

Behandeling van traumatische verloskundige ervaringen met eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)

Twee gevalsbeschrijvingen

Marja van Deursen-Gelderloos en Esther Bakker

Samenvatting

Tussen één en drie procent van de vrouwen in westerse landen ervaart na de baring ernstige psychische klachten als gevolg van hun bevallingservaring, waarmee zij voldoen aan de criteria voor een posttraumatische stressstoornis. Dit artikel beschrijft aan de hand van twee gevalsbeschrijvingen hoe behandeling met Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) deze vrouwen kan helpen bij het verwerken van hun traumatische verloskundige ervaringen.

Inleiding

De geboorte van een kind is een complexe gebeurtenis die kan leiden tot een variatie van psychologische reacties, zowel positief als negatief. Negatieve bevallingservaringen kunnen leiden tot psychische stoornissen zoals postpartum depressie, kraambedpsychose en posttraumatische stressstoornis (PTSS)^[1-3]. Uit het onderzoek van Ayers en Pickering^[4] blijkt dat 2,8 procent van de vrouwen zes weken postpartum voldeed aan de criteria voor PTSS. Zes maanden na de bevalling was dit nog 1,5 procent van de vrouwen. Dezelfde percentages worden gevonden in het review van Olde et al.^[2] De auteurs spreken liever van een PTSS-profiel, omdat niet alle criteria van PTSS (A, E en F) aanwezig waren in de meeste onderzochte studies.

De belangrijkste diagnostische criteria voor PTSS zijn, volgens de beknopte handleiding van het vierde Diagnostisch en Statisch Handboek van Psychische Stoornissen (DSM-IV)^[5]:

- A De betrokkene is blootgesteld geweest aan een intens schokkende ervaring en vertoont emotionele reacties zoals angst, hulpeloosheid of afschuw.
- B De gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd, bijvoorbeeld in de vorm van recidiverende en zich opdringende, onaangename herinneringen, akelige dromen of flashbacks.
- C Aanhoudend vermijden van prikkels, zoals gedachten, gevoelens, activiteiten en plaatsen, die bij het trauma hoorden.
- D Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid, zoals slaap- en concentratieproblemen, overmatige waakzaamheid en schrikreacties.
- E De duur van de stoornis is langer dan een maand (symptomen van B, C en D).
- F De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

Hoewel PTSS aanvankelijk in verband werd gebracht met oorlog, geweld en rampen, is gebleken dat een dergelijke stoornis ook kan volgen op bedreigende medische ervaringen. In de verloskunde kan het daarbij gaan om een miskraam^[6], om zwangerschapsgerelateerde aandoeningen als pre-eclampsie^[7] of traumatische ervaringen tijdens de bevalling^[8]. Soet et al.^[8] stellen in hun onderzoek naar prevalentie en voorspellers van traumatische ervaringen tijdens de bevalling vast, dat 34 procent van de deelnemers de bevalling traumatisch vond. Twee vrouwen (1,9%) ontwikkelden alle symptomen van een PTSS en 31 vrouwen (30,1%) vertoonden enkele symptomen van PTSS. Zowel factoren vóór de bevalling, zoals een geschiedenis van seksuele trauma's en weinig sociale steun - als factoren tijdens de bevalling. Pijn in de eerste fase van de ontsluiting, gevoelens van machteloos-

Marja C. van Deursen-Gelderloos is gezondheidswetenschapper (geestelijke gezondheidkunde), EMDR-therapeut en verloskundige. Ze heeft een psychologiepraktijk voor mensen met traumatische verloskundige ervaringen in Deurne; Esther C. Bakker is universitair docent gezondheidspsychologie aan de Open Universiteit.

heid, niet-uitgekomen verwachtingen, medische interventies en interactie met het medisch personeel - bleken significante voorspellers te zijn voor een traumatische bevalling. De pijn, die ervaren wordt tijdens de bevalling, niveau van sociale steun, zelfvertrouwen, interne locus of control, kwetsbaarheid voor angst en coping waren significante voorspellers voor het ontwikkelen van PTSS-symptomen na de bevalling. De subjectieve bevallingservaring blijkt daarbij niet altijd overeen te komen met de objectieve gebeurtenissen tijdens de baring^[9]. Een baring die door de behandelaar als routinebevalling wordt gezien kan door de betreffende vrouw als traumatisch worden ervaren.

Vrouwen met posttraumatische stressstoornis als gevolg van een traumatische verloskundige ervaring herstellen meestal niet spontaan^[10]. Voor de behandeling van PTSS wordt cognitieve gedragstherapie en EMDR als voorkeurs therapie geadviseerd^[11,12]. De focus van dit artikel is op EMDR gericht.

