

University of Groningen

## Stormy clouds in seventh heaven

Meijer, Judith Linda

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

2015

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Meijer, J. L. (2015). *Stormy clouds in seventh heaven: A study on anxiety and depression around childbirth*. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. University of Groningen.

**Copyright**

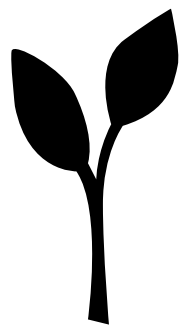
Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

**Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.



**samenvatting**

Ongeveer 10-15% van alle vrouwen heeft angst- en/of depressieklachten tijdens de zwangerschap of na de bevalling. Verhoogde stress tijdens de zwangerschap hangt vaak samen met negatieve uitkomsten van het kind, zoals gedragsproblemen, maar hoe dit precies werkt is niet duidelijk. Belangrijke risicofactoren voor angst- en/of depressieklachten in deze periode zijn het hebben van een voorgeschiedenis van dergelijke klachten, traumatische gebeurtenissen in de kindertijd, recente stressvolle levensgebeurtenissen en bepaalde persoonlijkheidskenmerken. Uit de literatuur is niet duidelijk of het verloop van angst- en depressieklachten tijdens de zwangerschap en na de bevalling ook beïnvloed wordt door traumatische gebeurtenissen die tijdens de zwangerschap, de bevalling of direct na de bevalling hebben plaatsgevonden. De hoofdstukken 2 en 3 van dit proefschrift geven de resultaten van onderzoek naar de invloed van dergelijke gebeurtenissen op angst- en depressieklachten in de zwangerschap en na de bevalling.

Screening op angst- en depressieklachten tijdens de zwangerschap om klachten na de bevalling te voorkomen wordt door verschillende internationale richtlijnen aanbevolen. Goede vragenlijsten om nauwkeurig vast te stellen welke vrouw een hoog of juist een laag risico heeft, zijn echter nog niet beschikbaar. In hoofdstukken 4 en 5 worden de bevindingen gepresenteerd van onderzoek naar de voorspellende waarde van twee veelgebruikte vragenlijsten. We hebben onderzocht of aanwezige klachten gebruikt kunnen worden voor het voorspellen van om toekomstige klachten.

Behandelopties voor angst- en depressieklachten kunnen grofweg verdeeld worden in behandeling met medicijnen of middels een psychologische therapie. Tijdens de zwangerschap en de borstvoedingsperiode geven de meeste vrouwen de voorkeur aan een psychologische therapie, zoals een cognitieve gedragstherapie. Buiten de zwangerschap is deze behandeling bewezen effectief gebleken. Daarom bespreken we in hoofdstuk 6 de opzet van een onderzoek waarin het effect van een dergelijke psychologische therapie op moeder en kind onderzocht zal worden.

In hoofdstuk 2 wordt een onderzoek beschreven bij 1.603 zwangere vrouwen naar veranderingen in angst- en/of depressieklachten tijdens de zwangerschap en of deze veranderingen samenhangen met het meemaken van stressvolle levensgebeurtenissen. Deze gebeurtenissen werden onderverdeeld in zwangerschapsgerelateerde gebeurtenissen, zoals horen dat er misschien iets niet goed is met het kindje, of ontdekken dat de partner het kindje niet wil, en niet-zwangerschapsgerelateerde gebeurtenissen, zoals het overlijden van een dierbare, of aan een nieuwe baan beginnen. We verwachtten dat het meemaken van een gebeurtenis die wel gerelateerd was aan de zwangerschap een grotere impact op de klachten

