

OST-WEST-EXPRESS.  
KULTUR UND ÜBERSETZUNG



**Zerreißproben:  
Trauma – Tabu – EmpathieHürden**

Gabriela Lehmann-Carli/Betty Johannsmeyer/  
Karl-Dieter Johannsmeyer/Maike Schult (Hg.)

**F** Frank & Timme

Verlag für wissenschaftliche Literatur

Gabriela Lehmann-Carli/Betty Johannsmeyer/  
Karl-Dieter Johannsmeyer/Maike Schult (Hg.)  
Zerreißproben: Trauma – Tabu – EmpathieHürden

Ost-West-Express. Kultur und Übersetzung,  
herausgegeben von Jekatherina Lebedewa  
und Gabriela Lehmann-Carli, Band 27

Gabriela Lehmann-Carli/Betty Johannsmeyer/  
Karl-Dieter Johannsmeyer/Maike Schult (Hg.)  
unter Mitarbeit von Christian Böttger

Zerreißproben:  
Trauma – Tabu – EmpathieHürden

**F**Frank & Timme  
Verlag für wissenschaftliche Literatur

Umschlagabbildung: Dornbusch © Betty Johannsmeyer

ISBN 978-3-7329-0294-1

ISSN 1865-5858

© Frank & Timme GmbH Verlag für wissenschaftliche Literatur  
Berlin 2017. Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller Teile ist urheberrechtlich geschützt.  
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts-  
gesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.  
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,  
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in  
elektronischen Systemen.

Herstellung durch Frank & Timme GmbH,  
Wittelsbacherstraße 27a, 10707 Berlin.

Printed in Germany.

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier.

[www.frank-timme.de](http://www.frank-timme.de)

## **Inhaltsverzeichnis**

GABRIELA LEHMANN-CARLI, BETTY JOHANNSMEYER,  
KARL-DIETER JOHANNSMEYER, MAIKE SCHULT

**Zerreißproben: Trauma – Tabu – EmpathieHürden.**

**Vorwort der Herausgeber ..... 9**

### **TRAUMA(ARBEIT) IN MEDIZIN UND LEBENSWELT**

KARL-DIETER JOHANNSMEYER

**Trauma und Krisenintervention bei multiplen Fehlgeburten**

**und intrauterinem Fruchttod..... 23**

KARL-DIETER JOHANNSMEYER UND ANTJE JOHANNSMEYER

**Wenn die Geburt zum Trauma für Mutter und Kind wird..... 49**

UTE BERNDT

**Belastung, Resilienz und posttraumatische Reifung bei Krebspatienten.... 69**

MARKUS WÜBBELER

**Methodologie eines Traumas..... 83**

### **TRAUMA UND LITERATUR**

GABRIELA LEHMANN-CARLI

**Empathie und Tabu bei Traumatisierungen**

**und in Trauma-Erzählungen..... 105**

EVA KOWOLLIK

**Die Reise der Anna O. an „das weibliche Ende der Welt“.**

**Empathie als Strategie des Umgangs mit gesellschaftlichen Tabus  
und der Bewältigung von Traumatisierungen in Judita Šalgos**

***Put u Birobidžan*..... 131**

ANGELA RICHTER

**Vergewaltigung in Literatur und Film über den Bosnien-Krieg.  
Zur Darstellung traumatisierender Grenzerfahrung..... 155**

JOANNA BEDNARSKA

**Richtig leben. Traumata und ihre Bewältigung durch Schreiben im Werk  
der Jungautorin Anna Witczak-Szumaska..... 179**

WERNER NELL

**Geistersprache und Atemnot. Therapeutische Aspekte der Lyrik ..... 189**

YVONNE DROSIHN

**Terra recognita versus Namen, die keiner mehr nennt. Transgenerationale  
Traumata in Romanen polnischer und deutscher Schriftstellerinnen..... 213**

HILMAR PREUß

**Narrative der Behinderung. Grenzerfahrungen und Pflegeheime als  
traumatisierender Ort in Texten der russischen Gegenwartsliteratur .... 235**

**GRATWANDERUNG TABU(BRUCH)**

MAIKE SCHULT

**„Alles nur Fassade“? Tabubrüche und Empathiehürden in den  
Professionsberufen ..... 259**

JEKATHERINA LEBEDEWA

**Tabu – Dolmetschen an Sprach- und Kulturgrenzen.  
Dolmetschen zwischen den Kulturen ..... 285**

ALEXANDER BROCK

**Zum Tabu in britischen TV-Comedies ..... 293**

JOANNA SULIKOWSKA-FAJFER

**„Höllische“ Themen in der Prosa von Dorota Masłowska  
und deren deutscher Übersetzung: Nicht genug der Tabus?..... 307**

LEA GLADIS

**Stereotype – political correctness – Tabu(isierung)? Aspekte des deutschsprachigen Diskurses über Serbien zu Beginn des 21. Jahrhunderts ..... 327**

**EMPATHIEHÜRDEN**

TIJANA MATIJEVIĆ

**The empathy of writing and the taboo of the literary canon: Feminist assumptions of Jovica Aćin's *Dnevnik izgnane duše* ..... 347**

HANS LEHNERT

**Freiheit versus Schizophrenie:  
Wie viel Empathie verdienen PsychiaterInnen? ..... 367**

CHRISTIANE LUDERER

**Die Sichtweisen besonders belasteter Frauen auf das System der Frühen Hilfen. Familienhebammen in Sachsen-Anhalt: Die Perspektive der Nutzerinnen ..... 403**

BALDUR NEUBER

**„Dialog 3.0“ – Empathie in der professionellen Telefonie ..... 423**

**Autorenverzeichnis ..... 437**



GABRIELA LEHMANN-CARLI, BETTY JOHANNSMEYER,  
KARL-DIETER JOHANNSMEYER, MAIKE SCHULT

## **Zerreißproben: Trauma – Tabu – EmpathieHürden.**

### **Vorwort der Herausgeber**

In diesem Band, der an Referate und Diskussionen von Workshops des „Interdisziplinären Forschungskreises Empathie – Tabu – Übersetzung e. V.“ (IFETÜ) der Jahre 2014 und 2015 anknüpft, erörtern Autorinnen und Autoren aus interdisziplinärer Perspektive Aspekte des Umgangs mit dem Trauma in der Lebenswelt und der Literatur im funktionalen Kontext von Empathie und Tabu. Existenzielle Grenzerfahrungen wie Holocaust, Krieg, Tod, schwere körperliche und psychische Erkrankungen, Fehl- oder Totgeburt oder sexualisierte Gewalt können zu Traumatisierungen führen und Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) auslösen.

