

Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura

Traumatic birth and posttraumatic stress disorder: a review

Carla Fonseca Zambaldi¹, Amaury Cantilino², Everton Botelho Sougey³

RESUMO

Objetivo: Esta revisão da literatura tem como objetivo verificar a prevalência e os fatores de risco do parto traumático e do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) relacionado com o parto. **Métodos:** Foi realizada uma pesquisa nos bancos de dados PubMed e BIREME, com as expressões “traumatic birth”, “traumatic delivery”, “postpartum posttraumatic stress disorder”, “childbirth”, “stress disorder” e avaliados estudos de 1994 a 2009. **Resultados:** Três estudos qualitativos e quatro quantitativos sobre o parto traumático mostram que sua prevalência varia de 21,4% a 34% e que a mulher apresenta, durante o trabalho de parto ou o parto, medo intenso de sua morte ou do bebê, além de impotência, desamparo e horror. O parto traumático está relacionado a partos dolorosos, com procedimentos obstétricos de urgência e com assistência inadequada da equipe de saúde. Quanto ao TEPT relacionado com o parto, foram encontrados um estudo qualitativo e doze quantitativos e sua prevalência variou de 1,3% a 5,9%. Mulheres que apresentaram sintomas dissociativos ou emoções negativas no parto, que tiveram eventos traumáticos prévios, depressão na gestação e que tiveram pouco suporte social e pouco apoio da equipe de saúde são as mais vulneráveis para TEPT pós-parto. **Conclusão:** O parto traumático, apesar de pouco conhecido, não é um evento raro e traz consequências negativas para a vida da mulher, podendo inclusive ser sucedido de TEPT. A equipe de saúde que assiste mulheres no periparto deve estar preparada para prevenir e identificar esses casos.

Palavras-chave

Parto traumático, transtorno de estresse pós-traumático, puerpério, pós-parto.

ABSTRACT

Objective: The objective of this review was to examine the prevalence and risk factors of traumatic birth and childbirth-related posttraumatic stress disorder. **Methods:** A literature search was carried out on the PubMed and BIREME databases using the search strings “traumatic birth”, “traumatic delivery”, “postpartum posttraumatic stress disorder”, “childbirth” and “stress disorder”. The search encompassed articles on prevalence and risk factors of traumatic delivery and childbirth-related posttraumatic stress disorder published between 1994 and 2009. **Results:** Three qualitative and four quantitative studies on traumatic delivery revealed a rate ranging from 21.4% to 34%. Traumatic delivery is defined when, during labor or delivery, the mother presents intense fear of her own death or that of her child, besides feelings of impotence, helplessness and horror. Traumatic delivery is associated with painful delivery, emergency obstetric procedures and in-

Recebido em
16/9/2009
Aprovado em
17/11/2009

1 Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Departamento de Neuropsiquiatria, Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento e Programa de Saúde Mental da Mulher.

2 Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Programa de Saúde Mental da Mulher.

3 Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Keywords

Traumatic birth, posttraumatic stress disorder, puerperium, postpartum.

quate care from the health team. With regard to post partum PTSD, one qualitative and twelve quantitative studies were found, reporting a prevalence of 1.3% to 5.9%. Women who presented dissociation symptoms or negative emotions during delivery, or a history of traumatic events, depression in pregnancy, poor social support and a perception of a staff less supportive proved more vulnerable to post partum PTSD. Conclusion: Although not well understood, traumatic delivery a relatively common event which negatively impacts women's lives and may be a precursor to post partum PTSD. Health teams charged with caring for women during the peripartum period should be aware of this condition to allow identification and prevention of cases.

INTRODUÇÃO

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é uma entidade nosológica reconhecida desde 1980, quando a American Psychiatric Association publicou a terceira edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)¹. O seu conceito sofreu modificações nas edições posteriormente publicadas do DSM-III-TR, DSM-IV e DSM-IV-TR¹⁻⁴.

