

„Objektiv oder kognitiv weiß man es, aber ich hab’s noch nicht so richtig gefühlt.“

Leibwahrnehmungen Erstgebärender – Einfluss und Auswirkungen auf Liminalität in der Schwangerschaft

JENNIFER FALTERMEIER

Abstract Erstgebärende durchlaufen im Rahmen von Zeugung, Schwangerschaft und Geburt eine Statusveränderung: Sie werden zu Eltern/Müttern. In meinem kulturanthropologischen Beitrag widme ich mich ethnographisch den Phasen Schwangerschaft und Geburt. Dabei richte ich meinen Fokus auf den Leib der Schwangeren beziehungsweise Gebärenden, der sich – im Gegensatz zum Körper – ihrer eigenen Handlungsmacht entzieht (vgl. VILLA 2007: 10). Mit in Betracht ziehe ich dabei auch den in ihnen heranreifenden Leib des jeweiligen Ungeborenen. Dabei wird untersucht, welche Einflüsse die leiblichen Veränderungen im Rahmen der Schwangerschaft auf das Leben der Frauen in Bezug auf sich selbst, ihre Ungeborenen sowie ihr Umfeld haben. Zentral ist, wie diese leiblichen Prozesse und deren Wahrnehmungen zur Ausbildung und Formung von Liminalität beitragen. Dabei werden Spannungsfelder erkennbar: So benötigten meine Forschungspartnerinnen in den ersten Monaten ihrer Schwangerschaften die Hilfe medizinischen Personals, um das jeweilige, noch nicht spürbare Ungeborene erfahrbar zu machen. Mit voranschreitender Zeit wurde dieses hingegen zu einem unbekannten, fremden Leben im eigenen Körper, welches nach und nach auch für Außenstehende erfahrbar wird. Leib und Körper tragen dabei zu kulturellen Herausforderungen und Konflikten bei, darunter Ver- und Gebote zum Schutz des entstehenden Lebens, eine Reduktion auf die Rolle der ‚Schwangeren‘ sowie Einschätzungen von als ‚gut‘ empfundenen Geburten.

Schlagwörter Schwangerschaft – Erstgebärende – Liminalität – Leib – Körpererfahrung – Geburt

Antonia¹ versucht, mit ihrem Ehemann ein Kind zu bekommen, doch sie benötigen mehrere Anläufe, es dauert. Als sie endlich einen positiven Schwangerschaftstest in Händen hält, ist sie irritiert: Zwar hat sie nun eine objektive Bestätigung, aber das sich in ihr entwickelnde Ungeborene kann sie noch nicht erspüren. Es ist Antonias erste Schwangerschaft. Mit den biologischen Vorgängen Zeugung, Schwangerschaft und Geburt ihres Kindes geht eine folgenreiche Änderung ihrer sozialen und gesellschaftlichen Rolle einher, die zu dem großen Einfluss auf ihre Lebensführung hat: Von einer Frau ohne Kind wird sie zur Mutter (vgl. WULF 2008: 117f.; SCHNEIDER & ROST 1999: 19). Der französische Ethnologe ARNOLD VAN GENNEP beschreibt einen dreigliedrigen Prozess, in dem solche Statusveränderungen vonstattengehen. So erfolgen zunächst eine Ablösung aus der alten Statusgruppe, dann eine Übergangsphase und schließlich eine Eingliederung in die neue Grup-

pe. Dabei werden die Abschnitte von verschiedenen Ritualen begleitet (vgl. VAN GENNEP 1999 [1909]: 21). VICTOR TURNER widmet sich ebenfalls aus ethnologischer Fachperspektive spezifisch der Übergangsphase und beschreibt diese mit dem Begriff *Liminalität* als „Schwellenzustand“ (2000 [1969]: 95). Personen, welche sich in dieser Phase befinden, sind nach ihm „betwixt and between“ (1994 [1967]: 7), „weder das eine noch das andere“ (2000 [1969]: 95). Im Rahmen einer Schwangerschaft trifft dies in einem besonderen Maße auf Erstgebärende zu. Wann sehen sie sich oder ihr kulturelles Umfeld sie als Mütter? Wie die Kulturanthropologin JULIA BÖCKER am Beispiel von Frauen verdeutlicht, deren Ungeborene früh im Mutterleib verstorben sind, kann die Eigen- und Fremdwahrnehmung als Mutter sehr stark differieren. So bezeichnen sich auch Frauen mit sehr frühen Fehlgeburten teilweise bereits als Mütter, andere wiederum distanzieren sich von einer solchen Zu-

schreibung (vgl. BÖCKER 2017: 149ff.). Vor allem die gesellschaftliche Akzeptanz eines Elternstatus ohne Kind stellt sich häufig als schwierig heraus. So berichtete zum Beispiel auch die *Tageschau* bereits über politische Forderungen nach einem gesetzlichen Mutterschutz für Frauen, die ihr Kind vor der 24. Schwangerschaftswoche verloren haben, da ihnen dieser bisher nicht zustünde (vgl. SEITZ 2023).

Der Übergang zur Mutterschaft stellt einen Statuswechsel dar, der mit starken leibkörperlichen Vorgängen und Reizen einhergeht. Wie bereits aus dem Titel des vorliegenden Beitrags hervorgeht, kann ein Nichtspüren dieser Empfindungen Auswirkungen auf die Wahrnehmung der Schwangerschaft als solche haben. Der Blickwinkel auf die Formung und Ausprägung von *Liminalität* in der Schwangerschaft geht in dieser Studie von einer leiblichen Perspektive aus. Dabei verwende ich einen von der Sozialwissenschaftlerin PAULA-IRENE VILLA beschriebenen Leibbegriff, welchen sie an den Konzepten des Soziologen HELMUTH PLESSNER anlehnt (vgl. VILLA 2007: 10). VILLA unterscheidet dabei zwischen Leib und Körper. Sie betrachtet den Leib als „das individuelle, radikal subjektive Fühlen, das sich den anderen Menschen als solches nicht mitteilen kann“ (ebd.: 10) und sich unserer Handlungsmacht entzieht. Im analytischen Kontrast dazu sieht sie den Körper, welchen wir aktiv nutzen und verändern können (vgl. ebd.). Leibempfindungen stellen allerdings keine rein objektiven biologischen Vorgänge dar. Ihre Wahrnehmung und Einordnung ist immer auch kulturell und sozial geprägt (vgl. BÖCKER 2017: 142; VILLA 2007: 10) und wird dabei „auf verschiedene Weise erlebt, interpretiert und verarbeitet“ (NADIG 2011: 43). In diesem Beitrag beziehe ich zudem eine nicht wahrnehmbare Ebene des Leibes mit ein. Beschreibbar wird dies zum Beispiel an unbekannten Einschränkungen, welche die Verwirklichung eines Kinderwunsches erschweren können oder anhand des Leibes, der wissenschaftlich einen Embryo² in sich trägt, obwohl derselbe noch nicht fühlbar in Erscheinung tritt. Im Kontext von Schwangerschaften ist dies ein wichtiger Bestandteil des „Leib[es], über den wir nicht verfügen“ (VILLA 2007: 10). In diesem Sinne ist auch der rund neun Monate in ihm zu einem eigenständig lebensfähigen Menschen heranreifende Leib des Ungeborenen von Bedeutung.

Von Erstgebärenden kann dieser durch Kindsbewegungen erst ab etwa der 20. Schwangerschaftswoche leiblich geortet werden (vgl. TIEMANN & SCHÄFFLER 2023: 903). Mit zunehmender Evidenz vor allem durch Ultraschall und Kindsbewegungen kommt es im Laufe der Schwangerschaft zum „Aufbau einer frühen Form von Persönlichkeit und sozialer Beziehung“ (HIRSCHAUER *et al.* 2014: 20). Ein „inwändiger Anderer“ (ebd.: 250) wird geformt, der in einer ambivalenten Beziehung zur Schwangeren steht. Er kann zwar erfüllt und gespürt werden, begleitet die Schwangere auf Schritt und Tritt, dennoch bleibt er mangels äußeren Kontakts bis zu einem gewissen Maß unbekannt (vgl. ebd.: 138, 278). In Anbetracht der tiefgreifenden leiblichen Veränderungen untersuche ich in diesem Beitrag anhand der Erfahrungen zweier Interviewpartnerinnen, welchen Einfluss diese auf das Leben der Frauen in Bezug auf sich selbst, ihr Ungeborenes sowie ihr Umfeld über medizinische Diagnosen und Normierungen hinaus haben. Dabei frage ich, wie die leiblichen Prozesse und ihre Wahrnehmungen zur Ausbildung und Formung von *Liminalität* im Verlauf von Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt beitragen. Im Rahmen des Gebärens widme ich mich zudem den Einflüssen von Leib und Körper auf die mütterliche Einschätzung einer ‚guten Geburt‘.

Liminale Phase der Schwangerschaft

Wann fängt diese *liminale* Phase an und wann endet sie? Medizinisch betrachtet beginnt eine Schwangerschaft mit der Empfängnis und endet mit der Geburt. Bei einem Verlauf ohne verkürzende Komplikationen liegt die Dauer zwischen 263 und 273 Tagen (vgl. TIEMANN & SCHÄFFLER 2023: 1588), doch dies lässt sich nicht unmittelbar mit einer *liminalen* Phase gleichsetzen. So kann der Zeugung eines Kindes bereits eine längere Planungsphase vorangehen. Die Soziologin CORNELIA SCHADLER beschreibt Menschen, die sich durch Informationseinholung und verschiedene Praktiken bereits auf eine Schwangerschaft vorbereiten oder aktiv daran arbeiten als „Wannabe-Eltern“ (2013: 75). Im Fall von Komplikationen kann es hingegen zu einer verlängerten *liminalen* Phase kommen, wie die Kulturanthropologin JUDITH STEINHARDT für Eltern Frühgeborener feststellt. Benötigen diese noch einen stationären

Krankenhausaufenthalt oder sind sie noch so schwach, dass ihr Leben in Gefahr ist, kann dies die *liminale* Phase bis zur gefühlten Elternschaft verlängern (vgl. 2011: 93). Ebenso wirkt sich das bereits thematisierte Versterben Ungeborener auf die *Liminalität* aus (vgl. BÖCKER 2017: 149f.).

