Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 84 (1986)

Heft: 7-8

Artikel: Naissance en douceur : sexualité et accouchement

Autor: James, F.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950311

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Naissance en douceur

Exposés présentés lors du 93e congrès de l'Association suisse des sages-femmes, Zofingue, 6 juin 1986

Sexualité et accouchement

La signification sexuelle de l'expulsion

par la Dresse F. James, psychiatre, Genève

Pourquoi lier entre elles deux notions aussi hétérogènes dans leur essence que sexualité et accouchement? En quoi pourraient-elles avoir des points communs? Pourquoi relier aussi sexualité et grossesse, ou sexualité et allaitement, ou sexualité et ménopause?

Comme on peut le pressentir, ce qui relie ces deux notions, c'est qu'elles concernent toutes les deux le corps, le corps conçu comme le lieu où se manifestent des forces psychiques qu'on appelle les pulsions.
Ce que la théorie nous apprend, c'est que notre corps est habité, dès la naissance (et peut-être même avant, mais nous n'en savons rien), par ces forces pulsionnelles, qui vont structurer tout le développement de l'individu, à travers des stades successifs de plus en plus complexes.

Ces stades vous sont connus. On distingue, selon la zone du corps principalement investie à une période donnée, le stade oral, le stade anal, le stade phallique, le stade oedipien. A chaque stade correspond un certain type de relation appelé relation d'objet. Brièvement, j'aimerais vous rappeler la problématique de base de chacun de ces stades, afin de mieux saisir tout à l'heure ce qui se passe lors de l'accouchement.

- le stade oral met en jeu l'avidité, et en scène l'image d'une bonne mère et d'un bébé bien nourri; ou à l'inverse, l'image menaçante d'une mère frustrante et d'un bébé qui va la dévorer.
- le stade anal est celui ou l'on découvre la maitrise (de soi, de l'autre, de l'environnement), ou apparait l'ambivalence des sentiments (amour et haine en même temps pour le même objet). Corporellement,c'est la phase ou s'instaurent le dipole expulsion-rétention, et le couple d'opposés activité-passivité.
- le stade phallique est celui ou les désirs oedipiens (désirs pour le parent du sexe opposé), culpabilisés, entrainent une angoisse de castration punitive, le phallus étant vécu comme le représentant de la puissance adulte, qu'on risque de perdre ou qu'on a déjà perdu. Le couple d'opposés devient alors le couple phallique-castré.
- le stade oedipien enfin, ou l'enfant parvient à renoncer à la possession du parent du sexe opposé, en s'identifiant d'une manière positive au parent du même sexe. Le couple d'opposés deviendra alors (à la puberté) celui de masculinité – féminité.

C'est donc à chaque stade une zone particulière du corps qui est investie pulsionnellement, et dont le fonctionnement va préoccuper l'enfant et «colorer» l'ensemble de ses investissements. A l'age adulte, le corps sera investi avec la totalité des «colorations» antérieures.
Le corps, notre corps, celui du nourrisson ou de l'homme adulte, celui de la parturiente, est donc tout autre chose qu'un objet neutre. C'est à travers les perceptions corporelles que le nourrisson se sent compris et bien soigné par sa mère, pendant la première année. C'est grâce aux capacités motrices du corps que l'enfant acquiert le sentiment d'une maitrise possible sur son environnement entre 2 et 4 ans. C'est dans son corps que l'enfant plus grand comprend la différence des sexes, et apprend qu'il ne peut être tout, garçon et fille à la fois (vers 5–6 ans). C'est à travers son corps à nouveau que l'adulte, homme ou femme, va vivre des émois sexuels et pourra faire l'expérience de la rencontre.

De plus, il s'agit là d'une construction complexe: non pas des stades successifs que l'individu parcourrait comme on va d'un point à un autre, mais bien plutôt une construction dont chaque étape va annoncer et soutenir la suivante, et où tous les éléments vont être sans cesse présents, remaniés, utilisables selon les besoins.
Sur le plan psycho-sexuel, nous sommes un peu semblables à une cathédrale: le bâtiment qui se dresse vers le ciel est fondé sur une crypte enfouie dans le sol, et la beauté de la nef ne serait rien sans la présence des transepts et du choeur.

Ainsi, à l'âge adulte, selon les événements, je pourrai vivre dans mon corps des états très différents: bien fonctionner, en faisant ce que je veux; ou bien régresser, en laissant revenir au premier plan des désirs et des sentiments de petit enfant; ou bien me sentir inquiet, car ce qui se passe m'échappe, et je ne peux le maîtriser; ou toutes sortes d'autres possibilités.
En particulier, il se peut que les sentiments et les questions qui étaient présents à un certain stade du développement reviennent au premier plan, et «colorent» spécifiquement un événement actuel.

Prenons des exemples.
Si je fais beaucoup de sport, c'est sans doute que j'y exprime, à travers une activité musculaire et des efforts pour me surpasser, le plaisir d'une maîtrise sur moi-même et sur le monde. Cette activité représente aussi une décharge des tensions accumulées, elle peut me permettre de me libérer de mes soucis de la journée ou de la colère que j'éprouvais contre mon chef ou mon collègue.
Mais si, à la période de mon développement qu'on appelle le stade anal, je n'ai pas pu faire librement cet apprentissage, alors je vais plutôt retenir que décharger mes sentiments. Les tensions avec mes chefs vont me provoquer des maux de tête. J'aurai toujours la crainte que mes sentiments de colère soient très dangereux, et je vais tout faire pour les retenir à l'intérieur de moi. Je serai constipé, migraineux, pour éviter de devenir dangereux.

Autre exemple: je tombe malade, et dois m'aliter pour quelques semaines, ou même me faire hospitaliser. Quel bonheur de pouvoir me faire dorloter, de lâcher mes responsabilités et mes charges habituelles, de me sentir comme un tout petit. Mais aussi, voilà qu'émergent d'autres sentiments, que peut-être je n'attendais pas : comme cette dépendance est pénible, je me découvre en colère contre ceux qui me soignent, car ils ont tout ce pouvoir sur moi! Et puis, si je ne peux plus fonctionner comme d'habitude, j'ai l'impression de perdre toute ma valeur, j'ai honte de moi, je ne peux même plus profiter qu'on s'occupe de moi...

Ainsi, selon les circonstances de la vie, la problématique spécifique des premiers stades du développement va se trouver réactivée, va venir «colorer» à sa manière propre l'événement actuel.
Par ailleurs, certains événements ac-

tuels vont aussi me remettre dans une situation que je n'avais à l'époque pas pu dépasser, en réveillant par exemple des conflits qui étaient restés pour moi non-résolus. Je vais alors me retrouver aux prises avec la même difficulté; le blocage ancien que j'avais mis en place va à nouveau fonctionner, réveillant toute l'angoisse sous-jacente.
Notre vie durant, les événements que nous traversons nous font retravailler, réaménager les acquisitions et les blocages d'autrefois. C'est particulièrement vrai des évènements qui mettent en jeu le corps.

