

Die Depression in der Postpartalzeit: eine diagnostische und therapeutische Herausforderung

■ A. Riecher-Rössler, M. Hofecker Fallahpour

Psychiatrische Poliklinik, Basel

Summary

Riecher-Rössler A, Hofecker Fallahpour M. [Depression in the postpartum time – a diagnostic and therapeutic challenge.] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2003;154:106–15.

Postpartum depression is not a specific entity. There is neither a very specific psychopathology nor evidence for a specific aetiology.

The prevalence of severe depression is not significantly enhanced in the postpartum year as compared to women of the same age group without delivery who have quite a high prevalence of depression anyway. Incidence of milder depression might slightly be enhanced in the first postpartum weeks.

Giving birth and adapting to the new mother role seem to be stressors contributing to the outbreak of depression in vulnerable, predisposed women or to enhance pre-existing depression. Biological, especially hormonal, as well as psychosocial factors can be relevant stressors in this situation.

Although this is not a specific entity, the diagnostic term or specifier “postpartum depression” might still be justified, as depression in early motherhood shows many important specificities. Diagnosis is especially difficult, as women, due to shame, stigma and many fears, do not seek help and doctors, due to misinterpretation of symptoms, often do not recognise the severity of the situation. Untreated, these disorders can have especially severe consequences, not only for the mother, but also for the child and the whole family. These disorders therefore need our special attention and special treatment. This means modifications of our pharmacological, non-pharmacological and psychotherapeutic treatment methods.

Therapy – although in principle the same as that of other depressive disorders – has to put a special

emphasis on the needs of the postpartum period. Education about the fact that this is a disease and not due to failure as a mother is of utmost importance to relieve the patients from feelings of guilt. Counselling and practical advice for the mother and her family is often needed as well as the help of a midwife, a family nurse, a social worker and/or other health care professionals. A good mother–infant bonding should be a main concern from the start. This means that the mother should not be separated from her infant for longer periods of time. However, she needs a lot of help in order to allow for relaxed contacts with the infant.

Pharmacological treatment is often complicated by the patient’s desire to breast-feed, yet there are no controlled trials of antidepressant treatment during lactation as regards the potential side effects and/or long-term consequences for the infant. On the other hand, the risks of ongoing severe depression are generally regarded as higher than the potential risks of medication. Thus, if a mother insists on breast-feeding, she has to be educated about side effects and the baby has to be carefully monitored. Several studies have in the meantime also shown positive effects of oestrogen substitution and non-pharmacological treatments such as bright-light therapy.

Psychotherapy should be initiated as soon as possible and be very supportive in the beginning. Specific manualised forms of psychotherapy for women with postpartum depression have also shown very promising results.

In the future, more emphasis should be laid on prophylaxis, specific education and the broad implementation of low-threshold services.

Under all circumstances, special attention must be given to the mother–child-relationship, on the one hand to reduce feelings of guilt in the mother and thereby to enhance the process of healing, on the other hand to prevent traumatising of the infant and to avoid deleterious long-term consequences.

Keywords: postpartum depression; frequency; aetiology; therapy; review

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler
Psychiatrische Poliklinik
Petersgraben 4
CH-4031 Basel

Einleitung

Viele junge Mütter entwickeln nach der Entbindung psychische Störungen: Ein Viertel bis fast die Hälfte aller Wöchnerinnen reagiert in der ersten Woche nach der Entbindung mit einer kurzfristigen Verstimmung, dem sogenannten postpartalen Blues, auch postpartale Dysphorie genannt. Etwa 10–15% aller jungen Mütter leiden in den ersten Monaten postpartal an einer länger anhaltenden, behandlungsbedürftigen Depression, einer sogenannten «postpartalen Depression», und bei einer bis zwei von 1000 Frauen manifestiert sich in dieser Zeit sogar eine Psychose (Übersichten z.B. bei [1–3]).

Insbesondere zur sogenannten postpartalen Depression sind in den letzten Jahren zahlreiche neue Studien erschienen, die zum Teil frühere Befunde (Übersicht bei [3]) bestätigen, zum Teil aber auch neue Erkenntnisse bringen, zum Beispiel was die Langzeitfolgen der Erkrankung für das Kind betreffen und vor allem bezüglich neuer therapeutischer Ansätze. Im folgenden soll deshalb versucht werden, auf der Basis von umfassenden Literaturrecherchen unter Einbeziehung von Medline und PsycLit (bis 2001) und der einschlägigen deutsch- und englischsprachigen Fachbücher einen Überblick zum aktuellen Stand des Wissens bezüglich der sogenannten postpartalen Depression zu geben und neue Versorgungsansätze vorzustellen.

Einschränkend ist dabei anzumerken, dass die entsprechenden Studien zum Teil mit methodischen Mängeln behaftet sind (vgl. dazu [3]). Auch ist die Verwendung dieser diagnostischen Kategorie uneinheitlich: Während unter diesem Begriff zum Teil nur die Erkrankungen mit *Beginn* in der Postpartalzeit verstanden werden, beziehen sich viele Studien auch auf anhaltende Depressionen, die schon vor der Entbindung begonnen haben. Schliesslich ist die Dauer des Postpartalzeitraums nicht exakt definiert. So beziehen sich etwa die Studien zur Häufigkeit der postpartalen Depression auf Zeiträume zwischen 6 Wochen und einem Jahr nach der Geburt, so dass die Befundlage insgesamt immer noch etwas unbefriedigend ist.

Die «postpartale Depression»

Hat die Depression in der Postpartalzeit ein spezifisches Erscheinungsbild?

Als «postpartale Depression» werden im allgemeinen alle schwereren, längerdauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen bezeichnet, die im ersten Jahr nach Entbindung

auftreten oder bestehen [2]. Sie ist abzugrenzen gegen die sogenannte postpartale Dysphorie oder den Blues, eine kurze depressive Verstimmung in der ersten Woche postpartal.