Neben dem schon genannten Werk von STEINHARDT gibt es bis heute und vor allem in den vergangenen Jahren nur wenige Untersuchungen im deutschsprachigen Raum aus einer kulturalanthropologischen Perspektive zu den Themen Schwangerschaft und Geburt. So nimmt CECILIA COLLOSEUS in ihrer Dissertation ein Mütterforum in den Blick und analysiert dort veröffentlichte Geburtsberichte (2018). MARITA METZ-BECKER widmet sich der Geburt aus der Perspektive von Hebammen (2021). Der *DFG-Sonderforschungsbereich* „Verwandtschaft als Repräsentation sozialer Ordnung und soziale Praxis: Kulturen der Zusammengehörigkeit im Kontext sozialer und reproduktionsmedizinischer Transformationsprozesse“ unter der Leitung von STEFAN BECK befasste sich von 2004 bis 2013 mit Reproduktionstechniken und Adoption (vgl. DFG 2024).

Die englischsprachige Forschung befasst sich seit den 2000er Jahren vermehrt mit gesellschaftlichen Erwartungen an Schwangere im Kontrast zu ihren eigenen Erfahrungen, ebenso kommt es zu einer Beschäftigung mit reproduktionsmedizinischen Thematiken (vgl. HAN 2018: 4). So untersucht EMILY ROSS ethnographisch den Umgang und die Deutung von Schwangerschaftsselbsttests (2018). MOLLY FITZPATRICK ließ sich zu einer geburtsbegleitenden Doula ausbilden und beschreibt ihre teilnehmenden Beobachtungen in zwei balinesischen Hebammenkliniken (vgl. 2022: 40). Aus dem Bereich der Gesundheitswissenschaften beschäftigen sich u.a. DENISE CÔTÉ-ARSENAULT, DAVYA BRODY und MARY-THERESE DOMBECK mit *Liminalität* in Schwangerschaften (2009).

Innerhalb der deutschsprachigen Ethnologie orientieren sich ELSBETH KNEUPER (2005) und MAYA NADIG (2011) in ihren Schwangerschaftsbezogenen Studien an VAN GENNEP (1999 [1909]) und TURNER (2000 [1969]; 1994 [1967]). Arbeiten aus der Soziologie hingegen sprechen zwar von „Statuspassagen“ (z.B. HIRSCHAUER *et al.* 2014: 261; MOZYGEMBA 2013: 38) und „Schwellen“ (z.B. HIRSCHAUER *et al.* 2014: 13; SCHADLER 2013: 15),

nehmen zumeist aber keinen Bezug auf ethnologische Konzepte. Zudem haben sie keine Entsprechung für Zusammenschlüsse von Menschen, die sich in der gleichen *liminalen* Phase befinden, welche TURNER als *Communitas* (2000 [1969]: 96) bezeichnet.

Wann ein Übergang beginnt und was als dessen Startpunkt beschrieben wird, unterscheidet sich stark. So setzen die Ethnologin ELSBETH KNEUPER und die Soziologin KATI MOZYGEMBA den Beginn mit der ersten ärztlichen Untersuchung, „weil in dieser Zeit mit der Bestätigung der Schwangerschaft durch einen Experten/eine Expertin, die Initiation in die Statuspassage stattfindet“ (MOZYGEMBA 2013: 38), und der dabei erfolgenden Überreichung des Mutterpasses (vgl. KNEUPER 2005: 181). Für sie beginnt die *liminale* Phase demnach mit einer offiziellen ärztlichen Attestierung, die fast jede Schwangere in Deutschland durchläuft und somit als ein kollektives Ritual betrachtet werden kann. Wann Schwangere ihren ersten Arztbesuch wahrnehmen, unterliegt in Deutschland keinen Regelungen und steht ihnen frei. So kann dies in Theorie also auch erst gegen Ende der Schwangerschaft erfolgen.

In einer umfassenden soziologischen Studie zu Schwangerschaft orientieren sich STEFAN HIRSCHAUER, BIRGIT HEIMERL, ANIKA HOFFMANN & PETER HOFMANN (2014) ähnlich wie in der bereits erwähnten Arbeit von SCHADLER (2013) hingegen an subjektorientierten Handlungs- und Denkmustern. In den von ihnen beschriebenen acht „Stationen der Schwangerschaft“ (ebd.: 13) – einer idealisierten Abfolge einer Schwangerschaft, die im realen Verlauf nicht immer alle Schritte beinhalten muss – stellt die erste Station die „Projektion: Paarkomposition, Kinderwünsche, Familienplanung, Verhütung“ (ebd.) dar. Die Schwangerschaft kann aus ihrem Betrachtungswinkel also auch bereits vor der Zeugung einsetzen.

Anhand der Studien von STEINHARDT (2011), BÖCKER (2017), SCHADLER (2013) und HIRSCHAUER *et al.* (2014) wird ersichtlich, dass *liminale* Phasen in der Schwangerschaft von verschiedenen Einflüssen geprägt sein können. Diese wirken sich wiederum auf Beginn, Ende und Wahrnehmung dieser Zeit als Übergang aus. Wie die Kulturalanthropologin SARAH NIMFÜHR schreibt, ist das Konzept der *Liminalität* bereits von TURNER

sehr offen formuliert und bietet somit eine breite Möglichkeit der Anwendung (vgl. NIMFÜHR 2020: 276). In ihren Forschungen mit geflüchteten Menschen stellt sie fest, dass *liminale* Phasen „auch in weitere Zwischenphasen untergliedert sein und/oder verschiedene Ebenen von *Liminalität* aufweisen [können], die sich überlappen und/oder aufeinander folgen“ (ebd.: 288).

Die Zeit von Zeugung, Schwangerschaft und Geburt ist geprägt von einer Vielzahl verschiedener Rituale (vgl. NADIG 2011: 43; WULF 2008: 117). Diese „Übergangsriten bzw. -rituale markieren und begleiten Ereignisse, die von Betroffenen als Einschnitte in ihren Alltag und als Übergänge von einem sozialen und/oder körperlichen Zustand in einen anderen erlebt werden“ (UHLIG 2020: 444). Die Kulturanthropologie verwendet hierbei einen „erweiterten Ritualbegriff“ (ebd.: 440), der nicht nur „Kollektivhandlungen und -vorstellungen, sondern auch individuelle Tätigkeiten [miteinschließt]“ (ebd.). So beinhaltet die Perspektive des Fachs neben allgemeinen den Schwangeren zugänglichen Handlungen, darunter die Wahrnehmung von in Deutschland gesetzlich vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2022), auch eigene Rituale – wie z.B. das Eincremen des Schwangerschaftsbauches – als leibkörperliche Kontaktaufnahme mit dem Ungeborenen.

Liminalität während Schwangerschaft und Geburt stellt ein Konzept dar, mit dem Übergänge aus verschiedenen Perspektiven und mit unterschiedlichen Schwerpunkten betrachtet und analysiert werden können. Ein subjektorientierter Blick auf den spezifischen Faktor der leiblichen Veränderungen und Empfindungen aus Sicht der deutschsprachigen Kulturanthropologie stellt bisher eine Lücke dar, die ich mit diesem Beitrag zumindest teilweise füllen möchte.³ Bei meinen Interviewpartnerinnen handelt es sich um zwei Frauen, die bisher jeweils ein Kind geboren haben. Antonia, 29 Jahre, verheiratet, ist als Sozialpädagogin an einer Schule angestellt und hegte schon länger einen Kinderwunsch. Zum Zeitpunkt unseres Interviews war ihre Tochter gerade zweieinhalb Wochen alt. Auch die zweite Interviewpartnerin Sophie ist Sozialpädagogin und meldete sich zum Interview auf einen Aushang von mir in einem Familienzentrum hin. Zu Beginn ihrer Schwangerschaft studierte die 23-Jäh-

rige noch und arbeitete zusätzlich in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung. Anders als Antonia wurde sie ungewollt schwanger. Noch bevor sie ihre Verwandten und Bekannten über die Schwangerschaft ins Bild setzte, heiratete sie den Vater ihres Kindes. Als wir miteinander sprachen, war ihr Sohn knapp ein Jahr alt.

Beide Gespräche waren zunächst ero-episch angelegt (vgl. GIRTLE 2001 [1984]: 147–168). Als Studentin, die selbst noch keinen Übergang zur Mutterschaft erlebt hat, versuchte ich in den Gesprächen eine Position „als ein Lernender, den man über die ihn interessierende fremde Lebenswelt bereitwillig aufklären will“ (ebd.: 152) anzunehmen. Obwohl meine Erzählimpulse nicht chronologisch orientiert waren,⁴ schienen Schwangerschaft und Geburt für meine Forschungspartnerinnen so deutlich terminierte Lebensereignisse zu sein, dass es für sie eine stringente Erzählung mit einem klar definierten Anfang (Kinderwunsch, Entdecken der Schwangerschaft), Hauptteil (Schwangerschaft) und Ende (erste Zeit mit dem Baby) nahelegte (vgl. MEYER 2020: 326). Dabei erzählten beide über längere Strecken sehr ausführlich und monologisch. Um nicht in den ergiebigen Redefluss und die Dynamik des jeweiligen Gesprächs einzugreifen, ließ ich die Entwicklung zu einer Art von narrativem Interview zu (vgl. SCHMIDT-LAUBER 2007 [2001]: 175). Da beide Frauen ihre Kinder zum Zeitpunkt unserer Gespräche bereits geboren hatten, bieten ihre Erzählungen einen retrospektiven Blick auf den Übergang zur Mutterschaft.

