

# Angststoornissen tijdens de zwangerschap en post-partumperiode

M. VAN DER VELDT, P. LOK, M. POP-PURCELEANU, I. TENDOLKAR, P. VAN EIJDHOVEN

- ACHTERGROND** Ondanks een verhoogde prevalentie van angststoornissen tijdens de perinatale periode, is er relatief weinig aandacht voor de invloed van zwangerschap en de post-partumperiode op angststoornissen.
- DOEL** Inventariseren van de kennis over de prevalentie, risicofactoren, presentatie en de behandeling van angststoornissen tijdens de perinatale periode.
- METHODE** Literatuuronderzoek naar de relatie tussen de perinatale periode en angststoornissen.
- RESULTATEN** We bespreken de onderzoeksresultaten per angststoornis, waarbij we ingaan op prevalentie, presentatie, risicofactoren en effect op de foetus bij achtereenvolgens paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, posttraumatische stressstoornis en tokofobie.
- CONCLUSIE** Vrouwen zijn tijdens de perinatale periode kwetsbaarder voor angststoornissen. Vanwege de negatieve impact van angststoornissen op het leven van de vrouw en haar kind is het belangrijk angststoornissen zo vroeg mogelijk te identificeren en te behandelen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)6, 415-423

**TREFWOORDEN** angststoornissen, post-partumperiode, zwangerschap



Angststoornissen behoren tot de frequentst voorkomende psychiatrische aandoeningen, vrouwen zijn kwetsbaarder voor angststoornissen dan mannen (Seedat e.a. 2009) en bovendien overlapt de levensfase waarin vrouwen kinderen krijgen in grote mate met de leeftijdperiode waarop angststoornissen zich voor het eerst manifesteren (Pigott 2003). De prevalentie van angststoornissen tijdens de perinatale periode is verhoogd (Wenzel e.a. 2005) en er worden zwangerschapsspecifieke angsten beschreven (Rouhe e.a. 2009). Wij geven eerst een gevalbeschrijving als illustratie.

## GEVALSBESCHRIJVING

Een 31-jarige vrouw werd 8 weken post partum door haar huisarts verwezen naar de polikliniek voor zwangerschap-gerelateerde psychiatrie. Haar psychiatrische voorgeschiedenis vermeldde een paniekstoornis zonder agorafobie (in remissie na cognitieve gedragstherapie). Tijdens haar zwangerschap was ze vrij van paniekaanvallen. Patiënte beviel bij een termijn van 33 weken nadat spontaan de

weeën begonnen waren. Na de partus bleven patiënte en haar zoon nog 3 weken opgenomen in het ziekenhuis vanwege de vroeggeboorte. Toen patiënte haar zoon mee naar huis mocht nemen, dacht zij dat 'het grote genieten zou beginnen'. Patiënte kreeg echter een terugval in haar paniekstoornis; ze werd elke ochtend kokhalzend wakker en had angstige gedachten als 'dit komt nooit meer goed, ik moet opgenomen worden en raak alles kwijt'. De paniekaanvallen overvielen haar en hadden als gevolg dat ze kraambezoek afhield. Ze piekerde, was somber en had slaap- en concentratieproblemen. Patiënte stond open voor een gecombineerde therapie van cognitieve gedragstherapie (CGT) en een selectieve serotonineheropname-remmer (SSRI) (citalopram), waarmee de paniekaanvallen en stemmingsklachten binnen enkele weken in remissie kwamen.

## ANGSTSTOORNISSEN EN ZWANGERSCHAP

Angststoornissen kunnen een ongunstige invloed hebben op het beloop van een zwangerschap en de ontwikkeling

van het kind. Angststoornissen tijdens de zwangerschap zijn onder meer geassocieerd met het verzoek om een electieve keizersnede (Fuglenes e.a. 2011), vroeggeboorte (Copper e.a. 1996), dysmaturiteit (Banhidy e.a. 2006), lage APGAR-scores (Berle e.a. 2005), hechtingsproblemen (Ayers e.a. 2006) en stemmingsproblemen bij het kind (van den Bergh e.a. 2007). Een angststoornis brengt daarnaast een hoge lijdensdruk met zich mee voor de (aanstaande) moeder. Een angststoornis tijdens de zwangerschap is bovendien een belangrijke voorspeller voor het ontstaan van een post-partumdepressie (Sutter-Dallay e.a. 2004). Ten slotte blijkt het beloop van een angststoornis in het algemeen (los van de post-partumfase) vaak chronisch te zijn (Penninx e.a. 2011).

In dit artikel geven wij een overzicht van de stand van zaken van de kennis over angststoornissen tijdens de perinatale periode. We zullen stilstaan bij de prevalentie, risicofactoren, presentatie en behandeling voor zover deze aspecten afwijken van de situatie buiten de perinatale periode. Kennis over de relatie tussen de zwangerschap en de angststoornissen is van belang voor een goede voorlichting aan de (aanstaande) moeders en het onderkennen van eventuele symptomen tijdens de zwangerschap en de post-partumperiode.

