

## **Psychohistorische Aspekte traumatischer Väterlichkeit**

Matthias Franz

Väterlichkeit erscheint vielen von uns zunächst einmal vielleicht als ein positiv valenzierter Begriff. Er zielt scheinbar auf die entwicklungsfördernde Bedeutung eines emotional präsenten Vaters. Diese erstreckt sich auf die Ausbildung eines sicheren Bindungsmusters während der ersten beiden Lebensjahre des Kindes, auf die Bewältigung der mit der Separation verbundenen heftigen aversiven Affektstürme sowie auf die Anleitung und Ermutigung während des zweiten bis vierten Lebensjahres und schließlich auf die Konsolidierung und Inbesitznahme der eigenen Sexualität verknüpft mit der Verinnerlichung von Grenzen und Werten während des vierten bis sechsten Lebensjahres. Diese entwicklungspsychologischen Auswirkungen zugewandter väterlicher Präsenz sind seit Jahrzehnten psychoanalytisches Grundlagenwissen und mittlerweile auch vielfach in empirischen Studien belegt (Sarkadi et al 2008). Insofern ließe sich bestreiten, dass Väterlichkeit auch destruktiv oder negativ konnotiert Aspekte beinhalten könnte. Vielleicht beruht ein ausschließlich positives Verständnis des Begriffs der Väterlichkeit aber auch auf einem wunscherfüllenden Bedürfnis Ambivalenzen und Abgründe, die dieser Begriff möglicherweise auch in sich tragen könnte, ausblenden zu wollen – ähnlich wie das, vielleicht noch tiefgreifender und verunsichernder, für das Konzept von Mütterlichkeit der Fall ist. Ich möchte den Begriff wertungsfreier und ambivalenzoffener im Sinne von „die Haltung und das Verhalten des Vaters gegenüber seiner Familie sowie die auf ihn bezogenen sozialen Rollenzuschreibungen betreffend“ nutzen, wenn ich in diesem Beitrag auf zwei psychohistorisch bedeutsame, kollektiv erfahrene traumatisierende Aspekte von Väterlichkeit hinweise.

Zum einen betrifft dies die Folgen kriegsbedingter Vaterlosigkeit für die betroffenen Kinder und Familien. Diese katastrophale Erfahrung traumatisiert über historische Zeiträume hinweg zyklisch immer wieder mehrere Geburtskohorten großer Bevölkerungskollektive direkt und die Filialgenerationen mittelbar. Und zum zweiten betrifft dies die ebenfalls kollektiv - allerdings nicht zyklisch sondern kontinuierlich - transgenerational tradierte Gewalterfahrung der patriarchalischen Jungenbeschneidung.

Beginnen wir mit einem kurzen objektbeziehungstheoretischen Resümee. Psychoanalytiker zielen mit ihrer Behandlung nicht primär auf Synapsen oder

Neurotransmittersysteme des Gehirns sondern sie behandeln übertragungsrelevante Introjekte. Introjekte entsprechen unbewussten Einprägungen traumatischer oder konflikthafter Beziehungserfahrungen zumeist mit den Eltern. Im pathologischen Fall sind es nicht assimilierbare, im vorsprachlichen Affektgedächtnis repräsentierte emotional aversive kindheitliche Beziehungserfahrungen im Zusammenhang mit äußeren (z.B. verletzenden) oder inneren (z.B. triebhaften) Bedrohungen, die in ihren affektiven Auswirkungen nicht ausreichend von den Bezugspersonen reguliert werden konnten. Sie nisten sich im kindlichen Affektgedächtnis ein wie ein Seelenvirus, wie ein Parasit, ein Raubtier oder wie eine dauerstrahlende radioaktive Quelle. Von dort aus bestimmen sie als ichsynthon getarnte Fremdkörper lebenslang das Selbstwertgefühl, Bindungsmuster, Wahrnehmungsorganisation und Gefühlsleben inklusive leidvoller wiederholender Reinszenierungen entlang der kindheitsthematischen Sollbruchstellen.

Sie organisieren so als interaktionelle Attraktoren auch das affektgesteuerte Beziehungs- und Übertragungsgeschehen zwischen Analysand und Analytiker. In Form zyklischer Wiederholungen sind sie hier in einem lang andauernden Prozess einer Identifikation, Benennung und deutenden Modifikation zugänglich. Für den professionell abgegrenzten aber empathischen Umgang mit diesem hochinfektiösen Material benötigt der Analytiker bekanntlich selber eine außergewöhnlich tiefgreifende psychoanalytische Selbsterfahrung und Kenntnis seiner eigenen Introjekte. Introjekte und die durch sie bestimmten kindlichen Beziehungsmuster des Patienten manifestieren sich im Sinne eines regressiven Genesungsversuchs im Psychoanalytiker also immer im anachronistischen Kontakt mit der abgewehrten kindlichen Vergangenheit des Analysanden. Der Analytiker repräsentiert insofern das konflikthaft oder traumatisch korrumpierte Unbewusste des Patienten in sich, solange dieser das noch nicht selber erkennen, benennen und ertragen kann. Der Analytiker steht aber auch im Kontakt mit den verleugneten psychohistorischen Tiefenschichten kollektiv erlittener früherer Traumata, die sich nicht nur im Unbewussten vieler seiner Patienten sondern auch in seinem eigenen Unbewussten niedergeschlagen haben. In der Gegenwart ertragen und verhandeln Analytiker dann auch Anteile der eigenen verstörenden Vergangenheit in der Therapie von Patienten mit kollektiv erlittenen kindheitlichen Verletzungen.

### **Die kriegstraumatisch gestörte Väterlichkeit**

Und hier bestehen was die fehlenden Väter betrifft gerade in Deutschland schwerwiegende, psychohistorisch bedeutsame kollektive Belastungen. Seit über 100 Jahren werden die Identitätskerne vieler Männer von pathogenen – d.h. Leid verursachenden - väterlichen Introjekten mitbestimmt. Vier z.T. verheerende Generationen deutscher Väter haben bei vielen mitbetroffenen Kindern zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen ihrer Identitätssicherheit und zu Verzerrungen ihres Gefühllebens geführt. Der patriarchalisch-wilhelminische, der nationalsozialistisch-soldatische, der tote und schließlich der heutige abwesende Vater haben bei uns bis in die Gegenwart spürbare tiefgreifende Spuren auch im Selbstbild vieler Männer hinterlassen. Diese Vorbilder sind eine schwere, transgenerational wirksame Altlast. Schützengräben, Lagerzäune, Mauern und die große heutige Einsamkeit ziehen sich bis jetzt noch durch die Seelenlandschaften vieler vaterloser Jungen und Männer. Aber auch für die Mädchen hat das kriegsbedingte Fehlen des Vaters schwerwiegende Auswirkungen.

Das Thema der Folgen kriegsbedingter Vaterlosigkeit soll empirisch ausgehend von der Mannheimer Kohortenstudie zur Epidemiologie psychogener Erkrankungen (Schepank 1987, 1990, Franz et al. 2000) erschlossen werden. In dieser Studie wurden 600 Männer und Frauen der Geburtsjahrgänge 1935, 1945 und 1955 mehrfach von Psychoanalytikern auch mit Hilfe von standardisierten Untersuchungsmethoden untersucht. Die zentralen Fragen waren: Wie häufig sind psychosomatische Erkrankungen? Wie verlaufen Sie? Was sind die Ursachen?

Ein wesentlicher Befund dieser Studie bestand in der - damals auf Kritik stoßenden - großen Häufigkeit psychischer/psychosomatischer Erkrankungen<sup>1</sup> - etwa 26 % der erwachsenen Normalbevölkerung - und in ihrer hohen Verlaufsstabilität. Ein ungünstiger Langzeitverlauf wurde vor allem durch ein schlechtes Ausgangsniveau, Persönlichkeitsmerkmale, Belastungen während der kindlichen Entwicklung und auch durch eine länger dauernde Trennung vom Vater vorhergesagt (Franz et al. 1999a). Dies betraf besonders die 1935 und 1945 geborenen Kriegskinder, deren Väter zu einem erschreckend hohen Anteil in den ersten Lebensjahren der Kinder nicht bei den Familien waren. Sowohl im Gruppenvergleich günstiger und ungünstiger Langzeitverläufe als auch innerhalb eines Regressionsmodells bestand ein statistisch

---

<sup>1</sup> In erster Linie psychoreaktiv-neurotische (d.h. durch kindheitliche Entwicklungskonflikte oder Traumata unterhaltene) Angsterkrankungen und Depressionen, somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen.

bedeutsamer Zusammenhang zwischen einer Abwesenheit des Vaters während der prägungssensiblen ersten sechs kindlichen Entwicklungsjahre und der psychogenen Beeinträchtigung im späteren Leben (Franz et al. 1999b).

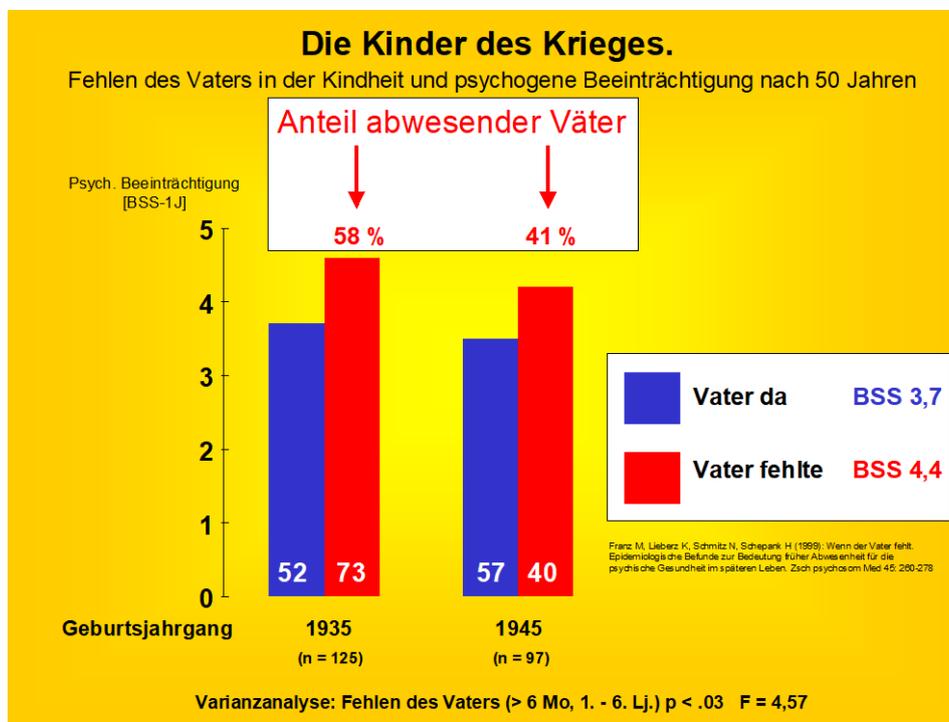


Abb. 1: Psychogene Beeinträchtigung der in Deutschland in den ersten sechs Lebensjahren vaterlos aufgewachsenen Kriegskinder der Jahrgänge 1935 und 1945 (rote Säulen) im Vergleich zur Kontrollgruppe der mit dem Vater aufgewachsenen Kriegskinder (blaue Säulen) ca. 50 Jahre nach Ende des Zweiten Weltkrieges.

Infolge der zivilisatorischen Katastrophe der Nazidiktatur und des Zweiten Weltkrieges war in unserer Verlaufsstichprobe bei einem großen Anteil der Probanden der Vater in den frühen prägungssensiblen Entwicklungsjahren abwesend (Jahrgang 1935: 58,4%, 1945: 41,2%). Dieses jahrzehntelang verleugnete, dramatische und kollektiv erlittene Kriegstrauma konnte sich nur aufgrund der nachfolgenden, außergewöhnlich langen und bis heute andauernden Friedensperiode in Deutschland in seinen psychohistorischen Langzeitwirkungen auffinden und nachweisen lassen. Der Effekt der kriegsbedingten Vaterlosigkeit auf die psychische Beeinträchtigung der Kriegskinder im Erwachsenenalter konnte mittels der Daten der Mannheimer Kohortenstudie erstmals in Deutschland auch statistisch belegt werden (Abb. 1). Das Risiko eines Probanden des Jahrganges 1935, die Fallschwelle auf Dauer zu überschreiten, war um mehr als das Doppelte erhöht, wenn der Vater in den ersten sechs Lebensjahren mehr als sechs Monate lang nicht präsent war. Statistisch zeigte sich bei den Probanden, bei denen der Vater nicht präsent war, noch 50 Jahre später

eine signifikant stärkere Beeinträchtigung als bei den Kriegskindern, die konstant über einen Vater verfügten.