van de moeder zou hebben dan het meemaken van een niet-zwangerschapsgelateerde gebeurtenis. Beide types gebeurtenissen bleken echter samen te hangen met een toename in angst- en depressieklachten. Opvallend was dat niet-zwangerschapsgelateerde gebeurtenissen een groter effect op deze toename hadden dan gebeurtenissen die wel aan de zwangerschap gerelateerd waren. We hebben vervolgens onderzocht of er tussen vrouwen met alleen angstklachten en vrouwen met alleen depressieklachten verschil was in het type gebeurtenissen dat ze hadden meegemaakt. We vonden dat niet-zwangerschapsgelateerde gebeurtenissen alleen samenhangen met een toename in depressieklachten, en dat zwangerschapsgelateerde klachten alleen samenhangen met een toename in angstklachten. We onderzochten tot slot of het meemaken van een traumatische gebeurtenis in de kindertijd of het hebben van bepaalde persoonlijkheidskenmerken, zoals hoog-neurotisch of laag-extravert, ook een rol speelde in de verandering van angst- of depressieklachten gedurende de zwangerschap. Kindertijdtrauma speelde geen rol. Het hebben van specifieke persoonlijkheidskenmerken bleek wel samen te hangen met een toename in angst- of depressieklachten. Het was echter niet zo dat vrouwen met deze kenmerken die tijdens de zwangerschap bepaalde levensgebeurtenissen meemaakten een grotere toename van angst-of depressieklachten hadden dan vrouwen die geen of minder levensgebeurtenissen mee hadden gemaakt.

In hoofdstuk 3 wordt bij 3.842 zwangere vrouwen gekeken of bepaalde stressvolle levensgebeurtenissen tijdens de zwangerschap of tijdens de bevalling bijdragen aan de verandering van angst- en depressieklachten tussen het eerste trimester van de zwangerschap en een half jaar na de bevalling. We vonden dat het meemaken van gebeurtenissen die aan de zwangerschap gerelateerd waren, de wijze van bevalling, het te vroeg bevallen van de baby of het bevallen van een baby met een laag geboortegewicht geen rol speelden in het hebben van klachten een half jaar na de bevalling. Bepaalde gebeurtenissen die plaatsvonden tijdens de zwangerschap, zoals ziekte of overlijden van een naaste, hingen wel samen met angst- of depressieklachten na de bevalling. Ook onderzochten we of vrouwen die al angst- of depressieklachten hadden tijdens het eerste trimester van de zwangerschap extra kwetsbaar waren om ook na de bevalling klachten te hebben wanneer ze dergelijke gebeurtenissen meemaakten. Dit bleek niet het geval te zijn.

In hoofdstuk 4 onderzochten we bij 1.620 zwangere vrouwen of we met een vragenlijst, de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), kunnen voorspellen welke vrouwen na de bevalling depressieklachten zullen hebben. Deze vragenlijst bestaat uit 10 vragen en wordt veel gebruikt om aanwezige depressieklachten te identificeren, zowel tijdens de

zwangerschap als na de bevalling. Een score die hoger is dan een bepaalde waarde betekent dat deze vrouw meer depressieklachten heeft dan de gemiddelde zwangere vrouw. We noemen een dergelijke waarde een afkapwaarde. In dit hoofdstuk wilden we onderzoeken of een verhoogde score in de zwangerschap ook een verhoogde score na de bevalling voorspelt. Aanwezige klachten zoals gemeten met de EPDS bleken niet voldoende precies om het risico op klachten na de bevalling voor een individuele vrouw te kunnen voorspellen.

We testten eerst de meest gebruikte afkapwaardes, te weten  $\geq 13$  voor scores tijdens de zwangerschap en  $\geq 10$  voor scores na de bevalling. De afkapwaarde voor de score tijdens de zwangerschap lieten we vervolgens geleidelijk dalen. Wanneer we een afkapwaarde van  $\geq 5$  namen werd het voorspellen wel iets preciezer, maar het bleef niet voldoende. Dat betekent dat we een vrouw met een score  $\geq 5$  niet met zekerheid kunnen zeggen of ze al dan niet klachten zal ervaren na de bevalling. Vrouwen met een score van  $< 5$  kunnen echter wel gerustgesteld worden dat de kans dat zij een half jaar na de bevalling klachten zullen ervaren erg laag is, namelijk 4%. Tot slot onderzochten we of het ook mogelijk zou zijn om de kans op klachten na de bevalling te voorspellen op basis van slechts twee vragen. Dit zijn de vragen die belangrijk zijn in het stellen van de diagnose depressie, namelijk somberheid en verlies van plezier. Dit was niet het geval.

Ook al is het niet voldoende om alleen de scores in de zwangerschap te gebruiken om een individueel risico na de bevalling te voorspellen, het zou wel een eerste stap in een uitgebreidere screening kunnen zijn. Vrouwen met een score  $\geq 5$  zouden bijvoorbeeld gescreend kunnen worden op andere bekende risicofactoren voor postpartum depressie, zoals een voorgaande depressie, recente stressvolle levensgebeurtenissen of een klein sociaal netwerk. Dit is iets om in toekomstige studies te onderzoeken.

