

TRAUMAPREVENTIE IN DE NAGEBOORTETIJD

EEN CASESTUDIE

DATUM: 22 SEPTEMBER 2022

AUTEUR: BRUN KUIPERS MSCRN

ZOBEVALIK CENTRUM VOOR GEBOORTE EN TRAUMA

WAT IS BEKEND

Moederschap brengt de grootste emotionele verandering in het leven van een vrouw. Decennia lang richt de geboortezorg zich steeds meer op controle en beheersen van lichamelijke risico's, wat leidt tot een toename van traumatische geboorte ervaringen. Een ziekenhuis opname is de grootste risicofactor voor een geboortetrauma, terwijl 87% daar bevalt. Over de opname is drie kwart van de moeders zeer ontevreden. Moeders ervaren een lang en moeizaam herstel na de bevalling en herkennen de signalen van hun geboortetrauma niet.

WAT IS NIEUW

Doel is inzicht te krijgen in het effect van de Traumapreventie Coaching en het gebruik van het DoeBoek IK BEVAL – IN VERTROUWEN voor de bevalling op het voorkomen van de gevolgen van een geboortetrauma in de nageboortetijd. Dan is de moeder in staat haar geboortetrauma te herkennen en bespreken, zodat ze effectieve zorg krijgt om gezondheidsverlies te voorkomen. In een casestudie van februari tot september 2022 is geboortetraumapreventie toegepast bij een moeder gedurende haar zwangerschap en kraamtijd tot 5 maanden na haar bevalling.

WAT BETEKENT DAT VOOR DE PRAKTIJK

Dankzij trauma informatie en de emotionele voorbereiding op de bevalling, herkent en bespreekt de moeder haar geboortetrauma meteen na de bevalling. Ze schakelt direct hulp in en ontvangt effectieve emotionele begeleiding en behandeling, met als gevolg volledig herstel en werkzaam leven. Vanuit een case kan traumapreventie gepromoot worden voor alle aanstaande en net bevallen moeders.

INLEIDING

Aanleiding

Moeders herkennen en bespreken hun traumatische geboorte ervaringen niet of nauwelijks. Na onderzoek blijkt dat moeders de link niet leggen tussen hun klachten en de ervaringen voor, tijdens en na de bevalling (1). Zelfs wanneer er naar gevraagd wordt, legt de moeder het verband niet. De verklaring van dit fenomeen ligt in het overlevingsmechanisme dat de herinnering aan de overweldigende dreigende situatie buiten het bewustzijn van het slachtoffer wordt gehouden (2).

Achtergrond

Moederschap brengt de grootste emotionele verandering in het leven van een vrouw (3). Geboorte is een grote psychologische gebeurtenis, waarbij moeders van nature behoefte hebben aan rust, vertrouwen, bevestiging en steun (4).

Al decennia lang richt de geboortezorg zich steeds minder op het welzijn van moeders en meer op controle en beheersen van lichamelijke risico's (5). Dat leidt tot een angstcultuur tussen zorgprofessionals, een toename aan doorverwijzingen en afschuiven van verantwoordelijkheden. In de dagelijkse praktijk worden continu onderzoeken aangeboden en als gevolg daarvan ineffectieve behandelingen (6). Beide leiden tot verstoringen van alle natuurlijke processen van de moeder en haar baby (7). Bekend is dat de toepassing van het CTG, waarbij de hartslag van de ongeboren baby continu gemonitord wordt, leidt tot meer gebruik van bijstimulatie van de weeënactiviteit met synthetische oxytocine en (daarna) vaker een keizersnede wordt uitgevoerd.

Door alle zwangerschapscontroles komt het gevoel van de moeder op de achtergrond te staan en doet zij wat haar wordt voorgesteld. Maar moeder en de baby zijn niet voorgeprogrammeerd op een onnatuurlijk geboorteprocess (4). Wanneer een barende moeder zich niet meer vrij kan bewegen en uiten, verliest zij al haar vermogens om natuurlijk te bevallen (8). Geschat wordt dat de helft van de moeders een traumatische geboortetijd ervaart, wanneer de periode vanaf de conceptie tot een half jaar na de bevalling meetelt (9). In een recent artikel is beschreven dat een derde van de Nederlandse vrouwen op zijn minst een situatie van disrespect of misbruik met zorgverleners heeft ervaren, waar ze later last van heeft (10). Een ziekenhuis opname is de grootste risicofactor voor een geboortetrauma, terwijl 87% daar bevalt (11). Over de opname is drie kwart van de moeders zeer ontevreden (8). Bekend is dat de meeste moeders na de bevalling gezondheidsverlies ervaren en slecht herstellen (1). Moeders met een geboortetrauma herkennen de signalen niet, bespreken ze niet en vragen ook geen hulp.