Ebenso wie die durch die Mannheimer Studie beschriebene große Häufigkeit und Verlaufsstabilität psychischer/psychosomatischer Erkrankungen wurde anfänglich auch dieser zentrale Befund, der Zusammenhang frühkindlich erlittener Kriegsfolgen – speziell der Vaterlosigkeit - mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen im Erwachsenenalter, in Deutschland lange kollektiv verleugnet und in Frage gestellt. Die durch die Kriegsergebnisse erzwungene Identifikation mit aversiven Aspekten des Vaters oder seiner Väterlichkeit (der abwesende Vater, der tote Vater, der idealisierte Vater, der Vater als traumatisiertes Opfer, der Vater als brutaler Täter) und die Introjektion der dazu gehörigen Mutterbilder (die traumatisierte, aus der Beziehung zum Kind dissoziierte Mutter, die emotional verschlossene Mutter, die depressiv abwesende und bedürftige Mutter, die verleugnende Mutter) führten bei einer Vielzahl der betroffenen Kinder zu verzerrten Beziehungsbildern und Ich-strukturellen Reifungsstörungen, die sowohl eine gestörte Wahrnehmung äußerer Fakten wie auch eine gestörte emotionale Binnenwahrnehmung und damit auch eine beeinträchtigte Einfühlungs- und Beziehungsfähigkeit nach sich zogen. Die kollektiv in hoher Zahl in der Bevölkerung resultierenden Wahrnehmungsbrüche und die entsprechenden Verdrängungs- und Verleugnungsbedürfnisse führten aus Loyalität und Liebe zu den beschädigten Elternbildern (psychoanalytisch: „Objekte“) und aufgrund der Abwehr traumatischer Ängste zu einem breiten und verschwiegenen Konsens, den Krieg und seine emotionalen Langzeitfolgen nicht zu intensiv zur Kenntnis zu nehmen. Dieser natürlich auch von einer erdrückenden Schuld getragene und nicht zuletzt von der Tätergeneration auch gewollte kollektive Neglekt des Kriegstraumas und seiner Folgen zugunsten der emotionalen Narkose bzw. Nekrose des sogenannten Wirtschaftswunders behinderte also sogar auch die Wahrnehmung wissenschaftlicher Fakten mit der Folge einer verweigerten Kenntnisnahme der Leidenszustände auch deutscher kindlicher Kriegsoffer. Indirekte Hinweise auf diese Langzeitfolgen und die enorme kollektive Abwehrarbeit sind die in Deutschland von weiten Teilen der Bevölkerung erlebten emotionalen Entlastungsreaktionen nach dem Mauerfall 1989 (Entlastung von Schuld) oder in Reaktion auf den Film „Das Wunder von Bern“ von Sönke Wortmann 2003 (Benennung und Anerkennung des Traumas der verlorenen Vaterbeziehung). Der damalige Kanzler Schröder, dessen Vater im Zweiten Weltkrieg bei Grosny starb, bekannte bei der Premiere dieses Films in der Lichtburg in Essen

„wie ein Schloshund geheult“ zu haben. Und auch die bewegte Emotionalität großer Bevölkerungsanteile im Rahmen des sogenannten „Sommermärchens“ der 2006 in Deutschland stattfindenden Fußballweltmeisterschaft kann wohl als Entlastungsreaktion gesehen werden: „Wir sind nicht nur wieder wer sondern werden endlich auch geliebt – trotz allem. Dafür sind wir auch mit dem dritten Platz zufrieden.“ Diese auch von Wissenschaftlern getragene Abwehrreaktion ist wegen des Umfangs der Katastrophe und des mit ihr verknüpften Leides, der Schuld und der Verantwortung aus heutiger Sicht nachvollziehbar. Auch unsere Forschungsgruppe zögerte – wohl ebenfalls von persönlichen Befangenheiten im Zusammenhang mit familiären Kriegserfahrungen bestimmt – mit der Publikation unserer Befunde mehrere Jahre. Der wissenschaftliche Blick auf die psychohistorischen Zusammenhänge des kriegsbedingten Vaterverlustes konfrontiert auch Wissenschaftler mit dem kaum erträglichen Blick auf Millionen Tote, davon häufig auch aus der eigenen Familie. Aufgrund der anhaltenden Kritik führte unsere Arbeitsgruppe zusammen mit der Gruppe von Elmar Brähler eine epidemiologische Replikationsstudie an einer repräsentativen Stichprobe ehemaliger deutscher Kriegskinder durch (Franz et al. 2007). Diese Untersuchung ging erneut der Frage nach, ob sich Langzeitfolgen kriegsbedingter Vaterlosigkeit tatsächlich bei den ehemals betroffenen Kriegskindern feststellen lassen. 883 Personen einer repräsentativen deutschen Stichprobe von durchschnittlich 68 Jahren wurden untersucht. Und tatsächlich berichteten - diesmal sogar noch 60 Jahre nach Kriegsende - vaterlos aufgewachsene Kriegskinder als Erwachsene wiederum von signifikant stärker ausgeprägten psychischen Belastungen als die ehemaligen Kriegskinder, welche mit dem Vater aufwuchsen. Besonders depressive Beschwerden, soziale Ängste und Misstrauen wurden von den ehemals vaterlos aufgewachsenen Kriegskindern – Männern wie Frauen - häufiger genannt als von denen, deren Väter bei den Familien waren. Das heißt, dass insbesondere beziehungsregulative Fähigkeiten wie Emotionalität, Bindungssicherheit und Vertrauen bei den vaterlos aufgewachsenen Kriegskindern in besonderer Weise beeinträchtigt waren – und sind. Diese Effekte waren auch dann noch signifikant, wenn verschiedene konfundierende Variablen (z.B. Flucht, Ausbombung) berücksichtigt wurden. Die Ergebnisse bestätigten also die Resultate der Mannheimer Kohortenstudie und sie belegen, dass ein Aufwachsen ohne Vater lebenslange ungünstige Folgen haben kann.

Mittlerweile liegen eine Fülle von historischen (Ewers et al. 2006), soziologischen (Grundmann et al. 2009) und klinischen Untersuchungen (Radebold 2000, Janus 2006, Böwing et al. 2007) sowie Fallberichten Betroffener (Bode 2009) vor, welche diese Zusammenhänge ebenfalls eindrucksvoll thematisierten. Allerdings zieht das kriegsbedingte Fehlen des Vaters noch weitere Belastungen nach sich (Franz 2006). Natürlich vermittelt sich das Fehlen des Vaters auch der Mutter. Diese wird nach Verlust ihres Ehemannes und Partners sowie nach Verlust ihrer sozialen Absicherung unter Kriegs- und Nachkriegsbedingungen zumeist psychisch belasteter oder auch depressiver die Beziehung zu ihrem Kind gestalten als eine Mutter, die gemeinsam mit ihrem Mann die anstehenden Nöte bewältigen konnte. Dementsprechend fand sich in den Mannheimer Daten ebenfalls ein Schichteinfluss auf die bei den Kriegskindern bestehende psychische/psychosomatische Beeinträchtigung. Dies ist möglicherweise einerseits Ausdruck des bekannten Schichtgradienten, also des Einflusses des sozioökonomischen Status auf den seelischen Gesundheitszustand, andererseits erscheint es aber auch durchaus plausibel, dass das kriegsbedingte Fehlen des Vaters zu schlechteren Start- und sozialen Entwicklungsbedingungen der hiervon betroffenen Kriegskinder führte.

Radebold (2000) hat in mehreren richtungsweisenden Beiträgen den historischen und psychoanalytischen Hintergrund unserer epidemiologischen Befunde erhellt. Allein schon die in die Millionen gehenden Zahlen der toten, vermissten und kriegsgefangenen Männer verdeutlichen in bedrückender Weise, warum die Kriegsfolgen über Jahrzehnte hinweg in ihrer traumatischen Qualität kollektiv verdrängt und hinsichtlich der Fakten verleugnet wurden - wohl verleugnet werden mussten. In Folge des Zweiten Weltkrieges starben mehr als 4 Millionen deutsche Soldaten - über sechs Jahre hinweg im Mittel jeden Tag mehr als 2000 - darunter auch viele Väter. Etwa elf Millionen zurückkehrende Kriegsgefangene waren häufig so schwer traumatisiert, dass sie in ihren Familien über Jahre hinweg Fremde blieben oder sich trennten. Die Scheidungsrate im Nachkriegsdeutschland war enorm hoch. Für zahlreiche Kinder der Kriegs- und Nachkriegszeit bedeutete dies eine Kindheit ohne Vater. Ungezählte andere hatten eine gestörte Beziehung zu einem kriegstraumatisierten Vater. Dies ist bis heute in vielen psychotherapeutischen Behandlungen der Kriegskindergeneration ein leidvolles und zuvor jahrzehntelang verdrängtes zentrales Thema.

Ein Foto, das ein US-amerikanischer Panzerkommandant beim Einrollen in das zerbombte Düsseldorf von seinem Panzer herab aufgenommen hat, zeigt eine erschütternde Szene, die diese Zusammenhänge in hochverdichteter Form festhält: Am Straßenrand sitzt eine weinend zusammengebrochene Frau in abgerissenen Schuhen und Kleidern hingekauert auf dem Bordstein. Mit ihrem rechten Arm klammert sie sich Halt suchend an ihrem vielleicht vierjährigen Jungen fest, die Finger sind dabei zur Faust zusammengeballt, sie ergreifen, schützen und bergen das Kind nicht. In ihrer linken Hand umklammert die Mutter ein Taschentuch, sie ist völlig in ihren Schmerz versunken, weint mit dem Kopf an der Brust des wie ein kleiner Soldat aufrechtstehenden Jungen in sich hinein. Die Mutter sucht Trost bei ihrem Kind, das ihr diesen nicht geben kann. Wohl aber wird es die Verzweiflung und die Erschütterung der Mutter spüren und vielleicht auch schuldhaft auf sich beziehen. Der Junge, dem das Gesicht der Mutter nicht als Spiegel zur Verfügung steht, drückt seine linke Wange seitlich an die Stirn der Mutter und schaut mit unverwandtem Blick dem Panzerkommandanten geradewegs in die Kamera. Die Augen ängstlich geweitet, die Mundwinkel traurig nach unten, fragt ein stummer aber auch unverwandter, feindselig-versteinerter Blick: Wer hat meine Mutter so traurig gemacht? In einer völligen Rollenumkehr schützt der parentifizierte Junge seine regrediert oder sogar dissoziiert klammernde Mutter. In seiner rechten Hand hält er eine kindliche Waffe, einen Stock. Man könnte denken, dass er ihn 20 Jahre später als Waffe gegen den Panzerkommandanten oder gegen sich selber wenden könnte. Der Junge wird möglicherweise ein Leben lang auf die Entwicklung seiner eigenen emotionalen Fähigkeiten verzichten und stattdessen versuchen, die Depression seiner Mutter zu besiegen – und hieran wahrscheinlich scheitern. Er wird sich über die hierdurch entstehenden Schuldgefühle schließlich an der Depression seiner Mutter anstecken, wie an einer sozial vermittelten Infektionskrankheit. Und vielleicht werden Wissenschaftler 60 Jahre später diese Spätfolgen in ihren Fragebögen und Gesprächen aufspüren.

Die Konstellation dieser verlassenen, depressiv bedürftigen, das Kind letztlich an seiner Entwicklung ungewollt hindernden Mutter war besonders für die betroffenen Jungen hochproblematisch, wenn auf der anderen Seite auch noch der väterliche Entwicklungspartner als Identifikationsfigur und Alternative fehlte. Ein fast allen Nachkriegskindern in Deutschland von ihren Müttern oder Großmüttern vorgesungenes Kinderlied beschreibt die depressive Programmatik. Es handelt sich

um die im Gegensatz zur Urfassung des Liedes separationsbehindernde Zweitfassung (Frömmel 1899) vom „Hänschen klein“: *Hänschen klein ging allein* (Separationswunsch) *in die weite Welt hinein* (etwa zweijähriger Junge in der Ablösung). *Stock und Hut* (phallisch-narzisstische Attribute des Jungen, der sich mit einem Mann identifizieren möchte) *steht ihm gut, er ist wohlgenut* (narzisstisch-explorative Funktionslust). *Aber* (die depressiv bedürftige) *Mutter weinet sehr, hat ja nun kein Hänschen mehr* (narzisstisches Defizit bei Besetzung des Kindes als sicherndes Selbstobjekt, Mutter ist ohne Hänschen gar nichts mehr wert, gar nicht mehr da). *Da besinnt* (Identifikation des Jungen mit den Bedürfnissen seiner Mutter, männliches Identifikationsdefizit) *sich das Kind* (der „Junge“ ist sexuell neutralisiert und regrediert in die präödpale Loyalität), *kehrt nach Haus geschwind* – und leidet als erwachsener „Mann“ vielleicht an einer Angstneurose oder wird keine Gretel finden. À propos: ein ähnliches Motiv findet sich im Märchen Hänsel und Gretel, in welchem die Hexe, die für die separationsfeindlich erlebte, bedürftige und schließlich verschlingende Mutter steht, prüft, ob denn das „Fingerchen“ von Hänsel etwa schon so sehr gewachsen ist, dass die männliche Verselbständigung droht, der nur noch mit dem archaischen Akt des Auffressens als aggressiv-depressive Vereinnahmung des Kindes begegnet werden kann. Das heißt auch, dass die Männlichkeit des Jungen eine ständige bedrohliche Provokation für eine depressive Mutter darstellen kann, da auch dessen kleine Männlichkeit die Andersartigkeit und gefürchtete Getrenntheit per se schon immer symbolisiert. Von daher ist die unempathische, vom Jungen als Kastrationsandrohung oder inzestuös erlebte – z.B. hygienisch-rituelle - Vereinnahmung seiner Genitalität auch ein häufiger impliziter Aspekt eines depressiven mütterlichen Übergriffs (Hirsch 2011). In diesem Zusammenhang sei noch auf eine sehr populäre Nachkriegsvariante von „Hänschen klein“ hingewiesen: „Junge, komm bald wieder, bald wieder nach Haus. Junge, fahr nie wieder, nie wieder hinaus. Ich mach mir Sorgen, Sorgen um Dich. Denk auch an morgen, denk auch an mich...usw.“, die von dem mit der Mutter identifizierten Matrosenjungen Freddy Quinn 1963 in Millionenaufgabe verbreitet wurde. Heintje hat dann wenig später 1967 auf diese mütterliche Bitte hin bekanntlich ebenso anrührend wie einträglich geantwortet, dass die Mama doch nicht um ihren Jungen weinen solle. Es war aber zum Weinen, was nur wenige Jahre zuvor und im weiteren Verlauf mit Folgen bis heute mit Millionen Söhnen, Vätern und Männern geschehen war. Insofern tritt aus der schlagerhaften Verkitschung und Negation der Trauer das kollektiv abgewehrte Elend zuverlässig als

verschobener Affekt wieder zu Tage. „Man“ – auch Männer weinten verstohlen – weinte über Freddy und Heintje, weil man sich in dem Jungen, der nicht gehen darf, wieder erkannte ohne es wirklich bemerken zu müssen. Was Sigmund Freud als Wiederkehr des Verdrängten bezeichnete, ermöglichte der Schlagerindustrie damals die kommerziell ertragreiche emotionale Entsorgung allzu bedrückender Erinnerungen.

