

Traumatische bevalling en de impact op moeder- kind binding

Doris D'Hooghe
Kerkplein 1
9981 Sint –Margriete
Belgium

Traumacentrum België
www.traumacentrum.be
0032472243461
003293790553

De (h)erkenning dat een geboorte, voor de moeder een traumatisch beleving kan zijn met ernstige posttraumatische klachten als gevolg, dringt zich op.

Zowel beide ouders en zelfs het zorgpersoneel kunnen door deze negatieve ervaring op lange termijn klachten ontwikkelen.

Traumatische bevalling komt voor bij 25- tot 34 percent van alle geboortes. Ongeveer een derde van deze vrouwen ontwikkelen Post Traumatisch Stress Stoornis (PTSS)

PTSS interfereert met de mogelijkheid om een veilige bindingsrelatie met het kind aan te gaan.

Dit heeft zijn negatief effect op de psychologische en emotionele ontwikkeling van het kind.

Tegelijkertijd is de herdefiniëring van wat trauma kan zijn noodzakelijk omwille van herkenning, preventie en behandeling.

Trauma wordt tegenwoordig in 2 richtingen uitgelegd (NCTSN: The national child traumatic stress network.)

Ten eerste, als de traumatische ervaring : “ ik heb een trauma meegemaakt” en slaat op de gebeurtenis. (bijvoorbeeld een traumatische bevalling)

Ten tweede, als de gevolgen van het trauma, in de zin van : “ ik ben getraumatiseerd” en slaat op de gevolgen van de ervaring.(bijvoorbeeld bevallingstrauma)

Reid (2011) identificeert traumatische bevalling als “ any birth that the mother identifies as distressing to the point of considering it a trauma and includes trepidation surrounding future births.” Reid’s definitie over traumatische bevalling is hiermee de meest uitgebreide.

Verschillende oorzaken kunnen aan de basis liggen van een traumatische bevalling .

De prenatale conditie van de moeder zowel fysiek als psychologisch met onder andere ongewenste zwangerschap, langdurige fertiliteitbehandeling, relatieproblemen etc.

Situaties gedurende de geboorte zelf zoals langdurige en pijnlijke arbeid, keizersnede, vacuümextractie, vrees voor verlies van het kind of verlies van je eigen leven etc.

De acute ervaren reacties tijdens de bevalling zoals dissociatie, extreme angst, paniek, negatieve emoties die tevens voorspellers kunnen zijn van Postpartum PTSS.

Situaties betreffende de baby zoals een baby die geboren wordt met een afwijking, een baby in neonatologie etc.

Situaties aangaande de staf, bijvoorbeeld die was niet steunend noch vriendelijk, gaf onvoldoende tot geen informatie etc.

Alsook een mogelijke traumatische voorgeschiedenis bij de moeder kan een rol spelen in hoe de moeder de bevalling beleeft heeft. We kunnen hieronder plaatsen eigen hechtingstrauma, seksueel misbruik, angstproblematiek, depressie etc.

Wat zijn de symptomen van “Bevallingstrauma”?

Deze variëren en zijn afhankelijk van de unieke ervaring van de moeder. Ze hebben zowel betrekking op de moeder zelf als op de relatie met anderen.

Er kunnen terugkerende beelden zijn van de bevalling al dan niet gepaard gaande met angst voor een volgende geboorte.

Een laag zelfbeeld en machteloosheid die kan leiden tot relatieproblemen tot zelfs vermindering van intimiteit en seks met de partner.

Schuldgevoel zorgen voor isolatie en eenzaamheid en terugtrekking uit het contact met anderen.

Er zijn moeilijkheden om te binden aan het kind en sommige moeders gaan de binding met het kind niet aan.

Na een traumatische bevalling kan ook Postpartum PTSS ontstaan.

Volgende kenmerken zijn aanwezig bij Postpartum PTSS:

Er zijn intrusieve symptomen die samenhangen met de traumatische gebeurtenis zoals flashbacks van de bevalling, nachtmerries, onaangename herinneringen aan de bevalling...

Er is een vermindering of pogingen tot vermindering van pijnlijke herinneringen, gedachten of gevoelens over de traumatische bevalling. Dokters en - hospitaalbezoek, contact met de baby, en gedachten aan de bevalling kunnen worden vermeden.

Het ontstaan van negatieve veranderingen in cognities en stemming, zoals het onvermogen om zich een belangrijk aspect van de traumatische bevalling te herinneren, persisterende en overdreven negatieve overtuigingen of verwachtingen over zichzelf, anderen of de wereld.

Aanhoudende gevoelens van angst, afschuif, boosheid, schuldgevoelens of schaamte, en een duidelijk verminderde belangstelling voor, of deelname aan belangrijke activiteiten.

