

■ ORIGINALBEITRÄGE

Monika Esslinger

Musiktherapie mit Säuglingen im neonatalen Drogenentzug¹

Music Therapy with Infants in Neonatal Drug Withdrawal

Summary

For music therapists working in neonatology, drug-dependent infants and their parents are a growing group. This article summarises the symptoms associated with opiate withdrawal and throws light on the topic of drug dependence and motherhood. Research work on music therapy with drug-withdrawal infants as well as findings on music therapy with preterm infants, development-psychology oriented music therapy and resulting music therapy approaches to the treatment of early interaction disorders form the basis for presentation and discussion – including a case vignette – of how infants in neonatal drug withdrawal can be treated with music therapy alongside the required medication.

Zusammenfassung

Für die Musiktherapie im Bereich der Neonatologie stellen drogenabhängige Säuglinge und ihre Eltern ein zunehmend aktuelles Klientel dar. Im vorliegenden Artikel werden die mit dem Opiat-Entzug bei Säuglingen verbundenen Symptome zusammengefasst, und das Thema Drogenabhängigkeit und Mutterschaft wird beleuchtet. Auf der Grundlage einer Forschungsarbeit zur Musiktherapie mit Drogenentzugs-Säuglingen sowie der Erkenntnisse der Musiktherapie mit Frühgeborenen wird anhand einer Fallvignette dargestellt, wie Säuglinge im neonatalen Drogenentzug begleitend zur medikamentösen Therapie musiktherapeutisch behandelt werden können.

Keywords

Neonatal Drug Withdrawal Syndrome (NDWS) – drug dependence and motherhood – music therapy with preterm infants – evaluation instrument for assessment of relationship quality – active individualised music therapy – involvement of family members

1 Dem Originalbeitrag liegt eine Masterarbeit in Klinischer Musiktherapie an der Zürcher Hochschule der Künste (Berufsbegleitende Ausbildung Musiktherapie [bam]) zugrunde. Die Arbeit wurde mit dem Johannes Th. Eschen-Preis der DMtG 2008 ausgezeichnet. Sie ist in voller Länge bei www.musiktherapie.de einsehbar.

Anna (Name geändert) ist drei Wochen alt. Sie liegt nach ihrer Morgenmahlzeit schläfrig und zufrieden im Arm ihrer Mutter. Die Ruhe ist jedoch von kurzer Dauer – bald wird Anna unruhig und beginnt zu weinen. Sie lehnt die Beruhigungsangebote der Mutter ab, will weder die Trinkflasche noch den Schnuller. Die Mutter berichtet von den Bauchkrämpfen, welche die Tochter öfters stören würden. Anna habe jeweils nur kurze Schlafphasen, sie weine oft und lasse sich kaum beruhigen.

Erneute Versuche der Mutter, der Tochter die Flasche anzubieten, lehnt Anna weiterhin ab und weint jetzt anhaltend. Die Mutter wird ebenfalls zunehmend unruhiger, sie wirkt verunsichert und ratlos und wendet sich hilfeschend an die anwesenden Personen.

Anna wirkt auf den ersten Blick wie ein gesundes Kind. Sie wurde nach einer unproblematisch verlaufenen Schwangerschaft termingerecht und mit normalem Geburtsgewicht geboren. Was Anna von andern Kinder unterscheidet: ihre Mutter konsumiert Methadon, und Anna durchläuft einen Methadon-Entzug. Sie hat durch den Entzug bedingte kurze Schlafphasen, erhöhte Temperatur, erhöhten Muskeltonus und Reflux. Anna ist oft unruhig, weint über lange Zeit und findet kaum zur Ruhe.

Säuglinge mit neonatalem Drogenentzugssyndrom (NDES) stellen ein Klientel dar, zu dessen musiktherapeutischer Behandlung es zum Zeitpunkt der Verfassung meiner Masterarbeit im deutschsprachigen Raum noch kaum Fachliteratur gab. Dass dieses Thema in der Musiktherapie jedoch von aktueller Brisanz ist, zeigt allein die Tatsache, dass in den Jahren 2006–2007 in Australien, Österreich und der Schweiz unabhängig voneinander drei Arbeiten zu diesem Thema verfasst worden sind (Calabro, 2006; Esslinger, 2007; Schrage-Leitner, 2007). Weltweit konsumieren 10.7% der schwangeren Frauen illegale Drogen. In den Abteilungen für Neonatologie der Universitäts-Frauenkliniken in Basel, Bern und Zürich werden jährlich je zwischen 15 und 20 Kinder opiatabhängiger Mütter geboren (Lustenberger u. Ansaldi, 2002; Nelle, 2003).

Im Rahmen der hier vorgestellten Masterarbeit bin ich meinen Fragen aus dem klinischen Alltag mit Säuglingen im neonatalen Drogenentzug nachgegangen: Können Behandlungskonzepte für Musiktherapie mit Frühgeborenen auf Musiktherapie mit Säuglingen im neonatalen Drogenentzug adaptiert werden, und welchen Stellenwert hat Musiktherapie in der Behandlung von Säuglingen im Drogenentzug? Dabei ging ich von den Hypothesen aus, dass

- Musiktherapie dem Säugling bei der Bewältigung der Entzugssymptome helfen kann.
- Musiktherapie geeignet ist, um den Beziehungsaufbau zwischen Eltern und Säuglingen mit neonatalem Drogenentzugssyndrom zu unterstützen.

Wie die Umsetzung musiktherapeutischer Ansätze für Frühgeborene in der praktischen Arbeit mit Säuglingen im neonatalen Drogenentzug aussehen kann, wird mittels einer Fallvignette aufgezeigt. Der Fokus wird dabei auf die Veränderun-

gen bezüglich der Entzugssymptome sowie auf die Beziehungs- und Interaktionsebene zwischen Eltern und Kind gerichtet.

Drogenabhängigkeit und Mutterschaft

Eine Droge ist ein Psychotropikum (von griechisch ψυχή = Seele und τρόπος = Richtung) und damit eine die Psyche des Menschen beeinflussende Substanz, durch deren Konsum über das zentrale Nervensystem das subjektive Befinden beeinflusst wird, indem Stimmung, Gefühle und Wahrnehmung verändert werden (Bundesamt für Gesundheitswesen BAG, 2006).

Im ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der Weltgesundheitsorganisation [WHO] werden stoffgebundene Krankheiten als »psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen« aufgeführt. Drogenabhängige sind demnach Personen, bei denen sich als Folge des Konsums psychotroper Substanzen ein »Abhängigkeitsyndrom« entwickelt hat (ICD-10 F1x.2). Beim »Entzugssyndrom« (ICD10 F10.3 und F10.4) handelt es sich um eine Gruppe von Symptomen unterschiedlicher Zusammensetzung und Schwere nach Entzug einer psychotropen Substanz, die anhaltend konsumiert worden ist. Beginn und Verlauf des Entzugssyndroms sind zeitlich begrenzt und abhängig von der Substanzart und der Dosis, die unmittelbar vor der Beendigung oder Reduktion des Konsums verwendet worden ist. Typischerweise bessern sich die Entzugssymptome durch die erneute Zufuhr der Substanz. Ein Entzugssyndrom darf dann diagnostiziert werden, wenn das Erscheinungsbild so schwer ist, dass es eine besondere medizinische Behandlung erfordert (Dilling et al. 2005).