Os critérios diagnósticos de evento traumático, definidos pelo DSM-III, eram bem restritos e apenas situações extremas poderiam ser consideradas um trauma¹, mas em 1994, com a 4ª edição do DSM, passaram a ser mais abrangentes e houve uma maior valorização da percepção e resposta do indivíduo ao evento do que a natureza do acontecimento em si⁴. Com essa ampliação do conceito de evento traumático, eventos relacionados ao parto passaram a ser reconhecidos como traumáticos e o desenvolvimento do TEPT como consequência do parto pode ser diagnosticado e mais bem estudado⁵.

O parto traumático é definido como "um evento que ocorre durante o trabalho de parto ou no momento do parto que envolve real ou temida lesão física ou morte da mulher ou do recém-nascido. Durante esse evento, a puérpera experimenta medo intenso, desamparo, perda de controle e horror"⁶.

Algumas experiências durante o trabalho de parto ou no momento do parto que para algumas mulheres não trazem consequências para outras podem fazer com que elas experimentem esse evento como psicologicamente traumático⁷. Quando ocorrem complicações obstétricas ou complicações neonatais, é compreensível que esse momento da vida da mulher seja traumático. Mulheres que sofrem cesariana de urgência⁸⁻¹¹, que passam por algum outro procedimento obstétrico de urgência ou cujo recém-nascido é extraído com o uso de fórceps ou a vácuo¹² podem considerar o parto como traumático. Também aquelas que tiveram bebê prematuro¹³ ou cujo bebê necessitou de internação em unidade de terapia intensiva¹⁴ ou que tinha algum comprometimento de saúde ou faleceu.

É comum aos profissionais de saúde o reconhecimento do parto traumático como aquele que tem como consequência injúrias físicas para a mulher ou para o recém-nascido, mas ainda é pouco conhecido que o parto pode ser um evento psicologicamente traumático para a mulher⁷. Mesmo um parto considerado pela equipe de saúde rotineiro e normal pode ser para algumas mulheres um parto traumáti-

co. Está relacionado a essa situação apresentar durante o trabalho de parto medo intenso de morrer ou medo intenso da morte do bebê^{8,10}; sentir dor intensa e prolongada^{8,10,15}; perceber a assistência da equipe de saúde como inadequada^{8,10}; ter falta de informação quanto ao procedimento a que está sendo submetida⁸; ter a sensação de perda de controle¹⁰; ou sofrer alguma experiência humilhante¹⁰.

Após viver um parto traumático, algumas mulheres passam a apresentar no pós-parto recordações aflitivas do parto, por meio de imagens, ideias, sonhos ou emoções, e desenvolvem esquiva de situações, pessoas, lugares e pensamentos que a façam lembrar o parto. Associado a esse quadro, elas também apresentam hiperexcitabilidade e entorpecimento afetivo, caracterizando-se como TEPT⁴.

Essa revisão se propõe a avaliar artigos disponíveis na literatura científica desde a publicação do DSM-IV (1994) até o presente momento, com o objetivo de verificar a prevalência e os fatores de risco do parto traumático e TEPT relacionado ao parto. Esse é um assunto pouco abordado em nosso meio apesar de ter grande importância na saúde pública. O não reconhecimento desses transtornos pelos profissionais de saúde que assistem as mulheres no periparto pode trazer prejuízos para elas e cronificar seu sofrimento psíquico.

MÉTODOS

Este artigo de revisão foi elaborado a partir de uma pesquisa nos bancos de dados PubMed e BIREME. As palavras-chave utilizadas foram "traumatic birth", "traumatic delivery", "postpartum posttraumatic stress disorder", "childbirth", "stress disorder". Também foram analisados artigos que se encontravam nas referências bibliográficas das fontes indexadas e o período pesquisado foi compreendido entre 1994 e 2009.

Foram incluídos estudos quantitativos ou qualitativos, que tratassem do conceito, da prevalência e/ou de fatores de risco do parto traumático ou do TEPT relacionado ao parto. Foram excluídos estudos que não fossem publicados em inglês ou português, relatos de casos, artigos de revisão, artigos cujos critérios para evento traumático ou TEPT não fossem baseados no DSM-IV e aqueles que não discriminavam que TEPT no pós-parto estava relacionado com evento traumático no parto.

