

---

Annette M. Stroß (Berlin)

## Zur Wirksamkeit ärztlicher Transitionsleistungen am Beispiel der Schwangerenbetreuung (Projektmitteilung)

---

Beginnen möchte ich meine Ausführungen mit einem Zitat aus einem mittlerweile zum Klassiker avancierten Buch: "Der Arzt, sein Patient und die Krankheit" von MICHAEL BALINT:

"In keinem Lehrbuch steht etwas über die Dosierung, in welcher der Arzt sich selbst verschreiben soll; nichts über Form und Häufigkeit, nichts über heilende oder erhaltende Dosen ...", so BALINT 1957 (S. 15).

Tatsächlich erscheint der Hinweis auf die vielfältigen Funktionen des Arztes spätestens seit BALINTs Studien über die psychologischen Probleme innerhalb der medizinischen Praxis heute beinahe als Allgemeinplatz. Gleichwohl ist der Alltag in Arztpraxen und Krankenhäusern - die ökonomischen Zwänge sind bekannt! - keineswegs geprägt vom Wissen um die vielfältigen Funktionen des Arztes. Sie beschreibt BALINT - etwas sentimental - wie folgt:

"Hauptsächlich infolge der Verstädterung haben große Bevölkerungsteile ihre Wurzeln und ihren Zusammenhalt verloren, die Großfamilie mit ihren intim verflochtenen Bindungen verschwindet, und der Mensch lebt mehr und mehr einzelt, ja einsam. Wenn ihn etwas bedrückt, so hat er kaum noch jemanden, an den er sich um Rat, um Trost oder auch nur um eine erleichternde Aussprache wenden kann. Er ist mehr und mehr auf seine eigenen Hilfsquellen angewiesen ... In solchen Notzuständen wachsender Spannung findet der betreffende Mensch dann mitunter den Weg zu seinem Arzt, um zu klagen ... [und] gerade in diesem Augenblick, in dieser ersten, noch 'unorganisierten' Phase der Krankheit kann die Kunst des Arztes, sich selbst zu verschreiben, von entscheidender Bedeutung sein." (BALINT 1957, S. 16f.)

Nun geht es mir im folgenden weniger um die hier dargebotene historische Analyse, als vielmehr um die - so bezeichnete - *Kunst* des Arztes, sich selbst zu verschreiben. Genauer gesagt: Es geht um die Analyse einer spezifischen nichtmedizinischen Funktion ärztlichen Handelns, um die Analyse der - hier zu erläuternden - *Transitionsfunktion*. Untersucht wird diese Funktion hier anhand eines ebenso spezifischen Bereichs, nämlich der ärztlichen Betreuung schwangerer Frauen.

Das Projekt, das ich in diesem Zusammenhang vorstellen möchte, ist am Arbeitsbereich Philosophie der Erziehung, Fachbereich 12 der Freien Universität Berlin entwickelt worden und befindet sich in weiten Teilen noch in der Entwicklungsphase<sup>1</sup>. Es untergliedert sich in einen theoretischen, hier im wesentlichen historisch-kulturvergleichenden, und einen empirischen Teil. Auf beide möchte ich in der hier gebotenen Kürze eingehen.

Um die dem Projekt zugrundeliegende Fragestellung zu verdeutlichen, habe ich verschiedene - theoretische - Zugänge gewählt, die die Gesamtthematik zumindest facettenartig zu beleuchten.

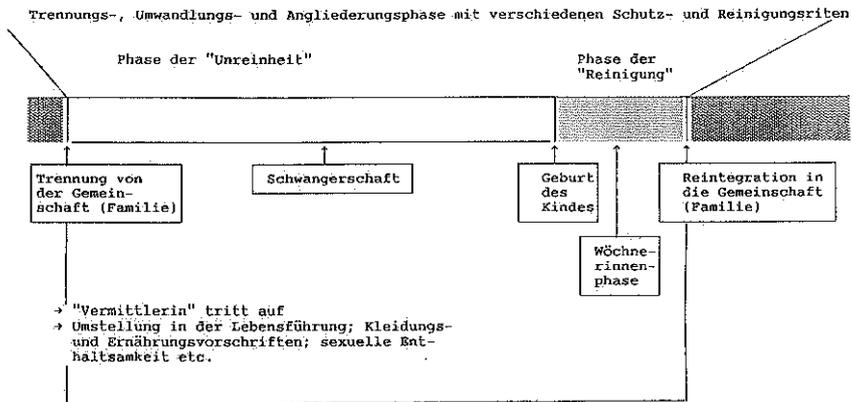
Tatsächlich reicht die Frage nach der Transitionsfunktion ärztlichen Handelns in verschiedene Wissenschaftsbereiche hinein, so etwa die Ethnologie, Psychologie und die Kulturtheorie. Im vorliegenden Fall scheint der interdisziplinäre Blick denn auch in besonderem Maße geeignet zu sein, einen komplexen Zugang zur Thematik zu gewährleisten. Gleichwohl muß ich mich für eine Darstellung in diesem Rahmen auf *einige* der möglichen und relevanten Aspekte beschränken. So möchte ich mich:

- aus ethnologischer Sicht dem Phänomen von Schwangerschaft und Geburt unter dem Aspekt der Überföhrungsriten widmen;
- aus sozialpsychologischer Sicht an die Definition von Schwangerschaft als "kritisches Lebensereignis" erinnern;
- und ich möchte schließlich aus einer kulturtheoretischen Perspektive den Zusammenhang zwischen dem bewußten Erleben von Lebensphasen und dem Umgang des Menschen mit seiner eigenen Sterblichkeit verdeutlichen.

### 1. Transition in ethnologischer Perspektive

In ethnologischen Zusammenhängen ist der Transitionsbegriff geläufig: Er meint hier die - in der Regel individuelle - Überföhrung von einer Lebensphase in eine andere, so zum Beispiel die Überföhrung des Jungen zum Mann in der sogenannten Pubertätstransition oder auch die Überföhrung von der schwangeren Frau zur Mutter. Solche und weitere Transitionen sind begleitet von verschiedenen Ritualen wie zum Beispiel der Exilierung des Betreffenden, also der vorübergehenden Ausschließung aus der Gemeinschaft; sie sind des weiteren begleitet von spezifischen Ver- und Geboten, etwa Nahrungsverböten, Kleidungsvorschriften und ähnlichem. Welche Teilaspekte eine solche Transition in Stammeskulturen beinhaltet, läßt sich am Beispiel einer - idealtypisierten - Schwangerschaftstransition demonstrieren (Abb. 1)

Idealtypisches Transitionsmodell;  
Schwangerschaft und Geburt



Wie man dem Schema entnehmen kann, untergliedern sich Schwangerschaft und Geburt in eine Trennungs-, eine Umwandlungs- und eine Angliederungsphase. Die Trennung von der Gemeinschaft, der Familie, manchmal auch von den männlichen Stammesmitgliedern findet in der Regel zwischen dem 3. und dem 5. Monat statt. Bei den Toda in Indien stellt sich dieser Ablauf z.B. wie folgt dar:

1. Mit Beginn einer Schwangerschaft darf eine Frau keine Dörfer oder heiligen Orte mehr betreten.
2. Im fünften Monat wird eine Zeremonie abgehalten, die 'Verlassen des Dorfs' genannt wird: die Schwangere zieht in eine besondere Hütte um und wird rituell von der Milchherstellung getrennt, einer sakralen Tätigkeit, die eine zentrale Rolle im sozialen Leben der Toda spielt.
3. Sie ruft zwei Gottheiten, Piri und Piri, an.
4. Sie verbrennt sich beide Hände an zwei Stellen.
5. Eine Zeremonie markiert das Verlassen der besonderen Hütte; die Schwangere trinkt heilige Milch.
6. Sie zieht in ihr Haus zurück und verbringt dort die Zeit bis zum siebten Monat ..." (GENNEP 1986, S. 48).

