

# Preventie van bevallingsgerelateerde posttraumatische stressstoornis

## Referentie

Dekel S, Papadakis JE, Quagliarini B, et al. Preventing posttraumatic stress disorder following childbirth: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2024;230:610-41.e14. DOI: 10.1016/j.ajog.2023.12.013

## Duiding

Mieke Embo, vroedvrouw, UGent en Arteveldehogeschool  
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

## Klinische vraag

Welke primaire, secundaire en tertiaire preventieve interventies zijn effectief om symptomen van bevallingsgerelateerde posttraumatische stressstoornis te voorkomen of te milderen bij vrouwen die een medisch gecompliceerde of potentieel levensbedreigende bevalling hebben doorgemaakt?

## Achtergrond

Ongeveer 10 tot 20% van de vrouwen ervaart de bevalling als een traumatische gebeurtenis (1). Men spreekt over een traumatische bevalling wanneer er in direct verband met de bevalling interacties en/of gebeurtenissen plaatsvinden, die overweldigende, verontrustende emoties en reacties uitlokken met een negatieve invloed op het welzijn van de vrouw (1,2). Ongeveer 10% van de vrouwen met een traumatische bevalling ontwikkelt een posttraumatische stressstoornis, gekenmerkt door herbelevingen, nachtmerries, vermijdingsgedrag, negatieve gedachten en stemming, verhoogde prikkelbaarheid en concentratieproblemen (1). Risicofactoren voor het ontwikkelen van een bevallingsgerelateerde posttraumatische stressstoornis zijn onder andere verloskundige complicaties/interventies (zoals spoedkeizersnede), een psychiatrische voorgeschiedenis (zoals depressie in de anamnese) en bevallingsgerelateerde factoren (zoals gebrek aan ervaren steun) (1). Onbehandeld kan deze stoornis de moeder-kindband schaden en de ontwikkeling van het kind beïnvloeden (1). Zo geven vrouwen met bevallingsgerelateerde posttraumatische stressstoornis minder vaak borstvoeding en vermijden ze soms volgende zwangerschappen (1). Omdat een bevallingsgerelateerde posttraumatische stressstoornis direct gelinkt is aan de bevalling is het mogelijk om preventief in te grijpen. Momenteel beschikken we echter over onvoldoende kennis om klinische aanbevelingen te formuleren voor zorgverleners.

## Samenvatting

### Methodologie

Systematische review en meta-analyse (3).

### Geraadpleegde bronnen

- PsycInfo, PsycArticles, PubMed, ClinicalTrials.gov, CINAHL, ProQuest, Sociological Abstracts, Google Scholar, Embase, Web of Science, ScienceDirect, Scopus, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL); tot september 2023
- aanvullend raadpleegde men systematische reviews over de aanpak van bevallingsgerelateerde posttraumatische stressstoornis
- alleen Engelstalige publicaties.

### Geselecteerde studies

- inclusiecriteria: gerandomiseerde en niet-gerandomiseerde studies die het effect onderzochten van elke interventie versus controle (gebruikelijke zorg, gezonde controles, wachtlijst) voor de (preventieve) behandeling van een bevallingsgerelateerde posttraumatische stressstoornis

- exclusiecriteria: case reports, studieprotocollen, lopende klinische studies, geen uitkomstmaten met betrekking tot bevallingsgerelateerde posttraumatische stressstoornis, studies met alleen vrouwen die een doodgeboorte meemaakten
- uiteindelijke inclusie van 41 studies, 32 gerandomiseerd en 9 niet-gerandomiseerd, gepubliceerd tussen december 1988 en september 2023
- de studies werden ingedeeld volgens
  - *timing van de interventie*: primaire preventieve interventies aangeboden tijdens de zwangerschap (N=3); secundaire preventieve interventies aangeboden binnen de maand na een traumatische bevalling vooraleer men een diagnose van posttraumatische stressstoornis volgens DSM-5 kon bevestigen (N=24); tertiaire preventie meer dan 1 maand na de bevalling aangeboden voor gevallen van (subklinische) bevallingsgerelateerde posttraumatische stressstoornis (N=14)
  - *type van de behandeling*: 36 studies onderzochten psychologische behandelingen (psychologische debriefing (N=4); crisisinterventie (N=1); traumagerichte behandelingen (N=15), zoals cognitieve gedragstherapie, eye movement desensitization and reprocessing en expressief schrijven over de bevalling; blokkering van geheugenconsolidatie en -reconsolidatie (N=3); psychologische counseling (N=5); op moeder en baby gerichte behandelingen omtrent hechting en huid-op-huidcontact (N=4); alternatieve benaderingen zoals visuele biofeedback (n=1), mindfulness-gebaseerde stressreductie (N=1) en muziektherapie (N=2)); 4 studies onderzochten educatieve interventies (N=4).

