

Postpartale Depression und Mutter-Kind-Behandlung

62. Gütersloher Fortbildungstage
20.-22.09.2011

Dr. Luc Turmes
Ärztlicher Direktor

LWL - Klinik Herten
Psychiatrie - Psychotherapie - Psychosomatik



LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



DOSSIER

„Da hauste ein Monster in mir“

Spektakuläre Kindesmorde erschüttern seit Monaten die Republik.
Warum bringen Mütter im Fürsorgestaat Deutschland ihre Kinder um?
Obduktion eines mystifizierten Verbrechens / VON MERLE HILBK

Wie er heftig ins Leben drängte, wie er die winzigen Gliedmaßen bewegte, wie er die Luft in die Lungen einsog – alles deutete darauf hin, dass der Säugling Dominik Westermann* ein gesundes, ein vitales Kind gewesen sein muss. Das bestätigte auch der Gerichtsmediziner, der die Leiche später obduzierte. „Tod durch Erdrosseln“, ist in seinem Bericht zu lesen. Ein grausamer Tod, herbeigeführt von Dominiks eigener Mutter.

Es war an einem Nachmittag im Juli 1996, als die Mutter ein heftiger Schmerz überfiel. Eine Nierenkolik, vermutete Nicole Westermann, damals 21. „Mir geht's nicht gut“, sagte sie zu ihrem Freund, der sie mitgenommen hatte zu diesem Campingwochenende am Nürburgring. Von den Rängen wehten die ersten Jubelrufe herüber, und ein paar Minuten später verließ der Mann mit seinen Freunden den Campingplatz, um den Start nicht zu verpassen. Nicole Westermann blieb allein zurück.

Die Krämpfe wurden schlimmer. Sie lehnte sich zurück

forderte, endlich härter gegen „Mördermütter“ durchzugreifen. Reaktionen, die bei Kindesstötungsprozessen keine Seltenheit sind. So wurde Monika Weimar, die ihre beiden Kinder umgebracht haben soll, von Prozessbeobachtern ebenso der Tod gewünscht wie Ulrike Rössler, die im Frühjahr in Stuttgart vor Gericht stand, weil sie ihr Pflegekind verhungern ließ.

Kaum eine Straftat schürt den Zorn der Bürger mehr als das Verbrechen, das im Volksmund „Kindesmord“ genannt wird, und nach jedem spektakulären Fall wird der Ruf nach Vergeltung lauter. Das Meinungsforschungsinstitut Emnid ermittelte, dass 55 Prozent der Deutschen für Kindesmörder die Todesstrafe wieder einführen wollen.

Manche Bürger wännen sich „von mordenden Müttern umzingelt“, wie es jüngst auf einem Gerichtsflur in Stuttgart hieß. Im Mai berichtete der *Spiegel* von „ewigem Weinen und Jammern“ des verhungerten Pflegekindes der Ulrike Rössler. Im Juni entdeckte *Bild* im sächsischen Mühltröf „die Mutter, die ihre Babys einfro“. Im Juli fragte die *Neue*

Für die Menschen.

Für Westfalen-Lippe.

Prävalenz

Depressive Symptome
während der Schwangerschaft

25 - 35 %

Postpartale Dysphorie
(Baby Blues) („Heultage“)

50 - 85 %

Postpartale Depression

10 - 20 %

Postpartale Angststörung

8 - 18 %

Postpartale PTBS

16-4 %

Postpartale Psychose

0,1 – 0,2 %

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung,
Borderline - Störung

??? %

Bindungsstörungen, stat.
Patientinnen MBU Herten

70 – 80 %

Bindungsstörungen,
Bonding Disorders

7,1 % ???

LWL

Für die Menschen.

Für Westfalen-Lippe.

Psychische Störungen und Erkrankungen in der Postpartalzeit

Art der Störung

Charakteristik

Häufigkeit

postpartaler Blues

Leichte depressive Verstimmung
mit häufigem Weinen und erhöhter
Stimmungs labilität

- tritt in der 1. Woche postpartal auf
- klingt innerhalb von Stunden/Tagen
von selbst wieder ab
- bei 14täg. Persistenz: CAVE PPD !

50 - 85 %

Riecher-Rössler, 1997

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Psychische Störungen und Erkrankungen in der Postpartalzeit

<i>Art der Störung</i>	<i>Charakteristik</i>	<i>Häufigkeit</i>
Postpartale Depression	<ul style="list-style-type: none">- depressive Erkrankung- tritt in den ersten Monaten (-1 Jahr) postpartal auf- erster Häufigkeitsgipfel 3. Monat postpartal !- hält Wochen - Monate und länger an- ist dringend (bei Suizidalität: Stationär !) behandlungsbedürftig	10 - 20 %

Übersicht bei Riecher-Rössler, 1997

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Symptomatik einer perinatalen depressiven Störung

- ***Ein- und Durchschlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen***
- ***Essstörungen, Hyper- und Hypophagie***
- ***Depressive Verstimmung / Reizbarkeit***
- ***Energielosigkeit / Handlungsunfähigkeit***
- ***Gesellschaftliche Abkapselung / Isolation***
- ***Beschwerden über mangelnde soziale Unterstützung***
- ***Missdeutung des kindlichen Verhaltens***
- ***Probleme mit Gedächtnis, Konzentration, kohärentem Denken***
- ***Desorientierung, Verwirrtheit, Angst***
- ***Körpernahe Symptomatik i.S. einer sog. larvierten Depression***
- ***Cave Suizid (immer nachfragen !!!) und Infantizid !***