Die postpartale Depression ist gekennzeichnet durch eine mehr oder weniger ausgeprägte depressive Verstimmung mit Antriebsmangel, Energielosigkeit, Freudlosigkeit, Interessenverlust, Müdigkeit, Schlaf- und Appetitstörungen, Konzentrationsstörungen, Ängsten, Sorgen, Schuldgefühlen und zum Teil auch Suizidgedanken [4]. Auch schwerste Zustände tiefer Depression mit ausgeprägter Suizidalität kommen vor. Es können sich also alle klassischen Symptome einer Depression finden, d.h., das klinische Bild der postpartalen Depression unterscheidet sich nicht prinzipiell von dem anderer Depressionen. Allerdings ist immer wieder aufgefallen, dass die depressiven Erkrankungen der Postpartalzeit oft mit einer besonders ausgeprägten emotionalen Labilität einhergehen – ähnlich wie auch beim postpartalen Blues beschrieben [4]. Auch beziehen sich die Inhalte des depressiven Grübelns, der Schuldgefühle usw. häufig auf das Kind und die Mutterschaft.

Etwa 20–40% der Mütter leiden unter Zwangsgedanken, die sich oft darauf beziehen, sie würden das Kind schädigen [5, 6]. Viele Mütter klagen insbesondere über ein Gefühl der Gefühllosigkeit ihrem eigenen Neugeborenen gegenüber, was sie besonders erschreckt und beschämt. Tatsächlich gehen postpartale psychische Erkrankungen häufig mit Bindungsstörungen einher, die dadurch gekennzeichnet sind, dass die Mütter keine Beziehung zu ihrem Säugling aufnehmen, keine Gefühle von Zuneigung und Liebe entwickeln können oder ihn gar ablehnen und feindselige Gefühle entwickeln [7, 8]. Bleibt eine Depression lange unbehandelt oder wird der Säugling von der Mutter getrennt, kann sich eine solche Bindungsstörung auch sekundär entwickeln, was unbedingt vermieden werden sollte.

Ist die Depression in der Postpartalzeit besonders häufig?

Die Angaben zur Häufigkeit der postpartalen Depression schwanken zwischen 6 und 22% – je nach diagnostischen Kriterien und Beobachtungszeitraum [3]. In einer sehr sorgfältigen Metaanalyse fanden O'Hara und Swain [2] auf der Basis von 59 methodisch zuverlässigen Studien eine mittlere Prävalenzrate von 13%, wobei diese – nicht unerwartet – stark von der Dauer der Beobachtung abhing. Auch waren die Raten bei

reiner *Selbsteinschätzung* mit Hilfe eines Selbstbewertungsbogens wie etwa der «Edinburgh Postnatal Depression Scale» (EPDS) [9] höher als bei *Fremdbeurteilung* und Diagnosestellung durch einen Psychiater. Viele neuere Studien haben bedauerlicherweise auf letztgenannten Schritt verzichtet.

Dabei ist die Rate *krankheitswertiger* Depressionen bei Frauen in der Postpartalzeit im Vergleich zu gleichaltrigen Frauen ohne Geburt wahrscheinlich *nicht erhöht*. Frauen dieser Altersgruppe haben ohnehin eine sehr hohe Depressionsprävalenz, die – wie die grossen epidemiologischen Studien zeigen – etwa doppelt so hoch liegt wie bei Männern – z.B. ECA Studie [10], National Comorbidity Survey [11], Lübecker TACOS-Studie [12]. Die berichteten Depressionsraten in der Postpartalzeit entsprechen weitgehend den Erkrankungsraten gleichaltriger Frauen in der Allgemeinbevölkerung. O'Hara et al. [13] verglichen in einer prospektiven Fallkontrollstudie 182 Frauen *mit* Geburt und 179 Frauen *ohne* Geburt, die jeweils nach Alter, Familienstand, Berufsstatus und Kinderzahl parallelisiert waren, direkt miteinander. Sie fanden keine signifikanten Unterschiede in der Depressionshäufigkeit, wenn nach standardisierten Forschungskriterien diagnostiziert wurde. Zwar wurde in den ersten zwei Monaten postpartal eine Verschlechterung im psychischen Befinden der Mütter und mehr depressive Symptomatik als bei der Kontrollgruppe beobachtet. Dies wird aber von den Autoren eher als Ausdruck von «Distress», denn als Depression von Krankheitswert interpretiert – Distress vor allem im Zusammenhang mit den von den Frauen beklagten körperlichen Veränderungen und Beschwerden einerseits sowie einer Einschränkung der sexuellen Genussfähigkeit und Verschlechterung der Partnerbeziehung andererseits. Ballard et al. [14] fanden eine vergleichbar hohe Depressionsrate bei Müttern und Vätern drei- bis fünfjähriger Kinder. Cox et al. [15] fanden in einer Fallkontrollstudie zwar keine erhöhte *Prävalenz* in den ersten 6 Monaten nach der Geburt, aber eine auf das Dreifache erhöhte *Inzidenz* von nach RDC-Kriterien diagnostizierter «Major Depression» in den ersten 5 Wochen postpartal.

Wenig umstritten ist also, dass die Postpartalzeit häufig mit einer Verschlechterung im psychischen Befinden und depressiver Verstimmung einhergeht. Die Rate *krankheitswertiger* Depressionen scheint allenfalls in den ersten Wochen nach der Entbindung leicht erhöht zu sein, dann gleicht sich das Erkrankungsrisiko wieder an das von gleichaltrigen Frauen *ohne* Entbindung an.

Zeigen postpartale Depressionen eine spezifische Pathogenese?

Was die Pathogenese der postpartalen Erkrankungen betrifft, ist inzwischen nahezu unbestritten, dass es sich um prinzipiell dieselben Erkrankungen handelt, wie sie auch unabhängig von einer Entbindung auftreten können.

Spezifische Risikofaktoren, die zum Zeitpunkt der Geburt als Auslöser fungieren würden, konnten bisher nicht identifiziert werden. Die betroffenen Frauen sind offensichtlich weder bezüglich hormoneller (z.B. Östrogen- und Progesteronspiegel) und geburtshilflicher (z.B. Zahl der Geburten, Geburtskomplikationen, Dauer des stationären Aufenthaltes) noch bezüglich der allermeisten psychosozialen Faktoren auffällig anders als die Frauen, die nach der Entbindung gesund bleiben. So zeigen weder das Alter der Wöchnerinnen, noch ihr Familienstand, ihr Ausbildungs- oder ihr sozioökonomischer Status einen konsistenten Einfluss auf das Erkrankungsrisiko (Übersicht bei [3]).