»Drogenabhängigkeit und Mutterschaft« ist ein emotionsgeladenes Thema. Drogen konsumierende Schwangere passen nicht in die gesellschaftlichen Erwartungen an eine werdende Mutter. Schwangere Frauen sollen gesund leben, Verantwortung übernehmen und ihre Interessen auf das Wohl des Kindes ausrichten. Die Aussage einer opiatabhängigen Mutter bringt dies deutlich zum Ausdruck: »Weißt du, sobald ich mich in der Nähe der Drogenszene befand, merkte ich, wie die Leute mich schräg anschauten. Vor allem wenn sie sahen, dass ich schwanger war. Dabei habe ich während der Schwangerschaft gar nicht Heroin konsumiert, sondern nur Methadon. Aber das interessierte sie nicht, Hauptsache, sie können dich verachten« (Interviewpartnerin zit. in Lustenberger u. Ansaldo, 2002, 73).

Kinder drogenabhängiger Mütter sind häufig Wunschkinder. Mit der Mutterschaft verbindet sich für viele Frauen der Wunsch nach einer Neuorientierung und die Hoffnung, aus der Drogenabhängigkeit aussteigen zu können. Der hohe innere wie äussere Erwartungsdruck kann drogenabhängige Schwangere jedoch überfordern. Weitere Belastungen wie Gewalterfahrungen, Gesundheitsprobleme, psychiatrische Komplikationen, schlechte Wohnverhältnisse, instabile bzw. fehlende soziale Beziehungen oder ökonomische Schwierigkeiten können dazu beitragen, die materiellen und psychischen Belastungen erneut mit psy-

chotropen Substanzen zu bewältigen. Der Drogenkonsum ist dann die bekannte Bewältigungsstrategie, um die Gefühle der Überforderung aushalten zu können. Danach tauchen Scham- und Schuldgefühle auf – ein schwer zu durchbrechender Kreislauf. Die Auswirkungen einer intrauterinen Drogenexposition auf den Fetus sind abhängig von der Art und Menge der von der Mutter während der Schwangerschaft konsumierten Substanzen, dem Zeitpunkt des mütterlichen Konsums und dem mütterlichen und kindlichen Stoffwechsel. Psychotrope Substanzen erreichen den Fetus über die Plazenta. Als Folge des mütterlichen Drogenkonsums finden sich während der Schwangerschaft erhöhte Inzidenz von Komplikationen wie Aborte, intrauterine Wachstumsretardierung, Frühgeburtlichkeit und Infektionserkrankungen. Es kann jedoch nicht von kausalen Ursache-Wirkungsketten ausgegangen werden. Die Risiken für Mutter und Kind bestehen im Wesentlichen durch den Mehrfachkonsum, fehlende Schwangerschaftsvorsorge und durch ein Nichterkennen oder Nichtbehandeln der mütterlichen Erkrankungen (Lustenberger u. Ansaldi, 2002; Nelle, 2003; Vogt u. Winkler, 1996).

Entzugssymptome bei Säuglingen

Wenn mit der Geburt die Drogenzufuhr über die Plazenta aussetzt, kann dies beim Neugeborenen zu Entzugerscheinungen führen, bekannt als neonatales Drogenentzugssyndrom (NDES) oder auch neonatales Abstinenzsyndrom (NAS), was bei 60-92% der Neugeborenen opioidabhängiger Mütter beobachtet wird (Martinetz u. Terhaer, 2005; Nelle, 2003; Up to Date, 2007). Die Anzeichen des NDES treten in der Regel zwischen 24 und 72 Stunden nach der Geburt auf. Die Symptomatik bei Methadonentzug tritt meist später, gelegentlich erst nach mehr als vier Wochen nach der Geburt auf. Die Symptome des NDES werden bei Finnegan (1991) in vier Gruppen gegliedert:

- neurologische Symptome wie lautes hohes Schreien, kurze Schlafphasen, Zittern, erhöhter Muskeltonus, Hautabschürfungen, Schlafmyoklonien (rasche, unwillkürliche Muskelzuckungen) und Krampfanfälle;
- vegetative Symptome wie Schwitzen, erhöhte Temperatur, häufiges Gähnen, marmorierte Haut,
- gastrointestinale Symptome wie übermässiges Saugen, Trinkschwäche, Reflux, Erbrechen, dünner oder wässriger Stuhl;
- das Atmungssystem betreffende Symptome wie fliessende/verstopfte Nase und Niesen; Tachypnoe (gesteigerte Atemfrequenz), Dispnoe (Atemnot) und Apnoe (Atemstillstand).

Stärke und Ausprägung der kindlichen Entzugssymptomatik werden mittels eines Drogenentzugs-Scoring zwei bis dreimal täglich erfasst. Schwache Symptome werden möglichst durch eine unterstützende Pflege gemildert, schwere Entzugssymptome bedürfen einer medikamentösen Therapie. Damit können die Symptome jedoch lediglich gemildert werden, sie verhindern aber nicht den Ent-

zug. Ziel ist die Minimierung des kindlichen Entzugsstressors durch Herbeiführen eines normalen Schlaf-Wachrhythmus, die Verbesserung der Nahrungsaufnahme und die Unterdrückung des Zitterns und der Reizbarkeit. Die Medikation ist je nach Klinik unterschiedlich. Viele Kinderkliniken verabreichen als Substitutionspräparat eine Morphin/ml-Lösung oral. Morphin wirkt schmerzlindernd und beruhigend. Die medikamentöse Therapie dauert – abhängig von der Art und Dosierung des mütterlichen Konsums und der Schwere des neonatalen Entzugs – durchschnittlich vier bis zehn Wochen. Bei Säuglingen von Müttern im Methadonprogramm sind die Entzugssymptome besonders heftig und langanhaltend (Herret, 2003; Martinetz u. Terhaer, 2005; Nelle, 2003; Rudin, 1994).

Um die Belastung des Säuglings so gering wie möglich zu halten, ist die Zusammenarbeit zwischen allen zuständigen Fachbereichen wichtig, denn die Betreuung und Führung von Eltern mit Drogenkonsum oder Substitutionsprogrammen gestaltet sich häufig schwierig. Unterstützung und Interventionen bereits während der Pränatalzeit können den weiteren Verlauf des Entzugs und den Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung jedoch günstig beeinflussen (Hasler et al., 2001). Entsprechende Modelle dazu gibt es mittlerweile an verschiedenen Kinderkliniken.

Bei der Pflege von Kindern mit neonatalen Entzugssymptomen ist die Reizabschirmung im Zimmer wichtig. Es gilt herauszufinden, wie das jeweilige Kind beruhigt werden kann, was durch die räumlichen Gegebenheiten und den pflegerischen Alltag auf der Station hohe Anforderungen an alle Beteiligten stellt. Einige Kinder reagieren gut auf Körperkontakt und Wärme und werden gerne im Tragetuch herumgetragen. Sie brauchen viel Zärtlichkeit zur Linderung ihrer Schmerzen und bevorzugen Körpernähe, Kuschelstellungen und Schaukelbewegungen. Die Mütter dieser Kinder werden darin angeleitet und bestärkt, möglichst viel direkten Hautkontakt mit ihrem Kind zu halten. Manche Kinder aber reagieren auf Berührung mit Ablehnung, das heißt mit verstärkter Unruhe. Für die Mütter dieser Kinder ist es oft schwer zu akzeptieren, dass ihr Kind in Ruhe gelassen werden möchte (Martinez u. Terhaer, 2005).