Diffuse Leiblichkeit

Die Schwangerschaften von Antonia und Sophie begannen unter verschiedenen Voraussetzungen. Antonia und ihr Mann hegten einen Kinderwunsch. Sie versuchten, ein Kind zu zeugen, doch Antonias Leib war dazu vorerst nicht in der Lage. Durch den medizinischen Zugriff auf ihren bis dahin als fruchtbar vermuteten Leib wurde dieser zu einem behandelbaren Körper. Nach Therapie ihrer Schilddrüsenunterfunktion stellte sich bei Antonia eine Schwangerschaft ein. Sophie hingegen hatte nicht geplant, ein Kind zu bekommen und wurde ungewollt schwanger. So traten Gedanken und Vorbereitungen bezüglich einer Mutterschaft zu unterschiedlichen Zeiten in das Le-

ben der beiden Frauen. Mit ihrem Kinderwunsch und den Versuchen, schwanger zu werden, gehörte Antonia mit ihrem Mann bereits zu den „Wannabe-Eltern“ (SCHADLER 2013: 75) und auch nach HIRSCHAUER *et al.* hatte sie damit den Elternwerdungsprozess bereits begonnen (vgl. 2014: 13). Während Antonia biologisch betrachtet zwar noch nicht schwanger war, befand sie sich dennoch schon in einer *liminalen* Phase zwischen Kinderwunsch und möglicher Schwangerschaft, die durch ein Einsetzen der Periode zwar kurzzeitig beendet wurde, aber durch neue Versuche und ärztliche Intervention immer wiederkehrte. Sie war „betwixt and between“ (TURNER 1994 [1967]: 7) bis zur Feststellung einer tatsächlichen Schwangerschaft.

Anders als Antonia hatte sich Sophie zuvor „noch nicht aktiv [damit] auseinandergesetzt, Mutter zu werden.“ Bei ihr trat die Möglichkeit einer Schwangerschaft durch das Ausbleiben ihrer Periode in Erscheinung. Ihr Leib zeigte an, dass sich etwas verändert hatte. Dennoch – wiederkehrende Unterleibsschmerzen ließen sie vermuten, dass sich ihr aufkommender Verdacht doch nicht bestätigt hatte: „Dann dacht’ ich jedes Mal – das weiß ich noch – auf der Arbeit ‚oh jetzt hab’ ich meine Tage bekommen‘ und bin aufs Klo und ‚äh ne ... doch nicht.‘“ Sie kannte das gleiche Gefühl von einer beginnenden Monatsblutung her und ordnete die Empfindung dieser zu. Ebenso deuteten gebärende Frauen neue, unbekannte Empfindungen wie einen Blasenprung als Bekanntes, beschreiben es als Urinieren oder Einnässen (vgl. COLLOSEUS 2018: 179). Der Beginn ihrer Periode hätte für Sophie gleichzeitig bedeutet, nicht schwanger zu sein. Ähnlich wie Antonia befand sie sich in einer Phase der Ungewissheit: schwanger oder nicht schwanger.

Als Sophies Menstruation weiter ausblieb, entschloss sie sich, das Rauchen zu reduzieren und passte damit ihr Verhalten, auch ohne Bestätigung, vorsorglich an. Nachdem sie sicher erfahren hatte, schwanger zu sein, verzichtete sie ganz darauf. Neben dem Wissen über die allgemeine Gesundheitsgefahr durch das Rauchen ist die Thematisierung der Schädlichkeit für das ungeborene Leben auch im Alltag in Deutschland präsent. So tritt sie in Form von Warnhinweisen auf Zigarettenschachteln an Kassen in Supermärkten und Discounter in Erscheinung. Schwangeren kann

sie zudem in Ratgebern wie von der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (vgl. BZGA 2022: 16) begegnen. Im Sinne von VAN GENNEP kann dies auch als eine besondere Verhaltensregel für Schwangere gewertet werden (vgl. 1999 [1909]: 47). Sophie, die zusätzlich ihre Ernährung anpasste und zum Beispiel keine Rohmilchprodukte mehr zu sich nahm, kam somit der von den Soziologinnen und Pädagoginnen RHEA SEEHAUS, LOTTE ROSE & MARGA GÜNTHER festgestellten kulturellen Aufforderung nach, „ihren Körper^s für das (zukünftige) Wohlergehen des Kindes zu optimieren“ (2015: 9), wozu werdende Eltern „spätestens ab Bekanntwerden der Schwangerschaft [...] in der Pflicht [stehen]“ (ebd.).

Beide Frauen führten einen Schwangerschaftstest durch. Wie ROSS schreibt, können mit der Nutzung und Deutung von Schwangerschaftstests viele Unsicherheiten einhergehen. Bereits der Verkauf in Multipackungen legt die Möglichkeit von Anwendungsfehlern nahe, welche ein mehrfaches Testen notwendig machen (vgl. 2018: 99). Selbsttests weisen das von der Plazenta produzierte Hormon Beta-hCG nach, dass im ersten Drittel der Schwangerschaft ansteigt (vgl. TIEMANN & SCHÄFFLER 2023: 226, 1589). Bei verfrühten Tests oder niedrigen Spiegeln zeigen die Tests keine oder nur schwache Indikatorstreifen an, was bei den von ROSS befragten Frauen zur größten Unsicherheit führte (vgl. 2018: 99). Wie ROSS zudem festhält, wirken sich wahrgenommene Veränderung auf die Interpretation von Schwangerschaftstests aus (vgl. ebd.: 98). In Sophies Fall ging mit der ausbleibenden Menstruation ein deutliches Zeichen für eine Schwangerschaft einher, welches durch den Test eine Bestätigung erfuhr. Sie und ihr späterer Mann behielten die Nachricht vorerst für sich. Sie musste sich selbst zunächst in der neuen Situation zurechtfinden. Antonia berichtete folgendermaßen von ihrem Test:

Als es dann endlich geklappt hat, war’s so: ... da hält man den Schwangerschaftstest so in der Hand und dann sind da diese Streifen drauf ... und dann ist das schon, ähm ... ja so ’n ganz komisches Gefühl, weil man WEISS es objektiv oder kognitiv weiß man’s ... aber man fühlt’s oder ich hab’s noch nicht so richtig gefühlt.

Antonia glaubte zwar dem Testergebnis, konnte es aber schwer einordnen. Ihre leibliche Wahrneh-

mung hielt noch nicht mit dem Test schritt (vgl. HIRSCHAUER *et al.* 2014: 138). Verstärkt wurde dies dadurch, dass sie – wie auch Sophie – kaum an Beschwerden litt. Keine der beiden Interviewpartnerinnen war zum Beispiel von Übelkeit betroffen. Für Sophie hatte das Fehlen dieser Schwangerschaftszeichen folgende Auswirkungen: „Also ich hatte Nasenbluten ein paar Mal auf der Arbeit ... habe schlecht geschlafen und so. Aber jetzt nicht irgendwie diese krasse Übelkeit oder so, dass ich da irgendwie tagtäglich dran erinnert werde, dass ich schwanger bin.“ Die Schwangerschaft war vorhanden, aber machte sich leiblich kaum bemerkbar.

Auch Antonia entschloss sich, in den ersten 13 Wochen nur wenigen Menschen von ihrer Schwangerschaft zu erzählen. Als Grund hierfür nannte sie die Verlustgefahr, die im ersten Schwangerschaftsdrittel erhöht ist. Ob ihr Leib die ersehnte Schwangerschaft aufrechterhalten würde, konnte sie nicht beeinflussen. Auch SCHADLER beschreibt diese Phase der Unsicherheit nach einer bestätigten Schwangerschaft und spricht von „*Vielleichtheit*“ der Schwangerschaft“ (2013: 148, Hervorh. i. Orig.). In beiden Fällen führte das Geheimhalten dazu, dass die beiden Frauen öffentlich noch nicht als schwanger galten (vgl. ebd.: 163).

„Mit dem Offenlegen der Schwangerschaft wird die Schwangerschaft zu einer sozialen Tatsache. Erst mit der Veröffentlichung der Schwangerschaft können die Rolle der werdenden Mutter von außen zugeschrieben und gesellschaftliche Rollenerwartungen an die Schwangere herangebracht werden“ (MOZYGEMBA 2013: 51). Dies führte bei beiden Sozialpädagoginnen zu sofortigen großen Veränderungen. Berufsbedingt wurden beide mit einem Tabu der Arbeitsausübung zum Schutz des in ihnen entstehenden Leibes belegt. Aufgrund ihrer Tätigkeiten im sozialen Bereich sowie den Schutzmaßnahmen während der COVID-19-Pandemie ging mit Bekanntmachung der zuvor ärztlich festgestellten Schwangerschaft ein sofortiges Betretungsverbot der Arbeitsstätten einher. Dies lässt sich in Bezug zu TURNERS Schwellenwesen setzen, die eine gesellschaftliche Sonderstellung einnehmen (vgl. 2000 [1969]: 95) und, wie VAN GENNEP schreibt, von Tabus betroffen sind (vgl. 1999 [1909]: 47). Auch NADIG spricht im Zusammenhang mit der ärztlichen Feststellung von

„sozialen Veränderungen“ (2011: 56) sowie besonderen Regeln (vgl. ebd.). Sophie berichtete:

Dann kam ich ins Beschäftigungsverbot und ich war dementsprechend dann irgendwie ja auch ... beschäftigungslos. Also war dann irgendwie ... hatte ich gar nicht mehr meinen Job und der nimmt ja schon irgendwie viel von einem ein und ist Austausch und Beschäftigung einfach und war dann halt irgendwie da schon so ein bisschen in die ... ja Hausfrauenrolle – hört sich jetzt doof an – aber so ein bisschen an meine Wohnung gefesselt.