Psychosoziales Erkrankungsmodell depressiver Störungen bei Frauen

Aktuelle, negative und belastende „Life-events“ führen bei Frauen zu einer depressiven Erkrankung, wenn zumindest 1 von 4 Vulnerabilitätsfaktoren vorliegt:

- ***Drei oder mehr junge Kinder zu Hause***
- ***Keine außerhäusliche Tätigkeit***
- ***Verlust der eigenen Mutter vor dem 11 Lebensjahr***
- ***Mangel an vertrauensvollen Beziehungen***

Brown et al., 1978

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Psychosoziale Risikofaktoren für eine postpartale Depression

Die Geburt eines Kindes ist im Leben einer jeden Frau ein hochsignifikantes „Life - event“ :

- **Über Schwangerschaft, Geburt und Stillen verändert sich ihr Körper und ihr Körperbild (Abschied vom Ideal der Jugendlichkeit)**
- **Sie muss ihre neue Rolle als Mutter lernen (Mutterglück fällt nicht vom Himmel !), diese in ihre früheren Rollen als Partnerin, Berufstätige, Haushälterin etc. integrieren und ihr ureigenstes Mutterschaftskonzept entwickeln**
- **Sie muss sich hohen gesellschaftlichen Anforderungen stellen:**
 - **sie darf keine Rabenmutter sein**
 - **sie muss dem heutigen Erziehungsideal von „Freiheit und Einfühlsamkeit“ der Mami's der Pamperswerbung gerecht werden**
 - **sie hat sich den kindlichen Bedürfnissen unterzuordnen und nun ihre Selbstverwirklichung in der Kindererziehung zu finden**

Psychosoziale Risikofaktoren für eine postpartale Depression

- *Jugendliches (<16 Jahre) oder fortgeschrittenes (>40 Jahre) Alter als Primipara*
- *Instabile, unbefriedigende oder fehlende Partnerschaft (Hochsignifikant !)*
- *Fehlende soziale Unterstützung (Hochsignifikant !)*
- *In der eigenen Kindheit: Fehlende Mütterlichkeit, Deprivation oder sexueller Missbrauch (PPD kann PTBS kaschieren)*

Boyce, 2003

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

„Biologische“ Risikofaktoren für eine postpartale Depression

- *Eine Geburt, die subjektiv als traumatisch erlebt wurde (unabhängig ob Sectio, PDA etc)*
- *Positive Anamnese für Depression oder Angsterkrankung(Hochsignifikant !)*
- *Positive Familienanamnese für Depression oder Angsterkrankung*
- *(Hochsignifikant !)*
- *Schilddrüsendysfunktion, „Östrogensensitivität“ (Substitution ?!),*
- *PMDS in der Anamnese*

Boyce, 2003

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Diagnostisches Screening zur postpartaler Depressionen:

Die Edinburgh Postnatal Depression Rating Scale (EPDS)

- *EPDS (Cox et al., 1987) weltweit erprobt mit hoher Validität und Reliabilität*
- *Einfacher 10 - Fragen - Selbstbewertungsbogen mit Punktwert von 0 - 30 Punkten, der innerhalb von 2 Minuten ausgewertet werden kann*
- *Gute Ergebnisse auf den Subskalen Depressivität, Angst und Suizidalität*
- *Bei einem Score von 10 - 12 Punkten: mäßige Wahrscheinlichkeit für PPD*
- *Bei einem Score von 13 oder mehr Punkten: Hohe Wahrscheinlichkeit für eine postpartale Depression, es sollte ein direkter Kontakt zum Arzt und Überweisung zum Facharzt erfolgen*
- *Sollte 6 Wochen vor der Entbindung und 6 - 12 Wochen nach der Entbindung durchgeführt werden*



Empfehlungen des Referenten zum Umgang mit Neuroleptika, Antidepressiva und Mood-stabilizer in Schwangerschaft und Stillzeit

- Es gibt weder internationale Konsensuskonferenzen noch Guidelines
- Enge Kooperation zwischen Geburtshelfer, Psychiater und Pädiater
- In Schwangerschaft gute Aufklärung (mit „Großfamilie“) und ausführliche Dokumentation
- **Bei postpartalen Psychosen nachdrückliche Empfehlung - auch aus psychodynamischen Gründen - abzustellen!**

CAVE: Neuroleptika - außer Quetiapin und Clozapin - führen zu einer Prolactinerhöhung; Bromocriptin kann Psychosen auslösen oder deren Symptomatik verstärken



Empfehlungen des Referenten zum Umgang mit Neuroleptika, Antidepressiva und Mood-stabilizer in Schwangerschaft und Stillzeit

- **Cave Mood-stabilizer während der Schwangerschaft (Li, Carbamazepin, Valproat), allenfalls Lamotrigen**
- **Postpartum innerhalb von 48 Std. Mood-stabilizer wieder ansetzen, da 50 % (!) der bipolar-affektiven Störungen postpartal exazerbieren**
- **Bei postpartaler Depression und Stillwunsch können SSRI's empfohlen werden (Sertralin: Kinder bis zur Einschulung gut nachuntersucht)**

ABOUT MOTHERISK

Synonymous with "motherhood", Motherisk is an invaluable international resource.

Located within the Division of Clinical Pharmacology and Toxicology at The Hospital for Sick Children, and affiliated with the University of Toronto, Motherisk research is conducted within the largest pediatric campus in the world. In any given year, Motherisk trains physicians from 5 to 7 different countries. Approved by the Royal College of Physicians and Surgeons, in the last 10 years this program has trained more than 60% of all new clinical pharmacologists in Canada. The goals of the program are to improve the rational use of medications in pregnant women and children, and investigate basic mechanisms of drug action and toxicity.