Beziehungsaufbau zwischen Mutter/Eltern und Kind

Für Neugeborene mit neonatalem Drogenentzugssyndrom ergibt sich durch die Entzugssymptome und durch die sich daraus ergebende Versorgung auf der Intensivstation, verbunden mit der Trennung von der Mutter, eine mehrfache Beeinträchtigung. Bei den Müttern ruft der Zustand ihres Kindes oftmals heftige Schuldgefühle und eine starke Überforderung hervor. Aus den Untersuchungen von Kaltenbach u. Finnegan (1988) über den Einfluss des neonatalen Drogenentzugssyndroms auf die Mutter-Kind-Interaktion ist bekannt, dass bei diesen Säuglingen die Fähigkeiten zum aufmerksamen Blickkontakt und zur sozialen Interaktion ungenügend entwickelt ist. In Kombination mit einem durch die Drogenabhängigkeit belasteten Elternverhalten könnte angenommen werden, dass Säuglinge mit neonatalem Drogenentzugssyndrom ein unsicheres oder des-

organisiertes Bindungsverhalten entwickeln. In der Diskussion ihres Forschungsberichtes stellen Kaltenbach u. Finnegan allerdings die provokative Frage, ob die begrenzte Fähigkeit des Kindes zur Interaktion direkt mit den Begleiterscheinungen des neonatalen Drogenentzugssyndroms in Verbindung gebracht werden kann, oder Resultat der Pharmakotherapie ist. Die Auswirkungen der Pharmakotherapie müssten demnach kritisch auf diesen Aspekt hin untersucht werden.

Das Erreichen der Übereinstimmung im Austausch zwischen Mutter/Eltern und Kind ist unter den Umständen des neonatalen Drogenentzugssyndroms bei Säuglingen und ihren drogenabhängigen Müttern/Eltern besonders schwierig. Damit die Mutter/Eltern das »Nicht-Reagieren« ihres Kindes nicht als Ablehnung empfinden, ist Hilfe und Unterstützung nötig, denn Schwierigkeiten in der Interaktion mit dem Kind beeinflussen die Gefühle der Mutter/Eltern im Vertrauen auf die eigenen elterlichen Fähigkeiten. Folglich sind alle Interventionen zu unterstützen, welche diese Beziehung fördern (Hasler et al, 2001; Kaltenbach u. Finnegan, 1988; Lugt u. Steinhausen, 2000).

Musiktherapie mit Säuglingen im neonatalen Drogenentzug

Mit dem Ziel, für die musiktherapeutische Arbeit mit Säuglingen im neonatalen Drogenentzug ein Repertoire an Interventionsmöglichkeiten zu erhalten, werden in der hier vorgestellten Masterarbeit (Esslinger, 2007) Forschungsbeiträge und Ansätze der Musiktherapie mit Frühgeborenen gesichtet und zusammengefasst. Auch die entwicklungspsychologisch orientierte Musiktherapie wird einbezogen, und die daraus hervorgehenden musiktherapeutischen Ansätze zur Behandlung früher Interaktionsstörungen.

Auf diese musiktherapeutischen Ansätze und die ihnen zugrunde liegenden Theorien über die pränatale Entwicklung und Wahrnehmung, die Erkenntnisse aus der Säuglingsforschung, der Bindungstheorie, der Entwicklungspsychologie, der Neurobiologie und der auf den Grundlagen der Säuglingsforschung aufbauenden Musiktherapie wird in diesem Artikel nicht näher eingegangen. Darüber wurde in der MU bereits mehrfach publiziert. Speziell erwähnt sei dazu auch der Artikel von Haslbeck in dieser Ausgabe.

Mit der Masterarbeit von Calabro (2006) lag die erste musiktherapeutische Forschung zum Thema »Music Therapy for Infants with Neonatal Abstinence Syndrom« vor. Calabro untersuchte 26 Säuglinge mit NAS bezüglich der Wirkung von zwei verschiedenen musiktherapeutischen Interventionen. In der Untersuchung wurde von den Hypothesen ausgegangen, dass die Säuglinge der Versuchsgruppe einen kürzeren Klinikaufenthalt, raschere Gewichtszunahme, kürzere Dauer der medikamentösen Therapie, tiefere Entzugsscores und mehr Elternbesuche hätten.

Die in vier Gruppen unterteilten Säuglinge mit der Diagnose NAS und einem minimalen Gestationsalter von 28 Wochen erhielten neben der medizinischen und pflegerischen Betreuung

- beruhigende aufgenommene Musik (Sedative Recorded Music, SRM)
- Multimodale Stimulation (MMS)
- beides, SRM und MMS
- keine Musiktherapie

Die Sedative Recorded Music (»Music for Dreaming« (MDCD001) wurde von einer eigens auf jedes Kind abgestimmten CD für die Kinder abgespielt. Die Toleranz der Säuglinge für die Dauer der abgespielten Musik wurde mittels vorgegebener Kriterien ermittelt. Beobachtet wurden Herzfrequenz, Atmungsfrequenz, Sauerstoffsättigung und Verhaltensweise der Säuglinge. Die Dauer der Musik betrug je nach Toleranz des einzelnen Kindes zwischen 5 und 30 Minuten und wurde alle drei Wochen erneut bewertet und festgelegt. Die Musik wurde nach jeder Mahlzeit und nach Bedarf bei Unruhe des Kindes oder nach medizinischen Eingriffen abgespielt.

Die Multimodale Stimulation (MMS) ist ein von Shoemark (1998) entwickeltes Stimulationsprogramm. Es reicht von der Kontaktaufnahme mit Blick und Stimme über kindgerichtetes Singen (Auswahl aus drei der Familie bekannten Schlafliedern) bis hin zu sanftem Wiegen und Streicheln/Massage nach festgelegtem Ablauf. Calabro empfiehlt die umgekehrte Reihenfolge des Ablaufs, wenn das Kind aufgeregt ist oder Schmerzen hat. Durch Wiegen, über der Schulter Tragen und rhythmisches Bewegen wird das Kind langsam beruhigt.

Die Resultate der Studie zeigten auf, dass keine der aufgestellten Hypothesen gestützt werden konnte. Die positiven Auswirkungen von beruhigender Musik und multimodaler Stimulation auf Gewichtszunahme, Dauer des Klinikaufenthaltes und Verbesserung der Verhaltensweisen der Säuglinge, wie sie aus musiktherapeutischen Forschungen mit Frühgeborenen bekannt sind, scheinen bei Säuglingen mit NAS nicht zum Tragen zu kommen. Calabro kommt zu dem Schluss, dass die Interventionen an sich richtig, jedoch zu wenig oft eingesetzt wurden. Noch mehr als andere Frühgeborene brauchen Säuglinge mit NAS beruhigende oder interaktive Interventionen, welche sie während schmerzvollen Krämpfen, unterbrochenem oder ungenügendem Schlaf und unruhigen Wachzuständen unterstützen. Aufgrund der Beobachtung im klinischen Alltag (ausserhalb der Forschung) schließt Calabro, dass eine häufigere Anwendung dieser Intervention einen beachtlicheren Gewinn für den Säugling zur Folge hätte. Deshalb sollte die multimodale Stimulation nicht wie in der Studie durchgeführt 2-3mal wöchentlich, sondern mehrmals täglich angeboten werden.