## METHODE

Twee elektronische databases (PubMed en de Cochrane Library) werden doorzocht. We gebruikten de volgende zoektermen: *'pregnancy or childbirth or postpartum in combinatie met anxiety disorder or panic disorder or phobia or obsessive-compulsive disorder or posttraumatic stress disorder or generalized anxiety disorder or tokofobia'*. Het literatuuronderzoek werd beperkt tot onderzoek bij mensen, gepubliceerd in de Nederlandse en Engelse taal en verschenen in de afgelopen 10 jaar. Op 20 maart 2014 werden 1122 artikelen gevonden. Deze screenden wij op relevantie voor dit overzicht. Daarnaast werden aanvullende publicaties opgenomen die werden gevonden via de literatuurlijst van de eerder gevonden artikelen. In totaal werden 57 artikelen geselecteerd.

## PANIEKSTOORNIS

### Prevalentie

Net als de patiënte uit de gevalbeschrijving hebben vrouwen tijdens hun zwangerschap dikwijls minder last van een paniekstoornis (levensprevalentie 2,1%, Batlaan e.a. 2006), terwijl er tijdens de post-partumperiode juist een verhoogde kans is op een exacerbatie van een bestaande paniekstoornis of het ontstaan van een de-novopaniekstoornis (Bandelow e.a. 2006).

## AUTEURS

**MARISKA VAN DER VELDT**, coassistent zwangerschapsgerelateerde psychiatrie, Radboud UMC, Nijmegen; thans: aios psychiatrie, Pro Persona.

**PATRICIA LOK**, nurse practitioner, poli Zwangerschapsgerelateerde psychiatrie, Radboud UMC, Nijmegen.

**MONICA POP-PURCELEANU**, psychiater, consultatieve dienst, Radboud UMC Nijmegen.

**INDIRA TENDOLKAR**, psychiater en A-opleider, Radboud UMC Nijmegen.

**PHILIP VAN EIJDHOVEN**, psychiater, poli Zwangerschapsgerelateerde psychiatrie, Radboud UMC, Nijmegen

## CORRESPONDENTIEADRES

Mariska van der Veldt, Radboud UMC, polikliniek Psychiatrie, Reinier Postlaan 4, 6500 HB Nijmegen.  
E-mail: m.van.derveldt@propersona.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-11-2014.

## Presentatie

Als een vrouw tijdens haar zwangerschap wél klachten heeft van een paniekstoornis, dan is dit een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van een post-partumdepressie (Rambelli e.a. 2010). Daarnaast heeft ongeveer de helft van de zwangere vrouwen met een paniekstoornis tevens een depressieve stoornis (Marchesi e.a. 2014). Het is dus belangrijk bedacht te zijn op een comorbide depressieve stoornis wanneer vrouwen tijdens de perinatale periode een arts raadplegen wegens panieklachten.

## Risicofactoren

Vrouwen met een voorgeschiedenis van angstklachten lopen een groter risico op een paniekstoornis tijdens de perinatale periode (Marchesi e.a. 2014). Wanneer vrouwen daarnaast een voorgeschiedenis van depressieve klachten hebben en tevens weinig steun vanuit hun familie ervaren, zijn zij kwetsbaar voor de combinatie van een depressieve stoornis en paniekstoornis (Marchesi e.a. 2014).

## Effect op de foetus

Een maternale paniekstoornis tijdens de zwangerschap is geassocieerd met vroeggeboorte (OR: 2,54; 95%-BI: 1,09-5,93) en dysmaturiteit (OR 2,29; 95%-BI: 1,14-4,60) (Chen e.a. 2010).

### Prevalentie

Zeer kleinschalig onderzoek (n = 172) wees uit dat 10,5% van de zwangere vrouwen een gegeneraliseerde angststoornis (GAS) heeft (Adewuya e.a. 2006). Grootschalig onderzoek zal moeten uitwijzen of dit inderdaad de meest voorkomende angststoornis tijdens de zwangerschap is. Buiten de zwangerschap is de prevalentie 1,2-2,4% (Lenze & Wetherell 2011). Tijdens het eerste trimester ervaren de vrouwen de meeste klachten, daarna verminderen de klachten (Buist e.a. 2011).

### Presentatie

Het kan moeilijk zijn om een GAS te onderscheiden van normale, niet-pathologische angst. Ter differentiatie zal er normaal gesproken gekeken worden naar de duur en de ernst van de klachten. Bij onderzoek naar een GAS tijdens de perinatale periode werd afgeweken van de DSM-IV-criteria; in plaats van de vereiste tijdsperiode van 6 maanden werd er gevraagd naar angstklachten die sinds één maand bestonden (Buist e.a. 2011). De ernst van de klachten wordt zo belangrijker als onderscheidend criterium. Wederom blijkt er een grote samenhang te zijn tussen angst- en stemmingsstoornissen; een GAS post partum is een belangrijke voorspeller voor een post-partumdepressie (Prenoveau e.a. 2013).

