

Psychotherapeutische Versorgung von Frauen in Schwangerschaft und Postpartalzeit: Evaluation und Inanspruchnahme

Kerstin Weidner^{1,2}, Michaela Galle^{1,2}, Antje Bittner², Johanna Kunze³, Christina Weber⁴, Ilona Croy², Juliane Junge-Hoffmeister²

Summary

Psychotherapeutic care of women in pregnancy and peripartum: Evaluation and treatment utilization

Objectives: Mothers suffering peripartum mental disorders need specialized, urgent care. However, treatment with fast access is still rare. A specialized consultation was evaluated, and the factors influencing treatment use were analyzed.

Methods: 147 pregnant and postpartum women received a complex anamnesis during initial presentation; 6 months later they were queried about treatment use. Focus was set on socio-demographics, psychopathology, satisfaction, treatment use, and their influencing factors.

Results: Patients were mostly assigned by gynecologists, midwives, and psychotherapists; the patients expressed a high level of satisfaction with the consultation and with the short waiting periods. 78.4 % of the women took advantage of the recommended psychotherapy. Influencing factors were severe psychopathology and mental disorders in their personal history.

Discussion: The consultation would seem to provide a fast access for the purpose of diagnostic, psychoeducation, crisis intervention, and initiation of treatment. High satisfaction and high utilization of the recommended psychotherapy indicate the importance of the consultation, especially in cases of severe mental disorders.

Z Psychosom Med Psychother 63/2017, 176-188

Keywords

Peripartum – Mental Disorders – Supply – Evaluation – Treatment Utilization

Zusammenfassung

Fragestellung: Frauen mit peripartalen psychischen Störungen benötigen eine spezialisierte, kurzfristige Behandlung. Angebote mit schnellem Behandlungszugang sind jedoch rar. Ein spezialisiertes Sprechstundenangebot wurde evaluiert und Einflussfaktoren auf die erfolgreiche Vermittlung in eine Psychotherapie analysiert.

¹ Die Autoren erklären die geteilte Erstautorenschaft.

² Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Medizinische Fakultät, Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden.

³ Celenus Klinik Carolabad, Medizinisches Rehabilitationszentrum für Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik.

⁴ Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Freital.

Methode: 147 schwangere und postpartale Frauen durchliefen bei Erstvorstellung eine umfangreiche Anamnese; sechs Monate später wurde die Psychotherapie-Inanspruchnahme erhoben. Es interessierten Soziodemografie, Psychopathologie, Zufriedenheit, Behandlungsanspruchnahme und deren Einflussfaktoren.

Ergebnisse: Es bestand eine hohe Zufriedenheit mit der Sprechstunde bei kurzen Wartezeiten. Hauptzuweiser waren Gynäkologen, Hebammen und Psychotherapeuten. Eine empfohlene Psychotherapie wurde zu 78,4 % aufgenommen. Einflussfaktoren waren eine schwerere Psychopathologie und psychische Vorerkrankungen.

Diskussion: Die Spezialsprechstunde bietet einen schnellen Zugang mit den Optionen der Diagnosestellung, Psychoedukation, Krisenintervention und Therapieeinleitung. Eine hohe Zufriedenheit und Vermittlungsrate sprechen für eine wichtige Funktion der Spezialsprechstunde als Weichensteller, insbesondere für psychisch schwerer belastete Frauen.

1. Theoretischer Hintergrund

Psychische Erkrankungen treten in der Schwangerschaft in mit anderen Lebensphasen vergleichbarer Inzidenz auf, in der Postpartalzeit häufiger (Vesga-Lopez et al. 2008) und haben oft negative Auswirkungen auf den Schwangerschaftsverlauf, die Geburt, die Mutter-Kind-Bindung und die kindliche Entwicklung (Alder et al. 2007; Reck 2012). Obwohl das Wissen um transgenerationale Auswirkungen mittlerweile gut belegt ist, findet sich nach wie vor eine hohe Unsicherheit hinsichtlich psychotherapeutischer und/oder psychopharmakologischer Optionen beziehungsweise des Settings (Mitnahme des Neugeborenen in die Therapie; Mutter-Kind-Therapie) (Weidner et al. 2010, 2012). Die ambulante Versorgungslandschaft ist in Deutschland wenig flexibel und die Säulen der fachspezifischen Versorgung für den Laien wenig durchschaubar (Kruse et al. 2013). Auf Seiten der betroffenen Frauen ist die Inanspruchnahme professioneller Hilfe während Schwangerschaft und Postpartalzeit signifikant geringer als in anderen Lebensphasen (Le Strat et al. 2011; Vesga-Lopez et al. 2008) und wird am ehesten mit Stigmatisierungsangst oder Angst vor Nebenwirkungen beziehungsweise Wissen um Versorgungsengpässe sowie Organisationsprobleme begründet (Freed et al. 2012). Nur etwa 12 bis 20 % der Depressionen in Schwangerschaft und Postpartalzeit werden identifiziert (Hatton et al. 2007; Johanson et al. 2000). Um dem Versorgungsdefizit zu begegnen, wurde im Dresdner Raum eine sektorenübergreifende multiprofessionelle Behandlung für Frauen und Paare im Kontext von Schwangerschaft und Postpartalzeit etabliert. Neben einem ambulanten Versorgungsnetzwerk wurden auch eine Mutter-Kind-Tagesklinik in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt sowie eine an die Tagesklinik angegliederte ambulante Spezialsprechstunde etabliert und im Modellprojekt „Psychisch gesund für Zwei“ evaluiert. Ein positives Ethikvotum der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden liegt vor.