#### *Bestudeerde populatie*

- in totaal includeerde men 4 934 deelnemers (range 4-678) met een gemiddelde leeftijd tussen 25 en 35 jaar; 46-100% van de vrouwen had een partner
- men excludeerde vrouwen met een voorgeschiedenis van een ander trauma (zoals trauma in de kindertijd of partnergeweld).

#### **Uitkomstmeting**

- primaire uitkomstmaten: effect op de symptomen van bevallingsgerelateerde posttraumatische stressstoornis, ofwel gemeten met gevalideerde zelfrapportage vragenlijsten over symptomen van posttraumatische stressstoornis gelinkt aan de bevalling (N=36) ofwel op basis van diagnostische evaluaties door klinici (N=5); meestal op korte of middellange termijn (<2 maanden voor 15 studies en ≥2 maanden voor 19 studies) en in sommige studies op lange termijn (>6 maanden in 7 studies)
- secundaire uitkomstmaten: veranderingen in postpartum depressie, angst en moeder-kindbinding
- subgroepanalyses per type interventie en intensiteit van de interventie (1 sessie versus meerdere sessies)
- sensitiviteitsanalyses voor hoog risico van bias.

#### **Resultaten**

- voor de primaire uitkomstmaten:
  - geen meta-analyse mogelijk voor primaire preventieve interventies wegens het kleine aantal beschikbare studies
  - in vergelijking met controlegroepen zag men met secundaire preventieve interventies een matig effect op vlak van reductie van symptomen van posttraumatische stressstoornis (N=24, n=2 523; SMD -0,67 met 95% BI van -0,92 tot -0,42; I<sup>2</sup>=90%); de grootste effecten zag men met semigestructureerde, vroedvrouwbegeleide en dialooggebaseerde psychologische counseling (SMD -0,91 met 95% BI van -1,61 tot -0,21) alsook met korte, gestructureerde traumagerichte interventies (SMD -0,95 met 95% BI van -1,50 tot -0,40); er was geen statistisch significant verschil tussen interventies met één versus meerdere sessies

- in vergelijking met controlegroepen zag men met tertiaire preventieve interventies een klein effect (N=14, n=813; SMD -0,37 met 95% BI van -0,60 tot -0,14; I<sup>2</sup>=45%)
- voor de secundaire uitkomstmaten zijn de resultaten niet duidelijk weergegeven in de verschillende studies.

### **Besluit van de auteurs**

Korte trauma- en niet-trauma-gerichte psychologische interventies, die in een vroeg stadium na een traumatische bevalling aangeboden worden, bieden een belangrijke en haalbare opportuniteit om symptomen van een bevallingsgerelateerde posttraumatische stressstoornis te milderen. Toekomstig onderzoek dat diagnostische en biologische metingen integreert, zou kunnen helpen om de werking van de interventie en de onderliggende mechanismen beter te begrijpen.

### **Financiering van de studie**

Eén auteur ontving beurzen van de Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development en een ISF-award van de Massachusetts General Hospital Executive Committee on Research; een andere auteur werd ondersteund door een Mortimer B. Zuckerman STEM Leadership Program Postdoctoral Fellowship; en een derde was ondersteund door een fonds van de Menschel Cornell Commitment Public Service Internship aan de Cornell University; geen enkele organisatie had een rol in het ontwerpen, uitvoeren en rapporteren van deze studie.

### **Belangenconflicten van de auteurs**

De auteurs hebben geen belangenconflict aangegeven.

## **Bespreking**

### **Beoordeling van de methodologie**

Dit is een methodologisch correct uitgevoerde systematische review met meta-analyse. De auteurs volgden de PRISMA-richtlijnen bij het rapporteren van de resultaten. Om de kwaliteit van de studies en het risico van bias te beoordelen maakten ze gebruik van twee veelgebruikte tools (de **Downs en Black-checklist** en de Cochrane Risk of Bias Tools). De meeste studies vertoonden een hoog risico van bias als gevolg van onvoldoende blindering van deelnemers en zorgverleners. Hoewel men gevalideerde vragenlijsten gebruikte om het effect te meten, kan zelfrapportage tot een belangrijke vertekening van het effect van de psychologische interventies geleid hebben. Voor enkele studies was het bovendien moeilijk om de kwaliteit te beoordelen wegens onvoldoende informatie over de kenmerken van de steekproef of het tijdstip waarop de interventie beoordeeld werd. Sensitiviteitsanalyses op basis van het risico van bias toonden echter vergelijkbare effecten. Er waren geen aanwijzingen voor publicatiebias. Over het algemeen was het aantal RCT's dat primaire (N=2) en tertiaire preventieve interventies (N=9) evalueerde klein. Tussen de studies bestond er bovendien veel statistische heterogeniteit, zeker wat de secundaire preventieve interventies (I<sup>2</sup>=90%) betreft. De auteurs voerden subgroepanalyses uit om meer inzicht te krijgen over de invloed van het type interventie op de uitkomst, maar door het beperkte aantal studies per type was dit niet altijd mogelijk.

