



Lesmateriaal

Posttraumatische stress-stoornis (PTSS) na een bevalling

Inhoudsopgave

Wat is PTSS?	3
Risicofactoren voor PTSS na een bevalling.	5
Gevolgen PTSS na een bevalling	6
Verschil PPD en PTSS	7
Tokofobie	8
Wat kunnen cliënten met PTSS klachten doen?	10
Wat kun je als hulpverlener doen?	12
Harvard Trauma Questionnaire	15
Trauma Screening Questionnaire	16
Literatuur	17

Wat is PTSS?

Posttraumatische stress-stoornis (PTSS) is een angststoornis die kan ontstaan na het meemaken van een traumatische gebeurtenis zoals een aanslag of verkrachting. Sinds medio jaren '90 zijn er wetenschappelijke publicaties waarin wordt aangegeven dat de bevalling ook als een traumatische gebeurtenis ervaren kan worden. PTSS na een bevalling komt voor bij ongeveer 1-2% van de vrouwen. PTSS kan alleen gediagnosticeerd worden wanneer aan alle DSM criteria wordt voldaan (voor de criteria van de DSM-5 zie hieronder), 22-40% van de vrouwen heeft echter symptomen van PTSS zonder aan alle criteria te voldoen. Vermoed je dat bij een cliënt sprake is van een bevallingstrauma, laat haar dan de Trauma Screening Questionnaire (TSQ: bijlage 2) invullen of neem de Harvard Trauma Questionnaire (HTQ: bijlage 1) bij haar af.

Kenmerken van PTSS volgens DSM-V

Criterion A: De persoon is blootgesteld aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwondingen en/of seksueel geweld op één of meerdere van de volgende manieren:

- Het is de persoon direct overkomen;
- De persoon was getuige van de gebeurtenis;
- Een direct familielid of vriend van de persoon is het overkomen;
- De persoon wordt herhaaldelijk blootgesteld aan nare details van de ingrijpende gebeurtenis(sen) (bijv. politieagenten die herhaaldelijk worden blootgesteld aan de details van kindermisbruik).

Criterion B. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op één of meer van de volgende manieren:

- Herhalende, zich opdringende herinneringen;
- Onaangename dromen die gerelateerd zijn aan het trauma;
- Handelen of voelen alsof het trauma opnieuw plaats vindt;
- Heftige emoties als iemand eraan herinnerd wordt;
- Lichamelijke reacties als iemand eraan herinnerd wordt.

Criterion C. Aanhoudend vermijden van prikkels die gerelateerd zijn aan het trauma, zoals blijkt uit één of twee van de volgende symptomen:

- Het vermijden van gedachten en gevoelens;
- Het vermijden van plaatsen, mensen, voorwerpen en situaties

Criterion D. Negatieve veranderingen in gedachten en stemming gerelateerd aan de traumatische gebeurtenis, zoals blijkt uit twee of meer van de volgende symptomen:

- Onvermogen om delen van gebeurtenis te herinneren;
- Negatieve gedachten over zelf, anderen en de wereld ('ik kan niemand vertrouwen');
- Vertekende gedachten over consequenties en oorzaak van de gebeurtenis;
- Negatieve emoties (angst, afschuw, woede, schuld, schaamte);

- Afgenomen interesse en participatie in activiteiten;
- Afgesneden of vervreemd voelen van anderen;
- Niet in staat positieve emoties te ervaren

Criterion E. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid zoals blijkt uit twee of meer van de volgende symptomen:

- Geïrriteerdheid en woede-uitbarstingen;
- Roekeloosheid en zelfdestructief gedrag;
- Hyperaltheid;
- Overdreven schrikreacties;
- Concentratieproblemen;
- Slaapproblemen

Voor alle bovenstaande symptomen geldt: deze zijn begonnen of verslechterd na de traumatische gebeurtenis, duren langer van één maand en veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren, of het functioneren op andere belangrijke terreinen. Tenslotte kan de stoornis niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (zoals medicatie, alcohol) of aan een somatische aandoening.