EMDR

De ontwikkeling van EMDR is ontstaan na een toevallige observatie door de Amerikaanse psychologe Francine Shapiro. Tijdens het maken van een wandeling kwam er een onprettige jeugdherinnering in haar naar boven. De negatieve, emotionele lading verminderde drastisch nadat haar ogen spontaan enkele keren snel heen en weer bewogen. Zij suggereerde dat zijwaartse oogbewegingen de cognitieve verwerking van traumatische herinneringen bevorderen. Zij is gaan experimenteren met cliënten en uiteindelijk heeft dit geleid tot de ontwikkeling van een geprotocolleerde procedure^[13,14].

In het basisprotocol van EMDR wordt de cliënt gevraagd om tijdens het ophalen van herinneringen aan een trauma tegelijkertijd de ogen ritmisch en horizontaal heen en weer te bewegen door de vingers van de therapeut te volgen. De cliënt doet vervolgens verslag van bijbehorende gedachten en gevoelens. De reeksen oogbewegingen worden herhaald totdat de cliënt aangeeft dat de herinnering (vrijwel) geen stress oproept. Vervolgens krijgt de cliënt de instructie een positieve gedachte in verband met de herinnering te herhalen.

Uit gecontroleerd onderzoek blijkt dat zijwaartse oogbewegingen de levendigheid en emotionaliteit van onplezierige autobiografische herinneringen verminderen^[15,16].

Ook voor het verwerken van traumatische verloskundige ervaringen kan EMDR worden ingezet. Uit eerdere gevalsstudies blijkt dat behandeling met EMDR leidt tot een reductie van posttraumatische stresssymptomen bij deze vrouwen, zowel bij niet-zwangere vrouwen als bij vrouwen die opnieuw in verwachting waren^[17,18]. Dit

artikel beschrijft de voorgeschiedenis en de behandeling in een Nederlandse eerstelijns praktijk van twee vrouwen met traumatische verloskundige ervaringen.

Cliënt A

Cliënt A, een 29-jarige vrouw was twee jaar ervoor bevallen, via een sectio, van een gemelli. Sinds die tijd kon cliënt nauwelijks praten over datgene wat haar overkomen was en werd ze telkens overmand door emoties wanneer er in haar omgeving gesproken werd over zwangerschap en bevallen.

De zwangerschap werd gecompliceerd door een opname bij 34 weken in verband met een negatieve incongruentie bij één van de kinderen. Bij 36 weken braken de vliezen spontaan. Vijfentwintig uur na het breken van de vliezen bereikte zij volledige ontsluiting. Cliënt had op dat moment al epiduraal anesthesie. Na een uur persen, zonder resultaat, is overgegaan op een sectio.

Bij het maken van de incisie bleek dat cliënt de pijn nog voelde. Zij heeft vervolgens een roesje gekregen.

Voor cliënt zijn er aan de bevalling drie beladen traumagerelateerde herinneringsbeelden overgebleven:

1. vastgebonden op de operatietafel, verpleegkundige naast haar die haar kind aan haar laat zien;
2. vastgebonden op de operatietafel, met een arm van de verpleegkundige die het kapje vasthoudt;
3. in ziekenhuisbed met verpleegkundige die de baarmoeder uitdrukt.

Na de intake wordt cliënt uitgebreid voorgelicht over de behandeling met EMDR. In een volgende sessie wordt gevraagd hoeveel spanning het nog oplevert om naar de beelden te kijken. Deze scores waren respectievelijk: 8 á 9, 8 en 6 á 7 op een schaal van 0 (neutraal of niet naar) tot 10 (zo naar als maar kan).

Deze herinneringsbeelden werden in de hierboven beschreven volgorde in vier sessies van elk een uur bewerkt met het EMDR-basisprotocol voor traumatische herinneringen [14]. Na de eerste sessie kon cliënt al, zonder overmand te worden door emoties, over de situatie praten met anderen. Na de vierde sessie voelde ze zich een stuk rustiger, was het neutraal (score 0) voor haar om de beelden op te roepen en was ze niet meer bezig met de bevalling.

Cliënt B

Cliënt B, een 33-jarige vrouw, had op het moment van aanmelden geen klachten, maar haar echtgenoot vroeg of ze niet eens wilde praten met een psycholoog in verband met de kinderwens. Het echtpaar wilde graag een aantal kinderen, maar na de geboorte van haar eerste kind, vond cliënt dat ze zeer gelukkig was met een kind en wilde ze absoluut geen kinderen meer. De hulpvraag van cliënt luidde: graag ondersteuning bij het maken van

keuzes omtrent mogelijke gezinsuitbreiding. Drie jaar geleden was ze zwanger van haar eerste kind. De eerste vier maanden stonden in het teken van zwangerschapsbraken, daarna kwam ze 25 kilo aan. Cliënt heeft zich de hele zwangerschap ongelukkig gevoeld. In verband met voortijdig gebroken vliezen werd cliënt ingeleid. De dochter werd geboren met behulp van een vacuüm-extractie en de bevalling werd verder gecompliceerd doordat cliënt bij elke perswee moest braken. Vervolgens moest de placenta manueel verwijderd worden waarbij cliënt veel bloed verloor. Ze heeft hiervoor bloedtransfusies gekregen en staaltabletten. Haar dochter moest na de bevalling opgenomen worden op de couveuse-afdeling met koorts. Tijdens het vertellen van het verhaal wordt cliënt erg emotioneel. Cliënt heeft naar aanleiding van de bevalling twee beladen herinneringsbeelden:

1. Onder de douche gezet worden met al die pijn. Cliënt voelde zich alleen en dacht dat ze dood ging. Haar man lag te slapen.
2. Cliënt hoorde dat de vacuüm losschoot en haar man, met nierbekkentje, houdt haar omhoog, terwijl zij niet kan ophouden met braken.

Na de intake wordt cliënt uitvoerig voorgelicht over de behandeling met EMDR.

In het volgende gesprek wordt gevraagd hoe naar het nog is, of hoeveel spanning het geeft om de beelden op te roepen. De spanning die het oproept om naar de beelden te kijken zijn respectievelijk 9 en 8 op een schaal van 0 (neutraal of niet naar) tot 10 (zo naar als maar kan). In drie sessies worden de traumatische beelden met het EMDR-basisprotocol voor traumatische herinneringen^[14] bewerkt. In de derde sessie kon cliënt de beelden oproepen zonder iets van spanning te voelen (score 0, neutraal). Als afsluiting heeft cliënt en haar partner nog een gesprek met de gynaecoloog, die haar bij de bevalling had geholpen. Na de behandeling kan cliënt neutraal naar haar ervaringen kijken, waardoor ze nu een betere keuze kan maken over een mogelijke kinderwens.

Discussie

Deze twee gevalbeschrijvingen laten zien dat behandeling met EMDR vrouwen met een traumatische verloskundige ervaring kan helpen bij het verwerken van dit trauma.

Deze resultaten komen overeen met de beschrijvingen uit studies, waarin een reductie van posttraumatische stress-symptomen werd gevonden bij vrouwen met bevallings-trauma^[17,18]. Onderzoek op grotere schaal is nodig om de effectiviteit van EMDR als behandelingsmethode voor traumatische verloskundige ervaringen verder te onderbouwen. EMDR biedt mogelijk voordelen boven behandeling met cognitieve gedragstherapie, aangezien er met EMDR binnen een korte tijd positieve resultaten behaald kunnen worden.

Uit een onderzoek van Gottvall en Waldenström^[19] naar de impact van een traumatische geboorte ervaring op de voortplanting blijkt dat vrouwen met een negatieve ervaring bij de baring van hun eerste kind, minder kinderen kregen en een langere interval hadden tot een eventuele volgende zwangerschap. Een groot aantal vrouwen zal als gevolg van een traumatische ervaring tijdens een eerste zwangerschap of baring, ervoor kiezen om niet opnieuw zwanger te worden. Om deze reden is het aan te raden vrouwen die symptomen van posttraumatische stress vertonen na de baring tijdig te signaleren en hen te wijzen op de mogelijkheden voor behandeling. De nacontrole biedt hiervoor mogelijkheden. Tijdens de nacontrole zouden aan iedere cliënt bijvoorbeeld vragen gesteld kunnen worden als 'heb je last van herhalend terugkerende, zich opdringende beelden over je bevalling?', 'droom je akelig over de bevalling?', 'probeer je te vermijden aan de bevalling te denken of erover te praten?' of 'word je in je dagelijks functioneren belemmerd door gedachten of beelden over je bevalling?'. Worden deze vragen bevestigend beantwoord, dan zou de cliënt doorverwezen moeten worden naar de huisarts voor verder onderzoek naar mogelijke PTSS.

Het signaleren van symptomen van posttraumatische stress vraagt een kritische blik van de (verloskundig) zorgverlener. Niet in de laatste plaats vanwege de discrepantie tussen de objectieve gebeurtenissen tijdens de baring en de subjectieve beleving daarvan door de barendes^[9]. Veel vrouwen zullen hun klachten niet direct naar voren brengen en/of het idee hebben dat hun klachten normaal zijn na een baring en dat deze 'erbij horen'. Ze hebben immers een (hopelijk) gezond kind gekregen, dus willen niet zeuren over eventuele negatieve herinneringsbeelden die zij zelf aan de bevalling hebben overgehouden. Bovendien is het vermijden van prikkels die bij het trauma horen één van de kenmerken van posttraumatische stressstoornis, wat ervoor kan zorgen dat vrouwen zo min mogelijk willen worden herinnerd aan de negatieve herinneringsbeelden van hun bevalling. Dit blijkt ook uit de gevalbeschrijvingen van Sandström et al.^[17]. Toch is het belangrijk om symptomen van posttraumatische stress zo vroeg mogelijk op te sporen, zodat deze tijdig behandeld kunnen worden en verdere gevolgen kunnen worden voorkomen.