The Motherisk team is an experienced, multidisciplinary team of clinicians, pharmacologists, toxicologists, epidemiologists, addiction specialists, and graduate and postgraduate students.

Ground-breaking research on reproductive risk, hands-on training of new practitioners, and unbiased, post-marketing surveillance of hundreds of drugs and chemicals, have translated into specialized care for thousands of women and their children.

Gideon Koren, MD, FRCPC, ABMT
Director, The Motherisk Program

Motherisk Clients

3M

Abbott Laboratories

Apotex Inc.

Astra Pharma Inc.

Bayer Inc.

Duchesnay Inc.

Eli Lilly

Glaxo Wellcome Inc.

Imperial Oil

Janssen Ortho Inc.

Novartis

Procter & Gamble Inc.

Roche

Whitehall-Robins Inc.

The Motherisk Program

Division of Clinical Pharmacology & Toxicology
The Hospital for Sick Children
555 University Avenue
Toronto, Ontario M5G 1X8
Tel (416) 813-5778
Fax (416) 813-7562
<http://www.motherisk.org>
E-mail: momrisk@sickkids.on.ca

<http://www.motherisk.org>
E-mail: momrisk@sickkids.on.ca

MOTHERISK*

TREATING THE MOTHER-
PROTECTING THE UNBORN

*Controlled, evidence-based
research since 1985*

Fetal Safety
Maternal - Fetal Pharmacokinetics
Pharmacodynamics
Drugs in Breast Feeding
Biological Markers / Analytical Tests
Single and Multi Centre Studies
Health Economics
Quality of Life
Women's Perception of Risk
Follow-up of Child Neurodevelopment

* An official mark of The Hospital for Sick Children,
Toronto Canada

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



PsychPV – Pflege: 145 %
PsychPV – Ärzte/Psycholog: 200 %

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Die Mutter-Kind-Einheit der LWL Klinik Herten

- 8 vollstationäre Behandlungsplätze (0-1 J.)
- 2 tagesklinische Behandlungsplätze
- Spezialambulanz (0-3 J.)
- 18köpfiges Team
- fest strukturierter Wochenplan
- Aufnahmemodalitäten:
 - ambulantes Vorstellungsgespräch
 - Aufnahme der Mutter
 - 3 Tage zeitversetzt Aufnahme des Kindes
(außer bei Stillkindern)



Mutter-Kind-Behandlungseinheit der LWL - Klinik Herten

Behandlungsziele unter dem Aspekt der Kosten-Nutzen-Effektivität:

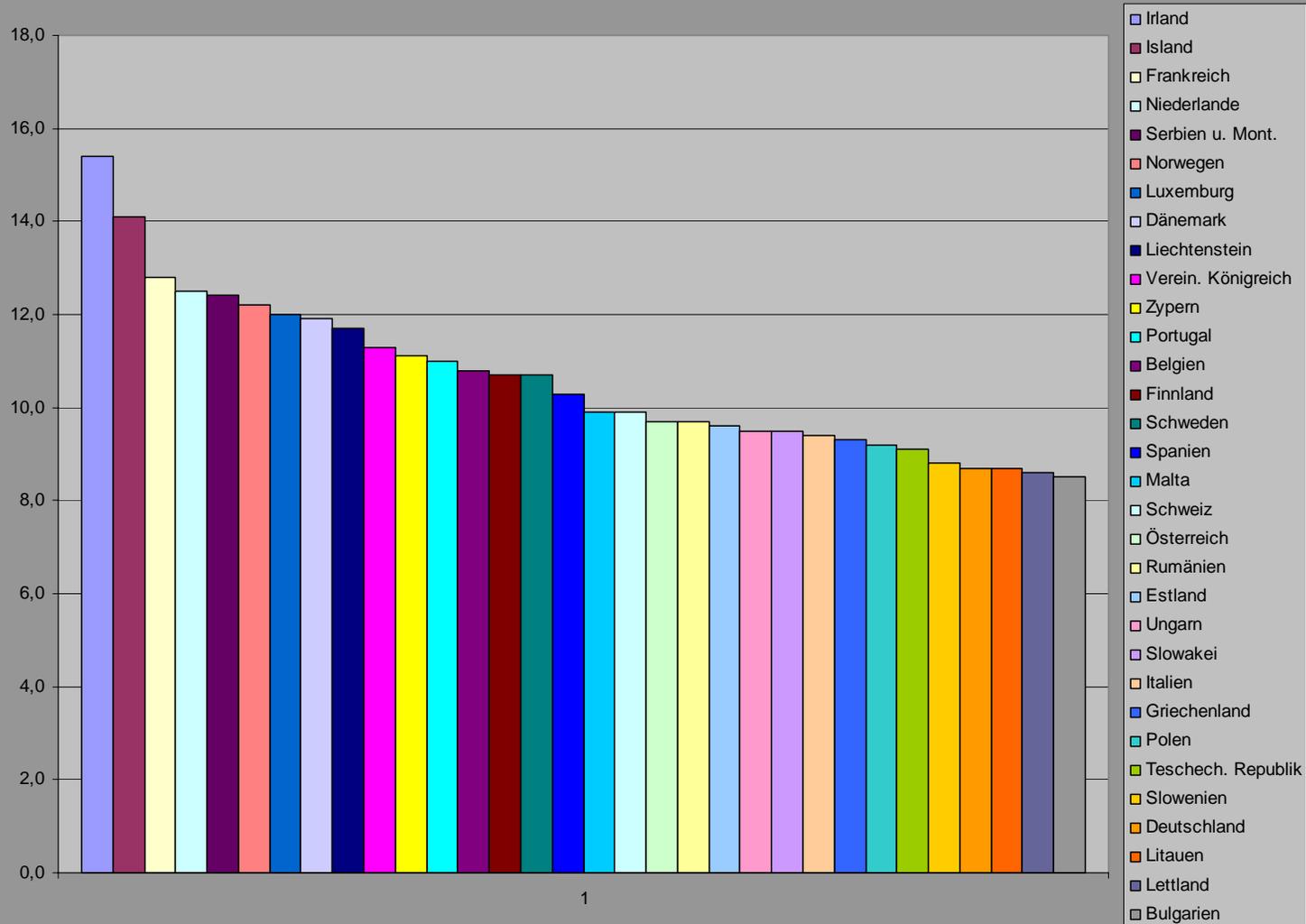
1. Die stationäre Behandlungsdauer von psychisch kranken Wöchnerinnen mit ihren Säuglingen ist kürzer als die stationäre Behandlung von psychisch kranken Wöchnerinnen ohne ihre Säuglinge.
2. Die gemeinsame Mutter-Kind-Behandlung wirkt protektiv hinsichtlich der Mutter-Kind-Beziehung. Entsprechende Folgekosten, die durch die Unterbringung des Säuglings in einer Pflegefamilie oder einem Kinderheim entstehen, entfallen.
3. Es gibt Hinweise, dass die gemeinsame Behandlung von psychisch kranken Wöchnerinnen mit ihren Säuglingen präventiv hinsichtlich einer späteren psychischen Erkrankung des Kindes wirkt.