Weitere Entwurzelungserfahrungen wie Bombardierung, Kinderlandverschickung, Flucht, Lagerhaft, Vertreibung führten bei zahlreichen Kriegskindern zu einer kumulativen Traumatisierung in den prägungssensiblen frühen Entwicklungsjahren. Die erlittenen Verluste konnten in einer Vielzahl der Fälle nicht betrauert werden. Die deutsche „Heldenmutter“ oder „Kriegerwitwe“ zeigte in der Öffentlichkeit keine Trauer sondern „Haltung“, ergab sich häufig schweigend in ihre Rolle – gestützt von ihrem Kind. In einer Vielzahl der Fälle erfolgten ein sozialer Rückzug und eine alexithyme Erstarrung der familiären Beziehungsmuster, die ihrerseits zu der anhaltenden depressiven Disposition der vaterlos aufgewachsenen Kriegskinder beitrugen. Insbesondere zahlreiche Jungen litten unter einem abwesenden Vater wie auch unter einem idealisierten Vaterbild – das Uniformfoto mit schwarzem Trauerstreifen über einer Ecke auf dem Wohnzimmerschrank - oder gerieten durch Parentifizierung aufgrund der Bedürftigkeit der Mutter in eine überfordernde familiäre Position, dessen Zentrum von einer depressiven Mutter mit latenten und vom Kind verinnerlichten Schuldzuweisungen beherrscht wurde. Dies führte gerade bei vielen betroffenen, oft unvollständig von der Mutter gelösten Männern zu einer funktionalen Identität, die während der Aufbaujahre des westdeutschen Nachkriegswirtschaftswunders eine scheinbar reibungslose Anpassung im Sinne einer Pseudonormalität (während des kalten Krieges diesmal aber wenigstens auf Seiten der „Gewinner“) erlaubte, im Umgang mit familiären Beziehungskrisen und emotionalen Konflikten im sozialen Nahbereich jedoch häufig keine einfühlungsfähige Partnerschaftlichkeit ermöglichte. Die tiefe Enttäuschung an den operativ kompetenten aber emotional distanten Männern und Vätern der Täter/Opfergeneration und ihren verstörten Söhnen trug mit einiger Wahrscheinlichkeit in Deutschland zum Entstehen der Frauenbewegung wie auch zu der ideologisch organisierten Vatersuche der 68er-Bewegung bei. Zumindest legt das demonstrative Hochhalten und Vortragen von bärtigen Politpatriarchen auf den Transparenten der 68er-Demonstrationszüge ein derartiges Hintergrundmotiv nahe.

## Das Elend der Jungenbeschneidung<sup>2</sup>

Nunmehr zehn Jahre nachdem der Deutsche Bundestag 2012 ein Gesetz verabschiedete, das die Beschneidung des nicht einwilligungsfähigen männlichen Kindes aus jeglichem Grunde ausdrücklich erlaubt, ist die Auseinandersetzung um die Jungenbeschneidung erstarrt in einem Minenfeld aus Desinteresse, Unwissen, patriarchalischer Loyalität, religiösen Machtansprüchen, traditionalistischem Gruppenzwang, Kastrationsangst, historischer Schuld und politischer Korrektheit – mit dem Ergebnis fast völliger Denk- und Diskussionsunfähigkeit. Politik und Medien wollen dieses Thema nicht und die leidvoll betroffenen Jungen und Männer bleiben auf der Strecke. Die zahlreichen männlichen Beschneidungsoffer werden wieder einmal nicht gehört, beschneidungskritische Ärzte und Juristen stoßen auf hermetisches Schweigen oder gar persönliche Diffamierungen und Bedrohungen. Dabei ist nichts wirklich geklärt und verstanden. Erst in allerletzter Zeit scheinen sich beschneidungskritische Stimmen aus dem Kreis der Betroffenen und in den Medien artikulieren zu können<sup>3</sup>.

### *Ein Patient*

*In der Sprechstunde erscheint ein 30-jähriger lediger Mann. Die Eltern waren in den 1970er Jahren aus der Türkei eingewandert, einige Jahre später wurde er in Deutschland geboren; im beruflichen Bereich mehrere Abbrüche, jetzt in fester Anstellung in einem sozialen Beruf. Er berichtet unter großem Leidensdruck von depressionstypischen Beschwerden und Erektionsstörungen, die seit der Pubertät bestünden. Selbstbefriedigung sei nur mit Schwierigkeiten möglich, eine partnerbezogene Sexualität könne er aufgrund der Erektionsprobleme nicht erleben. In der Genitalregion schildert der Patient »Erregungsbarrieren«. Organisch sei mit seinem Glied alles in Ordnung, es bestünden aber eine reduzierte Empfindsamkeit und an der Beschneidungsnarbe auch Missempfindungen.*

---

<sup>2</sup> Dieser Abschnitt ist eine überarbeitete und aktualisierte Version des Beitrages Franz M (2019): Bei der Beschneidung hört das Nachdenken auf. Kulturhistorische und psychoanalytische Aspekte, Risiken und Auswirkungen der Jungenbeschneidung. Psychodynamische Psychotherapie 8: 231 – 248

<sup>3</sup> <https://www.ardmediathek.de/video/reporter/beschneidung-nur-ein-stueck-haut-i-reporter/funk/Y3JpZDovL2Z1bmsubmV0LzExODUzL3ZpZGVvLzE3NDI5MjI>  
<https://www.arte.tv/de/videos/089058-000-A/jungenbeschneidung/>

*Aufgrund dieser Beschwerden habe er sich schon als Jugendlicher zurückgezogen. Als Kind habe er an einer Hundephobie und Dunkelängsten gelitten. Auf Nachfragen berichtet der Patient von seiner Beschneidung, die im Alter von sechs Jahren stattfand. Der Patient wurde damals unter Versprechungen schöner »Überraschungen« in ein Krankenhaus gefahren, nicht informiert, was dort passieren würde. In einem Raum habe er sich auf eine Liege legen müssen, dann sei ihm eine Maske aufgesetzt worden. Währenddessen habe er große Angst gehabt, sei festgehalten worden. Anschließend sei er mit schmerzdem, verbundenem Glied wach geworden, habe überhaupt nicht verstanden, was vor sich gegangen sei. Es sei etwas geschehen, was er auf keinen Fall gewollt habe. Besonders von der Mutter, die die Beschneidung gewollt habe, habe er sich nachher verraten und betrogen gefühlt. Seine Beziehung zu ihr sei durch diesen Vertrauensbruch bis heute schwer beschädigt und manchmal hasse er sie dafür. Nach der Beschneidung sei es zu Nachblutungen gekommen, er habe deshalb einen Rock anziehen müssen und sei von den Cousins »als Mädchen« gehänselt worden. Der Kontakt zur Mutter habe danach etwas ekelhaft Sexuelles gehabt, vor Berührungen durch andere sei er lange Zeit ängstlich zurückgeschreckt. Als er in der Pubertät dann andere Jungen mit unbeschädigtem Penis gesehen habe, habe er seine Eltern konfrontiert und wissen wollen, warum sie ihm das angetan hätten. Sie hätten keinen nachvollziehbaren Grund nennen können, er sei unglaublich wütend auf sie geworden und habe die Mutter sogar einmal mit einem Messer bedroht. Heute schäme er sich für den unreflektierten Traditionalismus seiner Eltern und deren Einfühlungsarmut. Er selbst würde seinen Sohn auf keinen Fall beschneiden lassen. Der Patient kommentiert im Rückblick: »Man wird vergewaltigt und kann es nicht vergessen.« Hierzu passend berichtet er von wiederkehrenden Alpträumen und intrusiven, szenisch ausgestalteten Angstphantasien. In panischen Kinderträumen sei er von Riesen verfolgt worden. Im Alter von etwa zehn Jahren habe er abends im Bett liegend plötzlich einen hohen Pfeifton vernommen, Todesängste erlebt und sich nicht mehr bewegen können. Dann habe er vier hell leuchtende Punkte wahrgenommen und wie Außerirdische aussehende Wesen seien auf ihn zugekommen. Unmittelbar vor seinem Bett hätten sie sich aufgelöst. Plötzlich sei alles weg gewesen. Derartige szenische Wahrnehmungen, verbunden mit völliger Hilflosigkeit und Bewegungsunfähigkeit, habe er auch später noch, zuletzt mit etwa Mitte zwanzig erlebt, einmal mit dem Gefühl, im Kopfkissen ersticken zu müssen. »Ich dachte, ich*

*müsste sterben.« Der Patient selbst bringt diese Erlebnisse mit seiner Beschneidung und der erzwungenen Narkose in Verbindung.*

Die Geschichte dieses beschneidungstraumatisierten erwachsenen Mannes ist kein untypischer Einzelfall. Es lassen sich an diesem Fallbeispiel mögliche Komplikationen und Spätfolgen zeigen, die mit einer Genitalbeschneidung im Vorschulalter einhergehen können. In dieser psychosexuellen Entwicklungsphase der kindlichen Identitätsentwicklung sind die Ängste des Jungen um sein libidinös und narzisstisch hoch besetztes Genital sehr groß. Diese (Kastrations-)Ängste können nicht nur durch äußere Bedrohungen, sondern auch durch die lebhaften kindlichen Fantasien und auch durch ein infrage gestelltes Sicherheitsversprechen der Eltern verstärkt werden. Man kann einiges aus dieser Fallgeschichte lernen. Zum einen, dass ein Kind in diesem Alter durchaus bemerkt, wenn es manipulativ von Erwachsenen und sogar seinen Eltern betrogen wird. Der Patient hat einige, sicherlich angstverzerrte, aber trotzdem auch faktische Erinnerungen an die traumatische Situation der Beschneidung, in der er nicht nur seine Vorhaut, sondern auch das Vertrauen in die Schutzzusage seiner Eltern verlor. Er erinnert in Albträumen bis heute die Zwangssituation auf der OP-Liege, das Zerplatzen der Lüge einer erfreulichen Überraschung, die Übermacht der fremden Männer (»Außerirdische«), die Atemmaske. Der kindliche Horror des Erlebens der Narkosevorbereitungen, die Bewegungslosigkeit, die Atemnot unter der Maske, das blendende vierstrahlige Licht der OP-Lampe, das schmerzende, verletzte Genitale sind in den szenischen dissoziativen Intrusionen, in den wiederkehrenden Alpträumen des Patienten kaum verhüllt konserviert. Er erinnert den anschließenden Schrecken über sein schmerzendes und blutendes Glied, die Komplikation der Nachblutung und dass er aus diesem Grund ein rockartiges Gewand tragen musste und deshalb in seiner Männlichkeit lächerlich gemacht wurde. Er beschreibt auch den tiefen Riss in seiner Beziehung zu seinen Eltern, insbesondere zu seiner Mutter, die für den Jungen im Alter zwischen etwa fünf und sieben Jahren – der Konsolidierungsphase der psychosexuellen Identität – eine besonders begehrte Bezugsperson darstellt. Der Patient ist bis heute voller Groll und aggressiver Verachtung gegenüber seiner als betrügerisch-verführerisch empfundenen Mutter, die ihn als Jungen auf dem Höhepunkt dessen kindlicher Verliebtheit

in sie der Beschneidung, tiefer Verängstigung und Demütigung auslieferte. Er schildert weiterhin erhebliche Spätfolgen der Beschneidung in Form einer herabgesetzten Empfindsamkeit des Genitalbereichs und Missempfindungen im Bereich der Beschneidungsnarbe.

Aufgrund seiner Verunsicherung und seiner Ängste habe er über Jahre hinweg auf körperliche Berührungen schreckhaft reagiert, sich von Beziehungen zurückgezogen. Die partnerbezogenen Erektionsstörungen des Patienten könnten einem sexuellen »Totstellreflex« zur Verhütung weiterer Verletzungen entsprechen. Die wiederkehrend erlebte Hilflosigkeit mit existenziellem Bedrohungserleben, intrusiven Alpträume, impulsive Schreckhaftigkeit und Gewalthandlungen im Zusammenhang mit starken Stimmungsschwankungen und Depressivität formen ein klinisches Bild, das wesentlichen Kriterien einer posttraumatischen Störung entspricht (Ramos und Boyle 2001).

### **Kulturgeschichtlicher Hintergrund**

Die Beschneidung der männlichen Vorhaut ist der älteste und wohl der am häufigsten durchgeführte operative Eingriff überhaupt (Alanis et al. 2004; Zampieri et al. 2008). In afrikanischen, vorderasiatisch-orientalischen Kulturen oder auch bei australischen Ureinwohnern und anderen indigenen Ethnien wurde und wird die männliche Genitalbeschneidung – auch völlig unabhängig von monotheistischen Vorstellungen – praktiziert, was die möglicherweise weltweite Verbreitung dieser Ritualpraxis bereits in prähistorischen Zeiten nahelegt. Altägyptische Quellen belegen die Jünglingsbeschneidung schon vor 5000 Jahren (vgl. Alanis et al. 2004). Die Verortung der sozialen Funktion des Rituals fokussiert unterschiedliche Aspekte, in denen die Beschneidung als Minderform des männlichen Kindesopfers, als Übergangsritus, gruppale Identitätsreferenz oder als Markierung besiegtter oder versklavter Feinde angesprochen wird (Franz 2014).

Der Begründungsdiskurs der rituellen Jungenbeschneidung wird heute beherrscht von vor- geblichen hygienisch-medizinischen Vorteilen, vor allem aber von religiösen Vorstellungen, zuweilen noch juristisch untermauert mit dem Grundrecht auf freie Religionsausübung. Der Ritus wird mit kollektiv verbindlichen Gesetzen und Traditionen begründet, welche auf die Absicherung der kulturellen Identität und ein gottgefälliges Verhalten zielen. Referenziell verbindliche Vorbilder, beispielsweise im Judentum und Islam, sind dabei der beschnittene religiöse Erzvater Abraham oder der

angeblich bereits vorhautlos geborene Prophet Mohammed. Denen, die diesen Vorbildern folgen und dem Beschneidungsritual unterworfen werden, werden außerordentliche Gratifikationen, im Weigerungsfalle jedoch schreckliche Strafen in Aussicht gestellt.

Demgegenüber soll hier eine kulturhistorisch-psychoanalytische Sichtweise auf die Entstehung und Funktion sakraler Ritualhandlungen eingenommen werden. Aufgrund fehlender prädiktiver Realitätsmodelle und weitgehender Hilflosigkeit gegenüber einer hochbedrohlichen Umwelt war das Dasein vorgeschichtlicher Menschen durch den alltäglichen Terror unvorhersehbarer und unerklärlicher Naturerscheinungen und plötzlich hereinbrechender tödlicher Gefahren gekennzeichnet. Die Bewältigung der im Alltagserleben ständig präsenten Gefahr eines frühen unvorhersehbaren Todes und der damit verbundenen existenziellen Angstzustände war im Rahmen eines animistisch-magischen Realitätsverständnisses lediglich mit Hilfe zwanghaft wiederholter Ritualhandlungen möglich. Das mit den allgegenwärtigen Bedrohungen und Katastrophen einhergehende Grauen soll durch die Wendung des Schreckens in einen Modus aktiven rituellen Gestaltens bewältigt, eingegrenzt oder zumindest erträglicher gestaltet werden (Burkert 1997; Türcke 2012).