Die ausbleibenden signifikanten Resultate der beruhigenden Musik führt Calabro darauf zurück, dass die Musik von den Säuglingen in Unruhezuständen ignoriert oder übertönt wurde. Calabro vermutet, dass die Intensität der Musik bei unruhigen und verzweifelt weinenden Kindern angepasst werden müsste. Musik mit einem kräftigeren Rhythmus und definiertem Puls hätte die Kinder in ihrer Unruhe eher erreicht. Calabro empfiehlt jedoch Life-Musik als die beste Möglichkeit, da sie optimal auf das Kind abgestimmt werden kann.

Zusammenfassend sieht Calabro in den Methoden der multimodalen Stimula-

tion und der aufgenommenen beruhigenden Musik ein gutes Potential, um Säuglinge mit neonatalem Drogenentzugssyndrom zu unterstützen. Calabro empfiehlt im Weiteren, die Eltern besser einzubeziehen, um den Beziehungsaufbau zwischen Eltern und Kind zu unterstützen. Um den Bedürfnissen der Familien gerechter werden zu können, sollte die Musiktherapie auch nach Spitalaufenthalt fortgesetzt werden. Auch erwähnt Calabro die Rückmeldungen der Pflegenden: Die beiden Interventionen gaben den Pflegenden mehr Handlungsmöglichkeiten in der Pflege der Kinder.

Kurz nach Abschluss der hier vorgestellten Masterarbeit erreichte mich die Diplomarbeit »Ammenlieder« Musiktherapie bei Säuglingen mit Neonatalem Abstinenzsyndrom. Die von Schrage-Leitner (2007) in Wien eingereichte Abschlussarbeit fand in meiner Theoriearbeit leider keinen Eingang, da sie im gleichen Jahr erstellt wurde und die beiden Autorinnen nicht voneinander wussten. Schrage-Leitner stellt, basierend auf eineinhalb Jahren musiktherapeutischer Praxis mit 20 Säuglingen in der Kinderklinik Glanzing im Wilhelminenspital in Wien, die Möglichkeit der musiktherapeutischen Unterstützung des durch mütterliche Drogenabhängigkeit dysregulierten Säuglings unter dem Blickpunkt seiner Selbstheilungs-Ressourcen vor. Sie geht in ihrer Arbeit vertieft auf das »Ammenlied« ein und hat prototypische Melodien herausgearbeitet, welche im musikalisch aufgenommenen Dialog mit dem Säugling die Aufmerksamkeit und Beruhigung der Säuglinge auslösten. Die Auswertung ihrer Fallstudien ergab unmittelbar während und nach der musiktherapeutischen Intervention Verbesserungen bezüglich der Atemfrequenz, Herzfrequenz, Reiztoleranz, des Spannungszustands und verlängerten Schlafs.

Die Schlussfolgerungen unserer Arbeiten sind, das sei hier voraus genommen, erfreulicherweise übereinstimmend: Schrage-Leitner stellt fest, dass Musiktherapie ein reichhaltiges, wirksames therapeutisches Instrumentarium zur Verfügung stellen kann und eine sinnvolle Ergänzung zum bestehenden therapeutischen Angebot auf einer Säuglingsstation darstellt. Und sie plädiert, in Ergänzung zur auditiven Stimulation, für den Einsatz direkter menschlicher Zuwendung in Form von »live« eingesetzter lebendiger Kommunikation mit Hilfe des Klanges.

Umsetzung der musiktherapeutischen Ansätze für Frühgeborene mit Säuglingen im neonatalen Drogenentzug

Vor dem Hintergrund der erwähnten Theorien und Literatur wird nun die Umsetzung und Integration der verschiedenen Methoden in der praktischen Arbeit am Universitäts-Kinderspital beider Basel UKBB aufgezeigt. Ausgewählte Situationen aus dem Therapieprozess von Anna werden mit Hilfe des seit 1990 von Schumacher und Calvet entwickelten Evaluierungsinstrumentes EBQ, das der Einschätzung der **Beziehungsqualität** im Bezug zu den »synchronen Momenten« einer Therapie dient, analysiert. Die Formen der Bezogenheit stehen als Beziehungsqualitäten oder sogenannte »Kontakt-Modi« (die Art und Weise der

Beziehungsqualität) zu den Entstehungsphasen der Selbstempfindung in Bezug (Frohne-Hagemann u. Pless-Adamczyk, 2005; Schumacher, 1999; Schumacher et al., 2005; Schumacher u. Calvet, 2007; Stern 1992, 1998).

Fallvignette

Anna ist ein Wunschkind. Nach einer unproblematisch verlaufenen Schwangerschaft ist sie termingerecht und mit normalem Geburtsgewicht geboren. Die Eltern sind beide in einem Methadon-Substitutionsprogramm betreut. Der Ablauf des kindlichen Drogenentzugs wurde mit den Eltern bereits während der Schwangerschaft besprochen. Im Alter von drei Wochen wurde Anna nach der Betreuung in der Neonatologie auf die Säuglingsabteilung in ein Einzelzimmer verlegt. Der Methadon-Entzug wurde medikamentös mittels Morphinabgabe begleitet, der Entzug dauerte insgesamt 10 Wochen.

Indikation für die Musiktherapie waren die durch den Entzug bedingten kurzen Schlafphasen, Unruhe und anhaltendes Weinen, erhöhte Temperatur, erhöhter Muskeltonus und Reflux. Bei den Eltern wurde im Umgang mit ihrem Kind Unsicherheit und sowohl Kontakthemmung (v. a. bei der Mutter) als auch Überstimulation (v. a. beim Vater) beobachtet. Auf der Beziehungsebene lag die Zielsetzung der Musiktherapie in der Unterstützung einer entspannten und kontaktfördernden Atmosphäre zwischen Eltern und Kind. Die Eltern sollten darin unterstützt werden, auf die Bedürfnisse und Kompetenzen des Kindes adäquat zu reagieren. Ein oder beide Elternteile waren in der Therapiestunde jeweils dabei.

Im Therapieverlauf wurden mehrere Phasen beobachtet, wie sie auch Stumpfner u. Thomsen (2001) beschreiben: Vertrauensbildung zwischen Eltern, Kind und Therapeutin; Anregung der elterlichen Feinfühligkeit und Ressourcen; Kontaktaufnahme zwischen Eltern und Kind sowie Stabilisierung der Eltern-Kind-Beziehung. Der Therapieverlauf wurde unter drei Aspekten beleuchtet:

- a. Funktionen der Musik: Reflexion der methodischen Schritte;
- b. Entzugssymptome: Beobachtete Veränderungen;
- c. Beziehungsgeschehen: Veränderungen im Beziehungsgeschehen zwischen den Beteiligten (Frohne-Hagemann u. Pless-Adamczyk, 2005; Schumacher, 1999, Schumacher und Calvet-Kruppa, Lehrfilm 2002).

Phase I: Kontaktaufnahme und **Phase II:** Schaffens eines intimen Rahmens für Eltern und Kind durch Erzeugung eines individualisierten Klangraums

Die Phasen I und II gingen fließend ineinander über.

Therapieausschnitt 1, 1. Stunde, im Beisein der Mutter (Frau G):

Intervention nach der Eingangs beschriebenen Situation: (anhaltendes Weinen nach kurzer Ruhephase nach der Morgenmahlzeit): Die Therapeutin empfiehlt der Mutter, das Kind über der Schulter zu halten und spielt auf der Kantele für Mutter und Kind eine einfache Melodie im 6/8-Takt. Das Fürspiel beginnt in einem raschen Tempo und wird dann langsamer (ca. 70 Schläge/Minute) und leiser.