Sophie fühlte sich dabei retraditionalisiert und auf ihre Wohnung verwiesen, gleichzeitig konnte sie sich nach eigener Aussage dabei schon ein wenig „einleben, wie das dann ist.“ Sie wurde dabei in eine Lage versetzt, die sie im Sinne TURNERS veranlasste, sich auf ihre zukünftige Rolle vorzubereiten (vgl. 2000 [1969]: 95).

Beim Versuch, die Schwangerschaften der Forschungspartnerinnen als *liminale* Phasen zu analysieren, zeigte sich, dass es sich nicht um eine liminale Phase handelte. Beide durchliefen „[m]ultiple Liminalitäten“ (NIMFÜHR 2020: 283). Zunächst befanden sie sich in einer „schwanger oder nicht schwanger“-Phase, welche sich – wie in Antonias Fall – bei einem nicht erfolgreichen Versuch auch mehrmals wiederholen kann. Nach einer Bestätigung durch einen Schwangerschaftstest gingen sie beide in eine „schwanger, in Erwartung eines Kindes“-Phase über. Diese war bei Antonia zudem aufgrund der Angst vor einem möglichen Abgang des Embryos von einer „*Vielleichtheit*“ der Schwangerschaft nach SCHADLER (2013) geprägt. Die Anfänge der zeitlich different begonnenen Schwangerschaften waren dabei eng verknüpft mit leiblichen Voraussetzungen und Empfindungen. Der Leib nimmt dabei eine ambivalente Rolle ein. So kann er zunächst Unterstützung benötigen, um eine Schwangerschaft überhaupt zu ermöglichen. Er kann die Schwangerschaft anzeigen, aber auch über sie hinwegtäuschen, indem seine Zeichen, die aus anderen Situationen bekannt sind, falsch eingeordnet oder vielleicht sogar herbeigesehnt werden. Er macht es nötig, auf ihn zu achten, denn er beherbergt einen weiteren Leib, der aber bisher noch nicht erspürt werden kann. Um dieses Achten zu gewährleisten, werden die Schwangeren mit Empfehlungen, Regeln und sogar Verboten konfrontiert, welche auch meine

beiden Interviewpartnerinnen in eine besondere Übergangsrolle versetzten.

Sehen und Hören des Nicht-Erspürbaren

„Dieses bewusste Realisieren, glaub ich, kam dann erst mit dem ersten Ultraschall.“ Der gynäkologischen Untersuchung wird in den Erzählungen der beiden Frauen große Bedeutung zugemessen. Dieser, wie Sophie es nennt, „große [...] Step“, belegt, dass da tatsächlich etwas ist, was vorher nur vermutet, zwar anhand eines Tests angezeigt, aber eben noch nicht direkt gespürt oder gesehen werden konnte. Mit dem Arztbesuch geht auch die Bestätigung der Eigenbeobachtung und der Schwangerschaftstestergebnisse durch medizinisches Personal einher (vgl. ROSS 2018: 99). Entgegen der Studie von HIRSCHAUER *et al.*, welche die besondere Erzählwürdigkeit des Ultraschalls mit seiner bildlichen Darstellung des entstehenden Menschen feststellte (vgl. 2014: 95–102), betonten die beiden Interviewpartnerinnen, ähnlich wie auch von KNEUPER in ihrer Studie analysiert (vgl. 2005: 42f.), den Herzschlag: „KRASS da schlägt ein Herz oder da ist irgendwie ein Mensch“, „Boah ja da schlägt jetzt halt ein Herz in mir und es lebt halt schon.“ Ihr Erstaunen unterstrichen die beiden Frauen mit den Ausdrücken „krass“ und „boah“. Vor allem Antonia, die sich während des gesamten Gesprächs sehr überlegt und gewählt ausdrückte, illustrierte damit ihre Überwältigung. Der Herzschlag verdeutlicht das Leben, sein Fehlen war vor der Einführung des Hirntodkriteriums neben nicht vorhandenem Atem ein sicheres Charakteristikum zur Feststellung des Todes (vgl. STRECKEISEN *et al.* 1992: 102f., zit. nach KALITZKUS 2001: 31). Auch die beiden Schwangeren werteten dies als Zeichen für das Leben und in Antonias Fall auch für Menschlichkeit.

Der Ultraschall gewährt zudem einen ersten Blick auf das Ungeborene und somit einen Blick in den Leib hinein auf ein langsam entstehendes „inwändiges Anderes“. Aufgrund der damaligen Hygienemaßnahmen während der COVID-19-Pandemie konnte Sophies Mann sie nicht zu den Untersuchungen begleiten, was sie sehr bedauerte. Durch ein erhaltenes Ultraschallbild konnte sie ihm trotzdem einen Blick in das Innere ihres Leibes gewähren und ihm das Ungeborene zeigen, es diene ihr und ihrem Mann somit als eine „exter-

ne [...] Vergegenständlichungshilfe“ (MOZYGEMBA 2013: 41) für das noch nicht Spürbare. Die Sonographie bietet außerdem in der fortgeschrittenen Schwangerschaft die Möglichkeit, die primären Geschlechtsmerkmale des Fötus festzustellen. Antonia ergriff diese nicht. Bei Sophie wurde das Ungeborene zunächst als Mädchen gedeutet, bei einer späteren Untersuchung stellte sich allerdings heraus, dass sie einen Jungen erwartete.

Die gynäkologische Untersuchung, in deren Rahmen der erste Ultraschall stattfand, stellte für beide Frauen ein erzählwürdiges Ereignis dar. Anders als KNEUPER, die diese Untersuchung und die dabei offizielle Bestätigung der Schwangerschaft durch Ärzt:innen als Beginn der *liminalen* Phase betrachtet (vgl. 2005: 181), befanden sich die Sozialpädagoginnen, wie in den vorherigen Kapiteln ausgeführt, meiner Interpretation nach bereits in dieser. Von Bedeutung war für beide allerdings das Instrumenten-vermittelte Hören und Sehen des Herzschlags, welcher das noch nicht fühlbare Ungeborene zu einem *Lebe*-Wesen machte.

Den Leib teilen: Die Schwangere und das Andere

Berichtete Sophie von einem anfänglichen nicht „tagtäglich daran erinnert“-Werden mangels wahrnehmbarer leiblicher Zeichen, änderte sich dies mit dem Wachstum des Ungeborenen Schritt für Schritt. So stellte auch Antonia fest: „Das geht dann so Tag für Tag für Tag. Das wird dann immer realer und irgendwann spürt man dann ja auch, wie das Baby sich bewegt ... und dann kann man sich's [*lacht*] nicht mehr wegdenken.“ Mit den ersten Bewegungen entwickelt sich die Schwangerschaft zu einer „fassbaren Erfahrung“ (KNEUPER 2005: 52). Anders als Sophie, die angab, schon sehr früh erste Bewegungen gespürt zu haben, erzählte Antonia, dass ihre Vorderwandplazenta⁶ dazu führte, dass sie die Regungen eher gedämpft und spät wahrnahm. Die anatomischen Konstitutionen von Schwangerer, Ungeborenem und Plazenta schränkten die leibliche Realisierung des ungeborenen Lebens somit ein. Antonia beschrieb es als ein „Kribbeln“ und gab ihre anfängliche Unsicherheit bei der Zuordnung preis: „Ich habe mir immer gedacht, ah das ist noch nix, also das ist noch nix, weil man, man weiß ja einfach nicht wie sich's anfühlt.“ Sie verfügte über noch

kein Vorwissen, wie sich Kindsbewegungen anfühlen sollten (vgl. HIRSCHAUER *et al.* 2014: 140), und über keine „Vergleichsbasis“ (KNEUPER 2005: 20). Um es mir zu verbildlichen, griff sie – mit dem Hinweis „manchmal wird's auch beschrieben“ – den Vergleich mit dem Flattern von Schmetterlingen auf, das ebenso ein gängiges Bild in der Ratgeberliteratur ist (vgl. HIRSCHAUER *et al.* 2014: 141). Sophie beschrieb die ersten Bewegungen als ein „Kitzeln“. Beide identifizierten Situationen, in denen sich ihre Ungeborenen besonders deutlich regten, aber Antonia war auch hier vorsichtig. Sie nahm die Kindsbewegungen vor allem in Ruhephasen wahr, was sie auch als Möglichkeit deutete, während dieser einfach besonders aufmerksam gewesen zu sein. Sophie, die ihr Ungeborenes vor allem nach dem Essen spürte, witzelte über mögliche Charaktereigenschaften ihres Kindes, das sich dabei vielleicht auf gute Speisen freute.