### **Beoordeling van de resultaten**

Het onderwerp van de studie is zeer relevant en sluit aan bij een grote nood in de verloskundige zorg. Gezien ook in België de aandacht voor de mentale gezondheid en het psychosociaal welzijn groeit (4) én zeker gezien de huidige actualiteit betreffende het stimuleren van respectvolle geboortezorg is deze studie relevant (5-7). Men includeerde zowel studies bij vrouwen met een verhoogd risico van posttraumatische stressstoornis als studies uitgevoerd in de algemene populatie. Bovendien worden de kenmerken van de geïncludeerde populaties slechts summier beschreven. Daarom kunnen we geen onderscheid maken tussen interventies die voor bepaalde groepen meer of minder effectief zijn (zoals verschil tussen eerstbarenden en meerbarenden moeders, leeftijd,...). Er wordt door de auteurs een onderscheid gemaakt tussen primaire, secundaire en tertiaire interventies. Hoewel dit een interessante

benadering is, blijft de klinische heterogeniteit van de geïnccludeerde interventies groot. Daardoor is het ook moeilijk om op basis van de resultaten over specifieke interventies gerichte aanbevelingen voor de praktijk te doen. De auteurs geven zelf geen duidelijke beschrijving van de primaire en secundaire uitkomstmaten en rapporteren de resultaten aan de hand van gestandaardiseerde gemiddelde verschillen (SMD). Op basis hiervan zag men met secundaire interventie een matig effect en met tertiaire preventie een klein effect. Het is echter moeilijk om de klinische relevantie van dergelijke resultaten concreet in te schatten (8). De review geeft bovendien geen informatie over de ongewenste effecten van de interventies.

Niettegenstaande er wereldwijd grote verschillen bestaan in de geboortezorg is extrapolatie naar de Belgische context mogelijk gezien men een groot aantal studies uit Europa, Australië en Amerika includeerde. Ook zijn de beschreven interventies met significante effecten, namelijk psychologische counseling en gestructureerde traumagerichte interventies, haalbaar en relevant voor de Belgische zorgcontext.

### **Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?**

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) heeft in 2019 een specifieke richtlijn over bevallingsgerelateerde posttraumatische stressstoornis gepubliceerd (1). De richtlijn geeft duidelijke aanbevelingen over interventies voor, tijdens en na de bevalling, de eerste week postpartum, de nacontrole (bij ons 6 weken postpartum) en bij een nieuwe zwangerschap. Deze aanbevelingen sluiten aan bij het besluit van de auteurs als het gaat om korte psychologische interventies. Er worden echter ook interventies aanbevolen die niet effectief zijn of niet onderzocht zijn volgens de hier besproken systematische review (voorbeeld het belang van het opmaken van een geboorteplan, gesprek bij nieuwe zwangerschap).

De kern van de NVOG-richtlijn is continuïteit van zorg, preventie door aandacht te besteden aan de mentale gezondheid, vroege detectie en behandeling van symptomen van verminderd mentaal welzijn. Dat sluit aan bij de aanbevelingen van de multidisciplinaire richtlijn postpartumzorg in de eerste lijn die in een afzonderlijk hoofdstuk de opvolging van kraamvrouwen bespreekt om de mentale gezondheid en het psychosociaal welzijn te waarborgen tijdens de postpartumperiode (4).

## **Besluit van Minerva**

Deze systematische review en meta-analyse toont aan dat korte, trauma- en niet-trauma-gerichte psychologische secundaire preventieve interventies (die snel na een traumatische bevalling worden ingezet), de ernst van een bevallingsgerelateerde posttraumatische stressstoornis matig reduceren. De resultaten van deze systematische review moeten echter voorzichtig geïnterpreteerd worden wegens het kleine aantal studies over primaire (tijdens de zwangerschap) en tertiaire (ruim na zwangerschap wanneer er zich reeds symptomen voordoen) preventieve interventies en de belangrijke statistische heterogeniteit voor wat betreft secundaire preventieve interventies. Globaal vertoonden de meeste studies bovendien een hoog risico van bias door onvoldoende blindering van deelnemers en zorgverleners. Gezien de toenemende aandacht voor ‘respectvolle geboortezorg’ is meer onderzoek op het gebied van perinataal mentaal welzijn en preventie van bevallingsgerelateerde posttraumatische stressstoornis noodzakelijk.

**Referenties** zie website.