

## **Musiktherapie mit Säuglingen im neonatalen Drogenentzug**

### Musik und Beziehung bei einem schwierigen Start ins Leben

*Samira ist einen Tage alt. Sie kuschelt bei ihrer Mutter, nach ihrer Abendmahlzeit schläfrig und zufrieden. Mutter und Kind lerne ich auf der neonatologischen Abteilung des Universitäts-Kinderspitals beider Basel UKBB kennen, wo ich gemeinsam mit meiner Kollegin zweimal wöchentlich arbeite. Die Mutter, Frau M. begrüsst mich freundlich, sie ist erfreut über das Angebot der Musiktherapie. Nach einem kurzen Erstgespräch, in dem ich die Musiktherapie vorstelle und die Mutter nach eigenen Musik-Vorlieben während der Schwangerschaft bzw. nach prägenden Musikerlebnissen aus der eigenen Kindheit frage, spiele ich für die känguruhende Mutter und ihre Tochter mit der Kantele, einem finnischen Saiteninstrument. Die Mutter schliesst die Augen während der Musik. Samira schläft unterdessen friedlich.*

Auf den ersten Blick wirkt sie wie ein gesundes Kind. Was Samira von andern Kindern unterscheidet: ihre Mutter konsumiert Methadon, weshalb sie einen Methadon-Entzug durchlaufen muss.

Für die Musiktherapie im Bereich der Neonatologie stellen Säuglinge mit neonatalem Drogenentzugssyndrom ein aktuelles Klientel dar – so auch in meiner Arbeit am UKBB. Zur musiktherapeutischen Behandlung dieser Kinder gibt es kaum Forschung und Fachliteratur. Dass dieses Thema jedoch von aktueller Brisanz ist, zeigt allein die Tatsache, dass seit 2006 in Australien, Österreich und der Schweiz unabhängig voneinander drei Masterarbeiten zu diesem Thema verfasst worden sind (Calabro, 2006; Esslinger, 2007; Schrage-Leitner, 2007). Denn Betreuung und Therapie dieser Kinder und ihrer Familien stellt an alle Beteiligten grosse Herausforderungen. In meinem Referat werde ich verschiedene Themenkreise beleuchten, die in der Musiktherapie mit Drogenentzugs-Säuglingen zu berücksichtigen sind. Wie die praktische Arbeit aussehen kann, möchte ich anhand einer Fallvignette aufzeigen.

### **Entzugssymptome bei Säuglingen**

Wenn mit der Geburt die Drogenzufuhr über die Plazenta aussetzt, kann dies beim Neugeborenen zu Entzugserscheinungen führen, bekannt als neonatales Drogenentzugssyndrom (NDES) oder auch neonatales Abstinenzsyndrom (NAS), was bei 60-92% der Neugeborenen opiatabhängiger Mütter beobachtet wird (Martinetz & 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 Methadon-entzug tritt meist später, gelegentlich erst nach mehr als vier Wochen nach der Geburt auf. Die Entzugs-Symptome 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; gesteigerte Atemfrequenz oder Atemnot.

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. Viele Kliniken verabreichen als Substitutionspräparat eine Morphin/ml-Lösung oral. Morphin wirkt schmerzlindernd und beruhigend. Damit können die Symptome jedoch lediglich gemildert werden, sie verhindern aber nicht den Entzug. Ziel ist die Minimierung des kindlichen Entzugsstressses durch Herbeiführen eines normalen Schlaf-Wachrhythmus, die Verbesserung der Nahrungsaufnahme und die Unterdrückung des Zitterns und der Reizbarkeit. Die medikamentöse Therapie dauert – abhängig von der Art und Dosierung des mütterlichen Konsums und der Schwere des neonatalen Entzugs – durchschnittlich vier bis zwölf Wochen. Die Entzugssymptome eines Methadon-Entzuges sind bei Säuglingen besonders heftig und lang anhaltend (Herret, 2003; Martinez & Terhaer, 2005; Nelle, 2003; Rudin, 1994).