Turmes, 2000

The logo for LWL (Lippische Westfälische Landesbank) consists of the letters 'LWL' in a bold, blue, sans-serif font.

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Geburtenstatistik in Europa (2002)



Ergebnisse:

- 1985 haben in Großbritannien 50 % aller psychiatrischen Kliniken eine MBU

(Brockington, 1995)

- Bedarfsanalyse für Deutschland ausgehend von englischen Bedarfszahlen

(Lanczik et al, 1997)

- * 80 stationäre Aufnahmen auf eine Million Einwohner
- * 5 stationäre Aufnahmen auf 1.000 Geburten
- * durchschnittliche Auslastung der Bettenkapazität: 96 %
- * mittlere Verweildauer: 44 Tage

➤ Ergibt für die BRD 9,6 Mutter-Kind-Betten auf eine Million Einwohner ≈ 750 stationäre Mutter-Kind-Plätze

➤ 134 stationäre und 23 teilstationäre Plätze = 157 stationäre Mutter-Kind-Plätze sind vorhanden (Bundesweite Erhebung im Mai 2005)

- **Bedarf in der BRD ist nur zu 21 % gesichert !!!**

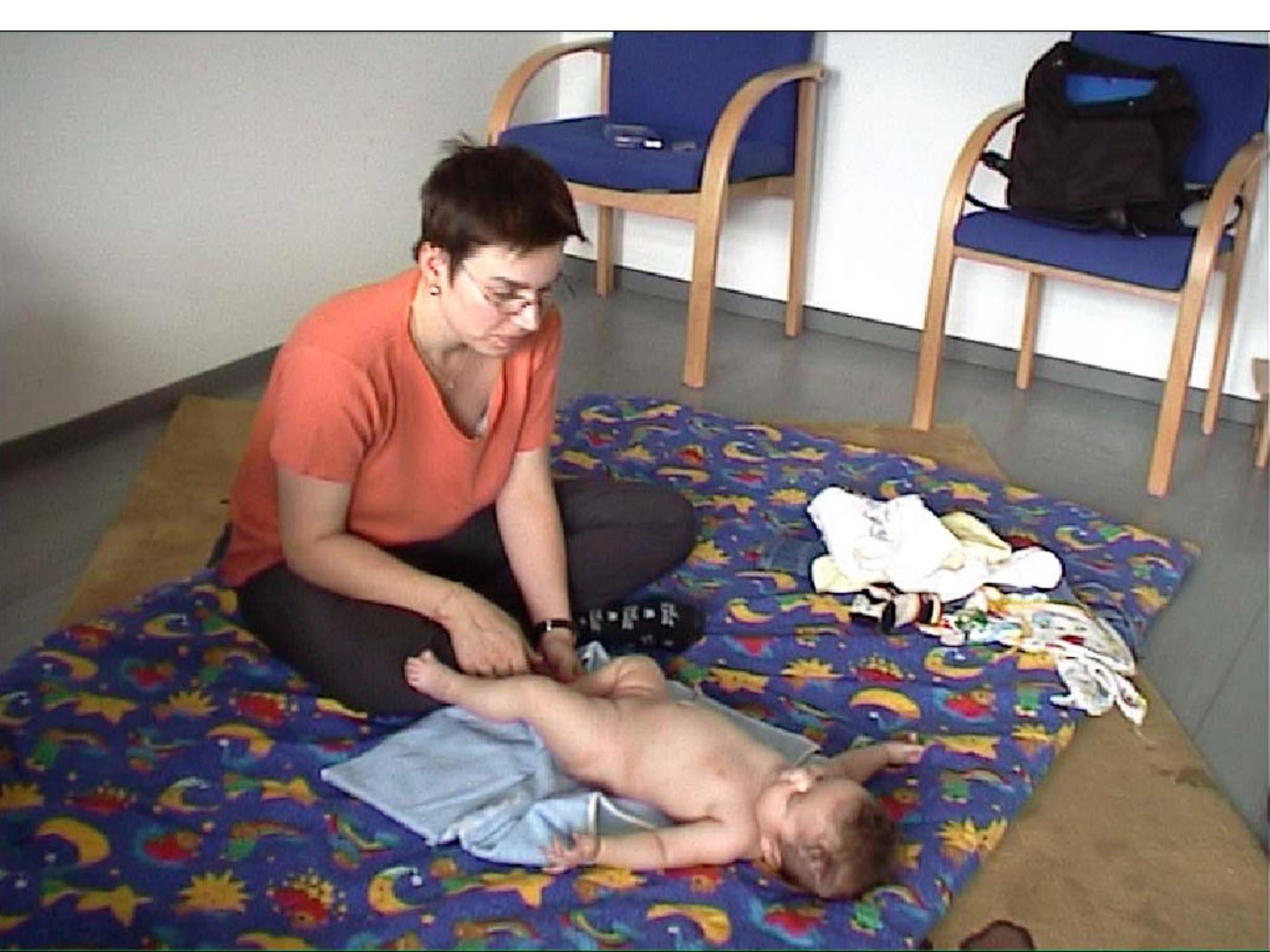
▪ Turmes et al., Nervenarzt Juli 2007

The logo for LWL (Westfälische Lippe) consists of the letters 'LWL' in a bold, blue, sans-serif font.

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Spiegelneurone und Therapie der Bindungsstörung im Postpartum

- **Konzept der Bindungsstörung**
- Bonding – Disorders -
- **Therapie der Bindungsstörung**



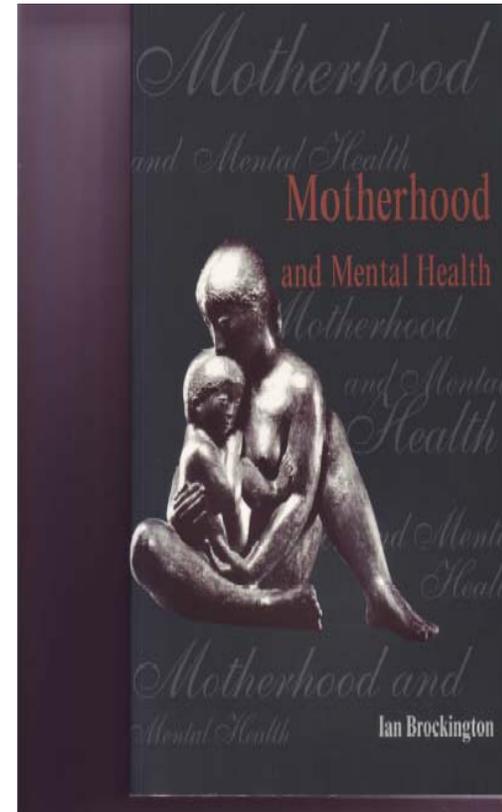






Marcé Gesellschaft

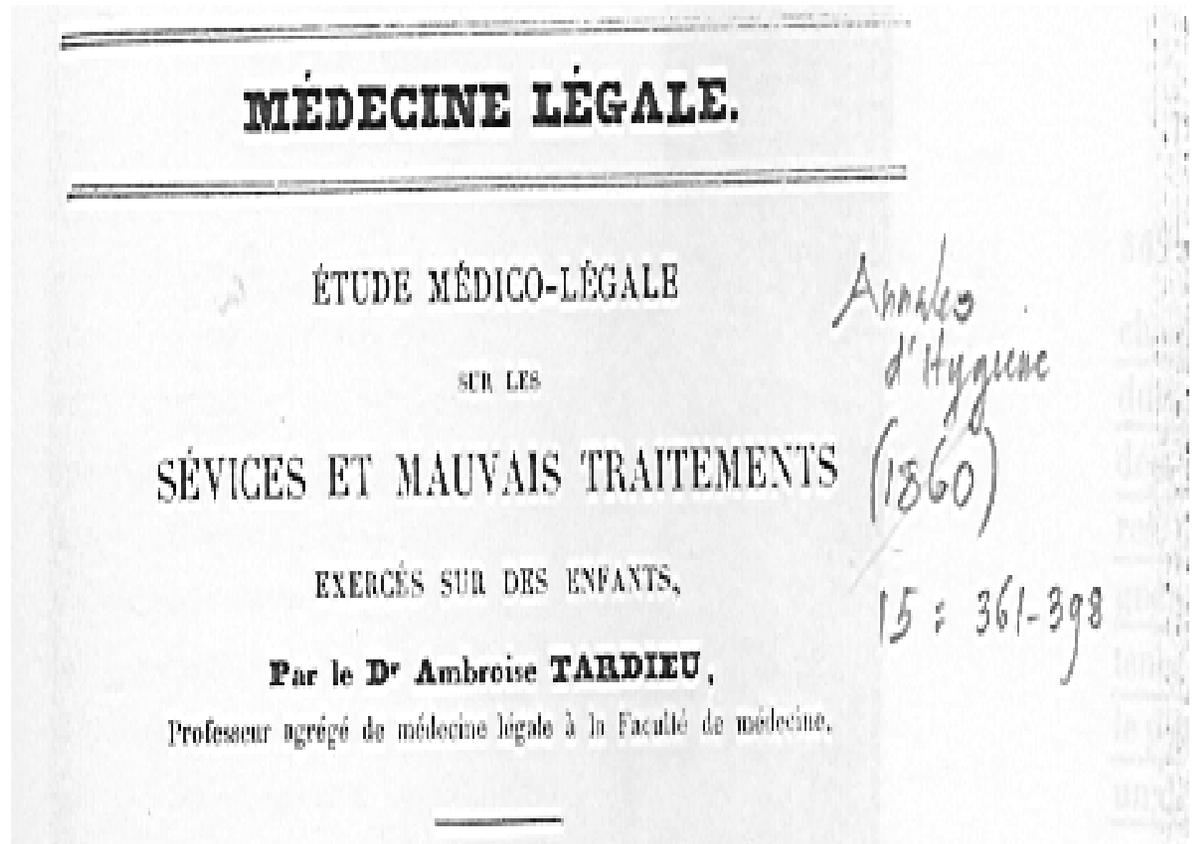
Sektion der
International Marcé Society
for *Psychiatric Disorders of Childbearing*
in den deutschsprachigen Ländern



LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

- **Erstbeschreibung des Kindesmissbrauchs durch TARDIEU (1860)**



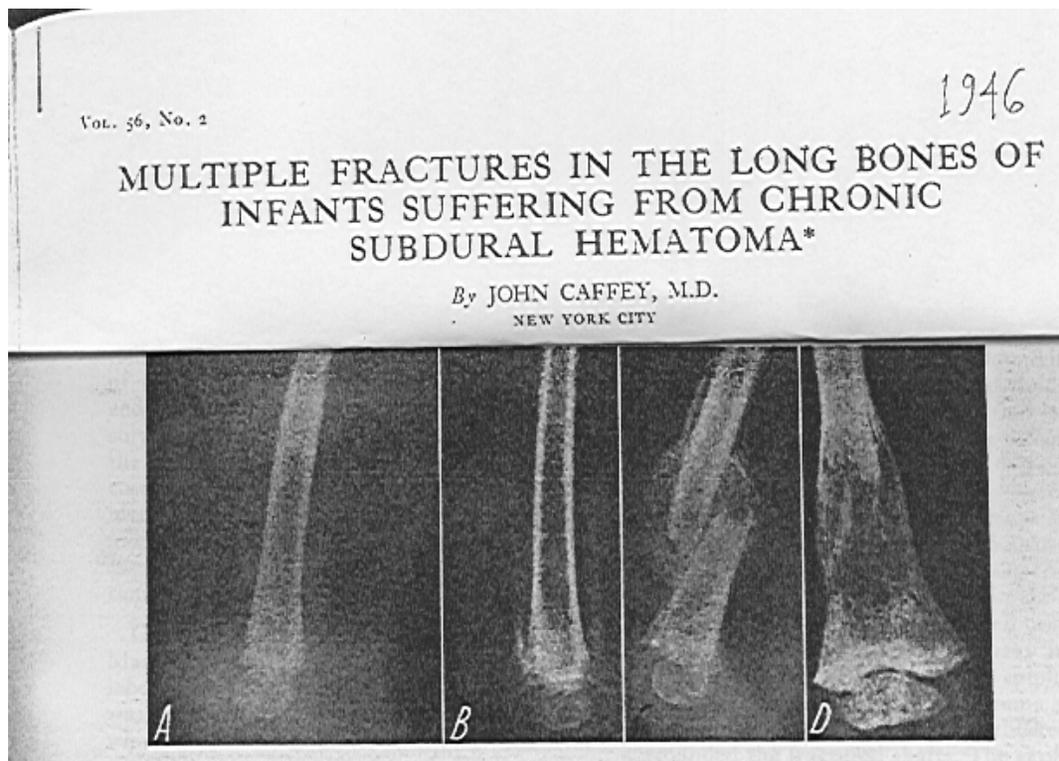
- **Konzept der Misopädie (OPPENHEIM, 1919)**

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Caffey (1946)

Caffey stellt 1946 den Zusammenhang zwischen bilateralem subduralen Hämatom und Frakturen der Röhrenknochen bei Kindern fest



LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Diagnostische Konzeptualisierung der *Bindungsstörungen im Postpartum*

1. *Leichte Störung*
2. *Auf den Säugling fokussierte Ängste (leicht, schwer)*
3. *Pathologischer Ärger (leicht, mittelschwer, schwer)*
4. *Drohende Ablehnung*
5. *Erfolgte Ablehnung*

Diagnoseinstrument zur Bindungsstörung *Parental Bonding Questionnaire (PBQ)*

PBQ: Eltern-Kind-Beziehungsfragebogen (Brockington)

Postpartale Depression

Name _____ Datum _____

Bitte denken Sie an die Zeit mit Ihrem Baby, die am schwierigsten für Sie war. Kreuzen Sie bitte an, wie oft folgende Aussagen für Sie zutreffend waren. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

Skala		Immer	Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie
1	Ich fühle mich meinem Baby nahe						
1	Ich wünsche mir die Zeit zurück, als ich noch kein Baby hatte						
2	Ich fühle mich meinem Baby gegenüber distanziert						
2	Ich kuschle gerne mit meinem Baby						
2	Ich bereue es, dieses Baby zu haben						
1	Das Baby scheint nicht mir zu gehören						
1	Mein Baby regt mich auf						
1	Ich liebe mein Baby über alles						
1	Ich fühle mich glücklich wenn mein Baby lächelt/lacht						
1	Mein Baby irritiert mich						
2	Ich liebe es, mit meinem Baby zu spielen						
1	Mein Baby weint zuviel						
1	Ich fühle mich als Mutter gefangen						
2	Ich bin auf mein Baby böse						
1	Mein Baby ist mir lästig						
1	Mein Baby ist das Schönste auf der ganzen Welt						
1	Ich wünschte, mein Baby würde verschwinden						
4	Ich habe meinem Baby Schaden zugefügt						
3	Mein Baby macht mich ängstlich						
3	Ich fürchte mich vor meinem Baby						
2	Mein Baby macht mich ärgerlich						
3	Ich fühle mich sicher, wenn ich mein Baby wickle						
2	Ich denke die einzige Lösung ist, wenn jemand anders mein Baby betreut						
4	Ich möchte mein Baby verletzen						
3	Mein Baby ist leicht zu beruhigen						