J'espère dans cette introduction avoir montré que les événements de notre vie adulte, surtout si notre corps y est impliqué, réveillent des sentiments parfois très anciens, plus ou moins oubliés, et qui font pourtant partie de notre personnalité.
Nous pouvons maintenant revenir à la femme enceinte, peu avant la date de son terme.

A la lumière de ce qui vient d'être dit, on peut déduire que la grossesse elle-même va être vécue très différemment selon les femmes. La grossesse et l'enfant attendu. Si nous reprenons la description des stades du développement, la grossesse et l'enfant peuvent représenter, par prévalence du stade oral, un état de complétude merveilleuse auquel il sera très difficile de renoncer au moment de l'accouchement (cas des grossesses multiples ou c'est l'état de grossesse qui est recherché plutôt que l'enfant lui-même). Ou bien au contraire, l'enfant peut être vécu comme un monstre dévorant dont la mère souhaite se débarrasser dès que possible par l'accouchement (certains cas de fausses couches à répétition).
Si la grossesse et l'enfant sont vécus plutôt sur un mode anal, c'est l'ambivalence des sentiments qui va être au premier plan, l'enfant étant vécu comme un objet à maîtriser absolument (femmes obsessionnelles, qui sont souvent fixées sur les contractions d'entraînement de l'utérus dès le 6e mois, en tant que manifestation qu'elles doivent contrôler). Mais le renversement existe aussi, et l'enfant est alors vécu comme un persécuteur qui tient la mère sous son contrôle, la moindre de ses manifestations étant ressentie comme une demande culpabilisante (femmes très angoissées dès le 5e mois, présentant souvent des insomnies rebelles à la fin de la grossesse).

La grossesse et l'enfant vécus sur un mode phallique vont évoquer le dipôle phallique-châtré: la femme utilise alors la grossesse et l'enfant comme le moyen d'exprimer sa valeur et sa puissance. L'accouchement sera vécu comme un risque de castration, où la femme perdrait toute sa valeur en laissant l'enfant sortir d'elle et devenir autonome, séparé.
Enfin, l'enfant vécu sur un mode oedipien peut réveiller chez la femme des sentiments de rivalité plus ou moins culpabilisants par rapport à sa propre mère, qu'elle a l'impression de vouloir surpasser et écraser.

Après cette description bien sûr très schématique, il faut se poser la question: là-dedans, où est la femme «normale»? La femme «normale», heureusement, n'existe pas, du moins dans l'image idéalisée qu'on pourrait se faire d'une femme qui aurait victorieusement dépassé tous ces stades, et pour qui la grossesse ne réveillerait aucun sentiment conflictuel. Heureusement, car une grossesse qui ne donnerait rien à vivre à la femme qui la traverse serait bien triste, bien «plate»! A propos de normalité, il faudrait plutôt dire que la femme **équilibrée** est celle pour qui les sentiments conflictuels liés aux stades antérieurs et réactivés par la grossesse sont vécus sans provoquer de décompensation (dépressive, anxieuse ou psychotique), et sans nécessiter de blocages massifs qui lui prendraient beaucoup d'énergie psychique.
Nous voici donc au seuil de l'accouchement, après une histoire déjà longue (9 mois) et complexe (réveil de sentiments divers, conflictuels, souvent inquiétants parce qu'ils relèvent d'une partie obscure de la personnalité). Qu'est-ce que l'accouchement, en lui-même, va ajouter de spécifique à la problématique évoquée plus haut? Il me semble que deux facteurs sont surtout importants.

1) Il faut prendre en considération ce caractère tellement particulier de l'accouchement qui est son «incontrôlabilité» d'abord parce qu'on ne peut pas prévoir exactement quand il va se déclencher; et ensuite parce que les contractions vont se succéder hors de la maîtrise volontaire de la parturiente, réveillant ainsi toute l'angoisse archaïque de l'enfant immature qu'elle était autrefois, livrée passivement à ce qui lui arrivait.

2) Le vécu corporel de l'accouchement, en particulier la mise en jeu de toute la zone tellement chargée émotionnellement du petit bassin et du périnée.

Reprenons ces deux éléments pour les détailler. Tout d'abord, l'aspect incontrôlable de l'accouchement, dans son déclenchement, puis dans son déroulement. Impérativement, les contractions se déclenchent, s'organisent, se succèdent. Impérativement, la femme leur est soumise, dans l'impossibilité de se maintenir «hors de l'événement». L'aspect proprement physique des contractions entraîne un retentissement important sur le plan psychologique: ces contractions «non-pensables», où le corps prend toute la place dans un processus qui dépasse la volonté, mettent la femme dans la situation d'un objet passif livré à une force naturelle qui lui ôte toute sa maîtrise. Cette situation de passivité totale rappelle nécessairement la situation archaïque de l'enfant dépourvu de toute maîtrise, livré à la volonté extérieure des adultes, dépendant d'eux. Cette dépendance au mécanisme physique des contractions qui se succèdent inéluctablement va même très souvent jusqu'à entraîner une idée de mort, que beaucoup de femmes perçoivent et racontent: les contractions ne peuvent que se poursuivre, avec ou sans le consentement de la parturiente, jusqu'à la naissance de l'enfant ou sa mort à elle.

On voit donc bien comment dépendance et angoisse sont liées. Il faut noter à ce propos que la procédure habituelle dans les maternités, qui consiste à coucher la parturiente dans un lit en la privant de son autonomie, risque d'accentuer ces sentiments difficiles. Dans le but de diminuer l'angoisse, il serait souhaitable de laisser la parturiente libre de ses mouvements autant qu'il est possible. Concrètement, cela signifie encourager l'usage du monitoring ambulatoire, afin que la femme puisse bouger et se déplacer sans altérer la surveillance nécessaire. Et aussi favoriser le déroulement du travail dans un lit de dimensions confortables, où la femme puisse s'accroupir, s'agenouiller, ou trouver toute autre position qui lui convient sans risquer de tomber.

Abordons maintenant le 2e aspect que j'ai évoqué, celui de la zone corporelle mise en jeu, dont la signification est émotionnellement si chargée.
Alors que les contractions intéressent toute la zone de l'abdomen et sont ressenties jusque dans le dos, l'expulsion va mettre en jeu surtout le petit bassin et le périnée. C'est alors que la femme va sortir de l'état de passivité précédent pour contribuer avec sa musculature striée et sa volonté aux efforts de poussée. Autant la zone concernée que la récupération d'une attitude active à ce moment de l'accouchement vont donner sa coloration spécifique à l'expulsion. Ce n'est pas tant une zone sexuelle et des sensations sexuelles qui sont en jeu, au sens adulte et «génital» (post-eodipien) du terme«sexuel»; mais c'est bien plutôt tout le vécu du stade anal qui est alors réactivé.