Nach einigen Minuten nimmt die Mutter in ihrem Stuhl eine entspannte Haltung ein. Sie meldet nach dem Spiel zurück, diese Musik sei angenehm. Anna beruhigt sich und schläft bald ein. Die Mutter ist interessiert an der Musiktherapie. An Kinderlieder aus ihrer eigenen Kindheit erinnere sie sich kaum, möchte aber die wenigen bekannten Lieder wieder auffrischen. Es wird vereinbart, dass die Therapeutin zur nächsten Sitzung verschiedene Liederbücher mitbringt.

a) Funktionen der Musik:

- In der Intervention des Fürspiels mit der Kantele hat die Musik die Funktion des Haltens und des Einhüllens. Diese Haltefunktion ermöglicht es der Therapeutin, den »So-Zustand« des Kindes und der Mutter auszuhalten und zu akzeptieren. Die Musik vermittelt der Mutter und somit auch dem Kind Sicherheit, Geborgenheit und eine klare rhythmische Struktur. Der 6/8-Takt wird gewählt, weil er dem Atemrhythmus (und auch manchen Wiegenliedern) entspricht. Mit dem Einatmen wird der Auftakt, mit dem Ausatmen die betonte Zeit gespielt (Tirpitz, 2001).
- In der therapeutischen Funktion des basalen Sinnesstimulus kommt durch das Fürspiel auch die psychophysische Wirkung von beruhigender Musik zum Tragen, was zu Entspannung der Skelettmuskulatur, Blutdruckabfall, flacherem Atem, Pulsverlangsamung und geringerem Hautwiderstand führen kann. Die Beruhigung der Atmung von Mutter und Kind wurde beobachtet. Die Beruhigung von Mutter und Kind wird zusätzlich unterstützt, in dem das Spiel verlangsamt und dem Atem der Mutter angeglichen wird, das Tempo 70 bpm entspricht in etwa dem Puls einer erwachsenen Person im Ruhezustand.

b) Entzugssymptome: Das vermutlich durch den Reflux und die Bauchschmerzen bedingte Weinen des Kindes nach der Mahlzeit kommt bei Entzugskindern häufig vor. Die Musik hat in den beschriebenen Funktionen zur Beruhigung des Kindes beitragen. Das Kind wird einerseits musikalisch von der Therapeutin und andererseits von der Mutter in seinem Unwohlsein gehalten.

c) Beziehungsgeschehen: Zwischen Mutter und Kind fanden zu Beginn der Stunde keine Interaktionen wie Blickkontakt, Lautieren oder Imitation statt. In dieser angespannten Situation gibt es keine synchronen Momente, was auch ein Ausdruck der von Mutter und Kind nicht ausreichend entwickelten Fähigkeit zur Interaktion sein könnte. Als erste Intervention wählt die Therapeutin deshalb das Fürspiel auf der Kantele, welches für Mutter und Tochter aus der in der Neonatologie verbrachten Zeit bereits bekannt ist. Die Musik in ihrer resonanzgebenden Funktion schafft einen intimen Klangraum für Mutter und Kind und sensibilisiert die Wahrnehmung der Mutter für ihr Kind. Sie entspannt sich dabei, was sich auch auf ihr Kind überträgt.

In den Therapiestunden mit dem Vater wurde ein Kinderlied aus seinem Kulturkreis eingesetzt. Er entdeckte das Singen als Ressource, was sich in der Beziehungsgestaltung mit seiner Tochter positiv auswirkte:

Therapieausschnitt 2, 4. Stunde, im Beisein des Vaters (Herr B):

Wie in vorherigen Stunden hat Anna nach der Morgenmahlzeit eine kurze Ruhephase und schreit dann wieder anhaltend. Der Vater legt der Tochter ein Hot Pack auf den Bauch, trägt sie stark auf und ab wippend im Arm und summt dazu. Anna weint trotzdem anhaltend weiter. Herr B wirkt angespannt, das Wippen ist für das Empfinden der Therapeutin zu stark. Die Anspannung und Unruhe von Vater und Tochter überträgt sich auf die Therapeutin.

Intervention: Im Spiel auf der Kantele umspielt sie die Melodie des italienischen Kinderliedes »Farfallina tutta bianca«. Die Bewegungen des Vaters werden sanfter. Er kennt das Lied und summt mit. Anna beruhigt sich bald. Herr B legt sie in ihr Bettchen, wo Anna sich nun für die über dem Bett befestigten Glöckchen interessiert.

- a) Funktionen der Musik: Das Fürspiel ermöglicht der Therapeutin in der angespannten Situation das Einnehmen der grundlegenden, immer wieder neu zu erarbeitenden Haltung des Annehmens und Akzeptierens des Zustandes von Kind und Eltern. So kann die Therapeutin Präsenz vermitteln, ohne beschwichtigen zu wollen. Das Einstimmen des Vaters in die Melodie des Kinderliedes bestätigt die Vermutung, dass in dieser Sequenz auch die soziokulturelle Funktion der Musik zum Tragen kommt. Das italienische Kinderlied schafft eine Verbindung zwischen dem Vater und der Therapeutin.
- b) Entzugssymptome: Nach wie vor wird Anna eine halbe Stunde nach der Mahlzeit unruhig und weint laut und anhaltend. Aufgrund der positiven Erfahrungen in der erstbeschriebenen Therapiesituation setzt die Therapeutin erneut das Fürspiel ein.
- c) Beziehungsgeschehen: Das Wippen des Vaters mit dem Kind ist in der Intensität stärker als das Weinen des Kindes. Die Unruhe von Anna und ihrem Vater wird dadurch nicht wie gewünscht abgebaut, sondern vermutlich eher noch verstärkt. Mit dem Spiel des italienischen Kinderliedes gelingt ein synchroner Moment zwischen Vater und Therapeutin und somit ein Wendepunkt in der angespannten Situation. Der Vater kennt das Lied und summt mit. Seine Bewegungen werden ruhiger. Er kann die eigene Anspannung langsam auflösen und sich selbst wie auch sein Kind so beruhigen. Anna ist nun bereit für die Interaktion mit dem Vater bzw. der Therapeutin.

Phase III: Durch musikalisch-sprachlichen Ausdruck des momentanen Zustandes und der elterlichen Affekte in Bezug auf das Kind einen Weg aus der Sprachlosigkeit und aus der Kontakthemmung finden.

Therapieausschnitt 4, 6. Stunde, im Beisein der Mutter:

Die Mutter wirkt erleichtert, als die Therapeutin den Raum betritt, denn Anna weint anhaltend seit ca. 15 Minuten. Frau G entscheidet sich dafür, Anna die Morgenmahlzeit zu geben, obwohl es noch nicht ganz Zeit dafür sei. Das Trinken beruhigt Anna für kurze Zeit. Nach der Mahlzeit wird sie jedoch wieder unruhig und weint.

Intervention: Nach dem erwarteten Bänderchen bietet die Therapeutin an, Anna auf den Arm zu nehmen, was die Mutter gerne annimmt. Das Kind in Bauchlage haltend, improvisiert die Therapeutin ein Situationslied, in dem Annas Weinen kommentiert wird: Dass der Start ins Leben auch beschwerlich sein kann und dass Ärger, Schmerz und Wut ihre Berechtigung haben. Anna beruhigt sich sofort, sie scheint dem Singen aufmerksam zuzuhören. Frau G beobachtet die Therapeutin und lacht stellenweise über das Lied.