Zu anthropologischen „Zerreißproben“ gehören Traumata, der Umgang mit Tabu und Tabubruch ebenso wie Empathie-Grenzen bzw. -Hürden. Zugleich sind diese Aspekte zumeist eng miteinander verbunden. Im Kontext potenziell traumatisierender Erlebnisse werden Menschen oft mit gravierenden Tabus und Tabubrüchen konfrontiert. Aspekte des Traumas (z. B. Totgeburt, Vergewaltigung und Psychosen) sind per se tabuisiert, auch wenn sie in der Traumarbeit der Verdrängung entrissen werden sollen. Hat ein Mensch eine Gewalterfahrung gemacht, kann eine manipulative Empathie des Täters ebenso verheerend wirken wie das Stockholm-Syndrom des Opfers und das Fehlen jeglicher (Selbst-)Empathie. Nicht zuletzt die Empathie des Umfelds nach einem potenziell traumatisierenden Erlebnis kann darüber entscheiden, ob sich eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt. Allerdings besteht bei Helfern – abgesehen vom jeweiligen empathischen Vermögen – die Gefahr einer Blockade von Empathie zum Selbstschutz oder als Folge von (professioneller) Routine sowie eines Scheiterns des Bemühens um (adäquate) Empathie in Ausnahmesituationen.

Andererseits ist es für den Angehörigen und Helfer sehr schwierig oder gar unmöglich, sich in Traumatisierte überhaupt hineinzusetzen. Die Kon-

frontation mit der Grenzerfahrung des Betroffenen bzw. Opfers kann durchaus zu einer sekundären Traumatisierung für den Zeugen, Therapeuten, Seelsorger führen. Daher sind nicht nur aus der Perspektive des Betroffenen, sondern auch des Helfers (funktionale) Empathie im Sinne eines resonanten Mitfühlens und zugleich eine nötige Distanz ohne affektive Ansteckung gefragt, denn es ist wichtig, das Trauma möglichst handhabbar zu machen. Dazu gehört der Versuch, es in eine narrative Struktur zu überführen. Diesbezüglich könnten u. a. narrative Bewältigungsstrategien wie Expressives Schreiben, aber auch die Formensprache der Literatur und schon der Akt des Lesens bedeutsam werden.

Einige Fragen im Umgang mit diesen „Zerreißproben“ lauten: Inwiefern kann Empathie einen adäquaten Umgang mit dem Tabu(bruch) bei Traumatisierungen fördern? Welche Rolle spielt Empathie angesichts der mit der Traumatisierung einhergehenden – mitunter tabubehafteten – Verdrängung? Können Literatur und Kunst dazu beitragen, die psychosomatischen Auswirkungen von Traumata auszudrücken und sogar handhabbar zu machen? Ist es möglich, Symptome Traumatisierter (u. a. Dissoziation, Intrusionen und durch Trigger ausgelöste Flashbacks) sowie Aspekte der Trauma-Weitergabe mittels funktionaler Empathie besser zu verstehen? Inwiefern kann (funktionale) Empathie die Erschütterung der Wahrnehmung, Erinnerungsfragmente, das Unsagbare des Traumas therapeutisch beeinflussen?

Im Schwerpunkt *Trauma(arbeit) in Medizin und Lebenswelt* verweist Karl-Dieter Johannsmeyer in seinem Beitrag **Trauma und Krisenintervention bei multiplen Fehlgeburten und intrauterinem Fruchttod** auf die Schwierigkeit, die psychischen Belastungen durch (multiple) Fehlgeburten und besonders durch eine Totgeburt zu enttabuisieren und empathisch zu begleiten. Oft kann sich das Umfeld in diese spezielle Trauer nur schwer hineinversetzen, zumal über viele Generationen hinweg der frühe Tod eines Kindes gesellschaftlich tabuisiert war. Gerade nach einer Totgeburt ist aber ein behutsamer und einfühlsamer Beistand notwendig. Auf „Sternenkinder“ bzw. „Stillgeborene“ bezogene Abschiedsrituale, eine besondere Trauerkultur sowie der Austausch über Coping-Strategien in Internet-Foren und in autofiktionaler Belletristik sind für den Umgang mit dem Trauma entscheidend.

Karl-Dieter Johannsmeyer und Antje Johannsmeyer erörtern in ihrem Beitrag **Wenn die Geburt zum Trauma für Mutter und Kind wird** das Ge-

birthstrauma von Mutter und Kind und potenziell traumatisierende Aspekte der Geburt. Diskutiert werden Risiken für ein seelisches Traumaerlebnis bzw. für die Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Verwiesen wird auf die Prävalenz von sexueller Gewalt oder Misshandlung im Kindesalter. Missbrauchte Frauen leiden häufiger unter Geburtsängsten. Traumatisch kann den Verfassern zufolge die Erwartung der Gebärenden sein, Kontrolle über den Geburtsvorgang behalten zu können. In der Geburtshilfe, Neonatologie und Psychologie plädiert man inzwischen – falls keine medizinische Indikation vorliegt – für eine natürliche Geburt, zumal ein (Wunsch-)Kaiserschnitt gesundheitliche Nachteile für das Kind mit sich bringen kann. Empathie seitens der Geburtshelfer kann das Risiko einer Traumatisierung verringern. Bei traumatisierenden Geburtserfahrungen sind entlastende (therapeutische) Vor- und Nachgespräche notwendig.

Ute Berndt erörtert in ihrem Beitrag **Belastung, Resilienz und posttraumatische Reifung bei Krebspatienten**, welche Faktoren die psychische Reaktion auf ein potenziell traumatisierendes Ereignis wie das einer Krebserkrankung beeinflussen. Infolge einer Traumatisierung können eine akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörungen, affektive Störungen wie Angst und Depression sowie eine Posttraumatische Belastungsstörung entstehen. Einigen empirischen Studien zufolge können posttraumatisches Wachstum und negative Folgen der Traumatisierung durchaus parallel auftreten. Die Verfasserin verweist bezüglich der Verursachung auf den Unterschied zwischen akzidentiellen (zufälligen) Traumata und von Menschen verursachten Traumata („man made disaster“). Das Risiko für das Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung erhöht sich durch den Mangel an sozialer Unterstützung, belastende Lebensbedingungen nach dem Trauma und die Trauma-Intensität. Womöglich kann aber durch Resilienz-Ressourcen das traumatische Ereignis konstruktiv verarbeitet werden. Posttraumatisches Wachstum zeigt sich u. a. durch eine Intensivierung der Wertschätzung des Lebens, der Religiosität und Spiritualität und der Beziehung zu anderen sowie durch die Wahrnehmung persönlicher Stärken und das Entdecken neuer Möglichkeiten.