### Risicofactoren

Risicofactoren voor een GAS tijdens de zwangerschap zijn eerdere episodes van GAS, een voorgeschiedenis van seksueel misbruik tijdens de kinderleeftijd, laag opleidingsniveau en een beperkt sociaal netwerk (Buist e.a. 2011).

### Effect op de foetus

Bij neonaten van moeders die tijdens de zwangerschap GAS hadden, was de bloedconcentratie van de *brain-derived neurotrophic factor* (BDNF) lager dan bij neonaten van moeders zonder angststoornis (Uguz e.a. 2013). De BDNF-waarde wordt o.a. als onderzoeksmaat gebruikt voor neuroplasticiteit (Gray e.a. 2013). Dit (kleinschalig opgezette) onderzoek geeft mogelijk een aanwijzing dat maternale GAS een negatief effect kan hebben op de neurologische ontwikkeling van de baby. Wellicht zal grootschaliger, prospectief opgezet onderzoek dit kunnen bevestigen.

### Prevalentie

Uit meta-analyse is gebleken dat 2,1% van de zwangere en 2,4% van de pas bevallen vrouwen een obsessieve-compulsieve stoornis (ocs) heeft, terwijl buiten de zwangerschap een prevalentie van 1,1% wordt gevonden (Russell e.a. 2013).

### Presentatie

Intrusieve gedachten in de vorm van *harming obsessions* (angstige gedachten waarin de moeder haar kind schaadt) komen ook regelmatig bij moeders zonder ocs voor. Indien de dwanggedachten als bedreigend worden ervaren en dusdanig veel tijd kosten dat de (aankomend) moeder niet meer toekomt aan haar dagelijkse bezigheden is er sprake van een obsessieve-compulsieve stoornis. De klachten bestaan vaak uit obsessieve gedachten over besmettingsgevaar, agressief gedrag jegens het kind of de angst dat het kind tijdens de slaap overlijdt (Abramowitz e.a. 2003). Deze obsessieve gedachten kunnen leiden tot overmatige hygiënische maatregelen (zoals het veelvuldig wassen van groentes tijdens de zwangerschap), vermijden van het contact met het kind of excessieve controles bij het (slappende) kind.

### Risicofactoren

Bij vrouwen die al een ocs hadden voor hun zwangerschap is het zinvol te vragen naar een voorgeschiedenis van depressieve episodes, een premenstruele verergering van ocs-klachten of een eerdere zwangerschap waarbij een exacerbatie van klachten plaatsvond (Gugliemi e.a. 2014; Uguz e.a. 2011).

### Eventuele effecten op het kind

Harming obsessions in het kader van ocs-klachten dienen zorgvuldig gedifferentieerd te worden van infanticide-ideaties die kunnen voorkomen bij een post-partumpsychose of bij een ernstige post-partumdepressie. Vrouwen met ocs zijn zich er bewust van dat hun (als opgedrongen ervaren) gedachten irrationeel zijn en beschrijven ze als ego-dystoon van karakter (Abramowitz e.a. 2003). Bij vrouwen met infanticide-ideaties (in het kader van een post-partumpsychose of een ernstige post-partumdepressie) ontbreken dit inzicht en de angst die gepaard gaat met deze nare gedachten. Bij deze vrouwen bestaat gevaar voor henzelf of voor hun kind en spoedbehandeling is vereist. Er zijn geen situaties bekend waarin vrouwen met een 'zuivere' ocs met opzet hun kinderen mishandeld hebben. Wel kan een onbehandelde ocs nadelige effecten hebben voor de moeder-kindrelatie (Arnold 1999).

### PTSS na een bevalling

#### PREVALENTIE

In een Nederlandse cross-sectionele multi-centerstudie werd aangetoond dat 9,1% van de vrouwen hun bevalling als traumatisch ervoer en dat 1,2% van de vrouwen zelfs een prss kreeg door de bevalling (Stamrood e.a. 2011).

#### RISICOFACTOREN

Symptomen van PTSS waren geassocieerd met een ongeplande keizersnede, verminderde copingvaardigheden en meer ervaren baringspijn (Stamrood e.a. 2011). Eerder werden risicofactoren gevonden als seksueel misbruik op kinderleeftijd (Lev-Wisel & Daphna-Tekoah 2010), kunstverlossingen (Soderquist e.a. 2009) en complicaties zoals pre-eclampsie (Engelhart e.a. 2002) en vroeggeboorte (Holditch e.a. 2003). Ook werden angst- en stemmingsklachten tijdens de zwangerschap geassocieerd met een verhoogde kans op prss na de bevalling (Maggioni 2006). Of de vrouw al eerdere bevallingen heeft doorstaan, bleek niet bepalend (Czarnocka & Slade 2000). Over de rol van pijnbestrijding ter preventie van een prss na de bevalling werd geen onderzoek gevonden.