A ce stade, je le rappelle, l'individu découvre le plaisir intense de la maîtrise, en particulier à travers l'expérience du contrôle des selles. Pouvoir retenir ou expulser ses selles entraîne un sentiment de toute-puissance profondément gratifiant pour l'enfant. A ce désir de maîtrise omnipotente correspond une forte dose d'agressivité. L'angoisse spécifique de ce stade, parallèle au plaisir de retenir ou expulser ses selles activement, est constituée par la crainte d'être dépossédé du contenu de son corps. L'agression chargée de plaisir se transforme en crainte terrifiante d'être sadiquement vidé, privé par arrachement du contenu de son corps.
A cette situation de base c'est ajoutée, secondairement, une connotation honteuse et sale, destinée en fait à masquer l'intense plaisir de tout ce fonctionnement.

La parturiente en phase d'expulsion va donc se retrouver dans une situation où c'est la maîtrise toute-puissante qui est attendue, fantasmée.
Mais voilà que la réalité corporelle va mettre en échec cet idéal, en particulier à cause de la présence réelle de matières fécales et de sang.
L'attente d'un accouchement propre et maîtrisé tel qu'il est fantasmé sur un mode anal, est donc d'emblée déçue. Il y a une grande distance entre fantasme et réalité, distance ressentie comme une blessure, une honte. Cela signifie qu'on n'est pas toute-puissante. Nous verrons plus loin quel rôle la sage-femme peut jouer par rapport à ces sentiments.
On peut donc dire que la parturiente est alors confrontée avec force, sur le plan psychologique, à des sentiments mêlés de désir de maîtrise, de peur de perdre cette maîtrise, et de honte si elle la perd, ce qui est inévitable puisque cette maîtrise toute-puissante n'existe pas.

Que va dès lors signifier l'accouchement? Comment va-t-il être proposé par les intervenants médicaux présents? Veut-on proposer à la femme, dans ces moments si significatifs, une vision d'elle-même qui reproduise simplement la situation archaïque de l'enfant avec ses selles? La sage-femme jouerait alors le rôle d'une mère contrôlante qui exige de son enfant une bonne soumission à travers le cadeau du produit de son ventre. C'est un rôle où la sage-femme peut satisfaire en elle-même une image de mère «anale», qui domine bien son enfant-parturiente. Et le risque existe sûrement de préférer ce rôle-là, tant les sentiments et les besoins liés à cette période sont restés vivantes en chacun de nous.
La parturiente se trouvera dès lors réduite à un rôle d'objet dominé, risquant bien de ne pas trouver d'espace où vivre son accouchement dans ce qu'il lui offre comme potentialité.

En effet, sur le plan psychologique, le propre d'un tel événement est qu'une **évolution** y est possible. Nous avons décrit jusqu'ici comment l'accouchement réveille une problématique ancienne, réalisant ainsi une situation de «crise» d'où diverses possibilités peuvent émerger.
C'est même ce qui justifie toute la réflexion que vous faites dans ce congrès! Si l'accouchement ne devait que réactiver une situation ancienne, sans plus, il n'y aurait pas grand-chose à en dire.
Mais c'est loin d'être le cas! En fait, ce qui est tout à fait extraordinaire, c'est que cette réactivation est en elle-même porteuse de possiblilités évolutives, où la femme adulte va pouvoir aller plus loin, résoudre de manière plus mature la problématique de ce stade ancien. Il s'agit donc d'une situation prodigieuse, où la sage-femme va jouer un rôle déterminant, à cause de la place qu'elle occupe.

Cette place, faut-il le préciser, est celle d'une image maternelle. Mais qu'est-ce que cela signifie? Tout simplement qu'elle aussi va être sollicitée à revivre à chaque accouchement, avec chaque parturiente, un réveil de toute cette problématique.
Dans la position maternelle qu'elle occupe du fait de son rôle, elle va donc répondre, inconsciemment, à la parturiente qui revit des émois archaïques.
Le rôle de la sage-femme ne va jamais être neutre, banal, mais il va toujours entrer en résonance avec ce qui se passe chez la parturiente. Bien plus, la façon dont la sage-femme va investir l'aspect maternel de son rôle va même influencer directement ce que vit la parturiente, favoriser ou paralyser l'aménagement de ces sentiments conflictuels!
La sage-femme va donc se trouver elle aussi face à cette problématique en elle, dans le rôle complémentaire de celui de l'enfant-parturiente.

Va-t-elle dès lors se vivre comme une mère contrôlante, à qui l'obéissance non-indépendante de son enfant est nécessaire? La parturiente risque fort de voir augmenter en elle son désir archaïque de refuser le produit de son ventre, pour affirmer son indépendance, et d'avoir bien de la peine à laisser naître son indépendance, et d'avoir bien de la peine à laisser naître son enfant.
Ou bien la sage-femme va-t-elle se vivre comme une mère pré-oedipienne, menacée par sa fille qui entre en rivalité avec elle en devenant mère à son tour? Elle risque fort alors de renvoyer la parturiente à des sentiments d'incapacité et d'auto-dévalorisation pleines de culpabilité par rapport à son enfant.
Au moment de la naissance et dans les jours qui suivent, le moindre mot, le moindre geste de la sage-femme ont une grande importance, et peuvent avoir une influence décisive pour la mère dans sa relation avec son enfant.

Entendez-moi bien. Ceci ne signifie pas que la sage-femme devrait contrôler ses paroles et ses actes afin de montrer une «façade de bonne mère». Ça n'aurait aucun sens, et serait tout au plus ressenti comme une attitude inauthentique, entraînant une grande distance émotionelle entre sage-femme et accouchée. D'ailleurs, une «façade de bonne mère» est en soi une impossibilité.

Non, je veux parler d'une attitude **intérieure.** J'insiste même pour dire que dans votre métier, l'attitude intérieure est aussi importante que la compétence technique.
Qu'est-ce que j'entends par attitude intérieure? Non pas, rassurez-vous, l'idée que les sage-femmes devraient être des femmes parfaites! Ni qu'elles devraient toutes entreprendre une psychanalyse! Non. Mais par contre, il me paraît essentiel que la sage-femme accorde autant d'importance (et je pèse mes mots) à l'acquisition d'une bonne compétence technique qu'à la **connaissance des émotions** suscitées en elle par son travail avec des femmes qui accouchent.

La **reconnaissance:** que ces émotions ne soient pas niées, mais qu'on tente de les prendre en compte, de travailler avec elles. Si j'insiste autant sur ce point, c'est à cause du risque grave qu'en l'absence de cette reconnaissance de ses propres émotions et sentiments, la sage-femme prenne l'accouchée comme lieu de projection pour ces émotions non-reconnues. Elle obligerait dès lors chaque parturiente avec qui elle travaille à être par exemple l'enfant soumis dont elle-même a tant besoin pour se sentir rassurée. Ou elle écraserait et dévaloriserait chaque parturiente pour démontrer sans cesse que la meilleure mère, c'est elle.