### **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 hervor. 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 psychotropen 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 (Bertenghi, 1997; Rabe, 1996, in Lustenberger & Ansaldi, 2002; Vogt & Winkler, 1996).

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' oder Schreien 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 & Finnegan, 1988; Lugt & Steinhausen, 2000).

Und damit gelange ich nun zur Musiktherapie, denn hier setzen wir den Schwerpunkt in unserer Arbeit.

### **Musiktherapie mit Säuglingen im neonatalen Drogenentzug**

Mit dem Ziel, für die musiktherapeutische Arbeit mit Säuglingen im neonatalen Drogenentzug ein Repertoire an Interventionsmöglichkeiten zu erhalten, habe ich im Rahmen meiner Masterarbeit Forschungsbeiträge und Ansätze der Musiktherapie mit Frühgeborenen gesichtet und zusammengefasst. Auch die entwicklungspsychologisch orientierte Musiktherapie, und die daraus hervorgehenden musiktherapeutischen Ansätze zur Behandlung früher Interaktionsstörungen wurden einbezogen. Diesen musiktherapeutischen Ansätzen liegen Theorien über die pränatale Entwicklung und Wahrnehmung, Erkenntnisse aus der Säuglingsforschung, Bindungstheorie, Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Säuglingsforschung zugrunde.

Eine musiktherapeutische Studie zum Thema 'Music Therapy for Infants with Neonatal Abstinence Syndrom', wurde 2006 in Melbourne, Australien durchgeführt. Calabro untersuchte 26 Säuglinge mit NAS bezüglich der Wirkung von beruhigender aufgenommene Musik (Sedative Recorded Music, SRM) und Multimodaler Stimulation (MMS), bzw. beides oder keine Musiktherapie. Die Resultate 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 Selbstregulation der Säuglinge, wie sie aus musiktherapeutischen Forschungen mit Frühgeborenen bekannt sind, scheinen bei Säuglingen mit NAS nicht zum Tragen zu kommen. Calabro führt dies darauf zurück, dass die Musik von den Säuglingen in Unruhezuständen ignoriert oder übertönt wurde. Die Intensität der Musik müsste bei unruhigen und verzweifelt weinenden Kindern an den Erregungszustand des Kindes angepasst werden können, weshalb Calabro individuell abgestimmte Life-Musik als die beste Möglichkeit empfiehlt. Dies in Form von beruhigenden oder interaktiven Interventionen, welche die Drogenentzugs-Säuglinge während schmerzvollen Krämpfen, unterbrochenem oder ungenügendem Schlaf und unruhigen Wachzuständen unterstützen. Im Weiteren empfiehlt Calabro, die Eltern 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.

Die zweite Diplomarbeit zum Thema kommt von aus Wien: „Ammenlieder“ Musiktherapie bei Säuglingen mit Neonatalem Abstinenzsyndrom. 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 und notiert, 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, verbessertem Spannungszustand und verlängertem Schlaf. Schrage-Leitner stellt fest, dass die 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 lebendiger Kommunikation mit Hilfe des Klanges.

## **Fallbeispiel**

Anhand von vier Episoden aus dem Therapieprozess mit Samira werde ich nun erläutern, wie die Musiktherapie in Bezug auf die Entzugs-Symptome und in Bezug auf das Beziehungsgeschehen zwischen Mutter und Kind wirken kann.

## **Anamnese Samira**

*Samira wird termingerecht und mit 2830 Geburtsgewicht per Sectio geboren. Nachweis Methadon und Opiaten im kindlichen Stuhl bzw. Urin. Samira zeigt ab dem dritten Tag nach der Geburt zunehmend die typischen Entzugs-Symptome: Unruhe, schrilles Schreien, Schwitzen, Reflux, kurze Schlafphasen, erhöhte Temperatur und erhöhter Puls. Der Methadon-Entzug wird medikamentös mittels Morphinabgabe begleitet und dauert 14 Wochen.*