Anschliessend ist Anna wieder bei der Mutter im Arm. Das Kind betrachtet seine Mutter aufmerksam, was von ihr mit Lächeln und kindgerichtetem Sprechen erwidert wird. Frau G wirkt jetzt zufrieden. Im anschliessenden Gespräch erzählt sie, dass sie selber das Singen auch zaghaft ausprobiere. Es gefalle ihr eigentlich ganz gut und Anna offenbar auch.

- a) Funktionen der Musik: In dieser Therapiesequenz steht die Funktion der emotionalen Resonanzgeberin im Vordergrund. Im Singen des Situationsliedes spiegelt die Therapeutin die vermuteten Empfindungen und Aktivitäten des Kindes und nimmt das Unwohlsein des Kindes auf. Sie fasst die Situation in Worte. Damit erhalten ihre Äusserungen eine Bedeutung und werden differenziert.
- b) Entzugssymptome: Das anhaltende Weinen nach kurzer Ruhephase im Anschluss an die Morgenmahlzeit setzt sich fort. Beim bewegungsbegleiteten Lied auf dem Arm der Therapeutin ändert sich Annas Verhalten augenblicklich. Diese Intervention trägt zu ihrer Beruhigung bei und ermöglicht ihr, sich der Therapeutin, später der Mutter, zuzuwenden.
- c) Beziehungsgeschehen: Die Dreiersituation dient auch der Entlastung des jeweiligen Elternteils im dysregulierten Beziehungsgeschehen. Frau G erlebt, dass das Benennen bzw. Besingen von unangenehmen Gefühlen die Situation entspannen und sogar erheitern kann. In dieser Situation wird deutlich, wie das Mit-Teilen von Gefühlen (in diesem Beispiel Schmerz, Wut oder Frustration) über das Erfahren der affektiven Resonanz möglich wird. Stellvertretend für die Mutter spricht die Therapeutin aus, wofür bisher noch keine Worte gefunden wurden. Anna versteht noch nicht den wörtlichen Inhalt, das »was«, jedoch sicherlich den affektiven Inhalt, das »wie« dieses Liedes. Das Verstehen der Affekte und das Integrieren in die bestehende Situation wirkt sowohl auf Seiten der Eltern als auch des Kindes identitätsbildend und entwicklungsfördernd. Die Wahrnehmung der Mutter für sich und ihr Kind wird dadurch sensibilisiert. Mutter und Kind gehen erste Schritte auf dem Weg aus der Sprachlosigkeit und Kontakthemmung und können einander in der Interaktion begegnen. Die Mutter lässt sich auf neue Erfahrungen ein, in dem sie selbst das Singen ausprobiert. Sie erlebt dies für sich selbst und ihr Kind als wertvoll und kann dies auch formulieren.

Phase IV: Anregung der elterlichen Feinfühligkeit. In den musiktherapeutischen Interventionen werden die musikalischen Komponenten der frühen Eltern-Kind Kommunikation aufgegriffen

Therapieausschnitt 5, 5. Stunde, im Beisein des Vaters:

Zu Beginn der Therapiestunde liegt Anna wach und zufrieden in ihrem Bettchen. Sie schaut fasziniert auf die Schellenbänder, die über dem Bett befestigt sind und versucht, danach zu greifen. Der Vater räumt das Zimmer auf und spricht zwischendurch mit seiner Tochter. Beide wirken entspannt.

Nach dem gemeinsamen Singen und Spielen der bekannten Lieder spielt die Therapeutin zum Abschluss der Stunde für Vater und Tochter auf der Kantele. Der Vater legt Anna ins Bett zurück und summt dazu. Anna wendet den Kopf zum Vater und schaut ihn aufmerksam an, was von der Therapeutin unmittelbar kommentiert wird. Der Vater nimmt darauf hin wieder mit der Tochter Blick-Kontakt auf und spricht mit ihr.

- a) Funktionen der Musik: Der Musik kommt jetzt neben der Haltefunktion auch die Funktion des Übergangsobjektes zu. Der Vater nimmt nun in der Beziehung mit seiner Tochter zunehmend selber die resonanzgebende strukturierende Haltung ein. Seine Stimme bietet ihr Halt und Vertrauen. In die musiktherapeutischen Interventionen werden nun Kinderlieder, -verse und Bewegungsspiele aufgenommen. Durch die klanglichen und sensorischen Anregungen wird Anna zu intermodalen Reaktionen angeregt, die sie aufnimmt, in dem sie z. B. ihren Blick oder ihr Gesicht der Therapeutin und – mit sichtlicher Bevorzugung – dem Vaters zuwendet.
- b) Entzugssymptome: Die Entzugssymptome nehmen zu diesem Zeitpunkt bereits deutlich ab. Anna interessiert sich zunehmend für ihre Umgebung und kann sich zeitweise alleine mit dem für sie bereitstehenden Spielmaterial beschäftigen.
- c) Beziehungsgeschehen: Das Spiel auf der Kantele und die Atmosphäre zwischen Vater, Tochter und Musiktherapeutin ist jetzt bereits so vertraut, dass ein entspanntes Miteinander entsteht. Im Umgang mit seiner Tochter ist der Vater sicherer und feinfühlicher geworden. Er reagiert auf die Signale des Kindes, und der Kontakt zwischen den beiden kann nun auch aus einer gewissen Distanz über die Stimme aufrechterhalten werden. Der Vater kann in der entspannten Therapiesituation auf implizites Beziehungswissen zugreifen.

Die **Phase V:** Von der Interaktion zu einer stabilen Eltern-Kind-Beziehung (Ambulante Weiterbehandlung bis zum korrigierten siebten Lebensmonat; Unterstützung der Eltern in der Integration des in der Klinik angeregten Resonanzprozesses in das häusliche Umfeld) wird in diesem Therapieprozess nur ansatzweise erreicht. Die Beziehung zwischen Eltern und Kind kann zu diesem Zeitpunkt noch nicht als stabil bezeichnet werden.

Resumée

In den Musiktherapiestunden entstand ein entspanntes Miteinander zwischen Eltern, Therapeutin und Kind. Im Umgang mit ihrer Tochter waren beide Eltern sicherer und feinfühlicher geworden. Mit Annas zunehmendem Interesse für ihre Umgebung wurden in der Musiktherapie auch Kinderlieder, -verse und Bewegungsspiele eingesetzt, welche die Eltern als Anregungen aufnahmen. Ihre positive Einstellung gegenüber der Musiktherapie war sicher massgebend für den erfolgreichen Therapieverlauf. Zum Zeitpunkt der Entlassung fühlten sich beide Eltern sicher genug, um den Alltag daheim zu bewältigen. Im abschließenden Gespräch berichtete die Mutter, wie sie sich auf die Heimkehr mit der Tochter freue. Sie bedankte sich für die musiktherapeutische Begleitung, die ihr persönlich und ihrem Kind sehr gut getan habe. Nach der Entlassung von Anna im Alter von 10 Wochen bestand seitens der Kinderklinik leider kein Angebot zur ambulanten musiktherapeutischen Weiterbehandlung.