Einigermassen konsistent konnte lediglich gezeigt werden, dass Mütter, die eine postpartale Depression entwickeln, oft nicht genügend soziale Unterstützung erhalten [2, 16–19] und dass sie häufig unter einer schlechten Partnerbeziehung leiden, wobei aber nur einzelne Autoren auch zeigen konnten, dass die Partnerkonflikte schon *vor* der Erkrankung bestanden [17, 20, 21]. Wahrscheinlich kann also mangelnde soziale Unterstützung, insbesondere durch den Partner, zur Entwicklung einer postpartalen Depression beitragen. Misri et al. [22] zeigten, dass durch eine Unterstützung der Väter auch eine bessere Remission bei den Müttern erreicht wird. Gerade in der Postpartalzeit scheint soziale Unterstützung besonders wichtig, und zwar für Mütter wie für Väter [23].

In einer Metaanalyse, die 44 Studien zu Prädiktoren der postpartalen Depression umfasste, fand Beck [16], dass eine postpartale Depression häufig mit folgenden Faktoren assoziiert ist: depressive Erkrankungen in der Vorgeschichte, pränatale Depression und Angst während der Schwangerschaft, Baby-Blues, «Stress» mit der Versorgung des Kindes, allgemeiner Stress, wenig soziale Unterstützung und geringe Zufriedenheit in der Ehe. Ähnliche Ergebnisse hatten Wilson et al. [19] und O'Hara und Swain [2] in ihren Metaanalysen.

Allerdings wird in den meisten Studien nicht für alle Faktoren eindeutig aufgezeigt, inwieweit es sich um wirklich vorbestehende Risikofaktoren handelt und inwieweit die Probleme zum Teil nicht auch schon *Folge* der beginnenden Depression sind.

Derjenige Risikofaktor schliesslich, der sowohl für den Blues als auch für die Depression und für die Psychose in der Postpartalzeit am konsistentesten gefunden wurde, ist eine vorbestehende Prädisposition. So hat etwa ein Drittel aller Frauen mit postpartaler Depression schon vor der Schwangerschaft mindestens einmal an einer psychiatrischen Erkrankung gelitten [3]. 70% der Frauen haben mindestens einen Familienangehörigen ersten Grades mit einer psychischen Erkrankung [24]. Wenn eine solche Prädisposition besteht, muss also gar kein schwerwiegender weiterer Risiko- oder Auslösefaktor – ausser der Geburt selbst – hinzukommen, um die Erkrankung auszulösen: Offensichtlich stellen schon eine ganz normale Entbindung und die Postpartalzeit mit ihren ganz normalen, unspezifischen Belastungen starke «Stressoren» dar, die bei vulnerablen, prädisponierten Frauen zur Auslösung der Erkrankung führen können.

Unklar ist, ob unter diesen unspezifischen Belastungen/Auslösern vor allem die ganz normalen biologischen und hormonellen Umstellungen nach der Entbindung eine Rolle spielen oder vor allem die ganz normalen psychischen Belastungen, die das Mutterwerden mit sich bringt.

Viele Ergebnisse der Grundlagenforschung sprechen dafür, dass hier dem postpartalen Östrogenabfall eine Rolle zukommt [3, 25, 26]. So weiss man, dass der Östrogenspiegel während der Schwangerschaft auf das etwa 200fache der Norm erhöht ist, um dann nach der Entbindung innerhalb von wenigen Tagen wieder auf den Normalwert abzufallen. Bei stillenden Frauen bleiben die Östrogenwerte niedrig. Gleichzeitig weiss man, dass Östrogene die verschiedensten Hirnfunktionen modulieren [27–30], und zwar in einer Weise, dass sie schon als «nature's psychoprotectants» [31] bezeichnet wurden. Bloch et al. [32] konnten kürzlich zeigen, dass Frauen mit einer Vorgeschichte von postpartaler Depression auf einen künstlich induzierten Östrogenabfall in 63% der Fälle mit depressiver Symptomatik reagierten, Frauen ohne eine solche Vorgeschichte jedoch unauffällig blieben.

Andererseits gibt es aber wohl auch auf psychischer Seite kaum ein so aufwühlendes Ereignis für eine Frau wie eine Geburt. Das emotionale Erlebnis der Geburt und des Mutterwerdens und die damit verbundene Umstellung auf eine neue Lebenssituation gehören sicherlich zu den tiefgreifendsten Erlebnissen im Leben einer Frau.

Insgesamt ist also wohl anzunehmen, dass, wie so häufig in der Psychiatrie, sowohl biologische als auch psychische Faktoren eine Rolle bei der Auslösung dieser Störungen spielen können,

wenn eine bestimmte Prädisposition vorhanden ist. Entsprechend sollten in der Behandlung neben einer bei schweren depressiven Erkrankungen notwendigen Pharmakotherapie immer auch psychotherapeutische und sozialtherapeutische Massnahmen zum Einsatz kommen.

Warum werden postpartale Depressionen oft sehr spät diagnostiziert und behandelt?

Leider werden depressive Erkrankungen in der Postpartalzeit häufig erst spät erkannt und behandelt [33, 34]. Tückischerweise beginnt die Symptomatik meist erst, wenn die Mutter nach der Entbindung wieder nach Hause entlassen ist. Zwar hat die Frau in dieser Zeit im allgemeinen noch regelmässig Kontakt mit dem nachbehandelnden Gynäkologen und dem Pädiater, aber oft wird die Symptomatik von der Mutter aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen verschwiegen, zum Teil auch aus Angst, sie werde stationär eingewiesen und von ihrem Kind getrennt.

In einer Untersuchung an jungen Müttern eines Arbeiterbezirks in Schottland konnte gezeigt werden, dass nur etwa ein Viertel der Betroffenen professionelle Hilfe sucht. Die meisten glaubten, die Medizin könne ihnen nicht helfen, da sie die Depression nicht als eine Erkrankung betrachteten, sondern als eine «normale» Reaktion auf die verschiedenen Belastungen der Mutterschaft. Auch hatten sie Angst, als «psychisch krank» abgestempelt, als unfähige Mutter betrachtet zu werden und zum Teil sogar, dass ihnen das Baby weggenommen werden könnte [35, 36].