Daarnaast is PTSS te specificeren als PTSS *met dissociatieve symptomen*. De symptomen van de betrokkene voldoen aan de criteria voor de posttraumatische stress-stoornis, en bovendien ervaart de betrokkene als reactie op de stressor persisterende of recidiverende symptomen van een van de volgende typen:

1. **Depersonalisatie** Persisterende of recidiverende ervaringen van gevoelens van vervreemding van de eigen psychische processen of het eigen lichaam, alsof de betrokkene zichzelf van buitenaf waarneemt (zoals het gevoel in een droom te zitten; het gevoel alsof het zelf of het lichaam onwerkelijk is, of alsof de tijd langzaam gaat).
2. **Derealisatie** Persisterende of recidiverende ervaringen van gevoelens alsof de omgeving niet echt is (bijvoorbeeld dat de wereld rondom de betrokkene als onecht wordt ervaren: als in een droom, veraf of vervormd).

NB Om dit subtype te kunnen gebruiken mogen de dissociatieve symptomen niet kunnen worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (zoals black-outs, gedrag tijdens een alcoholintoxicatie) of een somatische aandoening (zoals complexe partiële convulsies).

Risicofactoren voor PTSS na een bevalling

Er zijn natuurlijk geen situaties die bij iedereen tot PTSS klachten leiden: ervaring is immers subjectief. Er zijn echter bepaalde factoren die eraan kunnen bijdragen dat een bevalling als traumatisch ervaren wordt en mogelijk tot PTSS klachten leidt. De voornaamste factoren die kunnen worden onderscheiden zijn een medisch verloop van de zwangerschap en/ of bevalling, hoe de bevalling wordt ervaren, en psychosociale factoren.

Medisch verloop van de zwangerschap en/ of bevalling

- Spoedkeizersnede
- Kunstverlossing (vacuüm/ tang)
- Zwangerschapscomplicaties (bijvoorbeeld vroeggeboorte, pre-eclampsie, zwangerschapsvergiftiging)

Ervaring van de bevalling

- Weinig steun ervaren van zorgverleners
- Weinig steun van partner
- Dissociatie tijdens de bevalling
- Gevoel van controleverlies
- Negatieve emoties
- Duur van de bevalling (kort of juist zeer lang)
- Zeer pijnlijke bevalling

Psychosociale factoren

- Eerder trauma (met name seksueel misbruik/ geweld)
- Depressie tijdens de zwangerschap of na de bevalling
- Hevige angst voor de bevalling
- Niet goed met stress kunnen omgaan

Gevolgen PTSS door een traumatische bevalling

- Depressie (hoge comorbiditeit);
- Verhoogd misbruik van alcohol & andere stoffen;
- Diepgaande problemen met relatie van moeder tot baby, bv. problemen met borstvoeding en hechting (ook op langere termijn);
- Seksuele vermijding;
- Tokofobie (angst voor een volgende bevalling);
- Verzoeken om een geplande keizersnede in volgende zwangerschappen zonder medische noodzaak;
- Over-waakzaamheid en nervositeit over de gezondheid van het kind;
- Relatieproblemen en/of breuk. In andere groepen van PTSS slachtoffers (bv. Vietnam veteranen) is de stoornis verbonden aan huwelijk- of relatiebreuk;
- Vermijding van toekomstige medische zorg.

Zorgwekkend is dat er aanduidingen zijn dat vrouwen medische behandelingen, zoals uitstrijkjes, vermijden. Voor veel vrouwen bestaat de grootste zorg in de dagelijkse moeilijkheden die zij tegenkomen bij de hechting met hun baby. De baby kan hierbij gezien worden als constante herinnering aan en oorzaak van het trauma.