HIRSCHAUER *et al.* bezeichnen das Empfinden der Kindsbewegungen als „maximal intime Wahrnehmung im Körperinneren“ (2014: 94). Wie an Sophies Beispiel deutlich wird, konstituierte sich der Fötus mit zunehmender Aktivität und Wahrnehmbarkeit immer mehr zu einem „inwändigen Anderen“. Für Antonia wurde dieses Andere ein „intimer Fremder“ (KALITZKUS 2003, *zit. nach* HIRSCHAUER *et al.* 2014: 165). HIRSCHAUER *et al.* wenden hier das von der Ethnologin VERA KALITZKUS entwickelte Konzept zur Organspende an. KALITZKUS zeigt in diesem das ambivalente Verhältnis von Spendenempfänger:innen zu ihren ‚fremden‘ Organen auf, mit denen sie in engem Verbund leben (vgl. 2008: 245). HIRSCHAUER *et al.* beschreiben den Verbund von Schwangerer und Ungeborenem folgendermaßen:

Mitunter befremdliche Mischung von Präsenz und Absenz: Einerseits befinden sie sich in größtmöglicher Nähe zum Ungeborenen, andererseits ist dieses nicht als ‚Gegenüber‘ fassbar. Schwangere können sich nicht – wie im Alltag üblich – im Spiegel des Anderen ausrichten (2014: 165).

Antonia drückte dies vor allem beim Thema Sprechen mit dem Ungeborenen aus: „Für mich war's komisch, laut mit jemandem zu reden, den ich weder kenne, noch ein Bild dazu im Kopf habe.“ Verstärkt wurde dies, wie sie vermutete, durch das Nichtwissen des Geschlechts, was es „so 'n bisschen ungreifbarer“ gemacht habe. Ohne eine Ge-

schlechtszuweisung fehlte ihr „ein wesentliches Vehikel der *Personalisierung* von Ungeborenen“ (HIRSCHAUER *et al.* 2014: 169; Hervorh. i. Orig.). Aber auch ohne das Sprechen nahm Antonia Kontakt zu ihrem Kind auf. Sie verwendete ein anderes Ritual und kommunizierte mit dem Ungeborenen auf leibkörperlicher Ebene, indem sie ihren Bauch eincremte und massierte. Zudem drückte sie in der fortgeschrittenen Schwangerschaft auf ihren Bauch, was Reaktionen wie Treten hervorrief. Sie wirkte, zieht man VILLAS Definition von Körper und Leib zu Rate (vgl. 2007: 10), mit einer körperlichen Handlung auf den Leib des Fötus ein.

Sophie hingegen sprach mit ihrem Kind und nannte es auch bei seinem weiblichen Namen. Als sich allerdings nach längerer Zeit herausstellte, dass es doch ein Junge werden würde, überforderte sie dies zunächst:

Weil sich das angefühlt hat, als wenn man mir meine Tochter sozusagen WEGGENOMMEN hätte, voll beschauert, aber so war das dann irgendwie. Als ob man mir mein Mädchen genommen hat und mir irgendwie so ein ganz anderes Baby in den Bauch gesteckt hätte. Also voll verrückt eigentlich, dass das Geschlecht dann eigentlich doch ... so ... so eine große Rolle spielt.

Sophie erzählte, dass das Geschlecht für sie eigentlich nicht von Bedeutung sei. Als sie erfahren habe, dass es ein Mädchen werden würde, habe sie sich stark damit identifiziert und sich in der Rolle als „Mädchenmama“ gesehen. Sie entwickelte ein Bild von ihrem „inwändigen Anderen“ und kommunizierte gemeinsam mit ihrem Mann mit der angenommenen zukünftigen Tochter. Wie HIRSCHAUER *et al.* analysieren, kreieren viele Paare bestimmte Vorstellungen über die Lebensführung als Familie anhand des biologischen Geschlechts ihres Nachwuchses, welches sie mit Stereotypen in Bezug auf Hobbys und Charaktereigenschaften verbinden (vgl. 2014: 193). Die Änderung war zunächst schwer vereinbar mit Sophies Zukunftsvorstellungen. Die Bedeutung des Geschlechts schien für sie so gewichtig zu sein, dass sie das Ungeborene daraufhin als „intimen Fremden“ wahrnahm. Die ärztliche Feststellung glich in ihren Augen einem leiblichen Eingriff, bei dem das Kind ausgetauscht wurde. Ähnliche Gefühle des

Austausches beschreiben auch Personen, bei deren Ungeborenen *Trisomie* festgestellt wurde (vgl. ebd.: 154).

Leiber und die Anderen

Mit dem Heranwachsen der Ungeborenen und der Sicht- und Spürbarkeit durch den weiblichen Leib hindurch wurde die „dyadisch-exklusive [...] Kontakt- und Beziehungsform“ (HIRSCHAUER *et al.* 2014: 138) auch offen für die Ehemänner von Sophie und Antonia. Sophie beschrieb diesen „ersten Kontakt“ ihres Mannes mit dem Kind als wichtig für ihre Rolle als Eltern. So war es „das erste Mal, dass wir uns so gemeinsam richtig aktiv mit dem Kind irgendwie beschäftigen konnten.“ In Antonias Fall übernahm ihr Mann das Sprechen mit dem Ungeborenen und nutzte die Bauchdecke als eine Art Schnittstelle zwischen außen und innen (vgl. HIRSCHAUER *et al.* 2014: 161). Auf diese Weise begegnete Antonia auch der Verunsicherung, ihrem Ungeborenen ein Ritual vorzuenthalten, zu welchem werdende Eltern in Schwangerschaftsratgebern aufgefordert werden (vgl. KRUMBÜGEL 2015: 147f.):

Das Sprechen tatsächlich hat dann eher mein Partner übernommen [*lacht*], weil wir immer gelacht und gesagt haben: ‚Also irgendjemand muss mit diesem Kind sprechen‘ [...], man sagt ja, dass scheinbar auch die Stimmen des näheren Umfelds wahrgenommen werden dann mit der Zeit.

Aber auch Antonias Verwandtschaft sowie Freund:innen nahmen mit zunehmender Sichtbarkeit der leiblichen Veränderungen Bezug auf die Schwangerschaft: „Je dicker der Bauch wird, natürlich, desto mehr wird man angesprochen oder desto mehr wird auch nachgefragt: ‚Wie geht’s dir denn?‘, ‚Was macht das Baby?‘, ‚Spürst du was?‘, ‚Wie fühlst du dich?‘, ‚Brauchst du irgendwas?‘ und so. Und das war schon schön.“ Durch ihr Erscheinungsbild als Schwangere erfuhr sie eine besondere Aufmerksamkeit. Als 29-jährige Frau wurde sie nach ihrem leiblichen Be- und Empfinden befragt. „Sobald Schwangerschaftszeichen sichtbar werden, genießt die Schwangere einen gewissen Schutz und Rücksichtnahme häufig mit Blick auf die allgemein bekannten Tabus und Verhaltensregeln“ (COLLOSEUS 2018: 57). Zudem wird Schwangerschaft oftmals mit Hilfsbedürftigkeit in Be-

ziehung gesetzt, worauf das Umfeld reagiert und vermehrt Hilfe anbietet (vgl. SEEHAUS 2015: 20f.).

Mit dem Zunehmen des leiblichen Umfangs sinkt die Intimität der Schwangeren nach außen. Können sie ihren Bauch anfangs noch aktiv, im Sinne eines körperlichen Handelns (vgl. VILLA 2007: 10) durch Kleidung verstecken, verändert sich ihr Zustand so weit, dass sie für ihr Umfeld ein Stück weit gläsern werden. Außenstehende können deuten, dass hier ein Kind gezeugt wurde, es sich in ihrem Bauch befindet und wohl bald geboren werden wird (vgl. HIRSCHAUER *et al.* 2014: 74). KNEUPER wertet diese „Porösität“ (2005: 183) als ein wichtiges Zeichen für die *Liminalität* und die Reduktion der Frauen auf ihr Dasein als Schwangere (vgl. ebd.). So erzählte Antonia: „Ich hatte ’nen sehr ausladenden Bauch, also ich konnte das zum Schluss auch nicht mehr verbergen.“ Aufmerksamkeit erfuhr sie nun auch von Fremden. Immer wieder sei sie von Spaziergänger:innen angelächelt worden. Aber es blieb nicht nur bei nonverbalen Kontakten, „was mich tatsächlich dann gestört hat, dass ich oft so im Spaß angesprochen wurde: ‚Ah, haha, das werden jetzt bestimmt Zwillinge.“ Fremde, die ihr zufällig begegneten, sprachen Antonia auf eine sensible und intime Angelegenheit an. Mit der häufig auftretenden Thematisierung ihres Umfangs wurde Antonias Leib, den sie mit voranschreitender Schwangerschaft nicht mehr aktiv verbergen konnte, von Fremden beurteilt und als zu groß für nur ein Kind klassifiziert. Als „Schwellenwesen“ mit gesellschaftlicher Sonderposition (vgl. TURNER 2000 [1969]: 95) scheinen andere Verhaltensnormen in Kraft zu treten als im Umgang mit fremden – nicht schwangeren – Personen. Darüber hinaus kann es neben verbalen Grenzüberschreitungen durchaus auch zu Situationen kommen, in denen Bekannte und auch Fremde die Bäuche von Schwangeren berühren wollen (vgl. SCHADLER 2013: 197, 245; CÔTÉ-ARSENAULT *et al.* 2009: 75). Es kommt zu einer „ungewollte[n] Vergemeinschaftung eines Zustands“ (HIRSCHAUER *et al.* 2014: 74).