Geboortetrauma's gaan gepaard met verlies, ook met verlies aan interacties met naasten en zorgverleners (9). Emotionele support werkt preventief, waarbij moeders hun eigen belangen voorop leren stellen en niet die van de ander (12). Om moeders te steunen in een emotionele voorbereiding op de bevalling is het DoeBoek IK BEVAL – IN VERTROUWEN geschreven waarin de moeder in vier delen aandacht besteedt aan haar eigen emotionele vaardigheden om met stress om te gaan (5). Nadat haar voorgeschiedenis aandacht krijgt, onderzoekt ze welke behoeftes ze heeft ten aanzien van de zwangerschap en geboorte van haar nieuwe baby. Wanneer ze daarvan bewust is, leert ze hoe zij haar wensen en grenzen uit en dat realiseert, ook als het moeilijk wordt. Tot slot denkt ze na over de nageboortetijd, vanaf de geboorte van de placenta tot aan het opstarten van het werk (in haar gezin). Het DoeBoek beschrijft ook de gevaren van de medische zorg, zoals ongelijkheid, mogelijke schade, weinig inbreng en nauwelijks keuzes voor alternatieven (tabel 1). Deze trauma informatie speelt een belangrijke rol bij de Traumapreventie Coaching. De coaching bestaat uit het werken met het DoeBoek en parallel 4 sessies in een 1 op 1 contact om meer verdieping te geven aan alle emotionele veranderingen en de bewustwording daarvan te bevorderen. Moeders worden aangezet hun eigen

capaciteiten te leren kennen en gebruiken, zodat ze zelf de verantwoordelijkheid nemen voor positieve geboorte ervaringen. Moeders leren naast het herkennen van hun lichaamssignalen zich beter te uiten en komen voor zichzelf op om hun eigen belangen te dienen en hun gezondheid te behouden. Dit met als doel hun omgeving te beïnvloeden, een trauma vrije geboorte te ervaren of een geboortetrauma te herkennen, zodat ze volledig herstellen na de bevalling (5).

Relevantie voor de praktijk

De ervaringen van moeders met de reguliere geboortezorg zijn jarenlang onderwerp van onderzoek en beschreven in het wetenschappelijk onderzoeksverslag ZO BEVAL IK – HET MOEDERLICHAAAM SPREEKT (8). Hier zijn meer dan 600 gesprekken met moeders over hun gevoelens, gedachten en ervaringen met de reguliere geboortezorg geanalyseerd en is duidelijk geworden wat moeders schaaft en wat moeders missen. Kenmerken van de reguliere zorg zijn bovenin in tabel 1 beschreven met de effecten daarvan op ervaren stress bij (aanstaande) moeders. Deze effecten zijn in kaart gebracht bij dertig zwangere vrouwen die het DoeBoek en de Traumapreventie Coaching hebben ingezet in hun voorbereidingen op de bevalling (1). Het onderscheidende vermogen van de Traumapreventie staat eronder, waarbij de effecten op de emotionele gezondheid daarnaast in de rechter kolom staan. De werkwijze in contact met moeders is gebaseerd op de oplossingsgerichte benadering (11). De emotionele gezondheid komt tot uitdrukking vanuit een gevoel van zekerheid en vertrouwen. Dan geeft de moeder duidelijk aan wat ze wil en wat haar grenzen zijn rondom de geboorte van haar kind.