De aanwezigheid van gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen, en het onvermogen om positieve emoties te ervaren.

Een ander kenmerk is een duidelijke veranderingen in arousal en reactiviteit, zoals prikkelbaar gedrag en woede-uitbarstingen, hypervigilantie, overdreven schrikreacties, concentratieproblemen, verstoring van slaap...

Het is duidelijk dat de effecten van een traumatische bevalling interfereren met de mogelijkheden om een veilige binding met het kind aan te gaan.

Van belang bij een veilige binding is de kwaliteit van de hechtingsrelatie.

Deze kwaliteit van de relatie, zoals Bowlby (1982) naar voren heeft gebracht, hangt voornamelijk af van de hechtingsfiguur

Wat zijn dan de basisvoorwaarden waaraan deze relatie tussen ouder en kind dient te voldoen wil er een veilige hechtingsrelatie ontstaan.

Een veilige bindingsrelatie houdt in dat het kind gezien, begrepen, en ondersteunt wordt om tot een emotioneel en psychologisch wezen te kunnen uitgroeien.

We dienen hier een duidelijk onderscheid te maken tussen zorg voor het kind, opvoeding en de ontwikkeling van een hechtingsrelatie met het kind.

Het kind zijn ervaringen van angst zijn totaal anders dan deze van volwassenen, omwille van het kind zijn grote afhankelijkheid van zijn zorgfiguur voor de regulatie van zijn innerlijke wereld en zijn nog onvoldoende ontwikkelde oplossingsvaardigheden.

De hechtingsrelatie dient vooral continu te zijn en juist, en daarom wordt elke onderbreking van de bindingsrelatie, hetzij fysiek of psychologisch, als gevaar ervaren voor het kind.

Over welke kwaliteiten dient de hechtingsfiguur te beschikken?

Van belang is dat de hechtingsfiguur sensitief responsief is wat betekent dat ze emotioneel toegankelijk is, en in staat om onmiddellijk en op een gepaste, adequate manier te reageren op de emoties en de stress van het kind.

Een andere belangrijke component van hechting is een goed ontwikkelde reflectieve capaciteit. Het is de mogelijkheid van de zorgfiguur om zich te bezinnen over het eigen verleden en hoe dit verleden getriggerd kan worden door het kind.

De ouder dient ook te beschikken over het mentaliserend vermogen wat betekent, het vermogen om na te denken en te bezinnen over het kind zijn verbale en non-verbale signalen en de mogelijkheid om deze te spiegelen, zodat het kind zijn eigen interne toestand kan ervaren en begrijpen.

Een andere sleutelfactor dat de basis vormt van een veilige hechtingsrelatie is containment.

Containment (Bion, 1959) verwijst naar de situatie waarin: "Een persoon de emotionele communicatie van een ander ontvangt en begrijpt, zonder er zich overspoeld door te voelen. De persoon kan ook terug communiceren met de ander."

Spel en "gedeeld plezier" tussen moeder en kind resulteren in een verlaging van stress, en verhogen van de ervaring van veiligheid en verbondenheid.

Wanneer bij de moeder een traumasymptoom als een persisterende negatieve gemoedstoestand aanwezig is zal ze niet in staat zijn tot sensitieve responsiviteit. Als dusdanig wordt het kind zijn eigen interne toestand niet gereguleerd en leert de baby niet, door gebrek aan een afgestemde reactie van de moeder, hoe het zijn emoties kan reguleren. De mogelijkheid tot emotieregulatie is een hoeksteen voor gezond psychisch functioneren.

De intense ervaring van pijn, machteloosheid en angst tijdens de bevalling kunnen nadien bij de moeder leiden tot vermijding van het contact met de baby.

In extreme gevallen weigert de moeder de eerste dagen na de bevalling het kind te zien en aan te raken of ontstaat zelfs een blijvende psychologische afstand van de baby. Deze onderbreking in de binding is nefast voor de baby zowel zijn angstbeleving als ontwikkeling van bepaalde hersengebieden die verantwoordelijk zijn voor regulatie, sociale interactie, empathie etc...

Herhaalde flash backs van de traumatische bevalling en nachtmerries leiden tot een verstoring van de slaap en zelfs de angst om te gaan slapen wat resulteert in relatieproblemen en vermijding van intimiteit.

Sommige vrouwen herkennen zichzelf als het ware niet meer en ervaren een soort dissociatie van zichzelf. Vaak wordt deze verdooving en onthechting van zichzelf verward met Post Natale Depressie. Het spreekt voor zich dat deze verdooving en/of dissociatieve toestand bij de moeder leidt tot een belemmering van het mentaliserend vermogen van deze ouder. Als gevolg ontwikkeld het kind geen "kern zelf".