In Anlehnung an den Verhaltenswissenschaftler Norbert Bischof (1973, 2009) beginnt der Lebenszyklus eines Rituals unter derartig angsterzeugenden Umweltbedingungen oder unbeherrschbar erscheinenden Naturgewalten zunächst als vorsprachlich-intuitive Inszenierung. Diese Inszenierung greift einerseits Elemente der befürchteten Bedrohung auf, dient andererseits gleichzeitig als zunächst funktionaler Organisator dem Schutz sozialer Bindungen und Übergänge angesichts der im Ritual thematisierten verunsichernden Bedrohungen. So könnte beispielsweise die patriarchalisch erzwungene Beschneidung heranwachsender Jungen der Kontrolle aggressiver und sexueller Triebimpulse in prähistorischen Jägerkulturen mit hoher alltäglicher Gewalt- und Tötungsbereitschaft gedient haben. Derartige initial anpassungsfördernde Verhaltensmuster werden im Weiteren in einem normativen und legitimierenden Mythos verdichtet. So schließt der Urvater einen Pakt mit der Gottheit, die bei Wohlverhalten beschenkt, bei Ungehorsam allerdings grausame Strafen androht. Diese Drohung zielt auf die vielleicht stärkste Angst, die Männer überhaupt empfinden können: die Angst vor Kastration und dem Verlust der genitalen Integrität<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Die mit der Beschneidung immer auch thematisierte Kastrationsangst ist wohl auch aus evolutionsbiologischen Gründen die vielleicht stärkste Angst, die Männer überhaupt empfinden können. Eine Absicherung des arterhaltenden, aber bei Jagd und Kampf gefährlich exponierten männlichen Genitales durch eine starke

Die ultimative Strafe für Illoyalität – die Kastration – wird im symbolischen Beschneidungsakt partiell inszeniert: Sexualität und Fortpflanzung ja – aber nur unter dem strafbewehrten Primat patriarchalischer Triebkontrolle zugunsten der Gruppenordnung: eine klare Kastrationsandrohung. Aggression und Tötungsbereitschaft nach außen ja – aber nicht innerhalb der vom patriarchalischen Führer und seinen Drohungen dominierten Bezugsgruppe (Burkert 1997, S. 88 ff). Die Botschaft der Beschneidung, die sich an die Initianden (und an die obligatorisch in Zeugenschaft teilhabende Gruppe) richten würde, wäre dann in etwa:

*»Deine Sexualität und dein Genital gehören nicht dir – sondern uns. Wir machen damit, was wir wollen. Schau her, ich schneide einen Teil deines Gliedes ab, weil du nur unserer Jagdbeute und unseren Feinden, aber nicht mir, dem Vater oder unserer Gruppe gefährlich werden darfst, wenn du nun zum Mann und Jäger wirst und lernen musst, zu töten. Weil du aber diesen Teil deines Gliedes dahingegeben hast, darfst du auf der Jagd und im Kampf gegen unsere Feinde ohne bleibende Schuld töten. Solltest du später aber auf den Gedanken kommen, deinen Vater oder andere Mitglieder deiner Gruppe anzugreifen, wirst du wieder die große Angst um dein Glied erleben, die du während deiner vom Vater und von der Gruppe gewollten und durchgeführten Beschneidung erlitten hast. Und du wirst dir mit großer Unsicherheit und Angst die Frage stellen: »Wird mir der Rest vielleicht auch noch abgeschnitten, wenn ich nicht gehorche und tue, was von mir gefordert wird?«*

Ursprünglich besitzen Rituale eine bindungssichernde und impulskontrollierende Funktion insbesondere in Übergangssituationen, die mit der Aktualisierung heftiger Affektimpulse einhergehen könnten. Sie dienen der magischen Bewältigung existenzieller Ängste und Gefahren durch aktiv wiederholende symbolische Inszenierung des primär passiv erlittenen, angsterzeugenden Vorgangs (Türcke 2012). Insofern besitzen religiöse Traditionen und die mit ihnen verbundene rituelle Gewalt einen sozial regulativen, sanktionierenden, magisch-archaischen Kernaspekt und stellen – ähnlich wie Mythen – veränderungsträge Archive frühgeschichtlicher sozialer und rechtlicher Organisation dar.

Das uralte und schon lange vor allen abrahamitischen monotheistischen Religionen praktizierte Ritual der Jungenbeschneidung enthält dementsprechend eine fundamentale Botschaft der Gewalt – mit dem Ziel die Gewalt *innerhalb* der Bezugsgruppe einzuhegen. Es basiert aus psychoanalytischer Sicht auf manipulativ

---

Angstbereitschaft erscheint sinnvoll. Die Kastrationsangst erzeugt, gerade weil sie so schwer zu ertragen ist, eine reflexhafte Wahrnehmungshemmung und bewirkt so eine eher angstverzerrte und weniger faktenbasierte Verhaltenssteuerung und Diskursfähigkeit. Männer, die mit der Diagnose Prostatakrebs konfrontiert sind, weisen beispielsweise eine erhöhte Suizidrate auf (Fang et al. 2010).

genutzten Kastrationsängsten der betroffenen Jungen und Männer. Psychohistorische und psychoanalytische Betrachtungen legen also mächtige archaische Gestaltungsmotive des Beschneidungsrituals nahe:

- die patriarchalische Reglementierung der Sexualität durch Kastrationsandrohung,
- der Schutz der Gruppe und ihrer Ordnung vor impulsiver Aggression junger Männer,
- die Kanalisierung der Aggression nach außen (Jagd, territoriale Absicherung),
- die transgenerationale Festigung der männlichen Rolle und der Gruppenidentität durch Weitergabe der Beschneidungspraxis vom Vater auf den Sohn,
- die magische Beherrschung existenzieller Gefahren durch Opfer für salvatorisch zu- ständige Götter.

Es geht bei der Beschneidung – als einem archaischen Rechtsinstitut zur Sicherung gruppaler Funktionalität und Identität – in erster Linie also um die im späteren Verlauf religiös dogmatisierte Aufrechterhaltung des Rechts des Stärkeren auf Kosten des Schwächeren durch körperliche und psychische Bedrohung seiner Sexualität. Die verinnerlichte Botschaft des Rituals lautet dementsprechend: Der Stärkere darf, weil er stärker ist, dem Schwächeren, weil er schwächer ist, Körperteile abschneiden, so die patriarchalische Loyalität innerhalb der Gruppe absichern und dies mit göttlichen Forderungen begründen. Insofern kann die Beschneidung als das normative Kernritual des Patriarchats angesehen werden.

Die Wirkmächtigkeit dieses Rituals liegt in der Größe der in ihm angesprochenen Ängste und in seiner expliziten wie auch impliziten Gewalt, in deren Kern der Junge sich von den eigenen Eltern an zentraler Stelle angegriffen und verlassen erlebt. Überlebt der Junge körperlich, was nicht immer der Fall ist, kann er dieses Dilemma psychisch nur dadurch bewältigen, indem er die Eltern und deren Handlungen idealisiert und sich mit ihnen identifiziert (Franz 2014).

### **Transgenerationale Weitergabe traumatischer Kindheitserfahrungen**

Die Erfahrung elterlicher Gewalt während der Kindheit kann affektive Abspaltungen und Brüche in der emotionalen Wahrnehmungs- und Empathiefähigkeit des später

erwachsenen Kindes und wiederholende eigene Gewalthandlungen nach sich ziehen (Duke et al. 2010). Kindheitlich von den Eltern erfahrene Traumata werden verinnerlicht und können später selbst reinszenierend wiederholt werden. Stabilisiert werden derartige destruktive Wiederholungstendenzen durch die Identifikation des Kindes mit dem elterlichen Aggressor. Kollektiv rituell tradierte traumatische kindliche Erfahrungen können daher auch zu kollektiven Empathiebrüchen führen und zu religiösen Überzeugungen mit Abwehrfunktion organisiert werden.

Kollektiv verbindliche Rituale werden besonders dann unreflektierbar tradiert, wenn der Gewaltaspekt des ausgeübten Rituals aufgrund eigener Betroffenheit und Abwehrbedürfnissen von den Eltern ebenfalls verleugnet werden muss. Aufgrund der aus der Verstrickung in das eigene Beschneidungstrauma resultierenden zirkumskripten Empathiestörung kann das emotionale Erleben von Angst und Schmerz des kindlichen Opfers von ritualgesteuert handelnden Erwachsenen in seiner Brutalität nicht mehr empathisch erfasst und die Einfühlung in das Erleben der nächsten kindlichen Opfergeneration beeinträchtigt werden. Letztlich kann sich dann eine Täter-Opfer-Kette transgenerational über historische Zeiträume hinweg etablieren. Dies vermag zu erklären, wie es möglich ist, dass Eltern und Angehörige fröhlich feiern, während ihr Kind unter der Beschneidung extreme Schmerzen und Ängste erleidet.

Je nach dem Alterszeitpunkt seiner Beschneidung erlebt der Junge den verletzenden Akt, den ihm seine Eltern – der Vater aktiv, die Mutter duldend - zufügen, bereits unmittelbar bewusst oder – im Fall der Neugeborenenbeschneidung – mittelbar über die fortgesetzte Gewaltzeugenschaft im Rahmen der ritualisierten Tradition. So wird der Junge keineswegs – wie zuweilen bagatellisierend von einem nur kleinen Schnitt und einem überflüssigen Fetzen Haut die Rede ist – nur einmalig verletzt. Vielmehr wird der beschnittene Junge täglich mit der Realität (und der mithin grundsätzlich gegebenen Möglichkeit) eines Angriffs auf sein Genitale konfrontiert, im Falle von leidvollen Komplikationen umso schlimmer. Das so körperlich eingeschriebene Trauma, die hierdurch bedingte Normalisierung schneidender Gewalt (und deren kindlich-phantasmatische Fortschreibung) bewirken den konstitutiven Ewigkeitscharakter der Beschneidung und nicht selten – wie im Fallbeispiel eingangs beschrieben – auch einen tiefgründigen Vertrauensverlust gegenüber den Eltern.

Für das Kind gibt es nur einen Ausweg aus dieser traumatischen Situation: Die Identifikation des Jungen mit den Glaubens- und Handlungsbedürfnissen der allmächtig phantasierten elterlichen Aggressoren. Die Identifikation mit dem Aggressor

ermöglicht ihm das seelische Überleben in der Beziehung zu seinen Eltern: »Ich mache künftig alles, was ihr wollt, und ich denke sogar auch alles, was ihr braucht. Vorwürfe braucht ihr von mir nicht zu befürchten. Im Gegenteil, ich werde weitermachen wie ihr.« Ihr Verweis auf religiös-normative Rechtfertigungsgründe macht die Eltern schließlich endgültig unangreifbar. Der Junge und später der Mann reden sich die Wirklichkeit sozusagen (den Eltern zuliebe) schön.

Aus der angstgetriebenen Identifikation des Jungen mit den gruppal konstitutiven Glaubensbedürfnissen und Handlungsmotiven seiner Eltern – insbesondere seines Vaters – erwächst schließlich seine patriarchalische Loyalität mit den dazu gehörigen sozialen Rollenausformungen und Geschlechterbildern. Dies dient der Sicherung der Bindung des Kindes an seine Eltern und an deren soziale Bezugsgruppe – und macht jegliche spätere Kritik an ihnen zu einem fast unmöglichen Schritt, der großen Mut und Individualität erfordert.

Zudem bewirkt diese Loyalität die ausagierende replikative Reinszenierung des Beschneidungstraumas in der nächsten Generation und eine individuelle wie gruppale Einfühlungsstörung in das Leid und die Angst der eigenen Söhne, die nun die nächsten manipulierten Opfer sind. Unbewusster und kollektiv tradiertes Beweggrund ist die durch die Kastrations- und Trennungsangst bewirkte Phantasie, bei Illoyalität endgültig kastriert und aus der Bezugsgruppe ausgestoßen zu werden. Kritisches Nachdenken über das Gewesene ist so nicht möglich – oder wird mit Todesdrohungen verfolgt. Es rührt an zu große Ängste (Möglichkeit der Kastration) und an tabuisierte Realitäten (Aggression der Eltern). Stattdessen erfolgt die Sanktionierung der elterlichen Aggression durch deren Wiederholung:

*»Jetzt beschneide ich meinen Sohn auch und damit beweise ich (mir), dass die Beschneidung, die ich durch meine Eltern erfahren habe, in Ordnung geht und ich über meine Ängste und Schmerzen und meinen Vertrauensverlust nicht mehr nachzudenken brauche.«*

Die transgenerational wirksame Opfer-Täter-Transformation ermöglicht so über das Zufügen des ehemals selbst Erhaltenen einen individuellen wie gruppalen Stabilisierungsgewinn und eine zudem normativ gerechtfertigte Ausblendung der traumatischen Aspekte des Geschehenen. Handeln im Tätermodus erspart das Leiden im Opfermodus.

Bezogen auf das traditionell motivierte Beschneidungsritual halten also zwei sich ergänzende und durch Konformitätsdruck vermittelte Mechanismen die wiederholende Reinszenierung des Rituals aufrecht: zum einen die durch das eigene Beschneidungstrauma bewirkte Empathie- und Wahrnehmungsstörung der Eltern und

Beschneider gegenüber den Schmerzen, Ängsten und Gefahren, denen sie ihre Kinder aussetzen; zum anderen eben die daraus folgende unbewusste Identifikation der betroffenen Kinder mit dem elterlichen Aggressor. Dies mündet konklusiv in die transgenerationale Agenda:

*»Es kann und darf nicht schlecht gewesen sein, was mein Vater damals mit mir gemacht hat. Deshalb tue ich als Vater es jetzt mit meinem Jungen auch. Und wenn ich es ihm dann auch angetan habe, kann ich nicht mehr zurück und einsehen, dass das ein schlimmer Gewaltakt war. Dafür festigt sich aber der Zusammenhalt und die Loyalität innerhalb unserer Gruppe.«*

Replikative Loyalität statt individueller Selbstbestimmung sind die Folge. Aufgrund der hohen emotionalen Eigenbetroffenheit der Ritualausübenden und der religiösen Referenzialität des Rituals entziehen sich solche Zusammenhänge in der Regel einer argumentativ-rationalen und faktenbasierten Auseinandersetzung.