Reguliere zorg	Effecten = stress
Lage verwachtingen van moeders Protocollen Veel informatie op werkbrein Angst door screenen op risico's Veel verschillende adviezen, informatie en personen Ze weten het beter, vanuit hiërarchie Geen emotionele zorg Medische benadering Haast Onder druk gezet	Moeder weet en kan niks Iedereen dezelfde behandeling, niets op maat Afgeleid van emotionele werk en eigen kracht Stress, geen vertrouwen in eigen lichaam, angst Onzekerheid, minder inspraak en verlies van autonomie Uit verbinding met het eigen gevoel Gevoel van ziek zijn Wat jij voelt doet er niet toe, geeft onveiligheid Verlies van zeggenschap Gezondheidsverlies
Traumapreventie	Effecten = emotionele gezondheid
Hoge verwachtingen van moeders Niks doen, luisteren naar moeder, zij bepaalt wat besproken wordt Geen informatie geven, moeder 'aan' zetten Trauma informed: risicofactoren wegnemen Praten met moederbrein, natuurlijke processen bevorderen Liefde en vertrouwen Moeder is de expert Tijd hebben Geen oordeel Steunt haar met de beslissingen die ze neemt Aanwezig zijn, ook als het moeilijk is Zelf verbanden helpen leggen Aanmoedigen	Moeder weet en kan alles Autonomie, eigen behoeftes waarmaken, keuzes maken, macht, kracht, zelfvertrouwen Gehoord voelen, zelfkennis, neurogenese Aandacht voor gevaren van de reguliere zorg Moeder mag er zijn, in verbinding, eigen kracht voelen, programmeert zelf lichaam voor Voelt steun, vertrouwen, veiligheid Eigen capaciteiten inzetten Alles mag op eigen tempo Mag zelf oordelen Bevestiging, zelfvertrouwen, zelfregulatie Erkenning, negatieve gevoelens zijn waardevol Hogere geboorte tevredenheid Zelf doen

Tabel 1: Kenmerken van de reguliere geboortezorg en het onderscheidende vermogen van de Traumapreventie

Negatieve aspecten kunnen leiden tot schade in het hele leven van de vrouw. Al lang is bekend dat zorgverleners de symptomen van een geboortetrauma niet herkennen, vanwege hun focus op het lichaam en de organen (9). Mogelijk speelt hun eigen rol bij het ontstaan van het geboortetrauma daarin mee (2). Ook moeders herkennen het geboortetrauma niet en brengen de gevolgen ervan niet in relatie tot de traumatische gebeurtenissen (1). Bekend is dat het vragen om hulp moeilijk is, terwijl het herkennen, bespreekbaar maken en hulp ontvangen bijdragen aan het voorkomen van functieverlies na een geboortetrauma (1). Hoe eerder de moeder kan aangeven dat het niet goed gaat, hoe eerder de geboortetraumapreventie na de bevalling negatieve gevolgen voorkomt.

Probleemstelling

Geboortetrauma's en de negatieve gevolgen ervan zijn gerelateerd aan ziekenhuisbeperkingen en de focus van zorgverleners op lichaamsorganen van de moeder, naast het gebrek aan aandacht voor het emotionele functioneren van de (aanstaande) moeder, wat zich uit in niet voelen, zich niet uitspreken, geen hulp vragen, aanhoudende stress en trauma gerelateerde klachten op fysiek, emotioneel en sociaal gebied. De lange termijn gevolgen hebben invloed op het dagelijks functioneren van de moeder, haar zelfwaardering, zelfzorg, gevoelens ten aanzien van haar baby en mogelijkheden om ambities waar te maken (8).

DOELSTELLING

Doel van dit onderzoek is om het effect van de Traumapreventie (Traumapreventie Coaching met het DoeBoek) ter voorbereiding op de bevalling in de nageboortetijd te onderzoeken, om inzicht te krijgen of de geboortetraumapreventie bijdraagt aan het herkennen en bespreken van negatieve en traumatische ervaringen, zodat de moeder direct daarna hulp vraagt en begeleiding krijgt om gezondheidsverlies te voorkomen en haar herstel te bevorderen.

METHODE

Design

In een casestudie van februari tot september 2022 is Traumapreventie toegepast bij een moeder gedurende haar zwangerschap en kraamtijd tot 5 maanden na haar bevalling (13). Een casestudie is een verdiepende onderzoeksmethode van een of klein aantal individuen (14). Zo'n onderzoek levert een rijke beschrijving op over de relaties gericht op een specifiek onderwerp of fenomeen. Net als in ander kwalitatief onderzoek is deze casestudie holistisch en contextueel (15). Gekozen is voor een intrinsieke holistische casestudie, waarbij het individu gezien wordt in alle aspecten van gezondheid en dagelijks leven gerelateerd aan de vernieuwende werkwijze van de Traumapreventie. Dit design geeft de gelegenheid intieme kennis op te bouwen van de betrokken deelnemer en informatie te verzamelen over haar conditie, gedachten, gevoelens, acties (toen en nu), intenties en omgeving (14).