Scale 1.....(12 = high) [12 pink boxes]

Scale 2.....(17 = high) [17 orange boxes]

Scale 3.....(10 = high) [10 purple boxes]

Scale 4.....(3 = high) [3 blue boxes]

© Brockington I
Brockington I F, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Loh C, Murdoch C. A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. Archives of Women's Mental Health, 2001; 3: 133-140.

www.marce-gesellschaft.de

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Häufigkeit der postpartalen Bindungsstörung

(Prävalenz bei stationären MBU-Patientinnen)

1. 22 % (n=163) der Patientinnen der MBU Birmingham zeigten eine Ablehnung des Kindes (Brockington, 1996)
2. 104 Patientinnen der MBU Birmingham und 101 Patientinnen der MBU Christchurch (Brockington et al, 2006)

Erfolgte Ablehnung

21 (10 %)

(Haß, Wunsch das Kind sich selbst zu überlassen, herbeigesehnter Kindsbettod)

Drohende Ablehnung

30 (14 %)

(Aversion und Wunsch einer zeitlich begrenzten Fremdplazierung)

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Häufigkeit der postpartalen Bindungsstörung

(Prävalenz in der Normalpopulation)

1. Hochrechnung basierend auf dem Versorgungsgebiet der MBU Birmingham: (Brockington et al, 2006)

<i>Erfolgte Ablehnung</i>	0,5%
<i>Drohende Ablehnung</i>	1 %

2. Heidelberger Postpartum Studie (Reck et al, 2006)
Longitudinale prospektive Studie, n = 862

<i>Gestörte Bindung</i>	7,1 %
<i>Drohende Ablehnung</i>	0,3 %

Von n=862 → 54 Mütter mit postpart. Depression:

<i>Gestörte Bindung</i>	17 %
--------------------------------	-------------

Probleme und Zukunft des Konzeptes

- Verleugnung der postpartalen Bindungsstörungen
- Verharmlosung: „Postpartale Depression mit gestörter Mutter-Kind-Interaktion“
- Die Diagnose „Bindungsstörung im Postpartum“ kann weder im ICD 10 noch im DSM IV gestellt werden → *ICD11 u. DSM V!!!*
- „Unless mental health professionals recognize that some mothers hate their babies, and make the diagnosis, not only will many mothers not receive appropriate treatment, but mother-infant psychiatry will continue to make almost no contribution to the prevention of child abuse and neglect“ (Brockington, 2007)

Spiegelneurone und Therapie der Bindungsstörung im Postpartum

- **Konzept der Bindungsstörung**
-- Bonding – Disorders --
- **Therapie der Bindungsstörung**

Prävention – Beratung - Therapie

Die Natur rechnet nicht mit
perfekten Eltern.

Sie hat die Kinder mit einer
gewissen Anpassungsfähigkeit und
Krisenfestigkeit ausgestattet.

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Bindungsverhalten

Bindung: Ein beständiges Band der Zuneigung, Nähe zu einer bestimmten Person aufrechtzuerhalten und dies besonders in kritischen Situationen

- A: unsicher vermeidend gebunden
- B: sicher gebunden
- C: unsicher ambivalent
- D: irregulär bindungsgestört

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Feinfühligkeit

Die Fähigkeit, sich von den kindlichen Signalen leiten zu lassen und prompt und angemessen zu reagieren

- Die Wahrnehmung der Verhaltensweise des Säuglings
- Die zutreffende Interpretation seiner Äußerungen
- Die prompte Reaktion darauf
- Die Angemessenheit der Reaktion









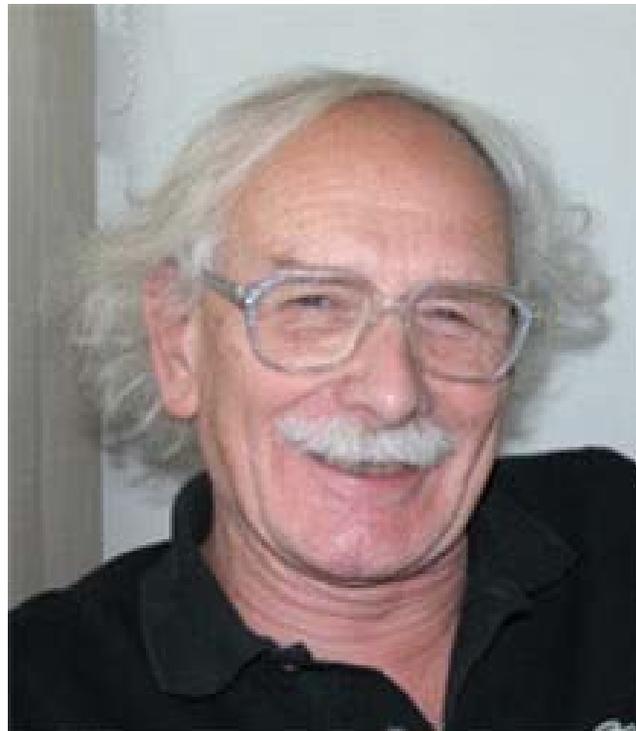


Westfälisches Zentrum
für Psychiatrie und
Psychotherapie

Object Representation in the Ventral Premotor Cortex (Area F5) of the Monkey

AKIRA MURATA,² LUCIANO FADIGA,¹ LEONARDO FOGASSI,¹ VITTORIO GALLESE,¹ VASSILIS RAOS,¹
AND GIACOMO RIZZOLATTI¹

¹*Istituto di Fisiologia Umana, Università di Parma, 43100 Parma, Italy; and* ²*First Department of Physiology, Nihon University School of Medicine, Tokyo 173, Japan*