Markus Wübbeler diskutiert in seinem Beitrag **Methodologie eines Traumas** psychosomatische Wechselwirkungen und ihre klinische Realität und verweist u.a. auf den Zusammenhang zwischen der Prävalenz von MTBI (Mild

Traumatic Brain Injuries) und Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS). Eine PTBS könnte u. a. als Kognitionsstörung, physiologisch-hirnorganisches Syndrom oder als Folge eines Schädel-Hirn-Traumas bewertet werden. Die Komplexität physiologisch-psychischer Wechselwirkungen wird in der Fallbeschreibung des Herrn S. (entnommen aus Hans-Martin Zöllners *Psychiatrie in Lebens- und Leidensgeschichten*) anhand des Krankheitsverlaufs eines Patienten illustriert, der infolge einer Hirnblutung ein komplexes Symptombild aufweist. Der Verfasser plädiert dabei für die subjektive Sicht des Patienten für Empathie als entscheidenden Faktor in der Therapie, um somatisch-psychische Wechselwirkungen zu erfassen.

Im Schwerpunkt **Trauma und Literatur** wird erörtert, inwiefern empathische Strategien bei der Darstellung von Traumatisierten in literarischen Texten und im Film funktionieren. Auf welche Weise sind Traumata als dissoziativer Sprach- und Erinnerungsverlust überhaupt darstell- und deutbar? Und wie kann in diesem Kontext mit Tabus und Tabubrüchen umgegangen werden?

Gabriela Lehmann-Carli analysiert Aspekte von **Empathie und Tabu bei Traumatisierungen und in Trauma-Erzählungen**. Da der eklatante Bruch anthropologischer Tabus oder auch die eigenen Verdrängungsmechanismen von Opfern und Zeugen des Holocaust und sexualisierter Gewalt zu Verdrängen bzw. Verschweigen führen, stellt sich die Frage nach den Bewältigungsstrategien. Sind expressives und autofiktionales Schreiben effektive Coping-Strategien? Können traumatisierte Autoren zu einem „schlüssigen“ Narrativ gelangen, und sind sie überhaupt in der Lage, Zeugnis abzulegen? Inwiefern können literarische Texte Empathie erzeugen, wenn das empathische Vermögen traumatisierter Autoren und traumatisierter literarischer Gestalten selbst verändert ist? Durch welche Textstrategien wird Rezipienten ein Angebot unterbreitet, sich in Extremsituationen hineinzusetzen und nachzufühlen, was eine reale Person oder eine literarische Gestalt empfinden?

Eva Kowollik untersucht **Die Reise der Anna O. an „das weibliche Ende der Welt“**. **Empathie als Strategie des Umgangs mit gesellschaftlichen Tabus und der Bewältigung von Traumatisierungen in Judita Šalgos *Put u Birobidžan* (Die Reise nach Birobidžan)**. Der Verfasserin zufolge werden in Judita Šalgos Text die Begriffe Trauma, Tabu und Hysterie aus ihrem psychoanalytisch dominierten semantischen Kontext herausgelöst, neu geordnet und um-

gedeutet. Gezeigt wird, wie es zur Inszenierung empathischer Beziehungsmuster und spezieller Erinnerungspraktiken kommt. Anna O. ist der medizinische Deckname der jüdischen Frauenrechtlerin Bertha Pappenheim, die wohl die eigentliche Urheberin der „talking cure“ gewesen ist. Ihr Arzt Josef Breuer veröffentlichte ihre Fallgeschichte gemeinsam mit Freud in den *Studien über Hysterie*. Die Traumaforschung hat sich zu einem großen Teil aus der psychoanalytischen Hysterieforschung des 19. Jahrhunderts entwickelt. Die affirmative Krankheitserfahrung der Figur wird sprachlich realisiert und vermag zunehmend die Isolation aufzuheben. Durch ihr soziales Engagement hat sie eine wirksame Coping-Strategie gefunden. Empathie wird im Roman als figurale Strategie der Enttabuisierung und der Bewältigung von Traumatisierungen eingesetzt. Hysterie und Geschlechtskrankheiten sind stark tabuisiert. Die Empathie Bertha von Pappenheims als reale Person und fiktive Figur mit den an Syphilis erkrankten Prostituierten wird als Symptom der zwar verdrängten, aber latent präsenten Hysterie entworfen. Die Verfasserin erörtert, wie das Empathie-Vermögen der Figur über Sprachgebrauch und Sprachreflexion dargestellt und vermittelt wird.

Angela Richter widmet sich in ihrem Beitrag **Vergewaltigung in Literatur und Film über den Bosnien-Krieg. Zur Darstellung traumatisierender Grenzerfahrung** der Darstellung sexualisierter Gewalt in Literatur und Film. Die Schändung des weiblichen Körpers ist – wie sie zeigt – nicht nur in Südosteuropa ein Tabu. Vergewaltigte Frauen tabuisieren die erlittene Pein oft selbst, zumal es eine Tendenz zur Opferbeschuldigung gibt. Oft schweigen die Opfer. Kann die Gewalterfahrung mittels Kunst überhaupt vermittelt werden? Die Verfasserin erörtert die Frage, ob Romane und Filme traumatische Erfahrungen (oft Erinnerungsfragmente) überhaupt in Narrationen überführen können. Auch angesichts der Unfähigkeit zur nachträglichen individuellen Zeugenschaft stellt sich die Frage nach den Deutungsmustern traumatischer Erfahrung.

Die polnische Germanistin Joanna Bednarska hat in ihrem Beitrag **Richtig leben. Traumata und ihre Bewältigung durch Schreiben im Werk der Jungautorin Anna Witczak-Szumaska** den Band *Moje Anioły (Meine Engel)* analysiert, den Text eines schwer erkrankten und durch ihre gesundheitlichen Probleme sowie den Tod des Vaters traumatisierten jungen Mädchens. Ihr expressives Schreiben sowie das Tanzen helfen ihr dabei, mit der sequenziellen Traumatisierung und dem Trauma umzugehen. Zugleich lassen sich die Grenzen

des Konzepts „Schreiben/Literatur als Lebenshilfe“ erkennen, denn die junge Autorin wiederholt Themen und Erzählerfiguren oft, und die Figuren wiederholen ihre Ängste wie ein „Mantra“, ohne Distanz zum Erlebten zu gewinnen. Den Lesern dieser Bücher kann das dennoch eine Hilfe sein.