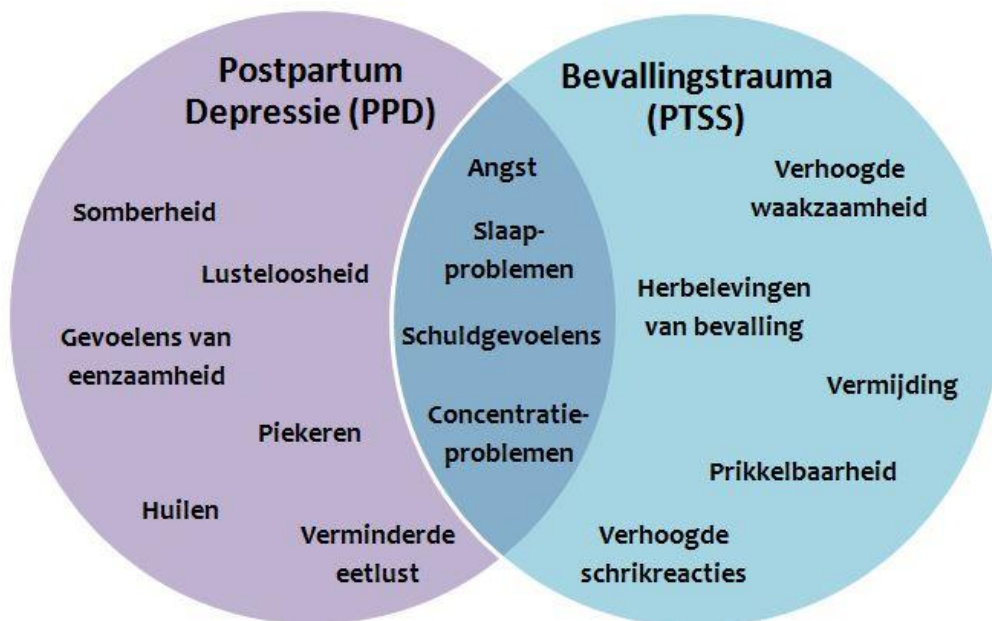
Verschil PPD en PTSS

PTSS kan overlappen met postpartum depressie (PPD) omdat sommige symptomen hetzelfde zijn. De twee diagnoses staan echter los van elkaar en moeten apart worden behandeld. Op grond van het missende bewustzijn over dit probleem worden veel vrouwen foutief met postpartum depressie gediagnosticeerd en krijgen vervolgens medicatie (bijvoorbeeld anti-depressiva) voorgeschreven, wat weinig of niet helpt.

Wat PTSS na een bevalling onderscheidt van een postpartum depressie zijn vooral de herbelevingen, verhoogde waakzaamheid en schrikreacties. Ongewild komen beelden op van de bevalling, komt opeens de geur van het ziekenhuis terug of krijgen vrouwen nachtmerries (wat tot slaapproblemen kan leiden). Deze oncontroleerbare herbelevingen kunnen erg ingrijpend zijn voor het dagelijks functioneren. Flashbacks kunnen leiden tot angstaanvallen. Als gevolg hiervan gaan getroffenen vaak factoren vermijden die deze gedachten triggeren.

Het lichaam van de vrouw is constant 'alert' door de stresshormonen, dit leidt tot prikkelbaarheid, onrust en angst. Dit kan, bovenop de last die het legt op de psyche en het lichaam van de vrouw, leiden tot relatieproblemen en onbegrip van anderen, terwijl sociale steun juist zo belangrijk is bij het verwerken van een heftige bevalling.

Tenslotte is de oorzaak ook een onderscheidende factor: een PTSS na bevalling wordt veroorzaakt door een traumatisch ervaren bevalling, terwijl een PPD een gevolg kan zijn van hormonale veranderingen in het lichaam van de pas bevallen vrouw.



Tokofobie

Zenuwen of lichte angst voelen ten opzichte van de bevalling is natuurlijk heel normaal. Wanneer de angst echter extreem wordt, waardoor soms de bevalling zelfs actief wordt vermeden, is sprake van tokofobie.

