiert dies als vertraut, «natürlich» und als eine ständig präsente Empfindung. Während sexueller Erregung nimmt sie bewusst ihre Vagina wahr und empfindet eine Lebendigkeit in diesem Bereich. Es wird deutlich, dass die Vagina bewohnt ist, da sie eine Verbindung spürt.

Frau Grün spürt ihre Vagina und nimmt während sexueller Erregung ein Kribbeln wahr sowie den Wunsch, in der sexuellen Interaktion Gefühle, in ihren Worten die «Süssigkeit» (Frau Grün, Pos. 208), in der Vagina zu verspüren, aufzunehmen, zu sammeln und zum Abschluss zu bringen. Daraus lässt sich schliessen, dass sie den sexuellen Akt geniessen kann und das Bedürfnis hat, ihre Vagina währenddessen bewusst wahrzunehmen und zu füllen. Dies deutet auf eine Rezeptivität hin. Während des Geschlechtsverkehrs nimmt sie ihr Genital bewusst wahr. Sie verspürt in der Vagina mehr als in der Vulva, sieht beide Bereiche jedoch als zusammengehörige Einheit. Es handelt sich um eine bedeutende Körperregion, die sie sorgfältig behandelt. Sie kann aufgrund ihres haptischen Abtastens eine Beschreibung geben von ihrem äusseren Genital. Daraus kann geschlossen werden, dass sie eine Vorstellung von sich selbst in Bezug auf ihre Genitalien entwickelt hat. Die Vulva wird als Beschützerin der Vagina angesehen und gilt als der Ursprungsort der Gefühle, die dann in Wellen in die Vagina übergehen. Sie ist stolz auf ihre Vulva und zeigt sich mit deren Aussehen zufrieden. Ihr gefällt, dass ihre Vulva nicht vollständig geöffnet ist. Es besteht die Möglichkeit, dass das vermittelte Schönheitsideal einer «geschlossenen Vulva» in ihren Kognitionen verankert ist und dass ihre halb geschlossene Vulva diesem Ideal nahekommt. Deshalb könnte Frau Grün Stolz gegenüber ihrer Vulva verspüren. Obwohl die Schmerzen in der Vergangenheit stärker waren, empfindet sie heute dennoch Unzufriedenheit. Sie hat jedoch ihren eigenen Weg gefunden. Sie akzeptiert ihr Geschlechtsorgan, so wie es ist. Basierend auf diesen Informationen lässt sich feststellen, dass Frau Grün einen Zugang

zu ihrer Vagina und ihrem genitalen Erleben entwickelt hat. Des Weiteren sind ein positiver Bezug zum eigenen Körper und zum Genital sowie eine überwiegende Zufriedenheit erkennbar.

Bei Frau Gold wird das Genital als ein Teil ihres Körpers erlebt, der vorhanden ist und den sie mit der Zeit akzeptieren konnte. Sie äussert keine Bestrebungen, diesen Teil ihres Körpers näher zu erforschen oder mit ihm in Berührung zu kommen. Berührungen im Genitalbereich würde sie aus religiösen Gründen ausschliesslich einem Mann überlassen. Im Laufe des Interviews äussert sie sich jedoch gegenteilig und kann sich vorstellen, sich selbst im Genitalbereich zu erforschen. Zudem empfiehlt sie anderen betroffenen Frauen, sich mit ihrem Körper auseinanderzusetzen und diesen zu akzeptieren. Sie äussert auch explizit, dass Frauen sich nicht abhängig von einem Mann machen sollten. Daraus ergibt sich ein Spannungsverhältnis zwischen der Ermutigung anderer betroffener Frauen und ihrer eigenen kognitiven Zurückhaltung - insbesondere mit Hinblick auf den internalisierten Glaubenssatz, dass Selbstbefriedigung für Frauen aus religiösen Gründen nicht erlaubt sei. Aufgrund ihrer Äusserungen zur Selbstbefriedigung lässt sich vermuten, dass sie durch dieses Verbot auch keine physische Nähe und Verbindung herstellen kann, im Gegensatz zu anderen Bereichen ihres Körpers. Weiterhin beschreibt sie ein Gefühl des Verlusts bezüglich der Klitoris und erläutert, dass sie sich intensiv mit den Gründen und Ursachen auseinandersetzt. Dies bezieht sich auch auf das Gefühl der Einschränkung und der Unfähigkeit, die gleiche Lust wie der frühere Partner zu empfinden. Auch ihre Erregungsdauer ist begrenzt. Dies deutet darauf hin, dass Gefühle von Trauer und Enttäuschung darüber bestehen, möglicherweise nicht in der Lage zu sein, intensive Lust und Empfindungen zu erleben. Diese Einschränkung scheint sich negativ auf das genitale Selbstbild sowie auf das Vertrauen in die eigenen erotischen Fähigkeiten auszuwirken. Das Aussehen ihrer Vulva unterscheidet sich nicht von demjenigen anderer Frauen, abgesehen von der fehlenden Klitoris, doch sie könne nur spekulieren, wie sich ihr Bild mit einer intakten Klitoris verändern würde. Was sie jedoch als störend empfindet, ist die (dunklere) Färbung ihrer Vulva. Abgesehen von diesen Eindrücken äussert sie grösstenteils Zufriedenheit und eine akzeptierende Einstellung gegenüber ihrer Vulva. Sie ist nicht in der Lage, zwischen der Vulva und der Vagina zu unterscheiden und betrachtet sie als eine Einheit. Die Aussage, dass sie ihren Intimbereich während der Menstruation verstärkt

wahrnimmt, lässt sich mit den Überlegungen von Schifftan (2018) verknüpfen, wonach Frauen durch die Schmerzen und Blutungen das Genital bewusster wahrnehmen und dadurch einen Bezug herstellen (S. 169). Die Auswertung legt nahe, dass Frau Gold einen akzeptierenden Umgang mit ihrem Genital entwickelt hat, jedoch über keine tiefere Verbindung verfügt sowie die Funktionalität mit ihrer Lustdiffusion anzweifelt. Des Weiteren hat sie ein Unbehagen in Bezug auf das Aussehen ihrer Vulva. Dies lässt den Rückschluss auf ein ambivalentes genitales Selbstbild der Vulva zu.

Frau Blau empfindet eine unangenehme Verbindung zu ihrer Vulva. Im Alltag nimmt sie ihr Genital nicht wahr. Frau Blau empfindet aufgrund der Beschneidung eine Verringerung ihres Empfindens und verspürt teilweise weder Erregung noch Lust. Dies führt sie zurück auf die Beschneidung und lässt sie eingeschränkt fühlen. Sie empfindet keine Sensation in ihrer Vagina und vergleicht sie mit einem Tunnel. Sie stimmt einer Unterscheidung zwischen Vagina und Vulva zu, aber die Interviewerin geht nicht näher darauf ein. Früher empfand sie Stolz auf ihre Beschneidung und deren Aussehen, doch mittlerweile lehnt sie diese Praxis ab und betrachtet sie als problematisch. Daraus kann geschlossen werden, dass sie ihr Aussehen zwar nicht mag, es jedoch akzeptiert. In ihrem Heimatland wird eine Frau erst als vollwertig angesehen, wenn sie beschnitten ist. In der Schweiz scheint es für sie umgekehrt zu sein. Sie empfinde eine Unvollständigkeit in sich. Als Kind wurde ihr ein Körperteil entfernt. Sie ist dazu verpflichtet, mit ihrer Genitalverstümmelung zu leben. Sie differenziert sich selbst von nicht beschnittenen Frauen, die dieses Schicksal nicht erfahren haben und sieht darin eine wesentliche Unterschiedlichkeit ihrer Lebensrealitäten. Dies zeigt sowohl Trauer als auch potenzielle Wut über die Praxis der FGM/C, die eigene Genitalverstümmelung sowie Frustration über das Aussehen auf. Frau Blau scheint anhand ihrer Äusserungen Schwierigkeiten beim Zugang zu ihren Genitalien zu haben. Frau Blau lehnt die Praxis FGM/C ab. Ihre Äusserungen, dass sie damit leben müsse, in Verbindung mit der negativen Bewertung ihrer Vulva, deuten auf ein negatives Selbstbild bezüglich ihrer Genitalien hin.

Frau Blau äussert wiederholt, dass ihre Vulva irreparabel sei. Diese Haltung teilen alle Teilnehmerinnen der Studie. Dies verdeutlicht, dass auch durch operative Eingriffe nicht alles wiederhergestellt werden kann. Ein individueller Prozess der Akzeptanz gegenüber dem eigenen Genital ist daher für betroffene Frauen ein zent-

raler Faktor. Erst dadurch ist es möglich, das Genital zu erotisieren, sich anzueignen und es bewohnen zu können.

5.2 Inwiefern beeinflusst das Betroffensein von FGM/C das genitale Selbstbild?

Die vorliegende Studie macht deutlich, dass jede der interviewten Frauen über einen individuellen Zugang zu ihrem Genital verfügt. Diese individuellen Zugänge lassen sich unter Rückgriff auf die sexodynamische Komponente des Sexocorporel verstehen (Kap. 2.3.4), in der das genitale Selbstbild als Teil des erotisierten Körpers konzeptualisiert wird. Wird das Genital nicht als erotisch besetzt empfunden oder bleibt unbewohnt, fehlt häufig die Identifikation mit diesem Körperbereich (Bischof et al., 2020, S. 5). Die erhobenen Ergebnisse besitzen keine allgemeine Gültigkeit. Sie deuten jedoch darauf hin, dass die Beschneidung die betroffenen Frauen im Verlauf ihres Lebens in unterschiedlichem Ausmass in ihrer Wahrnehmung und Empfindung des Genitalbereichs beeinflusst. In Anlehnung an die Ausführungen von Barinoff (2020, S. 61) lassen sich Genitalbeschneidungen als biografische Ereignisse verstehen, die sowohl das genitale Selbstbild als auch das körperliche Empfinden beeinflussen können. Zugleich wird anhand der Aussagen erkennbar, dass ein negatives genitales Selbstbild oder ein erschwerter Zugang zum eigenen Genital nicht pauschal auf alle Frauen mit FGM/C zutrifft. Auf Grundlage der Interviewaussagen lässt sich Frau Gold einer Typ-I-Beschneidung zuordnen, während Frau Blau, Frau Grün und Frau Braun Hinweise auf eine Typ-III-Beschneidung geben.

Laut den Ergebnissen der Studie von Dura et al. (2023) besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den FGSIS-Werten und dem jeweiligen Beschneidungstyp. Besonders bei Typ III wurden im Vergleich zu anderen Typen deutlich niedrigere Werte festgestellt. Im Rahmen der vorliegenden qualitativen Untersuchung lässt sich dieser Befund jedoch nur teilweise bestätigen. Am Beispiel von Frau Grün wird vielmehr deutlich, dass die Wahrnehmung des eigenen Genitals sowie der individuelle Umgang damit, stark durch persönliche Erfahrungen und Lernprozesse geprägt sind. Somit treten subjektive Faktoren in den Vordergrund, die sich nicht allein auf den medizinischen Typ der Beschneidung zurückführen lassen. Hinzu kommt, dass die Teilnehmerinnen im Interview nicht explizit nach dem konkreten Beschneidungstyp befragt wurden. Die entsprechende Einordnung erfolgte auf

Basis der interviewbasierten Selbstauskünfte und wurde durch die Forschenden im Nachgang interpretiert.

Die beiden Forschungsarbeiten von Rouzi et al. (2020) und Dura et al. (2023) (siehe Aktueller Forschungsstand 2.7.2) können im Rahmen dieser Untersuchung weder bestätigt noch widerlegt werden. Zudem wurde in der vorliegenden Studie, im Gegensatz zu den genannten Arbeiten, keine Vergleichsgruppe mit unbeschnittenen Frauen einbezogen.

5.3 Inwiefern beeinflusst das Betroffensein von FGM/C das genitale Selbstbild in Bezug auf die sexuelle Selbstsicherheit?