De casestudie is uitgevoerd in de context van de betrokken moeder in het ziekenhuis en thuis. Data is verzameld met observaties, gesprekken, vastleggen van letterlijk gesproken woorden van de moeder in haar dossier en telefonische interviews afgewisseld met app contact. Vanuit het perspectief van deze moeder kon ontdekt worden welke kenmerkende factoren een rol spelen bij effectieve geboortetraumapreventie na de bevalling en inzicht verworven in specifieke elementen om de toepassing in de praktijk te vergroten en later in een grotere studie nader onderzoeken te doen (15). De interacties van de moeder in de relaties met naasten, zorgverleners en collega's komen in de casestudie goed tot uitdrukking. Bovendien maakt de beschrijving van de letterlijk gesproken woorden

van de moeder in deze casestudie het onderwerp meer levendig en interessant. De betrokken moeder heeft voorafgaand aan de publicatie nogmaals toestemming gegeven en is een verificatie gedaan op de feiten en citaten.

Interventie

Kenmerken van de Traumapreventie voor de bevalling zijn trauma informatie geven, het vergroten van het bewustzijn van de moeder op het gebied van eigen emotionele vaardigheden op basis van haar levensverhaal en voorgeschiedenis, onderzoeken van persoonlijke behoeftes in relatie tot de nieuwe baby, het uiten en realiseren van de voor de moeder ideale bevalling en het regelen van een optimale nageboortetijd (5). Kenmerken van de Traumapreventie na de bevalling zijn het realiseren van een kalmerende omgeving, zelf de baby verzorgen, geboorte ervaringen steeds weer vertellen en verwerken van wat de omgeving met je heeft gedaan (1). De sessies voor en na de bevalling zijn in tabel 2 weergegeven. Na de bevalling is het aantal contacten afhankelijk van het verloop en stopt de begeleiding wanneer de moeder zich hersteld voelt. De Traumapreventie Coach is opgeleid bij het landelijk Zobevalik Centrum voor geboorte en trauma en volgt tijdens de casestudie de opleiding tot Geboortetrauma Consulent om de hersteltherapie bij een geïdentificeerd geboortetrauma toe te passen (13, 16).



Tabel 2: Traumapreventie voor en na de bevalling

Analyse

De systematische dataverzameling vond plaats met behulp van de letterlijk gesproken woorden van de moeder tijdens alle contacten met de Traumapreventie Coach. In de analyse werden de gesproken woorden geselecteerd op de essentie van de doelstelling van deze casestudie. Daarna zijn de zinnen gecategoriseerd in feitelijke informatie en data over gevoelens, gedachtes en ervaringen. Die data is vergeleken met de fases van bewustzijn, zoals in tabel 3 weergegeven (15).

Voor de bevalling	Na de bevalling
Eigen emotionele vaardigheden	Geboortetrauma herkennen
Eigen behoeftes kennen en uitspreken	Gevoelens uitspreken
Wensen en grenzen realiseren	Hulp vragen en ontvangen
Optimale nageboortetijd regelen	Gezondheid en autonomie hervinden

Tabel 3: Fases van bewustzijn voor en na de bevalling

RESULTATEN

De betrokken cliënt heeft naast de 4 sessies voor en 3 contacten na de bevalling meerdere contacten gehad met de Traumapreventie Coach, waarbij zij elkaar hebben ontmoet, gebeld en geappt. Van alle contacten zijn de letterlijk gesproken woorden opgeschreven en gebruikt in de analyse. De resultaten worden gepresenteerd in tabel 4 aan de hand van citaten van de moeder gerelateerd aan de fases van bewustzijn (tabel 3).

Voor de bevalling
Eigen emotionele vaardigheden <i>“Wil bij mezelf blijven, maar houd steeds rekening met de ander”</i> <i>“Ik leef naar verwachtingen”</i> <i>“Ik voel lichamelijke tekenen als iets niet goed voelt of juist wel”</i>
Eigen behoeftes kennen en uitspreken <i>“Ik praat met haar in mijzelf, ja we hebben wel contact”</i> <i>“Wil me nu veilig voelen en verzamel mensen om me heen”</i> <i>“Het voelt beklemmend als ik me buitengesloten voel, voel me dan dom”</i> <i>“Ik wil in het ziekenhuis bevallen, veel bewegen, geen discussies, dan voel ik mij weer niet serieus genomen”</i> <i>“Lieve en zachte mensen om me heen, dat ik alles kan uitproberen”</i> <i>“Geen CTG, niet meteen liggen, voorzichtig met mijn bekken”</i>
Wensen en grenzen realiseren