Tokofobie is een pathologische angst voor zwangerschap, wat kan leiden tot vermijding van bevallen. Dit komt voor bij ongeveer 13% van de vrouwen. Er zijn twee soorten tokofobie:

- *Primaire tokofobie*: morbide angst voor bevallen bij een vrouw die nog nooit eerder zwanger is geweest.
- *Secundaire tokofobie*: morbide angst voor bevallen, ontwikkeld na een eerdere traumatisch ervaren bevalling. Secundaire tokofobie kan ook voorkomen na een miskraam, doodgeboorte, of afgebroken zwangerschap.

De angst voor een bevalling begint meestal in de adolescentie. Vrouwen met primaire tokofobie zijn vaak extreem nauwkeurig met anticonceptie. Zij gebruiken het liefst meerdere methoden van anticonceptie tegelijkertijd, of vermijden seks compleet.

De angst van vrouwen die lijden aan tokofobie is meestal gericht op:

- Angst voor pijn
- Eerdere traumatische ervaring (bv. seksueel misbruik)
- Verlies van controle
- Gevoel van hulpeloosheid ten opzichte van de bevalling
- Nervositeit over het ouderschap
- Weinig of geen steun uit de omgeving
- Medicalisering van bevallingen
- Weinig vertrouwen in zorgverleners
- 'Horrorverhalen' van andere vrouwen en de media
- Eerdere bevallingservaringen (secundaire tokofobie)

Vrouwen die lijden aan tokofobie maar toch zwanger zijn, kiezen soms voor een abortus of een geplande keizersnede.

Wat kunnen cliënten met tokofobie doen?

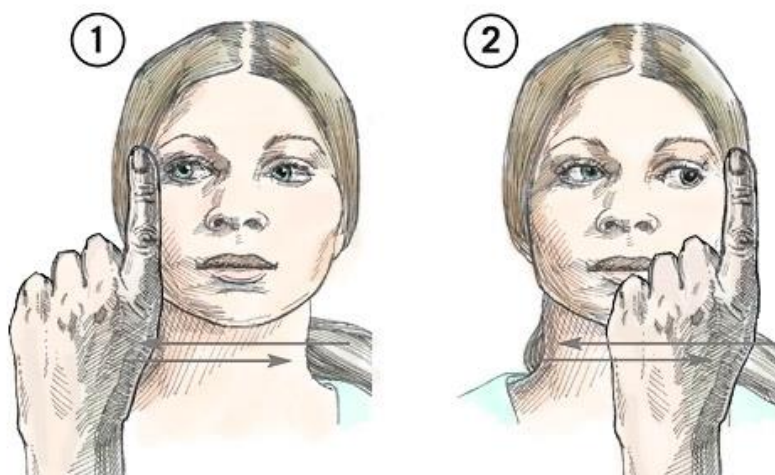
- Steun zoeken in de omgeving: onderzoek wijst uit dat hoe meer steun je uit je omgeving hebt, hoe lager de prenatale stress is.
- Cognitieve gedragstherapie blijkt een effectieve methode te zijn om extreme angst voor een bevalling te verminderen.
- Psychotherapie, gericht op het controleren van emoties en gevoelens.
- Ontspanningstherapie
- Counseling
- Geboorteplan schrijven
- Bezoek aan een kraamkliniek, spreken met vroedvrouwen
- Prenatale voorlichting en eventueel screeningstesten voor de baby om angsten weg te nemen dat er iets mis met de baby zou zijn
- Eventueel medicatie, wanneer er sprake is van een depressie of andere onderliggende psychische stoornissen

Wat kunnen cliënten met PTSS klachten doen?