#### PRESENTATIE

Er zijn verschillende gevolgen van perinatale prss beschreven, o.a. het uitstellen of vermijden van een volgende zwangerschap, het verzoek om een electieve sectio, het verzoek om sterilisatie en het beëindigen van een ongeplande (latere) zwangerschap (Fones e.a. 1996). Ten slotte kan het leiden tot relatieproblemen (Parfitt & Ayers 2009) en het vermijden van seksuele gemeenschap (Ayers e.a. 2006).

#### Pre-existente PTSS

Prevalentiecijfers van een pre-existente prss lopen uiteen tussen de 2,3 en 7,9% (Soderquist e.a. 2004; Seng e.a. 2009). Deze prss, opgelopen na een traumatische gebeurtenis voor de zwangerschap (voornamelijk seksueel misbruik), brengt tijdens de zwangerschap een verhoogde kans op vroeggeboorte of een lager geboortegewicht met zich mee (Seng e.a. 2011). Uit longitudinaal onderzoek werd voorzichtig geconcludeerd dat vrouwen met een pre-existente prss vlak voor de bevalling (bij een zwangerschapsduur tussen de 37 en 40 weken) een toename van herbelevingen kunnen verwachten. Tijdens het eerste en tweede trimester van de zwangerschap werd geen toename van prss-symptomen gevonden (Onoye e.a. 2013).

### Tokofobie

Er zijn ook vrouwen die geen traumatische bevalling hebben ondergaan, maar wel een pathologische angst voor de bevalling hebben gekregen, tokofobie genaamd. Deze komt bij 7,0% van de nulliparae voor (Rouhe e.a. 2009). Tokofobie krijgt steeds meer aandacht, wellicht vanwege de toegenomen vraag naar electieve sectio's. In 2006 werd geschat dat 2,5% van de zwangerschappen in de Verenigde Staten eindigt in een electieve sectio op maternaal verzoek (ACOG Committee Opinion 2007). Indien tokofobie (en eventuele comorbide psychiatrische stoornissen) tijdig behandeld wordt, zal de vraag naar sectio's afnemen (Nerum e.a. 2006). Vrouwen met tokofobie zijn zich er bewust van dat hun angst voor een bevalling buitensporig en onredelijk groot is.

Diagnostiek kan gedaan worden door middel van de *Wijma Delivery Expectations/Experience Questionnaire* (WDEQ), een gevalideerde vragenlijst (Wijma e.a. 1998). Hierin zijn items opgenomen als: verwachtingen van de bevalling, verlies van controle, pijn en bezorgdheid over de gezondheid van de baby. Risicofactoren voor tokofobie zijn een voorgeschiedenis van depressieve episodien, seksueel misbruik, weinig zelfvertrouwen, inadequate copingmechanismen en een zwak sociaal steunsysteem (Laursen e.a. 2009).

De bevalling van vrouwen met tokofobie duurt gemiddeld langer (Adams e.a. 2012) en de kans op een spoedsectio is groter (Laursen e.a. 2009). Ook lopen vrouwen met tokofobie een hoger risico op het ontstaan van prss na de bevalling (Soderquist e.a. 2009). Secundaire tokofobie wordt ook beschreven; deze betreft buitensporige angst die vrouwen hebben overgehouden aan een eerdere bevalling, maar die niet voldoet aan de criteria van een prss.

### ACHTERGROND-PATHOFYSIOLOGIE

Vrouwen zijn dus tijdens de perinatale periode kwetsbaarder voor angststoornissen. Dit wordt deels veroorzaakt door hormonale factoren. Tijdens de zwangerschap zijn de oestradiol- en progesteronspiegels verhoogd, bij een termijn van 40 weken zijn deze spiegels zelfs tientallen malen hoger dan buiten de zwangerschap (Martin e.a. 1986). 4-5 dagen na de bevalling vallen deze spiegels terug tot het niveau van voor de zwangerschap (Harris e.a. 1994). Naar de invloed van oestrogenen op de stemming is onderzoek gedaan in het kader van post-partumdepressie. Oestrogenen werken als agonist binnen het serotonerge, noradrenerge en cholinerge systeem (Kooiman e.a. 2007). Ze vergroten de synthese, beschikbaarheid en transmissie van serotonine, wat kan bijdragen aan een verbetering van de stemming (Halbreich & Kahn 2001). Wanneer de oestrogeenspiegel post partum plotseling daalt, zou dat een ver-

grote kwetsbaarheid voor depressieve klachten geven. Ditzelfde effect zou de verhoogde gevoeligheid voor paniekstoornissen post partum kunnen verklaren (Bandelow e.a. 2006). Van progesteron is daarnaast bekend dat het een anxiolytisch en sederend effect kan hebben gemedieerd door een benzodiazepine-achtige werking op de GABA-receptor (Paul & Purdy 1992). De post-partumdaling van de progesteronspiegel zou daarom ook een bijdrage kunnen leveren aan een verhoogde gevoeligheid voor de ontwikkeling van een paniekstoornis.