*Beide Eltern sind polytoxikoman und in einem Methadon-Programm betreut. Sozialdienst, KJPD und die Abteilung für Kinder- und Jugendschutz des Erziehungsdepartementes sind involviert. Das Familiensystem ist eng begleitet. Ob die Eltern ihre Tochter nach dem abgeschlossenen Entzug heim nehmen können, hängt davon ab, wie verlässlich und zugewandt sie sich im Umgang mit ihrem Kind zeigen.*

## **Zielsetzungen der Musiktherapie**

1. Entspannung und Beruhigung für das Kind.
2. Stärkung und Stabilisierung der Mutter-Kind-Beziehung.

Beide am UKBB arbeitenden Musiktherapeutinnen waren involviert, um die musiktherapeutische Begleitung 3x wöchentlich gewährleisten zu können (Ansprechperson war die Referentin). Die Therapiestunden fanden wenn immer möglich im Beisein eines Elternteils oder der Grossmutter väterlicherseits statt. Meistens war die Mutter anwesend.

## **Therapieverlauf**

Im Therapieverlauf konnten vier der fünf von Stumptner & Thomsen beschriebenen Phasen beobachtet werden: Vertrauensbildung zwischen Eltern, Kind und Therapeutin; Anregung der elterlichen Feinfühligkeit und Ressourcen; Kontaktaufnahme zwischen Eltern und Kind sowie Stabilisierung der Eltern-Kind-Beziehung (Stumptner & Thomsen, 2001; in Bierbaum, 2001).

Die Therapiephasen **I (Kontaktaufnahme)** und **II (Schaffens eines intimen Rahmens für Eltern und Kind durch Erzeugung eines individualisierten Klangraums)** gehen fließend ineinander über. Ich schildere jeweils eine Situation und erläutere im Anschluss meine Interventionen.

***Therapieausschnitt 1, Erstkontakt, im Beisein der Mutter (Frau M):***

*Intervention nach der eingangs beschriebenen Situation (Mutter und Kind beim Känguruhen):*

*Für-Spiel mit der Kantele für Mutter und Kind während ca. 10 Minuten. Nach der Musik beobachten wir beide das schlafende Kind. Die Mutter meldet zurück, die Musik sei wohltuend und entspannend. Die Musiktherapie sei sicherlich gut für ihre Tochter. Samira mache nämlich einen Entzug. Sie habe während der Schwangerschaft Schlafmittel genommen. Frau M erzählt von der späten Kenntnis der Schwangerschaft (erst im 5. Monat, aufgrund einer Zahnbehandlung offenbar geworden), von ihrer Freude an der kleinen Tochter, den Vorbereitungen daheim und auch von der bereits 18-jährigen älteren Tochter, die sich sehr über ihre kleine Schwester freue. Ihre eigene Polytoxikomanie erwähnt sie mit keinem Wort.*

a) Entzugssymptome beim Kind sind zu dieser Zeit noch nicht zu beobachten.

b) Beziehungsgeschehen: Im Erstkontakt wähle die Intervention des Für-Spiels. Dabei achte ich auf Atmung des Kindes. Nach einem Moment der Stille entwickle ich, in einem dem Atemrhythmus übergeordneten Tempo, eine einfache Melodie. So wird ein intimer Klangraum für Mutter und Kind geschaffen, und der Mutter wird Wertschätzung und Verständnis vermittelt. Die Musik hat die Funktionen des *Haltens*. Sie 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. Der weiche Klang der Kantele soll dies in der vorwiegend von technischen Geräuschen geprägten Umgebung der Station zusätzlich unterstützen.

***Therapieausschnitt 2, 6. Stunde, im Beisein der Mutter:***

Zu dieser Zeit ist Samira bereits 3 Wochen alt und auf die Säuglings-Abteilung verlegt worden.