Wanneer je een cliënt hebt die een mogelijk traumatische bevalling heeft meegemaakt, kun je haar verschillende behandelvormen aanbevelen. De behandelvorm die het meest wetenschappelijke bewijs heeft gekregen voor een positieve werking bij PTSS klachten na een bevalling is EMDR. Daarnaast blijkt cognitieve gedragstherapie een bewezen effectieve behandelvorm te zijn. Dit zijn echter behandelingen die bij een psycholoog plaats vinden, wat voor sommige vrouwen intimiderend kan zijn. Er bestaan ook zogenaamde bevallingsverwerkingsspecialisten, die vaak vanuit persoonlijke ervaring trainingen zijn gaan volgen om andere vrouwen met soortgelijke ervaringen te helpen. Dit kan een meer laagdrempelige oplossing bieden, voornamelijk wanneer een vrouw erg behoefte heeft over haar ervaring te praten.

Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)

EMDR is een bewezen effectieve behandeling bij PTSS klachten. Er is veel wetenschappelijk onderzoek naar de werking van EMDR gedaan, waar positieve resultaten uit zijn gekomen. Zo zijn er gevallen bekend waarbij na één sessie het effect al merkbaar was: vrouwen die eerst niet in staat waren over hun traumatische ervaring te praten, konden dit na één EMDR sessie wel. Er zijn ook gevallen bekend waarbij vrouwen na vier sessies aangaven een rustiger gevoel te hebben en geen angst meer te voelen bij het ophalen van de traumatische herinnering. EMDR is echter geen wondermiddel die elke traumatische ervaring zo snel kan wegnemen, het kan zijn dat behandeling een jarenlang proces is. Ook hoeft EMDR niet de uitgekozen behandelvorm voor jouw cliënt te zijn. Door de vele positieve resultaten is het echter zeker een aanbeveling waard.



Bij EMDR ga je normaliter aan de slag met 1 concrete herinnering. Indien een ervaring uit veel verschillende facetten bestaat is het logisch dat EMDR therapie uit meerdere sessies bestaat. Heeft iemand bijvoorbeeld moeite de bevalling (of delen hiervan) te herinneren, dan

kan het zo zijn dat gestart wordt met werken aan een bepaalde herinnering, en dat na een aantal maanden weer een nieuw beeld naar boven komt.

Het uitgangspunt van EMDR is dat zijwaartse oogbewegingen, in combinatie met het ophalen van de traumatische herinnering, leiden tot vermindering van de levendigheid en emotionaliteit van die herinnering. Tijdens de behandeling zal de therapeut met zijn/ haar vingers voor de ogen van de cliënt heen en weer gaan. Terwijl zij de vingers volgt met haar ogen, word haar gevraagd specifieke herinneringen aan de bevalling op te halen. Dit proces wordt herhaald totdat de stress reactie die deze herinnering oproept af begint te nemen. Als de herinnering helemaal geen stress reactie meer oproept, word de cliënt gevraagd een positieve herinnering aan de bevalling op te roepen, waardoor de bevalling geassocieerd kan worden met deze positieve herinnering.

Een opleiding tot EMDR therapeut kan ook gevolgd worden zonder dat iemand andere medische diploma's heeft. Wanneer bij een cliënt sprake is van een meervoudig trauma (als iemand bijvoorbeeld een psychische voorgeschiedenis heeft), verwijs haar dan alleen door naar een psycholoog of psychiater die zich gespecialiseerd heeft in EMDR.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie is een combinatie van gedragstherapie en gesprekstherapie.

Tijdens deze therapie staan de cognities centraal: gedachtes, fantasieën, herinneringen en opvattingen over bepaalde gebeurtenissen. Bij cognitieve gedragstherapie leert de cliënt negatieve gedachtepatronen te ontdekken en te veranderen, zoals:

- 'Ik ben een slechte moeder'
- 'Andere vrouwen voelen zich wel goed na hun bevalling, ik ben vast zwakker dan zij'
- 'Ik wil nooit meer bevallen'

Ook gevoelens van afstand tot de baby of boosheid kunnen hierin een rol spelen. Wanneer de cliënt leert deze negatieve gedachtes anders te interpreteren, kan zij objectiever kijken naar wat er gebeurd is. Hierdoor kunnen uiteindelijk negatieve gevoelens verdwijnen die het terugdenken aan je bevalling opwekt.