Mit der vorliegenden Studie wurden diese Spezialsprechstunde, in der sich Frauen mit psychischen Belastungen beziehungsweise Störungen in der Schwangerschaft oder in der Postpartalzeit vorstellten, evaluiert und folgende Fragestellungen untersucht:

1. Welche Frauen suchen die Spezialsprechstunde auf und wie beurteilen sie das Angebot?
2. Wie ist die spätere Inanspruchnahme von Psychotherapie und wovon hängt diese ab?

2. Methoden

Alle Frauen, die sich während der Schwangerschaft oder bis ein Jahr nach der Geburt ihres Kindes in der Spezialsprechstunde vorstellten und die Ausschlusskriterien nicht erfüllten, wurden um Studienteilnahme gebeten. Die Ausschlusskriterien umfassten: unter 18 Jahre alt, keine ausreichenden Deutschkenntnisse, bei postpartalen Frauen sollte das Kind unter 1 Jahr alt sein, Zustand nach Fehl- und Totgeburt, Kinderwunsch als primärer Beratungsanlass, akute psychotische Störung und akute Krisensituation mit Suizidalität (mit unmittelbarer Akutversorgung in Kooperation mit der Psychiatrischen Klinik jedoch aus ethischen Gründen kein Studieneinschluss). Der Probandeneinschluss erfolgte von März 2010 bis Juli 2011 und die Untersuchung umfasste zwei Messzeitpunkte. T0 fand für alle Frauen zum Zeitpunkt des Erstgespräches statt, t1 erfolgte ebenfalls für alle Frauen sechs Monate nach Erstvorstellung. Zu t0 wurden Informationen zu Soziodemografie, Psychopathologie, sozialer Unterstützung, Wartezeit, Zuweisungsmodus, Beziehungserleben im Erstkontakt, aktive Unterstützung durch die Therapeutin (Aushändigung von Adressen, Telefonat mit Weiterbehandler, Terminvereinbarung bei Weiterbehandler), Zufriedenheit mit dem Sprechstundenangebot mittels Vergabe einer Gesamtnote sowie die Zufriedenheit mit den Behandlungsempfehlungen und der Weitervermittlung auf einer vierstufigen Ratingskala (1 = sehr zufrieden, 4 = sehr unzufrieden) erhoben. Als Indikatoren für das Beziehungserleben wurden die Items „Ich fühle mich in den Gesprächen wohl“ und „Ich habe Vertrauen zur behandelnden Person“ (6-stufige Ratingskala, 1 = stimme sehr zu, 6 = stimme überhaupt nicht zu) herangezogen. Zu t1 wurden Probandinnen, denen zu t0 eine ambulante, teil- oder stationäre Psychotherapie empfohlen worden war, zur Psychotherapie-Inanspruchnahme befragt und Einflussfaktoren analysiert.

Das Sprechstundenangebot umfasst eine auf das jeweilige Anliegen angepasste Diagnostik, Problemanalyse, Krisenintervention, Kurzzeittherapie, Psychopharmakotherapie beziehungsweise Vermittlung in weiterführende ambulante oder stationäre Psychotherapieangebote.

2.1. Erhebungsinstrumente

Psychische Störungen wurden mit dem strukturierten klinischen Interview nach DSM-IV für Achse-I-Störungen (SKID-I, Wittchen u. Pfister 1997) standardisiert erhoben, ergänzt um den Einsatz des Brief Symptom Inventory (BSI; Franke 2000) und der Global Assessment of Functioning-Skala (GAF; Saß et al. 2003) zur dimensionalen Erfassung psychischer und somatischer Symptome beziehungsweise des globalen

Funktionsniveaus. Die soziale Unterstützung wurde mit dem Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU, Fydrich et al. 2007) erfasst.