Diese Form ritueller Gewalt mag also in grauer Vorzeit dem Schutz der eigenen Gruppe vor der – für Jagd und Kampf nach außen hin erforderlichen – Aggression ihrer männlichen Mitglieder und der Kontrolle ihrer sexuellen Impulse gedient haben. Es ist aber durchaus fraglich, ob ein solcher Entstehungszusammenhang noch heute zur Rechtfertigung dieser schweren Körperverletzung herangezogen werden darf. Soll das Verletzen des Gliedes kleiner Jungen durch Erwachsene auch noch heute und auf alle Zeit als der Kern der kollektiven Identität religiöser Gruppierungen begriffen und toleriert werden? Können die religiösen Überzeugungssysteme und die dahinterstehenden Glaubensbedürfnisse von Erwachsenen wirklich nur durch eine derartige Gewalthandlung an Kindern stabilisiert werden? Sollten nicht auch Jungen im Geltungsbereich des Deutschen Grundgesetzes und der UN-Kinderschutzkonvention geschützt vor Verletzungen aller Art aufwachsen, bis sie selbst volljährig und rechtswirksam entscheiden können?

Im Gegensatz zu archaischen Ritualen, die eine bleibende Verletzung kindlicher Genitalien bewirken, ist der Schutzanspruch des Kindes vor jeglicher Misshandlung, Verletzung und Vernachlässigung sowie die Achtung seiner Würde und körperlichen Integrität als ethischer Standard juristisch und wissenschaftlich heute gut begründbar. Was den menschenrechtlich zu fordernden Schutz kleiner Kinder vor jeglichen Übergriffen auf deren genitale Integrität angeht, wissen wir heute aus der Gewaltopferforschung und aus entwicklungspsychologischer Sicht mit Gewissheit zwei Dinge: Erstens, man tut Kindern nicht weh, macht ihnen keine Angst und beschädigt sie nicht, weil jeglicher Schmerz Spuren hinterlässt. Zweitens, Erwachsene haben an den Genitalien von Kindern nichts zu suchen. Das gilt auch für Jungen.

Warum fällt es so vielen Erwachsenen, Politikern und auch Psychotherapeuten immer noch so schwer, diese elementaren Grundsätze des Kinderschutzes auch im Bereich der Jungenbeschneidung grundsätzlich und vorbehaltlos zu akzeptieren?

### **Medizinische Aspekte**

Ähnlich wie bei anderen Gesundheitsrisiken, die mit dem männlichen Geschlecht assoziiert sind (z. B. die dreifach erhöhte Suizidrate, der frühe Herztod oder die um fünf Jahre verringerte Lebenserwartung), besteht auch in Bezug auf die leidvollen Aspekte der medizinisch nicht indizierten Genitalbeschneidung von Jungen eine verstörend geringe öffentliche Anteilnahme und Aufmerksamkeit. Demgegenüber erfährt jegliche Form der rituellen Verletzung weiblicher Genitalien zu Recht eine erhebliche Aufmerksamkeit und strafrechtliche Ahndung. Eine Ursache für diese Ungleichbehandlung von Kindern in Abhängigkeit von ihrem Geschlecht und die Ausblendung des Gewaltaspektes bei der Genitalbeschneidung von Jungen besteht auch in der, verglichen mit einigen Formen des Female Genital Cutting, weniger verstümmelnden männlichen Beschneidung. Allerdings sind manche traditionelle Varianten der nicht medizinisch begründeten weiblichen Genitalbeschneidung in ihrem verletzenden Ausmaß (z. B. die oberflächliche Inzision der großen Schamlippen ohne Gewebeverlust, Typ IV WHO) deutlich geringfügiger als der mit der Vorhautamputation des männlichen Genitales einhergehende erhebliche Gewebeschaden. Trotzdem genießen Mädchen auch hinsichtlich dieser vergleichsweise weniger verletzenden Varianten des Female Genital Cutting den vollständigen strafrechtlichen Schutz der Unversehrtheit ihrer Genitalien, während »das männliche Kind« in Deutschland gesetzlich diesbezüglich ausdrücklich rechtlos und schutzlos gestellt ist.

Die fachgerecht ärztlich durchgeführte Zirkumzision ist bei einem volljährigen, einwilligungsfähigen Mann aus medizinischen Gründen, aber auch aufgrund persönlicher Präferenzen nach vollständiger Aufklärung über die Risiken und ausführlicher Befunddokumentation, ethisch unproblematisch. Es existiert aber aus medizinischer und erst recht aus ärztlicher Sicht kein Grund dafür, einem gesunden kleinen Jungen seine gesunde Vorhaut unter großen Schmerzen und Gefahren abzuschneiden und dadurch seine sexuelle Selbstbestimmung und genitale Integrität irreversibel schwer zu beschädigen. Behauptungen zur medizinisch-prophylaktischen Rechtfertigung der traditionellen Jungenbeschneidung bei fehlender medizinischer

Indikation sind heute sämtlich unhaltbar und widerlegt (Stehr et al 2008)<sup>5</sup>. Sie dienen einer medikalisierenden Rechtfertigungsstrategie zur Verschleierung der patriarchalischen Hintergründe und Gewaltaspekte dieses Rituals. Deshalb zahlen die gesetzlichen Krankenkassen zu Recht nicht für diesen Eingriff, wenn er aus nichtmedizinischen Gründen vorgenommen wird. Die unberechtigte Kostenübernahme einer eigentlich rituell motivierten Beschneidung durch die Krankenkassen über die inflationäre Stellung der Scheindiagnose einer Phimose – wo eigentlich nur die physiologische und spontan sich lösende Vorhautverklebung vorliegt (Eckert et al. 2017) – wird durch die 2021 aktualisierte ärztliche AWMF S2k-Leitlinie zur Phimosebehandlung künftig erschwert.

Trotzdem werden zur Rechtfertigung der medizinisch nicht indizierten Jungenbeschneidung eine Fülle nachgeschobener, pseudorationaler oder scheinmedizinischer Begründungen angeführt. Diese beziehen sich auf angebliche hygienische oder gesundheitliche Risiken (vergl. Franz 2014). Ein Beispiel hierfür ist die höchst tendenziöse und interessengeleitete Stellungnahme »Task Force on Circumcision« der »American Academy of Pediatrics« (2012), die von renommierten Experten massiv kritisiert wurde (Frisch et al. 2013). Angeführt werden – zuweilen auch von medizinischen Laien<sup>6</sup> – beispielsweise als angebliche medizinische Vorteile der Beschneidung die Vorbeugung von (sehr seltenen) Entzündungen der kindlichen Harnwege (vergl. dazu Kupferschmid 2014) und von (extrem seltenen und erst in hohem Lebensalter auftretenden) Peniskarzinomen. Die prophylaktische Wirkung der Beschneidung des gesunden Jungen auf diese Krankheitsbilder ist nicht belegt und ihre Eintrittswahrscheinlichkeiten sind so gering, dass sie deutlich unterhalb der Komplikationsrate des Beschneidungseingriffs liegen (Stehr et al. 2001; Kupferschmid 2014). Im Übrigen käme kein Arzt auf die Idee einem gesunden Mädchen die gesunden Brustdrüsen zu amputieren, um einen eventuell später auftretenden Brustkrebs zu verhindern. Dies verstößt – wie auch die Jungenbeschneidung ohne medizinische Indikation – gegen den fundamentalen ärztlichen Grundsatz: *primum nil nocere* – das Wichtigste ist nicht zu schaden.

---

<sup>5</sup> Vergl. hierzu auch die einschlägigen Passagen der AWMF-Leitlinie „Phimose und Paraphimose bei Kindern und Jugendlichen“; [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/006-0521\\_S2k\\_Phimose-Paraphimose-Kinder-Jugendliche\\_2022-03\\_02.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/006-0521_S2k_Phimose-Paraphimose-Kinder-Jugendliche_2022-03_02.pdf)

<sup>6</sup> Ein eklatantes Negativbeispiel gibt der Sozialwissenschaftler Voß. Er empfiehlt unter Bezugnahme auf längst widerlegte angebliche medizinische Vorteile u.a. die allgemeine Beschneidung aller neugeborenen Jungen in Deutschland auf Krankenkassenkosten (Voß 2017). Kritik des Autors an dem Beitrag von Voß unter [www.jungen\\_beschneidung.de](http://www.jungen_beschneidung.de) oder bei Franz (2018)

Weiterhin wird auf die in Untersuchungen in afrikanischen Ethnien durch die Zirkumzision erschwerte Übertragung von HIV hingewiesen (Auvert et al. 2006; Bailey et al. 2007; Gray et al. 2007; Siegfried et al. 2009). Allerdings können diese Studien nicht auf die Verhältnisse in westlichen Industriestaaten übertragen und schon gar nicht zur Rechtfertigung einer generellen Beschneidung sexuell noch gar nicht aktiver Jungen oder gar Neugeborener herangezogen werden. Entsprechende von der WHO initiierte Beschneidungsprogramme in einigen afrikanischen Ländern wurden aufgrund der hohen und schwerwiegenden Komplikationsraten mittlerweile eingestellt (<https://www.arte.tv/de/videos/089058-000-A/jungenbeschneidung/>). Außerdem ist das Abschneiden der Vorhaut keine hinreichend wirksame Präventionsmaßnahme zur Vorbeugung von HIV-Infektionen (Hallett et al. 2011). Die HIV-Infektionsrate zählt in den USA trotz der dort hohen Beschneidungshäufigkeit bei Erwachsenen zu den höchsten überhaupt. Kondome und Impfungen schützen demgegenüber weitaus zuverlässiger vor einer Infektion mit sexuell übertragbaren Krankheiten wie auch vor Gebärmutterhalskrebs. Für die immer wieder behauptete Senkung der Prävalenz von Gebärmutterhalskrebs durch die Beschneidung existieren keine methodisch anspruchsvollen kontrollierten Langzeit- oder gar Interventionsstudien.

Die pseudomedizinischen Begründungsfiguren wechseln mit dem Zeitgeist. Heute nicht mehr übliche Argumentationen bezogen sich auf die gesundheitsförderliche Verhütung von Masturbation, Hysterie oder Epilepsie. Sehr illustrativ – auch zum Verständnis des sexualfeindlichen Aspekts der Beschneidung – ist hier die Person und Handlungsweise des christlich-freikirchlich identifizierten Arztes John Harvey Kellogg (der Miterfinder der Cornflakes), der in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts maßgeblich und obsessiv daran beteiligt war, in Nordamerika die bis heute – mit allerdings abnehmender Tendenz – weit verbreitete protestantische Variante der Jungenbeschneidung zu etablieren. Kellogg begründete diese Maßnahme mit sexualhygienischen Argumenten, die sich insbesondere auf die Verhinderung der kindlichen Masturbation richteten. Heimliche Masturbation sah er als zentrale Ursache zahlreicher Krankheiten an (Kellogg 1877) und empfahl deshalb zu ihrer Verhinderung die Beschneidung, möglichst auch ohne Schmerzbetäubung. Kellogg war sexualneurotisch schwer beeinträchtigt, sehr wahrscheinlich übertrug er eigene sexuelle Ängste in sein pseudomedizinisches Lehrgebäude.

Ein weiterer, auch heute noch verbreiteter medizinischer Begründungsmythos ist die angebliche Vorhautverengung oder Phimose. Eine pathologische Vorhautverengung

als echte Erkrankungsfolge liegt nur bei etwa zwei Prozent aller Jungen vor. Übersehen wird häufig, dass die innere Vorhautfalte bei jedem neugeborenen Jungen physiologischerweise mit der Eichel fest verklebt ist. Diese normale Fixierung der Vorhaut hat eine Schutzfunktion und bewirkt, dass die Vorhaut zunächst noch nicht hinter die Eichel zurückgezogen werden kann. Das Aufreißen dieser Verklebung bei der Beschneidung verursacht schon bei Neugeborenen extreme Schmerzen (Jones et al. 2017) und eine obligatorische Entzündungsreaktion, die mit dafür verantwortlich sind, dass beschnittene Babys noch Monate später eine stärkere Stressreaktion auf Impfschmerzen zeigen als unversehrte Babys (Taddio et al. 1997). Diese natürliche Vorhautverklebung löst sich fast immer spontan bis zur Pubertät. Wird sie vorher durch ein zu frühes und gewaltsames Zurückziehen oder elterliche Manipulationen an der Vorhaut aufgesprengt, und das geschieht leider auch heute noch sogar in Arztpraxen, kommt es zu Mikroeinreißen im Vorhautgewebe mit der Folge bindegewebiger Vernarbungen. Diese können sich dann tatsächlich zu einer parentogenen bzw. iatrogenen pathologischen und behandlungsbedürftigen Phimose entwickeln. Man sollte das Genitale von Jungen deshalb in Ruhe lassen, die übliche Hygiene beim Baden beachten, es gelegentlich einmal kinderärztlich auf echte Erkrankungen inspizieren lassen und im Übrigen abwarten, bis es sich von selber entwickelt.

Es ist bemerkenswert, dass die bei der (Er)Findung von angeblichen medizinischen Vorteilen der rituellen Frühbeschneidung aufgebrachte Akribie und Kreativität durch Befürworter der Beschneidung die Bemühungen um Einfühlung in die Ängste und Risiken des Kindes bei Weitem zu übersteigen scheinen. Die biologische Bedeutung des Vorhautgewebes für die sexuelle Funktion und Empfindungsfähigkeit wird von den Verfechtern der Beschneidung dabei einfach verleugnet, wenn die Vorhaut des Jungen zu einem überflüssigen, störenden, ja sogar krankmachenden Stück Haut erklärt wird. Dies sind phantasmatische Konstruktionen, die Risiken der Beschneidung hingegen sind Realität. Und im Übrigen bringt die Evolution keine überflüssigen Körperteile hervor.

### **Komplikationen der Beschneidung**

Zunächst bedeutet die Beschneidung den irreversiblen Verlust funktionalen Körpergewebes. Die Vorhaut ist aufgrund der dort zahlreich vorhandenen spezialisierten Nervenendigungen der sexuell sensibelste Teil des männlichen Gliedes. Sie besitzt eine wichtige Funktion bei der Vermittlung der Gleitbewegung

während der Penetration. Sie schützt darüber hinaus die Eichel, die nach der Beschneidung austrocknet, verhornt und zunehmend lustunempfindlicher wird (Sorrells et al. 2007). Die Beschneidung erschwert darüber hinaus die Masturbation (Kim und Pang 2006). Die Auswirkungen der Beschneidung tragen so zu einer erhöhten Prävalenz partnerschaftlicher Störungen der sexuellen Zufriedenheit bei. Heterosexuelle Paare, bei denen der männliche Partner beschnitten ist, geben in epidemiologischen Untersuchungen deutlich häufiger sexuelle Störungen und Unzufriedenheit an als Paare, bei denen der Mann nicht beschnitten ist (Frisch et al. 2011; O'Hara und O'Hara 1999).