Weitere Interventionsmöglichkeiten

Als Anregung für die praktische Arbeit ist in der vorgestellten Masterarbeit eine Zusammenstellung von Interventionsmöglichkeiten für die Musiktherapie mit Entzugs-Säuglingen und ihren Angehörigen zu finden. Die nach Entzugssymptomen strukturierten Interventionen sind aus den erläuterten musiktherapeutischen Ansätzen und aus der eigenen praktischen Arbeit zusammengetragen.

Im letzten Teil der Theoriearbeit schließlich wird das bestehende musiktherapeutische Angebot am UKBB beschrieben. Der Entwurf eines optimierten Musiktherapie-Angebotes darf als Plädoyer für die Integration der aktiven individualisierten Musiktherapie als fester Bestandteil in der Betreuung drogenabhängiger Neugeborener verstanden werden. Im Anhang findet sich das Konzept zur Betreuung von Drogenentzugs-Säuglingen am UKBB. Die Informationsmaterialien für Eltern und Pflegefachfrauen über die Musiktherapie in der Neonatologie für Säuglinge mit NDES können von andern Kliniken übernommen werden. Der Abdruck dieser Inhalte würde den Rahmen dieses Artikels sprengen – es sei deshalb auf die im Internet zugängliche Arbeit verwiesen.

http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/mu_downloads/Diplomarbeit_Esslinger-Eschen08.pdf.

Fazit und Ausblick

Der Weg auf der Suche nach musiktherapeutischen Interventionen für Säuglinge mit neonatalem Drogenentzugssyndrom führte über die Sichtung einer Forschungsarbeit und der Ansätze in der Musiktherapie mit Frühgeborenen bzw. der musiktherapeutischen Ansätze zur Behandlung von frühen Interaktionsstörungen.

Die Analyse der ausgewählten therapeutisch relevanten Momente in der

Therapie mit Anna und ihren Eltern bestätigte die erste Hypothese: Die Beobachtungen zeigten auf, dass das Neugeborene entweder einen aufmerksamen, interaktionsbereiten Wachzustand erreichte oder in die Entspannung bzw. in eine Schlafphase begleitet wurde. Die Eltern wurden in angespannten Situationen entlastet. Sie erlebten die beruhigenden und integrierenden Funktionen der Musik sowie die annehmende Haltung und Vorbildfunktion der Therapeutin im Umgang mit dem Kind. Auf dieser Basis konnten die musiktherapeutischen Interventionen dem Kind zu Beruhigung und Entspannung, besserer Selbstregulierung und zur Linderung der Entzugssymptome zur verhelfen.

Auch die zweite Hypothese konnte bestätigt werden: Die Musiktherapie kann den Bindungs- und Beziehungsaufbau zwischen Säuglingen mit NDES und ihren Eltern stärken. Das musiktherapeutische Setting ermöglichte für Kind und Eltern neue Beziehungserfahrungen. Die Stimme bzw. die instrumentale Musik in ihrer Funktion als Kontakt- und Beziehungsträgerin zwischen Eltern und Kind symbolisierte Sicherheit, Kontinuität und Verlässlichkeit – Grunderfahrungen, die dem Säugling mit neonatalem Drogenentzugssyndrom (und vermutlich auch den Eltern) meist fehlen. Die Eltern fühlten sich von der Therapeutin darin unterstützt, die Bedürfnisse und Kompetenzen ihres Kindes wahrzunehmen und ihm Resonanz auf seine Signale zu geben. In Folge dieser Veränderungen wurden die Möglichkeiten der Interaktion zwischen Eltern und Kind bereichert und der Bindungs- und Beziehungsaufbau gestärkt.

Das Instrument zur Einschätzung der Beziehungsqualität EBQ war in der Analyse des Beziehungsgeschehens zwischen Kind-Eltern, Kind-Therapeutin und Therapeutin-Eltern hilfreich. Es wurde die 3. Skala des körperlich-emotionalen Ausdrucks angewendet, welche das Beziehungsgeschehen anhand körperlich sichtbarer Zeichen wie Körperkontakt, Affekte und Blickkontakt fokussiert. Entsprechend des Entwicklungsstandes eines drei bis zehn Wochen alten Säuglings wurden vorwiegend Interventionen eingesetzt, die den Kontaktmodi 0-1 zugeordnet werden können. Die Musik nahm sowohl Funktionen des Haltens, der Integration und Stimulation der Sinne, der emotionalen Resonanzgeberin, des Übergangsobjektes als auch der Ressourcen und Nährsubstanz ein. Dies führt zur Aussage, dass das Instrument zur Einschätzung der Beziehungsqualität auf die Musiktherapie mit Frühgeborenen und Säuglingen im neonatalen Drogenentzug übertragen werden kann. Die Video-Analyse der Therapie könnte vermutlich zu genaueren Aussagen führen und zu einer differenzierteren Wahrnehmung der Therapeutin beitragen.

Die Ziele der Musiktherapie mit Säuglingen im neonatalen Drogenentzug scheinen mit Interventionen der aktiven individualisierten Musiktherapie erreichbar. Die Musiktherapeutin kann direkt musikalisch auf die Impulse des Kindes und der Eltern reagieren, was für Eltern und Kind eine Verbindung in einer individuell auf sie abgestimmten Atmosphäre ermöglicht.

Auf den Einsatz von beruhigender Musik sowie Aufnahmen von Mutterstimme wurde aufgrund der gesichteten Literatur verzichtet. Der alleinige Einsatz dieser Interventionen erscheint bei Säuglingen mit NDES nicht ausreichend wir-

kungsvoll. Auch muss der Umstand berücksichtigt werden, dass das in der Fallvignette beschriebene Neugeborene termingerecht geboren war. In diesem Alter ist der Säugling organisch so weit entwickelt ist, dass er nicht mehr mit der Stimme vom Tonband allein zufrieden ist, sondern die Aufnahmen in der Verbindung mit andern taktilen Angeboten wie streicheln, halten oder tragen angeboten werden sollen (Nöcker-Ribaupierre u. Zimmer 2004). In Ergänzung zur aktiven individualisierten Musiktherapie könnte die auditive Stimulation mit Mutterstimme bei Säuglingen im neonatalen Drogenentzug jedoch eine Hilfe sein, um die Verbindung zwischen Mutter und Kind aufrecht zu erhalten .

Die Erfahrung im klinischen Alltag zeigt, dass die dargestellten Interventionen in der Arbeit mit Entzugs-Säuglingen dienlich sind. Ein entscheidender Faktor für den Erfolg der Therapie ist die Motivation der Eltern für die Zusammenarbeit. Wenn sie auf dem Boden einer vertrauensvollen Atmosphäre gelingt, kann dies für Eltern und Kind gewinnbringend sein. Die ambulante Nachbehandlung wird in diesem Zusammenhang noch diskutiert werden müssen; der in der Klinik angeregte Resonanzprozess zwischen Mutter/Eltern und Kind sollte sinnvollerweise im Rahmen einer ambulanten Nachbehandlung integriert und gefestigt werden, um nachhaltig gewinnbringend zu sein.

Abschließend lässt sich sagen, dass sich Musiktherapie in der Arbeit mit Drogenentzugs-Säuglingen gut eignet, um ein positives Holding herzustellen und ein Gefühl des Getragenseins zu vermitteln. Eltern und Kind teilen denselben Empfindungsraum und werden vom Klang unmittelbar berührt. Die Therapeutin kann sowohl beschützende als auch anregende Situationen schaffen, in denen Eltern und Kind Vertrauen ins Gegenüber entwickeln und eine tragfähige Beziehung zueinander aufbauen können.