LWL

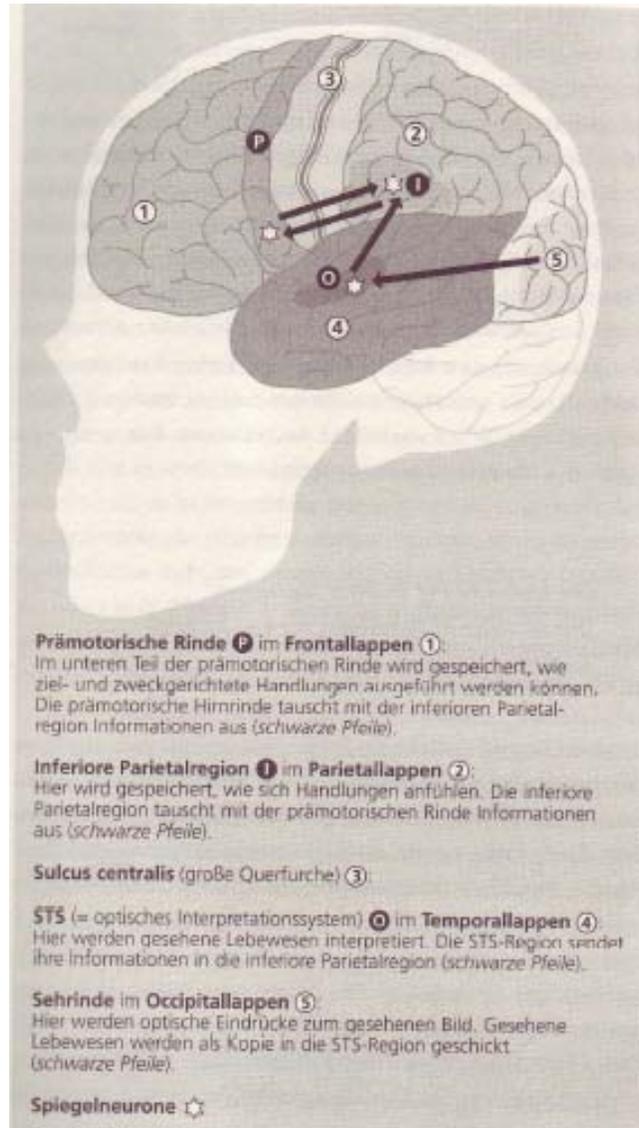
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

HEYNE <

JOACHIM BAUER

Warum ich fühle, was du fühlst

Intuitive Kommunikation
und das Geheimnis
der Spiegelneurone



LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

STATIONSPLAN 1F

Mutter-Kind-Einheit

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8:00	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde
8:00	Blutentnahme/ Frühstück/ Medikamentenausgabe	Frühstück/ Medikamentenausgabe	Frühstück/ Medikamentenausgabe	Blutentnahme/ Frühstück/ Medikamentenausgabe	Frühstück/ Medikamentenausgabe
8:30	8:30 – 9:00 Vollversammlung				9:00 – 9:45 Sport
9:00	9:00 – 10:30 Mutter – Kind – Therapie (I) nach Absprache	9:00 – 10:00 Ergotherapie	Küchenreinigung	9:00 – 10:30 Mutter – Kind – Therapie (I) nach Absprache	9:45 – 10:45 Mutter – Kind - Therapie (I) nach Absprache
9:30	9:30 – 10:30 Spieltherapie (III)		9:30 – 10:15 Konzentrationstraining		
10:30	Stationsvisite		RR /Plus / Gewicht	10:30 Chefarztvisite	10:45 – 12:00 Ergotherapie
11:00		10:30 – 11:30 Entspannungstraining	11:00 Babymassage (IV)	11:30 – 12:00 Konzentrationstraining	
12:00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
14:00	Medikamentenausgabe	13:00 – 15:00 Mutter – Kind – Therapie (I) nach Absprache	Medikamentenausgabe Mutter – Kind Therapie (I) nach Absprache 13:00 – 15:00	Medikamentenausgabe 14:00 Ergotherapie	Medikamentenausgabe
14:30	14:00 – 15:30 Ergotherapie	15:00 – 16:00 Müttergesprächsgruppe (II)			14:15 – 15:00 Müttergesprächsgruppe (II)
15:30 17:00	15:30 – 17:00 Mutter-Kind-Therapie (I) nach Absprache		15:30 – 17:00 Körpertherapie ohne Kind (V)		
17:00					
18:00	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
18:30	Abendrunde		Abendrunde		Abendrunde
20:00	Medikamentenausgabe	Medikamentenausgabe	Medikamentenausgabe	Medikamentenausgabe	Medikamentenausgabe
			Vätergruppe (VI) alle 2 wochen 18:00 – 20:00 Uhr		

Für die Menschen.

Für Westfalen-Lippe.

Postpartale Depression und Mutter-Kind-Behandlung

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Dr. Luc Turmes
Luc.Turmes@wkp-lwl.org

LWL - Klinik Herten
www.psychiatrie-herten.de