2.2. Stichprobe

Es handelte sich um eine Versorgungs-Stichprobe. 247 Patientinnen nahmen ein Erstgespräch in Anspruch, für 147 Frauen (49 schwanger, 98 postpartal) erfolgte der Studieneinschluss. $N = 38$ willigten nicht in die Studienteilnahme ein, $n = 62$ wurden aufgrund der Erfüllung der Ausschlusskriterien nicht in die Studie aufgenommen. Zu t1 umfasste die Stichprobe 102 Frauen (33 schwanger, 69 postpartal), was einer Teilnehmerquote von 69.4 % entspricht.

2.3. Dropout Analyse

Studienteilnehmerinnen waren häufiger Studentinnen beziehungsweise befanden sich noch in Ausbildung; Studienablehnerinnen ($N = 38$) waren häufiger ohne Ausbildungsabschluss ($\chi^2 = 13.567$, $p = 0.009$) und alleinstehend ($\chi^2 = 7.576$, $p = 0.023$). Frauen, die zu t0 und t1 teilnahmen, waren älter (Teilnahme zu t0 und t1: $MW = 30.5$, $SD = 4.9$, $N = 102$; Teilnahme nur zu t0: $MW = 28.5$, $SD = 5.9$, $N = 45$; $T(145) = 2.128$, $p = 0.035$) und verdienten besser ($U = 888.000$, $p = 0.043$) im Vergleich zu Frauen, die nach t0 ausgeschieden sind. Es lagen keine weiteren systematischen Unterschiede zwischen Teilnehmern und Dropouts vor.

2.4. Statistische Auswertung

Zur Vorhersage der Psychotherapie-Inanspruchnahme wurden univariate binär logistische Regressionen gerechnet. Alle univariat signifikanten Einflussgrößen wurden in einem multiplen logistischen Regressionsmodell geprüft. Weiterführende Analysen zur Überprüfung von Unterschieden zwischen Patientinnen mit und ohne Psychotherapieinanspruchnahme erfolgten mittels exaktem Fisher-Test und t-Test für unabhängige Stichproben. Die Berechnungen erfolgten auf einem Signifikanz-Niveau von 5 % mit SPSS 21.

3. Ergebnisse

3.1. Soziodemographie und psychische Störungen

Alle postpartalen Frauen ($N = 81$) und 77 % ($n = 33$) der Schwangeren erfüllten die Kriterien für irgendeine psychische Störung, wobei depressive und Angststörungen am häufigsten vorlagen (vgl. Abb. 1). Eine rezidivierende depressive Störung war mit 23.7 % ($n = 9$) in der Schwangeren-Stichprobe und 38.3 % ($n = 31$) in der Postpartal-Stichprobe am häufigsten. Eine erste depressive Episode manifestierte sich während der Schwangerschaft bei 18.4 % ($n = 7$) und nach der Geburt bei 21 % ($n = 17$). 39.4 % ($n = 15$) der schwangeren und 40.7 % ($n = 33$) der postpartalen Frauen hatten komorbide psychische Störungen. Psychische Störungen in der Vorgeschichte wiesen 73.7 % ($n = 28$) der schwangeren und 75.3 % ($n = 61$) der postpartalen Patientinnen auf.

Tabelle 1: Soziodemographische Angaben der Stichprobe

	Gesamt (N = 147)		Schwanger (N = 49)		Postpartal (N = 98)	
Variable	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Alter	29.9	5.33	29.5	5.8	30.1	5.1
Schwangerschaftswoche			22.8	8.6	–	–
Postpartalwoche			–	–	14.3	11.6
	n	%	n	%	n	%
Familienstand¹						
alleinstehend	16	11.0	7	14.6	9	9.3
verheiratet/feste Partnerschaft	125	85.6	40	83.3	84	86.6
geschieden, aber mit Partner	5	3.4	1	2.1	4	4.1
verwitwet	0	0	0	0	0	0
Lebenssituation¹						
allein	17	11.6	8	16.7	9	9.3
mit Partner	127	87.0	39	81.3	87	89.7
sonstiges	2	1.4	1	2.1	1	1.0
Schulbildung¹						
kein Abschluss	2	1.5	0	0	2	2.2
Noch in Schule	2	1.5	1	2.2	1	1.1
Hauptschule	10	7.4	4	8.9	6	6.7
Realschule	47	34.6	14	31.1	32	35.6
Abitur	75	55.1	26	57.8	49	54.4
Ausbildung¹						
Auszubildende/Studentin	14	10.0	7	14.9	7	7.5
Lehre	76	54.3	22	46.8	54	58.1
Studium	41	29.3	13	27.7	28	30.1
kein Abschluss	7	5.0	3	6.4	4	4.3
sonstiges	2	1.4	2	4.1	0	0