"Ik stel de vierde sessie graag uit, voel me er nog niet klaar voor. Ik wil nog geen kraamtijd bespreken, nu ik nog vol angst zit voor de inleiding wat ze adviseren omdat ze mijn kindje te groot schatten"
"Ik wil het gesprek voorbereiden met de gynaecoloog. Ik wil dat de baby vanzelf komt, voel niets voor een inleiding"
"Ik wil ook niet dat ze vast komt te zitten, hoe erg is het nou eenmaal?"
"Ben angstig voor wat er gebeurt als ik niet voor de inleiding ga kiezen, dat overheerst"
"Als ik morgen beval, dan kan ik dat"
"Ben bezig hoe ik de bevalling op gang krijg, zo natuurlijk mogelijk, om de inleiding te voorkomen"

Optimale nageboortetijd regelen

"Ik wil haar straks veel bij me, de navelstreng laten uitkloppen"
"Alleen zijn met mijn baby, samen met mijn man en verloskundige, misschien ook de gynaecoloog"

Na de bevalling

Geboortetrauma herkennen

"Het was een hele hele nare bevalling, dus wel goed als we elkaar snel zien en afspreken"
"Het was een slagveld"
"Baby op de buik, injecties, naalden, infusen. Bah, echt drama"

Gevoelens uitspreken

"Praat er veel over met mijn man"
"Dacht: jezus, wat moet ik nu met die baby"
"Ik heb een verpleger gegrepen: nu de baby aan papa geven, weg! Weg uit die ravage, arm kind"
"Maar toch, ik vond grenzen, hoe dramatisch ook. En dat was fijn"
"Het is een kutzooi, ik kan mijn kindje niet eens aanraken"
"Ik heb ze een paar keer een halt toegeroepen en gevraagd haar bij me te leggen, dan werd ze meteen stil"

Hulp vragen en ontvangen

"Ik wil je wel zien, face to face, lijkt me fijn"
"Ik voel me heel moe, heb bij elke beweging pijnscheuten"
"Ben stukken kwijt, als mijn man vertelt over de bevalling weet ik veel niet meer"
"De weeën opwekkers waren als de hel"
"De verpleegkundige nam alles van me over, van aankleden tot voeding geven, ik heb niets gedaan. Als ik ging plassen was ze alweer gevoed"
"Thuis was hel. Ik kan niets, zo frustrerend die pijn"
"Wil graag werken aan mijn herstel met extra ondersteunende voeding"
"Heb haar steeds meer in mijn armen en kan weer wandelen"
"Voel me veel beter dan verwacht"
"Word soms moe van haar, slaap weinig, ze is ook onrustig en wild"
"Ik kan niet meer huilen, baart me zorgen"
"Ik wil graag een herstelgesprek"

Gezondheid en autonomie hervinden

"Wil graag weer wat kunnen, minder pijn ervaren"
"Heb snel geen energie als ze gaat huilen, wil dat niet meer"
"Niet meer faalangstig voelen, niet bang dat ik het niet goed doe"

“Dichter bij mezelf blijven, bij mijn gezin, niet met de buitenwereld”

“Voel me beter, het herstelgesprek heeft veel losgemaakt. Ik kan weer huilen”
“Voel veel meer liefde voor mijn dochtertje, maak me niet alleen maar zorgen”
“Soms voel ik me ook weer slecht, alsof het achteruit gaat, voelt niet fijn dat ze huilt bij mij en niet bij anderen”
“Ik neem de supplementen niet consequent, anders waren ze wel op geweest. Eet ook slechter, dat doe ik als ik me mentaal bleh voel”
“Ik ben me bewust dat het goed voor me is, dus ga mijn voeding weer oppakken”

“Voel me stukken beter omdat mijn dochtertje tevreden is”
“Mijn lichamelijke klachten nemen af”
“Heb me langer ziek gemeld, heb meer tijd nodig. De opvang ook een maand geannuleerd”
“Ik voel me veel sterker, maar soms ook moe en onzeker”