RESULTADOS

O parto traumático

Foram encontradas 49 publicações que envolviam o tema “parto traumático”. Depois da avaliação do resumo dessas publicações, 15 artigos em inglês foram inicialmente selecionados e solicitados na íntegra. Após a leitura desses artigos, sete estudos foram incluídos nesta revisão por preencherem os critérios de inclusão, discriminados anteriormente.

Foram incluídos nesta revisão três estudos qualitativos, os quais analisaram a fala, os pensamentos e as emoções de mulheres que tiveram partos traumáticos (Tabela 1). No estudo conduzido por Cheryl Beck⁶, participaram 23 mulheres da Nova Zelândia, oito dos Estados Unidos, seis da Austrália e três do Reino Unido. Elas foram convidadas a participar do estudo por meio de um *site* sobre parto traumático e escreveram por e-mail para a pesquisadora sobre suas experiências do parto. Ao analisar o que foi escrito por essas mulheres, Cheryl Beck identificou que havia quatro temas predominantes: 1) As mulheres tinham sensação de abandono e solidão, sentiam sua dignidade ferida e tinham pouco suporte. Consideravam o atendimento recebido no parto como “mecânico”, “arrogante”, “frio”, “técnico” e sem “empatia”; 2) Consideravam falha a comunicação da equipe de saúde, pois a equipe dis-

cutia entre si mas não dava informações sobre o que estava acontecendo; 3) Quando percebiam que o atendimento da equipe de saúde era inadequado, passavam a temer pela sua vida e a vida do bebê; 4) A equipe de saúde considerava um parto de sucesso quando não havia complicações com a mãe ou o recém-nascido, sem dar importância de como foi a percepção da puérpera em relação ao parto.

No estudo de Ayres¹⁶, em que foram avaliadas 25 mulheres que tiveram partos traumáticos, observou-se que, durante o parto, elas tinham preocupações com o bebê, medo de morrer, pensamentos dissociativos, perda de controle e pouco entendimento do que estava acontecendo. Já Thomson e Downe¹⁷, em seu estudo qualitativo, ao avaliarem 11 mulheres, observaram que elas se referiam ao parto como uma violência, tortura ou abuso semelhante a um trauma por agressão física.

Quatro estudos quantitativos demonstram a prevalência do parto traumático (Tabela 2) e todos utilizaram instrumentos que se baseiam no critério A do DSM-IV para evento traumático, sendo aplicados por meio de entrevista ou questionários de autorresposta, entre quatro semanas e três meses após o parto^{8,10,18,19}. As taxas encontradas nesses estudos variaram de 21,4% a 34,0%.

Tabela 1. Estudos qualitativos sobre parto traumático

Autores	Ano	Local	Número	Procedimento	Resultados
Beck ⁶	2004	Nova Zelândia	40	As mulheres foram convidadas por meio de <i>site</i> na internet a participar do estudo e a escrever para a pesquisadora sobre sua experiência do parto traumático	Houve quatro temas predominantes: 1) sensação de abandono e solidão, dignidade ferida e pouco suporte, consideraram o atendimento recebido no parto como “mecânico”, “arrogante”, “frio”, “técnico” e sem “empatia”; 2) acharam falha a comunicação da equipe de saúde; 3) quando perceberam a inadequação do atendimento da equipe de saúde passaram a temer por sua vida e a do bebê; 4) a equipe de saúde considerava um parto de sucesso quando não havia injúrias físicas para a mãe e o recém-nascido, sem se preocupar com a satisfação da mãe e seu estado emocional
Ayres ¹⁶	2007	Reino Unido	50	Mulheres com sintomas de TEPT (n = 25) e sem (n = 25) foram selecionadas após a aplicação do IES e PSS. Aos três meses após o parto, foram entrevistadas por telefone, sendo questionadas sobre seus pensamentos, emoções e processos cognitivos durante o parto	As mulheres com TEPT tiveram com mais frequência defesas mentais, dissociação, pensamentos na morte, memórias da dor, memórias intrusivas, ruminação, amnésias
Thomson e Downe ¹⁷	2008	Reino Unido	14	Avaliou-se a fala das mulheres após se questionar “como foi sua experiência do parto e seus sentimentos e percepções deste momento?”	Houve descrições do parto como uma violência, tortura e abuso. Uso de palavras como tortura e abuso bárbaro, intrusivo, horrível e degradante. Relatos de estar desconectada, sem esperança e isolada

IES: Impact Event Scale; PSS: Posttraumatic Stress Symptom Scale.