Im hier geschilderten Fall wird die Trennung von der Gemeinschaft also bereits vor der Geburt des Kindes wieder aufgehoben. Zwei oder drei Tage nach der Geburt des Kindes beginnt eine zweite Exilierung, diesmal unter Anwesenheit des Vaters:

" Während Mutter, Vater und Kind in der Seklusionshütte leben, sind sie von der *ichhil* genannten Unreinheit befallen ... Zeremonien werden ausgeführt, die sie vor dem bösen Geist *keirt* schützen sollen. Die Rückkehr zum normalen Leben vollziehen sie schließlich durch das Trinken heiliger Milch." (GENNEP 1986, S. 49)

Soweit zu diesem Beispiel. Im Fall der Separierung von der Gemeinschaft tritt zusätzlich häufig eine sog. Vermittlerin auf (so etwa bei den Fox, einem in Nordamerika ansässigen Indianerstamm; vgl. GENNEP 1986, S. 50). Nach der Geburt des Kindes erfolgt die allmähliche Reintegration der Mutter in die Gemeinschaft. Nur in Ausnahmefällen bleibt die Seklusion auch nach der Geburt noch für längere Zeit erhalten. So darf die Mutter, die Zwillinge geboren hat, etwa bei den Soko im Kongo ihre Hütte bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr der Kinder nicht verlassen; lediglich ihre Eltern haben das Recht, ihre Hütte zu betreten (vgl. GENNEP 1986, S. 52f.). Darüber hinaus gelten bestimmte Ernährungs- und Kleidungsregeln, die historisch auch für Nord- und Mitteleuropa nachweisbar sind, so z.B. in Frankreich im 18. Jahrhundert. In ärztlichen Ratgebern heißt es hierzu:

"Schwangere Frauen müssen sich des übermäßigen Gebrauchs 'scharfer und austrocknender' Speisen und Getränke enthalten, die 'das Blut melancholisch und dick' machen können." Ebenfalls gewarnt wird vor "'Salzkost' und stark gewürzten Speisen", weil "'eine schwangere Frau, die zu stark gesalzenes Fleisch isst, ein Kind ohne Nägel gebären wird, was ein Zeichen ist, daß es nicht lange leben wird.'" (GÉLIS 1989, S. 136)

Zur Leibpflege wird etwa das Tragen von Binden und Gürteln empfohlen (vgl. GÉLIS 1989, S. 133). "Andere treten dafür ein, die Kleider anders zu befestigen, ' indem man die Röcke an über die Schultern geführten Bändern festmacht ... Einig sind sich die Ärzte auch in ihrem Kampf gegen 'Schuhe mit hohen Absätzen, die den Körper aus dem Gleichgewicht bringen und zu Verspannungen führen'." (GÉLIS 1989, S. 133) usw.

Wenngleich die zuletzt genannten Vorschriften zunächst im Kontext einer sich entwickelnden naturwissenschaftlichen Medizin sowie der damals einsetzenden Hygienebewegung zu sehen sind, so beinhalten sie doch zugleich versteckte ritualische Funktionen, die der mentalen und sozialen Akzeptanz der Schwangerschaft dienen. Ethnologen haben in diesem Zusammenhang häufig auf die sinn- und sicherheitsstiftenden sowie integrativen Funktionen von Ritualen hingewiesen (vgl. z.B. PICKERING 1974).

## 2. Transition in der medizinischen Gesellschaft

Für das vorliegende Projekt - und ich werde mich im folgenden um eine grobe Verknüpfung zwischen empirisch relevanten Variablen und der theoretischen Fragestellung bemühen - läßt sich mithin als Ausgangsfrage formulieren, ob - und wenn ja: in welcher Form und in welchem Umfang - hochkomplexe Gesellschaften wie unsere noch über - möglicherweise ritualisierte - Umgangsformen und Praktiken verfügen, die den Übergang (oder die Transition) von der schwangeren Frau zur Mutter befördern. Denkbar sind verschiedene - z.T. prozessuale - Akte, die im Verlauf der Schwangerschaft die Möglichkeit einer Transition anzeigen. So kann etwa von Bedeutung sein:

- auf welchem Wege die Frau von ihrer Schwangerschaft erfährt;
- welche Institutionen und/oder Medien sie nutzt, um sich über Schwangerschaft und Geburt zu informieren;
- ob und in welchem Umfang sie sich in ärztliche Betreuung begibt; und schließlich:
- ob eine Haus- oder Klinikgeburt durchgeführt oder eine sonstige Alternative gewählt wird.

Diese Variablen sind wiederum unter dem Aspekt ihres transitorischen Charakters zu betrachten, und zwar:

- a) der fehlenden Transition (so z.B. im Fall der fehlenden "Exilierung" der Schwangeren durch eine Hausentbindung);
- b) der Selbsttransition (etwa im Falle eines selbst durchgeführten Schwangerschaftstests) oder
- c) der Transition durch Dritte (so z.B. im Fall der "Verkündigung" der Schwangerschaft durch den Arzt).