Ondanks de verhoogde oestrogeen- en progesteronspiegel tijdens de zwangerschap blijkt de prevalentie van andere angststoornissen tijdens de zwangerschap echter al verhoogd te zijn. Dit wekt de indruk dat niet de absolute waarden van geslachtshormonen van belang zijn, maar vooral fluctuaties van geslachtshormonen, een proces dat tijdens de gehele perinatale periode speelt. Vooral van patiënten met ocs is bekend dat zij gevoelig reageren op fluctuaties van geslachtshormonen (Brandes e.a. 2004). Zo ervaart 20-50% van de vrouwen met ocs een exacerbatie van symptomen in de premenstruele periode (Williams & Koran 1997).

Naast de invloed van hormonale factoren bestaat het vermoeden dat vrouwen met een hoog streefniveau, zoals onze patiënte, kwetsbaarder zijn. Onderzoek naar de rol van persoonlijkheidskenmerken in relatie tot de ontwikkeling van angststoornissen tijdens de perinatale periode hebben wij echter niet gevonden. Buiten deze periode is wel een grote samenhang beschreven van patiënten met een angststoornis en een cluster C-persoonlijkheidsstoornis (Friborg e.a. 2013). Het lijkt plausibel dat bepaalde persoonlijkheidskenmerken kunnen interfereren met de verantwoordelijkheid voor de zorg van een pasgeborene. Wanneer iemand bijvoorbeeld beschikt over een groot verantwoordelijkheidsgevoel en daarnaast de neiging heeft bedreigingen te overschatten ligt het risico van misinterpretatie van gedachten op de loer. Dit zou kunnen bijdragen aan het ontstaan van ocs tijdens de perinatale periode (Fairbrother & Abramowitz 2007).

## DIAGNOSTIEK

Uit dit overzicht blijkt dat vrouwen tijdens de perinatale periode kwetsbaarder zijn voor angststoornissen. Indien de patiënten 'at risk' vroeg geïdentificeerd worden, kan behandeling in een vroeg stadium plaatsvinden. De diagnostiek van perinatale angststoornissen wordt echter bemoeilijkt doordat lichamelijke klachten zoals plotse linge ontstane misselijkheid en benauwdheid kunnen voorkomen bij een paniekstoornis, maar ook toegeschreven kunnen worden aan de zwangerschap.

Ook is onze ervaring dat vrouwen vaak een hoge drempel ervaren om tijdens de zwangerschap melding te maken van psychische klachten. Het 'klagen' over angsten brengt bij hen schuldgevoelens met zich mee. Ze voldoen niet aan de verwachting (van henzelf of van hun omgeving) van een vreugdevolle zwangerschap en kraamperiode. De grens tussen acceptabele en overdreven bezorgdheid/angst van de aanstaande moeders is niet eenvoudig vast te stellen.

Eerder onderzoek heeft laten zien dat de *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) goed gebruikt kan worden in een populatie zwangere vrouwen om de *trait*- of *state*-angstklachten te kunnen onderscheiden (Grant e.a. 2008). De laatste jaren zijn zelfs specifieke instrumenten ontwikkeld voor het perinataal meten van angst zoals de *Brief Measure of Worry Severity* (Gladstone e.a. 2005) en de *Tilburg Pregnancy Distress Scale* (Pop e.a. 2011). Deze zelfinvullijsten hebben goede psychometrische kwaliteiten, zijn eenvoudig toe te passen binnen de eerstelijngEZONDHEIDSZORG en kunnen de vrouwen met risico op een angststoornis detecteren. Gezien de comorbiditeit van angst en depressie bij het perinatale psychiatrische symptomenbeeld moeten we opmerken dat de *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) opgebouwd is vanuit 2 subschalen, depressie en angst. Hoewel EPDS wereldwijd ingezet wordt voor de screening van perinatale depressie zou relevant zijn om na te gaan of de subschaal angst van de EPDS gebruikt zou kunnen worden voor het algemeen screenen op angststoornissen.

## BEHANDELING

De behandeling van perinatale angststoornissen bevat een aantal bijzondere aspecten. Zo wordt een behandeling met cognitieve gedragstherapie (CGT) op onze polikliniek specifiek toegespitst op zwangerschapsgerelateerde thematiek. De CGT-interventies richten zich expliciet op het corrigeren van disfunctionele cognities over de bevalling of het moederschap. Daarnaast worden vaak interventies ingezet gericht op het beïnvloeden van gezin/maatschappelijke situatie (gezinsgesprekken, maatschappelijk werk, thuiszorg). Post partum dient er aandacht te zijn voor de soms bedreigde moeder-kindinteractie ten gevolge van angstsymptomen of de frequent comorbide stemmingsstoornissen. Wat betreft farmacologische behandeling dient er bij elke patiënte afzonderlijk een afweging gemaakt te worden over de risico's van al dan niet continueren of starten van medicamenteuze behandeling. De in 2012 in samenspraak met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie opgestelde richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG 2012) 'SSRI-gebruik' en Benzodiazepinegebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie kunnen nuttig zijn bij deze overwegingen.