Literatur

- Calabro, J. (2006): *Music Therapy for Infants with Neonatal Abstinence Syndrome*. Thesis submitted in total fulfilment of the requirements of the degree of Master of Music Therapy. University of Melbourne, Department of Music Therapy, Faculty of Music.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2005): *Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Hans Huber.
- Esslinger, M. (2007): Musiktherapie mit Säuglingen im neonatalen Drogenentzug. In: www.musiktherapie.de
- Finnegan, L. P. (1991): Perinatal substance abuse, comments and perspectives. *Seminars in Perinatology*; 15. 331-339.
- Frohne-Hagemann, I., Pless-Adamczyk, H. (2005): *Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD 10*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hasler, G., Meili D., Wang J., Gutzwiller F., Davatz F. (2001): Opiatabhängigkeit und Mutterschaft. Eine Pilotstudie aus dem Zokl 1, einer Poliklinik für methadongestützte Behandlung. In: *Abhängigkeiten. Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung, Ausgabe 2/2001*, 1-21. [on-line] Available: <http://www.arud.ch/forschung/publikationen/mutterschaft.htm>, zugegriffen am 14.09.2007.

- Herret, B. (2003): Drogenabhängigkeit wider Willen: Drogenentzug bei Neugeborenen. In: *Österreichische Pflegezeitschrift* 6-7/03, 19-21.
- Kaltenbach, Ph. D., Finnegan, L.P. (1988): The influence of the Neonatal Abstinence Syndrom on Mother-Infant Interaction. In: Anthony, E.J., Chiland, C. (Hrsg.). *The Child in His Family. Perilous Development: Child Raising and Identity Formation under Stress*. Vol. 8. New York: John Wiley & Sons. 223-230.
- Lugt, H., Steinhausen, H.-C. (2000): ...und was wird aus den Kindern? Die Entwicklung von Kindern drogenabhängiger Mütter. *SuchtMagazin* 5/00, 3-8.
- Lustenberger, A., Ansaldi, N. (2002): *Die andere Schwangerschaft. Wenn drogenabhängige Frauen ein Kind erhalten*. Diplomarbeit. Luzern: HSA Hochschule für soziale Arbeit Luzern, FHZ Fachhochschule Zentralschweiz, Ausbildungsgang Sozialarbeit.
- Martinetz, C., Terhaer, E. (2005): *Substitution von Methadon, L-Polamidon und Buprenorphin in der Schwangerschaft und Auswirkungen auf das Neugeborene*. Facharbeit. Münster: Universitätsklinikum Münster. [on-line] Available: http://pflege.klinikum.uni-muenster.de/bildung/anin/lehre/Facharbeit_Martinetz_Terhaer.pdf, zugegriffen am 14.09.2007.
- Nelle, M. (2003): Drogenentzug (Neonatale Suchtmittelabhängigkeit): In: *Berner Jahrbuch*. 460-472.
- Nöcker-Ribaupierre, M., Zimmer M.-L. (2004): *Förderung frühgeborener Kinder mit Musik und Stimme*. München: Reinhardt.
- Rudin, Ch. (1994): Über die Folgen eines mütterlichen Drogenkonsums während der Schwangerschaft für das Kind. In: *Schweizerische Rundschau für Medizin (PRAXIS)* 83, Nr. 41, 1147-1150.
- Schrage-Leitner, L. (2007): »Ammenlieder«. *Musiktherapie bei Säuglingen mit Neonatalem Abstinenzsyndrom. Darstellung eines ressourcenorientierten musiktherapeutischen Ansatzes*. Diplomarbeit aus der Studienrichtung Musiktherapie zur Erlangung des akademischen Grades »Magistra Artium«. Wien: Universität für Musik und Darstellende Kunst.
- Schumacher, K. (1999): *Musiktherapie und Säuglingsforschung*. Frankfurt a. M.: Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Schumacher, K., Calvet C. (2007): Entwicklungspsychologisch orientierte Kindermusiktherapie – am Beispiel der »Synchronisation« als relevantes Moment. In: Stiff-Keckstein, U., Töpker, R. (Hrsg.): *Kindermusiktherapie. Richtungen und Methoden*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 26-61.
- Schumacher, K., Calvet, C., Stallmann, M. (2005): »Zwischenmenschliche Beziehungsfähigkeit« – Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung eines neu entwickelten Instrumentes zum Wirkungsnachweis der Musiktherapie. In: Müller – Oursin, B. (Hrsg.). *Ich wachse, wenn ich Musik mache. Musiktherapie mit chronisch kranken und von Behinderung bedrohten Kindern*. Wiesbaden: Reichert. 75-104.
- Shoemark, H. (1998): Singing as the Foundation for Multi-Modal-Stimulation of the older Pre-term Infant. In: Pratt, R.R., Erdonmez Grocke, D. (Hrsg.). *MusicMedicine 3. MusicMedicine and Music Therapy: Expanding Horizons*. University of Melbourne: Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences.
- Stern, D. N. (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. N. (1998): »Now-moments«, implizites Wissen und Vitalitätskonturen als neue Basis für psychotherapeutische Modellbildungen. In: Trautmann-Voigt, S., Voigt, B. (Hrsg.). *Bewegung ins Unbewusste. Beiträge zur Säuglingsforschung und analytischen KörperPsychotherapie*. Frankfurt a. M.: Brandes und Apfel. 82-96.
- Stumptner, K., Thomsen, C. (2001): Interaktive Musiktherapie – ein individuell abgestimmtes psychotherapeutisches Interventionsmodell zur Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung nach Frühgeburt. Ein Konzept [und Beitrag] von K. Stumptner und C. Thomsen. In: Bierbaum, T. (2001): *Individualisierte aktive Musiktherapie zur Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung nach Frühgeburt – eine Pilotstudie auf der neonatologischen Intensivstation mit*

- Methoden der Entwicklungspsychologie und der Chronopsychobiologischen Regulationsdiagnostik.* Unveröffentlichtes Manuskript einer Diplomarbeit. Berlin: Freie Universität. 39-43.
- Tirpitz, F. (2001): *Ansätze der Musiktherapie in der Betreuung von Frühgeborenen – Literaturübersicht und Beobachtungen aus der Praxis.* Diplomarbeit im Studiengang Musiktherapie am Institut für Musiktherapie. Universität Witten/Herdecke: Fakultät für Medizin. [on-line] Available: http://www.musictherapyworld.net/modules/archive/dissertations/pdfs/Tirpitz_Friederike_de_01_01.pdf.
- Vogt, I., Winkler, K. (1996): *Beratung süchtiger Frauen. Konzepte und Methoden.* Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Internetadressen

- Bundesamt für Gesundheitswesen, Drogenpolitik Schweiz. [on-line] Available: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/index.html?lang=de>
- ISGF Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich. [on-line] Available: <http://www.suchtforschung.ch>
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme. [on-line] Available: <http://www.sfa-isp.ch/>
- UpToDate – US-amerikanischer klinischer Informationsdienst im Internet [on-line] Available: <http://www.uptodate.com>

Ausführliches Literaturverzeichnis zum Thema siehe http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/mu_downloads/Diplomarbeit_Esslinger-Eschen08.pdf.

Monika Esslinger, klinische Musiktherapeutin MAS, SFMT, arbeitet in den Bereichen der Neonatologie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Neurologische Rehabilitation. In den Ziegelhöfen 54, CH 4054 Basel. E-Mail: mo.esslinger@bluewin.ch