Tabela 2. Estudos quantitativos sobre o parto traumático

Autores	Ano	Local	Número	Tempo de pós-parto	Instrumento	Procedimento	Prevalência (%)
Creedy <i>et al.</i> ⁸	2000	Austrália	499	4-6 semanas	PSS	Entrevista por telefone	33
Soet <i>et al.</i> ¹⁰	2003	Estados Unidos	103	1 mês	TES	Autorresposta em casa	34
Olde <i>et al.</i> ¹⁸	2005	Holanda	140	3 meses	PSS-SR	Autorresposta em casa	21,40
Gamble <i>et al.</i> ¹⁹	2005	Austrália	348	4-6 semanas	MINI-PTSD	Entrevista	29,60

MINI-PTSD: Mini-International Neuropsychiatric Interview-Posttraumatic stress disorder; PSS: Posttraumatic Stress Symptoms Scale; PSS-SR: Posttraumatic Stress Symptoms Scale-Self Report version; TES: Traumatic Event Scale.

O TEPT relacionado com o parto

Foram avaliados 23 resumos que envolviam o tema “transtorno de estresse pós-traumático pós-parto” e todos foram lidos na íntegra. Treze estudos foram incluídos nesta revisão por preencherem os critérios de inclusão, discriminados anteriormente.

Foi encontrado um estudo qualitativo sobre TEPT pós-parto. Neste estudo de Cheryl Beck²⁰, participaram 38 mulheres, as quais escreveram por meio da internet seus depoimentos sobre a experiência do TEPT pós-parto. Utilizando método de análise fenomenológica, observou-se que nos relatos dessas mulheres predominavam os seguintes temas: 1) Durante o dia, as mulheres tinham *flashbacks* do parto traumático e, à noite, pesadelos. O evento passava-se como um filme na mente delas; 2) As mulheres descreveram ter apresentado experiências dissociativas durante o parto, como sentir-se paralisada, destacada do corpo e sem sentimentos. Uma delas ainda persistia com os sintomas; 3) Elas tinham necessidade marcante de entender o que aconteceu com elas e como foi o parto; 4) Muitas relatavam sentir raiva, ansiedade e depressão; 5) Elas se tornaram emocionalmente distantes de seus filhos, evitavam estar com outras mães e crianças e passaram a temer ter outros filhos.

Esta revisão encontrou doze estudos quantitativos que avaliaram a prevalência e os fatores de risco para o TEPT decorrente do parto traumático^{8,10,18,21-29} (Tabela 3). Eles foram

realizados com mulheres entre um e 13 meses de pós-parto. O estudo de Skari *et al.*²⁴ encontrou a menor prevalência do TEPT, apenas 1,1% aos 6 meses de pós-parto, mas esse estudo utilizou dois instrumentos para avaliar os critérios completos para o diagnóstico de TEPT. Foi utilizado a Impact of Event Scale (IES), que avalia os sintomas de revivência e evitação, e a General Health Questionnaire (GHQ-28) para os de hiperexcitabilidade²⁴, sendo recomendável o uso de um instrumento único para avaliar todos os critérios diagnósticos. O estudo van Son *et al.*²⁸ não usou instrumentos de entrevista adequados para TEPT. Van Son refere em seu estudo que encontrou a prevalência 8,1% e 5% de TEPT em mulheres com 3 e 12 meses de pós-parto respectivamente, mas utilizou apenas a Impact Event Scale que avalia somente sintomas de revivência e evitação, o que torna questionável o diagnóstico de TEPT.

Considerando os dez estudos que utilizaram instrumentos adequados para diagnóstico do TEPT com base nos critérios do DSM-IV, a prevalência variou de 1,3% a 5,9%^{8,10,18,21-23,25-27,29}.