Auch unter gut kontrollierten chirurgischen Bedingungen liegt die Rate der Komplikationen der Jungenbeschneidung mit 5,1 Prozent (Thorup et al. 2013) hoch. Pieretti et al. (2010) berichteten für ebenfalls an einer spezialisierten kinderchirurgischen Klinik an fast 9000 Neugeborenen ärztlich durchgeführte Beschneidungen eine Komplikationsrate von sogar 7,4 Prozent. Zu den Komplikationen zählen u. a. Blutungen, Wundinfektionen, Wundheilungsstörungen, Penisdeviationen durch asymmetrische Nahtanlage oder Narbenbildung, Harnröhrenfisteln, Amputation weiteren Penisgewebes, Defektheilungen mit Revisionsbedarf. Insbesondere die Neugeborenenbeschneidung geht aufgrund einer Schädigung der arteriellen Blutversorgung sehr häufig mit einer narbigen Verengung der äußeren Harnröhrenöffnung einher (van Howe 2006; Joudi et al. 2011). Durch diese Meatusstenose steigt das Risiko von Blasenentleerungsstörungen und Harnwegsinfektionen. In einer Arbeit von Park et al. (2016) finden sich zudem Hinweise auf ein speziell nach einer Neugeborenenbeschneidung gestörtes Längenwachstum des Penis. Selten kommen auch Todesfälle durch Beschneidungen vor (vergl. hierzu Schäfer et al. 2014, S. 119 f). Erfolgt die Beschneidung im Säuglingsalter können sich Schmerzen und postoperative Komplikationen auch negativ auf die frühe affektgesteuerte Abstimmung zwischen Mutter und Kind auswirken und beispielsweise das Stillen zumindest vorübergehend erschweren (Marshall et al. 1982) oder den Schlaf-Wach-Rhythmus beeinträchtigen (Anders et al. 1974). Die persistierende Einschreibung der mit der Neugeborenenbeschneidung verbundenen Schmerzen in das präverbale körperliche Schmerzgedächtnis des Kindes wurde bereits erwähnt (Taddio et al 1997). Erfolgt die Beschneidung später im Vorschulalter können sich auf die Integrität des Genitales bezogene Ängste in Form psychischer Symptome oder kindlicher Verhaltensauffälligkeiten bis hin zu posttraumatischen Störungsbildern

auswirken (Cansever 1965, Ozturk 1973, Ramos und Boyle 2001, Aydur et al. 2007, Boyle und Ramos 2019). Darüber hinaus können auch Erwachsene seelisch an den Spätfolgen ihrer kindheitlich erlittenen Beschneidung leiden (Bollinger und van Howe 2011, Frisch und Simonsen 2015, Boyle et al 2002), wie auch im anfangs erwähnten Fallbeispiel oder an entsprechenden Schilderungen leidvoll betroffener Erwachsener (Bergner 2016) deutlich wird. Miani et al. (2000) fanden in einer kontrollierten Querschnittbefragung neonatal zirkumzidierte Männer bei diesen gegenüber einer nicht zirkumzidierten Kontrollgruppe einen Bindungsstil mit signifikant höherer Ausprägung von Angst und Vermeidung, eine verringerte emotionale Stabilität, ein verändertes Erleben und Verhalten in Bezug auf Sexualität (vermehrte sexuelle Bedürftigkeit und Sexualpartner) sowie erhöhte Werte für Stresserleben und Sensation-Seeking.

Über diese möglichen Komplikationen müssen Eltern vor einer Beschneidung aufgeklärt und der medizinische Befund dokumentiert werden. Erfolgt dies – wie es häufig der Fall ist – nicht, stellt das auch im Fall der medizinisch nicht indizierten Beschneidung einen Verstoß gegen die in BGB § 1631d geforderten »Regeln der ärztlichen Kunst« dar.

### **Die Beschneidung in religiösen Kontexten**

Die jüdische Tradition der Beschneidung des neugeborenen Kindes am achten Lebenstag hat für die Einschreibung in das implizite körperliche Schmerz- und Angstgedächtnis andere entwicklungspsychologische Konsequenzen als die Beschneidung von Jungen im Alter von etwa fünf bis sieben Jahren, wie sie in weiten Bereichen des Islam praktiziert wird. Das Kind im Vorschulalter verfügt über eine schon differenziertere Wahrnehmung von Beziehungen, Fakten und Vorgängen in seiner Umgebung. Andererseits ist es aber noch bestimmt von kindlich-triebhaften Phantasien und Projektionen, Grandiosität, magischem Denken und archaischen Ängsten. Es ist deshalb auf den empathischen affektregulativen Schutz durch Sicherheit gebende erwachsene elterliche Bezugspersonen angewiesen. Gegenüber aggressiven Zumutungen und Übergriffen – gerade durch diese Bezugspersonen – ist das Kind immer ein ohnmächtiges und passives Opfer, da sich Kinder aus Loyalität auch an neurotische Bedürfnisse oder destruktive Verhaltensweisen ihrer Eltern anpassen, um die lebensnotwendige Beziehung zu ihren Bezugspersonen nicht zu gefährden.

Kinder lassen aus Bindungstreue fast alles, bis hin zu inzestuösem Missbrauch, mit sich machen, wenn es ihre Bezugspersonen von ihnen fordern. Ihnen zuliebe simulieren Kinder sogar noch Zustimmung zum Schrecklichen, wenn sie bemerken, dass ihre Bezugspersonen ihnen auch diese noch abverlangen. Ihre Einsamkeit ist dann unvorstellbar. Diese Zusammenhänge sind grundsätzlich auch bedeutsam für das traumatische Erleben der eigenen Beschneidung auf dem Höhepunkt der von Ängsten um das eigene Genitale bestimmten Konsolidierungsphase der sexuellen Identitätsentwicklung des Jungen.

Die Zurüstung von Jungen im Vorschulalter für das islamische Beschneidungsfest besteht zuweilen in ihrer demonstrativ überbetonten Ausstaffierung mit phallisch-patriarchalischen Attributen. Die Jungen treten entweder einzeln oder auch in Gruppen während dieser von der Familie oder Gemeinde oft festlich ausgestalteten Zeremonie auf – manchmal als kleine Sultane, Generäle oder soldatische Kämpfer mit entsprechender Bewaffnung verkleidet. Der Gewaltaspekt unterliegt dabei wiederum einer weitgehenden Verleugnung. Er wird kleingeredet und rationalisiert als Männlichkeitsritus. Den Jungen werden große Geschenke versprochen und es wird ihnen völlig kontrafaktisch zugesagt, dass sie nun zu einem richtigen Mann werden würden. Manche Kinder erfahren aber überhaupt nicht, was ihnen bevorsteht. Und wenn sie es erfahren, verstehen sie die Gründe genauso wenig wie die Erwachsenen. Die Festgemeinde der Erwachsenen begleitet den Vorgang gelegentlich auch noch mit einer eindrucksvollen Kulisse aus Freudengesängen und Tänzen, deren manipulativer Macht sich ein Kind im Vorschulalter nicht entziehen kann. Aber auch bei der islamischen Beschneidung handelt es sich um eine durch traditionelle Forderungen motivierte rituelle Veranstaltung letztlich zur Befriedigung der Bedürfnisse von Erwachsenen auf Kosten des Kindes. Viele Jungen spüren, dass sie hier mitspielen müssen, um die bewussten und unbewussten Wünsche der Erwachsenen zu erfüllen. Die genitale Beschneidung des Jungen auf dem Höhepunkt der infantilen Sexualentwicklung bringt besondere Entwicklungsrisiken mit sich. Im Alter von etwa fünf Jahren erreichen die auf die Mutter und den eigenen Penis lustvoll zentrierte infantile Sexualität des Jungen und die damit verbundenen Ängste um sein Genitale ihren Höhepunkt. Dazu wird in patriarchalisch geprägten Kulturen der Junge von Müttern in bevorzugter Weise erwartet und geliebt, er ist für das Selbstwertgefühl der Mutter deshalb auch hoch bedeutsam. Diese durch die patriarchalische Idealisierung des Jungen verstärkten frühen zärtlichen Gefühle für die Mutter werden durch die

traumatische Beschneidung abrupt beschädigt, was aus Sicht des Jungen wie eine schwere Bestrafung oder Enttäuschung erlebt werden kann. Lässt die Mutter also trotz dieser wechselseitig idealisierenden Liebesbeziehung die Beschneidung des ödipal verliebten Jungen zu, kann dies von ihm als abgrundtiefer weiblicher Verrat erlebt werden: »Erst verführt sie mich und dann liefert sie mich der Beschneidung / Kastration aus.«

So erlebte es auch der eingangs geschilderte Patient. Diese einschneidende Erfahrung und die nach diesem abrupten Bruch auf die geliebte (und verräterische) Mutter gerichtete Enttäuschungswut bewirkt sicher nicht selten später tiefgreifende Ängste vor einer unkontrollierbar erscheinenden Weiblichkeit und einer unverhüllten, wieder gefährlich verführerischen und selbstbestimmten weiblichen Sexualität.

Durch die von den Eltern des Kindes gewollte und dann auch noch real vollzogene Beschneidung kann es zur Internalisierung der Gewalt kommen, gefolgt von der trotzig Unterordnung unter die bedrohliche väterliche Autorität und zu einer tiefen Enttäuschung am Verrat der Mutter. Schließlich resultiert als Ausweg eine prononcierte Identifikation mit den aggressiven und maskulin-patriarchalischen Aspekten der männlichen Rolle und Ehre, verbunden mit den entsprechenden latenten Ängsten hinsichtlich deren Gefährdung. Die Identifikation mit dem schneidenden väterlichen Aggressor kann sich auch in der Ausbildung eines hochkränklichen männlichen Ehrbegriffes niederschlagen, der im späteren Leben insbesondere bei impliziter (erneuter) Bedrohung der eigenen Männlichkeit eine heftige, auch aggressiv-narzisstische Stabilisierungsreaktion bewirken kann, um so die Wiederbewusstwerdung eigener realtraumatisch erlittener Kastrationsängste abzuwehren. Handeln im Tätermodus erspart dann das Erinnern im Opfermodus.

Aus tiefenpsychologischer Sicht erscheint die im fundamentalistischen Islam bis heute propagierte Trias aus maskulin-phallischer Demonstration, rigider Kontrolle der weiblichen Sexualität und dem Interesse an verstümmelnden und schneidenden Strafmaßnahmen jedenfalls als bemerkenswert.

Religion kann aber in demokratisch-menschenrechtlich und säkular verfassten Staaten nicht auf Dauer ein Freibrief zur Anwendung von ritueller Gewalt gegenüber Kindern sein. Das Grundrecht der Religionsfreiheit muss langfristig in Deutschland an der Körpergrenze von Kindern enden und deren Recht auf negative Religionsfreiheit außerhalb der Traditionen ihrer Eltern einschließen. Klar ist: Der gewaltfreie Umgang mit Kindern ist zentral für die Entwicklung sich zivilisierender und empathiefähiger

Gesellschaften. Frühkindlich erlittene Gewalt verletzt ein Leben lang und führt oft zu neuer Gewalt. Wenn wir neue Männer haben wollen, müssen die alten aufhören, die jungen zu beschädigen. Der staatlich garantierte Schutz der genitalen Sphäre kann nicht nur exklusiv den Mädchen zugutekommen. Bei der Jungenbeschneidung hat der deutsche Gesetzgeber jedoch bisher gründlich versagt. Die endlich erfolgte Abschaffung des elterlichen Züchtigungsrechtes in Deutschland im Jahr 2000 – übrigens gegen den erheblichen Widerstand zahlreicher Parlamentarier des Bundestages – ist jedoch ein großartiges Beispiel dafür, dass das Recht von Kindern auf eine gewaltfreie Erziehung gegen jahrtausendealte - übrigens ebenfalls biblisch begründete - Traditionen durchgesetzt werden kann, wenn die Zeit reif dafür ist.

Natürlich ist das Thema angesichts der entsetzlichen historischen Abgründe des Antisemitismus und des Holocaust gerade in Deutschland hochbelastet. Auch deshalb ist der Blick vieler deutscher Politikerinnen und Politiker auf die problematischen und leidvollen Aspekte der Beschneidung verhangen. 2012 nach dem berühmten Kölner Urteil, wurden die Kritiker samt der leidvoll betroffenen Beschneidungsoffer von der Bundeskanzlerin als »Komiker« abgetan. Höchste Repräsentanten staatlicher Verfassungsorgane sahen sie in der Nähe zu einem »Vulgärrationalismus«. Ein trotz zahlreicher Skandale immer noch prominenter Angehöriger der Grünen, der es in der Vergangenheit schon schwer hatte, sich auf die Seite pädosexuell missbrauchter Kinder zu stellen, bestritt im Bundestag – gegen alle Evidenz – die Möglichkeit beschneidungsbedingter gesundheitlicher Schädigungen und rückte Beschneidungskritiker sogar in die Nähe von Antisemiten. Und Deutschlands bekannteste Frauenrechtlerin befürwortete aus feministischer Sicht die Jungenbeschneidung mit schrecklichen Argumenten.

Eine Veränderung kann wohl am ehesten aus der Gruppe der Praktizierenden erwachsen. Aufgrund der geschilderten Zusammenhänge entzieht sich das Ritual aber weitgehend der kritischen Reflexion, es wird zum Tabu, an dem das Nachfühlen, aber auch zuweilen das Nachdenken erlischt. Die Ängste, die mit dem Aufgeben oder der kindgerechten Transformation des Rituals verbunden sind, sind jedenfalls überaus groß. Für die destruktive kulturelle Tiefenwirkung und die individuell möglichen sexualneurotischen Ausformungen dieser kollektiven Gewalterfahrung besteht weithin kein intellektuelles Bewusstsein. Man wagt nicht, zu wissen, und duckt sich vor der Wucht und der ausagierten Aggressivität radikalreligiöser Phantasmen. Kritiker werden verfolgt, bedroht und diffamiert.