Et ceci, c'est très grave. Parce que, dans la situation respective où se trouvent ces deux partenaires, il existe un rapport très particulier où elles vont nécessairement représenter quelque chose l'une pour l'autre. Il est impossible que l'attitude de la sage-femme soit indifférente à la mère qui accouche. Il est aussi impossible que la sage-femme n'éprouve rien dans les moments si particuliers qu'elle partage avec les femmes qui accouchent. Vous ne pouvez pas faire que ça soit autrement, que ça

Pour la mère
et l'enfant
‹BÉPANTHÈNE› ONGUENT
lubrifie, protège de l'humidité, guérit
● les fesses enflammées de l'enfant
● les mamelons douloureux
ou gerçés
D'où vient la grande efficacité du ‹Bépanthène›?
Du dexpanthénol, son principe actif, qui est un proche parent de l'acide pantothénique,
une vitamine. C'est vrai, le dexpanthénol se transforme instantanément en acide pantothénique dans
les cellules de la peau et des muqueuses. Et c'est grâce à cet acide pantothénique que les cellules
endommagées retrouvent un fonctionnement normal ou bien se renouvellent. L'action du ‹Bépanthène›
repose donc sur un phénomène purement biologique.
Dexpanthénol
ÉLÉMENT CONSTITUTIF DE VOTRE PEAU
Une information détaillée concernant la composition, les indications, les contre-indications, les effets
secondaires, la posologie et les précautions vous sera fournie sur simple demande.
Bépanthène = Trade Mark
ROCHE
F. Hoffmann-La Roche & Cie, S.A., Bâle, Pharma Suisse

soit banal. Je dirais que vous n'avez pas le choix: puisque ça ne saurait être banal, tout ça, alors il faut que ça se passe bien!
Bon, mais bien comment? Puisqu'il ne s'agit pas que vous soyez des femmes parfaites, ni que vous fassiez toutes une psychanalyse... Je crois que ce qu'on peut dire, c'est qu'une bonne sage-femme, qui travaille bien, est à la fois quelqu'un qui est compétent techniquement, et quelqu'un qui psychologiquement se connaît à peu près et **s'accepte telle qu'elle est.**
Je voudrais vraiment vous transmettre l'importance de cette notion: s'accepter tel qu'on est. Reconnaître ses difficultés, ses blocages, ses limites, et les accepter, tout simplement. Puis travailler dans ce métier où on a affaire à des femmes qui accouchent avec ces difficultés ces blocages, ces limites. En n'essayant pas de paraître autrement. Et en ne demandant pas à l'autre de vous aider à masquer ça, en ne la prenant pas dans un tel jeu de pouvoir.
En d'autres termes, je crois profondément que la «bonne» sage-femme est celle qui peut être authentique avec elle-même, et ainsi offrir une relation authentique à la femme qu'elle va accompagner pour son accouchement.
Mais je crois aussi que cette authenticité est une haute exigence, et qu'elle mérite une attention et une formation de même niveau que la compétence technique.

Revenons maintenant à l'expulsion, que nous avions laissée de côté. Cette femme qui accouche, qui se trouve confrontée à la réactivation de toutes sortes d'émotions et de conflits autour de la maîtrise, de la rétention, de la perte, quelles possibilités **évolutives** peut-elle rencontrer? Est-il possible qu'elle vive l'enfant qu'elle met au monde autrement que comme un caca? D'ailleurs, j'ai le regret de le dire, je crois que c'est souvent la sage-femme qui offre cette image réductrice en disant à la parturiente: «Maintenant, poussez, Madame, poussez comme pour faire caca!» Sous prétexte sans doute que c'est pour aider la femme à mieux situer le lieu anatomique de la poussée. Mais c'est un prétexte inutile. Toutes les femmes que j'ai personnellement interrogées parlent, à propos d'expulsion, d'un sentiment et d'une sensation infiniment plus vastes. La plupart se sentent, à ce moment-là, (même si beaucoup l'oublient ensuite), aux prises avec quelque chose qui les dépasse complètement et qui touche à la vie et à la mort mêmes.

Et c'est bien ça qui est en jeu. Par-delà et à travers le souvenir archaïque du don des selles à la mère, c'est bien du don de l'enfant à la vie, et du don de la vie à l'enfant qu'il s'agit.

Donner l'enfant à la vie, donner la vie à l'enfant, c'est aussi mourir à sa propre toute-puissance, renoncer à être tout. C'est accepter de perdre ce qui pendant 9 mois vous a remplie de sens, pour se retrouver toute seule, vide.
C'est faire le pari insensé que cet enfant qu'on laisse venir à la vie va être capable de vivre, qu'on va être capable d'être sa mère, qu'on va pouvoir inventer la vie ensemble.

On est donc dans un tout autre registre que celui du contrôle ou de la perte. On est dans le domaine du don, de la créativité, de la fragilité assumée aussi.
Ainsi, il me paraîtrait remarquable que la sage-femme puisse être, au moment de l'expulsion, celle qui va encourager la parturiente à **faire don** de son enfant au monde, à la vie. «Poussez, Madame», mais aussi «Donnez, Madame! Donnez-lui la vie, poussez-le vers la lumière! Laissez-le venir vers vous, vers nous!» Et tant d'autres choses que vous allez pouvoir imaginer.

La sage-femme va pouvoir être ainsi une image de mère maturante, qui n'a pas besoin de prendre la parturiente sous sa domination, qui ne craint pas la rivalité, mais qui va permettre à la femme d'utiliser le meilleur d'elle-même pour cet accouchement dans un climat de confiance et de détente.

Si ceci est vrai sur le plan psychologique, il ne faut pas pour autant oublier le plan physique, corporel. Comme on l'a vu, accoucher c'est devoir renoncer à un événement imaginairement idéalisé, pour se retrouver dans un corps qui vous gouverne, qui vous fait mal, un corps livré à l'automatisme des contractions et à la perte du contrôle des sphincters. Ce corps limité, sale, pas idéal du tout, il est très important qu'il soit vécu et pris en charge par la sage-femme comme un instrument totalement respectable, non-jugé. Non seulement en ce qui concerne les excréments, selles ou urines qui surviennent en plein accouchement. Mais le corps tout entier, avec ses défauts, ses misères. Ne riez pas! Il y a un mois, à Genève, une parturiente en salle d'accouchement voyait arriver une sage-femme qui s'est exclamée: «Quelle drôle d'odeur par ici! Ah, ce sont vos pieds, Madame... Comment est-ce qu'on va faire pour accoucher comme ça... (la femme sortait de la douche). Et la malheureuse a passé son accouchement à avoir honte de ses pieds, à trembler dès que la sage-femme s'en approchait...
Eh oui, le corps n'est pas idéal, il est vivant, il sent, il excrète, bref il se conduit comme un enfant mal élevé. Pour beaucoup de femmes, il est insupportable de voir cette partie d'elles-mêmes si importante, le corps, échapper à l'image qu'elles en donnent habituellement. C'est la sage-femme qui peut, là encore, aider à dépasser le conflit, permettre d'accepter comme bon ce corps qui révèle des choses inavouables de soi.