*Samira liegt nach ihrer Morgenmahlzeit schläfrig und zufrieden im Arm ihrer Mutter. Die Ruhe ist jedoch von kurzer Dauer - bald wird sie 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. Samira habe jeweils nur kurze Schlafphasen, sie weine oft und lasse sich kaum beruhigen. Samira steigert sich im Weinen, und die Mutter wird zunehmend unruhiger. Sie trägt das Kind über der Schulter, schüttelt sie rhythmisch und spricht dazu: „jo, ich tue di jo schüttle Samira, sch, sch!“*

*Intervention: Ich stehe hinter Mutter und Kind und nehme die stimmliche Äusserung der Mutter auf. Daraus entsteht ein kleiner Zweizeiler im 6/8 Takt: „schüttle und rüttle und rüttle und rüttle und schüttle und ....“ mit einem Zungenschmalzer am Schluss. Die Mutter stimmt nach einem ersten, etwas erstaunten Blick, schon bald in mein Liedchen ein.*

*Samira unterbricht ihr Schreien für kurze Momente und nimmt mit mir Blickkontakt auf. Bald nimmt die Intensität ihres Schreiens ab. Wenige Minuten später wird sie ruhig und bald darauf schläfrig. Ich nehme meine Stimme zurück und werde still. Die Mutter legt Samira ins Bett, sichtlich erleichtert. Ihre Tochter reagiere gut auf die Musik. Sie erinnere sich kaum an Kinderlieder aus ihrer eigenen Kindheit, möchte aber altbekannte Lieder wieder auffrischen. Wir vereinbaren, dass ich zur nächsten Sitzung verschiedene Liederbücher mitbringe.*

a) Entzugssymptome: Das Weinen des Kindes nach der Mahlzeit kommt bei Entzugskindern häufig vor und kann auch mit der Morphin-Einnahme zusammenhängen. Die psychophysische Wirkung der Musik kann hier zum Tragen kommen, was zu Entspannung der Skelettmuskulatur, Blutdruckabfall, Pulsverlangsamung und geringerem Hautwiderstand führen kann.

b) Beziehungsgeschehen: Während dieses Zustands der Erregung ist das interaktive System des Kindes nicht aktiviert. Die Mutter setzt ihre Stimme ein und versucht, ihre Kind so zu beruhigen – hier hat sie deutliche Ressourcen. Sie trägt und hält ihr Kind in seinem Unwohlsein, ist jedoch selber unruhig und aufgeregt. Es braucht deshalb Hilfe einer Drittperson, um den Kreislauf zu unterbrechen. Ich gehe mit der Intensität meiner Stimme auf das Schreien des Kindes ein. In dem ich die Äusserungen der Mutter in eine Struktur (ein Lied) bringe, verfolge ich das Ziel, die Mutter in ihren intuitiven mütterlichen Fähigkeiten zu unterstützen und ihre Ressourcen zu stärken – das entspannt die Situation. Das Kind kann seine Aufmerksamkeit zuerst für kurze Momente, dann immer länger auf die musikalische Intervention richten.

### **Die therapeutische Haltung**

Die Arbeit mit Drogenentzugs-Säuglingen und ihren Angehörigen setzt von mir als Therapeutin neben einer grundsätzlich wohlwollenden Haltung mit den Basisvariablen wie Interesse, Wertschätzung, Respekt, Empathie, Echtheit, Geduld, Präsenz, Flexibilität, Humor und Gelassenheit auch die Bereitschaft voraus, mich mit eigenen Werten und (Vor)urteilen auseinanderzusetzen. Ich bin damit konfrontiert, dass Eltern ihre Sucht verharmlosen oder gar nicht erwähnen. Das Beispiel macht deutlich, dass der Einbezug der Eltern in der Arbeit mit Säuglingen in neonatalen Drogenentzug jedoch unumgänglich ist. Eigentlich müsste man von einer Eltern-Kind-Therapie sprechen, auch wenn die Musiktherapie nur für das Kind verordnet ist.