“Het gaat heel goed, vooral met mijn dochtertje”
“Ga naar de bekkenpoli, omdat ik nog niet kan werken. Heb nog steeds wat klachten”
“Voel me mentaal goed, de ‘after bevalling’ suddert nog wat, dat is niet erg”
“Energie rondom de zorg voor mijn dochtertje is soms nog een trigger, soms wordt het me even te veel. Maar lang niet meer zo erg als het was”
“Ik kan nu hulp inschakelen omdat ik het aan voel komen, pak het daarna weer op”

Tabel 4: Resultaten volgens de fases van bewustzijn voor en na de bevalling

Bij de eerste fase van bewustzijn onderzocht de moeder de realiteit van haar lichaam en haar leven (5). De kracht van verhalen is eeuwen oud en in de zorg als succesvol bewezen. Verhalen zijn rijk aan beelden en ideeën. Ontstaan vanuit de eigen voorgeschiedenis en liefdevolle relaties. Toen de moeder contact maakte met haar verhaal, opgeslagen in haar emotionele brein, uitend via voelen, verbeelden en vertellen, ontdekte ze wat vertrouwd is en wat niet (6). Alles draait om zelf doen: zelf verantwoordelijk zijn voor je ervaringen en gezondheid. Daarbij spelen emotionele vaardigheden een belangrijke rol, die daarna nog verder ontwikkelden gedurende de Traumapreventie Coaching (12).

Bij de Traumapreventie voor aanstaande en net bevallen moeders wordt de bio logica gevolgd (3, 13). Vandaar uit is bekend dat de moeder de omgeving is van haar ongeboren baby. Wanneer zij rust en vertrouwen ervaart kunnen beiden optimaal communiceren. Hun gezamenlijke biochemie stelt ze in staat - met behulp van het liefdeshormoon oxytocine - continu informatie uit te wisselen (7). Zo is de moeder nu al de basis van de identiteit van haar kind in wording (3). En kan ze in contact met haar baby ontdekken wat hun behoeftes zijn (5). Het op zoek gaan naar eigen behoeftes en die van de baby leidt tot een explosie van nieuwe zenuwen vanuit het moederbrein naar het hele lichaam (3, 17). Zo volgt als het ware voorprogrammering op dat wat moet gebeuren. Behoeftes zijn fundamenteel en een uiting van essentiële schema's die moeten afdraaien in belang van de moeder en de baby (4). Moeders kunnen de bevalling niet bespreken vanuit de realiteit van hun eigen lichaam als ze die niet kennen. Pas wanneer duidelijk is wat de moeder nodig heeft, kan ze in gesprek gaan en haar belangen dienen. Daarvoor leerde ook deze moeder onafhankelijk te zijn van de ander, in belang van haar eigen geboorte ervaringen, die ze probeerde te bespreken en realiseren. Vanuit een intuïtief weten dat geboorte een zelfregulerend proces is, waarbij elke fase telt (3, 7).

Vrouwen die moeder worden begeven zich in een dominante (mannelijke) medische zorgcultuur (17). Waar goed en fout denken leidt tot risico analyses, angst en controles (5). En als er iets mis gaat ligt het altijd aan de moeder of de baby. Niemand heeft belang naar je te luisteren, geen zorgprofessional profiteert van natuurlijke processen. Wel om lage verwachtingen te hebben van moeders en hun

lichaam als vijand te beschouwen (6). De moeder is dan slechts de consument van het medische aanbod. Van belang is dat moeders weten wat hun behoeftes zijn. Moeders leren met de geboortetraumapreventie hun realiteit bespreken, ruimte in te nemen, vanuit gelijkwaardigheid of als het nodig is recht op te gaan staan om rechtvaardig behandeld te worden (5). Vanuit eigen behoeftes en niet op basis van een standaard of protocol. Ook als het moeilijk wordt. Om zelf nog sterker te worden, nog onafhankelijker. En vandaar uit initiatieven te nemen, zich uit te spreken en hulp te vragen (2). Wanneer aanstaande en net bevallen moeders, zoals bij deze case, worden blootgesteld aan vreemde beelden en woorden, zijn de effecten veel ingrijpender en de keuzevrijheid beperkt. Zo raakte deze moeder vervreemd van zichzelf, omdat de beelden en woorden vanuit de medische zorg ingaan tegen de realiteit van haar lichaam en werd ze ziek (6).