Es bleibt zu hoffen, dass endlich eine kritische Diskussion innerhalb der islamischen Gemeinden über die Ursachen und Folgen von Gewalt (Mönninger 2006) unter der Perspektive einer kindgerechten, einfühlsamen Lösung der Beschneidungsproblematik beginnt. Ein Beispiel geben die mutigen Beiträge von Necla Kelek (2006; 2012), auch zu den deformierenden Aspekten der patriarchalisch-traditionellen Sozialisation. Es existiert im Islam keine verbindliche Festlegung des Zeitpunktes wie im Judentum. Die symbolische Beschneidung des Jungen und die Verschiebung des Zeitpunktes der Beschneidung bis zur Volljährigkeit könnten also diskutiert werden. Im Interesse des Kindes und seines Rechtes auf eine unbeschädigte körperliche Integrität und Sexualität wären der gänzliche Verzicht auch auf die männliche Genitalbeschneidung im Kindesalter und die freie Entscheidung des Erwachsenen sicherlich die beste Variante.

Im jüdischen Bereich ist man vielleicht etwas weiter. Nicht nur der entschiedene Religionskritiker und Gründer der Psychoanalyse Sigmund Freud ersparte seinen Söhnen die Beschneidung. Auch der Wegbereiter des Staates Israel, Theodor Herzl, ließ seinen Sohn Hans nicht beschneiden. Abraham Geiger, prominenter Vertreter des Reformjudentums in Deutschland, bezeichnete Mitte des 19. Jahrhunderts die Beschneidung als einen »barbarischen blutigen Akt«. Man sollte – so formuliert es heute auch der jüdische, in Wien arbeitende Kulturwissenschaftler Jérôme Segal (2014) – Jungenbabys nicht mehr mit dem Messer begrüßen. Und manche jüdischen Eltern wagen die kritische Frage: »Was tue ich da meinem Sohn eigentlich an? Sollte er nicht später selbst entscheiden dürfen, was er tun möchte?« So gewinnt die Bewegung Ben Schalem – das heißt intakter Sohn – in Israel langsam aber stetig Zulauf. Mittlerweile verweigern in Israel etwa zwei Prozent der Eltern die Beschneidung. Sie feiern für ihr Jungenbaby ein Begrüßungsfest – den Brit Shalom – ohne Beschneidung. Und in Haaretz erschien am 23.8.2017 ein Gastbeitrag von Rani Kasher, in dem kritisiert wurde, dass die Debatten in Europa zur Jungenbeschneidung zu einseitig durch religiöse Interessenvertretungen bestimmt würden (<http://www.haaretz.com/opinion/.premium-1.808557>).

### **Ausblick**

Der jetzige „Beschneidungserlaubnisparagraf“ § 1631d BGB wurde 2012 unter enormem Druck religiöser Lobbygruppen durchs Parlament des Deutschen Bundestages gedrückt. Dabei wurde explizit verhindert, in der Sitzung des

Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages auch leidvoll betroffene Beschneidungsoffer zu Wort kommen zu lassen. Erlaubt ist nun seit zehn Jahren die Beschneidung des nicht einsichts- und urteilsfähigen männlichen Kindes aus jeglichem Grund. Die medizinische Fachkunde des Durchführenden, Fragen der Befunddokumentation, der Aufklärung und der meistens nicht erfolgenden Schmerzbetäubung<sup>7</sup> blieben auf der Strecke. Jungen können jetzt auf Wunsch der Eltern auch aus anderen als religiösen Gründen sowie gegen ihren offensichtlichen Willen beschnitten werden. Der Verfassungsrechtler Reinhard Merkel kritisiert, dass Eltern heute in Deutschland ihren Jungen nicht mehr schlagen dürfen, um seine Selbstbefriedigung zu unterbinden. Sie dürfen ihn aber straflos beschneiden lassen, um dieses Ziel zu erreichen. Derzeit zeigt keine der in der Deutschen Bundesregierung vertretenen Parteien Bereitschaft, sich mit den Folgen dieser die Opfer beschämenden Gesetzgebung für die einzig davon Betroffenen – die Jungen – auseinanderzusetzen. In den dafür zuständigen Ministerien werden darauf abzielende Initiativen betroffener Beschneidungsoffer zurückgewiesen, sogar wenn es nur um eine Evaluation der Gesetzesfolgen geht.

Demgegenüber verabschiedete die Parlamentarische Versammlung des Europarates 2013 auf Initiative der SPD-Politikerin Marianne Ruprecht eine Resolution gegen die Beschneidung. Ein ermutigendes Beispiel geben auch die Erklärungen der sexualtherapeutischen Fachverbände Skandinaviens, die die Jungenbeschneidung klar ablehnen. Auch eine Initiative isländischer Parlamentarier, die Beschneidung von Jungen ebenso unter Strafe zu stellen wie die von Mädchen, zeigt das wachsende kritische Potenzial in der Durchsetzung der Kinderrechte auf körperliche Unversehrtheit. Dass dies religiösen Hardlinern nicht gefällt, liegt auf der Hand. Es bleibt zu hoffen, dass sich die Beschneidungsoffer weiter formieren, öffentlich einmischen, Gehör bei Politikerinnen und Politikern finden und eines Tages auch zu rechtlichen Mitteln greifen, um die Kompensation des erfahrenen Leides auch haftungsmäßig durchzusetzen. Rechtlich gesehen handelt es sich bei der Beschneidung jedenfalls um eine Körperverletzung, bei Minderjährigen mit potenziell

---

<sup>7</sup> Nach derzeitigem Forschungsstand existiert kein hinreichend sicheres und wirksames Verfahren zur Bekämpfung der enormen Schmerzen bei der Beschneidung von Jungen, abgesehen von einer Vollnarkose. Diese darf aber nur bei vorliegender medizinischer Indikation und von einem Arzt durchgeführt werden. In der Praxis erfolgt die Beschneidung daher – häufig durch Nichtärzte – nicht nach den Regeln der ärztlichen Kunst, ohne Befunddokumentation und auch nicht nach den Vorgaben des Ethikrates. Diese traurige Befundlage wurde von renommierten Juristen in zahlreichen Stellungnahmen kritisiert, z. B.: <https://www.giordano-bruno-stiftung.de/meldung/eschelbach-franz-scheinfeld-beschneidung>.

bedrohlichen medizinischen Komplikationen (Putzke 2008; Stehr et al. 2008; Herzberg 2009).

Das Kölner Urteil von 2012 signalisierte den männlichen Beschneidungsopfern zum ersten Mal, in der Öffentlichkeit gehört zu werden. Es ist – zumal in Deutschland – relativ selten, dass die empathische Avantgarde im Bereich der Jurisdiktion lokalisierbar ist. Hier war das aber offensichtlich der Fall. Anschließend<sup>8</sup> an dieses international für Aufsehen sorgende Urteil kam es zunehmend und kontinuierlich zu Solidaritätsbekundungen und Kooperationen zum Beispiel durch Frauenrechtsorganisationen wie TERRE DES FEMMES, (I)NTACT, TABU sowie durch pädiatrische Verbände und medizinische Fachgesellschaften. Die Kritik von Frauenverbänden an der Jungenbeschneidung erfolgte auch aus der nicht unberechtigten Sorge, dass die gesetzliche Erlaubnis der Jungenbeschneidung zu rückschrittlichen Forderungen nach einer Gleichbehandlung von Mädchen im Sinne traditioneller Beschneidungsbefürworter führen könnten.

Während die Verletzung der Genitalien von Mädchen momentan im Zusammenhang mit der Ankunft vieler Menschen aus entsprechenden Kulturen thematisiert wird, bleibt das, was Jungen an Verletzungen zugefügt wird, weiter tabuisiert. So wird männlichen Betroffenen signalisiert, dass ihre Rechte weniger zählen, dass man ihretwegen nicht bereit ist, sich schwierigen gesellschaftlichen Debatten zu stellen. Das Wegschauen und Verschweigen wird in den Printmedien mittlerweile gelegentlich durchbrochen. Es existiert Fachliteratur und es finden sich zunehmend erschütternde Fallberichte in der Betroffenenliteratur (Bergner 2016; Franz 2014). Leider aber besteht weithin eine Unkultur des Wegschauens, was das alltägliche, durchaus auch ärztlich dokumentierte Leid von Jungen in Deutschland angeht. Dabei würde schon eine einfache Recherche in einer kinderchirurgischen Krankenhausabteilung ausreichen, um von den zahlreichen (allein in Deutschland ca. 400 pro Jahr) notwendigen Nachoperationen beschneidungstraumatisierter Jungen berichten zu können (vgl. Zöller et al. 2014).

Am 8. Mai 2017 richtete das Klinische Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsklinik Düsseldorf zusammen mit der Sektion Kinder- und Jugendpsychosomatik der DGPM und der Betroffenenorganisation MOGiS e.V. als Praxispartner die wissenschaftliche Fachtagung »Jungenbeschneidung in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme« aus. Religiöse Gruppierungen versuchten

---

<sup>8</sup> Für Hinweise auf die Reaktionen von Verbänden und Organisationen auf das Kölner Beschneidungsurteil von 2012 danke ich Viktor Schiering von Mogis

diesen wissenschaftlichen Kongress mittels erbitterter Diffamierungen und massiver Gewaltandrohungen zu verhindern und erreichten sogar, dass einzelne, rein empirische Studien von Wissenschaftlern nicht als Tagungsbeiträge eingebracht werden konnten. Dieser universitäre, von der zuständigen Ärztekammer Nordrhein als Fortbildungstagung zertifizierte Kongress, fand aufgrund des Themas sowie der Referentinnen und Referenten nationale und internationale Beachtung und löste unter Fachleuten eine weit überwiegend positive Resonanz aus. Der Kongress hat Abschlussforderungen an die verantwortliche Politik formuliert (<http://www.jungenbeschneidung.de/material/Abschlussforderungen.pdf>).

Die deutschen pädiatrischen Fachverbände treten kontinuierlich für das Recht von Jungen auf genitale Unversehrtheit ein und sind sehr aktiv um Aufklärung bemüht, um die in Deutschland im internationalen Vergleich viel zu häufigen Vorhautamputationen aufgrund nur vorgeblicher kindlicher Phimosen zu reduzieren. Unter Leitung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie und der Beteiligung weiterer medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften wurde am 15.09.2017 die AWMF–S2k-Leitlinie Phimose und Paraphimose verabschiedet und im Dezember 2021 aktualisiert. Diese Leitlinie setzt neue Standards zur medizinischen Indikationsstellung und Durchführung der Beschneidung und wird Beschneidungen ohne medizinische Indikationen und Standards entgegenwirken.

Demgegenüber verharren psychoanalytische und psychotherapeutische Fachgesellschaften in Deutschland in beklommener Ratlosigkeit und Schweigen, obwohl gerade sie am besten wissen, wie beeinträchtigend sich kindheitlich erlittene Gewalt lebenslang auswirkt. Ausgerechnet bei der Erstellung der S3-Leitlinie zum Kinderschutz lehnten die Verantwortlichen die Thematisierung der medizinisch nicht indizierten Jungenbeschneidung ab.

Der Schutz kindlicher Genitalien gehört aber zu den Entwicklungsaufgaben einer sich in Richtung empathischer Vernunft und Gewaltfreiheit zivilisierenden Gesellschaft. Hier können Ärztinnen und Ärzte mit einer klaren Haltung einen wichtigen Beitrag liefern. Sie sollten ihre erwachsenen Patienten routinemäßig nach kindheitlich vorgenommenen Beschneidungen sowie eventuellen Komplikationen und deren Verarbeitung fragen. Sie sollten keine abrechnungsrelevanten Gefälligkeitsdiagnosen stellen und ohne medizinische Indikation nicht beschneiden. Und sie sollten ihre Patienten vor einer Beschneidung umfassend aufklären und dies auch dokumentieren. Alles andere ist unärztlich und ethisch dubios. Die aus nicht medizinischen Gründen

vorgenommene Beschneidung vermittelt dem Jungen letztlich: „So wie Du bist, bist Du nicht in Ordnung. Sei so, wie Deine Eltern sind und wie sie Dich brauchen. Und hör auf darüber nachzudenken, ob das alles wirklich Deinen Interessen dient.“ Dass Nachdenken dann auch später Angst macht, macht die Auseinandersetzung mit verletzenden Bräuchen und Ritualen wie der Kindesbeschneidung und deren Überwindung zu einem langwierigen zivilisatorischen Projekt, das möglicherweise gerade erst begonnen hat. Hierzu müssten auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten noch wahrnehmbarer beitragen.

## Literatur

- Alanis, M. C. & Lucidi, R. S. (2004). Neonatal circumcision: A review of the world's oldest and most controversial operation. *Obstetrical & Gynecological Survey* 59(5), 379–395. DOI 10.1097/00006254-200405000-00026.
- American Academy of Pediatrics (AAP) (2012). Technical report: Male Circumcision. *Pediatrics* 130, e757–e785. Abrufbar unter: <http://pediatrics.aappublications.org/content/130/3/e756.full> (zuletzt geprüft am 13.03.2017).
- Anders, T. F. & Chalemian, R. J. (1974). The effects of circumcision on sleep-wake states in human neonates. *Psychosom Med* 36, 174–179. DOI 10.1097/00006842-197403000-00009.
- Auvert, B., Taljaard, D., Lagarde, E., Sobngwi-Tambekou, J., Sitta, R. & Puren, A. (2006). Randomized, Controlled Intervention Trial of Male Circumcision for Reduction of HIV Infection Risk: The ANRS 1265 Trial. *PLoS Medicine* 3(5), e298. DOI 10.1371/journal.pmed.0030226.
- Aydur E, Gungor S, Ceyhan ST, Taliimaz L, Baser I (2007). Effects of childhood circumcision age on adult male sexual functions. *Int J Impot Res.* 19(4):424-31.
- Bailey, R. C., Moses, S., Parker, C. B., Agot, K., Maclean, I., Krieger, J. N., Williams, C. F., Campbell, R.T. & Ndinya-Achola, J. O. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet* 369(9562), 643–656.
- Bergner, C. (2016). Ent-hüllt! Die Beschneidung von Jungen – Nur ein kleiner Schnitt? Betroffene packen aus über – Schmerzen – Verlust – Scham. Hamburg: Tredition.