Werner Nell zeigt in seinem Aufsatz **Geistersprache und Atemnot. Therapeutische Aspekte der Lyrik** an Textbeispielen, dass Sprechen in lyrischer Form, also in gebundener Rede, darauf abzielen kann, „richtiges“ Atmen zu erzeugen bzw. Atemnot nach einer traumatischen Erfahrung besser handhaben zu können. Lyrisches Sprechen (mitsamt spezifischer Lautfolgen, Rhythmen und Klangbildern) könnte als Muster und Inspiration eines freien Atmens dienen, um psychische Entlastung zu erreichen. Dazu gehören dem Verfasser zufolge die Rezitation von Gedichten zur Beruhigung und Ansprache von Gefühlen, lyrisches Komponieren, szenisches Interpretieren, Sprechen eigener und fremder Texte als „Atemschule“, Beruhigung und meditative Übung sowie Dichtung als Anlass für Gruppengespräche.

Yvonne Drosihn analysiert in ihrem Beitrag **Terra recognita versus Namen, die keiner mehr nennt. Transgenerationale Traumata in Romanen polnischer und deutscher Schriftstellerinnen** Texte von Dagmar Leupold (*Unter der Hand*), Petra Reski (*Ein Land so weit*) und von Ewa Kujawska (*Das Haus der Małgorzata*), also von Autorinnen, die sich mit der Vertreibungserfahrung ihrer Vorfahren auseinandersetzen. Das Motiv, sich mit der eigenen Familiengeschichte zu befassen, ist oft das unbestimmte Gefühl von Angehörigen der zweiten, dritten oder vierten Generation, dass ihre verstörten (Groß-)Eltern wenig liebesfähig sind. Kujawska schildert aber nicht nur ein transgenerationales, sondern eher ein transkulturelles Trauma. Inwiefern wurden die Themen Flucht und Vertreibung in Deutschland und Polen tabuisiert? Gab es spezifische Erinnerungsverbote? Wurden zentrale traumatische Gruppenerlebnisse verdrängt? Trauma ist der Verfasserin zufolge das Andere des Erinnerns, dessen Unbewusstes. Bei Petra Reski und Dagmar Leupold zeigt sich das Fingiert-Entschuldigende, das aus der Tabuisierung des ererbten Traumas herrührt. Die Auseinandersetzung mit dem Thema stößt bis heute an Grenzen des „politisch Korrekten“.

Hilmar Preuß untersucht in seinem Beitrag **Narrative der Behinderung, Grenzerfahrungen und Pflegeheime als traumatisierender Ort in Texten**

**der russischen Gegenwartsliteratur.** Dabei geht er auf Aspekte von Narrativen der Behinderung bei einschlägigen autobiografischen oder autofiktionalen Texten über die Erfahrung von Behinderten u. a. von Ljudmila Ulickaja, Tamara Čeremnova und Rubén David González Gallego ein und stellt die Frage nach kulturspezifischen Konzepten von Behinderung. Der Verfasser verweist darauf, dass Narrative verschiedene Tabuzonen wie Behinderung per se, Behinderung und Sexualität sowie Suizid tangieren. Auf welche Weise kann es den Autoren gelingen, mittels der behinderten Gestalten die Empathie des Lesers zu wecken?

Neben der Konzentration auf Trauma-Aspekte werden im Band innovative Projekte aus der Empathie- und Tabuforschung präsentiert (u. a. Stereotype und *political correctness* bei der Wahrnehmung des Anderen; Humor und Tabu; Tabuschwellen in der interkulturellen Kommunikation; strategischer Tabubruch in literarischen Texten; empathischer Kundendialog).

Den Schwerpunkt ***Gratwanderung Tabu(Bruch)*** eröffnet hier ein Beitrag von Maike Schult mit dem Titel „***Alles nur Fassade“? Tabubrüche und Empathiehürden in den Professionsberufen.*** Ärzte, Kleriker und Rechtsgelehrte zählen zu den sogenannten Professionsberufen. Sie genießen gesellschaftliches Ansehen und Vertrauen, sind geradezu unantastbar („Götter in Weiß“), aber auch besonderen Erwartungen ausgesetzt, was ihre Integrität und Vorbildfunktion betrifft. Erwartungen, an denen sie leiden und scheitern können. Professionsberufe sind darum auch regelmäßig Thema der Literatur. Arzt- und Anwaltsreihen oder Pfarrerromane können die Berufsbilder zwar auch zur schnellen klischeehaften Produktion nutzen, sie können sie aber auch unterwandern und dann Einblicke geben hinter die Fassaden. Der Beitrag skizziert die Professionsethik dieser Berufe und fragt nach den Tabubrüchen und Empathiehürden, die sich aus der Spannung zwischen Beruf und Lebensführung ergeben. Im Mittelpunkt steht der Roman *Kindeswohl* von Ian McEwan (2014). Er bringt die drei Berufswelten zusammen und macht am Beispiel einer Richterin deutlich, wie schwer es ist, Empathie und Berufsrolle zu verbinden und mit welchen Zerreißproben dies verbunden ist.

Jekatherina Lebedewa erörtert in ihrem Beitrag **Tabu – Dolmetschen an Sprach- und Kulturgrenzen. Dolmetschen zwischen den Kulturen** die Empathie-Funktion der Dolmetscherin sowie die Anwendbarkeit übersetzungstheoretischer Prämissen angesichts zu erwartender tabuassoziiertes Translationskon-

flikte am Beispiel ihres Dolmetsch-Einsatzes im Deutschen Bundestag am 27. Januar 2014. Anlass war die Feierstunde für die Opfer des Nationalsozialismus mit dem russischen Schriftsteller und Kriegsveteranen Daniil Granin als Redner.

Alexander Brock unterscheidet in seinem Beitrag **Zum Tabu in britischen TV-Comedies** unter Bezugnahme auf Freuds Abfuhr-Theorie bei der Beschreibung des Tabubruchs in TV-Comedies zwischen Tabus des Unsagbaren und des Unausführbaren. Er verweist darauf, dass Komik Tabus umgehen oder potenziell zu ihrer Demontage beitragen kann. Tabubrüche werden zunehmend verschärft und expliziter, nutzen sich dabei aber auch ab und müssen immer weiter gesteigert werden. Erörtert wird der mediale Umgang mit Tabus. Der Verfasser verweist darauf, dass es in der britischen TV-Comedy zu einem Wandel von „schmuddeliger“, sexistischer Unterwanderung von Tabus (1960er und 1970er Jahre) über Aufklärung in Bezug auf Tabus (1980er) bis zur differenzierten Behandlung von Tabus, einschließlich der komischen Darstellung des (scheitenden) Umgangs mit ihnen (seit 1995) gekommen ist.