Je crois donc que sur le plan psychologique, ceux qui accompagnent la parturiente dans la complexe aventure de son accouchement doivent avant tout être des **«facilitateurs».** Médecins ou sage-femmes, il ne pourront occuper cette position que s'ils se connaissent eux-mêmes avec leurs faiblesses et leurs limites, et s'ils s'acceptent ainsi.

Tout autant que les compétences techniques, cette connaissance et cette acceptation de soi s'acquièrent à travers une formation, et se complètent sans cesse au cours de la vie professionnelle.
Mon voeu serait que, partout où des femmes accouchent, les sage-femmes qui les accompagnent trouvent un lieu de réflexion et d'échange intégré à leur pratique même. Ceci suppose qu'on leur offre du temps pour cette réflexion, et que quelqu'un soit payé pour la faire avec elles.
Je vous souhaite de vous battre pour obtenir ces conditions de travail, afin de devenir, toujours plus, des sage-femmes qui soient aussi des femmes sages.

Naissance: Développement ou répression de forces existantes

par Anne Manz-Siegrist, sage-femme indépendante, Thoune

Quand Madame Winzeler m'a demandé, il y a quelques mois, de faire un exposé sur ce sujet, je voulais d'abord refuser, car j'ai quelques hésitations à parler en public. Mais, le destin a voulu que le jour même je reçoive une lettre d'une mère qui m'a fait changer d'avis.
J'aimerais citer un court passage de cette lettre:
«Pendant la phase de dilatation, la sage-femme nous a laissé faire. A dilatation complète, je n'ai pas eu tout de suite envie de pousser, ce que j'ai trouvé très agréable. Mais j'ai vite reçu une injection et on m'a posé une perfusion pour stimuler les contractions. Bien que celles-ci étaient courtes et faibles, je n'ai pas pu pousser en douceur comme je

l'avais appris; on m'a fait pousser pratiquement couchée, en bloquant la respiration, bouche fermée: ‹poussez plus fort, plus fort, encore; le repos sera pour plus tard!›
C'est ainsi que les battements du cœur du bébé ont ralenti ce qui m'a valu un accouchement par ventouse.
Nous nous demandons, si je n'aurais pas pu accoucher normalement si on m'avait laissé un peu plus de temps.»

J'aimerais reprendre ici la question de cette mère et y ajouter différentes réflexions.
Au cours des dernières années j'ai entendu bien des nouvelles accouchées parler de façon très positive du soutien qu'elles ont reçu pendant la période de dilatation. Par contre beaucoup ont très mal vécu l'expulsion.
L'extrait cité de cette lettre est un exemple typique de la situation où nous empêchons des forces naturelles de se développer. Avons-nous, au cours des années, perdu la foi de ce qu'une femme est faite pour accoucher, qu'elle en est capable? Quelle est mon attitude, quelles sont mes possibilités d'intervention dans ce domaine? Proclamer une nouvelle technique d'accouchement qui est à la mode aujourd'hui, parce que l'ancienne est révolue?

Depuis la naissance de mes deux enfants, je me suis penchée de façon plus intensive sur les sentiments et les émotions d'une femme qui accouche. J'ai notamment beaucoup réfléchi aux exigences stéréotypées que nous sages-femmes avons vis-à-vis de la femme, au cours de la poussée. Je me suis renseignée dans plusieurs hôpitaux. A l'hôpital Lamaze de Paris, j'ai vu une naissance toute en douceur, sans protection du périnée, ce qui m'a fait réfléchir.
Je me souviens aussi des naissances que j'ai vécues comme sage-femme avec des mères qui poussaient sur le siège arrière de leur voiture; je constatais alors des expirations bruyantes et de **courts** arrêts de la respiration.

Je ne peux pas m'empêcher de penser qu'il y a des forces naturelles qui travaillent; pourquoi ne les laissons-nous pas se développer? Pourquoi ne laissons-nous pas plus de temps aux femmes? Pourquoi toujours cette hâte?
Je connais bien les arguments: à la base il y a le principe de la sécurité. La sécurité de qui?

Nous savons tous que les réelles urgences existent. Mais, aujourd'hui je parle d'accouchements normaux, exempts de pathologie et je constate que les sages-femmes évoquent les raisons les plus variées pouvant justifier leur hâte.

Personnellement, je pense que beaucoup de complications sont provoquées par la hâte et que par la suite il s'installe réellement une urgence. C'est bien moins souvent une situation de pathologie obstétricale qui nous demande d'intervenir très rapidement. Je retrouve ainsi la question posée dans la lettre de la mère: «Est-ce qu'une intervention n'aurait pas pu être évitée si on m'avait laissé un peu plus de temps?» Je pense que oui; c'est pourquoi j'aimerais mentionner brièvement quelques mesures qui nous aident à soutenir les forces existantes et favoriser leur développement.

De simples mesures pratiques, comme la **position de la femme,** peuvent aider. La position verticale, c'est-à-dire assise, accroupie ou à genoux n'a pas les désavantages de la position dorsale.

Je ne pensais pas m'étendre sur ce sujet, si une femme ne m'avait pas raconté qu'au cours de la préparation à la naissance, en visitant la salle d'accouchement, on lui avait expliqué que la poussée s'effectuait en décubitus dorsal; ceci pour que les poumons puissent mieux se remplir d'air. Il est indéniable que, par rapport aux autres positions évoquées, la position couchée empêche plutôt l'expansion thoracique.

Elle comporte d'autres désavantages: la pression sur les vaisseaux utéro-placentaires peut diminuer l'apport sanguin au placenta; la mobilité du bassin reste inutilisée, ainsi que la force de gravitation; la femme dépense beaucoup d'énergie inutile pour soutenir ses jambes; l'axe d'expulsion est mauvais. En outre, il s'agit d'une position qui évoque la passivité et la soumission, plutôt qu'un accouchement où la femme agit activement.
Ceci est peut-être bien voulu de la part du personnel soignant: je constate que souvent l'activité de la mère ne consiste qu'à suivre les instructions concernant le type de respiration à effectuer. La mère n'a rien à déterminer. L'atmosphère de stress rend à une femme l'écoute de son corps difficile. En plus, le fait de savoir «bien diriger» une parturiente est un objectif important des écoles de sages-femmes!

S'il vous plaît, ne prenez pas cette remarque comme un reproche; j'ai moi-même appris ce genre de choses à l'école, et je l'ai aussi appliqué.

Le **«laisser-aller» des muscles pelviens** est aussi très important pour l'expulsion. Les instructions de fermer la bouche et de plaquer le menton contre le thorax rendent cette détente pratiquement impossible. Crispation en haut signifie crispation en bas – vous pouvez l'essayer.
Détendre les muscles de la bouche veut aussi dire admettre des gémissements et des cris.