Moeders bereiden zich met de Traumapreventie voor op de nageboortetijd. Ruim voordat ze gaan bevallen blijkt dit lastig, omdat alle medische informatie de aandacht wegneemt van de emotionele transformatie (8). Daarom kost het moeders moeite voor zichzelf te zorgen en een kring van hulp te verzamelen voor emotionele en fysieke steun. Vaak lukt het onvoldoende tot acties te komen waar de moeder haar omgeving beïnvloedt. Bij deze moeder lukte dat ook niet en nam de zorgverlening het over, met haar medisch georiënteerde realiteit, normen en beperkingen (6).

Tijdens de bevalling blijkt de moeder zich bewust dat het niet goed gaat. Dat zij zich direct daarna uitsprak naar de Traumapreventie Coach geeft aan dat ze zich veilig voelt en emotionele vaardig is. Veiligheid en zeggenschap zijn voorwaarden om de autonomie te hervinden en te verwerken wat de omgeving met je heeft gedaan (2). In deze case wordt duidelijk dat kennis over de risicofactoren en gevolgen van geboortetrauma's de moeder heeft geholpen haar klachten te relateren aan haar omstandigheden (1). Toen het geboortetrauma nog sporen achter liet, is de geboortetrauma therapie ingezet bij het herstel (16). De werkwijze van de geboortetraumapreventie is erop gericht de moeder te begeleiden, totdat ze zich hersteld voelt (8).

DISCUSSIE

Resultaten

De intrinsieke holistische casestudie, waarbij het individu werd gezien in alle aspecten van gezondheid en dagelijks leven gerelateerd aan de vernieuwende werkwijze van de Traumapreventie gaf intieme kennis over de betrokken deelnemer en informatie over haar conditie, gedachten, gevoelens, intenties, gebeurtenissen en de omgeving toen en nu (14). Door steeds weer het verhaal te laten vertellen en te delen, kreeg de moeder vertrouwen in wat ze voelde en hoe ze daarop kon reageren (5). De gelijkwaardige relatie met de Traumapreventie Coach lijkt van toegevoegde waarde zelf initiatieven te nemen en direct de autonomie te hervinden (17). Van belang was de gevolgen van traumatische ervaringen te voorkomen, waarvan de PTSS de meest voorkomende diagnose is (2). Die kenmerkende trauma gerelateerde klachten zijn door de moeder niet geuit, waarvan het bieden van een kalmerende en troostende omgeving, het delen van haar verhaal en de geboortetrauma therapie belangrijke verklaringen zijn (1, 11, 18).

Werkwijze

De problematiek in de geboortezorg met het gebrek aan emotionele begeleiding heeft geleid tot een geboortetrauma preventief gerichte interventie aangeboden door een Traumapreventie Coach (16). De gevolgen op de gezondheid en autonomie van de moeder, geuit in alle fases van bewustzijn voor en na de bevalling, bevestigen de effectiviteit van de aanpak. De rol van de Traumapreventie Coach sloot aan bij het design van een case studie. Vanuit het perspectief van deze moeder is ontdekt welke

factoren een rol spelen bij de effectiviteit van de traumapreventie na de bevalling. Er is inzicht verworven in specifieke elementen, zoals trauma informatie, veel en laagdrempelig contact, focus op emotioneel welzijn, emotionele begeleiding en behandeling en tijd nemen voor herstel. Deze casestudie is niet representatief voor dezelfde effecten bij alle net bevallen moeders, zonder Traumapreventie voorafgaand aan de bevalling, maar nodigt uit de werkwijze van deze geboortetraumapreventie toe te passen en later in een grotere studie nader te onderzoeken (15).

Rol onderzoeker

De onderzoeker heeft in korte tijd een band met de moeder opgebouwd om het bewustzijnsproces te bevorderen, maar ook de emotionele vaardigheden van de moeder te verbeteren, zodat ze na de traumatische gebeurtenis de signalen van haar lichaam opmerkt, daar gehoor aan geeft en actie onderneemt (tabel 3). Dit is de kern van wat misgaat bij een geboortetrauma, waarvan moeders zeggen verstoord te zijn door hun omgeving en daarom niet op de signalen van hun lichaam af kunnen gaan. Dat leidt tot klachten en negatieve gevoelens na de bevalling (11). Onduidelijk is of de aanpak reproduceerbaar is en andere Traumapreventie Coaches dezelfde effecten realiseren in vergelijkbare situaties (14). Van belang is de effecten van de onafhankelijke rol van Traumapreventie Coaches vergeleken met die van betrokken verloskundigen na een geboortetrauma mee te nemen in vervolg onderzoek. Bekend is dat de klachten verergeren en er extra kwetsbaarheid is wanneer de betrokken zorgverleners toen veiligheid hadden moeten bieden (2). Het gebrek aan erkenning van de reguliere zorg bemoeilijkt herstel en leidt tot niet uitspreken en ernstig innerlijk lijden.