	Gesamt (N = 147)		Schwanger (N = 49)		Postpartal (N = 98)	
	n	%	n	%	n	%
Nettoeinkommen/Monat¹						
unter 500 EUR – 1.000 EUR	17	14.2	10	24.4	7	8.9
1.000 EUR – 2.000 EUR	46	38.3	14	34.1	32	40.5
2.000 EUR – 2.500 EUR	30	25.0	10	24.4	20	25.3
> 2.500 EUR	27	22.5	7	17.1	20	25.3
Parität						
Erstgebärende	91	61.9	27	55.1	64	65.3
Mehrgebärende	56	38.1	22	44.9	34	34.7
Erwünschtheit der Schwangerschaft						
gewollt und geplant	89	63.1	25	51.0	66	69.5
gewollt aber ungeplant	37	26.2	14	28.6	24	25.3
ungewollt und ungeplant	14	9.9	9	18.4	5	5.2
sonstiges	1	0.7	1	2.0	0	0

Note. ¹durch vereinzelte Missings ergeben die Teilstichproben der markierten Variablen nicht exakt N = 49/N = 98.

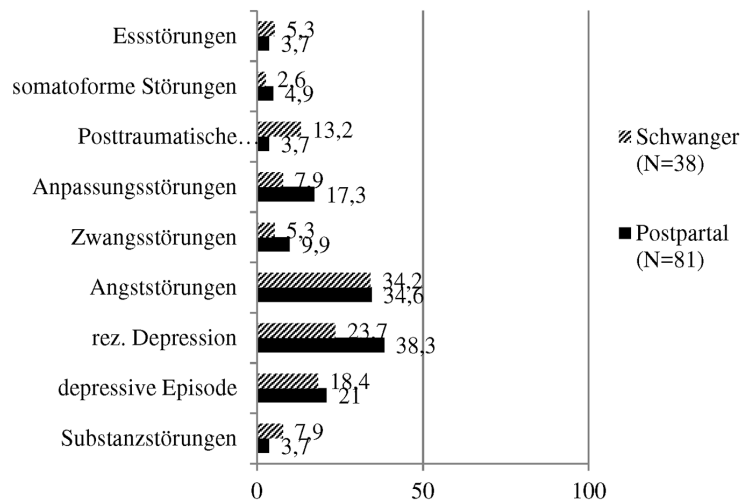


Abbildung 1: Häufigkeiten psychischer Störungen (ICD-10) in %. Posttraumatische = Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)

3.2. Evaluation der Sprechstunde

Die Sprechstunde wurde mit einer Gesamtnote von 1.74 beurteilt (SD = 0.60; Range 1–3, N = 99). 79.4 % (n = 27) der Schwangeren und 82.1 % (n = 55) der postpartalen Frauen waren mit den Behandlungsempfehlungen sehr (52.9 % schwanger, 56.7 % postpartal) oder eher zufrieden (26.5 % schwanger, 25.4 % postpartal). Die Unterstützung bei der Vermittlung in ein weiterführendes Behandlungsangebot wurde von 66.7 % (n = 22) der schwangeren und 63.3 % (n = 43) der postpartalen Patientinnen als sehr zufrieden stellend beurteilt. Hauptzuwieser waren Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Hebammen. 12 % beziehungsweise 15 % der Frauen befanden sich bei Erstvorstellung bereits in psychotherapeutischer Behandlung und stellten sich auf Empfehlung ihrer Psychotherapeuten vor. Die Wartezeit auf einen Ersttermin betrug durchschnittlich zwei Wochen ($MW_{\text{schwanger}} = 2.13$ [SD = 1.60, Range 1–8, Median = 2.00]; $MW_{\text{postpartal}} = 2.09$ [SD = 2.20; Range 1–10, Median = 2.00]).