Wat kun je als hulpverlener doen?

Als zorgverlener ben je geneigd een bepaalde werkstijl en werkhouding in stand te houden. Daardoor kun je soms blind zijn voor de negatieve effecten van je gedrag op anderen. Een aantal van deze ‘blinde vlekken’ zijn:

- *Vermijden*: je kunt de omgang met een vrouw die een traumatische bevalling heeft doorgemaakt vermijden. Op deze manier kun je zelf misschien beter grip op de situatie houden, maar door dit veroorzaakt pijn bij de ander.
- *Je distantiëren*: door je bijvoorbeeld alleen maar te richten op de lichamelijke toestand van de vrouw en haar emoties niet te (willen) erkennen.
- *Redden*: Als zorgverlener kun je het idee hebben dat je de vrouw moet ‘redder’, door bijvoorbeeld allerlei oplossingen aan te dragen. Op deze manier werk je echter het slachtoffergedrag juist in de hand, doordat je een soort ouderrol aanneemt.
- *Aanklagen*: Deze manier van omgang wordt ook wel *blaming the victim* genoemd. Door vrouwen het gevoel te geven dat hun traumatische ervaring hun eigen schuld is, veroorzaakt je leed-op-leed (voor uitleg, zie hieronder).
- *Hersenspoelen*: Dit gebeurt wanneer je als zorgverlener probeert de gebeurtenis een positieve draai te geven, bijvoorbeeld door clichés te gebruiken als: ‘Maar je hebt toch een gezonde baby?’. De zorgverlener die het trauma positief probeert te benoemen gaat voorbij aan hoe het voor de vrouw op dat moment is. Dit kan voor de vrouw voelen als een manier van manipulatie.

Leed-op-leed

Door de manier waarop je je als zorgverlener opstelt, kun je vrouwen die een PTSS na hun bevalling hebben opgelopen (onbedoeld) kwetsen. Je kunt vrouwen voor de tweede keer slachtoffer maken door een onzorgvuldige benadering. Deze tweede slachtofferervaring komt door een (feitelijk of vermeend) gebrek aan medeleven: slachtoffers voelen zich onbegrepen, gekwetst of in de steek gelaten. Bovenop het eerste leed (de traumatische bevalling) komt dan, door het gebrek aan medeleven, nog eens extra leed. Dit wordt ‘leed-op-leed’ genoemd

Er zijn verschillende zaken waar je als zorgverlener op kunt letten om leed-op-leed bij vrouwen te voorkomen. Het is ook belangrijk goed op jezelf te letten, je kunt namelijk zelf ook zodanig bij een traumatische bevalling betrokken zijn dat dit jou klachten geeft. De voornaamste zaken waar je zelf aan kunt werken zijn: communicatie (zowel verbaal als non-verbaal) en feedback.

Communicatie

Communicatie is het belangrijkste in de omgang met je cliënt. Zorg dat je compassievol luistert, wees nieuwsgierig en stel uitnodigende vragen om erachter te komen hoe je cliënt zich echt voelt en wat er in haar om gaat. Verlaag drempels door bijvoorbeeld te zeggen: ‘Het is prima om het niet met me eens te zijn’. Zo hou je de communicatie open en eerlijk. Laat je persoonlijke verhaal los, om je cliënt volledige aandacht te kunnen geven.

Neem de tijd om je cliënt echt te proberen te begrijpen. Door enkel te zeggen ‘Ik begrijp het’ roep je soms juist weerstand op, want je kunt niet écht begrijpen wat iemand heeft meegemaakt. Wees je bewust van de menselijke neiging om gevoelens voor een ander in te vullen, probeer dit niet te doen en echt te willen begrijpen waar je cliënt behoefte aan heeft en wat zij doormaakt.