Im Bereich der Lebensereignisforschung werden Schwangerschaft und Geburt bereits seit längerem als ein sogenanntes kritisches Lebensereignis behandelt. Tatsächlich scheint diese Sichtweise geeignet, den ethnologischen Blick auf Schwangerschafts- und Geburtsrituale zu ergänzen. Und zwar aus folgenden Gründen:

Erstens wird der Lebenslauf hier gleichfalls nicht als linear, sondern vielmehr als durch Brüche gekennzeichnet betrachtet; zweitens wird davon ausgegangen, daß kritische Lebensereignisse Änderungen des Selbstkonzeptes nach sich ziehen (vgl. MUMMENDEY 1990) und daß der Variable "soziale Unterstützung" eine zentrale Bedeutung für die erfolgreiche Bewältigung des krisenhaften Ereignisses zukommt (so hat sich beispielsweise gezeigt, daß Frauen mit einer reichen Erfahrungsgeschichte und hoher sozialer Unterstützung weitaus seltener Schwangerschaftskomplikationen aufweisen als Frauen mit einer reichen Erfahrungsgeschichte und nur geringer sozialer

Unterstützung; vgl. hierzu NUCKOLLS et al. 1972);

drittens schließlich werden kritische Lebensereignisse - wie im Bereich der Streßforschung lange Zeit üblich - hier nicht in erster Linie unter dem Blickwinkel ihrer potentiell pathogenen Folgen gesehen. Vielmehr wird die Entwicklungsmöglichkeit des Menschen durch Krisen in den Vordergrund gestellt, wengleich die Subjektkomponente auch hier häufig nicht hinreichend herausgearbeitet worden ist.

In Bezug auf unser Projekt erhalten wir damit zugleich weitere wichtige Variablen,

- das Selbstkonzept der Frau sowie
- Selbstkonzeptänderungen und
- die unterstützende oder begleitende Funktion relevanter Bezugspersonen betreffend.

Von Bedeutung sind hier der (Ehe-)Partner, Freunde, Verwandte, vielleicht auch die eigenen Eltern. Als professionelle Begleiterin von Schwangerschaft und Geburt jedoch spielte vor allem die Hebamme lange Zeit eine entscheidende Rolle; ihre Funktionen sind heute weitgehend vom Arzt übernommen worden (vgl. BÖHME 1980). Deshalb richtet sich der Fokus des vorliegenden Projekts primär auf Ärztinnen und Ärzte, die im Bereich der perinatalen Medizin und der Geburtshilfe tätig sind.

Zu untersuchen wäre also, welche - auch nichtmedizinischen - Funktionen der Arzt beim Übergang von der schwangeren Frau zur Mutter erfüllt. Oder, anders gefragt: Lassen sich für den ärztlichen Umgang mit der schwangeren Frau Elemente herausfiltern, die auf eine Transitionsfunktion hindeuten. Eine solche Analyse wiederum hätte verschiedene Ebenen zu berücksichtigen, nämlich:

1. die Ebene der Betreuung und/oder Behandlung an sich, wobei Art und Anzahl der Behandlungen eine Rolle spielen dürften;
2. die Ebene der Exilation, etwa im Falle einer stationären Aufnahme vor oder zur Geburt; und schließlich:
3. die Interaktion zwischen Arzt und Patientin während der Beratungs- und/oder Untersuchungssituationen.

Um der Komplexität des Gegenstandes gerecht zu werden, ist eine Multi-Methoden-Untersuchung vorgesehen. Eine Fragebogenerhebung, diskursive und fokussierte Interviews, teilnehmende Beobachtung sowie Sekundär-Analysen werden durchgeführt.

### 3. Transitorische Wirkungen in kulturtheoretischer Perspektive

In seinen umfangreichen Studien über die *"Geschichte des Todes"* hat ARIES (1991) darauf hingewiesen, daß die Vorstellungen sowie der Umgang mit dem Tod kulturellen und kulturgeschichtlichen Differenzen unterliegt. Gerade für das 20. Jahrhundert stellt er den "ins Gegenteil verdrängten Tod" als typisierend dar. Dieses Vorstellungsmuster, das - laut ARIES - in den "am stärksten industrialisierten, am weitesten urbanisierten und technisierten Bereichen" (ARIES 1991, S. 716) hervorgetreten ist, zeichnet sich dadurch aus, daß der Tod aus der Gesellschaft ausgeklammert und gleichsam getan wird, als gäbe es ihn nicht: er wird als - individuelles und technisches - Versagen erlebt, man reagiert mit Scham und Verdrängung (vgl. auch ELIAS 1984).