CONCLUSIE

Uit dit onderzoek blijkt dat door middel van een casestudie inzicht is verkregen in het effect van de Traumapreventie ter voorbereiding op de bevalling in de nageboortetijd. Duidelijk is dat geboortetrauma informatie en emotionele begeleiding bijdragen aan het herkennen en bespreken van negatieve en traumatische ervaringen, zodat de moeder snel hulp inschakelt en met effectieve begeleiding verwerkt wat de omgeving met haar heeft gedaan (1, 2). Deze moeder vroeg en kreeg direct in de nageboortetijd hulp en steun van de Traumapreventie Coach om gezondheidsverlies te voorkomen en haar herstel te bevorderen. In deze case is ook het herstelgesprek toegepast om de traumatische ervaringen effectief te behandelen (11).

Vanuit deze studie is meer kennis vergaard over de rol van bewustzijn van een net bevallen moeder over haar reacties op onverwachte en overweldigende gebeurtenissen. Daaruit blijkt dat haar emotionele vaardigheden zo zijn ontwikkeld dat de moeder de signalen in haar lichaam herkent en vandaaruit effectief functioneert in haar communicatie met de buitenwereld (4).

AANBEVELINGEN

Voor de toekomst is het aan te bevelen de Traumapreventie bij alle aanstaande en net bevallen moeders toe passen en meer onderzoek te doen bij een grotere steekproef naar het verband tussen de Traumapreventie en het voorkomen van geboortetrauma's en de gevolgen ervan. Van belang is meer inzicht te krijgen in factoren van invloed op de (kosten) effectiviteit van de Traumapreventie en de onafhankelijke rol van de Traumapreventie Coach. De lange termijn effecten bij de betrokken moeder worden een jaar na de bevalling met haar besproken: *“Ik wil niet alleen belichten wat ik heb meegemaakt in een zielige variant, maar vooral het proces en de kracht die het me uiteindelijk heeft gegeven. Ik ben erg blij dat hier een casestudie van is gemaakt.”*

BRONNEN

1. Kuipers, B. (2021) Brochure: <https://degeboortespecialist.nl/agenda-en-onderzoek/>
2. Herman, J. (2019) Trauma en herstel: Amsterdam Wereldbibliotheek
3. Hrdy, S. (2000) Moederschap: Utrecht Het Spectrum
4. Janov, A. (2013) Het leven voor de geboorte: Katwijk Panta Rhei
5. Kuipers, B. (2020) IK BEVAL – IN VERTROUWEN: <https://degeboortespecialist.nl/boekenshop/>
6. Verhaeghe, P. (2002) Over normaliteit en andere afwijkingen: Leuven/Leusden Springer
7. Odent, M. (2008) Birth Reborn: India Replika Press
8. Kuipers, B. (2018) ZO BEVAL IK - HET MOEDERLICHAAM SPREEKT: <https://degeboortespecialist.nl/boekenshop/>
9. Emmens, B., Hollins-Martin, C.J., Martin, C.R. (2021) Translation and validation of the Dutch version of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R): Journal of Reproductive and Infant Psychology
10. van der Pijl et al. (2022) Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey: Reproductive Health 19:160
11. Kuipers, B. (2018) Gevolgen van geboortetrauma's en mogelijkheden voor herstel: <https://degeboortespecialist.nl/agenda-en-onderzoek/>
12. Maté, G. (2011) When the body says NO: America Wiley
13. Kuipers, B. (2020) Zobevalik Centrum voor Geboorte en Trauma voor aanstaande en net bevallen moeders: <https://zobevalik.nl/>
14. Polit, D. and Beck, C. (2004) Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice: London Wolters Kluwer
15. Holloway, I. and Wheeler, S. (2002) Qualitative Research in Nursing: Oxford Blackwell Publishing
16. Kuipers, B. (2017) Kenniscentrum: <https://degeboortespecialist.nl/kenniscentrum-voor-zorgverleners/>
17. Northrup, C. (2020) Women's Bodies, Women's Wisdom: New York Bantam Books
18. Grandin, T. and Johnson, C. (2006) Animals in Translation: London Bloomsbury