Joanna Sulikowska-Fajfer untersucht unter der Überschrift „**Höllische Themen in der Prosa von Dorota Masłowska und deren deutscher Übersetzung: Nicht genug der Tabus?**“ eklatante Brüche von Sprachtabus in Masłowskas Debütroman *Wojna polsko-ruska pod flagą biało-czerwoną* (*Schneeweiß und Russenrot*). Ihre (Übersetzungs-)Analyse sexueller, religiöser und anthropologischer Tabubrüche sowie der Verletzung jeglicher *political correctness* stützt sie auf das Konzept der Lakune, die nicht nur nichtäquivalente Lexik, sondern auch andere nationalkulturelle Spezifika eines Textes berücksichtigt.

Lea Gladis analysiert in ihrem Beitrag **Stereotype – political correctness – Tabu(isierung)? Aspekte des deutschsprachigen Diskurses über Serbien zu Beginn des 21. Jahrhunderts** ethnisch-nationale Stereotype gegenüber Serbien in der Berichterstattung zu den Prozessen des Internationalen Strafgerichtshofs für das ehemalige Jugoslawien in Den Haag (gegen die „Schlächter“ vom Balkan Milošević, Karadžić, Mladić). Hier zeigt sich der Rückgriff auf traditionelle Perzeptionsmuster Südosteuropas. Die Verfasserin fragt, inwiefern *political correctness* und Stereotype im Hinblick auf ihren Umgang mit Tabus wirkungsmächtig werden können. Wie spiegeln stereotype Motivkomplexe die Manifestation eines tabuisierten geopolitischen Raumes (EU)? Als politisch korrekt

empfundene Deutungsmuster, Tabuisierungen und Stereotypisierungen werden zu Ausdrucksformen geopolitischer Macht.

Im Schwerpunkt **Empathie(Hürden)** wird in Tijana Matijevićs Beitrag **The empathy of writing and the taboo of the literary canon: Feminist assumptions of Jovica Aćin's *Dnevnik izgnane duše*** der Aspekt des sexualisierten Körpers im literarischen Liebesdiskurs analysiert. Hierbei sind die kulturelle Konstruktion des Weiblichen und die Tabuisierung sexueller Gewalt evident. Tabus gehören zum hegemonialen System des Selbstschutzes einer Kultur, darunter auch der serbischen, und werden u. a. über Zensur abgesichert. Gezeigt wird, wie die Imagination von Empathie und die traumatische Erfahrung der Protagonisten in den fiktionalen Text überführt werden. Deutlich ist das Zusammenspiel von Empathie und ästhetischer Erfahrung.

Hans Lehnert diskutiert in seinem Beitrag **Freiheit versus Schizophrenie. Wie viel Empathie verdienen PsychiaterInnen?** kritisch Aspekte der antipsychiatrischen Bewegung, die seit den 1950er Jahren das System der Psychiatrie als Repressionsapparat stigmatisiert. Psychiatrische Erkrankungen, besonders bei Personen mit der Diagnose „Schizophrenie“, werden einer kranken Gesellschaft angelastet. Der Verfasser analysiert das *Handbuch Patientenverfügung. Geisteskrank? Ihre eigene Entscheidung!* Er hinterfragt in seiner Argumentation prinzipielle Vorbehalte der antipsychiatrischen Bewegung gegenüber der Psychiatrie, die den Bereich der psychiatrischen Diagnostik sowie die Einleitung von Zwangsmaßnahmen betreffen. Rechtfertigt das Recht auf Selbstbestimmung auch bei „psychiatrischer Behinderung“ *keinen* Freiheitsentzug, selbst bei Suizidgefahr oder Fremdgefährdung? In seine Erörterung des Problems bezieht der Verfasser neben konkreten Fallbeispielen aus der eigenen Praxis belletristische Deutungsmuster in Blaise Cendrars' *Moravagine. Ein Monsterroman*, in Patrick McGraths *Stella* sowie in Paulo Coelho's *Veronika beschließt zu sterben* ein.

Christiane Luderer stellt in ihrem Beitrag **Die Sichtweisen besonders belasteter Frauen auf das System der Frühen Hilfen. Familienhebammen in Sachsen-Anhalt: Die Perspektive der Nutzerinnen** das Projekt „FrühStart – Familienhebammen in Sachsen-Anhalt“ des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU) vor, in dem es um die wissenschaftliche Begleitung der Einführung der Familien-

hebammen in Sachsen-Anhalt geht. Die Verfasserin verweist darauf, dass für die betroffenen Frauen und Familien eine empathische Kommunikation für eine positive Gestaltung der Beziehungsqualität zu den Akteuren unverzichtbar ist.

Baldur Neuber erörtert in „**Dialog 3.0**“ – **Empathie in der professionellen Telefonie** methodische Ansätze eines sprechwissenschaftlichen Projekts zur Analyse und Optimierung der Gesprächsführung in der Telekommunikation. Kriterien sind hier neben Empathie auch Authentizität, Dialogizität und Emotionalität. Unter Empathie im telefonischen Kundengespräch versteht der Verfasser ein wertschätzendes Gesprächs- und Hörverstehens-Verhalten, das Belange sowie wahrgenommene Emotionen und Signale der Gesprächspartner berücksichtigt. Als relevant erachtet werden u. a. Angemessenheit und Absicherung des Verstehens, freundliche Sachlichkeit, Kompetenz, kooperatives und adäquates Zuhören und Eingehen auf das Gegenüber.

In diesem Band sind aus der Perspektive verschiedener Disziplinen anthropologische Zerreißproben im Kontext von Trauma, Tabu(bruch) und EmpathieHürden erörtert worden. Er knüpft konzeptionell an Diskussionen des „Interdisziplinären Forschungskreises Empathie – Tabu – Übersetzung e.V.“ (IFETÜ) seit 2012 sowie an die zwischen 2013 bis 2016 in der Reihe „Ost-West-Express. Kultur und Übersetzung“ des Berliner Frank & Timme-Verlages für wissenschaftliche Literatur erschienenen einschlägigen Publikationen an: *Empathie und Tabu(bruch) in Kultur, Literatur und Medizin* (Bd. 14; Hg.: Gabriela Lehmann-Carli), *Empathie im Umgang mit dem Tabu(bruch). Kommunikative und narrative Strategien* (Bd. 19; Hg.: Karl-Dieter Johannsmeyer/Gabriela Lehmann-Carli/Hilmar Preuß) sowie *Tabu und Übersetzung* (Bd. 26; Hg.: Jekatherina Lebedewa).