Três desses estudos foram transversais e avaliaram as mulheres no pós-parto quanto aos sintomas do TEPT e retrospectivamente sobre o evento traumático^{21,25,26}. Oito estudos foram prospectivos, avaliaram a mulher ainda na gestação quanto aos fatores de risco e posteriormente no pós-parto para diagnóstico de TEPT^{8,10,18,23,24,27-29}.

Tabela 3. Estudos quantitativos de prevalência do TEPT relacionado ao parto

Autores	Ano	Local	N	Tempo de pós-parto	Desenho do estudo	Instrumento	Prevalência TEPT (%)	Prevalência de sintomas de TEPT (%)
Wijma <i>et al.</i> ²¹	1997	Suécia	1.640	1-13 meses	Estudo transversal	TES (autorresposta)	1,70	NA
Czarnocka e Slade ²²	2000	Reino Unido	298	6 semanas	Estudo prospectivo	PSD-Q	3	24,20
Ayres e Pickering ²³	2001	Inglaterra	289	6 semanas 6 meses	Estudo prospectivo	PSS	2,80 1,50	NA
Creedy <i>et al.</i> ⁸	2000	Austrália	499	4-6 semanas	Estudo prospectivo	PSS	5,60	22,60
Skari <i>et al.</i> ²⁴	2002	Noruega	92	6 semanas 6 meses	Estudo prospectivo	IES e GHQ-28	0 1,10	NA
Soet <i>et al.</i> ¹⁰	2003	Estados Unidos	103	8 semanas	Estudo prospectivo	TES	1,90	11,70
Olde <i>et al.</i> ¹⁸	2005	Holanda	140	3 meses	Estudo prospectivo Excluído parto pré-termo	PSS-SR	2,10	31,40
van Son <i>et al.</i> ²⁸	2005	Holanda	248	3 meses 12 meses	Estudo prospectivo	IES	8,10 5,00	NA
Adewuya <i>et al.</i> ²⁵	2006	Nigéria	876	6 semanas	Estudo transversal	MINI	5,90	NA
Maggioni <i>et al.</i> ²⁹	2006	Itália	93	3 a 6 meses	Estudo longitudinal Excluído parto pré-termo	PSD-Q	2,40	32,10
Davies <i>et al.</i> ²⁶	2008	Reino Unido	211	6 semanas	Estudo transversal Excluídas complicações obstétricas	SCID-PTSD module	3,80	NA
Soderquist <i>et al.</i> ²⁷	2009	Suécia	2.009	1 mês	Estudo prospectivo	TES	1,30	NA

GHQ-28: General Health Questionnaire; IES: Impact Event Scale; MINI: MINI International Neuropsychiatric Interview; NA: Não avaliado; TEPT: Transtorno de Estresse Pós-Traumático; TES: Traumatic Experience Scale; PSD-Q: Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire; PSS: Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Scale; PSS-SR: Posttraumatic Stress Disorders Symptoms Scale-Self Report version; SCID-PTSD module: The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders.

O estudo de Ayres e Pickering avaliou as mulheres com 36 semanas de gestação e posteriormente com seis semanas e seis meses de pós-parto. Neste estudo, pode-se perceber que a porcentagem de mulheres com sintomas aos seis meses de pós-parto é menor do que com seis semanas²³, o que sugere que a frequência de TEPT crônico é menor no pós-parto.

A presença de sintomas dissociativos no periparto é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de TEPT pós-parto^{18,28}. Despersonalização, desrealização, sentimento de estar fora do próprio corpo, alteração na percepção do tempo e redução da consciência do ambiente são alguns sintomas dissociativos que podem ocorrer como reação a um evento estressante. Van Son *et al.*²⁸ descreveram que quanto mais doloroso e invasivo é o parto maior a possibilidade de ocorrência de dissociação.

Respostas emocionais negativas durante ou após o evento traumático também são preditores de TEPT³⁰. Olde¹⁸ *et al.* observaram que emoções negativas no periparto, como medo, pânico, tristeza e vergonha, estão relacionadas, além da ocorrência, à gravidade do TEPT pós-parto.