Dies zeigt, dass die Erkrankung nach wie vor mit einem hohen Stigma belegt ist und ein medizinisches Genesemodell in der Bevölkerung noch keineswegs akzeptiert ist. Vor allem aber weist es auch auf die Tatsache hin, dass es bisher kaum niederschwellige Versorgungsangebote für Mütter gibt, in denen sie gemeinsam mit ihren Kindern betreut werden können.

Aber auch wenn die Betroffenen den Weg zum Arzt finden, ist die Diagnose oft erschwert durch die Tatsache, dass die Symptomatik einer beginnenden Depression leicht mit einer geburts- und stillzeitbedingten Erschöpfung verwechselt werden kann.

Haben postpartale Depressionen spezifische Folgen?

Eine verzögerte Hilfesuche, Diagnostik und Behandlung aber kann gerade bei Müttern kleiner

Kinder besonders fatal sein, denn bei ihnen hat eine Depression potentiell besonders schwere Folgen, nicht nur für die Mütter, sondern auch für die Kinder und oft für die Partnerschaft und die ganze Familie. So wird die frühe Mutter-Kind-Beziehung, die als so wichtig für die aktuelle und auch spätere Entwicklung des Kindes gilt, durch den depressiven Rückzug und das Unvermögen der Mutter, sich dem Kind zuzuwenden, oft nachhaltig gestört. Die Mutter selbst verarbeitet dies oft mit Schuldgefühlen, wodurch sich die Depression verstärken und ein fataler Circulus vitiosus in Gang kommen kann. Die Kinder solcher Mütter entwickeln häufig nicht nur emotionale und Verhaltensauffälligkeiten, sondern auch Entwicklungsverzögerungen im kognitiven Bereich, die zum Teil noch bis ins Schulalter nachweisbar sind (Übersicht bei [37]). Pawlby et al. [38] fanden zuletzt in einer prospektiven Studie diesbezüglich sehr alarmierende Ergebnisse: Vor allem bei Knaben blieben die kognitiven Defizite bis zum Ende der Primarschulzeit nachweisbar. Zu diskutieren ist dabei, inwieweit die postpartale Depression selbst zu diesen Störungen beim Kind führt und inwieweit dies durch andere, mit der Depression assoziierte Faktoren bedingt sein könnte (z.B. genetische Einflüsse oder verschiedene mit der Depression assoziierte soziale Risikofaktoren). Gezeigt werden konnte aber, dass der depressionsbedingte mütterliche Interaktionsstil wahrscheinlich einen signifikanten Beitrag zu den kindlichen Entwicklungsauffälligkeiten leistet, wobei vorbestehende kindliche Verhaltensstörungen und soziale Risikofaktoren verstärkend wirken können [37, 39]. Von entscheidender Bedeutung schliesslich scheint, dass eine frühzeitige Behandlung der Mütter die Mutter-Kind-Beziehung und die Entwicklung des Kindes offensichtlich deutlich verbessern kann [35, 40].

Auch sollte nicht übersehen werden, dass postpartale Depressionen, wie alle Depressionen, immer mit dem Risiko eines Suizids einhergehen. Verlässliche Zahlen speziell zum Suizidrisiko bei *postpartalen Depressionen* liegen nicht vor. Generell ist zwar die Suizidrate in der Postpartalzeit niedriger als in anderen Lebensabschnitten einer Frau [41, 42]. Appleby et al. [43] kamen aber in einer Fallregister-Linkage-Studie an einer grossen, repräsentativen Population zum Schluss, dass das Suizidrisiko für Frauen, die wegen einer *psychiatrischen Erkrankung* (nicht nur Depression) in der Postpartalzeit *hospitalisiert* waren, im ersten Jahr nach der Geburt auf das 70fache (!) gegenüber altersparallelisierten gesunden Frauen gesteigert war. Dabei ist auch die Gefahr des erweiterten Suizids oder des Infantizids – vor allem im Rahmen

einer psychotischen Depression – zu bedenken. Der Infantizid stellt mit einer Häufigkeit von etwa 1:50 000 Geburten [44] zwar ein extrem seltenes Ereignis dar, ist aber immer in die therapeutischen Überlegungen einzubeziehen [45].

Obwohl der Verlauf einer postpartalen Depression günstiger zu sein scheint als bei zu anderen Zeiten auftretenden depressiven Erkrankungen, hält sie meist viele Monate, nicht selten mehr als ein Jahr an [20, 46].

Gibt es eine Prophylaxe oder Früherkennung der postpartalen Depression?

Ebenso wie über den postpartalen Blues sollten Schwangere auch über das Risiko einer postpartalen Depression schon prophylaktisch *aufgeklärt* werden. Dies gilt insbesondere, wenn sie schon einmal psychisch erkrankt waren, denn dann ist ihr Wiedererkrankungsrisiko besonders hoch: Ohne Prophylaxe liegt es bei solchen Frauen bei 30% [47] bis 60% [48]. Für solche besonders gefährdeten Frauen wurden zum Teil präventive Interventionsprogramme [49] und/oder eine prophylaktische antidepressive Medikation nach der Entbindung [48] empfohlen. Durch engmaschige Begleitung und Beobachtung in der Schwangerschaft und nach der Entbindung sowie frühzeitige Behandlung kann die Rückfallhäufigkeit deutlich gesenkt werden. Steiner [50] empfiehlt bei Frauen mit Depressionsrisiko nach der Geburt einen mindestens 5tägigen Klinikaufenthalt mit Sicherstellung des Nachtschlafs, indem z.B. der Säugling getrennt von der Mutter übernachtet. Bei Bedarf kann Lorazepam als kurzwirkendes Benzodiazepin gegeben werden.

Eine Früherkennung erlaubt das Screening mit der «Edinburgh Postnatal Depression Scale» (EPDS) [9] als Selbstbeurteilungs-Instrument.

Benötigen postpartale Depressionen eine spezifische Therapie?

Die Behandlung der postpartalen Depression ist prinzipiell dieselbe wie diejenige depressiver Erkrankungen in anderen Lebensabschnitten, wobei aber auf die spezifischen Erfordernisse der Postpartalzeit und des Kindes besonderer Wert zu legen ist.

Von grösster Bedeutung ist zunächst eine *Aufklärung* über die Erkrankung, auch zur Entlastung von Schuldgefühlen. Wichtig für den weiteren Verlauf ist, dass sowohl die Mutter als auch ihre Familie verstehen, dass es sich hier um eine *Erkrankung*

handelt und nicht etwa um die Folge eines Versagens als Mutter.