Während der Therapie findet ein ständiger Ebenenwechsel statt. Die Interaktion findet mit dem Kind, mit Mutter und Kind als auch im Gespräch mit der Mutter statt. Entweder auf der musikalischer Ebene oder auf der Gesprächs-Ebene mische ich mich in die Eltern-Kind-Interaktionen ein. Ich übernehme eine intuitiv-resonanzgebende Position. Einerseits teile ich die Affekte im Beziehungsgeschehen mit Eltern und Kind. Andererseits übersetze ich diese in mitteilender Form. Ausserdem habe ich die Rolle einer erfahrenen älteren Frau / Grossmutter, oder - wie Stumptner & Thomsen v. Klitzing zitieren - die Rolle der 'bedeutungsvollen Dritten'.

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

#### ***Therapieausschnitt 3, 12. Stunde, im Beisein der Mutter:***

*Samira weint wie so oft nach der Morgenmahlzeit anhaltend seit ca. 15 Minuten. Intervention: Ich biete an, Samira auf den Arm zu nehmen, was die Mutter gerne annimmt. Sie fragt, ob sie kurz einen Kaffee trinken könne. Wir vereinbaren, dass sie in 10 Minuten wieder komme.*

*Samira schreit hoch und schrill, wie wir es kennen von ihr. Nach mehreren Lagewechseln halte ich sie schliesslich in Bauchlage und wiege sie rhythmisch. Ich improvisiere ein Situationslied, in dem ich ihre Bauchschmerzen und ihr Weinen kommentiere. Dass der Start ins Leben auch beschwerlich sein kann und dass Ärger, Schmerz, Wut ihre Berechtigung haben. Dass wir sie nicht alleine lassen. Und dass wir sie durch die Schmerzen hindurch tragen. Jetzt unterbricht Samira ihr Weinen. Zuerst momentweise, dann wird sie ruhig. Sie scheint dem Singen aufmerksam zuzuhören. Frau M, die unterdessen wieder ins Zimmer gekommen ist, beobachtet mich aufmerksam und hört meinem Lied zu. Als Samira eine Weile ruhig ist, lege ich sie der Mutter in die Arme. Das Kind betrachtet seine Mutter aufmerksam, was von ihr mit Lächeln oder kindgerichtetem Sprechen erwidert wird.*

*Im anschliessenden Gespräch kommentiere ich nochmals, wie es zur Beruhigung von Samira kam. Die Mutter bestätigt, dass ihre Tochter jeweils sehr aufmerksam zuhöre, als scheine sie zu verstehen, was gesprochen werde. Samira's Mutter pflegt einen liebevollen Umgang mit ihrem Kind und gestaltet die Umgebung für ihre Tochter anregend.*

*Im Gespräch thematisiert Frau M ihre Sucht und die damit verbundenen Themen: Das schlechte Gewissen, die Vorurteile, denen sie als drogenabhängige Mutter begegnet. Das Verheimlichen der Sucht gegenüber Grossmutter väterlicherseits, welche eng in die Betreuung involviert sein werde. Ich ermutige Frau M dazu, ihrer Schwiegermutter die Wahrheit zu sagen. Beim Abschied bedankt sie sich für diese Stunde, die ihr gut getan habe.*

Beziehungsgeschehen: Die Dreiersituation dient der Entlastung der Mutter im dysregulierten Beziehungsgeschehen. Frau M vertraut mir ihr Kind für eine Zeit an. Als sie zurückkommt erlebt sie, dass das Benennen bzw. Besingen von unangenehmen Gefühlen die Situation entspannen und entlasten kann. Stellvertretend für die Mutter spreche ich aus, wofür bisher noch keine Worte gefunden wurden. Damit erhalten Samira's Äusserungen eine Bedeutung und werden differenziert. Samira versteht noch nicht den wörtlichen Inhalt, das 'was', jedoch sicherlich den affektiven Inhalt, das 'wie' dieses Liedes. Das Verstehen und Integrieren der Affekte in die bestehende Situation wirkt sowohl auf Seiten der Eltern als auch des Kindes identitätsbildend und entwicklungsfördernd. Nach dem Situationslied, also dem Aus-Halten, Benennen und Durch-Tragen der Entzugs-Schmerzen des Kindes kommt das Gespräch zwischen Mutter und Therapeutin in Gang – die Musik hat hier *Vehikelfunktion*. Erstmals spricht die Mutter danach mit mir über ihre Sucht. Bisher hatte sie das Thema vermieden. Bzw. der Pflege die Schuld zugewiesen, dass ihre Tochter Entzugssymptome hatte – das Morphin würde nicht pünktlich oder nicht richtig verabreicht...