Durch die qualitativen Interviews im Rahmen dieser Studie möchte die Autorin in Bezug auf die sexuelle Selbstsicherheit von einem Kontinuum sprechen, um der Vielfalt an Fähigkeiten, Ressourcen, Herausforderungen und Grenzen der Frauen angemessen Rechnung zu tragen.

Auf Grundlage der Interviewergebnisse lässt sich ableiten, dass Frau Grün über eine ausgeprägte sexuelle Selbstsicherheit verfügt. Ihre beschriebene Fähigkeit, ihre Vagina differenziert wahrzunehmen und stolz auf ihre Vulva zu sein, lässt sich im Sinne der erotischen Kompetenzen und der sexuellen Selbstsicherheit des Modells Sexocorporel deuten (Kap. 2.3.4.2; Bischof, 2010, S. 12–13). Dabei spielen der positive Bezug zur eigenen Weiblichkeit sowie das Erotisieren des eigenen Genitals eine zentrale Rolle.

Diese zeigt sich unter anderem in einem positiven Bezug zu ihrem Genitalbereich. Darüber hinaus deutet ihre Beschreibung darauf hin, dass sie einen erotisierten vaginalen Innenraum wahrnimmt. Bei der Analyse der Aussagen von Frau Braun zeigt sich hingegen ein stimmungsabhängiges Selbstbild. Das äussere Genital lehnt sie ab, und das Zeigen desselben widerstrebt ihr. Gleichzeitig lassen ihre Aussagen auf eine entwickelte Beziehung zur eigenen Vagina schliessen sowie auf die Fähigkeit, sexuelle Erregung bewusst wahrzunehmen. Frau Braun verfügt über bestimmte exhibitionistische Ausdrucksformen, bezieht diese jedoch nicht auf die Vulva. Ihr weiblicher Körper wird insgesamt als zugänglich erlebt, wobei sie die Entfernung eines für sie bedeutsamen körperlichen Anteils ausdrücklich benennt. Darüber hinaus zeigen sich bei ihr einzelne Fähigkeiten, die den drei Dimensionen des Körpers zugeordnet werden können. Dennoch legen die vorhandenen Herausforderungen im Zusammenhang mit dem genitalen Selbstbild, das ambivalente

Körpererleben sowie die Schwierigkeiten im Sich-Zeigen nahe, dass ihre sexuelle Selbstsicherheit insgesamt als begrenzt einzustufen ist.

Aus den Ergebnissen von Frau Gold ergibt sich, dass sie aktuell eine akzeptierende Haltung gegenüber ihrem äusseren Geschlecht hat, diese jedoch nicht positiv besetzt ist, sondern eher als neutral eingeordnet werden kann. In der Vergangenheit war dies anders. Die Erregung spürt sie in der Vulva, begleitet von Lubrikation. Das weist darauf hin, dass sie einen Zugang zu ihrem Geschlecht hat, jedoch keine weitere Investition darin erfolgt. Auf kognitiver Ebene verhindert ihr Glaube, dass sie eine Selbstbefriedigungspraxis entwickelt und eigene Lernfortschritte in diesem Bereich macht.

Im vorliegenden Kontext wird eine gewisse Abhängigkeit von einem Partner deutlich. Frau Gold äussert jedoch, dass sexuelle Interaktionen für sie mit Freude verbunden gewesen seien und sie diese bewusst geniessen konnte. Zudem ist Offenheit für weitere Erfahrungen vorhanden, begleitet von dem Wunsch, erneut eine Partnerschaft einzugehen, um wieder sexuell aktiv zu werden. Daraus lässt sich auf eine vorhandene Rezeptivität schliessen. Gleichzeitig beschreibt sie ein begrenztes Lustempfinden sowie eine verkürzte Dauer sexueller Empfindungen, welche sie selbst auf die durchgeführte Beschneidung zurückführt. Weitere Aussagen beziehen sich auf ihre Freude daran, sich ihrem Partner gegenüber als begehrenswert zu zeigen. Sie beschreibt erotische Kompetenzen und benennt die Fähigkeit, ihr äusseres Genital nach dem Aufbau von Vertrauen auch zu zeigen. In diesem Zusammenhang lassen sich weitere Merkmale sexueller Selbstsicherheit feststellen, darunter solche, die den drei Dimensionen des Körpers zugeordnet werden können. Zudem verfügt Frau Gold über einen ausgeprägten haptischen Zugang zum eigenen Körper, der durch eine Haltung der Selbstakzeptanz geprägt ist. Dadurch kann geschlossen werden, dass Frau Gold einen Zugang zu ihrem Körper hat. Ihre Äusserung, in gemischten sozialen Kontexten bewusst darauf zu achten, Reize nicht zu betonen, kann als Ausdruck der kognitiven Dimension interpretiert werden. Möglicherweise steht dieses Verhalten im Zusammenhang mit dem Bedürfnis, sich gesellschaftlichen Normen oder Stereotypen anzupassen. Insgesamt deutet vieles darauf hin, dass eine Partnerschaft eine erneute Annäherung an die eigene sexuelle Selbstsicherheit begünstigen könnte. Zugleich wäre auch ein individueller Weg denkbar. Voraussetzung dafür ist, dass es im Rahmen persönlicher Lernprozesse gelingt, den eigenen Körper einschliesslich des Genitalbereichs

stärker zu erotisieren und somit weitere Lernschritte zur Stärkung sexueller Selbstsicherheit zu ermöglichen. Obwohl Frau Gold bereits über zahlreiche Ressourcen in diesem Bereich verfügt, ist ihre sexuelle Selbstsicherheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt lediglich in begrenztem Masse ausgeprägt.

Aus den Ergebnissen des Interviews mit Frau Blau lässt sich folgern, dass sie einen eingeschränkten Zugang zu ihrem Genital hat. Sie fühlt sich durch die Beschneidung in ihrer Wahrnehmung begrenzt und stellt offenbar einen direkten Zusammenhang zwischen ihrer eingeschränkten Fähigkeit, Lust und Erregung zu empfinden, und der Beschneidung her. Das erlebte Verlustgefühl in Bezug auf die Vulva kann auf kognitiver Ebene ihre Möglichkeit beeinträchtigen, einen Zugang zu ihrem Genital aufzubauen.

Des Weiteren ist Frau Blau in der Lage, ihre Fähigkeiten und Stärken zu erkennen und äussert, stolz auf ihre Weiblichkeit zu sein. Gleichzeitig zeigt sich, dass ihre erotischen Kompetenzen begrenzt sind. Sie verfügt über ein negatives genitales Selbstbild, zeigt ihre Erregung nicht und übernimmt keine aktive Rolle in sexuellen Aktivitäten. Wenn sie Lust verspürt, lässt sie sich zwar auf sexuelle Begegnungen ein, was jedoch auf eine Inkongruenz hinweist. Sie macht deutlich, dass ihr Mann die Entscheidungen trifft. Gleichzeitig entsteht jedoch der Eindruck, dass sie letztlich selbst bestimmt, ob und wann sie sich auf eine sexuelle Interaktion einlässt. Ihre Aussagen lassen darauf schliessen, dass sie keinen bewussten Zugang zu ihrem äusseren und inneren Genital hat. Insgesamt zeigt sich eine begrenzte sexuelle Selbstsicherheit. Zudem war es für Frau Blau spürbar unangenehm, über ihre eigene Wahrnehmung und ihr sexuelles Erleben zu sprechen. Dies könnte auf Schamgefühle oder Unsicherheit hinweisen, ebenso wie auf die Möglichkeit, bislang nie in dieser Weise danach gefragt worden zu sein.

Frau Blau, Frau Gold und Frau Braun äussern, dass sie sich in ihrer Wahrnehmung eingeschränkt fühlen. Daraus lässt sich schliessen, dass sie über eine begrenzte Fähigkeit verfügen, Empfindungen und Erleben im Bereich des äusseren Genitals differenziert wahrzunehmen. Besonders ausführlich beschreibt Frau Braun eine beschwerliche und fragile Erregungssteigerung, die ihrer Erfahrung nach meist ohne zufriedenstellendes Ergebnis bleibe. Auch Frau Gold berichtet, dass sie das Lustgefühl nicht in vergleichbarer Weise wie ein Mann erleben könne. Das Gefühl nach dem Höhepunkt beschreibt sie im Vergleich als weniger intensiv und von

kürzerer Dauer, basierend auf ihrer Beobachtung männlicher Reaktionen. Diese Aussage verweist auf eine möglicherweise eingeschränkte Funktion innerhalb der physiologischen Komponente des Sexocorporel, etwa in Bezug auf die individuelle Erregungskurve (Kap. 2.3.1), sowie auf fehlende Erfahrungsräume zur Weiterentwicklung erotischer Kompetenzen.

Darüber hinaus schildern sowohl Frau Gold als auch Frau Braun Schwierigkeiten im Bereich der Paarsexualität. Frau Blau macht hierzu keine konkreten Angaben. Die eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit wirkt sich sowohl auf das Erleben des eigenen Genitals als auch auf die Einschätzung der eigenen erotischen Kompetenzen aus. In der Folge zeigt sich, dass diese Faktoren auch die sexuelle Selbstsicherheit beeinflussen.

Im Verlauf der Analyse fällt auf, dass keine der befragten Frauen eine vertiefte Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Genital vorgenommen hat. Frau Braun setzt sich im Zusammenhang mit medizinischen Eingriffen mit ihrem Genital auseinander, betonte jedoch, dass sie derzeit nicht über die notwendige Energie für eine vertiefte Beschäftigung verfüge. Auch Frau Grün befasste sich zu Beginn ihrer sexuellen Aktivität mit ihrem Geschlecht, um bestehende Probleme zu lösen. Ihren Ausführungen zufolge wurde dieser Prozess jedoch nicht weitergeführt. Darüber hinaus wird deutlich, dass sich alle interviewten Frauen als weiblich empfinden und einen Stolz auf ihre Weiblichkeit zum Ausdruck bringen können. Sie sind in der Lage, ihre individuellen Ressourcen zu benennen. Alle Teilnehmerinnen der qualitativen Studie geben an, gerne eine Frau zu sein - auch wenn Frau Braun dies erst nach längerer Überlegung äussert und Frau Gold dies im Zusammenhang mit der Menstruation verneint. Bei drei der vier Frauen zeigt sich, dass das Erleben der eigenen Weiblichkeit stark mit dem Muttersein oder mit gesellschaftlich geprägten Rollenbildern, wie etwa der Funktion als «Familienmanagerin», verknüpft ist. Die fehlende Auseinandersetzung mit dem eigenen Genital deutet auf ein wenig investiertes genitales Selbstbild hin, was wiederum Einfluss auf die Ausprägung sexueller Selbstsicherheit nehmen kann. Die dargestellten Einschätzungen zur sexuellen Selbstsicherheit basieren auf der Analyse der Interviewaussagen. Eine umfassende Erhebung nach dem Modell des Sexocorporel, etwa unter Einbeziehung von Erregungskurven oder konkreten Fragen zur Selbstbefriedigung, wurde nicht durchgeführt. Vielmehr wurde auf Grundlage der Interviews ein spezifischer Ausschnitt

erfasst, der Einblick in die wahrgenommene sexuelle Selbstsicherheit der befragten Frauen bietet (siehe Methodenkritik 6.1).

5.4 Verbindung von genitalem Selbstbild und sexueller Selbstsicherheit

Ausgehend davon, dass das äussere Genital ein Teil des körperlichen Selbstbildes ist, kann angenommen werden und wird durch die oben erwähnten Zusammenhänge bestätigt, dass das genitale Selbstbild einer beschnittenen Frau Auswirkungen auf ihre wahrgenommene sexuelle Selbstsicherheit hat. Die sexuelle Selbstsicherheit als Bestandteil des Selbstwertgefühls wird durch die Studie von Amos und McCabe (2016) gestützt. Diese Bereiche stehen in einer Wechselwirkung zueinander und bauen aufeinander auf. Bestärkt wird dies auch durch Bischof (2024) in dem sie betont, dass die sexuellen Lernschritte einer positiven Einstellung zum eigenen Genital in Kombination mit Erotisierung zentral für die Förderung der sexuellen Selbstsicherheit sind (S. 1257).