Eine *Psychotherapie* sollte möglichst rasch begonnen werden. Sie sollte zu Beginn sehr supportiv sein und beratende Elemente beinhalten. Bewältigungsstrategien zum Umgang mit der Krankheit und mit der (neuen) Mutterrolle sollten besprochen und eingeübt werden. Die Bedeutung von Ruhe und Erholung für die Mutter – inklusive des ausreichenden Nachtschlafs – sollte betont werden, auch dem Partner und der Familie gegenüber. Die Familie sollte über verschiedene Hilfsangebote zur Entlastung der Mutter beraten werden. Oft ist es auch notwendig, Hilfen direkt zu organisieren und Hebamme, Gemeindepflegerin, Sozialarbeiter(in) und verschiedene andere Betreuungsdienste einzubinden.

Im weiteren Verlauf wird oft eine Psychotherapie im engeren Sinne notwendig, wobei im Einzelfall entweder eine eher psychodynamisch orientierte, eine kognitiv-verhaltenstherapeutische oder eine systemische Therapie indiziert sein kann. Manchmal kann auch (zusätzlich) eine Paartherapie erforderlich werden. Stuart und O'Hara [51] entwickelten eine modifizierte Form der IPT (Interpersonelle Psychotherapie), die dem Rollenwechsel der Frau und Partnerproblemen besonders Rechnung trägt. Klier et al. [52] publizierten kürzlich erste positive Ergebnisse einer entsprechend modifizierten IPT-Gruppentherapie.

Appleby [53] konnte die Effektivität einer von ihm entwickelten «kognitiv-behavioralen Beratung» nachweisen. Sie enthält verschiedene Elemente wie Beratung über die Kinderbetreuung, Bestätigung über die Elternfähigkeiten, Ermutigung zu genussvollen Aktivitäten, Beratung über die Nutzung diverser praktischer Hilfemöglichkeiten usw.

Wir selbst [54, 55] hatten positive Ergebnisse mit einem «Gruppentherapiekurs für Mütter mit depressiven Störungen». Dieser Gruppentherapiekurs wurde von uns speziell für Mütter kleiner Kinder entwickelt und basiert auf Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen unter Einbeziehung auch psycho-educativer Ansätze und systemischer Interventionen, so dass von einem integrativen Gruppentherapiemodell gesprochen werden kann. Dieser Gruppentherapiekurs ist also nicht nur störungsspezifisch, sondern gleichzeitig auch geschlechtsspezifisch und themenzentriert. Inhaltlich liegt dem Konzept das multifaktorielle Entstehungsmodell der Depression unter spezieller Berücksichtigung des Kontextes Mutterschaft zugrunde. Typische, mit der Rolle als Mutter assoziierte Belastungssituationen

werden analysiert, alternative Beurteilungs-, Bewertungs- und Bewältigungsmöglichkeiten werden besprochen und geübt. Themen sind neben Stressbewältigung und Entspannung auch der Aufbau positiver Aktivitäten, Hilfesuchen, Beziehung zum Kind, Paarbeziehung und Elternrolle. Der Partner wird in einem begleitenden Paargespräch einbezogen.

In einer psychodynamisch orientierten Psychotherapie können die vielfältigen Konflikte, die oft durch das Mutterwerden aktualisiert werden, bearbeitet werden. Häufig geht es hier um eine ambivalent erlebte Mutterrolle, wobei mit Ambivalenz aber keineswegs das alte Vorurteil gemeint ist, dass diese Mutter womöglich «in Wirklichkeit ihr Kind nicht wollte». Vielmehr ist damit die häufig beobachtete Ambivalenz angesprochen, die durch den oft einschneidenden Rollenwechsel der Frau in Zusammenhang mit dem ersten oder oft auch erst dem zweiten Kind ausgelöst wird: Plötzlich verliert die Frau ihre Autonomie – ein Wert, der in unserer Gesellschaft eine hohe Bedeutung hat. Oft gibt sie ihre Berufstätigkeit auf und verliert damit auch die (finanzielle) Unabhängigkeit, ihre Kontakte, ihre Anerkennung. Sie muss ihre Rolle(n) ganz neu definieren, was in unserer Zeit des schnellen gesellschaftlichen Umbruchs zu erheblichen inneren Konflikten führen kann. So widersprechen die alten Rollenideale der sich selbst aufopfernden Mutter, mit denen noch viele Mütter erzogen wurden, den neuen Ich-Idealen der emanzipierten Frau zum Teil diametral. Die Bearbeitung und individuelle Lösung dieser Konflikte kann sehr entlastend sein. Oft geht es auch um eine faktische Überbelastung durch die multiplen Rollen als Mutter, Partnerin, Hausfrau, Berufstätige und die damit häufig einhergehende Erschöpfung. Wichtige Themen können schliesslich Partnerschaftskonflikte, die Beziehung zur eigenen Mutter oder die Reaktualisierung eigener Kindheitskonflikte u.v.m. sein. Empirische Studien zu psychodynamisch orientierten Psychotherapien bei Müttern kleiner Kinder wurden bisher leider nicht publiziert.

Zum Wohle des Kindes und der Mutter sollte von Anfang an auf die Etablierung einer guten *Mutter-Kind-Beziehung* geachtet werden, etwa durch Förderung entspannter Mutter-Kind-Kontakte, gegebenenfalls auch durch zeitweise Entlastung von der Säuglingspflege, durch praktische Anleitung und Hilfe oder durch Mutter-Kind-Spieltherapie. Wie Glover [56] nachweisen konnte, kann auch Babymassage die Mutter-Kind-Beziehung signifikant verbessern. Eine definitive Trennung von Mutter und Kind sollte möglichst vermieden werden, es sei denn, es bestünde un-

mittelbare Gefahr, etwa durch Vernachlässigung, Misshandlung oder gar Infantizid.

In Anbetracht der bei postpartalen Depressionen oft besonders nachhaltig gestörten Paarbeziehung [13] kann auch die Einbeziehung des *Partners* in die Therapie hilfreich sein.