Twee onveilige hechtingstijlen ten aanzien van het kind kunnen resulteren na een traumatische bevalling: een Gepreoccupeerde hechtingsstijl met nadruk op over- bescherming en angst en een Gereserveerde hechtingsstijl met nadruk op vermijding en negatie.

Een gepreoccupeerde stijl leidt tot een kind dat boos is omwille van het niet invullen van zijn behoeften, zich afhankelijk opstelt ten aanzien van de moeder, angstig en wantrouwend is.

Een gereserveerde stijl leidt tot een kind dat zijn noden ontkent, zich afzet van de ouder, en emoties niet toelaat.

Preventie.

Belang van goede zorg met voldoende informatie, inspraak, respect voor de unieke persoon, interesse, aanwezigheid, geruststelling.

Een goede communicatie zodat de ouders zich "gezien" voelen.

Aandacht aan de ervaring van de moeder en deze niet wegcijferen onder het mom dat het met de baby toch allemaal goed gaat.

Behandeling.

Eerst en vooral (net zoals bij fasegericht werk bij trauma in de eerste fase) richten we ons op de reductie van de symptomen met als belangrijke peilers:

- Stressreductie
 - o Installeren dagelijks leven
 - o Lichaamswerk met onder andere Relaxatie, Meditatie, Yoga etc.
- Emotieregulatie
- Relatietherapie
- Installeren van een veilige binding tussen ouder en kind.

In de 2^{de} fase komt de confrontatie en verwerking van de traumatische ervaring door onder meer gebruik van EMDR.

Referenties

Allen, J. G. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London: Karnac.

Anna R. Brandon, S. P. (2009 Summer). A history of the theory of prenatal attachment. *J Prenat Perinat Psychol Health* , 23 (4) : 201 - 222.

Ashbacher, A. (2013). Women's Experiences of Birth Trauma and Postpartum Mental Health. *Women's Experiences of Birth Trauma and Postpartum Mental Health*. School of Social Work, Sophia: http://sophia.stkate.edu/msw_papers/147.

Ayers, S. E. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 11 (4), pp. 389-39.

Beck, C. (2004). Birth Trauma . In the eye of the beholder. *Nursing Research* , 28-35.

Beck, C. (2013). *Traumatic childbirth*. London & New York: Routledge.

Bowlby, J. (2005). *A Secure Base*. Routledge: London & New York .

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation anxiety and anger*. London: Basic Books.

Bowlby, J. (1989). *The making and Breaking of Affectional Bonds*. New York: Routledge.

Claire A.I. Stramrod, M. J. (March 2012). The Patient Observer: Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for the Treatment of Posttraumatic Stress following Childbirth. *Birth* 39 , 70-76.

Cozolino, L. (2014). *The Neuroscience of Human Relationships*. New York & London: W.W. Norton & Company.

Cramer, B. B. (1991). *The earliest relationship*. London: Karnac.

Fonagy, P. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.

Hart, O. V. (2005). Peritraumatic Dissociation and Emotions as Predictors of PTSD Symptoms Following Childbirth. *Journal of Trauma & Dissociation* , Vol. 6(3).

Hill, D. (2015). *Affect Regulation Theory*. New York: W.W. Norton & Company.

https://www.rcm.org.uk/.../Emotional%20Wellbeing_Guide_WEB... (2012, 11). Opgeroepen op 9 15, 2017, van The royal college of midwives: www.traumacentrum.be

Inbal Shlomi Polachek, & M.-D. (2015). A simple model for prediction postpartum PTSD in high-risk pregnancies. *Arch Womens Ment Health* .

Joseph, D. B. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine* , Vol 8, no 2.

M, R.-D., G, B., M, D., Allely, C. S., J, F., C, P., et al. (2014, 7 4). *Bonding and Attachment in the perinatal period: Supporting rich and enjoyable relationships for life*. Opgeroepen op 9 15, 2017, van <http://www.maternal-and-early-years.org.uk/bonding-and-attachment-in-the-perinatal-period-supporting-rich-and-enjoyable-relationships-for-life-2>: www.traumacentrum.be

Richard J. Shaw, M. B. (March-April 2009). The Relationship Between Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in the Neonatal Intensive Care Unit. *Psychosomatics* , 50:2.

Schore, A. (2003). *Affectdysregulation and disorders of the self*. London: WW Norton & Company.

Shaver, J. C. (2008). *Handbook of Attachment*. New York & London: The Guilford Press.

Siegel, D. (1999). *The Developing Mind*. New York & London: The Guilford Press.

Todd, A. M. (2013, October). The impact of a traumatic birth: An exploration of mothers' experiences . *University of Chester MA dissertation* . University of Chester, United Kingdom. : <http://hdl.handle.net/10034/314589>.

Ziba Taghizadeh, A. I. (2013). Mothers' Response to Psychological Birth Trauma: A Qualitative Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal* , 15(10).