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

*Therapieausschnitt 4, 20. Stunde, im Beisein der Mutter:*

*Samira liegt wach und zufrieden in ihrem Bettchen. Sie schaut fasziniert auf die Schellenbänder, die über dem Bett befestigt sind und versucht, danach zu greifen. Die Mutter räumt das Zimmer auf und spricht zwischendurch mit ihrer Tochter. Beide wirken entspannt und zufrieden.*

*Die Mutter spricht die Liederbücher an, welche ich mitgebracht hatte. Wir setzen uns gemeinsam neben Samira aufs Eltern Bett, singen und spielen Kinderlieder und Verse. Dabei ist die Mutter ganz fröhlich und erinnert sich an die Lieder aus ihrer eigenen Kindheit. Samira lacht und beginnt zu lautieren. Wenn sie den Blick abwendet, kommentiere ich dies, und wir machen eine Pause, bis sie uns ihre Aufmerksamkeit wieder zuwendet. Nach ca. 15' wendet Samira den Blick ganz ab, scheint müde. Frau M legt Samira ins Bett zurück und summt dazu. Sie liebkost ihre Tochter mit der Stimme.*

*Etwas später erzählt Frau M, wie wohltuend die Musiktherapie sei. Vor zwei Tagen habe meine Musiktherapie-Kollegin für sie gespielt, als sie mit ihrer Tochter den Mittagschlaf gemacht hätte. So etwas hätte sie noch nie erlebt. Frau M berichtet dann, sie habe ihrer Schwiegermutter die Wahrheit gesagt bezüglich dem Drogenentzug ihrer Tochter. Sie sei sehr erleichtert.*

a) Die Entzugssymptome nehmen zu diesem Zeitpunkt bereits deutlich ab, das Morphin ist sehr reduziert. Samira kann sich zeitweise alleine mit dem für sie bereitstehenden Spielmaterial beschäftigen und interessiert sich zunehmend für ihre Umgebung.

b) Beziehungsgeschehen: Die Mutter beginnt, die Interaktion vermehrt selbst zu führen. Sie hat über die Kinderlieder Zugang zum eigenen Kind-Sein bekommen. Jenseits von Schuldgefühlen und Belastungen gibt es Situationen der Unbelastetheit in der Therapie. Die Atmosphäre zwischen Mutter, Tochter und Musiktherapeutin ist jetzt bereits so vertraut, dass ein entspanntes Miteinander entsteht. Ich ziehe mich langsam zurück. Die Mutter reagiert immer besser auf die Signale des Kindes. Das Wahrnehmen und Gewähren von Pausen ist dabei elementar.

Im Anschluss an die Musikalische Interaktion mit der Tochter folgt meistens das Gespräch mit der Mutter. Die vorangehenden Erfahrungen mögen als Baustein dazu beigetragen haben, dass sie sich entscheiden konnte, gegenüber ihrer Schwiegermutter zu sich und ihrer Situation zu stehen.

Jedoch sind auch besondere Herausforderungen zu meistern. Samira hat einen Infekt der Atemwege, was ihren Aufenthalt verlängert. Die Zusammenarbeit zwischen Mutter/Eltern und dem medizinischen Personal ist geprägt von Misstrauen. Die Eltern fühlen sich und werden tatsächlich auch kontrolliert. Entzugserscheinungen der Eltern erschweren die Situation. Wir Therapeutinnen bieten Entlastung an, übernehmen während der Therapiestunde die Betreuung des Kindes für 30-45Min., um z.B. einen Arztbesuch zu ermöglichen. Und ermutigen die Mutter, sich mit ihren Anliegen direkt an die Pflegenden zu wenden.