Eine zusätzliche *medikamentöse* Behandlung mit Antidepressiva ist meist zu empfehlen, insbesondere wenn es sich um eine schwere Depression handelt. In diesem Falle sollte die Mutter bezüglich Abstillen beraten werden, da alle Psychopharmaka in die Muttermilch übertreten. Zum Teil werden während des Stillens auch bestimmte Trizyklika wie Nortrilen oder in neuerer Zeit eher SSRI empfohlen, wobei für eine solche Empfehlung aber noch keine gute Datengrundlage vorhanden ist. Die Serumspiegel beim gestillten Säugling sind zwar häufig sehr niedrig. So konnte gezeigt werden, dass beim Stillen der Säugling nur Bruchteile desjenigen Serumspiegels aufweist, den zum Beispiel das Ungeborene bei einer medikamentösen Behandlung von Schwangeren erreicht. Aber die Effekte auch niedriger Serumspiegel – etwa im Hinblick auf eine mögliche Entwicklungsstörung des zentralen Nervensystems – sind nicht sicher auszuschliessen. Methodisch zuverlässige Studien zu diesem Thema fehlen leider. So konnten Burt et al. [57] in einer umfassenden Literaturrecherche von 1955 bis 2001 keine einzige *kontrollierte* Studie zur Sicherheit von Psychopharmaka beim Stillen finden. Insbesondere gibt es auch keine randomisierten kontrollierten *Langzeit*beobachtungen an grösseren Populationen. Ähnliches gilt für andere Psychopharmakagruppen wie Neuroleptika und Tranquilizer.

Im Einzelfall sollte eine sehr gute Aufklärung der Mutter erfolgen. Vor- und Nachteile sollten mit ihr diskutiert und gegeneinander abgewogen werden. Wenn eine Mutter – trotz Aufklärung – zu stillen wünscht, so sind Pharmaka vorzuziehen, die einen geringen Serumspiegel beim Säugling erreichen. Medikamenteneinnahmezeiten können so geplant werden, dass das Stillen in Zeiten mit hohen mütterlichen Serumspiegeln vermieden wird. Zum Teil wird eine abendliche Medikamenteneinnahme nach dem letzten Stillen empfohlen [50]. Wichtig ist, den Säugling im Hinblick auf Nebenwirkungen – vor allem bezüglich der auch bei Erwachsenen bekannten Nebenwirkungen – gezielt und engmaschig zu überwachen [57].

Gerade bei *schweren* Depressionen sollte nach allgemeiner derzeitiger Lehrmeinung wegen des Stillens aber auf keinen Fall auf Psychopharmaka verzichtet werden, da die Folgen der Depression für Mutter und Kind im allgemeinen als sehr viel

schwerwiegender betrachtet werden als die potentiellen Folgen von Psychopharmaka.

Erste Arbeiten weisen auf einen therapeutischen Nutzen von zusätzlichen Östrogengaben hin. So konnten Gregoire et al. [58] durch die Anwendung von Östrogenpflastern über 6 Monate zusätzlich zu Antidepressiva in einer doppelblinden, plazebokontrollierten Studie an insgesamt 61 Patientinnen mit einer Major Depression, die innerhalb von 3 Monaten nach der Geburt aufgetreten war, eine signifikant schnellere und deutlichere Besserung erreichen als bei der Kontrollgruppe ohne adjuvante Östrogen-Therapie. Ahokas et al. [59] gaben in 2 Fällen mit nachgewiesenem Östrogenmangel sublingual Östrogene. Beide Patientinnen waren nach 2 Wochen remittiert. In einer Folgestudie [60] konnten sie bei 23 Frauen mit postpartaler Depression, die alle ein Östrogendefizit aufwiesen, eine rasche, signifikante Besserung der Symptomatik innerhalb von 14 Tagen durch sublinguale Gabe von Estradiol erreichen.

Sichel et al. [61] haben auch einen präventiven Effekt von Östrogengaben bei gefährdeten Frauen zeigen können. Auch unter Östrogen-Therapie wird aber im allgemeinen zum Abstillen geraten.

Zu beachten ist schliesslich eine mögliche Mitverursachung der Depression durch eine therapiebedürftige Schilddrüsenunterfunktion bei einer Subgruppe von Frauen [62].

Auch nicht-pharmakologische Behandlungsmethoden sollten – gerade wenn Frauen weiterstillen wollen – stärkere Beachtung finden. So gibt es auch erste erfolgversprechende Resultate mit Lichttherapie [63].

Welche Versorgungsangebote werden benötigt?

Leichtere Depressionen können ambulant behandelt werden. Bei schwereren Formen und insbesondere wenn das Risiko eines Suizids besteht, ist eine stationäre Aufnahme meist unumgänglich. Die Trennung vom Kind wird von der Mutter allerdings oft nur schwer verkraftet, erzeugt zusätzliche Schuldgefühle und erschwert den Aufbau einer guten Mutter-Kind-Beziehung noch zusätzlich. Aus diesem Grund gibt es inzwischen an einigen psychiatrischen Krankenhäusern spezielle Mutter-Kind-Abteilungen, in denen das Kind zusammen mit der Mutter aufgenommen werden kann. Eine Vorreiterfunktion hat dabei Grossbritannien gehabt [64], in den letzten Jahren wurden aber auch in den deutschsprachigen Ländern einige solche Angebote eröffnet. Allerdings besteht bei solchen Spezialeinrichtungen, wenn sie ein sehr grosses

Einzugsgebiet versorgen, die Gefahr der Ausgrenzung des Vaters. Auf die Vater-Kind-Beziehung ist aber gerade bei einer depressionsgefährdeten Mutter allergrösster Wert zu legen. Stationäre Versorgungsangebote, die auch die Väter zumindest teilweise einbeziehen – etwa in Form von Übernachtungsmöglichkeiten –, gibt es nur ganz vereinzelt.

Eine Alternative ist der Aufbau einer gemeindenahen, niederschweligen Mutter-Kind-Behandlungsmöglichkeit in einer psychiatrischen Abteilung am Allgemeinspital (Basler Modell). Die Einbindung ins Allgemeinspital hat den Vorteil der höheren Akzeptanz aufgrund der im Vergleich zu einer psychiatrischen Klinik geringeren Stigmatisierung. Auch bietet sich bei kleinen Abteilungen die Möglichkeit, den Vater stärker einzubeziehen als dies bei grossen Abteilungen mit entsprechend grossem Einzugsgebiet und grossen Entfernungen möglich ist.