De voorkeur gaat uit naar behandeling voorafgaand aan een eventuele volgende zwangerschap, vanwege de mogelijke stressinducerende effecten van de behandeling^[17,20].

Hiermee kunnen tevens langetermijneffecten voor de vrouw en haar gezin beperkt worden, en worden eventuele keuzes met betrekking tot de kinderwens niet negatief beïnvloed door eerdere traumatische ervaringen. Tot slot kan tijdige behandeling een invloed hebben op het aantal electieve sectio's, aangezien vrouwen met angst voor de baring eerder aandringen op een sectio^[21].

Conclusie

Bij een posttraumatische stresstoornis als gevolg van een traumatische verloskundige ervaring kan behandeling met EMDR uitkomst bieden. Voor de tijdige opsporing van vrouwen met posttraumatische stresssymptomen kan het zinvol zijn tijdens de nacontrole te vragen naar zich opdringende beelden, nare dromen, vermijding of belemmeringen in het dagelijks functioneren als gevolg van de bevalling. Vrouwen bij wie PTSS vermoed wordt kunnen worden doorverwezen voor psychologische behandeling, zodat lange termijn gevolgen voor de vrouw en haar gezin beperkt kunnen worden. ■

Literatuur

1. Henshaw C, Cox J, Barton J. Modern management of perinatal psychiatric disorders. London: The Royal College of Psychiatrists, 2010.
2. Olde E, Hart O, Kleber R, Son M. Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clinical Psychology Review* 2006;26:1-16.
3. Wewerinke A, Honig A, Heres MHB, Wennink JMB. Psychiatrische stoornissen bij zwangeren en kraamvrouwen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006;150(6):294-8.
4. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth* 2001;28:111-8.
5. American Psychiatric Association. Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR. Bureau-editie. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
6. Engelhard IM, Hout MA, Schouten EGW. Verband tussen neuroticisme en laag opleidingsniveau en de kans op posttraumatische stresstoornis bij vrouwen na een miskraam of doodgeboorte. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148(51):2540-4.
7. Engelhard IM, Rij M, Boullart I, Ekhart THA, Spaanderman MEA, van den Hout MA, Peeters LLH. Posttraumatic stress disorder after pre-eclampsia: an exploratory study. *General Hospital Psychiatry* 2002;24:260-4.
8. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003;30:36-46.
9. Beck CT. Birth trauma – in the eye of the beholder. *Nurs Res* 2004;53:28–35.
10. Söderquist J, Wijma B, Wijma K. The longitudinal course of posttraumatic stress after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006;27(2):113–9.
11. Richtlijnherziening van de multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen: Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis, 2009. Opgehaald van: <http://www.ggzrichtlijnen.nl/uploaded/docs/MDR%20Angststoornissen%20eerste%20update%20%202010.pdf> op 23 januari 2013.
12. Lapp LK, Agbokou C, Peretti CS, Ferreri F. Management of post traumatic stress disorder after childbirth: a review. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2010; 31(3): 113–22.
13. Shapiro F. Eye Movement Desensitization: A new treatment for Post-Traumatic Stress Disorder. *J Behav Ther ExpPsychiat* 1989;20(3):211-217.
14. De Jongh A, ten Broeke E. Handboek EMDR. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2003.
15. Van den Hout M, Muris P, Salemink E, Kindt M. Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *Br J Clin Psychol* 2001;40:121-30.
16. Van den Hout MA, Bartelski N, Engelhard IM. On EMDR: Eye movements during retrieval reduce subjective vividness and objective memory accessibility during future recall. *Cogn Emotion* 2013; 27(1):177-83.
17. Sandström M, Wiberg B, Wikman M, Willman AK, Högberg U. A pilot study of eye movement desensitisation and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. *Midwifery* 2008;24:62–73
18. Stramrood CAI, van der Velde J, Doornbos B, Paarlberg KM, Weijmar Schultz WCM, van Pampus MG. The patient observer: Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for the treatment of posttraumatic stress following Childbirth. *Birth* 2012;39:1.
19. Gottvall K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *Br J Obstet Gynaecol* 2002;109:254-60.
20. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing: basic Principles, protocols, and procedures. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2001.
21. Stjernholm, YV, Petersson, K, & Eneroth, E. Changed indications for cesarean section. *Acta obstet gynecol scand.* 2010;89:49-53.