## **Behandlungsabschluss**

Nach 14 Wochen kann die Morphinabgabe abgesetzt werden, und auch der Viral-Infekt ist überstanden. Das Austrittsprozedere erfolgt nach flexiblem Stufenplan (Spaziergang, Besuch zu Hause, Tagesaufenthalt zu Hause, Übernachtung zu Hause, Entlassung). Zu Hause sei alles vorbereitet, und die Mutter freut sich unendlich auf das Leben jenseits der Spitalumgebung. Beim Abschlussgespräch bedankt sich Frau M. für die musiktherapeutische Begleitung, die ihr persönlich und ihrem Kind sehr gut getan habe. Sie habe sich menschlich von uns Therapeutinnen angenommen und unterstützt gefühlt, erzählt sie, sichtlich gerührt.

## **Fazit**

Wir können von einer gelungenen Therapie auf allen Ebenen sprechen. Das Kind konnte nach Hause entlassen werden, was zu Beginn nicht klar war – und was auch nicht immer möglich ist.

In der Musiktherapie wurde Samira in hohen Erregungszuständen abgeholt, gehalten und konnte meistens beruhigt werden. Sie erreichte dann entweder einen aufmerksamen, interaktionsbereiten Wachzustand oder wurde in eine Schlafphase begleitet. Auf dieser Basis konnten die musiktherapeutischen Interventionen dem Kind zu Beruhigung und Entspannung, besserer Selbstregulierung und zur Linderung der Entzugssymptome zur verhelfen.

Das Beziehungssystem wurde entlastet. Die Mutter konnte Vertrauen aufbauen. Das musiktherapeutische Setting ermöglichte für Mutter und Kind wertvolle Beziehungserfahrungen. Die Mutter wurde in ihrer Interaktion mit dem Kind angeregt und in ihren vorhandenen Ressourcen gestärkt. Da war Lebendigkeit und Wärme. In dieser Umgebung fühlte sich die Mutter menschlich respektiert und wertgeschätzt. Die Stimme bzw. die instrumentale Musik symbolisierten Sicherheit, Kontinuität und Verlässlichkeit - Grunderfahrungen, die dem Säugling mit neonatalem Drogenentzugssyndrom - und vermutlich auch den Eltern - meist fehlen.

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. Um nachhaltig gewinnbringend zu sein, müsste der in der Klinik angeregte Resonanzprozess zwischen Mutter/Eltern und Kind im Rahmen einer ambulanten Nachbehandlung integriert und gefestigt werden. Dazu ist sicherlich enge interdisziplinäre Zusammenarbeit nötig. Und für die Mutter/Eltern eine Psychotherapie mit einer in Suchtproblematik erfahrenen Therapeutin. Zur Zeit besteht von Seiten des Kinderspitals leider kein Angebot dieser Art.

## **Schlussbemerkungen**

Die Musiktherapie eignet sich in der Arbeit mit Drogenentzugs-Säuglingen. In einer Geborgenheit spendenden Atmosphäre, in welcher Wertschätzung und Verständnis erlebt wird, können Beziehungsqualitäten zwischen Therapeutin, Eltern und Kind über das Medium Musik vermittelt werden.

Viele der in diesem Referat nur kurz angesprochenen Themen sind in der Masterarbeit ausführlicher dargestellt - u.a. eine Zusammenstellung von Interventionsmöglichkeiten für die Musiktherapie mit Entzugs-Säuglingen und ihren Angehörigen. Die nach Entzugssymptomen strukturierten Interventionen sind aus den erläuterten musiktherapeutischen Ansätzen und aus der eigenen praktischen Arbeit zusammengetragen. Die Informationsmaterialien für Eltern und Pflegefachfrauen über die Musiktherapie in der Neonatologie für Säuglinge mit NDES können übernommen werden. Die Arbeit ist im Internet vollumfänglich einsehbar, auf der Seite der deutschen musiktherapeutischen Gesellschaft, [www.musiktherapie.de](http://www.musiktherapie.de).