Anders als während Sophies Schwangerschaft, die in Zeiten strenger Beschränkungen aufgrund der COVID-19-Pandemie fiel, wurden vor der Geburt von Antonias Kind bereits wieder viele Kursangebote für werdende Eltern aufgenommen. So besuchte Antonia spezielle Sportkurse für Schwangere, die auf die leibkörperlichen

Bedürfnisse der Frauen eingingen. Hier kommen die von TURNER (1994 [1967]) beschriebenen *Communitas* zum Tragen, denen KNEUPER in der Schwangerschaft nur eine geringe Bedeutung beimisst (vgl. 2005: 183). CÔTÉ-ARSENAULT *et al.* hingegen schreiben, dass Schwangere den Angeboten oft auf der Suche nach Orientierung beitreten und die Gemeinschaften als hilfreich empfinden würden (vgl. 2009: 75). Ebenso sah es Antonia, die sich bewusst für den Besuch solcher Gruppen entschieden hatte:

Im Hinblick darauf, dass ich gerne auch andere Schwangere kennen lernen wollte, weil im Freundeskreis aktuell niemand schwanger ist, auch nix in Planung ist und deswegen ... ja, der Austausch mir einfach wichtig war. Dass man über dieselben Themen sprechen möchte und es hat sich dann bewahrt, dass da jetzt tatsächlich auch Freundschaften entstanden sind.

Von Leib zum Körper

Nach rund neun Monaten endeten die Schwangerschaften von Antonia und Sophie. Beide Frauen gebären in einem Krankenhaus, dennoch wichen die Entbindungen in Ablauf und Wahrnehmung erheblich voneinander ab. Medizinisch werden drei Arten des Gebärens unterschieden: „Spontangeburt, vaginal-operative Geburten (Saugglocke, Zangen Geburt, Manualhilfe bei Beckenendlagen) und Kaiserschnittgeburten“ (TIEMANN & SCHÄFFLER 2023: 606). Antonia gebär ihre Tochter vaginal mit der Unterstützung einer Schmerzmittelfusion und Lachgas. In unserem Interview zweieinhalb Wochen nach der Geburt sprach sie von „eine[r] super schöne[n] Geburt. Also ... nicht schön in Sinne von perfekt oder im Sinne von schmerzfrei oder irgendwie so, sondern einfach im Sinne von, dass es sehr gut gelaufen ist, weil am Ende alle wohlauf waren.“ Auch knapp ein Jahr nach der Geburt resümierte sie in einem E-Mail-Kontakt: „Im Bericht steht, es hätte sich um eine ‚komplizierte‘ Geburt gehandelt, da die Austreibungsphase sehr lange gedauert hat und ich sehr viel Blut verloren habe. Ich habe das aber überhaupt nicht so wahrgenommen. Für mich war es eine rundum schöne Geburt!“

Im Gegensatz dazu berichtete Sophie: „Also ich hatte mir ’ne ganz schöne, äh, natürliche Ge-

burt ohne ... ohne große Interventionen und ohne großes, ja, ... großes Trallala gewünscht und vorgestellt und mich auch drauf vorbereitet“, doch nach über 30 Stunden in den Wehen kam ihr Sohn durch einen Kaiserschnitt zur Welt. Eigentlich wollte sie ihr Kind nur durch eigenen Körperinsatz gebären. Die Schnittentbindung machte allerdings eine Spinalanästhesie nötig, welche ihre leibkörperlichen Empfindungen unterhalb des Bauchnabels ausschaltete (vgl. TIEMANN & SCHÄFFLER 2023: 1646). Ihrer eigenen Wahrnehmung nach wurde sie dadurch auf einen passiven und partiell empfindungslosen Leib reduziert. Die Schnittentbindung war nicht ihre bevorzugte Geburtsform und stellte für sie ein negativ konnotiertes Erlebnis dar, „weil dein Baby da wirklich aus dir rausgenommen wird und nicht du das selber irgendwie so rausschiebst ... langsam.“ Der ungewollte Kaiserschnitt führte bei Sophie zu „so Gefühle[n] von Versagen“, wie sie auch CECILIA COLLOSEUS in den von ihr untersuchten Geburtsberichten feststellen konnte (vgl. 2018: 217). In ihrem Kapitel zu „traumatischen Geburten“ erläutert sie anhand ihrer Analysen, dass „nicht ‚aus eigener Kraft‘ geboren zu haben [...] als persönliches Scheitern verstanden [wird]“ (ebd.: 217).

In kulturanthropologischen und soziologischen Arbeiten der vergangenen Jahre variieren die Beobachtungen zur Einstellung von Gebärenden bezüglich der bevorzugten Geburtsweise. Wie COLLOSEUS schreibt, beherrschen „normale‘ oder ‚natürliche‘ und Spontangeburt [...] den öffentlichen Diskurs“ (ebd.: 96). Ebenso stellt die Soziologin SARAH ECKARDT in ihrer Studie zu *Subjektivierungsweisen von Gebärenden Frauen zwischen individueller Praxis und öffentlichem Diskurs* (2020) fest, dass sich die meisten ihrer Forschungspartnerinnen eine „natürliche Geburt“ wünschten (vgl. ebd.: 232). Bei den Begriffen ‚natürliche‘ oder ‚normale‘ Geburt handelt es sich um keine medizinischen Konzepte. Die „medizinische [...] Geburtshilfe“ (PELLENGAHR 2001: 279) versteht darunter ein möglichst interventionsloses oder -armes Gebären (vgl. ebd.).⁷

Aus den von MARITA METZ-BECKER geführten Interviews mit Hebammen geht wiederum ein vermehrter Wunsch Gebärender nach medizinischen Interventionen und Kaiserschnitten hervor (vgl. 2021: 127). Aus Sicht der *Weltgesundheitsorganisation* sind Kaiserschnitte „effective in saving

maternal and infant lives, but only when they are required for medically indicated reasons“ (WHO 2015: 4), welche idealerweise nur in medizinisch notwendigen Fällen durchgeführt werden sollten. Anhand ihrer Studien hält die WHO fest, dass nur bis zu einer Kaiserschnitt-Rate von zehn Prozent aller Geburten ein Rückgang der Sterblichkeit von Müttern und Kindern nachgewiesen werden könne. Allerdings stellt sie einen stetigen Anstieg fest, seit sie 1985 erstmalig eine Empfehlung für eine Rate zwischen zehn und 15 % ausgesprochen hat (vgl. ebd.). Diese Zunahme deckt sich auch mit der Entwicklung in Deutschland. Erfolgt 1991 15,3 % aller Krankenhausgeburten per Kaiserschnitt, lag die Zahl im Jahr 2021 bei 30,9 % (vgl. DESTATIS 2023). METZ-BECKER wirft Fragen nach mangelndem Körpervertrauen und dem Wunsch nach Schmerzvermeidung von Schwangeren auf, da Hebammen in ihren Interviews ein vermehrtes Verlangen Gebärender nach medizinisch nicht indizierten Kaiserschnitten sowie einem Einsatz von anästhetischen Interventionen wie einer PDA¹ kritisierten (vgl. 2021: 118–132) – wobei sich diese Kritik selbst ebenfalls wieder als internalisierte ‚Idealvorstellung‘ kritisieren lässt.

Dies zeigt, dass die Diskurse um eine ‚gute‘ Art zu gebären ein hohes Konfliktpotential bergen. An Sophies Beispiel wird ersichtlich, dass das Narrativ eines selbsttätigen Gebärens als ‚bessere‘ und ‚zufriedenstellendere‘ Geburt, wie es zum Teil von Hebammen und Müttern getragen wird, negative Auswirkungen haben kann. In ihrem Fall führte das von ihr so interpretierte ‚Misslingen‘ des Gebärens in der von ihr bevorzugten körperlich selbsttätigen Form zu Gefühlen des Versagens.

In beiden Interviews erkundigte ich mich, wie die Frauen die Trennung der Verbindung zu ihren Kindern erlebt haben. Antonia berichtete zunächst kurz von der Freude, dass die Geburt gut verlaufen sei und beschrieb dann sehr sachlich ihre leiblichen Empfindungen:

So dieses Gefühl von Leere, das hatte ich schon und auch dass die ganzen Organe so erstmal wieder ihren Platz finden müssen und auch die Wirbelsäule, das Gefühl, dass die ganze Statik so [lacht] ’n bisschen gestört ist und natürlich jetzt auch in der Zeit noch vom Wochenbett, dass einfach alles sehr körperlich anstrengend ist und ja die ganzen Muskeln erst wieder ihren Platz finden müssen und so. Aber ich würde jetzt nicht sagen,

dass ich der Schwangerschaft so an sich nachtrauere, [...] also ich freu mich jetzt eher, dass ich’s Baby halt jetzt in den Armen hab.

Weiter gab sie an: „Die Rollen [sind] jetzt auch verändert. Dass man wirklich jetzt Mama und Papa ist. Jetzt gibt’s kein Weg mehr dran vorbei!“ Für Sophie gab es keine richtige Trennung:

Nachdem mein Baby auch im Krankenhaus eigentlich nur auf uns war und die ersten 24 Stunden vielleicht auch nur auf mir und wir durch die Brustwarze im Mund trotzdem irgendwie verbunden waren, wie durch die Nabelschnur ... waren wir trotzdem irgendwie verbunden und er an mir, nur, dass er den Ort so ein bisschen gewechselt hat.