5.5 Wie kann «Sexocorporel» als körperorientierter Ansatz eine Unterstützung für die Stärkung des genitalen Selbstbildes und der sexuellen Selbstsicherheit im Kontext von FGM/C darstellen?

Im Rahmen dieser Fragestellung werden mögliche Ansätze für die therapeutische Arbeit aufgezeigt. Einige der interviewten Frauen äussern jedoch, dass sie keinen Bedarf an therapeutischer Unterstützung sehen, dies für sich selbst nicht wünschen oder sich zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht bereit dafür fühlen. Sexocorporel als ganzheitlicher Ansatz (Kap. 2.3) bietet mit seinen vier Komponenten (physiologische, kognitive, Beziehung, sexodynamische) einen spezifischen Bezugsrahmen, um Frauen bei der Entwicklung eines positiven genitalen Selbstbildes zu begleiten. Der Fokus auf sexuelle Lernprozesse und die körperzentrierte Wahrnehmung ermöglichen es, Schritt für Schritt das eigene Genital zu erkunden, zu erotisieren und positiv zu bewerten (Kneubühler, 2024, S. 21–24).

Diese individuellen Ausgangslagen werden bisher nicht berücksichtigt. Dennoch wird deutlich, dass nicht alle von FGM/C betroffenen Frauen einen sexualtherapeutischen Bedarf aufweisen. Aus den Aussagen der Interviewten lässt sich ableiten, dass die sexualtherapeutischen Ansätze nach dem Konzept von Sexocorporel bislang weitgehend unbekannt sind.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den gezielten Fragestellungen hinsichtlich möglicher Unterstützung sowie der Erwartungen an sexualtherapeutisch tätige Fachpersonen erörtert. Für die Begleitung und Beratung von Frauen mit FGM/C erweist sich ein sensibler Vertrauensaufbau als grundlegender Bestandteil. Dafür ist es erforderlich, dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung ausreichend Zeit und Raum zu geben. Sowohl individuelle als auch gesellschaftlich geprägte Tabus können Auswirkungen auf die betroffenen Frauen entfalten. In den Herkunftskulturen der Interviewpartnerinnen gelten sowohl Sexualität als auch weibliche Genitalbeschneidung häufig als tabubelegte Themen, welche die Wahrnehmung sowie das Verhalten der Frauen auf unterschiedlichen Ebenen beeinflussen können. Diese Aspekte sollten innerhalb eines therapeutischen Rahmens berücksichtigt und in der individuellen Gesprächsführung aufgegriffen werden. Bei spezifischen Fragen oder Anliegen, die nicht in den sexualtherapeutischen Bereich fallen, etwa im medizinischen Kontext, ist es hilfreich, über weiterführende Angebote informiert zu sein oder Anlaufstellen benennen zu können. Eine entsprechende Fachstelle wäre beispielsweise «Mädchenbeschneidung Schweiz». Eine Interviewpartnerin macht deutlich, dass sie kein Mitleid wünsche. Gleichzeitig kann der Ausdruck von Mitgefühl innerhalb einer therapeutischen Begegnung als Form professioneller Empathie verstanden werden und sich positiv auf den Aufbau einer vertrauensvollen Therapiebeziehung auswirken.

Psychoedukation erweist sich als ein wichtiger Bestandteil, der integrativ in den therapeutischen Prozess eingebunden werden sollte. In diesem Zusammenhang ist es bedeutsam, den Wortschatz im Hinblick auf das Genital, Gefühle und Körperwahrnehmungen anzusprechen, gezielt zu fördern und zu erweitern. Diese Notwendigkeit wird auch durch die von Sanyal (2020, S. 15, 25) beschriebene Unsichtbarkeit der Vulva bestätigt. Durch psychoedukative Massnahmen kann eine individuelle Sichtbarkeit geschaffen und ein bewussterer Zugang zum eigenen Körper ermöglicht werden.

Ein zentraler Aspekt stellt die Unterstützung im Hinblick auf ein verbessertes Selbstbild dar, woraus sich eine Stärkung des genitalen Selbstbildes sowie eine Förderung des Selbstvertrauens betroffener Frauen ableiten lassen. In diesem Zusammenhang kann auch die Entwicklung sexueller Selbstsicherheit gefördert werden. Dabei geht es insbesondere darum, einen Rahmen zu schaffen, in dem betroffene Frauen die Möglichkeit erhalten, ihre eigenen Grenzen und Ressourcen

zu erkennen und individuelle sexuelle Lernschritte zu vollziehen. Diese Lernschritte sollten an die jeweilige Person angepasst und flexibel gestaltet werden. So können bestehende kognitive Überzeugungen, wie beispielsweise die Annahme, Selbstbefriedigung sei keine Option, gezielt aufgegriffen und mit Methoden zur genitalspezifischen Exploration, etwa im Bereich der Vulva oder Vagina, erweitert werden. Auf diese Weise kann ein behutsamer Annäherungsprozess an den eigenen Genitalbereich ermöglicht werden. Darüber hinaus lassen sich auch Lernschritte ohne körperliche Berührung, etwa in Form von Imaginationstechniken, einführen. Diese können speziell auf die Förderung der Akzeptanz des eigenen Körpers ausgerichtet sein. Die sexualtherapeutische Begleitung kann zudem vor, während und nach operativen Eingriffen im Zusammenhang mit einer Genitalbeschneidung unterstützend wirken. Dies betrifft sowohl die Reflexion und Vorbereitung im Vorfeld als auch die anschliessende Auseinandersetzung mit dem veränderten Körperbild. Ziel ist hierbei unter anderem die Wiederaneignung des Genitals als Teil der eigenen körperlichen Identität. Der sexualtherapeutische Ansatz nach Sexocorporel bietet hierfür eine differenzierte Grundlage, um solche Prozesse strukturiert und individuell zu begleiten.

Der Einbezug des Partners in Therapiesitzungen kann für betroffene Frauen eine zusätzliche Form der Unterstützung darstellen. Er kann dazu beitragen, Verständnis aufzubauen und bislang unausgesprochene Themen anzusprechen und zu klären. Dabei besteht die Möglichkeit, dass das Paar gemeinsam eine Sexualtherapie besucht oder das Gegenüber gezielt in einzelne Sitzungen einbezogen wird. Im Weiteren kann die Kommunikation über Sexualität ein Teil des Therapiegespräches sein. Das Erlernen von passenden Begriffen sowie die intensive Auseinandersetzung mit dem eigenen Genital, dem Körper, den persönlichen Bedürfnissen und den individuellen Grenzen ermöglichen einen Zugang zum Thema Sexualität. Gleichzeitig trägt Wissen über Körperfunktionen und sexuelle Reaktionen dazu bei, eine Gesprächsgrundlage zu schaffen. Die Vermittlung von Fähigkeiten im Bereich der sprachlichen und körpersprachlichen Kommunikation, der Verführung sowie erotischer Ausdrucksformen kann das genitale Selbstbild stärken und das sexuelle Selbstvertrauen fördern. In einigen Fällen wird medizinische Hilfe nicht in Anspruch genommen, weil die Kosten zu hoch sind oder weil der Partner sie nicht erlaubt. Ähnliche Hürden können auch bei der Inanspruchnahme einer Sexualtherapie auftreten. Daher ist es wichtig zu reflektieren, ob es für Therapeutinnen und Therapeu-

ten möglich ist, Sitzungen zu einem geringeren Tarif anzubieten oder auf bestehende Unterstützungsangebote hinzuweisen, an die sich betroffene Personen wenden können.

Im weiteren Verlauf werden aus dem restlichen Interviewmaterial zusätzliche körperorientierte Ansätze identifiziert und ergänzt. Aufgrund der Komplexität des zugrunde liegenden Modells kann eine vollständige Darstellung im vorliegenden Rahmen nicht erfolgen. Dennoch sollen im Folgenden potenzielle therapeutische Zugänge aufgezeigt werden, die individuell angepasst und vertiefend angewendet werden können.

- Lernschritte zur Erotisierung des eigenen Körpers unter Berücksichtigung persönlicher Ressourcen und Herausforderungen der jeweiligen Frau (Bischof et al., 2020a, S. 14–15; Bischof, 2024, S. 155–156).
- Aneignung der Vulva mit dem Ziel, eine bewusste Eigentümerschaft zu entwickeln und diesen Körperbereich erotisch zu besetzen. In diesen Prozess kann auch ein Aspekt der Akzeptanz integriert werden, der zu einem gestärkten Selbstbild und möglichem Stolz auf das eigene Genital führen kann (Bischof et al., 2020b, S. 32–33; Bischof, 2024, S. 156).
 - Vulva Mapping (Sparmann, 2018, S. 45–47)
 - Vulva-Talk (Sparmann, 2018, S. 77–79)
 - Berührungen und gezielte Exploration der Vulva (Sparmann, 2018, S. 48–49, 134–135)
- Aneignung der Vagina zur Förderung der Wahrnehmung als aktiver, integrierter Körperbereich (Bischof et al., 2020b, S. 32–33).
 - Vagina Mapping (Sparmann, 2018, S. 45–47)
 - Berührungen und Erkundung der Vagina (Bischof et al., 2020b, S. 32–33; Desjardins et al., 2024, S. 109–110; Sparmann, 2018, S. 102–106, 109–111)
- Sensibilisierung des Genitals durch Bewegung, bewusste körperliche Erkundung sowie Anwendung der drei Gesetze des Körpers. Dabei ist die Regelmässigkeit der Übungen ein zentraler Aspekt (Bischof et al., 2020b, S. 39; Sparmann, 2018, S. 114–117).

- Auseinandersetzung mit Emotionen, deren Wahrnehmung und Umgang im Rahmen sexualtherapeutischer Prozesse (Audette & Desjardins, 2024, S. 130; Bischof, 2024, S. 158–159, 161; Desjardins et al., 2024, S. 73).
- Anwendung der drei Gesetze des Körpers: fließende Spannung, aufgerichtete Körperhaltung sowie Bewegung im Körper und bewusster Stimmeinsatz (Bischof et al., 2020a, S. 15).
- Kombination aus Berührung und Bewegung zur Förderung positiver Körperwahrnehmung (Bischof et al., 2020a, S. 15; Sparmann, 2018, S. 85–86).
- Begleitung von Trauerprozessen im Zusammenhang mit dem Verlust bestimmter körperlicher oder sexueller Erfahrungen. Die bewusste Auseinandersetzung mit dem Verlust kann neue Lernprozesse ermöglichen.
- Umdeutung hinderlicher Kognitionen, gegebenenfalls in Verbindung mit traumatherapeutischen Elementen.
- Betrachtung visueller Darstellungen genitaler Vielfalt als möglicher positiver Einfluss auf das eigene Genitalbild (Amos & McCabe, 2016, S. 1257).
- Umgang mit Schmerzen im Genitalbereich im Rahmen sexualtherapeutischer Begleitung (
- Bischof et al., 2020b, S. 36–40; Sztenc, 2020, S. 156–157).
- Gruppenangebote, die Raum für Austausch schaffen, können das gegenseitige Verständnis, die Kommunikation sowie die Stärkung des Selbstbilds als Frau fördern (Sparmann, 2018, S. 14–15, 17–18).

Darüber hinaus wird durch die Befragungen ersichtlich, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit weiteren Fachstellen und medizinischen Einrichtungen einen wesentlichen Bestandteil eines umfassenden Unterstützungsangebots im Sinne der Betroffenen darstellt.