Von besonderem Interesse für künftige inter- und transdisziplinäre Diskussionen des IFETÜ ist – neben dem Potenzial einer durch Literatur und Kunst gestützten Traumatherapie, Fragen der soziokulturellen und medialen Ambivalenz des „politisch Korrekten“ sowie des Umgangs mit kontextsensitiven Tabus in (inter-)kulturellen Übersetzungsprozessen – eine Analyse der Prämissen, Funktionen und Normen, der Intentionen und Hürden von Empathie in Kultur und Literatur. Vielversprechend scheint uns hierbei der Bezug auf literarische Texte und Kunstwerke zu sein, da sie die Repräsentation bzw. Simulation komplexer Wirklichkeiten ermöglichen und dem Leser ggf. mittels spezifischer

Textstrategien Empathie-Intentionen anbieten. Zu diskutieren wäre zudem die Beeinflussung von Empathie durch problematische historische und aktuelle Narrative sowie durch das politisch (In-)Korrekte. Auch in dieser Hinsicht könnten Literatur und Kunst nicht nur im therapeutischen Sinne eine Lebenshilfe bieten, sondern womöglich Muster der Empathie bereitstellen und für soziale Empathie-Rollen sensibilisieren.



# **TRAUMA(ARBEIT) IN MEDIZIN UND LEBENSWELT**



## **Trauma und Krisenintervention bei multiplen Fehlgeburten und intrauterinem Fruchttod**

Im Fachgebiet der Frauenheilkunde, speziell der Geburtsmedizin, existieren die emotionalen Extremsituationen Freude und Leid immer wieder nebeneinander, und die leidvollen Erfahrungen beeinträchtigen die unmittelbar Betroffenen oftmals ein Leben lang.

Für Paare mit Kinderwunsch ist die Zeit der Schwangerschaft eine wichtige und beglückende Phase. Es gibt wohl nichts Spannenderes und Schöneres, als ein beginnendes Leben in der Gebärmutter mit den heute zur Verfügung stehenden technischen Mitteln durch Ultraschall in der Vollendung der räumlichen Darstellung, der dreidimensionalen Technik, von den ersten bildgebend nachweisbaren Lebenszeichen bis zur Geburt zu begleiten. Das erste optische und akustische Wahrnehmen des pränatalen kindlichen Herzschlages, die kindlichen Bewegungen in der Gebärmutter und das stets nachhaltig beeindruckende Zusehen beim „Daumenlutschen“ initiieren dann bei der Mutter und dem Vater in spe eine liebevolle Beziehung zu dem noch Ungeborenen. Eine komplikationslose, schmerzarme Entbindung, der erste Schrei und das Glücklichein der „frisch gebackenen“ Mutter mit dem von „Käseschmiere“ überzogenen neuen Erdenbürger auf Brust und Bauch und der strahlende und stolze Vater lassen auch bei den Hebammen und ärztlichen Geburtshelfern die enorme Stresssituation in Erleichterung und gemeinsame Freude umschlagen. In den gynäkologischen Arztpraxen finden die aufmerksamen Betrachter später dann großflächige beredete Zeugnisse des glücklichen Ausgangs der Geburt. Eine Vielzahl der ersten Fotos mit Namen, Geburtstag, Größe und Gewicht des geliebten Neugeborenen zieren die Wände. Trotz der zunehmenden Fortschritte in der Geburtsmedizin kommt es aber seit jeher zu von diesem Idealbild abweichenden Schwangerschafts- und Geburtsverläufen, die für das werdende Leben schicksalhaft und tragisch enden. Unabhängig von den möglichen Ursachen für den unglücklichen Ausgang der Schwangerschaft ergeben sich für die Betroffenen in solchen Situationen psy-

chische und psychosomatische Belastungen unterschiedlicher Ausprägung. Besonders dramatisch und emotional schmerzvoll sind die tragischen Schwangerschaftsverläufe, wenn bei bisher kinderlosen Paaren, besonders auch im Rahmen der hochmodernen Reproduktionsmedizin, Fehl- oder Totgeburten auftreten. Die betroffenen Frauen sind zudem meist älter als 30 Jahre und haben biologisch wenig verbleibende Zeit, sich den Kinderwunsch zu erfüllen. Völlig unklar und ohne aussagefähige Daten sind die neuesten Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin, die unter dem Begriff des „Social Freezing“ verstanden werden. Hierbei werden jungen Frauen nach hormoneller Stimulation reife Eizellen aus den Eierstöcken entnommen und in flüssigem Stickstoff bei 196 Grad Celsius tiefgefroren aufbewahrt. Die Frau bestimmt dann selbst, wann sie schwanger werden will, mit 40 oder 50 Jahren, wenn sie meint, dass die beruflichen, finanziellen und gesellschaftlichen Bedingungen für sie erfüllt sind. Das Auftauen, Befruchten und die Implantation der Eizellen stellen keinesfalls eine Garantie für eine erfolgreiche Schwangerschaft und die Geburt eines gesunden Kindes dar. Pro Stimulation beträgt die geschätzte Geburtenrate altersabhängig 15–40%.<sup>1</sup>

Welche psychischen Belastungen werden bei erfolglosem Unterfangen dann auf die Frauen und Männer zukommen? Paare, die ein gemeinsames Kind wünschen oder erwarten, erleben das Auftreten von ernststen Komplikationen meist als Schock mit intensiven negativen Gefühlen. Fehl- und Totgeburten wurden und werden daher in geheimnisvolles Schweigen gebettet. Im gesellschaftlichen Umfeld bestehen nicht selten Konfliktsituationen, die in der Vergangenheit zu einer Tabuisierung wesentlich beitragen. Über die sogenannten „Sternenkinder“ vermied man zu sprechen. Die betroffenen Paare waren oftmals hilflos alleingelassen und hatten es dadurch besonders schwer, das Trauma dieses traurigen Schicksals zu verarbeiten.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Nawroth, Frank (2015): *Social Freezing. Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen aus nicht-medizinischen Indikationen*. Wiesbaden: Springer, S. 22.

<sup>2</sup> Horn, Ute (2005): *Leise wie ein Schmetterling: Abschied vom fehlgeborenen Kind*. Holzgerlingen: Hänssler.