Wichtig ist das spezielle Behandlungskonzept, das für Mütter mit postpartaler Depression zusätzlich zum üblichen Angebot einer psychiatrischen Station auch Entlastung bei der Betreuung des Kindes umfassen sollte sowie Anleitung zur Babypflege und gegebenenfalls Babymassage, Paargespräche, Beratung des Vaters und der Angehörigen als auch bei Bedarf Mutter-Kind-Spieltherapie etwa in Zusammenarbeit mit einem kinderpsychiatrischen Konsiliarius. Von grösster Bedeutung ist, dass durch solche Angebote die Trennung der Mutter vom Kind vermieden wird, die Mutter aber soweit von der Kinderbetreuung entlastet wird, wie sie dies benötigt, um dann in entspannten Situationen eine gute Beziehung zu ihrem Kind aufbauen bzw. pflegen zu können.

Unabdingbar für eine sinnvolle Behandlungskette wäre auch die Einrichtung von Tageskliniken und Tagesstätten für Mütter oder Eltern mit ihren Kindern. Auch diese sind leider erst in den anglo-amerikanischen Ländern im Aufbau begriffen [65]. Sie erlauben nicht nur eine möglichst rasche Entlassung aus der stationären Behandlung zurück zur Familie, sondern neben der Weiterbehandlung auch ein anhaltendes Training der Eltern-Funktionen – ein bisher stark vernachlässigtes Gebiet der deutschsprachigen Psychiatrie, die sich der Unterstützung psychisch kranker Eltern in ihrer Elternrolle bisher generell viel zu wenig angenommen hat.

Eingebettet sein sollte ein solches stationäres und teilstationäres Angebot in ein breitgefächertes *ambulantes* und gemeindenahes Angebot. Zielgruppen sollten dabei nicht nur (werdende) Mütter mit aktuellen psychischen Erkrankungen, sondern auch solche mit psychischen Erkrankun-

gen in der Vorgeschichte oder einer familiären Belastung sein. Neben einer Spezialsprechstunde für Mütter und ihre Partner sollte das Angebot verschiedene integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote umfassen mit Einzelpsychotherapie, Paar- und Familientherapie sowie sozialarbeiterischen Hilfen und bei Bedarf Hausbesuchen durch speziell geschulte Psychiatriepflegekräfte. Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Kinderpsychiatern, Hebammen, Pädiatern, Gynäkologen, Hausärzten usw. ist dabei unbedingt anzustreben.

Schlussbemerkungen

Auch wenn es sich bei der postpartalen Depression um keine spezifische Krankheitsentität handelt, so sind doch die diagnostischen und therapeutischen Anforderungen, die eine Depression in der frühen Mutterschaft an uns stellt, sehr spezifisch. Diese Tatsache wurde erfreulicherweise in den letzten Jahren auch in der deutschsprachigen Psychiatrie zunehmend zur Kenntnis genommen.

Trotzdem bleiben depressive Erkrankungen in der Postpartalzeit häufig unerkannt und unbehandelt [33, 34]. Nach wie vor sind die betroffenen Mütter besonders stigmatisiert. Nach wie vor bestehen eklatante Versorgungsmängel für sie, ihre Neugeborenen und ihre Familien. Dies steht in krassem Gegensatz dazu, dass depressive Erkrankungen gerade in der Postpartalzeit besonders schwerwiegende und gravierende Folgen haben können.

Literatur

- 1 Brockington I. *Motherhood and Mental Health*. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press; 1996.
- 2 O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:37–54.
- 3 Riecher-Rössler A. Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 1997;65:97–107.
- 4 O'Hara MW. Post-partum "blues", depression, and psychosis: a review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1987;7:205–27.
- 5 Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T, Hanusa BH. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *J Clin Psychiatry* 1999;60:176–80.
- 6 Jennings KD, Ross S, Popper S, Elmore M. Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *J Affect Disord* 1999;54:21–8.
- 7 Kumar RC. "Anybody's child": severe disorders of mother-to-infant bonding. *Br J Psychiatry* 1997;171:175–81.