Ter sofrido eventos traumáticos prévios é um fator de risco descrito para TEPT. Mulheres que sofreram violências sexuais, agressões físicas por seus parceiros ou outros tipos de violência, seja na infância ou na vida adulta, são mais susceptíveis a ter complicações na gestação e no parto e a considerar seus partos como traumáticos e a desenvolver o TEPT pós-parto^{10,31}. O estudo de Soet *et al.*¹⁰ demonstra que mulheres que sofreram abuso sexual previamente apresentam 12 vezes mais chance de ter um parto traumático e consequentemente TEPT relacionado ao parto.

Mulheres que têm muito medo do parto ou que já sofreram um parto traumático são mais vulneráveis à ocorrência do TEPT pós-parto²⁷. Mulheres que tiveram depressão na gestação, que tiveram transtornos psiquiátricos prévios, que têm baixa capacidade de enfrentamento de problemas^{22,27}, que têm pouco apoio do companheiro e da família^{10,22}, que tinham uma expectativa muito diferente do parto¹⁰, que têm perda de controle durante o parto²⁵, que sofrem procedimentos obstétricos de urgência²⁵ e que tiveram pouca informação da equipe de saúde^{10,22} também são mais susceptíveis ao TEPT relacionado ao parto.

DISCUSSÃO

Observou-se nesta revisão que o parto traumático foi um evento frequente, ocorrendo em cerca de 30% das mulheres. O parto traumático pode trazer repercussões negativas à vida psíquica da mulher. Ela sofre desapontamento e perde o sonho que foi construído durante a gestação para o momento do parto e, além disso, frequentemente julga a si própria como tendo sido inadequada e incapaz^{8,32}. Essas mulheres podem alterar o planejamento familiar e passam a não

desejar mais ter filhos⁵ em consequência do medo do parto⁵ ou mudam a decisão quanto à via de parto do próximo filho, passando a querer ser submetidas a uma cesariana se o parto anterior foi vaginal³². É comum prejuízos na relação com o recém-nascido⁵, tornando-se distantes e pouco interativas com o bebê ou tendo dificuldades no aleitamento materno³³. Além disso, algumas mulheres desenvolvem o TEPT no pós-parto.

O evento traumático em si não é determinante para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, pois depende da capacidade individual de processamento da memória do evento traumático e das emoções. É observado que cerca de 1% a 6% das mulheres que sofreram um parto traumático desenvolvem o TEPT^{8,10,18,21-28}.

Ao avaliar os fatores de risco associados à ocorrência do TEPT no pós-parto observou-se que as mulheres que tiveram experiências dissociativas no parto são especialmente susceptíveis ao TEPT. Um dos primeiros estudos a abordar a dissociação periparto foi o de Moleman *et al.*³⁴ em 1992. Eles descreveram três casos clínicos de mulheres que viveram experiências dissociativas após o parto traumático.

Dissociação peritraumática tem sido relatada como preditor de TEPT em vítimas de diversos tipos de trauma fora do pós-parto³⁰, assim como ter emoções negativas peritrauma, história de traumas anteriores ou de transtornos psiquiátricos anteriores são fatores de risco descritos não só no TEPT relacionados com o parto, mas também em outros tipos de eventos traumáticos³⁰.

Os artigos avaliados mostraram associação entre a ocorrência de TEPT relacionado ao parto e percepção da mulher de pouco suporte pela equipe de saúde. Esse fator poderia ser minimizado se a equipe de saúde que assiste mulheres durante o parto estivesse atenta à possibilidade de ocorrência de partos vividos como psicologicamente traumáticos e, além disso, se dispusesse a dar mais informações e suporte às mulheres nesse momento tão significativo.

CONCLUSÃO

O parto traumático, apesar de pouco conhecido e abordado pelos profissionais de saúde, não é um evento raro e pode trazer consequências negativas para a vida conjugal e reprodutiva da mulher e para a relação mãe-bebê. Reynolds⁷ sugere que, para que o parto traumático seja evitado, desde a gestação, deve ser colhida uma cuidadosa história da mulher, com relação ao medo do parto, complicações em partos anteriores e transtornos psiquiátricos prévios. Durante o parto, deve haver uma boa comunicação entre a parturiente e a equipe de saúde e o controle da dor deve ser otimizado. Após o parto, a equipe de saúde deve estar apta para encorajar a mulher a falar da sua experiência do parto e pesquisar sinais de transtornos afetivos.