## **In Erwartung**

Mit jeder beginnenden Schwangerschaft vollziehen sich bei der Frau enorme hormonelle Anpassungsprozesse mit einer Vielzahl einschneidender körperlicher und psychischer Veränderungen. Besonders unter dem Einfluss der in der Schwangerschaft veränderten Sexualhormone (Estrogene und Gestagene) und des Schwangerschaftshormons Humanes Choriongonadotropin (HCG), aber auch durch die konzertierten Wechselwirkungen der Hormone mit dem System der Neurotransmitter im Gehirn werden die typischen und bekannten Stimmungsänderungen vom sozialen und familiären Umfeld wahrgenommen. Vor allem ist das „Glückshormon“ Serotonin und sein Mangel auch in der Schwangerschaft für depressive Verstimmungen und Ängste verantwortlich. Serotonin hat bekanntermaßen nicht nur eine positive Auswirkung auf Appetit und Stimmungslage, sondern auf zahlreiche andere Körperfunktionen. Stress beispielsweise verbraucht Serotonin. Ist ausreichend Serotonin vorhanden, kann Stress besser bewältigt werden. Das Glücks- oder Wohlfühlhormon kann die Stresshormone Cortisol, Adrenalin und Noradrenalin besser neutralisieren. Während der Schwangerschaft und der Stillzeit ist zum Beispiel der Bedarf an Jod erhöht. So kann eine Unterfunktion der Schilddrüse negative Auswirkungen auf den Schwangerschaftsverlauf und die kindliche Entwicklung bewirken. Fehl- oder Frühgeburten können die Folge sein. Auch eine Überproduktion von Schilddrüsenhormonen kann eine Schwangerschaft verhindern oder während einer Schwangerschaft die Gesundheit des Kindes gefährden. In der Anfangszeit der Schwangerschaft besteht ein mehr oder weniger ausgeprägtes hormonelles Ungleichgewicht, ein hormonelles Auf und Ab mit plötzlichen Stimmungsumschwüngen. Gereiztheit und Freude, erhöhte Sensibilität, Niedergeschlagenheit, Hochgefühl, Traurigkeit und Angst wechseln einander ab. Bekannt ist uns allen die landläufige Bemerkung aus dem sozialen Umfeld: „Ist ja kein Wunder, deine Hormone gehen mit dir durch!“ Für das Befinden in dieser Situation ist nicht grundsätzlich entscheidend, ob das Kind erwünscht ist oder nicht. Auch heiß ersehnte Nachkommenschaft kann durchaus mit negativ empfundener physischer und psychischer Befindlichkeit einhergehen. Später, ab dem zweiten Schwangerschaftsdrittel, stabilisiert sich die hormonelle Situation, die Stimmung wird ausgeglichener.

Die hormonellen Einflüsse bewirken nicht nur psychische Veränderungen, sondern sie haben besondere Bedeutung bei der Regulation an fast allen Organen und Organsystemen, damit es der Mutter und dem Kind gut geht. Überwiegt unter diesen Einflüssen das Hochgefühl, entsteht natürlich kein Leidensdruck, und die Frauen stellen im Nachhinein fest, dass sie sich noch nie im Leben so gut gefühlt haben wie während der Schwangerschaft.

Ohne im Rahmen dieses Beitrages auf alle klinisch relevanten körperlichen Veränderungen und Symptome im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft einzugehen, sollen hier nur die häufigsten erwähnt werden, z. B. Schwangerschaftserbrechen, Gewichtszunahme, Wassereinlagerungen im Gewebe, Stoffwechselstörungen oder -entgleisungen, Bluthochdruck. Sie können einerseits als Normvariante und andererseits mit unterschiedlicher Ausprägung von leicht- bis hochpathologisch in Erscheinung treten.

Vielmehr sind die psychologischen Aspekte von Interesse, die emotionale Bindung, die Erwartungen und Hoffnungen an einen glücklichen Ausgang, aber auch die Sorgen und die Ängste, dass der angehenden Mutter oder dem Kind in der Gebärmutter und bei der Geburt etwas Unerwartetes, Schicksalhafteres, Tragisches widerfahren könnte.

## **Vier Phasen der Anpassung an die beginnende Elternschaft**

Der Übergang in eine Elternschaft begründet eine Entwicklungskrise mit Neuorientierung und Bewältigung von Anpassungsprozessen. In der Gynäkologie und Geburtshilfe wird allgemein und üblich nach der bekannten zeitlichen Dreiteilung der Schwangerschaft unterschieden, dem ersten, zweiten und dritten Trimester zu je 3 Monaten oder je 13 Wochen. In dieser Einteilung stehen die körperlichen und funktionellen Veränderungen der Schwangeren und die Entwicklungsphasen des Kindes im Vordergrund. Darauf sind die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und die regelmäßig aktualisierten Mutterschaftsrichtlinien ausgerichtet.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Mutterschafts-Richtlinien:  
<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/> (letzter Zugriff: 07.06.2016).

Eine andere interessante abgestufte Einteilung bezieht sich auf die vorwiegend psychischen Veränderungen in der Schwangerschaft.<sup>4</sup> Danach werden typischerweise vier Phasen während der beginnenden Schwangerschaft und pränatalen Entwicklung unterschieden, die entgegen den Trimestern zeitlich nicht vorbestimmt sind. Sie unterliegen in ihrem Verlauf teils erheblichen individuellen Schwankungen und sind abhängig von den psychischen Veränderungen während der Schwangerschaft, der Auseinandersetzung von Frau und Partner mit der Schwangerschaft, der Bindungsfähigkeit und Akzeptanz. Mit dieser differenzierten Betrachtung über das biologische und medizinische Wissen hinaus kann der Versuch unternommen werden, verstärkt auf die Entwicklung und Förderung einer festen, bereits vorgeburtlichen Bindung der werdenden Mutter an das Kind, aber auch des Partners, Einfluss zu nehmen.