5.6 Fazit

Es lassen sich auf Grundlage dieser explorativen Forschungsarbeit keine Rückschlüsse auf jede Frau mit FGM/C schliessen. Jede betroffene Frau verfügt über individuellen Ressourcen, Grenzen und Herausforderungen. Daraus lassen sich jedoch Anhaltspunkte für die sexualtherapeutische Arbeit ableiten. Im Rahmen dieser qualitativen Forschungsarbeit wurde untersucht, wie Frauen mit FGM/C ihr eigenes Genital wahrnehmen, welches genitale Selbstbild sie entwickeln und wie sich ihre sexuelle Selbstsicherheit darstellt. Im Zentrum der Analyse standen die indivi-

duellen Wahrnehmungen der betroffenen Frauen. Aufgrund der Vielfalt dieser Wahrnehmungen lassen sich keine generalisierbaren Aussagen ableiten. Aus diesem Grund ist es in der sexualtherapeutischen Arbeit mit Frauen, die von FGM/C betroffen sind, besonders wichtig, individuelle Erhebungen zur Ausprägung des genitalen Selbstbilds sowie zur sexuellen Selbstsicherheit durchzuführen.

Dabei zeigt sich, dass das genitale Selbstbild und die sexuelle Selbstsicherheit in wechselseitigem Zusammenhang stehen - auch bei Frauen mit FGM/C ist diese Wechselwirkung zu beobachten. Zur Förderung eines konstruktiven Zugangs zum eigenen Genital kann der körperorientierte Ansatz Sexocorporel genutzt werden, insbesondere durch die schrittweise Entwicklung sexueller Lernprozesse.

In der therapeutischen Begleitung sollte die Beschneidung nicht ausschliesslich als individuelles Thema der Frau verstanden werden, sondern ebenso als Paardynamik. Entsprechend kann es hilfreich sein, auch den Partner in den Therapieprozess einzubeziehen, sofern dies möglich ist. Da es sich um ein hochsensibles Themenfeld handelt, ist es zudem wesentlich, dass Therapeutinnen und Therapeuten auf ihre eigene Zentrierung und Selbstregulation achten. Ergänzend dazu können Pausen, humorvolle Elemente oder körperbezogene Übungen in das Gespräch integriert werden. Diese Ansätze bieten sowohl für Klientinnen und Klienten als auch für Fachpersonen eine unterstützende Grundlage im therapeutischen Setting. Im Verlauf der Forschungsarbeit entwickelte die Autorin ein besonderes Bewusstsein für den Einsatz von Übersetzungspersonen. Drei der vier Interviewpartnerinnen gaben an, dass sie in unterschiedlichen Kontexten Übersetzungsaufgaben übernehmen. Während der Gespräche stellte die Interviewerin aber fest, dass bei allen Interviewpartnerinnen ein begrenzter Wortschatz im Deutschen vorhanden war, denn es traten vereinzelt Schwierigkeiten auf, angemessene Begriffe für Gefühle, Wahrnehmungen oder körperbezogene Beschreibungen zu finden.

Gerade im sexualtherapeutischen Kontext stellt diese sprachliche Dimension eine zentrale Voraussetzung dar. Daher erscheint es sinnvoll, Übersetzungspersonen bei Bedarf gezielt über relevante Begrifflichkeiten und Ausdrucksweisen zu schulen. Eine solche Einführung könnte die Qualität der Übersetzung deutlich verbessern und somit einen wertvollen Beitrag zur therapeutischen Sitzung leisten - sowohl im Interesse der betroffenen Person als auch zur Unterstützung des therapeutischen Prozesses. Ferner eröffnet sich aus dieser Untersuchung eine mögliche Anschluss-

fragestellung für weiterführende Studien. So könnte eine differenzierte Erhebung des individuellen Erregungsmodus in Verbindung mit dem genitalen Selbstbild bei Frauen mit FGM/C unter Anwendung des sexocorporellen Modells neue Erkenntnisse liefern. Zudem erscheint es im beruflichen Kontext der Autorin relevant, zukünftig auch die Perspektiven der betroffenen Partner bzw. Ehemänner einzubeziehen. Dieser Aspekt könnte im Rahmen einer weiterführenden qualitativen Studie ebenfalls berücksichtigt werden.

6 Forschungsreflektion

Das sechste Kapitel beleuchtet zentrale Reflexionspunkte, die sich im Verlauf der Forschungstätigkeit ergeben haben. Dabei wird zunächst auf methodische Herausforderungen und persönliche Lernprozesse im Umgang mit der Durchführung und Auswertung qualitativer Interviews eingegangen. Im Anschluss werden Limitationen der Studie dargelegt, die sich unter anderem aus dem gewählten Forschungsdesign, der Stichprobengrösse sowie der thematischen Komplexität ergeben. Ziel dieses Kapitels ist es, sowohl die Stärken als auch die Grenzen der vorliegenden Arbeit klar darzustellen und daraus mögliche Konsequenzen für künftige Forschung abzuleiten.

6.1 Methodenkritik

Während der Sampling-Suche konnte Kontakt mit einer der vier betroffenen Frauen aus dem erweiterten Bekanntenkreis hergestellt werden. Im telefonischen Vorgespräch wurden die Eckdaten besprochen und relevante Informationen weitergegeben. Trotz dieses Vorgehens schien für die interviewte Person nicht eindeutig zu sein, was der Inhalt des Interviews umfasst. Dies führt zu einigen Irritationen während der Einführung und des Interviews selbst. Dies konnte mit einer nochmaligen ausführlichen Schilderung aufgefangen werden. Anschliessend war sie bereit, mitzuwirken und ihre eigenen Grenzen zu respektieren. Dieses Interview wurde zu einem wichtigen Teil dieser Masterarbeit. Durch ihre Sichtweise konnten noch weitere Themen erschlossen werden.

Vor jedem Interview kontrollierte die Interviewerin das Aufnahmegerät, um sicherzustellen, dass es einwandfrei funktionierte. Diese Vorbereitung vermittelte ihr Sicherheit und stellte zugleich eine Form der Wertschätzung gegenüber den interviewten Frauen und deren investierter Zeit dar. Während der Gespräche traten

keine technischen Störungen auf. Eine herausfordernde Situation ergab sich, als eine der Interviewpartnerinnen unter Zeitdruck stand, etwa 20 Minuten verspätet erschien und den ursprünglich vereinbarten Termin kurzfristig von 9.00 Uhr auf 7.30 Uhr vorverlegte sowie den Ort des Treffens änderte. Diese Erfahrung veranlasste die Autorin, bei den weiteren Teilnehmenden die Termine nochmals zu bestätigen und klar zu kommunizieren, dass das gesamte Gespräch etwa 1,5 Stunden und das eigentliche Interview rund 40 bis 50 Minuten in Anspruch nehmen würde. Auf diese Weise wollte sie vermeiden, selbst unter Zeitdruck zu geraten, und gleichzeitig den interviewenden Frauen ausreichend Raum geben, sich auf die Fragen einzulassen. Trotz dieser organisatorischen Herausforderungen konnten das betreffende Interview erfolgreich durchgeführt und eine angenehme Atmosphäre geschaffen werden. Die Gespräche waren von Offenheit geprägt - auch wenn es sich um ein sensibles und emotional besetztes Thema handelte. Gleichzeitig fanden Momente von Leichtigkeit und Humor als auflockernde Elemente ihren Platz.

Bei der Auswertung der Interviews fiel der Autorin auf, dass die Begriffe Vagina und Vulva in den gestellten Fragen häufig nebeneinander verwendet und dabei nicht klar voneinander abgegrenzt wurden. Diese ungenaue Begriffsnutzung ist vermutlich auf ihre noch fehlende Erfahrung mit qualitativen Forschungsdesigns zurückzuführen, da es sich um ihre erste Interviewstudie handelt. Das daraus gewonnene Wissen soll in künftige Arbeiten aktiv eingebunden werden. Ein weiterer zentraler Aspekt war der Wechsel der beruflichen Rolle: Im Arbeitsalltag agiert die Autorin in einer beratenden Funktion, während sie im Forschungsprozess in die Rolle der Interviewführenden schlüpft. Von mehreren Seiten wurde ihr rückgemeldet, dass ein Interview nicht mit einer Beratung gleichzusetzen sei. Zwar nahm sie diesen Unterschied bewusst auf, jedoch erkannte sie im Nachgang, dass sie dadurch einen sehr engen Rahmen für sich selbst gesetzt hatte. Um nicht versehentlich in die Beratungsrolle zu geraten, verzichtete sie in einzelnen Situationen auf vertiefende Nachfragen - was sie im Rückblick als verpasste Chance empfindet. Hinzu kommt, dass alle Interviews allein durchgeführt wurden. Dadurch gingen mit hoher Wahrscheinlichkeit wertvolle Aussagen verloren, die in einer Tandemsituation durch gezieltes Nachfragen hätten aufgegriffen werden können. Auch für die spätere Analyse nach dem Verfahren von Mayring wäre eine Zusammenarbeit im Team hilfreich gewesen, um die angewendeten Codes gemeinsam zu überprüfen und abzugleichen.

Die Arbeit mit der Auswertungssoftware MAXQDA stellte eine zusätzliche Herausforderung dar. Da die Autorin zuvor noch keine Erfahrung mit diesem Programm hatte, erforderte die Einarbeitung viel Zeit, Geduld und Durchhaltevermögen. Parallel zur Kodierung des Interviewmaterials wurde auch weiter am Theorieteil gearbeitet, was durch den kontinuierlichen Austausch mit der Begleitperson unterstützt wurde.

6.2 Limitationen

Die gewählte Forschungsmethode der qualitativen Interviews, welche die Wahrnehmung und das Erleben betroffener Frauen in den Mittelpunkt stellt, ermöglicht einen vertieften Einblick in individuelle Erfahrungen. Gleichzeitig bringt sie aufgrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen und der Durchführung durch eine einzelne Autorin gewisse Limitationen mit sich. Die geringe Anzahl befragter Frauen erlaubt lediglich eine erste Annäherung an das Thema des genitalen Selbstbildes und der sexuellen Selbstsicherheit bei Frauen mit weiblicher Genitalbeschneidung. Wie bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit dargelegt, existieren bislang lediglich zwei wissenschaftliche Studien, die sich explizit mit dieser Thematik befassen. Es besteht daher ein klarer Bedarf an weiterführender Forschung und vertiefender wissenschaftlicher Auseinandersetzung. Die vorliegende Arbeit leistet in diesem Zusammenhang einen ergänzenden Beitrag und eröffnet eine weitere Perspektive auf das Themenfeld.

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde kein klar theoretisch fundierter Samplingansatz verfolgt. Ein zentrales Auswahlkriterium war die Betroffenheit von weiblicher Genitalbeschneidung, wobei diese nicht durch eine gynäkologische Untersuchung bestätigt, sondern auf Selbstauskunft der Interviewteilnehmerinnen basierte. Im Vordergrund stand die Bereitschaft der Frauen, über ihre individuelle Wahrnehmung und ihr Erleben ihrer Genitalien zu sprechen. Zusätzlich wurde berücksichtigt, inwieweit die Frauen an der Gesellschaft partizipieren, um sicherzustellen, dass sie sich nicht in einem reinen Überlebensmodus befinden (siehe Kapitel Sampling 3.3). Die Studie legt den Fokus auf die subjektiven Erlebnisse der betroffenen Frauen. Für künftige Forschungsvorhaben wäre es denkbar, validierte Fragebögen wie den FGSIS zu integrieren und zusätzlich den Erregungsmodus als zentrales Element des Ansatzes Sexocorporel zu erheben. Dies könnte zu einem vertieften Verständnis der Zusammenhänge zwischen Erregungsfähigkeit und genitalem Selbstbild bei

Frauen mit FGM/C beitragen. Während des Forschungsprozesses erwies es sich als herausfordernd, das komplexe Modell des Sexocorporel in seiner Gesamtheit und in all seinen Wechselwirkungen angemessen zu berücksichtigen. Wie bereits in anderen Forschungsarbeiten festgestellt wurde, übersteigt dieser Anspruch häufig den Rahmen einer einzelnen Studie. Statt einer vollständigen Abbildung wurde daher bewusst der Fokus auf konkrete Ergebnisse gelegt. Es ist nicht auszuschliessen, dass einzelne Interviewaussagen durch soziale Erwünschtheit beeinflusst wurden. Dies könnte sowohl mit der tief verankerten Praxis von FGM/C in den Herkunftsländern der Teilnehmerinnen als auch mit den westlich geprägten Sichtweisen auf das Thema zusammenhängen. Eine mögliche Verzerrung der Resultate kann daher nicht ausgeschlossen werden.