Het verdient aanbeveling vrouwen met een angststoornis al voor de conceptie of zo vroeg mogelijk in de zwangerschap een consult aan te bieden bij een psychiater. Medicatiegebruik (en alternatieve behandelopties) tijdens de zwangerschap kunnen dan besproken worden, evenals de psychiatrische begeleiding tijdens de zwangerschap. Eventueel kan een klinisch kraambed worden afgesproken wanneer het wenselijk is om de moeder-kindhechting te observeren of wanneer geobserveerd moet worden op schadelijke effecten van psychofarmacagebruik op de neonaat. De behandeling van patiënte tijdens de perinatale periode dient zowel gericht te zijn op de behandeling van de angststoornis als op het voorkomen van comorbide stemmingsproblemen.

## DISCUSSIE

### Beperkingen

Dit overzicht werd beperkt door de kwaliteit van beschikbare onderzoeken. Bij prevalentiestudies werd soms gebruikgemaakt van (zelf)invulvragenlijsten, in plaats van beoordeling aan de hand van DSM-IV-criteria. De prevalentiecijfers werden gedistilleerd uit kleine, soms niet representatieve groepen vrouwen en onderzoek had vaak een retrospectief karakter. Van controlegroepen werd meestal geen gebruikgemaakt. Soms lieten de gevonden publicaties uiteenlopende of conflicterende resultaten zien. Een van de conclusies van dit overzicht is dan ook dat er meer kwalitatief hoogstaand onderzoek nodig is naar de rol van angststoornissen in de perinatale periode.

### Bevindingen

Ondanks deze beperkingen bestaan er reële aanwijzingen dat angststoornissen meer voorkomen tijdens de perinatale periode. Bij de paniekstoornis geldt dit met name voor de post-partumperiode. Bij de ocs is het van belang de harming obsessions te onderscheiden van infanticide-ide-

aties. Een onbehandelde prss of tokofobie kan vermijdend gedragen lijden veroorzaken waardoor vrouwen psychisch een moeilijke zwangerschap/bevalling doorstaan. Een hoog angstniveau tijdens de zwangerschap kan een negatief effect hebben op het ongebooren kind en post partum de moeder-kindrelatie verstoren. Het gevaar bestaat dat de angststoornis een chronisch beloop zal krijgen.

Voor de (aankomend) moeder impliceert een angststoornis ten slotte een verhoogd risico op een stemmingsstoornis. In dit overzicht werden effecten van angststoornissen beschreven. Angstsymptomen en de effecten daarvan op het (ongeboren) kind werden (vanwege beperkte ruimte) buiten beschouwing gelaten. Dit terwijl er vanuit de psychiatrie (voor een review: Dunkel e.a. 2012) en vanuit andere vakgebieden (o.a. de psychologie, sociologie en gynaecologie) veel belangstelling voor dit onderwerp bestaat. Daarnaast zouden de bevindingen van onderzoek naar stemmingsstoornissen tijdens de perinatale periode wellicht tevens gebruikt kunnen worden voor deze patiëntengroep. De verwantschap tussen angst- en stemmingsstoornissen tijdens (en ook buiten) de perinatale periode doet immers een overeenkomstige pathofysiologische achtergrond vermoeden.

### Besluit

Prospectief onderzoek zal moeten uitmaken of er bij het screenen naar angststoornissen gebruikgemaakt kan worden van de EPDS (en welke afkapwaarde moet worden gebruikt) of dat een specifiekere test voor angstklachten beter is. De onderzoekspopulatie zal een representatieve vertegenwoordiging van alle zwangere vrouwen moeten zijn. Zowel vrouwen met als zonder een psychiatrische voorgeschiedenis dienen geïncludeerd te worden; een angststoornis kan de novo tijdens de perinatale periode ontstaan. Het belang is duidelijk: indien vrouwen met een angststoornis tijdig herkend en behandeld worden, kunnen nadelige gevolgen beperkt of voorkomen worden.

## LITERATUUR

- Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: a review of the literature. *J Anxiety Disord* 2003; 17: 461-78.
- Abramowitz JS, Meltzer-Brody S, Leserman J e.a. Obsessional thoughts and compulsive behaviors in a sample of women with postpartum mood symptoms. *Arch Women Ment Health* 2010; 13: 523-30.
- Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG* 2012; 119: 1238-46.
- Adewuya AO, Ola BA, Aloba OO, Mapayi BM. Anxiety disorders among Nigerian women in late pregnancy; a controlled study. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 325-8.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Cesarean delivery on maternal request. ACOG committee Opinion No. 394. *Obstet Gynecol* 2007; 150:1-4.
- Arnold LM. A case series of women with postpartum-onset obsessive-compulsive disorder. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 1999; 103-8.