La **respiration** est intimément liée à la détente. De fausses tensions corporelles empêchent la liberté de la respiration. On vante aujourd'hui pour l'expulsion différentes techniques de respiration, toujours plus modernes et plus favorables. Ces techniques me paraissent contestables. Il n'existe qu'un seul type de respiration vraie, c'est-à-dire non inventée par l'homme: la respiration qui se fait naturellement, au corps de laquelle les jeux sensibles du corps ne sont pas rendus inefficaces par des techniques de respiration de l'ère moderne. La respiration ne consiste pas seulement en un mouvement du diaphragme; elle est aussi le lien entre la psyche et le soma.

Au cours de l'expulsion – peut-être une des occasions de détente les plus profondes (laisser aller ou retenir) – la femme doit se sentir en confiance pour ne pas retenir ou contrôler sa respiration. Elle doit pouvoir accepter l'inspir et l'expir (recevoir et donner); elle doit pouvoir soutenir la force vitale d'expulsion qui fera naître son enfant.

Avez-vous déjà observé des animaux mettre bas? Aucun ne retient sa respiration longtemps. Une expiration bruyante ou gémissante accompagne les ondes expulsives qui traversent le corps de la bête. Sa respiration s'arrête un très bref instant au moment de l'acmé de la contraction.

Caldeyro-Barcia, gynécologue et directeur du Centre latino-américain de périnatologie, a décrit dans différentes publications les avantages de la poussée physiologique, c'est-à-dire entièrement d'après les besoins du corps et de l'utérus de la mère. Dans l'ensemble, cette expulsion non forcée dure plus longtemps que celles que nous connaissons; la durée de transition de la phase de dilatation à celle d'expulsion est variable et prend un certain temps. On ne demande pas à la femme de maintenir et forcer sa poussée expulsive; elle retient spontanément plusieurs fois brièvement sa respiration (pendant 4–6 secondes), sans fermer la bouche, ni la glotte. Par ce moyen l'augmentation de la pression thoracique qui engendre une stase veineuse et une chute de la pression artérielle est évitée.
Par ces mesures, Caldeiro-Barcia constatait moins de chutes des BCF et d'acidoses, et ceci même au cours d'expulsions longues. Je tire ce qui précède

d'un journal anglais de 1979; il s'agit donc de données connues depuis fort longtemps.

Permettez-moi de revenir à la pratique de nos hôpitaux. Les raisons qui nous font adopter une attitude aussi «dirigiste» pour les conseils que nous donnons en cours d'expulsion me préoccupe. Je me permets donc de consacrer un instant à la réflexion concernant notre façon d'envisager notre rôle de sage-femme: nous sommes des experts, et cela signifie souvent supériorité. Nous savons ce qui est bien pour l'autre, nous n'avons donc qu'à l'instruire et bien la conseiller. La douleur et la peur, nous les combattons à l'aide de la pharmacologie. Dans ce domaine nous sommes essentiellement des exécutantes d'ordres médicaux. J'aimerais mettre cette façon de voir les choses en question. J'aimerais vous inviter – car il s'agit d'un congrès pour sages-femmes ayant pour thème «la naissance en douceur» – à réflechir d'avantage sur vous-mêmes plutôt qu'à la sécurité de mère et enfant. Ceci pour que nous restions des personnes qui observent et qui apprennent constamment au cours du soutien que nous pouvons donner. N'oublions pas la mère qui accouche, en étant trop préoccupées par sa sécurité. Nous sommes des «Geburtshelfer» et non pas des «Geburtsmacher»!
L'intervention est souvent plus facile que le laisser faire sous observation minutieuse; l'intervention donne du pouvoir; là où la vie naît, tout est en mouvement, rien n'est statique. Par conséquent, nous ne pouvons orienter notre action d'après un schéma rigide qui nous procure un sentiment de sécurité apparente (que nous avons tendance à rechercher vu notre crainte de la douleur et notre besoin impératif de sécurité). Depuis tous les temps les sages-femmes étaient des femmes; pourquoi? Au cours de la naissance, y aurait-il partage de sentiments entre soeurs? Aucune machine ne pourra jamais remplacer une **sage**-femme qui s'adresse à la parturiente dans sa globalité plutôt que de ne se concentrer que sur l'évolution obstétricale.

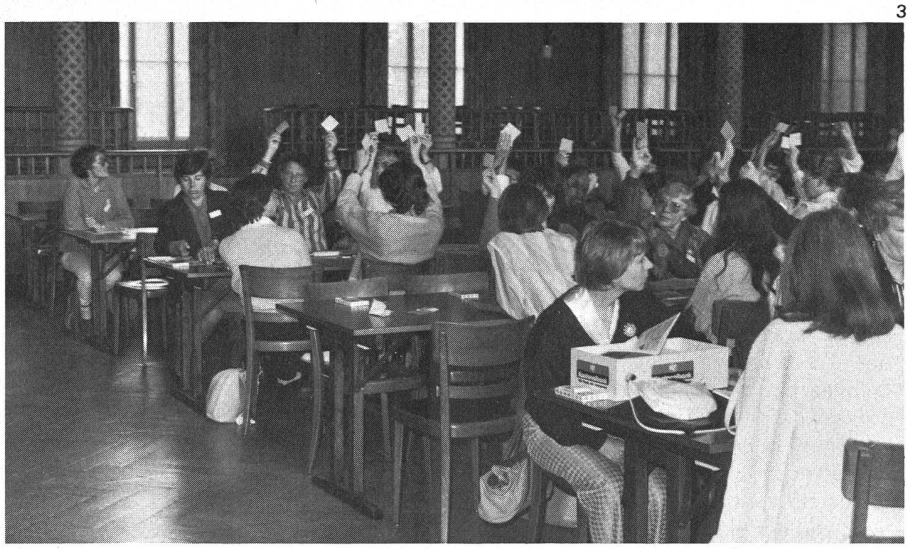
Etre avec la femme qui accouche veut dire sentir ce dont elle a besoin. Pour cela je dois aussi pouvoir sentir et vivre ma propre féminité. Cela me permettra de soutenir la femme dans sa joie ainsi que dans sa douleur. Pouvons-nous assister quelqu'un dans la douleur et dans la peur alors que nous combattons ces deux phénomènes?
Notre monde est orienté d'après bien des principes masculins, comme «intelligence», «rationalisation» et «action». Or, les femmes qui accouchent ont un besoin urgent de sentiments maternels, féminins, d'empathie et d'intuition. La naissance est un acte profondément féminin de don de soi.
Pour prévenir les malentendus, je précise que je parle ici de **principes** masculins et féminins, et non pas d'hommes et de femmes. Rappelons-nous que nous avons ces deux principes en nous.
La parturiente a besoin d'un soutien émotionnel. Soutien émotionnel et non pas recommandations, telles que: «n'ayez pas peur» ou «pensez à votre enfant».
Comment puis-je, en tant que sage-femme, offrir ce soutien? Je dois prendre le temps de sentir avec la femme. Sentir avec elle est bien différent que de souffrir avec elle. Si je veux être en contact avec elle, il est important que je sois au clair avec mes intentions d'une part, et que d'autre part celles-ci ne consistent pas à vouloir déjouer les difficultés (aspirer, par exemple à ce que la femme soit le plus vite possible calme et détendue), ni à viser une solution précise. Je nourris le profond désir – et ceci avec une intention claire – d'aider la femme à développer ses propres ressources, de croire donc à **son** potentiel et ses possibilités.
En relation avec mon désir d'aider, je trouve important de ne pas oublier qu'en dernier lieu l'aide ne vient pas de moi. J'essaye «seulement» d'être ouverte et perméable pour que les forces puissent circuler et se développer.
Cette attitude a quelque chose à voir avec une sorte d'espérance et d'amour de la vie.
Beaucoup de facteurs peuvent entraver le soutien donné de cette façon: facteurs inhérents à moi, facteurs inhérents à la parturiente ou à l'environnement. Notre peur que quelque chose puisse tourner mal nous transforme d'assistantes de la naissance (Geburtshelfer) en personnes interventionnistes.
Si en obstétrique nous entendons par «succès» absence de bruit de la part de la parturiente, rapidité et sécurité physique uniquement, je vous souhaite le courage de ne pas rechercher ce succès. La tolérance de notre propre peur et de notre propre douleur nous donne confiance; ainsi nous n'avons plus besoin de rechercher des approbations extérieures telles que le succès.
Ainsi, notre thème du jour n'englobe pas que des considérations concernant la mécanique de la naissance en douceur, mais également des réflexions concernant notre propre attitude. **Je plaide pour une obstétrique basée sur l'espoir et non pas la crainte.** Cette obstétrique ne fera pas appel à des techniques qui souvent servent à supplanter nos angoisses. «Sans amour on est tout au plus habile», dit F. Leboyer.
Un **laisser faire en confiance** et une **participation responsable** de toutes les personnes assistant à la naissance ne doivent pas s'exclure, mais au contraire se compléter.