Zu einem späteren Zeitpunkt des Interviews erzählte sie, vor ein paar Monaten angefangen zu haben, das Gefühl der Schwangerschaft sehr positiv zu resümieren. Hierbei wird der auffallende Kontrast zwischen einer Leibbezogenheit während der Schwangerschaft und einer Körperbezogenheit während und nach der Geburt, der bei beiden Frauen zum Tragen kam, nochmals verdeutlicht: „Also du hast da nicht irgendwie dein Baby auf dem Arm und musst gucken, dass du aktiv seine Bedürfnisse stillst, sondern das wird ja alles irgendwie von deinem Körper übernommen, du hast nur die schönen Aspekte, und zwar, dass du weißt, dein Baby ist in Sicherheit bei dir.“

Fazit

Menschen, die mit leibkörperlichen Veränderungen wie im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt konfrontiert sind, sind häufig eingebunden in ein medizinisches System aus Untersuchungen und Diagnosen. Wie ich in diesem Beitrag anhand von Interviews mit zwei Müttern, die jeweils ihr erstes Kind geboren haben, exemplarisch aufgezeigt habe, kann eine Analyse von persönlichen leibkörperlichen Erfahrungen Einblicke in physiologische Vorgänge über medizinische Normierungen hinaus geben. Neben der persönlichen Wahrnehmung ihres Zustandes lassen sich auch Erkenntnisse über ihren Umgang mit der jeweiligen Situation in der Interaktion mit ihrem sozialen Umfeld sowie mit den an sie gestellten kulturellen Erwartungen gewinnen. Vorgänge wie das

Elternwerden, die von einem vergangenen Zustand zu einem neuen, veränderten Zustand führen, legen aus kulturanthropologischer Perspektive einen Fokus auf *Liminalität* nahe.

Mit dem gewählten Ansatz konnte ich am Beispiel der beiden Frauen aufzeigen, dass der Übergang zur Elternschaft durch *multiple Liminalitäten* geprägt ist, welche in Abhängigkeit von Leibwahrnehmungen, Denk- und Handlungsmustern der jeweiligen Schwangeren oder Gebärenden stehen. Diese *Liminalitäten* können zu verschiedenen Zeiten einsetzen, was auch bereits vor einer biologischen Schwangerschaft erfolgen kann. Ebenso können sie unterbrochen werden und neu beginnen.

Der Leib der Schwangeren, der eine biologische Grundvoraussetzung für die Entstehung und Aufrechterhaltung neuen Lebens darstellt, nimmt eine bedeutende Rolle bei der Ausprägung von *Liminalität* ein. Spätestens mit Sichtbarwerdung der leiblichen Veränderungen der Frauen stellt sich eine widersprüchliche gesellschaftliche Sonderstellung ein, die sie zu von TURNER beschriebenen Schwellenwesen werden lässt. Einerseits sind sie damit besonders schützenswerte Personen, für die zudem bedürfnisorientierte Kurse angeboten werden, die zur Vergemeinschaftung in *Communitas* beitragen. Andererseits können Schwangere mit grenzüberschreitendem Verhalten Fremder konfrontiert werden. Die Hemmschwelle, Kontakt zu ihnen aufzubauen, scheint niedriger zu sein als gegenüber Personen, die nicht in Erwartung eines Kindes sind.

Eine Besonderheit dieses Statuswechsels stellt das Ungeborene dar, das im Leib der Schwangeren heranreift. Da dieses zwar zunächst nicht durch die Schwangere erspürt werden kann, seine Anwesenheit aber dennoch Auswirkungen auf *Liminalität* hat, zeigte sich die Erweiterung von VILLAS Leibbegriff (vgl.: 2007: 10) um eine nicht wahrnehmbare Ebene des eigenen Leibes im Rahmen von Schwangerschaften als zweckmäßig. Im weiteren Verlauf von Schwangerschaften entwickelt sich die Wahrnehmbarkeit des Ungeborenen über eine passive Präsentation durch ärztliche Untersuchungen hin zu leiblicher Empfindung von Bewegungen. Letztlich können diese auch von Außenstehenden durch die Bauchdecke beobachtet und erfühlt werden, was den Beziehungsaufbau für den anderen Elternteil unterstützen kann. Da die Sichtbarkeit

des Ungeborenen nur durch Ultraschall möglich ist und Details wie primäre Geschlechtsmerkmale einer Deutung durch medizinisches Fachpersonal unterliegen, kann aus dem von HIRSCHAUER *et al.* beschriebenen „inwändigen Anderen“ ein „intimer Fremder“ (KALITZKUS 2003, zit. nach HIRSCHAUER *et al.* 2014: 165) werden, was Schwangere in kulturelle Konflikte verwickeln kann.

In Anbetracht von Leib und Körper zeigte sich, dass Spontangeburt, die von den Gebärenden gewünscht wurden, in Kontrast zur Schwangerschaft stehen. Der Leib der Schwangeren tritt zurück und der Wunsch nach aktivem körperlichen Zur-Welt-Bringen des Kindes gerät in den Vordergrund. Einschränkungen des selbsttätig gewünschten Gebärens können dabei zu Gefühlen des persönlichen Versagens – vor allem bedingt durch kulturelle Normvorstellungen hinsichtlich ‚natürlicher‘ Geburten – führen.

Auch im Rahmen der leiblichen Trennung wird ein Wechsel von Leib zu Körper ersichtlich. Das zunächst ohne das bewusste Zutun der Schwangeren durch den Mutterleib versorgte Neugeborene muss nun durch aktive körperliche Handlungen versorgt werden. Dies weist auf ein Ende von *Liminalität* im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt hin. Neben dem Statuswechsel im Rahmen von (erster) Schwangerschaft und Geburt gibt es viele weitere kleinere und größere Übergänge, die mit leibkörperlichen Veränderungen einhergehen, darunter etwa der Wechsel zum erreichten Geschlecht im Zuge einer Geschlechtsumwandlung, die Gewöhnung an ein Spenderorgan oder schließlich auch das Sterben. Dabei beeinflussen diese Statuswechsel das alltägliche Leben – subjektorientierte Forschungen mit Fokus auf *Liminalität* können hier über das Thema Geburt hinaus zu einem erweiterten Verständnis entsprechender Prozesse beitragen.

Anmerkungen

1 Beide Forschungspartnerinnen wurden anonymisiert. Das Interview mit Antonia fand im Dezember 2022 statt, im November 2023 traten wir nochmals über E-Mail miteinander in Kontakt. Mit Sophie sprach ich im Februar 2023. Beiden möchte ich für ihre Unterstützung und Offenheit danken.

2 Vom 16. bis 60. Entwicklungstag befindet sich das Ungeborene in der Embryonalphase und wird als Embryo bezeichnet. Darauf folgt die Fetalphase, die bis

zur Geburt dauert (vgl. TIEMANN & SCHÄFFLER 2023: 461, 1587).

3 Grundlage dieses Artikels bildet eine Hausarbeit, welche ich im Master-Seminar „Liminaler Leib – Grenzen des Körpers. Zur leib-körperlichen und räumlichen Dimension von Übergängen“ bei Miriam Braun im Fach Kulturanthropologie an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz im Wintersemester 2022/23 verfasst habe.

4 So fragte ich Antonia nach einem anfänglichen Austausch über mein Forschungsinteresse und Vorgehen, wie es sich denn angefühlt habe, ein neues Leben in sich zu bergen. Dabei erklärte sie mir, dass sie dies anfangs schwer realisieren habe können und begann dann davon zu erzählen, dass der Kinderwunsch auf- und einer Schilddrüsenunterfunktion zunächst nicht in Erfüllung gegangen sei.

5 Die Autorinnen unterscheiden nicht zwischen Körper und Leib.

5 Die Plazenta kann sich an der Vorder- oder Rückwand der Gebärmutter befinden (vgl. TIEMANN & SCHÄFFLER 2023: 1373).

6 Das Spektrum bei „alternativen Geburtskonzepten“ (PELLENGAHR 2001: 279) ist hingegen viel größer und reicht bis zum Gebären ohne jeweilige Kenntnisse des Vorgangs, was als ‚Natürlichkeit‘ in Verbindung mit der Tierwelt aufgefasst wird (vgl. ebd.: 279).

7 Mit PDA wird die *Periduralanästhesie* abgekürzt. Hierbei handelt es sich ähnlich wie bei der Spinalanästhesie um eine Methode, die u.a. zur Betäubung von Körperpartien der unteren Hälfte verwendet wird (vgl. TIEMANN & SCHÄFFLER 2023: 1330f.).