Stel je cliënt op haar gemak door je aan te sluiten bij haar *communicatiestijl*. Voel aan of iemand meer mens- en relatiegericht communiceert, of juist meer taak- en doelgericht. En is iemand meer introvert of extravert? Heeft iemand een lager spreektempo en een meer analytisch karakter, neem dan de tijd voor het gesprek en richt je voornamelijk op feiten. Wil iemand veel over gevoelens praten op hoog tempo, sluit je hier dan bij aan door deze gevoelens te erkennen en hierop door te vragen. Wanneer je op dezelfde golflengte zit als je cliënt, geeft dit een basis voor vertrouwen.

Fouten maken is menselijk, ook in de zorg. De cliënt is hiervan het meest slachtoffer, maar ook jij als zorgverlener kunt hierdoor geraakt worden. Het is belangrijk om elkaar als collega’s onderling aan te spreken op fouten, omdat ons brein zo gemaakt is dat het automatisch zoekt naar zelfrechtvaardiging. Hierdoor is het vaak makkelijker fouten bij anderen te zien dan bij onszelf. Lastiger is het bespreken van je gemaakte fout met de getroffen cliënt. Het bespreken van fouten met cliënten is moeilijk, en de kunst zit hem vooral in hoe je het overbrengt. Wees open en eerlijk, bied je excuses aan en ga jezelf niet verdedigen.

Non-verbale communicatie

Een fysieke aanraking kan ook vertrouwen opwekken. Ieder mens heeft behoefte aan huidcontact, dus een arm om een schouder of een klopje op de hand kan al gevoelens van vriendelijkheid en comfort overbrengen. Voel echter aan of iemand hier voor open staat, niet iedereen vindt aanrakingen fijn en na een traumatische bevalling kan dit al helemaal lastig zijn.

Zorg dat je oog hebt voor de kwetsbaarheid van de cliënt, en haar klachten niet reduceert tot een ziektebeeld. Investeren in de kwetsbaarheid van cliënten verlicht het gevoel van lijden, en kan ook nog eens tijd besparen. Mensen die gerust gesteld zijn blijken informatie beter te onthouden, zijn meer therapietrouw en hun zelfzorg neemt toe.

Feedback

Geef feedback aan collega’s (op een constructieve en betrokken manier) en vraag dit ook terug. Ontwikkeling gaat niet zonder feedback.

Een blinde vlek (vermijden, distantiëren, redden, aanklagen, hersenspoelen) is iets wat vaak bij een ander wel bekend is, maar niet bij jezelf. Zo kun je bijvoorbeeld iemand aanspreken met ‘je’ die graag met ‘u’ aangesproken wil worden, onvriendelijk overkomen door je houding of per ongeluk *over* een cliënt spreken en niet *met*. De enige manier om achter je blinde vlek te komen is als iemand anders het je vertelt, dus wederom is feedback van collega’s cruciaal.

Wanneer je zelf geraakt bent door aanwezig te zijn bij een traumatische bevalling

Zoek steun bij je collega's, praat met hen over moeilijke situaties. Wanneer zij een luisterend oor bieden, kun je jouw emoties verwerken en weer een goede arts voor je cliënten zijn. Mocht je echt last houden van de ervaring die je hebt meegemaakt, schroom dan niet om professionele hulp te zoeken.

Bijlage 1: Harvard Trauma Questionnaire

De volgende klachten worden soms door mensen genoemd nadat zij pijnlijke of angstaanjagende gebeurtenissen hebben meegemaakt. Geef bij elk van onderstaande items aan hoeveel last je hiervan in de afgelopen week hebt ervaren.