7 Schlusswort

Diese Masterarbeit ist der Abschluss von bewegten dreieinhalb Jahren Lebenszeit, die geprägt waren von intensiven Emotionen, wertvollen Lernerfahrungen und persönlicher Entwicklung. Ich bin stolz darauf, dieses Werk nun in den Händen zu halten. Der Weg, den ich bisher gegangen bin, hat in mir die Neugier und Motivation geweckt, neue Wege zu erkunden - offen für all die Möglichkeiten, die sich dabei ergeben können. Die Arbeit mit meiner Legasthenie zu verfassen, war für mich eine grosse Herausforderung. Dabei habe ich erkannt, dass ich nicht meine Legasthenie bin, auch wenn sie mich begleitet. Durch diese Auseinandersetzung entstand ein veränderter Blick auf mich selbst. Im Verlauf des Schreibprozesses gab es sowohl Höhen als auch Tiefen. Mein Interesse an Sexualität und deren Erforschung ist jedoch stets erhalten geblieben. Die intensive Auseinandersetzung hat mein Bewusstsein gestärkt und in mir den Mut geweckt, sogenannte Tabus anzusprechen. Es ist mir ein Anliegen, Menschen sprachlich zu befähigen, über ihre Sexualität, ihre Bedürfnisse und Wünsche zu sprechen, um so Selbstbestimmung und Handlungsspielräume zu fördern.

Neben inhaltlichen Erkenntnissen förderte der Schreibprozess auch sprachliche Kuriositäten zutage - so kürzt die Autorin den Begriff «geniales Selbstbild» zum häufigsten Tippfehler dieser Arbeit. Gemeint war natürlich das «genitale Selbstbild» - obwohl ein geniales Selbstbild sicherlich ebenfalls wünschenswert wäre.

Literaturverzeichnis

- Abdulcadir, J., Birri, M. & Akademie für fetomaternal Medizin AFMM Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderkliniken. (2023). *Weibliche Genitalbeschneidung (Female Genital Mutilation/Cutting FGM/C): Interdisziplinäre Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen*. https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Weibliche_Genitalbeschneidung_FGMC_2023.pdf
- Amos, N. & McCabe, M. (2016). Positive perceptions of genital appearance and feeling sexually attractive: Is it a matter of sexual esteem? *Archives of Sexual Behavior*, 45(5), 1249–1258. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0680-4>
- Asefaw, F. (2017). *Weibliche Genitalbeschneidung: Hintergründe, gesundheitliche Folgen und nachhaltige Prävention*. Boox-verlag.
- Audetten, N. & Desjardins, J.-Y. (2024). Auszüge aus den Gesprächen von Nicole Audette und Dr. Jean-Yves Desjardins. In H. Stumpe & H. Voss (Hrsg.), *Grundlagen des Sexocorporel: Ein Modell für die körperorientierte Sexualberatung und Sexuelle Bildung* (S. 119–139). Psychosozial-Verlag.
- Barinoff. (2020). Vulvakarzinom. In A. Hasenburg, R. Schwab & J. Farthmann (Hrsg.), *Sexualität nach gynäkologischen Erkrankungen* (S. 61–64). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110611427-014>
- Berman, L. & Windecker, M. (2008). The relationship between women's genital self-image and female sexual function: A national survey. *Current Sexual Health Reports*, 5(4), 199–207. <https://doi.org/10.1007/s11930-008-0035-4>
- Bisang, N. (2019). *Weibliche Genitalbeschneidung: Ein Leitfaden für die professionelle Beratung im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich*. interact Verlag.
- Bischof-Campbell, A. (2012). *Das sexuelle Erleben von Frauen als Spiegel ihres sexuellen Verhaltens* [Unveröffentlichte Masterarbeit, Psychologie]. Universität Zürich. https://www.ziss.ch/site/assets/files/1045/masterarbeit_bischof-campbell_kl.pdf
- Bischof, K. (2008). Orgasmusstörungen der Frau. In P. Gehrig & K. Bischof (Hrsg.), *Leitfaden Sexualberatung für die ärztliche Praxis* (S. 1–30). Pfizer AG. https://www.ziss.ch/site/assets/files/1045/orgasmusstoerungen_der_frau.pdf
- Bischof, K. (2010). Vaginismus und Dyspareunie der Frau. In P. Gehrig & K. Bischof (Hrsg.), *Leitfaden Sexualberatung für die ärztliche Praxis* (S. 1–66). Pfizer AG. https://www.ziss.ch/site/assets/files/1045/vaginismus_dyspareunie.pdf
- Bischof, K. (2016). Lust auf Sex durch Lust am Sex – das Begehren und die Neuropsychologie der Erotik. In A. Eck (Hrsg.), *Der erotische Raum: Fragen der weiblichen Sexualität in der Therapie* (S. 183–198). Carl-Auer Verlag.
- Bischof, K. (2017). Sexocorporel-Sexualtherapie. In T. Harms & M. Thielen (Hrsg.), *Körperpsychotherapie und Sexualität: Grundlagen, Perspektiven und Praxis* (S. 121–138). Psychosozial-Verlag.

- Bischof, K. (2020). Wissenschaftliche Grundlagen des Sexocorporel. In H.-J. Voss (Hrsg.), *Die deutschsprachige Sexualwissenschaft* (S. 423–445). Psychosozial-Verlag. <https://doi.org/10.30820/9783837976977-423>
- Bischof, K. (2024). Sexocorporel in der Behandlung sexueller Probleme von Frauen. In H. Stumpe & H. Voss (Hrsg.), *Grundlagen des Sexocorporel: Ein Modell für die körperorientierte Sexualberatung und Sexuelle Bildung* (S. 153–179). Psychosozial-Verlag.
- Bischof, K., Bischof-Campbell, A. & Fuchs, S. (2020a). *ZISS – Ausbildung in Sexocorporel* (Heft 2). ZISS Zürich.
- Bischof, K., Bischof-Campbell, A. & Fuchs, S. (2020b). *ZISS – Ausbildung in Sexocorporel* (Heft 4). ZISS Zürich.
- Bischof, K., Bischof-Campbell, A. & Fuchs, S. (2020c). *ZISS – Ausbildung in Sexocorporel* (Heft 5). ZISS Zürich.
- Böhm, A. (2023). *Know your V – Der Einfluss gezielter sexueller Bildung zur Vulva auf das genitale Selbstbild erwachsener Cis-Frauen* [Masterarbeit, Fachbereich Soziale Arbeit. Medien. Kultur]. Hochschule Merseburg. https://opendata.uni-halle.de/bitstream/1981185920/103549/1/BoehmAmelie_Know_your_V.pdf
- Chatton, D. & Desjardins, J.-Y. (2013). The concept of Sexocorporel. Zürcher Institut für klinische Sexologie & Sexualtherapie (ZISS). https://ziss.ch/site/assets/files/1045/concept_of_sexocorporel.pdf
- Der deutsche Wortschatz. (o. D.). *Beziehung*. <https://www.dwds.de/wb/Beziehung>
- Desjardins, J.-Y., Chatton, D., Desjardins, L. & Tremblay, M. (2024). Sexocorporel: Erotische Kompetenz für alle zugänglich gemacht. In H. Stumpe & H. Voss (Hrsg.), *Grundlagen des Sexocorporel* (S. 71–118). Psychosozial-Verlag.
- Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (6. Aufl.). Springer.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Aufl.). Eigenverlag.
- Dura, M. C., Abaker Salih, S. M., Aktürk, H. & Aslan, Ö. (2023). The impact of female genital mutilation on sexual function: A study conducted in rural Sudan. *Cureus*, 15(12), e51343. <https://doi.org/10.7759/cureus.51343>
- Elliott, K. J. (2003). The hostile vagina: Reading vaginal discourse in a school health text. *Sex Education*, 3(2), 133–144. <https://doi.org/10.1080/14681810309041>
- Flaake, K. (2004). Körper, Sexualität und Identität: Zur Adoleszenz junger Frauen. In E. Rohr (Hrsg.), *Körper und Identität: Gesellschaft auf den Leib geschrieben* (S. 47–68). Ulrike Helmer Verlag.
- Flamme, L. R. (2019). *Sexuelle Selbstsicherheit als Entwicklungsaufgabe nach Sexocorporel: Eine qualitative Untersuchung* [Unveröffentlichte Masterarbeit, Angewandte Sexualwissenschaft]. Hochschule Merseburg.
- Gehrig, P. (2013). *Das Konzept des Sexocorporel*. <https://www.ziss.ch/sexocorporel/Sexocorporel-Grundlagen.pdf>

- Gonzalez, N. (2022). *Vulva*. <https://www.kenhub.com/de/library/anatomie/vulva>
- Henning, A. M. (2019). *Make more love: Ein Aufklärungsbuch für Erwachsene*. Goldmann Verlag.
- Henning, A. M. (2024). Sexocorporel in der integrierten Sexualberatung. In H. Stumpe & H. Voss (Hrsg.), *Grundlagen des Sexocorporel* (S. 195–213). Psychosozial-Verlag.
- Hustad, I. B., Malmqvist, K., Ivanova, E., Ruck, C. & Enander, J. (2022). Does size matter? Genital self-image, genital size, pornography use and openness toward cosmetic genital surgery in 3503 Swedish men and women. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(9), 1378–1386. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.06.006>
- Jenkins, A. & O'Doherty, K. C. (2020). The clean vagina, the healthy vagina, and the dirty vagina: Exploring women's portrayals of the vagina in relation to vaginal cleansing product use. *Feminism & Psychology*, 31(2), 192–211. <https://doi.org/10.1177/0959353520944144>
- Kneubühler, B. (2024). Einführung in Sexocorporel: Ein wissenschaftliches sexologisches Modell mit Bedeutung für Forschung. In H. Stumpe & H. Voss (Hrsg.), *Grundlagen des Sexocorporel* (S. 21–36). Psychosozial-Verlag.
- Krüger-Kirn, H. (2016). *Die konstruierte Frau und ihr Körper: Eine psychoanalytische, sozialwissenschaftliche und genderkritische Studie zu Schönheitsidealen und Mutterschaft*. Psychosozial-Verlag.
- Labia Library. (2024). *Anatomy. Labia Library by Women's Health Victoria*. <https://www.labialibrary.org.au/your-labia/anatomy/>
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (13. Aufl.). Beltz.
- Menche, N. (2007). *Biologie, Anatomie, Physiologie: Kompaktes Lehrbuch für Pflegeberufe* (6. Aufl.). Elsevier Health Sciences.
- Méritt, L. (2012). *Frauenkörper neu gesehen: Ein illustriertes Handbuch*. Orlanda Frauenverlag.
- Peter, C. (2025). Wenn Integration vermessen werden soll. *Magazin ZHAW Soziale Arbeit*, 22, 7–8. https://www.zhaw.ch/storage/shared/sozialearbeit/Ueber_uns/sozial/sozial-nr-22.pdf
- Poelchau, H.-W., Briken, P., Wazlawik, M., Bauer, U., Fegert, J. & Kavemann, B. (2015). Bonner Ethik-Erklärung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 28(2), 153–160. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1553220>
- Potreck-Rose-Rose, F. & Jacob, G. (2013). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen: Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. Klett-Cotta.
- Rouzi, A. A., Berg, R. C., Alamoudi, R., Alzaban, F. & Sehlo, M. (2020). Female genital self-image in women with and without female genital mutilation/cutting in Jeddah, Saudi Arabia. *Sexual Medicine*, 8(4), 752–756. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.06.010>
- Rowen, T. S., Gaither, T. W., Shindel, A. W. & Breyer, B. N. (2018). Characteristics of genital dissatisfaction among a nationally representative sample of U.S.