- 8 Brockington I. Die Psychiatrie der Mutterschaft: eine komplexe Herausforderung an die psychiatrischen Dienste. In: Riecher-Rössler A, Rohde A, Hrsg. *Psychische Erkrankungen bei Frauen – Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie*. Basel: Karger; 2001. S. 15–24.
- 9 Cox JL, Holden HM. Appendix: Translations of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. In: Cox JL, Holden JM, editors. *Perinatal Psychiatry: uses and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell; 1994. p. 248–70.
- 10 Robins LN, Regier DA, editors. *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiological Catchment Area Study*. New York: The Free Press; 1991.
- 11 Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8–19.
- 12 Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, John U. Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. *Nervenarzt* 2000;71:515–42.
- 13 O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol* 1990;99:3–15.
- 14 Ballard CG, Davis R, Cullen PC, Mohan RN, Dean C. Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *Br J Psychiatry* 1994;164:782–8.
- 15 Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993;163:27–31.
- 16 Beck CT. Meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res* 1996;45:297–303.
- 17 O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:569–73.
- 18 Cutrona CE. Social support and stress in the transition to parenthood. *J Abnorm Psychol* 1984;93:378–90.
- 19 Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, Biringer A, Carroll JC, Stewart DE. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *CMAJ* 1996;154:785–99.
- 20 Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984;144:35–47.
- 21 Watson JP, Elliott SA, Rugg AJ, Brough DI. Psychiatric disorders in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatry* 1984;144:462.
- 22 Misri S, Kostaras X, Fox D, Kostaras D. The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Can J Psychiatry* 2000;45:554–8.
- 23 Leathers SJ, Kelley MA, Richman JA. Postpartum depressive symptomatology in new mothers and fathers: parenting, work, and support. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:129–39.
- 24 Steiner M, Fairman M, Doyle W. Mood disorders with postpartum onset: a family study. Abstract presented at the XIXth CINP Congress, Washington, DC. *Neuropsychopharmacology* 1994;10:176S.
- 25 Riecher-Rössler A. Geschlechtsunterschiede bei Schizophrenien und mögliche therapeutische Implikationen. In: Riecher-Rössler A, Rohde A, Hrsg. *Psychische Erkrankungen bei Frauen – Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie*. Basel: Karger; 2001. S. 73–91.
- 26 Ahokas A, Aito M, Turtiainen S. Association between oestradiol and puerperal psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:167–70.
- 27 Braendle W, Breckwoldt M, Kuhl H, Riecher-Rössler A, Rohde A, Rütter E. Sexualhormone und Psyche – Ergebnisse des 2. Interdisziplinären Frankfurter Gesprächs zur Kontrazeption. *Frauenarzt* 2001;42:154–60.
- 28 Stahl SM. Basic psychopharmacology of antidepressants, part 2: estrogen as an adjunct to antidepressant treatment. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 4):15–24.
- 29 Stahl SM. Effects of estrogen on the central nervous system. *J Clin Psychiatry* 2001;62:317–8.
- 30 Fink G, Sumner BEH. Estrogen and mental state. *Nature* 1996;383:306.
- 31 Fink G, Sumner BEH, Rosie R, Grace O, Quinn JP. Estrogen control of central neurotransmission: effect on mood, mental state, and memory. *Cell Mol Neurobiol* 1996;16:325–44.
- 32 Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2000;157:924–30.
- 33 MacArthur. What does postpartum care do for women's health? *Lancet* 1999;353:343–4.
- 34 Parry BL. Postpartum psychiatric syndromes. In: Kaplan HI, Sadock B, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vol. 1. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1995. p. 1059–66.
- 35 Cooper PJ, Murray L. The treatment and prevention of postpartum depression and associated disturbances in child development [abstract]. *Archives of Women's Mental Health* 2001;3(Suppl 2):5.
- 36 McIntosh J. Postpartum depression: women's help-seeking behaviour and perceptions of cause. *J Adv Nurs* 1993;18:178–84.
- 37 Murray L. Postpartum depression and child development. *Psychol Med* 1997;27:253–60.
- 38 Pawlby SJ, Hay DF, Sharp DJ. The effects of postnatal depression on the development of boys [abstract]. *Archives of Women's Mental Health* 2001;3(Suppl 2):5.
- 39 Murray L, Cooper, PJ. Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child* 1997;77:99–101.
- 40 Cooper PJ, Murray L. The impact of postnatal depression on infant development: a treatment trial. In: Murray L, Cooper PJ, editors. *Postpartum Depression and Child Development*. New York: Guilford Press; 1996.
- 41 Gissler M, Hemminki E, Lonnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987–94: register linkage study. *Br Med J* 1996;313:1431–4.
- 42 Appleby L. Suicidal behaviour in childbearing women. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:107–15.
- 43 Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB. Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *Br J Psychiatry* 1998;173:209–11.

- 44 Brockington IF, Cox-Roper A. The nosology of puerperal mental illness. In: Kumar R, Brockington IF, editors. *Motherhood and Mental Illness II: causes and consequences*. London, Boston: Wright; 1988.
- 45 Rohde A. Suizid und Infantizid bei postpartalen psychischen Störungen. *Psycho* 1998;24:612.
- 46 Cox JL, Rooney A, Thomas PF, Wrate RW. How accurately do mothers recall postnatal depression? Further data from a 3-year follow-up study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1984;3:185–9.
- 47 Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry* 1995;166:191–5.
- 48 Wisner KL, Wheeler SB. Prevention of recurrent postpartum major depression. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:1191–6.
- 49 Milgrom J. Mother-infant interactions in postpartum depression: an early intervention program. *Aust J Adv Nurs* 1994;11:29–38.
- 50 Steiner M. Perinatal mood disorders: position paper. *Psychopharmacol Bull* 1998;34:301–6.
- 51 Stuart S, O'Hara MW. Treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:75.
- 52 Klier CM, Muzik M, Rosenblum KL, Lenz G. Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression. *J Psychother Pract Res* 2001;10:124–31.
- 53 Appleby L. Treatment of postnatal depression [abstract]. *Archives of Women's Mental Health* 2001;3(Suppl 2):27.
- 54 Hofecker Fallahpour M, Riecher-Rössler A, Wüsten G, Zinkernagel C, Stieglitz RD. Gruppentherapie für depressive Mütter. In: Riecher-Rössler A, Rohde A, Hrsg. *Psychische Erkrankungen bei Frauen – Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie*. Basel: Karger; 2001. S. 307–20.
- 55 Riecher-Rössler A, Hofecker Fallahpour M. Postpartum depression – do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatr Scand*. In press 2003.
- 56 Glover V. Benefits of infant massage for mother–infant interaction in mothers with postnatal depression [abstract]. *Archives of Women's Mental Health* 2001;3(Suppl 2):27.
- 57 Burt VK, Suri R, Altshuler L, Stowe Z, Hendrick VC, Muntean E. The use of psychotropic medications during breast-feeding. *Am J Psychiatry* 2001;158:1001–9.
- 58 Gregoire AJP, Kumar R, Everitt B, Henderson AF, Studd JWW. Transdermal oestrogen treatment of severe postnatal depression. *Lancet* 1996;347:930–3.
- 59 Ahokas AJ, Turtiainen S, Aito M. Sublingual oestrogen treatment of postnatal depression. *Lancet* 1998;351:109.
- 60 Ahokas A, Kaukoranta J, Wahlbeck K, Aito M. Estrogen deficiency in severe postpartum depression: successful treatment with sublingual physiologic 17 β -estradiol: a preliminary study. *J Clin Psychiatry* 2001;62:332–6.
- 61 Sichel DA, Cohen LS, Robertson LM, Ruttenberg A, Rosenberg JF. Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorders. *Biol Psychiatry* 1995;38:814–8.
- 62 Harris B, Othman S, Davies JA, Weppner GJ, Richards CJ, Newcombe RG, et al. Association between postpartum thyroid dysfunction and thyroid antibodies and depression. *Br Med J* 1992;305:152–6.
- 63 Corral M, Kuan A, Kostaras D. Bright light therapy's effect on postpartum depression [letter to the editor]. *Am J Psychiatry* 2000;157:303–4.
- 64 Margison F, Brockington IF. Psychiatric mother and baby units. In: Kumar R, editor. *Motherhood and Mental Illness*. New York: Grune + Stratton; 1982. p. 223–38.
- 65 Boath EH, Major K, Cox JL. The cost and effectiveness of two alternative approaches to the treatment of postnatal depression [abstract]. *Archives of Women's Mental Health* 2001;3(Suppl 2):2.