3.3. Einflussfaktoren auf die Psychotherapieinanspruchnahme

Von 102 (33 schwanger, 69 postpartal) Frauen erhielten 88 (86.3 %; davon 25 schwanger, 63 postpartal) eine Psychotherapie-Empfehlung. 78.4 % (20 schwanger, 49 postpartal) setzten die Empfehlung um. In univariaten logistischen Regressionen ergaben sich das Vorliegen von zwei oder mehr als zwei komorbiden psychischen Störungen (unadjustiertes OR = 12.8, 95 %-KI 1.2–139.2, $p = 0.037$), das Vorliegen psychischer Störungen in der Vorgeschichte (unadjustiertes OR 3.0, 95 %-KI 1.2–7.7, $p = 0.019$), das globale Funktionsniveau zu t0 (unadjustiertes OR 0.9, 95 %-KI 0.8–0.9, $p < 0.001$) und höhere Werte in Zwanghaftigkeit zu t0 (unadjustiertes OR 2.0, 95 %-KI 1.1–3.6, $p = 0.019$) als signifikante Prädiktoren für die Psychotherapieinanspruchnahme. Bei Kontrolle der jeweils anderen Prädiktoren im multivariaten Regressionsmodell blieben das globale Funktionsniveau (adjustiertes OR 0.9, 95 %-KI 0.8–0.9, $p = 0.004$) als signifikanter und das Vorliegen psychischer Störungen in der Vorgeschichte (adjustiertes OR 2.9, 95 %-KI 0.9–8.8, $p = 0.061$) als tendenziell signifikanter Prädiktor mit jeweils eigenständiger Bedeutsamkeit bestehen und klärten zusammen 31.1 % der Varianz auf (Trefferquote von 81.7 %, Nagelkerkes $R^2 = 0.311$, Omnibustest der Modellkoeffizienten $p = 0.001$) (Tabelle 2). Darüber hinaus ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Psychotherapieinanspruchnahme in den Variablen positives Beziehungserleben ($T(74) = 2.2$, $p = 0.029$) und aktive Vermittlung an einen Weiterbehandler durch den Therapeuten (exakter Fisher-Test, $p = 0.033$). Frauen, die bei der Vermittlung an einen potentiellen Weiterbehandler durch direkte telefonische Kontaktaufnahme unterstützt wurden (Psychotherapie ja: n = 15, 23.4 %; Psychotherapie nein: n = 0, 0.0 %) und die ein positiveres Beziehungserleben im Erstgespräch angaben (Psychotherapie ja: $MW = 1.98$, SD = 0.78; Psychotherapie nein: $MW = 2.47$, SD = 0.81), nahmen eher eine Psychotherapie in Anspruch. Nicht mit der Psychotherapie-Inanspruchnahme assoziiert waren: Alter, Familienstand, Schulbildung, Ausbildung, Nettoeinkommen, Erwerbstätigkeit, Parität, Erwünschtheit der Schwangerschaft, Art der F-Diagnose, Psychotherapievor Erfahrung, wahrgenommene soziale Unterstützung und die Zufriedenheit mit den Behandlungsempfehlungen.

Tabelle 2: Unadjustierte und adjustierte Odds Ratios (OR) mit 95%-Konfidenzintervall (KI) für die Psychotherapie-Inanspruchnahme

	Psychotherapie-Inanspruchnahme				univariate log. Regression	multivariate log. Regression
	ja n (%)	nein n (%)	total n (%)	p	unadjustiertes OR (95%-KI)	adjustiertes OR (95%-KI)
Anzahl F-Diagnosen						
keine	1 (25.0)	3 (75.0)	4 (100.0)	0.061	1.0 ⁺	1.0
1	37 (66.1)	19 (33.9)	56 (100.0)	0.138	5.8 (0.6–60.0)	0.4 (0.1–6.6)
≥ 2	34 (81.0)	8 (19.0)	42 (100.0)	0.037	12.8 (1.2–139.2)*	0.5 (0.1–11.1)
Psych. Störungen in Anamnese						
ja	46 (70.8)	12 (44.4)	58 (63.0)		1.0	1.0
nein	19 (29.2)	15 (55.6)	34 (37.0)	0.019	3.0 (1.2–7.7)*	2.9 (0.9–8.8) ⁺
	Psychotherapie-Inanspruchnahme				univariate log. Regression	multivariate log. Regression
	ja	MW (SD) ¹	nein	MW (SD) ¹		p
Globales Funktionsniveau	54.02 (9.03)	59.40 (11.14)		< 0.001	0.9 (0.8–0.9)***	0.9 (0.8–0.9)**
BSI-Skala						
Zwanghaftigkeit	1.60 (0.86)	1.20 (0.82)		0.019	2.0 (1.1–3.6)*	1.1 (0.5–2.2)

Note. ⁺statistisch tendenziell signifikant auf 0.10 Level, *auf 0.05 Level, ***auf 0.001 Level. ¹die Stichprobengröße bezieht sich auf die Berechnung von t-Tests.

4. Diskussion

Bei der Stichprobe handelt es sich um eine selektive Stichprobe von Frauen, die das spezialisierte Behandlungsangebot aufsuchten. Die Studienteilnehmerinnen waren durchschnittlich besser gebildet als die Allgemeinbevölkerung, was in Längsschnittstudien häufig zu beobachten ist und eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse eingrenzt (Bortz u. Döring 1995). 18 % der Schwangeren berichteten eine ungeplante und ungewollte Schwangerschaft. Dieser Ambivalenzkonflikt erfordert eine Anpassungsleistung, welche mit einem hohen psychischen Leidensdruck einhergeht und die Inan-

spruchnahme spezialisierter Beratungs- und Behandlungsangebote erhöht (Rohde, Dorn 2007).