- women. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), 698–704. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.004>
- Sanyal, M. M. (2020). *Vulva: Die Enthüllung des unsichtbaren Geschlechts*. Klaus Wagenbach Verlag.
- Schenk, Z. (2018). *Sexualität und Körperbild: Die Korrelation des prä- und postoperativen Erlebens bei bariatrischen Patientinnen* [Unveröffentlichte Masterarbeit, Angewandte Sexualwissenschaft]. Hochschule Merseburg.
- Schenk, Z. (2018). *Sexualität und Körperbild: Die Korrelation des prä- und postoperativen Erlebens bei bariatrischen Patientinnen* (Unveröffentlichte Masterarbeit). ISP Uster / Hochschule Merseburg.
- Schick, V. R., Calabrese, S. K., Rima, B. N. & Zucker, A. N. (2010). Genital appearance dissatisfaction: Implications for women's genital image self-consciousness, sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual risk. *Psychology of Women Quarterly*, 34(3), 394–404. 10.1111/j.1471-6402.2010.01584.x
- Schiftan, D. (2018). Ausweitung der Lustzone – Wie Frauen ihren Weg zum Orgasmus finden. In A. Eck (Hrsg.), *Der erotische Raum: Fragen der weiblichen Sexualität in der Therapie* (2. Aufl., S. 166–178). Carl-Auer Verlag.
- Schnüll, P. (2003). Weibliche Genitalverstümmelung in Afrika. In Terre des Femmes (Hrsg.), *Schnitt in die Seele: Weibliche Genitalverstümmelung – Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (S. 23–64). Mabuse-Verlag.
- Schütz, E. E. (2022). *Sexocorporel: Sexodynamik* [PowerPoint-Folien]. ISP Zürich / Hochschule Merseburg. https://students.isp-zuerich.ch/wp-content/uploads/2022/07/Praesentation-Sexodynamik-220708_EES.pdf
- Schütz, E. E. & Kimmich, T. (2000). *Individueller Aspekt der Sexualität: Praxis der Sexualpädagogik*. Wolfau-Druck.
- Schütz, E. E. & Kimmich, T. (2013). *Körper und Sexualität* (3. Aufl.). Atlantis Verlag.
- Schütz, E. E. & Voss, H. (2024). Einleitung. In H. Stumpe & H. Voss (Hrsg.), *Grundlagen des Sexocorporel* (S. 9–20). Psychosozial-Verlag.
- Sinapius, P. (2013). Ästhetik der Beziehung – Über das, woran man nicht arbeiten kann. In P. Sinapius (Hrsg.), *Wie ist es, eine Farbe zu sein? Über Kunst und Liebe, das Schweigen und die Gegenwart* (S. 15–18). Frank & Timme.
- Sparmann, J. (2017). Persönliche sexuelle Revolution – Körperorientierte Sexuelle Bildung für Frauen. In T. Harms & M. Thielen (Hrsg.), *Körperpsychotherapie und Sexualität* (S. 257–274). Psychosozial-Verlag.
- Sparmann, J. (2018). *Lustvoll körperwärts: Körperorientierte Methoden für die Sexuelle Bildung von Frauen*. Psychosozial-Verlag.
- Sztenc, M. (2020). *Embodimentorientierte Sexualtherapie: Grundlagen und Anwendung des Sexocorporel*. Schattauer Verlag.
- Tschudin, S. (2018). Babypause auch beim Sex? – Sexualität in der Schwangerschaft und nach der Geburt. In A. Eck (Hrsg.), *Der erotische Raum* (2. Aufl., S. 208–224). Carl-Auer Verlag.

- UNICEF. (2024). *Female genital mutilation: A global concern*. <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2024/03/FGM-Data-Brochure-v13.4.pdf>
- Utz-Billing, I. & Kentenich, H. (2013). Weibliche Genitalverstümmelung. In A. Borkenhagen et al. (Hrsg.), *Body Modification* (S. 135–144). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. <https://doi.org/10.32745/9783954661060-12>
- Wiederman, M. W. & Allgeier, E. R. (1990). The measurement of sexual-esteem: Investigation of Snell and Papini's 1980 Sexuality Scale. *Journal of Research in Personality*, 27, 88–102.
- World Health Organization. (2024, 5. Februar). *Female genital mutilation*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Selbstwertmodell auf vier Säulen, Potreck-Rose & Jacob, 2013, S. 69	
.....	19

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der WHO-Klassifikation der weiblichen Genitalbeschneidung (FGM/C) mit den vier Haupttypen.....	28
---	----

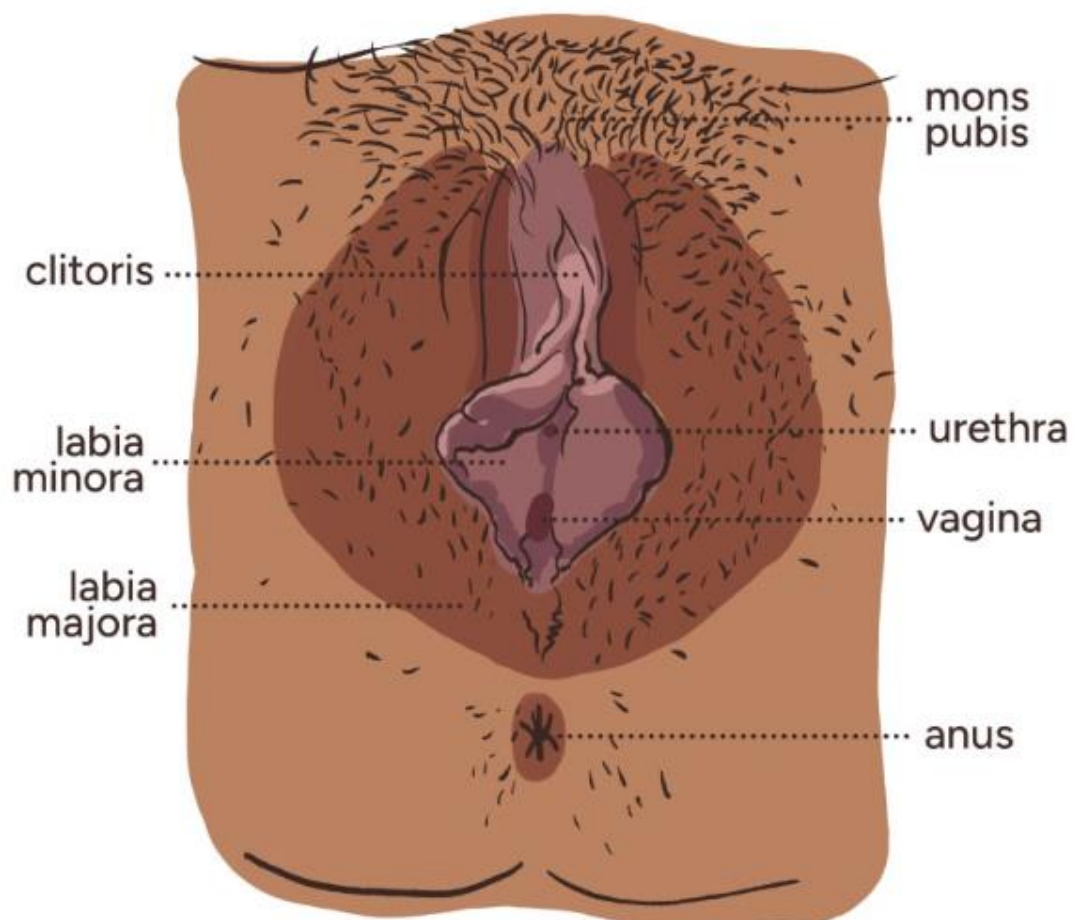
Anhang

Anhang A: Abkürzungsverzeichnis

FGC	Female Genital Cutting
FGM/C	Female Genital Mutilation/Cutting
FGSIS	Female Genital Self-Image Scale
FSFI	Female Sexual Function Index
WHO	Weltgesundheitsorganisation

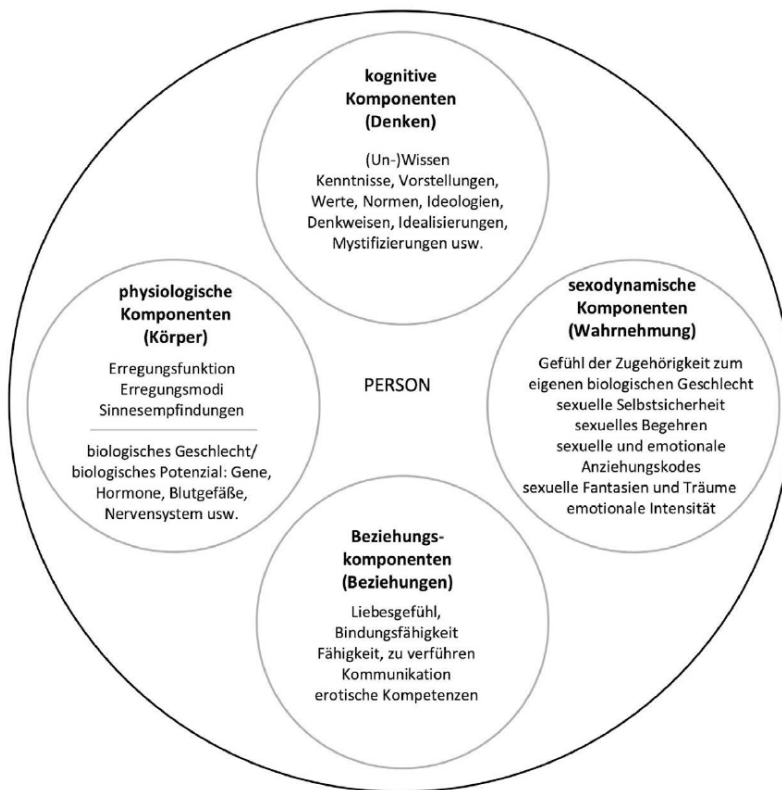
(Eigene Darstellung)

Anhang B: Abbildung Vulva



(Labia Library, 2024)

Anhang C: Abbildung Modell Sexocorporel



(Schütz & Voss, 2024, S. 16)

Gesucht: Interview-Partnerinnen

Thema: Genitales Selbstbild von Frauen mit FGM/C

Ich suche Frauen, die von FGM/C (weiblicher Genitalbeschneidung) betroffen sind und bereit sind, in einem anonymen Einzelinterview über ihre Erfahrungen zu berichten.

Worum geht es?

In diesem Interview wird erforscht, wie du dein eigenes Genital wahrnimmst und welche Gedanken und Gefühle damit verbunden sind. Dein Erleben und deine Perspektive stehen im Vordergrund. Rahmen:

Anonym: Dein Name bleibt ungenannt. Vertraulich: Die Gespräche werden sorgfältig vertraulich behandelt.

Professionell: Das Interview wird Alexandra Meisser, einer angehenden Sexologin, durchgeführt.

Dauer: ca. 40-60 Minuten

Ort: St. Gallen

Bei Interesse oder Fragen stehe ich gerne für weitere Informationen zur Verfügung.

alexandra.meisser@gmail.com



(Eigene Darstellung)

Anhang E: Interviewleitfaden

Interviewte Person:

Einverständniserklärung und Informationsblatt mündlich erklärt und unterschreiben:

Wichtige Eckpunkte vor dem Interviewbeginn und dem Joining:

Einverständniserklärung und Informationsblatt mündlich erklären und evtl. Fragen abholen und beantworten. Die Anonymität der Daten betonen. Interview-Partnerinnen unterschreiben lassen.

Vorstellen der Interviewerin und evtl. Fragen beantworten

Aufnahmegerät erklären und bitte in Hochdeutsch sprechen und bei Unklarheiten zu fragen. Transaktion zu erklären sowie den Zusammenhang mit dem Hochdeutschen zu erläutern.