- Ayers S, Eagle A, Waring H. The effects of childbirth-related posttraumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychol Health Med* 2006; 11: 389-98.
- Bandelow B, Sojka F, Broocks A, Hajak G, Bleich S, Rütger E. Panic disorder during pregnancy and postpartum period. *Eur Psychiatry* 2006; 21: 495-500.
- Banhidj F, Acs N, Puho E, Czeizel AE. Association between maternal panic disorders and pregnancy complications and delivery outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 124: 47-52.
- Batelaan NM, de Graaf R, van Balkom AJLM, Vollebergh WAM, Beekman ATF. De epidemiologie van paniek. *Tijdschr Psychiatr* 2006; 48: 195-205.
- Van den Bergh BR, Van Calster B, Smits T, Van Huffel S, Lagae L. Antenatal maternal anxiety is related to HPA-axis dysregulation and self-reported depressive symptoms in adolescence: a prospective study on the fetal origins of depressed mood. *Neuropsychopharmacol* 2007; 33: 536-45.
- Berle JO, Mykletun A, Daltveit AK, Rasmussen S, Holsten F, Dahl AA. Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. A linkage study from The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT) and Medical Birth Registry of Norway. *Arch Women Ment Health* 2005; 8: 181-9.
- Brandes M, Soares CN, Cohen LS. Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. *Arch Womens Ment Health* 2004; 7: 99-110.
- Buist A, Gotman N, Yonkers K. Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. *J Affect Disord* 2011; 131: 277-83.
- Chen YH, Lin HC, Lee HC. Pregnancy outcomes among women with panic disorder – Do panic attacks during pregnancy matter? *J Affect Disord*. 2010; 120: 258-62.
- Copper RL, Goldenberg RL, Das A. The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks gestation. National Institute of Child Health and Human Development Maternal Fetal Medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 1286-92.
- Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol* 2000; 39: 35-51.
- Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research and practice. *Curr Opin Psychiatry* 2012; 25: 141-8.
- Engelhard IM, van Rij M, Boullart I e.a. Posttraumatic stress disorder after pre-eclampsia: an exploratory study. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24: 260-4.
- Fairbrother N, Abramowitz JS. New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems. *Behav Res Ther*. 2007; 2155-63.
- Fones C. Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 195-6.
- Friborg O, Martinussen M, Kaiser S. Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: a meta-analysis of 30 years of research. *J Affect Disord* 2013; 145: 143-55.
- Fuglens D, Aas E, Botten G, Oian P, Kirstiansen IS. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205: 45-9.
- Gugliemi V, Vulink N, Denys D, Wang Y, Samuels JF. Obsessive-compulsive disorder and female reproductive cycle events: results from the OCD and reproduction collaborative study. *Depress Anxiety* 2014; 31: 1-9.
- Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Malhi GS, Wilhelm KA, Austin MP. A brief Measure of Worry Severity: personality and clinical correlates of severe worriers. *J Anxiety Disord* 2005; 19: 877-92.
- Gray JD, Milner TA, McEwen BS. Dynamic plasticity: the role of glucocorticoids, brain-derived neurotrophic factor and other trophic factors. *Neuroscience* 2013; 239: 214-27.
- Halbreich U, Kahn LS. Role of estrogen in the aetiology and treatment of mood disorders. *CNS Drugs* 2001; 15: 797-817.
- Harris B, Lovett L, Newcombe RG, Read GF, Walker R, Riad-Fahmy D. Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *BMJ* 1994; 308: 949-53.
- Holditch-Davis D, Bartlett TR, Blickman AL, Miles MS. Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003; 32: 161-71.
- Kooiman LAM, Janssen BJA, Peeters FPML. Gevoelig voor verandering. Neuro-endocrinologische aspecten van depressie bij vrouwen. *Tijdschr Psychiatr* 2007; 49: 241-9.
- Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG* 2009; 115: 354-60.
- Lenze EJ, Whetherell JL. A lifespan view of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 2011; 13: 381-99.
- Lev-Wiesel R, Daphna-Tekoah S. The role of peripartum dissociation as a predictor of posttraumatic stress symptoms following childbirth in Israeli Jewish women. *J Trauma Dissociation* 2010; 11: 266-83.
- Maggioni C, Margola D, Filippi F. PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: a two wave longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006; 27: 81-90.
- Marchesi C, Ampollini P, Paraggio C, Giaracuni G, Ossola P, De Panfilis C, e.a. Risk factors for panic disorder in pregnancy: A cohort study. *J Affect Disord* 2014; 156: 134-8.
- Martin MC, Hoffman PG. The endocrinology of pregnancy. In: Greenspan FS, Forsham PH, red. *Basic and clinical endocrinology* (2<sup>de</sup> ed). Los Altos: Lange; p.476-500.