In hoofdstuk 5 hebben we een soortgelijk onderzoek uitgevoerd, maar dan naar angstklachten. We hebben dit bij 4.856 zwangere vrouwen gedaan, met de vragenlijst State and Trait Anxiety Inventory, de STAI. Deze 6-item vragenlijst wordt veel gebruikt om aanwezige angstklachten in de zwangerschap of na de bevalling te identificeren. We vonden op groepsniveau een erg sterke samenhang tussen scores boven de standaard afkapwaarde  $\geq 42$  tijdens de zwangerschap en na de bevalling. Deze samenhang werd minder sterk wanneer we rekening hielden met depressieklachten tijdens de zwangerschap. Dat betekent dat angstklachten na de bevalling vooral samenhangen met angstklachten in de zwangerschap. We testten zowel de standaard afkapwaarde als een aantal lagere afkapwaardes. Aanwezige klachten zoals gemeten met de STAI bleken niet voldoende precies wanneer we voor individuele vrouwen een risico op klachten na de bevalling wilden voorspellen, bij geen enkele

afkapwaarde. Wanneer we deze vragenlijst wel zouden gebruiken om iets te zeggen over angstklachten na de bevalling, zou een groot deel van de vrouwen te horen krijgen dat ze een hoge kans heeft op deze klachten terwijl ze uiteindelijk geen klachten ervaarde. Dat zou kunnen betekenen dat je deze vrouwen behandelt, terwijl haar klachten sowieso afgenomen zouden hebben. Net als in het voorgaande hoofdstuk kunnen we ook hier vrouwen met een lage score wel geruststellen dat de kans dat ze toch klachten ervaart na de zwangerschap erg klein is. Maar omdat er nog veel onduidelijk is over welke risicofactoren een rol spelen bij het ontwikkelen en blijven bestaan van angstklachten tijdens de zwangerschap en na de bevalling, kunnen we hier niet een tweetraps screening aanbevelen zoals bij depressieklachten. Toekomstige studies zouden zich daarom eerst moeten focussen op dergelijke risicofactoren.

Hoofdstuk 6 presenteert de opzet van een onderzoek waarbij zwangere vrouwen met bovengemiddelde klachten in het eerste trimester willekeurig worden ingedeeld in een groep waarin ze psychologische therapie krijgen, of een groep waarin ze deze therapie niet krijgen. We wilden 300 vrouwen laten deelnemen. De deelnemers werden willekeurig verdeeld in twee groepen; de helft ontving 10-14 individuele sessies cognitieve gedragstherapie, de andere helft standaardzorg. Na de eerste screening kregen deze vrouwen nog zeven keer het verzoek een aantal vragenlijsten in te vullen. Hierin worden vragen gesteld over het meemaken van stressvolle levensgebeurtenissen, persoonlijkheidskenmerken, leefstijl, hoe ze met tegenslagen omgaan, van welke zorg ze gebruik maken en hoe de kwaliteit van leven ervaren wordt. Het laatste verzoek ontvangen ze anderhalf jaar na de bevalling, waarbij naast de angst- en depressievragen ook het kindje thuis getest wordt op zijn of haar ontwikkeling, zoals motorische en mentale ontwikkeling.

Het proefschrift sluit af met een algemene discussie in hoofdstuk 7. Hierin wordt besproken of het zin heeft om tijdens de zwangerschap te screenen op angst- en depressieklachten om dergelijke klachten na de bevalling te voorkomen. Criteria die door Wilson, Jungner en de Wereldgezondheidsorganisatie zijn opgesteld worden hiervoor als richtlijn gebruikt. Angst- en depressieklachten in de zwangerschap en na de bevalling zijn een erkend gezondheidsprobleem, en de vrouw en haar omgeving ervaren hierdoor een grote last. Er zijn echter te veel onzekerheden over de werkelijke voordelen van screening en behandeling van deze groep vrouwen, om hartgrondig 'ja' te kunnen antwoorden op de vraag of alle vrouwen vroeg tijdens de zwangerschap gescreend moeten worden om problematiek na de bevalling te voorkomen.