- Bischof, N. (1973). Die biologischen Grundlagen des Inzesttabus. In: Reinert, G. (Hg.). Bericht über den 27. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Göttingen: Hogrefe, 115–142.
- Bischof, N. (2009). Psychologie: Ein Grundkurs für Anspruchsvolle. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bode S (2009): Die vergessene Generation: Die Kriegskinder brechen ihr Schweigen. Klett-Cotta
- Bollinger D, van Howe RS (2011). Alexithymia and circumcision trauma: a preliminary investigation. *International Journal of Men's Health* 10(2), 184-195
- Böwing G, Schmidt KUR, Schröder SG (2007): Erfüllen kriegstraumatisierte, gerontopsychiatrische Patienten die PTSD-Kriterien? *Psychiat Prax* 34: 1-7.
- Boyle GJ, Ramos S. Post-traumatic stress disorder (PTSD) among Filipino boys subjected to non-therapeutic ritual or medical surgical procedures: A retrospective cohort study. (2019). *Ann Med Surg (Lond)* 25;42:19-22.
- Boyle, G. J., Goldman, R., Svoboda, J. S. & Fernandez, E. (2002). Male circumcision: pain, trauma and psychosexual sequelae. *J Health Psychol* 7(3), 329 –343. DOI 10.1177/135910530200700310.
- Burkert, W. (1997). *Homo Necans. Interpretation altgriechischer Opferriten und Mythen*. Berlin: De Gruyter.
- Cansever G. (1965). Psychological effects of circumcision. *Br J Med Psychol*. 38(4):321-31.
- Duke, N. N., Pettingell, S. L., McMorris, B. J. & Borowsky, I. W. (2010). Adolescent Violence Perpetration: Associations With Multiple Types of Adverse Childhood Experiences. *Pediatrics* 125(4), e778 –786. DOI 10.1542/peds.2009-0597.
- Eckert, K., Janssen, N., Franz, M., & Liedgens, P. (2017). Die nicht-retrahierbare Vorhaut bei beschwerdefreien Jungen. *Urologe* 56(3), 351–357.
- Ewers HH, Mikota J, Reulecke J, Zinnecker J (Hrsg.) (2006): *Erinnerungen an Kriegskindheiten: Erfahrungsräume, Erinnerungskultur und Geschichtspolitik unter sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive*. Juventa
- Fang, F., Keating, N. L., Mucci, L. A., Adami, H. O., Stampfer, M. J., Valdimarsdóttir, U. & Fall, K. (2010). Immediate risk of suicide and cardiovascular death after a prostate cancer diagnosis: cohort study in the United States. *J National Cancer Institute* 102, 307–314. DOI 10.1093/jnci/djp537.

- Franz M (2006): Die biografische Langzeitwirkung kriegsbedingter Vaterlosigkeit. Befunde aus der Mannheimer Kohortenstudie. In: Janus L (Hrsg.): Geboren im Krieg. Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 69 - 84
- Franz M (2018): Die Jungenbeschneidung aus der Sicht des Sozialwissenschaftlers Heinz-Jürgen Voß. *Psychoanalytische Familientherapie* 37:107-114
- Franz M, Hardt J, Brähler E (2007): Vaterlos: Langzeitfolgen des Aufwachsens ohne Vater im zweiten Weltkrieg. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 53(3): 216-227
- Franz M, Lieberz K, Schepank H (Hrsg.) (2000): Seelische Gesundheit und neurotisches Elend. Der Langzeitverlauf in der Bevölkerung. Springer, Wien
- Franz M, Lieberz K, Schmitz N, Schepank H (1999a): An decade of spontaneous long-term course of psychogenic impairment in a community population sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34: 651-656
- Franz M, Lieberz K, Schmitz N, Schepank H (1999b): Wenn der Vater fehlt. Epidemiologische Befunde zur Bedeutung früher Abwesenheit für die psychische Gesundheit im späteren Leben. *Zsch psychosom Med* 45:113-127
- Franz, M. (2014). Beschneidung ohne Ende? In: Franz, M. (Hg.). Die Beschneidung von Jungen. Ein trauriges Vermächtnis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 130 –189. DOI 10.13109/9783666404559.130.
- Frisch M, Simonsen J. (2015). Ritual circumcision and risk of autism spectrum disorder in 0- to 9-year-old boys: national cohort study in Denmark. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 108(7), 266-279.
- Frisch, M., Aigrain Y., Barauskas, V., Bjarnason, R., Boddy, S. A., Czauderna, P., de Gier, R. P., de Jong T. P., Fasching, G., Fetter, W., Gahr, M., Graugaard, C., Greisen, G., Gunnarsdottir, A., Hartmann, W., Havranek, P., Hitchcock, R., Huddart, S., Janson, S., Jaszczak, P., Kupferschmid, C., Lahdes-Vasama, T., Lindahl, H., Macdonald, N., Markes-tad, T., Märtson, M., Nordhov, S. M., Pälve, H., Petersons, A., Quinn, F., Qvist, N., Rosmundsson, T., Saxen, H., Söder, O., Stehr, M., von Lowenich, V. C., Wallander, J. & Wijnen, R. (2013). Cultural Bias in the AAP's 2012 Technical Report and Policy Statement on Male Circumcision. *Pediatrics*. 131(4), 796 – 800. DOI 10.1542/peds.2012-2896.
- Frisch, M., Lindholm, M. & Grønbaek, M. (2011). Male circumcision and sexual function in men and women: a survey-based, cross-sectional study in Denmark. *Int J Epidemiol* 40, 1367–1381. DOI 10.1093/ije/dyr104.

- Gray, R. H., Kigozi, G., Serwadda, D., Makumbi, F., Watya, S., Nalugoda, F., Kiwanuka, N., Moulton, L. H., Chaudhary, M. A., Chen, M. Z., Sewankambo, N. K., Wabwire-Mangen, F., Bacon, M. C., Williams, C. F., Opendi, P., Reynolds, S. J., Laeyendecker, O., Quinn, T. C. & Wawer, M. J. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet* 369(9562), 657–666. DOI 10.1016/S0140-6736(07)60313-4.
- Grundmann M, Hoffmeister D, Knoth S (Hg.) (2009): *Kriegskinder in Deutschland zwischen Trauma und Normalität*. Ankündigung. *Botschaften einer beschädigten Generation. Münsteraner Schriften zur Soziologie*, Bd. 3
- Hallett, T. B., Baeten, J. M., Heffron, R., Barnabas, R., de Bruyn, G., Cremin, Í., Delany, S., Garnett, G. P., Gray, G., Johnson, L., McIntyre, J., Rees, H. & Celum, C. (2011). Optimal Uses of Antiretrovirals for Prevention in HIV-1 Serodiscordant Heterosexual Couples in South Africa: A Modelling Study. *PLoS Medicine* 8(11), e1001123. DOI 10.1371/journal.pmed.1001123.
- Herzberg, R. D. (2009). Rechtliche Probleme der rituellen Beschneidung. *JuristenZeitung (JZ)* 7, 332–339.
- Hirsch M (2011): Pseudo-ödipales Dreieck – ein häufiges Muster männlicher Sozialisation. In: Franz M, Karger A (Hrsg.): *Neue Männer – muss das sein?* Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, S. 171-189
- Janus L (Hrsg.)(2006): *Geboren im Krieg*. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Jones, L., Fabrizi, L., Laudiano-Dray, M., Whitehead, K., Meek, J., Verriotis, M. & Fitzgerald, M. (2017). Nociceptive Cortical Activity Is Dissociated from Nociceptive Behavior in Newborn Human Infants under Stress. *Curr Biol* 27, 3846 –3851. DOI 10.1016/j.cub.2017.10.063.
- Joudi, M., Fathi, M., & Hiradfar, M. (2011). Incidence of asymptomatic meatal stenosis in children following neonatal circumcision. *J Pediatr Urol* 7(5), 526 –528.
- Kelek, N. (2006). *Die verlorenen Söhne. Plädoyer für die Befreiung des türkisch-muslimischen Mannes*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Kelek, N. (2012). Akt der Unterwerfung. *Der Spiegel*, 51, S. 74–75. Abrufbar unter: <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-90157564.html> (zuletzt geprüft am 13.03.2017)
- Kellogg, J. H. (1877). *Plain facts for old and young: embracing the natural history and hygiene of organic life*. Abrufbar unter: <http://web.archive.org/web/20081005104925/>

- <http://etext.lib.virginia.edu/toc/modeng/public/KeIPlai.html> (zuletzt geprüft am 13.03.2017).
- Kim, D., & Pang, M. G. (2007). The effect of male circumcision on sexuality. *BJU international* 99(3), 619 – 622. DOI 10.1111/j.1464-410X.2006.06646.x.
- Kupferschmid, C. (2014). Die Beschneidung von Knaben aus kinder- und jugendärztlicher Sicht. In: Franz, M. (Hg.). *Die Beschneidung von Jungen. Ein trauriges Vermächtnis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 82–108. DOI 10.13109/9783666404559.82.
- Marshall, R. E., Porter, F. L., Rogers, A. G., Moore, J., Anderson, B. & Boxerman, S. B. (1982). Circumcision II: effects upon mother-infant interaction. *Early Hum Dev* 7, 367–374. DOI 10.1016/0378-3782(82)90038-X.
- Miani A, Di Bernardo GA, Højgaard AD, Earp BD, Zak PJ, Landau AM, Hoppe J, Winterdahl M (2020). Neonatal male circumcision is associated with altered adult socio-affective processing. *Heliyon*. 26;6(11):e05566.
- Mönninger, M. (2006). Interview mit Abdelwahab Meddeb. »Dem Islam ist die Gewalt in die Wiege gelegt.« Ein Gespräch mit dem französischen Schriftsteller Abdelwahab Meddeb über die Quellen des Fanatismus und die überfällige Neuinterpretation des Korans. *Die Zeit*, 39, vom 21.09.2006.
- O'Hara, K. & O'Hara, J. (1999). The effect of male circumci- sion on sexual enjoyment of female partner. *BJU Int* 83 (1),79 – 84. DOI 10.1046/j.1464-410x.1999.0830s1079.x.
- Ozturk O M (1973). Ritual circumcision and castration anxiety. *Psychiatry*. 36(1):49-60.
- Park, J. K., Doo, A. R., Kim, J. H., Park, H. S., Do, J. M., Choi, H., Park S.C., Kim M.K., Jeong Y.B., Kim H.J., Kim Y.G. & Shin Y.S. (2016). Prospective investigation of penile length with newborn male circumcision and second to fourth digit ratio. *Canadian Urol Assoc J* 10(9 –10). DOI 10.5489/cuaj.3590.
- Pieretti, R.V., Goldstein, A. M. & Pieretti-Vanmarcke, R. (2010). Late complications of newborn circumcision: a common and avoidable problem. *Pediat Surg Int* 26(5), 515–518. DOI 10.1007/s00383-010-2566-9.
- Putzke, H. (2008). Rechtliche Grenzen der Zirkumzision bei Minderjährigen. Zur Frage der Strafbarkeit des Operateurs nach § 223 des Strafgesetzbuches. *Medizinrecht* 26, 268 –272. DOI 10.1007/s00350-008-2165-0.
- Radebold H (2000): *Abwesende Väter*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

- Ramos, S. & Boyle, G. J. (2001). Ritual and Medical Circumcision among Filipino Boys. In: *Understanding Circumcision*. Springer, Boston, MA, 253–270. DOI 10.1007/978-1-4757-3351-8\_14.
- Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Pædiatrica* 97,153–158
- Schäfer, M. & Stehr, M. (2014). Zur medizinischen Tragweite einer Beschneidung. In: Franz, M. (Hg.). *Die Beschneidung von Jungen. Ein trauriges Vermächtnis*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 111–131. DOI 10.13109/9783666404559.109.
- Schepank H (Hrsg.) (1987): *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim*. Springer, Heidelberg
- Schepank H (Hrsg.) (1990): *Verläufe*. Springer, Heidelberg
- Segal, J. (2014). Die Beschneidung aus jüdisch-humanistischer Perspektive. In: Franz, M. (Hg.). *Die Beschneidung von Jungen. Ein trauriges Vermächtnis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 211–227. DOI 10.13109/9783666404559.211.
- Siegfried, N., Muller, M., Deeks, J. J. & Volmink, J. (2009). Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD003362. DOI 10.1002/14651858.CD003362.pub2.
- Sorrells, L., Snyder, J. L., Reiss, M. D. et al. (2007). Fine-touch pressure thresholds in the adult penis. *Brit J Urol Int* 99, 864– 869. DOI 10.1111/j.1464-410X.2006.06685.x.
- Stehr, M., Schuster, T., Dietz, H. G., & Joppich, I. (2001). Die Zirkumzision - Kritik an der Routine. *Klinische Pädiatrie*, 213(02), 50-55.
- Stehr, M., Putzke, H. & Dietz, H.-G. (2008). Zirkumzision bei nicht einwilligungsfähigen Jungen: Strafrechtliche Konsequenzen auch bei religiöser Begründung. *Deutsches Ärzteblatt* 105(34–35), A-1778/B-1535/C-1503.
- Taddio, A., Katz, J., Ilersich, L. & Koren, G. (1997). Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *Lancet* 349 (9052), 599 – 603. DOI 10.1016/S0140-6736(96)10316-0.
- Terris, M., Wilson, F. & Nelson, J. H. (1973). Relation of circumcision to cancer of the cervix. *Am J Obstetrics Gynecol* 117(8), 1056 –1066.

- Thorup, J., Thorup, S. C. & Rasmussen Ifaoui, I. B.(2013). Complication rate after circumcision in a paediatric surgical setting should not be neglected. *Dan Med J* 60(8), A4681.
- Türcke, C. (2012). *Hyperaktiv! Kritik der Aufmerksamkeitsdefizitkultur*. München: Beck.
- van Howe, R. S. (2006). Incidence of meatal stenosis following neonatal circumcision in a primary care setting. *Clin Pediatr* 45(1), 49–54. DOI 10.1177/000992280604500108.
- Voß, H.-J. (2017). Beschneidung bei Jungen. In: Stiftung Männergesundheit (Hg.). *Sexualität von Männern. Dritter Deutscher Männergesundheitsbericht*. Psychosozial-Verlag, 113–126. DOI 10.30820/9783837973037-113.
- Zampieri, N., Pianezzola, E. & Zampieri, C. (2008). Male circumcision through the ages: the role of tradition. *Acta Paediatrica* 97, 1305–1307. DOI 10.1111/j.1651-2227.2008.00917.x.
- Zöller, C., Fernandez, G., Ludwikowski, B., Petersen, C., & Ure, B. (2014). Stationäre Behandlung bei Komplikationen nach männlicher Beschneidung: Retrospektive Analyse eines deutschen Referenzzentrums. In *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. 131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*. Berlin 25 (28.03.2014).