### ***Verunsicherungsphase (bis 12. Schwangerschaftswoche):***

Sie beginnt mit den ersten subjektiven Anzeichen und der Feststellung der Schwangerschaft ab der 4. Schwangerschaftswoche mittels hormonellem Schwangerschaftstest. Durch Ultraschall kann die Schwangerschaft wenig später in der Gebärmutter bildlich dargestellt werden. Die kindlichen Herzaktionen sind ab der 7. Schwangerschaftswoche nachweisbar. Damit startet die psychische Auseinandersetzung: Infragestellen der bisherigen Identität, Integration von Elementen einer neuen Identität, Sorgen und Ängste wegen zunehmender Verantwortung als Mutter, Unterbrechung der Ausbildung und Karriere, Verlust der persönlichen Autonomie. Wie gestaltet sich die nahe und fernere Zukunft in der Partnerschaft, bestehen finanzielle Probleme? Stimmungsschwankungen, spontane Freude und angstbetonte Gedanken um das Fortbestehen der Schwangerschaft wechseln einander ab. Emotionalen Einfluss übt auch aus, ob das Kind erwünscht ist. Es besteht nicht selten eine emotionale Unsicherheit verbunden mit schwangerschaftstypischen negativen Befindlichkeitsstörungen. In diese erste Phase fallen aber auch frühe und spontane subklinische Fehlgeburten, bevor die befruchtete Eizelle sich einnistet (geschätzt ca. 50%). Diese werden unbemerkt als verspätete Menstruationsblutung wahrgenommen. Andererseits treten etwa 10–15% der klinisch erkannten und von der Schwangeren als solche kor-

---

<sup>4</sup> Gloger-Tippelt, Gabriele (1988): *Schwangerschaft und erste Geburt: psychologische Veränderungen der Eltern*. Stuttgart [u. a.]: Kohlhammer, S. 17–21.

rekt eingeschätzten Fehlgeburten (Aborte) bis zur 12. Schwangerschaftswoche auf. Somit werden das Dilemma und der Albtraum deutlich, dass sich bis zu 80% aller Aborte bis zur 12. Schwangerschaftswoche realisieren. Bei manchen Frauen kommt es zu wiederholten Fehlgeburten. Die Ursachen bleiben trotz spezieller und gezielter Untersuchungstechniken in der Mehrzahl der Fälle ungeklärt. Unberücksichtigt in dieser Statistik bleibt hierbei die Zahl der gewollten Schwangerschaftsabbrüche.

### ***Anpassungsphase (12.–20. Schwangerschaftswoche):***

Die Entscheidung über den Fortbestand der Schwangerschaft ist gefallen. Ein Abbruch der bestehenden Schwangerschaft wird nur noch im Rahmen einer medizinischen mütterlichen oder kindlichen Indikation in Erwägung gezogen. Andere Personen, Verwandte und Freunde werden informiert. Die Stimmungsschwankungen und Schwangerschaftsängste nehmen ab. Auch die schwangerschaftstypischen Beschwerden (Übelkeit, Erbrechen) werden weniger. Die körperlichen Veränderungen, die Zunahme der Brüste und des Bauches werden überwiegend positiv bewertet. Gegen Ende dieser Phase treten völlig neue Wahrnehmungen in den Vordergrund – die ersten Kindsbewegungen, zunächst oft fehlgedeutet, dann aber mit zunehmender Gewissheit. Durch die hochauflösenden Ultraschallbefunde und die Pränataldiagnostik wird die reale Existenz des intrauterinen Kindes auch für den medizinischen Laien differenziert sichtbar gemacht. Bislang fantasierte Vorstellungen vom Ungeborenen werden in der Realität zunehmend abgebildet, und unter psychologischem Aspekt wird aus der „schwangeren Frau“ die „werdende Mutter“. Sie und ihr Partner knüpfen nunmehr Erwartungen an den Nachwuchs betreffs Aussehen, Geschlecht, auch Charaktereigenschaften. In der Vorstellungswelt entsteht ein Idealbild. Im sozialen Alltag findet das Ungeborene bereits einen festen Platz mit Rücksichtnahme und steigender Zuwendung durch die werdenden Eltern, aber auch durch das Umfeld und zweifelsfrei durch eventuell bereits vorhandene Geschwisterkinder. Die Bindung zum „Kind“ wird immer intensiver.

### ***Konkretisierungsphase (20.–32. Schwangerschaftswoche):***

Der Fetus wird unabhängig von der Identität der Mutter und des Vaters als nunmehr eigenständiges Wesen akzeptiert. Die Kindsbewegungen werden regelmä-

big wahrgenommen. Das Kind ergreift unabhängig von der Mutter durch seine Aktivitäten und die Lebhaftigkeit Eigeninitiative. In dieser Zeit treten die angehende Mutter und der Vater in einen mehr oder weniger innigen Dialog durch Berührung des weiter an Größe zunehmenden Bauches. Reaktionen des Kindes werden im Zusammenhang mit der Stimmung der Mutter gedeutet, Zwiesprache wird gehalten. Diese emotionalen Erfahrungen beginnen einzufließen in „Du bist ein Teil von uns“. Im sozialen Umfeld findet die werdende Mutter immer mehr rücksichtnehmende Beachtung. In dieser Phase mit Hochgefühl und Wohlbefinden sind Ängste und Zweifel eher geringer ausgeprägt.

***Antizipationsphase/Vorbereitungsphase (32.–40. Schwangerschaftswoche):***

Die Mutter und ihr Partner sind auf allen Ebenen von der Erwartung auf die Geburt bestimmt. Aber auch neuerliche Ängste und labile Stimmungen der angehenden Mutter nehmen zu, ebenso treten psychosomatische Beschwerden gehäuft auf. Die körperlichen Veränderungen gegen Ende der Schwangerschaft werden zunehmend als belastend empfunden. Neben diesen Beschwerden stellen sich Kreislaufdysregulationen, Verdauungsprobleme und Schlafstörungen ein. Die Mutter befasst sich mit der Zukunft, mit der Vorbereitung auf die Geburt und auf die Zeit danach. Die Vorstellungen vom Kind sind konkret, Geburtsmodalitäten werden besprochen, die Namensgebung ist bei bekanntem Geschlecht in den meisten Fällen abgeschlossen. Dennoch ergeben sich bei ungenügend auf die Geburt vorbereiteten Erstgebärenden und in der Vergangenheit Traumatisierten widersprüchliche Vorstellungen zum Geburtsablauf. Nicht selten sind diese verknüpft mit erheblichen Ängsten vor dem Ungewissen, vor Schmerzen, Komplikationen und eventuell nicht erkannten Fehlbildungen. Trotz intensiver Geburtsvorbereitung in Kursen und durch Hebammen, Atemübungen und Schwangerengymnastik bleibt die Angst vor dem Verlust der Selbstkontrolle.

Die in diesen vier Phasen dargestellten physischen und psychischen Veränderungen machen deutlich, dass mit zunehmender Schwangerschaftsdauer die Akzeptanz des Nachwuchses und die emotionale Bindung an das Kind sowohl durch die angehende Mutter als auch den werdenden Vater zunehmen. Die unterschiedlichen Veränderungen des sich entwickelnden Ungeborenen und seine intrauterinen Aktivitäten lösen Emotionen aus, die es als ein eigenständiges neues