REFERÊNCIAS

1. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd edn Washington DC: American Psychiatric Association; 1980.
2. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd edn revised. Washington: American Psychiatric Association; 1987.
3. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edn. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
4. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th edn revised. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
5. Bailhan D, Joseph S. Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychol Health Med.* 2003;8(2):159-68.
6. Beck CT. Birth trauma in the eye of the beholder. *Nurs Res.* 2004a;53(1):28-35.
7. Reynolds JL. Post-traumatic stress disorder after childbirth the phenomenon of traumatic birth. *Can Med Assoc J.* 1997;156(6):831-5.
8. Creedy DK, Shochet M, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth.* 2000;27(2):104-11.
9. Paul TA. Prevalence of posttraumatic stress symptoms after childbirth: does ethnicity have an impact? *J Perinat Educ.* 2008;17(3):17-26.
10. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth.* 2003;30(1):36-46.
11. Ryding EL, Wijma B, Wijma K. Posttraumatic stress reaction after emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997;76(9):856-61.
12. Born L, Soares CN, Philips S, Jung M, Steiner M. Women and reproductive-related trauma. *AnnNYAcadSci.* 2006;1071:491-4.
13. Holditch-Davis D, Bartlett TR, Blickman AL, Miles MS. Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *JOGNN.* 2003;32:161-71.
14. Vanderbilt D, Bushley T, Young R, Frank DA. Acute posttraumatic stress symptoms among urban mothers with newborns in the neonatal intensive care unit: a preliminary study. *J Dev Behav Pediatr.* 2009;30:50-6.
15. Fones C. Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth. *J Nerv Ment Dis.* 1996;18:195-6.
16. Ayres S. thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. *Birth.* 2007;34(3):253-63.
17. Thomson G, Downe S. Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experience of abuse. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2008;29(4):268-73.
18. Olde E, van der Hart O, Kleber RJ, van Son MJM, Wijnen HAA, Pop VJM. Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. *J Trauma Dissociation.* 2005;6(3):125-42.
19. Gamble J, Creedy DK, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth.* 2005;32(1):11-9.
20. Beck CT. Post-traumatic stress disorder due to childbirth. *Nurs Res.* 2004b;53(4):216-24.
21. Wijma K, Soderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord.* 1997;11(6):587-97.
22. Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychology.* 2000;39:35-51.
23. Ayres S, Pickering D. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth.* 2001;28(2):111-8.
24. Skari H, Skreden M, Malt UF, Daltholt M, Ostensen AB, Egeland T, et al. Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth: a prospective population-based study of mothers and fathers. *Br J Obst Gynaecol.* 2002;109:1154-63.
25. Adewuya AO, Ologun YA, Ibigbami OS. Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG.* 2006;113:284-8.
26. Davies J, Slade P, Wright I, Stewart P. Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Ment Health J.* 2008;29(6):537-54.
27. Soderquist J, Wijma B, Thobert G, Wiljma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BLOG.* 2009;116:672-80.
28. van Son M, Verkerk G, van der Hart O, Komproe I, Pop V. Prenatal depression, mode of delivery and perinatal dissociation as predictors of posttraumatic stress: an empirical study. *Clin Psychol Psychotherapy.* 2005;12:297-312.
29. Maggioni C, Margola D, Fillippi F. PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: a two-wave longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2006;27(2):81-90.
30. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bulletin.* 2003;129:52-73.
31. Lev-Wiesel R, Chen R, Daphna-Tejoah S, Hod M. Post-traumatic events: are they a risk factor for high-risk pregnancy, delivery complications, and postpartum posttraumatic symptoms. *J Womens Health.* 2009;18(1):119-25.
32. Gardner PS. Previous traumatic birth: an impetus for request cesarean birth. *J Perinatal Education.* 2003;12(1):1-5.
33. Beck CT, Watson S. Impact of birth trauma on breast-feeding: a tale of two pathways. *Nurs Res.* 2008;57(4):228-36.
34. Moleman N, van der Hart O, van der Kolk BA. The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis.* 1992;180:271-2.