Rahmen: 40 - 60 min (erste zwei Gespräche) / 90 min (weitere Gespräche)

Bedanken für die Zeit und die Reise die Sie auf sich genommen haben.

Thema umreissen und Erwähnung von intimen Fragestellungen und bitte auch auf die eigenen Grenzen achten. Pausen oder Unterbrechungen sind möglich und dürfen jederzeit in Anspruch genommen werden.

Ihr Einverständnis abholen ob dies für Sie in Ordnung sei und Rückfrage nach offenen Unklarheiten oder weiteren Fragen?

Einstieg ist das Interview:

Interviewerin bedankt sich für das Interview und dass sie sich bereit erklärt haben für dieses. Weiter werden von der Interviewerin die Eckdaten zur Erinnerung zusammengefasst (teils mit laufender Aufnahme, teils ohne).

Einleitung und Vertrauensaufbau

Frage 1: Können Sie mir ein wenig über sich erzählen? (Alter, Herkunftsland, Beruf, wie lange in der Schweiz, Alter bei Beschneidung)

Frage 2: Welche Empfindungen und Emotionen haben Sie zu Ihrem weiblichen Körper?

Frage 3: Welche Bedeutung hat Weiblichkeit für Sie? Wie hat sich Ihr Verständnis davon im Laufe Ihres Lebens entwickelt?

Genitales Selbstbild und Wahrnehmung

Einschub: Unterschied von Vulva und Vagina

Frage 4: Wie würden Sie Ihr Verhältnis zu Ihrem Intimbereich (Genitalien/Vulva/Vagina) beschreiben (z. B. Stolz, Scham, Neutralität)?

- Welches Gefühl verbinden Sie mit Ihrem Geschlecht /Vulva / Vagina?
- Welche Worte oder Bilder kommen Ihnen in den Sinn, wenn Sie an Ihre Genitalien denken?

Frage 5: Hat sich Ihre Wahrnehmung Ihres Intimbereichs im Laufe der Zeit (Jahre) verändert? Falls ja, wodurch?

Frage 6: In welchen Situationen ist Ihnen Ihr Intimbereich /Genital besonders bewusst?

- Gibt es Momente in denen Sie sich verbunden fühlen mit Ihrem Genital?
- Woran meinen Sie, liegt das in dem Moment?

Einfluss von FGM/C auf das genitale Selbstbild und die sexuelle Selbstsicherheit

Frage 7: Wie denken Sie, beeinflusst FGM/C Ihre Wahrnehmung Ihrer Genitalien?

- Können Sie Momente beschreiben, in denen Sie sich in Bezug auf Ihre Genitalien (un-)sicher oder unwohl fühlen?
- Woran meinen Sie, liegt das in dem Moment?
- Können Sie Momente beschreiben, in denen Sie sich in Bezug auf Ihre Genitalien gut und sicher fühlen?
- Woran meinen Sie, liegt das in dem Moment?
- Können Sie Momente beschreiben, in denen Sie sich in Bezug auf Ihre Genitalien einer neutralen Haltung haben oder sich gar nicht aktiv bewusst sind?
- Woran, meinen Sie, liegt das in dem Moment?

Frage 8: Was empfinden Sie beim Anblick Ihrer Genitalien, wenn Sie nackt sind?

- Haben Sie mir ein Beispiel? Können Sie Momente beschreiben?

- Wie zeigt sich das, können Sie Momente beschreiben?

Frage 9: Wie fühlen Sie sich in intimen/ sinnlichen Momenten (alleine oder in der Paarsexualität) in Bezug auf Ihre Genitalien? (aktuelle oder vergangene)

- Haben Sie mir ein Beispiel? Können Sie Momente beschreiben?
- Wie zeigt sich das? Können Sie Momente beschreiben?
- Woran meinen Sie, liegt das in dem Moment?

Sexuelle Selbstsicherheit

Frage 10: Sind sie gerne eine Frau? Weshalb? Zeigen Sie sich gerne in Ihrer Weiblichkeit?

- Sind Sie stolz auf Ihr Frausein, und wie zeigt sich das? Wie betonen Sie es?
- Sind sie stolz, eine Frau zu sein? Wie betonen Sie es?
- Zeigen Sie sich gerne in Ihrer Weiblichkeit? Wie zeigen Sie Ihre Weiblichkeit?

Einschub: Sexuelle Erregung und Lustgefühl

Frage 11: Wie erleben Sie sexuelle Erregung in Ihrem Körper?

- Wo spüren Sie diese / sexuelle Erregung?
- Was spüren Sie?
- Wie nehmen Sie diese Erregung wahr?

Frage 12: Mit welchem Gefühl ist die sexuelle Erregung verbunden?

- Wie zeigen Sie dies?
- Können Sie sich mit Lust und Freude in der sexuellen Erregung zeigen?
- Mit welchem Gefühl ist Ihre sexuelle Erregung verbunden?
- Fühlen Sie sich während des Sex, in der sexuellen Erregung, sexy?

Gefühl der Zugehörigkeit zum eigenen sexuellen Körper

Frage 13: Wie nehmen Sie Ihre Vulva und die Vagina wahr (jetzt, im Alltag)?

- Wie nehmen Sie Erregung in Ihrer Vulva oder Vagina wahr?
- Wie erleben Sie diese sexuelle Erregung?
- Was spüren Sie?
- Wo spüren Sie es?

- Haben Sie die Fähigkeit entwickelt, / Könnten Sie Ihre Vulva und den vaginalen Innenraum bei der sexuellen Erregung wahrnehmen? /Spüren Sie diesen?

Unterstützung, Beratung und Zukunftsperspektiven

Frage 14: Falls Sie ein Bedürfnis danach hätten, welche Veränderungen oder Unterstützungsangebote würden Ihnen helfen, ein stärkeres Gefühl oder einen stärkeren Bezug/Verbundenheit zu Ihrem Geschlecht zu entwickeln?

- Wie könnten Sie sich eine Unterstützung vorstellen, die Ihnen hilft, sich stärker mit Ihrem Geschlecht verbunden zu fühlen?
- Welche Unterstützungsangebote können förderlich sein?

Frage 15: Wenn Sie anderen Frauen mit ähnlichen Erfahrungen etwas auf den Weg mitgeben könnten, was wäre das?

Frage 16: Gibt es noch etwas, das Sie gerne teilen möchten oder das in diesem Gespräch noch nicht zur Sprache gekommen ist und was Ihnen wichtig ist, in diesem Rahmen zu sagen?

Frage 17 (Diese kam während dem offiziell ersten Interview dazu und wurde für die nachfolgenden Interviews ergänzt.)

Wenn Sie sich jetzt vorstellen, Sie nehmen eine Sexualtherapie in Anspruch, was hätten Sie für einen Wunsch an die Therapeutin oder Therapeuten? Was ist Ihnen wichtig auch in Bezug auf die weibliche Genitalbeschneidung und genitale Selbstbild?

Herzlichen Dank an die Teilnehmenden und die Zeit, die sie sich genommen haben für dieses Interview.

Der Abschluss und die Verabschiedung fanden statt, und bei Bedarf eine Karte für weiterführende Unterstützungsangebote abgegeben.

Anhang F: schriftliche Einverständniserklärung



A. Schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Interview zur Masterarbeit

Thema der Masterarbeit: Das genitale Selbstbild im Kontext von Female Genital Mutilation/Cutting: Eine qualitative Studie zu Erfahrungen von Frauen mit FGM/C

Institution: Hochschule Merseburg, Fachbereich Soziale Arbeit, Medien, Kultur und ISP Zürich

Studienleiterin: Alexandra U. Meisser
[Redacted]

Betreuerin: Prof. Dr. Maika Böhm
Agnes Silvani, Sexologin MA

Interviewdatum:

B. Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich ein, dass im Rahmen der unter A beschriebenen Masterarbeit Daten meiner Person erhoben und ausgewertet werden können. Die Erhebung erfolgt durch Audioaufnahmen, die anschliessend transkribiert, anonymisiert und für wissenschaftliche Analysen und daraus hervorgehende Veröffentlichungen auszugsweise verwendet werden, in denen keine Rückschlüsse auf einzelne Personen oder Institutionen möglich sein werden. Sofern ich besondere Kategorien von personenbezogenen Daten angebe bzw. angegeben habe, sind diese von der Einwilligungserklärung umfasst. Über Art und Umfang von Erhebung und Auswertung wurde ich mündlich und in der schriftlichen Anlage zu dieser Erklärung umfassend informiert.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann die Einwilligung ablehnen, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen. Meine Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft gegenüber der durchführenden Person widerrufen (siehe Punkt 6). Die weitere Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten wird ab diesem Widerruf unzulässig. Dies berührt jedoch nicht die Rechtmässigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung.

Vorname, Nachname in Druckschrift

Ort und Datum Unterschrift

Die Informationen über die Erhebung und Verarbeitung der Daten habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Vorname, Nachname in Druckschrift

Anhang G: Informationen über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten



Informationen über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

Sehr geehrte Frau

Vielen Dank für das Interesse an meiner Forschungsarbeit und die Bereitschaft, ein Interview zu geben.

1 Kurzdarstellung der am Forschungsprojekt Beteiligten

Nehmen Sie sich bitte Zeit, um die vorliegende Information zu lesen und stellen Sie mir allfällige Fragen. Zweck der Datenerhebung für meine Masterarbeit. Ich führe insgesamt drei leitfadengestützte, halbstrukturierte Interviews durch. Die Teilnehmerinnen erzählen über Ihr genitale Selbstbild und die Wahrnehmung von Ihrem weiblichen Genital im Kontext von Female Genital Mutilation/Cutting.

2 Zweck der Datenverarbeitung

Die Erhebung und Verarbeitung der Daten dienen ausschliesslich wissenschaftlichen Zwecken. Ihre Kontaktdaten werden gesondert und ausschliesslich für Alexandra Meisser zugänglich gespeichert. Dies dient der Dokumentation Ihrer Einverständniserklärung und einer möglichen Identifizierung Ihrer Daten, falls Sie diese Einwilligung später widerrufen. Nach Löschung der Audioaufnahme ist ein Widerruf nicht mehr möglich.

3 Teilnahme Interview und Vorgehen

Das Interview findet in Form eines gemeinsamen Gesprächs in einem geeigneten Setting in St. Gallen statt und dauert ca. 40 - 60 Minuten. Vom Interview wird eine digitale Audioaufnahme gemacht, welche anschliessend anonymisiert transkribiert wird. Das Transkript werden danach mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse bearbeitet und entsprechende Ergebnisse anonymisiert in die Masterarbeit aufgenommen.

4 Art der Datenverarbeitung

Die Gespräche werden aufgezeichnet, die Aufnahmen digital verschriftlicht und anonymisiert. Die Audiodateien werden durch einen Transkriptionsservice unter Schweigepflicht transkribiert und danach von der Autorin analysiert. In Veröffentlichungen können einzelne anonymisierte Zitate in sprachlich geglätteter Form wiedergegeben werden. Das Transkript ist den Prüfenden Prof. Dr. Maika Böhm und Agnes Silvani, anonymisiert zugänglich.

5 Dauer der Speicherung

Dauer der Abspeicherung der personenbezogenen Daten und Audiodateien. Die Dateien werden sicher aufbewahrt und bei Abgabe der Masterarbeit gelöscht.

6 Ihre Rechte

Ihre Teilnahme an diesem Interview ist freiwillig und Sie können dieses jederzeit abbrechen, ohne Begründung und ohne, dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Die weitere Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten wird ab diesem Widerruf unzulässig. Dies berührt jedoch nicht die Rechtmässigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung.

Diese Masterarbeit ist der letzte qualifizierende Schritt zur Erlangung des akademischen Grades Master of Arts in «Sexologie» am ISP Zürich (CH) und an der Universität Merseburg (D). Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung. Falls Fragen aufkommen, bitte kontaktieren Sie mich: Alexandra Meisser, [REDACTED].