Betrachten wir aus dieser Perspektive die hier zu untersuchenden transitorischen Leistungen, so wird deutlich, daß Transitionen, in Stammeskulturen zumindest, immer auch die Funktion besaßen, dem einzelnen "Sterben" und "Wiedergeborenwerden" am eigenen Leibe zu verdeutlichen. Also: der Mensch der Lebensphase X wird - symbolisch - getötet und als Mensch der Lebensphase Y (oder X+1) wiedergeboren.

Sollten sich für das ärztliche Handeln, vielleicht sogar in anderen Bereichen als dem hier untersuchten, tatsächlich transitionsstiftende Elemente entdecken lassen, so ließe sich die These einer nahezu völligen Verdrängung des Todes in unserer Kultur wohl nicht mehr halten. Denn immerhin impliziert die bewußte und transitorische Gestaltung von Lebenskrisen eine Auseinandersetzung mit dem Tod und der eigenen Sterblichkeit. Sollten sich entsprechende transitorische Funktionen nicht oder in nur unerheblichem Maße wiederfinden lassen - vielleicht erfüllen etwa Formen der "Selbsttransition" diesen Zweck ja nicht oder nur unzureichend -, so wären immerhin noch verschiedene Zielperspektiven vorstellbar, in die die vorliegende Untersuchung einmünden könnte:

1. Man beschränkt sich darauf, die vorliegenden Analyseergebnisse zu präsentieren und verzichtet auf normative Aussagen etwa über die Notwendigkeit transitorischer Leistungen.

Oder: 2. Man kommt zu dem Schluß, daß es sinnvoll sei, der - in diesem Fall analysierten - mangelhaften Gestaltung von Übergängen im Lebenslauf und der damit einhergehenden Verdrängung der Todestatsache durch bewußte und professionelle Transitionen entgegenzuwirken. Die anwendungsorientierte Forschung könnte hier z.B. an eine Berücksichtigung der vorgelegten Analyseergebnisse bei der Mediziner-Ausbildung denken. Bezogen auf das hier vorge-

legte Projekt ließe sich auch fragen, ob die Überführung von der schwangeren Frau zur Mutter tatsächlich primär in den Händen des Arztes liegen sollte oder ob beispielsweise eine Delegation an andere Personen oder Institutionen - vielleicht auch unter ökonomischen Gesichtspunkten - sinnvoll wäre.

### Anmerkung

- 1 Projektleitung: Prof. Dr. Dieter Lenzen (Berlin); Dr. Annette Stroß (Berlin), Freie Universität Berlin, Fachbereich Erziehungs- und Unterrichtswissenschaften, WE 01, Arnimallee 10, W-1000 Berlin 33

### Literatur

- Ariès, P. (1991): *Geschichte des Todes*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Balint, M. (1957): *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett Verlag.
- Böhme, G. (1980): *Wissenschaftliches und lebensweltliches Wissen am Beispiel der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe*. In: Ders.: *Alternativen der Wissenschaft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag: 27-53.
- Elias, N. (1984): *Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Gélis, J. (1989): *Die Geburt. Volksglaube, Rituale und Praktiken von 1500-1900*. München: Eugen Diederichs Verlag.
- Gennep, A. van (1986): *Übergangsriten*. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- Mummendey, H.D. (1990): *Selbstkonzept-Änderungen nach kritischen Lebensereignissen*. In: Philipp, S.-H. (Hrsg.): *Kritische Lebensereignisse*. München: Psychologie Verlags Union: 252-269.
- Nuckolls, K.B./Cassell, J./Kaplan, B. (1972): *Psychosocial assets, life crisis, and the prognosis of pregnancy*. *American Journal of Epidemiology* 95: 431-441.
- Pickering, W.S.F. (1974): *The Persistence of Rites of Passage: Towards an Explanation*. *British Journal of Sociology* 25: 63-78.