Souvenirs de Zofingue

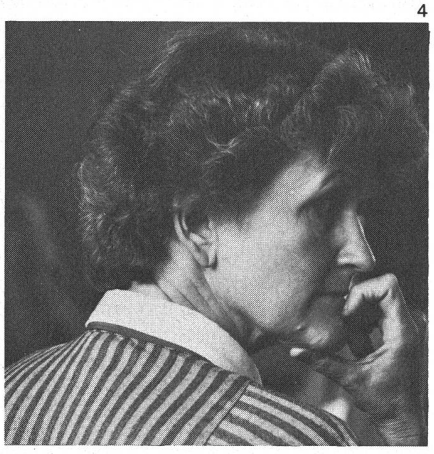
1

2

3



4

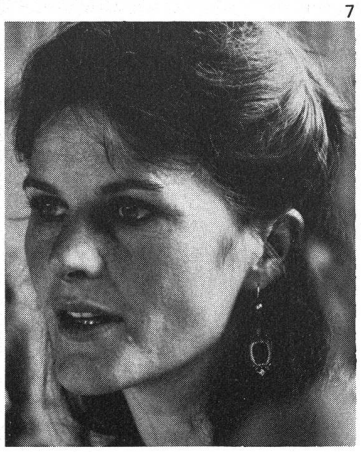


5

6

1 Place pittoresque à Zofingue
2 Accueil des déléguées par la présidente de la section d'Argovie
3 Votation
4 + 5 Les nouveaux membres du comité central
6 En discussion avec la présidente centrale
7 Charlotte Gardiol: rédactrice du procés verbal
8 Visite de l'exposition

7



8

Lese-Tip

Zur Geschichte des Hebammenwesens im Kanton Bern

Katharina Meyer
Verlag Hans Huber, Bern Stuttgart Toronto 1985
Preis: Fr. 34.–

Katharina Meyer zeigt die Entwicklung des Hebammenwesens im Kanton Bern von 1454 bis 1973. Unzählige Einträge, Reglementsabänderungen, Hebammenordnungen, die sie aus Archiven (Ratsmanualen, Eidsbüchern) zusammengestellt hat und im Buch zitiert, geben Aufschluss über die im Laufe der Jahrhunderte entstandenen Änderungen des Status der Hebammen, ihres Wissens und ihres Kompetenzbereiches. Diese chronologisch zusammengestellten zitierten Eintragungen nehmen den grössten Teil des Buches in Anspruch.

Bis zum 15. Jahrhundert und noch anfangs 16. Jahrhunderts war der Bereich um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett «Frauensache». Die medizinische Betätigung der (weisen) Frauen beschränkte sich jedoch nicht auf die Geburtshilfe. Auch führten sie bei schwächlichen Kindern die Nottaufe aus und mussten als Gerichtssachverständige auftreten (noch bis ins heutige Jahrhundert) bei Vergewaltigungen, verheimlichten unehelichen Schwangerschaften und Abtreibungen. Die Hebamme hatte eine Monopolstellung inne, die eine grosse An- und oft auch Überforderung bedeutete und sie zum Angriffspunkt verschiedener Interessen und Ideologien machte. Bis ins 19. Jahrhundert gab es immer wieder berühmte Hebammen, die in die Geschichte eingingen und heute wohl eher als Frauenärztinnen bezeichnet würden.

Mit der grossen Hebammenordnung von 1540 brach eine neue Zeit im bernischen Hebammenwesen an. «Man versuchte, der Kurpfuscherei einen Riegel zu schieben und von weltlicher und geistlicher Seite Einfluss auf die Tätigkeit der Hebamme zu gewinnen.« (Seite 12) Offenbar gab es auch Missbräuche und Auswüchse in der Geburtshilfe. In der bernischen Hebammenordnung wurden die Pflichten und die Kompetenzen der Hebamme festgehalten; zum Beispiel:

- Armen und Reichen bei Tag und bei Nacht beistehen
- Bei Schwierigkeiten eine andere Hebamme oder einen Arzt rufen
- Frauen nicht zur Geburt drängen
- Solange ein Kind am Leben ist, an ihm keine Glieder brechen
- Keine grausamen oder unpassenden Instrumente brauchen, um das Kind herauszuziehen
- Den Vater eines unehelichen Kindes der Behörde angeben
- Keine Nottaufe mehr vornehmen

Die Hebammenordnungen und später die Reglemente wurden immer wieder dem neuen

medizinischen Wissen und dem Vorhandensein von ausgebildeten Ärzten, Chirurgen und später von Geburtshelfern angepasst.
Somit waren die Veränderungen des Hebammenstandes abhängig von der wissenschaftlichen und berufspolitischen Entwicklung im Bereich der Medizin. «Hinterher kann man sagen, dass mit der Ausbildung männlicher Geburtshelfer der Abstieg der Unabhängigkeit der Hebammen begann.» (Seite 68)
Sehr eindrücklich zeigt Meyer in ihrem ersten Kapitel «Über die Geschichte des Hebammenstandes und seine Beziehung zu den männlichen Geburtshelfern» auf, wie die Geburtshilfe, die über Jahrhunderte in den Händen von Frauen war, allmählich in die des Mannes kam. Über die Chirurgie nahmen Männer einen immer grösseren Einfluss auf die Geburtshilfe. Anfänglich hatten sie nur Zutritt bei Notfällen, später führten sie auch die Aufsicht über die normale Geburt.
Einige wichtige Ereignisse, die diese Veränderung beschleunigt hatten:

- Die Zunftbildung der Barbiere und Wundärzte im 13. Jahrhundert. (Letzeren fiel das Privileg der Benützung chirurgischer Instrumente zu, und sie erlangten einen wesentlichen Einfluss auf die Geburtshilfe.)
- Die verbesserten anatomischen Kenntnisse in der Neuzeit machten den Geburtsvorgang besser erklärbar.
- 1799 Gründung des medizinischen Instituts in Bern, mit dem Ziel junge Ärzte auszubilden. Der inneren Medizin wurde nun die Chirurgie gleichgesetzt, letzterer war die Geburtshilfe angeschlossen.
- Die Entdeckungen im 19. Jahrhundert von Morton und Simpson (Chloroform), Semmelweis (Ursache des Puerperalfiebers), Pasteur (Gärung) und Lister (Karbolspray) erlaubten eine schnelle Entwicklung der Chirurgie. Geburtshilfliche Operationen konnten jetzt nicht erst in letzter Not und daher auch erfolgreicher durchgeführt werden.

Es wurde immer mehr Wert darauf gelegt, das fachliche Wissen der Hebamme zu vertiefen und eine verantwortliche Ausübung ihres Berufes zu gewährleisten.
Hebammenlehrbücher wurden geschrieben und waren oft auch Lehrbücher für Ärzte und Medizinstudenten.
Sehr ausführlich zeigt Meyer in ihrem Buch die Entwicklung von der «Elendsherberge» in Bern (14. Jahrhundert) zum heutigen Frauenspital. Sie legt dar, wie und warum die Hausgeburt von der Spitalgeburt und damit die freipraktizierende Hebamme von der Spitalhebamme verdrängt wurde. Verbunden damit zeigt sie die Geschichte der Hebammenschule Bern von der Gründung 1781 bis 1973 auf.
Die immerwiederkehrenden Kämpfe und Anläufe um eine Verbesserung der Lohnverhältnisse der freipraktizierenden Hebamme zu erreichen, kommen ebenfalls zur Sprache.
Der interessante geschichtliche Abriss am Anfang des Buches über die Entwicklung der Geburtshilfe in der griechischen Antike, im römischen Reich, im Mittelalter und in der Neuzeit bis heute lässt die Veränderungen im Hebammenstand nicht isoliert dastehen. Man sieht, wie eng verstrickt das Schicksal der Hebamme mit dem allgemeinen Fortschritt in der Medizin und den damit verbundenen berufspolitischen Veränderungen ist. bl

Der sanfte Kopfdurchtritt

Weiterbildung am 93. Schweizerischen Hebammenkongress, 6. und 7. Juni 1986 in Zofingen

Die Austreibungsperiode im Spannungsfeld zwischen Geburtshilfe und Geburtsmedizin

Referat von Herrn Prof. Dr. W. Stoll, Leiter der Frauenklinik Aarau

Man sagt von unserm Jahrhundert, es sei geprägt von Wissenschaft und Technik und hätte über dem Glauben an das Berechenbare den Sinn für den natürlichen Lauf der Dinge verloren. Das ist unserm Jahrhundert gegenüber nicht gerecht.
Seit medizinische Bemühungen bekannt sind, gibt es auch diesen Vorwurf.
Im Spannungsfeld Geburtshilfe–Geburtsmedizin unserer Zeit möchte ich Ihnen drei Aspekte beleuchten: Mechanik/Physiologie, Handeln/Warten, Hebamme/Arzt.

Mechanik/Physiologie

Mit der vollständigen Eröffnung des Muttermundes ändert sich die Wirkungsweise der Wehen.
Die Kraft, die die stark verkürzte Uterusmuskulatur noch auszuüben vermag, fällt ab.
In dieser Phase setzen reflektorisch die Presswehen, oder, wie wir heute eigentlich lieber sagen möchten, die Schiebewehen ein.
Je stärker der vorangehende Teil auf den Beckenboden aufdrückt, um so kräftiger verspürt die gebärende Frau den Drang zum Mitschieben.
Wir beobachten die Vorwölbung des Dammes und die schubweisen Austrittsbewegungen des kindlichen Kopfes.
In den Lehrbüchern wird allgemein unter der Austreibungsperiode die Zeit verstanden, die verstreicht zwischen vollständiger Eröffnung des Muttermundes und der Geburt des Kindes.
Der Höhenstand des Kopfes bleibt unberücksichtigt!
Besser ist – und diese Ansicht setzt sich allgemein durch – zwischen einer passiven und einer aktiven Phase zu unterscheiden.
In der passiven Phase deszendiert der Kopf nach vollständiger Eröffnung des Muttermundes auf Beckenboden, und in der aktiven Phase wird die Geburt des Kindes schliesslich vollendet.
Wir betrachten es heute als wichtig, diese Pressperiode, wie sie allgemein genannt wird, gesondert zu betrachten, denn diese Phase bringt – wie wir noch sehen werden – die grosse Belastung für das Kind.
Unsere Aufmerksamkeit muss sich am Ende der Pressperiode dem Schutze des Dammes zuwenden.
Recht gut können wir den Damm in Seitenlage der gebärenden Frau beobachten.
Wir wissen sehr wohl, dass beim natürlichen Ablauf der Geburt der kindliche Kopf den Damm nicht unbedingt zerreissen muss. Es gibt immer wieder Fälle, da die Dehnung des Dammes so langsam und schonend vor sich geht, und der Kopf, sich selbst überlassen, in so vollkommener Weise durchschneidet, dass ein besonderes Schutzverfahren überhaupt nicht nötig ist. Nur zu häufig erfolgt allerdings die Austrittsbewegung des Kopfes unter stürmisch sich folgenden Wehen und starkem Mitschieben allzu brüsk.
Die Gefahr des Auseinanderreissens des Dammes ist gross, und der Dammschutz muss in seine Rechte treten.
Im wesentlichen möchte man mit dem Dammschutz die physiologischen Verhältnisse wieder herstellen und bewirken, dass der Kopf den Damm langsam im Verlaufe mehrerer Wehen entfaltet und die Austrittsbewegung der Stirne erst dann stattfindet, wenn das Hinterhaupt und die Scheitelhöcker voll entwickelt sind.
Das Entscheidenste liegt darin, dass der Kopf mit dem kleinsten Umfang durchschneidet, und Vulva und Damm so am geringsten gedehnt werden.
Wir alle, die Geburtshilfe betreiben, sind immer wieder fasziniert von diesem Spiel der Kräfte und Gegenkräfte und von der schrittweisen Entfaltung des Dammes, dem langsamen Hochsteigen des Köpfchens und seiner sanften abschliessenden Deflexionsbewegung.
Nicht weniger beeindruckend sind die geburtsphysiologischen Vorgänge.