Referenzen

- BÖCKER, JULIA 2017. Inwändig, unsichtbar, liminal. Ambivalenzen pränataler Verluste. In JAKOBY, NINA & THÖNNES, MICHAELA (eds) *Zur Soziologie des Sterbens. Aktuelle theoretische und empirische Beiträge*. Wiesbaden: Springer Fachmedien: 135–156.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2022. Gesund leben. Schwangerschaftsvorsorge: Untersuchungen und Beratung. <https://gesund.bund.de/schwangerschaftsvorsorge> [09.11.2023].
- BZgA (BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDEITLICHE AUFKLÄRUNG) 192022. *Rund um Schwangerschaft und Geburt. Umfassende Informationen zu Schwangerschaft, Geburt, Vorsorge, Betreuung, Lebensplanung, Partnerschaft und Beruf*. Köln: Verlag: o. A.
- COLLOSEUS, CECILIA 2018. *Gebären – Erzählen. Die Geburt als leibkörperliche Grenzerfahrung*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- CÔTÉ-ARSENAULT, DENISE; BRODY, DAVYA & DOMBECK, MARY-THERESE 2009. Pregnancy as a Rite of Passage: Liminality, Rituals & Communitas. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 24,2: 69–88.
- DESTATIS (STATISTISCHES BUNDESAMT) 2023. Fast ein Drittel aller Geburten im Jahr 2021 durch Kaiserschnitt. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/02/PD23_N009_231.html [15.03.2024].
- DFG (DEUTSCHE FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT) 2024. Detailliertes Projekt: Verwandtschaft als Repräsentation sozialer Ordnung und soziale Praxis: Kulturen der Zusammengehörigkeit im Kontext sozialer und reproduktionsmedizinischer Transformationsprozesse (C04) <https://gepris.dfg.de/gepris/projekt/5433808> [20.08.2024].
- ECKARDT, SARAH 2020. *Die unbekannte Geburt. Subjektivierungsweisen von gebärenden Frauen zwischen individueller Praxis und öffentlichem Diskurs*. Bielefeld: transcript Verlag.
- FALTERMEIER, JENNIFER 2023. *Email Antonia*. Emailkontakt 17. und 18.11.2023.
- FALTERMEIER, JENNIFER 2022. *Transkript Antonia*. Interview am 14.12.2022, Dauer 28:56 Minuten.
- FALTERMEIER, JENNIFER 2023. *Transkript Sophie*. Interview am 21.02.2023, Dauer 42:47 Minuten.
- FITZPATRICK, MOLLY 2022. Uncomfortable Care. Feeling through Ways of ‚Being With‘ as a Doula-Ethnographer. *Curare. Zeitschrift für Medizinethnologie* 45: 39–51.
- GIRTLE, ROLAND 2001. *Methoden der Feldforschung*. Köln: Böhlau. [orig. 1984. *Methoden der qualitativen Sozialforschung. Anleitung zur Feldarbeit*].
- HAN, SALLIE 2018. Pregnancy, Anthropological Approaches to. In CALLAN, HILARY (ed) *The International Encyclopedia of Anthropology*. <https://doi.org/10.1002/9781118924396.wbiea1751> [20.08.2024].
- HIRSCHAUER, STEFAN; HEIMERL, BIRGIT; HOFFMANN, ANIKA & HOFMANN, PETER 2014. *Soziologie der Schwangerschaft. Explorationen pränataler Sozialität*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- KALITZKUS, VERA 2001. Der Tod in neuem Gewand. Eine ethnologische Untersuchung in Deutschland. In ALSHEIMER, RAINER (ed) *Körperlichkeit und Kultur. Dokumentation des dritten Arbeitstreffens des „Netzwerk Gesundheit in der volkskundlichen Forschung“* Würzburg, 22.–24. März 2000. Bremen: Univ.-Buchh.: 29–43.
- 2008. „Intime Fremde“: ‚Organspende‘ und -transplantation im Spannungsfeld von Körper und Leib. *Bricolage. Innsbrucker Zeitschrift für Europäische Ethnologie* 5: 239–250.
- KNEUPER, ELSEBETH 2005. *Mutterwerden in Deutschland. Eine ethnologische Studie*. Münster: LIT.
- KRUMBÜGEL, JANNE 2015. Der Übergang zur Elternschaft in ärztlichen Schwangerschaftsratgebern. Eine diskursanalytische Untersuchung von Mutter- und Vaterbildern. In SEEHAUS, RHEA; ROSE, LOTTE & GÜNTHER, MARGA (eds) *Mutter, Vater, Kind – Geschlechterpraxen in der Elternschaft*. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich: 141–155.
- METZ-BECKER, MARITA 2021. *Drei Generationen Hebammenalltag. Wandel der Gebärkultur in Deutschland*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- MEYER, SILKE 2020. Narrativität. In HEIMERDINGER, TIMO & TAUSCHEK, MARKUS (eds) *Kulturtheoretisch argumentieren. Ein Arbeitsbuch*. Münster, New York: Waxmann: 324–350.

- MOZYGEMBA, KATI 2013. „Vor der Geburt Mutter-werden“. Soziokulturelle Aspekte eines körpervermittelten Übergangsprozesses. In MAKOWSKY, KATJA & SCHÜCKING, BEATE (eds) *Was sagen die Mütter? Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa: 32–59.
- NADIG, MAYA 2011. Körperhaftigkeit, Erfahrung und Ritual. Geburtsrituale im interkulturellen Vergleich. In VILLA, PAULA-IRENE; MOEBIUS, STEPHAN & THIESSEN, BARBARA (eds) *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Frankfurt am Main: Campus Verlag: 39–72.
- NIMFÜHR, SARAH 2020. Liminalität. In HEIMERDINGER, TIMO & TAUSCHEK, MARKUS (eds) *Kulturtheoretisch argumentieren. Ein Arbeitsbuch*. Münster, New York: Waxmann: 270–293.
- PELLENGAHR, ASTRID 2001. Von der ‚programmierten‘ zur ‚natürlichen‘ Geburt. Zur kulturellen Konstruktion von Geburtsvorstellungen und deren Wandel in der Gegenwart. In BREDNICH, ROLF WILHELM; SCHNEIDER, ANNETTE & WERNER, UTE (eds) *Natur – Kultur. Volkskundliche Perspektiven auf Mensch und Umwelt. 32. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde in Halle vom 27.9 bis 1.10.1999*. Münster u.a.: Waxmann: 269–279.
- ROSS, EMILY 2018. Provisionally Pregnant: Uncertainty and Interpretive Work in Accounts of Home Pregnancy Testing. *Health* 22,1: 87–105.
- SCHADLER, CORNELIA 2013. *Vater, Mutter, Kind werden. Eine posthumanistische Ethnographie der Schwangerschaft*. Bielefeld: transcript Verlag.
- SCHMIDT-LAUBER, BRIGITTA 2007. Das qualitative Interview oder: Die Kunst des Reden-Lassens. In GÖTTSCHE, SILKE & LEHMANN, ALBRECHT (eds) *Methoden der Volkskunde: Positionen, Quellen und Arbeitsweisen der Europäischen Ethnologie*. Berlin: Reimer: 165–186.
- SCHNEIDER, NORBERT F. & ROST, HARALD 1999. Soziologische Aspekte des Übergangs zur Elternschaft. In REICHLE, BARBARA & WERNECK, HARALD (eds) *Übergang zur Elternschaft. Aktuelle Studien zur Bewältigung eines unterschätzten Lebensereignisses*. Stuttgart: Enke: 19–35.
- SEEHAUS, RHEA 2015. Gravide Körper. Elternschaftskonstitutionen und Geschlechterdifferenz als Effekte körperbezogener Praktiken in pränatalen Settings. In SEEHAUS, RHEA; ROSE, LOTTE & GÜNTHER, MARGA (eds) *Mutter, Vater, Kind – Geschlechterpraxen in der Elternschaft*. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich: 17–30.
- SEEHAUS, RHEA; ROSE, LOTTE & GÜNTHER, MARGA 2015. Zum Anliegen des Buches. In SEEHAUS, RHEA; ROSE, LOTTE & GÜNTHER, MARGA (eds) *Mutter, Vater, Kind – Geschlechterpraxen in der Elternschaft*. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich: 9–14.
- SEITZ, SYBILLE 2023. Gesetzliche Debatte. Fehlender Mutterschutz nach Fehlgeburten. <https://www.tagesschau.de/inland/mutterschutz-totgeburten-100.html> [09.11.2023].
- STEINHARDT, JUDITH 2011. Frühgeburt als Herausforderung – Collagen von Eltern frühgeborener Kinder. *Volkskunde in Rheinland-Pfalz* 26: 82–95.
- TIEMANN, DANIEL & SCHÄFFLER, ARNE (eds) ²⁶⁹2023. *Psychrembel. Klinisches Wörterbuch*. Berlin, Boston: de Gruyter. [orig. DORNBLÜTH, OTTO 1894. *Wörterbuch der klinischen Kunstausdrücke für Studierende und Ärzte*].
- TURNER, VICTOR 2000. *Das Ritual. Struktur und Anti-Struktur*. Frankfurt am Main: Campus Verlag. [orig. 1969. *The Ritual Process. Structure and Anti-Structure*].
- , 1994. Betwixt and Between: The Liminal Period in Rites of Passage. In CARUS MAHDI, LOUISE; FOSTER, STEVEN & LITTLE, MEREDITH (eds) *Betwixt & Between: Patterns of Masculine and Feminine Initiation*. Illinois: La Salle: 3–19. [orig. TURNER, VICTOR 1967. *The Forest of Symbols. Aspects of Ndembu ritual*].
- UHLIG, MIRKO 2020. Ritual. In HEIMERDINGER, TIMO & TAUSCHEK, MARKUS (eds) *Kulturtheoretisch argumentieren. Ein Arbeitsbuch*. Münster, New York: Waxmann: 434–466.
- VAN GENNEP, ARNOLD 1999. *Übergangsriten (Les rites de passage)*. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag. [orig. 1909. *Les rites de passage étude systématique des rites de la porte et du seuil*].
- VILLA, PAULA-IRENE 2007. Der Körper als kulturelle Inszenierung und Statussymbol. *Gesis/sofid. Kultursoziologie und Kunstsoziologie* 2: 9–18.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) 2015. WHO Statement on Caesarean Section Rates. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1 [25.10.2024].
- WULF, CHRISTOPH 2008. Zur Welt kommen. Rituale und Ritualisierung der Geburt. In WULF, CHRISTOPH; HÄNSCH, ANJA & BRUMLIK, MICHA (eds) *Das Imaginäre der Geburt. Praktiken, Narrationen und Bilder*. München: Wilhelm Fink Verlag: 107–121.

Dieser Artikel durchlief vor der Veröffentlichung ein doppelblindes Peer Review-Verfahren.



Jennifer Faltermeier, M.A., studierte Kulturanthropologie an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und schloss kürzlich ihre Masterarbeit zum Thema „Liminalität und Zeitlichkeit bei langjährigem unerfüllten Kinderwunsch und reproduktionsmedizinischen Behandlungen“ ab. Ihr Bachelorstudium absolvierte sie an der Universität Regensburg in Vergleichender Kulturwissenschaft, Geschichte und Vor- und Frühgeschichte. Zuvor arbeitete sie mehrere Jahre als Erzieherin. Ihre Forschungsinteressen umfassen vor allem Medizinanthropologie, Übergangsphasen und Erzählforschung.

email: je.faltermeier@mail.de