Das Verteilungsspektrum mit im Vordergrund stehenden Depressionen und Angst- beziehungsweise Zwangsstörungen, gefolgt von Anpassungsstörungen, entspricht epidemiologischen Studien in diesen Lebensphasen (Vesga-Lopez et al. 2008; Wisner et al. 2013). Drei Viertel der Patientinnen berichteten frühere psychische Krankheitsepisoden, womit sich auch in unserer Studie die Schwangerschaft als vulnerable Lebensphase bei positiver Eigenanamnese zeigt, die ein sorgfältiges Monitoring psychischer Belastungen wünschenswert macht. Das Erstauftreten einer depressiven Episode war mit 18 % in der Schwangeren- und 21 % in der Postpartalstichprobe bis zu fünfmal höher, als im repräsentativen Bevölkerungsquerschnitt von schwangeren und postpartalen Frauen zu erwarten ist (Reck et al. 2008). Es handelte sich insgesamt um eine belastete Stichprobe mit Versorgungsbedarf. Hebammen und Gynäkologen waren sowohl für Schwangere als auch für Frauen in der Postpartalzeit die Hauptzuwieser, gefolgt von ärztlichen/psychologischen Psychotherapeuten. Hauptfragestellung war die Indikationsprüfung der Aufnahme in die Mutter-Kind-Tagesklinik oder eine Zweitmeinung hinsichtlich geeigneter lebensphasen- beziehungsweise problem- oder symptomspezifischer Behandlungsmethoden. Gerade vor dem Hintergrund von Stigmatisierungsängsten ist ein niedrigschwelliger Zugang zu betroffenen Frauen durch Hebammen und Frauenärzte mit Kenntnis über adäquate Versorgungsangebote und entsprechende Vernetzung wertvoll.

Mit einer Wartezeit von durchschnittlich zwei Wochen und sofortiger Verfügbarkeit von Diagnostik- und Behandlungsangeboten oder Vermittlung in spezialisierte beziehungsweise kurzfristig verfügbare Angebote ist die Sprechstunde den Angeboten der Routineversorgung in Ostdeutschland mit Wartezeiten von durchschnittlich 9,9 Wochen auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch beziehungsweise sogar 14,2 Wochen auf den Beginn einer Psychotherapie (Peikert et al. 2011) klar überlegen. Hiermit wird die Forderung nach einer zeitnahen Behandlung erfüllt und Chronifizierung sowie Symptomverstärkung minimiert beziehungsweise vermieden (Weidner et al. 2010). Auf Patientenseite bestand eine hohe Zufriedenheit mit dem Sprechstundenangebot, das durch seine Kurzfristigkeit unmittelbar entlastend wirkt.

Die in über 85 % der Fälle empfohlene Psychotherapie wurde in etwa drei Viertel der Fälle tatsächlich umgesetzt, am wahrscheinlichsten dann, wenn das Funktionsniveau im Alltag, das heißt postpartal die Versorgung des Säuglings und damit die Rollenübernahme als Mutter, am meisten beeinträchtigt war. Dies war offensichtlich häufiger dann der Fall, wenn die Patientinnen zwanghafte Persönlichkeitsmerkmale zeigten, die mit den gewachsenen Rollenanforderungen möglicherweise interferierten.

Die Gruppe der Patientinnen, die eine Psychotherapie aufnahm, hatte im Durchschnitt mehr Diagnosen und öfter bereits Vorerfahrungen mit einer psychischen Erkrankung (und auch deren Behandlung; hier nicht berichtete Daten der Studie; Weidner et al. 2011). Dies mag für sie die Schwelle für die Inanspruchnahme von

Hilfsangeboten gesenkt haben. Daraus ergeben sich unmittelbare Implikationen für die Notwendigkeit einer adäquaten Aufklärung über peripartale psychische Beschwerden sowie ihre Behandelbarkeit und verfügbare Versorgungsstrukturen im Rahmen der Geburtsvorbereitung und Nachsorge.