7 Angaben zur Studienleitung

Die personenbezogenen Daten aller interviewten Personen werden verarbeitet, anonymisiert und aufbewahrt. Die Löschung der Audiodateien erfolgt nach vollständiger Transkription der Aufnahme. Ihre Kontaktdaten werden spätestens mit Abgabe der Masterthesis voraussichtlich Mitte August 2025 gelöscht, Ihre Einwilligungserklärung nach spätestens 5 Jahren.

Anhang H: Kodierleitfaden

Kategorie	Unterkategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
Vulva	Fähigkeit einer Verbundenheit zur Vulva	<i>[...] Das ist die Schützerin, wo beginnen auch die Gefühle. [...] (FrauGrün, Pos. 82)</i> <i>[...] Eigentlich bin ich sehr zufrieden, weil das gehört ja mir, wie es ist, wie sie es damals gemacht haben. (Frau Grün, Pos. 164)</i>	Beschreibungen einer Verbindung zur eigenen Vulva und diese zu spüren (Bewohnen)
	Eingeschränkte Fähigkeit einer Verbundenheit zur Vuvla / Blockierten Zugang	<i>Keinen Zugang, weil es einfach so gemauert ist. [...] (Frau Braun, Pos. 80)</i>	Aussagen betreffen Schwierigkeiten, eine Verbindung zur eigenen Vulva herzustellen oder einen blockierten Zugang.
	Neutrale Beziehung / Zugang / Beschreibung zu Vulva > Wahrnehmung	<i>[...] Und sonst ist es einfach ein Genital, das da ist. (Frau Gold, Pos. 46)</i>	Beschreibung der Vulva ohne emotionale Auf- oder Abwertung, d.h. es wird als ein Körperteil unter anderen dargestellt, ohne explizit positiv oder negativ konnotiert zu sein.
	Verlustgefühl bezogen auf die äusseren Genitalien (Induktiv)	<i>Ein wichtiger Teil meines Körpers wurde mir früher als Kind weggenommen. [...] (Frau Blau, Pos. 30)</i>	Aussagen zu Gefühlen des Verlusts ausdrücken in Bezug auf die äusseren Genitalien infolge der Erfahrung von FGM/C oder deren Auswirkungen in Zusammenhang stehen.
	Inkomplett fühlen (Induktiv)	<i>Ich habe einfach dieses Gefühl im Kopf, dass mir etwas fehlt, aber unwohl</i>	Beschreibungen und Aussagen die auf ein Gefühl von Inkomplett (nicht ganz,

		<i>gefühlt, man fühlt sich einfach nicht komplett, das ist es. (Frau Gold, Pos. 64)</i>	unvollständig, etc.) Hinweisen.
Vagina	Fähigkeit einer Verbundenheit zur Vagina	<i>Der innere Teil. Da merke ich schon, dass es lebendig ist. Und gerade, wenn ich erregt bin, natürlich. (Frau Braun, Pos. 88)</i>	Beschreibungen einer Verbindung zur eigenen Vagina und diese zu spüren (Bewohnen)
	Eingeschränkte Fähigkeit einer Verbundenheit zur Vagina / Blockierten Zugang	<i>Der Innenbereich ist zugedeckt wie ein Tunnel. (Frau Blau, Pos. 166)</i>	Aussagen betreffen Schwierigkeiten, eine Verbindung zur eigenen Vagina herzustellen oder einen blockierten Zugang.
	Neutrale Beziehung / Zugang / Beschreibung zu Vagina	<i>Ich würde sagen, ja. Als ich geheiratet habe, hatte ich eine stärkere Bindung. Das wurde dann aktiver. Ich habe meinen Körper besser gefühlt. Und seitdem ich jetzt nicht mehr verheiratet bin, ist es einfach da und es gehört zu mir. (Frau Gold, Pos. 36)</i>	Beschreibung der Vagina ohne emotionale Auf- oder Abwertung, d.h. es wird als ein Körperteil unter anderen dargestellt, ohne explizit positiv oder negativ konnotiert zu sein.
Differenzierung zwischen Vulva und Vagina	Differenzierte Wahrnehmung	<i>Ich denke, das gehört alles zusammen und das arbeitet auch miteinander. Das ist wie ein Einfluss, der da beginnt und da reingeht und das läuft alles zusammen. [...] Dass man merkt, das ist ja beide nicht am gleichen Platz sind, sondern das ist</i>	Beschreibung von einer differenzierten Wahrnehmung zwischen Vulva und Vagina.

		<i>unten und oberer Teil. (Frau Grün, Pos. 88, 240)</i>	
	Eingeschränkte Fähigkeit einer differenzierten Wahrnehmung	<i>Nein, ehrlich gesagt nicht. [...] Ja, für mich ist es wie eins. (Frau Gold, Pos. 160, 162)</i>	Aussagen betreffen Schwierigkeiten, eine differenzierte Körperempfindung in Bezug auf die Vulva und Vagina wahrzunehmen.
Sexuelle Selbstsicherheit	Sich als attraktiv wahrnehmen / sich sexy erleben (gesunder Narzissmus)	<i>[...] Und man möchte seinen weiblichen Körper noch mehr zur Schau stellen. (Frau Gold, Pos. 126)</i>	Aussagen der befragten Person zum Ausdruck bringt, dass sie sich selbst als körperlich oder sexuell attraktiv erleben / wahrnimmt. Dies kann sowohl das allgemeine Körperbild als auch die spezifische Wahrnehmung des Genitals umfassen.
	eingeschränkte Fähigkeit, sich als attraktiv zu empfinden (gesunder Narzissmus)	<i>Über diese Frage habe ich schon lange nachgedacht. Keine Ahnung. Es ist schwierig, genau das in Worte zu fassen, weil ein Stück von meinem Körper entfernt wurde. Wie das aussieht, will ich mich gar nicht mit meinen Geschlechtsorganen identifizieren. Am liebsten will ich mich davon trennen, wenn das gehen würde. (Frau Braun, Pos. 12)</i>	Aussagen der befragten Person zum Ausdruck bringt, dass sie Schwierigkeiten hat, sich selbst als körperlich oder sexuell attraktiv zu erleben. Dies kann sich auf das gesamte Körperbild oder spezifisch auf das Genital beziehen.
	Fähigkeit sich in eigener Lust und Stolz zeigen.	<i>[...] Und man möchte seinen weiblichen Körper noch mehr zur Schau</i>	Aussagen über die Fähigkeit sich selbstsicher als Frau und in der

	(gesunder Exhibitionismus)	stellen. (Frau Gold, Pos. 126)	sexuellen Erregung zu zeigen.
	eingeschränkte Fähigkeit zum Ausdruck eigenen sexuellen Lust/ Erregung und sich Stolz zu zeigen (gesunder Exhibitionismus)	<i>Wenn ich jetzt das mit meinem Partner habe, zum Beispiel, mag ich das nicht gern zeigen. Dass einfach das Bild nicht schön ist. (Frau Braun, Pos. 100)</i>	Aussagen zur Schwierigkeit sexuelle Lust / Erregung, sexuelle Wünsche oder Stolz in eigener Weiblichkeit zu selbstsicher zeigen.
Entwicklung der Beziehung zum eigenen Körper und Geschlecht über die Lebensspanne (Induktiv)	Entfremdung zum eigenen weiblichen Geschlecht (Fokus) und Körper	<i>Ich würde sagen, ja. Als ich geheiratet habe, hatte ich eine stärkere Bindung. Das wurde dann aktiver. Ich habe meinen Körper besser gefühlt. Und seitdem ich jetzt nicht mehr verheiratet bin, ist es einfach da und es gehört zu mir. (Frau Gold, Pos. 36)</i>	Aussagen über die Entfremdung von eigenem Genital aufweisen.
	Keine Veränderung	<i>Nein, eigentlich immer noch gleich, bis in diesem Alter, ja. Ich denke auch immer noch, dass ich gleich bin wie vor 20 Jahren. (Frau Grün, Pos. 48)</i>	Aussagen zu keiner Veränderung in der Beziehung zum eigenen Genital.
	Verstärkung Wahrnehmung zum eigenen weiblichen	<i>Ich würde sagen, ja. Als ich geheiratet habe, hatte ich eine stärkere Bindung. Das wurde dann aktiver.</i>	Aussagen über die Verstärkte Wahrnehmung und

	Geschlecht (Fokus) und Körper	<i>Ich habe meinen Körper besser gefühlt. Und seitdem ich jetzt nicht mehr verheiratet bin, ist es einfach da und es gehört zu mir.</i> <i>(Frau Gold, Pos. 36)</i> <i>Zuerst eine Verstärkung dann eine Entfremdung, auch weil sie nicht mehr sexuell aktiv ist.</i>	Verbindung zum eigenen Genital im Laufe des Lebens zugenommen hat aufweisen.
Tabu (Induktiv)		<i>Es ist einfach ein Tabuthema. Zuhause hat man nie darüber gesprochen. Deswegen dachte ich, oh mein Gott, vielleicht darf man das gar nicht. Die Mutter hat mir schon gesagt, du darfst dich da nicht anfassen. Aber weil es ein Tabuthema war und nie darüber gesprochen wurde, hatte ich immer den Gedanken, du darfst dich nicht anfassen. Das gehört sich nicht. (Frau Gold, Pos. 20)</i>	Äusserung die auf ein Tabu oder eine Tabuisierung schliessen lässt.
Enttabuisierung (Induktiv)		<i>Moment, wenn du miteinander mit einem Mann bist, zum Beispiel dein Mann bist, und das Zeit ist, miteinander Zeit zu haben, miteinander etwas, ja, das sagt man</i>	Aussagen die zu einem Enttabuisierungsprozess oder Umgang zu geordnet werden können

		<i>dann auch, dass man bereit ist, auch zu mitmachen, diesen Moment zu geniessen. (Frau Grün, Pos. 222)</i>	
Anders-Sein (Induktiv)		<i>Ich fühle, dass ich anders bin als andere Frauen. Es gibt Frauen auch schon mal, die in anderen Ländern geboren sind. Sie sehen anders aus als wir. Ich denke, dass ich anders bin. Und diese Frau Glück gehabt hat, dass man sie nicht beschneidet. (Frau Blau, Pos. 104)</i>	Aussagen und Anmerkungen die auf ein «Anders-Sein» oder ein Vergleich gegenüber Frauen ohne Beschneidung schliessen lässt.
Mögliche Therapeutische Interventionen zu Stärkung oder Verfestigung eines positiven genitalem Selbstbild und sexuellen Selbstsicherheit		<i>Sicher nicht bemitleiden oder so, sondern einfach hilfreiche Tipps. (Unv) und, wie man auch sagt, ein besseres Bild, Selbstvertrauen sich aufbauen. Und eine Person stärken. So ausbauen soll eigentlich sein, nicht bemitleiden. (Frau Braun, Pos. 206)</i>	Aussagen zu möglichen nachfolgenden Interventionen in der Sexualtherapie im Bezug für Stärkung oder Verfestigung eines positiven genitalem Selbstbild und sexuellen Selbstsicherheit

Anhang I: Selbständigkeitserklärung

Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit «Das genitale Selbstbild im Kontext von Female Genital Mutilation/Cutting: Eine qualitative Studie zu Erfahrungen von Frauen mit FGM/C» eigenständig und ohne unzulässige fremde Hilfe verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen verwendet habe.

Die Eigenständigkeit der Arbeit erstreckt sich über alle Phasen der Erstellung, von der Konzeption über die Durchführung bis hin zur Dokumentation. Diese Erklärung gilt als verbindliche Zusicherung meinerseits über die Authentizität und Selbstständigkeit meiner wissenschaftlichen Leistung.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende schriftliche Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Vorname, Nachname: Alexandra U. Meisser

Ort, Datum: Winterthur, 27.07.2025

Unterschrift: 

Anhang J: Interviewtranskription (USB Stick)

Anhang J 1: Interviewtranskription Frau Gold

Anhang J 2: Interviewtranskription Frau Grün

Anhang J 3: Interviewtranskription Frau Blau

Anhang J 4: Interviewtranskription Frau Braun