- Nerum H, Halvorsen L, Sorlie T, Oian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth* 2006; 33: 221-8.
- NVOG. Landelijke richtlijn SSRI-gebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie en Benzodiazepinegebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie. Utrecht: NVOG; 2012. <http://www.nvog-documenten.nl>
- Onoyo JM, Goebert D, Morland L, Matsu C, Wright T. PTSD and postpartum mental health in a sample of Caucasian, Asian, and Pacific Islander women. *Arch Womens Ment Health* 2009; 12: 393-400.
- Paul SM, Purdy PH. Neuroactive steroids. *FASEB J* 1992; 6: 2311-22.
- Parfitt YM, Ayers S. The effect of post-nata symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond. *J Reprod Infant Psychol* 2009; 27: 127-42.
- Penninx BW, Nolen WA, Lamers F, Zitman FG, Smit JH, Spinhoven P, e.a. Two-year course of depressive and anxiety disorders: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord* 2011; 133: 76-85.
- Pigott TA. Anxiety disorder in women. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 26: 621-72.
- Pop VJ, Pommer AM, Pop-Purceleanu e.a. Development of the Tilburg Pregnancy Distress Scale: the TPDS. *BMC Pregnancy Childbirth* 2011; 26: 11-80.
- Prenoveau J, Craske M, Counsell N, e.a. Postpartum GAD is a risk factor for postpartum MDD: the course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD. *Depress and Anxiety* 2013; 30: 506-14.
- Rambelli C, Montagnani MS, Oppo A, e.a. Panic disorder as a risk factor for postpartum depression. Results from the Perinatal Depression-Research&Screening Unit study. *J Affect Disord* 2010; 122: 139-43.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age and obstetric history. *BJOG* 2009; 116: 67-73.
- Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2013; 377-85.
- Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, e.a. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 785-95.
- Seng JS, Low LK, Sperlich M, Ronis DL, Liberzon I. Prevalence, trauma history, and risk for posttraumatic stress disorder among nulliparous women in maternity care. *Obstet Gynecol* 2009; 114: 834-47.
- Seng JS, Low LK, Sperlich M, Ronis DL, Liberzon I. Posttraumatic stress disorder, child abuse history, birthweight and gestational age: a prospective cohort study. *BJOG* 2011; 1329-39.
- Soderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress in late pregnancy. *J Anxiet Disord* 2004; 18: 127-42.
- Soderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG* 2009; 116: 672-80.
- Stamrood CA, Paarlberg KM, Huis In 't Veld EM, e.a. Posttraumatic stress following childbirth in homelike and hospital setting. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2011; 32: 88-97.
- Sutter-Dallay AL, Giaconne-Marcesche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 459-63.
- Uguz F, Kaya V, Gezgin K, Kayhan F, Cicek E. Clinical correlates of worsening in obsessive-compulsive symptoms during pregnancy. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33: 197-9.
- Uguz F, Sonmez E, Sahingoz M, e.a. Maternal generalized anxiety disorder during pregnancy and fetal brain development: a comparative study on cord blood brain-derived neurotrophic factor levels. *J Psychosom Res* 2013; 75: 346-50.
- Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR. Anxiety symptoms and disorders at eight week postpartum. *J Anxiety Disord* 2005; 19: 295-311.
- White T, Matthey S, Boyd K, Barnett B. Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: Prevalence course and co-occurrence. *J Reprod Infant Psychol* 2006; 24: 107-20.
- Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998; 19: 84-97.
- Williams KE, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium, and the premenstruum. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 330-4.



## SUMMARY

# Anxiety disorders during pregnancy and the post-partum period

M. VAN DER VELDT, P. LOK, M. POP-PURCELEANU, I. TENDOLKAR, P. VAN EIJDHOVEN

**BACKGROUND** Although anxiety disorders are more prevalent during the perinatal period, little attention has been given so far to the influence that pregnancy and the post-partum period can have on anxiety disorders.

**AIM** To review the literature concerning the prevalence, presentation and treatment of anxiety disorders during pregnancy and the post-partum period and to identify the risk factors involved.

**METHOD** We reviewed the literature in order to find articles concerning the influence of the post-partum period on various types of anxiety disorders.

**RESULTS** Having selected the most relevant articles, we discuss the findings in relation to specific types of anxiety disorder.

**CONCLUSION** Women are more vulnerable to anxiety disorders during the perinatal period. Because anxiety disorders can have a significant impact on the mother and her foetus/infant it is important that anxiety disorders are identified and treated at the earliest opportunity.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)6, 415-423

**KEY WORDS** anxiety disorders, pregnancy, post-partum period