Als Hinweis darauf, dass psychisch kranke Frauen in der Peripartalzeit besondere Unterstützung benötigen, muss gewertet werden, dass bei denen, die eine Psychotherapie in Anspruch genommen hatten, häufiger eine direkte Therapieanbahnung (telefonische Kontaktaufnahme) mit dem Weiterbehandler durch den Sprechstunden-Therapeuten stattgefunden hatte. Dies scheint zunächst im Gegensatz zur Beobachtung zu stehen, dass sich intrinsische Psychotherapiemotivation auch in der selbstständigen Erstkontaktaufnahme ausdrückt. Jedoch muss man die spezifische peripartale Situation der Frauen mit Stigmatisierungsangst sowie Belastung durch die Versorgung des Säuglings berücksichtigen. Ebenso hilft ein solcher Kontakt, innerhalb des stetig überlasteten Versorgungssystems Kapazitäten für diese spezielle Patientinnengruppe freizuschalten und das Bewusstsein der Behandler für ihre Bedürfnisse zu schärfen.

Auch die therapeutische Beziehung korrelierte positiv mit der Psychotherapie-Inanspruchnahme. Eine Metaanalyse von fast 400 Therapie-Vergleichsstudien kommt zu dem Ergebnis, dass Hauptwirkfaktor bei einer Psychotherapie die therapeutische Allianz ist, welche die Übereinstimmung von Behandler und Patient innerhalb des „therapeutischen Arbeitsbündnisses“ insbesondere in Hinblick auf die Ziele beschreibt und die Beziehung berücksichtigt (Norcross u. Wampold 2011). Für einen positiven Verlauf ist der frühe Zeitpunkt einer positiven Ausprägung der therapeutischen Allianz entscheidend (Horvath 2011). Damit deutet sich mit der Spezialsprechstunde als erste Anlaufstelle mit Weichenstellerfunktion eine essenzielle Funktion neben der Diagnostik, gegebenenfalls Krisenintervention und Vermittlung an: dem Angebot einer therapeutischen und positiven Beziehung und damit Motivationsaufbau. Der niedrighschwellige Zugang zu solch positiv erlebten Behandlungsangeboten, zum Beispiel auch durch Mund-zu-Mund-Propaganda oder motivierende Vermittlung durch die Zuweiser, kann den besonders geringen Inanspruchnahmequoten von psychotherapeutischen Versorgungsangeboten in der Peripartalzeit entgegenwirken. Das Versorgungsziel, Patientinnen zeitnah in eine Psychotherapie zu vermitteln, kann als sehr zufriedenstellend erfüllt angesehen werden, was sich in der Gegenüberstellung eines objektiv hohen Bedarfs an Psychotherapieplätzen von 86.3 % und einer hohen Vermittlungsrate von 78.4 % zeigt. Diese Compliance-Raten übertreffen die Compliance-Raten anderer Studien für die Inanspruchnahme von Psychotherapie nach Vorstellung in psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanzen (Rumpold et al. 2004; Schweickhardt et al. 2005). Die Ergebnisse sprechen nicht nur für eine erfolgreiche Arbeit und Effektivität der Sprechstunde, sondern insbesondere auch für ein gut funktionierendes regionales Netzwerk von Fachkolleginnen und -kollegen sowie weiteren Professionen.

5. Stärken und Limitationen

Es handelt sich um eine naturalistische Versorgungs- und Evaluationsstudie mit einem longitudinalen Design ohne Kontrollgruppe. Die Stichprobe ist heterogen, unterschiedliche Versorgungspfade können nur begrenzt abgebildet werden. Diese Limitationen sind jedoch bei Therapieverlaufsstudien in unterschiedlichen Designs zu finden (z. B. Altmann et al. 2015; Franz et al. 2015) und damit nicht unüblich.

Die Ergebnisse unserer Untersuchung bestätigen die Sinnhaftigkeit niedrigschwelliger zielgruppenspezifischer Sprechstunden als Weichensteller im komplexen medizinisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem.

Literatur

- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hosli, I., Holzgreve, W. (2007): Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med* 20, 189–209.
- Altmann, U., Steyer, R., Kramer, D., Steffanowski, A., Wittmann, W. W., von Heymann, F., Auch, E., Bruckmayer, E., Pfaffinger, I., Fembacher, A., Strauß, B. (2015): Verlaufsmuster depressiver Störungen bei ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen und deren Vorhersage. *Z Psychosom Med Psychother* 61, 156–172.
- Bortz, J., Döring, N. (1995): Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. 2. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- Franke, G. H. (2000): Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Deutsche Version. Göttingen: Beltz.
- Franz, M., Seidler, D., Jenett, D., Schäfer, R., Wutzler, U., Kämmerer, W., Deters, M. A., Schauenburg, H., Becher-Dortsch, N., Frommhold, K., Keller, W., Gosda, J., Tress, W., Zeller, A., Beutel, M. E., Langenbach, M., Hoffmann, T., Habberger, R., Hartkamp, N. (2015): Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen (STOP-D) – Erste Befunde einer naturalistischen, multizentrischen Wirksamkeitsstudie. *Z Psychosom Med Psychother* 61, 19–35.
- Freed, R. D., Chan, P. T., Dingman Boger, K., Tompson, M. C. (2012): Enhancing maternal depression recognition in health care settings: A review of strategies to improve detection, reduce barriers, and reach mothers in need. *Fam Syst Health* 30, 1–18.
- Fydrich, T., Sommer, G., Brähler, E. (2007): Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Hatton, D. C., Harrison-Hohner, J., Matarazzo, J., Edwards, P., Lewy, A., Davis, L. (2007): Missed antenatal depression among high risk women: a secondary analysis. *Arch Womens Ment Health* 10, 121–123.
- Horvath, A. O. (2011): Alliance in common factor land: a view through the research lens. *RIPP-PO* 14(1), 121–135.
- Johanson, R., Chapman, G., Murray, D., Johnson, I., Cox, J. L. (2000): The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 21, 93–97.
- Kruse, J., Larisch, A., Hofmann, M., Herzog, W. (2013): Ambulante psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland – Versorgungsprofile abgebildet durch

- Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. *Z Psychosom Med Psychother* 59, 254–272.
- Le Strat, Y., Dubertret, C., Le Foll, B. (2011): Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *J Affect Disord* 135, 128–138.
- Norcross, J. C., Wampold, B. E. (2011): Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy* 48, 98–102.
- Peikert, G., Hoyer, J., Mrazek, A., Rosendahl, W., Hannich, H. J., Jacobi, F. (2011): Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland. *Psychotherapeutenjournal* 1, 43–50.
- Reck, C., Struben, K., Steffenelli, U., Backenstrass, M., Reinig, K., Fuchs, T., Sohn, C., Mundt, C. (2008): Prevalence, onset and comorbidity of postpartum depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 118, 459–468.
- Reck, C. (2012): Die Bedeutung postpartaler Depressionen und Angststörungen für die Mutter-Kind-Beziehung. In: Riecher-Rössler, A. (Hg): *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*, 61–68. Basel: Karger.
- Rohde, A., Dorn, A. (2007): *Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie*. Das Lehrbuch. Stuttgart: Schattauer.
- Rumpold, G., Janecke, N., Smrekar, U., Schüßler, G., Doering, S. (2004): Prädiktoren des Überweisungserfolgs einer psychotherapeutischen Klinikambulanz und des späteren Therapieverlaufs. *Z Psychosom Med Psychother* 50, 171–189.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houben, I. (2003): Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen. *DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schweickhardt, A., Leta, R., Bauer, J. (2005): Inanspruchnahme von Psychotherapie in Abhängigkeit von der Psychotherapiemotivation während der Indikationsstellung in einer Klinikambulanz. *Psychother Psychosom Med Psychol* 55, 378–385.
- Vesga-Lopez, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F., Hasin, D. S. (2008): Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiat* 65, 805–815.
- Weidner, K., Bittner, A., Weber, C., Sasse, J., Stöbel-Richter, Y., Junge-Hoffmeister, J. (2010): Psychische Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit, Teil II Behandlungsansätze und Herausforderungen interdisziplinärer Versorgung. *Ärztliche Psychother* 5, 149–155.
- Weidner, K., Galle, M., Bittner, A., Sasse, J., Dekoj, M.-C., Junge-Hoffmeister, J. (2011): Zwischenbericht Modellprojekt „Psychisch Gesund Für ZWEI“ – Wissenschaftliche Begleitevaluation der spezialisierten Beratungs- und Behandlungsangebote für Frauen in Schwangerschaft und früher Mutterschaft des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden. Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik sowie Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Dresden.
- Weidner, K., Junge-Hoffmeister, J., Bittner, A., Coenen, A., Joraschky, P., Galle, M. (2012): Mutter-Kind-Versorgung – Grundlagen und praktische Umsetzung. *Ärztliche Psychother* 7, 161–167.
- Wisner, K. L., Sit, D. K. Y. D., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., Eng, H. F., Luther, J. F., Wisniewski, S. R., Costantino, M. L., Confer, A. L., Moses-Kolko, E. L., Famy, C. S., Hanusa, B. H. (2013): Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA psychiatry* 70, 490–498.
- Wittchen, H.-U., Pfister, H. (1997): *DIA-X-Interviews: Manual für Interview; Interviewheft (Querschnittuntersuchung (DIA-X-12 Monate), Ergänzungsheft (DIA-X-12 Monate), PC-*

Programm zur Durchführung des Interviews, Auswertungsprogramm. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum C. G. Carus, Technische Universität Dresden; Fetscherstr. 74; 01307 Dresden
E-Mail: Kerstin.Weidner@Uniklinikum-dresden.de