1 = helemaal geen last, 2 = een beetje last, 3 = nogal veel last, 4 = zeer veel last

Schrijf per vraag je score op:

1. Terugkerende gedachten of herinneringen aan de pijnlijke of angstige gebeurtenissen.
2. Het gevoel hebben alsof de gebeurtenissen opnieuw plaatsvinden.
3. Terugkerende nachtmerries.
4. Je losstaand of teruggetrokken voelen van anderen.
5. Niet in staat iets te voelen.
6. Je zenuwachtig voelen, schrikachtig zijn.
7. Moeilijk kunnen concentreren.
8. Moeite met slapen.
9. Op je hoede zijn.
10. Geïrriteerd zijn of woede-uitbarstingen hebben.
11. Bezigheden vermijden die aan de pijnlijke of angstige gebeurtenissen doen herinneren.
12. De pijnlijke of angstige gebeurtenissen niet volledig kunnen herinneren.
13. Minder interesse hebben in dagelijkse activiteiten.
14. Het gevoel hebben alsof je geen toekomst hebt.
15. Gedachten en gevoelens vermijden die doen herinneren aan de pijnlijke of angstige gebeurtenissen.
16. Plotselinge gevoelens of lichamelijke reacties hebben bij het herinnerd worden aan de pijnlijke of angstige gebeurtenissen.

Tel alle 16 scores bij elkaar op en deel dit getal door 16. Een score van 2.5 of hoger geeft aan dat je klinisch significante PTSS klachten hebt.

Bijlage 2: Trauma Screening Questionnaire (TSQ)

Deze vragenlijst gaat over jouw persoonlijke reactie op de traumatische gebeurtenis die je hebt meegemaakt. Geef aan (Ja / Nee) of je tenminste 2 maal in de afgelopen week het volgende hebt ondervonden.

1. Verontrustende gedachten of herinneringen aan de gebeurtenis die in uw hoofd opkomen tegen uw wil in.
2. Verontrustende dromen over de gebeurtenis.
3. U gedragen of u voelen alsof de gebeurtenis opnieuw plaatsvindt.
4. Van streek raken door dingen die u aan de gebeurtenis herinneren.
5. Lichamelijke reacties (zoals snelle hartslag, steen in de maag, zweten, duizeligheid) wanneer u herinnerd wordt aan de gebeurtenis.
6. Moeilijk in slaap kunnen komen of te vroeg wakker worden.
7. Geïrriteerdheid of woedeaanvallen.
8. Moeite hebben met concentreren.
9. Verhoogd bewustzijn van mogelijke gevaren voor uzelf en anderen.
10. Gespannen zijn of schrikken van iets onverwachts.

Heb je 6 of meer van bovenstaande vragen met 'ja' beantwoord, dan heb je mogelijk last van PTSS.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision)* Author: American Psychiatry.
- Ayers, S., Joseph, S., McKenzie-McHarg, K., Slade, P., & Wijma, K. (2008). Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendataions for future research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 240-250.
- Bhatia, M.S., & Jhanjee, A. (2012). Tokophobia: A dread of pregnancy. *Industrial Psychiatry Journal*, 21(2), 158-159.
- Mollica, R.F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(2), 111-116.
- Stramrood, C.A.I., Van der Velde, J., Doornbos, B., Paarlberg, M., Weijmar Schultz, W.C.M., & Van Pampus, M.G. (2012). The patient observer: Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for the treatment of posttraumatic stress following childbirth. *Birth*, 39(1), 71-76.
- Walters, J.T.R., Bisson, J.I., & Shepherd, J.P. (2007). Predicting post-traumatic stress disorder: validation of the Trauma Screening Questionnaire in victims of assault. *Psychological Medicine*, 37, 143-150.
- Weaver, J., Browne, J., Aras-Payne, A., & Magill-Cuerden, J. (2012). A comprehensive systematic review of the impact of planned interventions offered to pregnant women who have requested a caesarean section as a result of tokophobia (fear of childbirth). *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 10(28), 1-20.