

Kristiina Linna-Lutz & Örbrún Gudmundsdóttir
Zusammenfassung von Vivian Mary Pudelko

Musiktherapie mit Mutter und Kind – Wirkung der Musiktherapie bei frühen Interaktionsstörungen zwischen Mutter und Kind

Das "Zentrum für Entwicklungsförderung"

Eine von vielen Einrichtungen der Wiener Sozialdienste ist das Zentrum für Entwicklungsförderung (Zef). Die Wiener Sozialdienste sind eine Non-Profit-Organisation, die von der Stadt Wien gesponsert wird.

Das Zef bietet für Kinder von null bis sechs Jahren und deren Familien Diagnostik, Beratung, Begleitung und Therapie in allen Fragen der psychischen, motorischen und intellektuellen Entwicklung. Das interdisziplinäre Team besteht aus ungefähr 30 Mitarbeitern.

Die angebotenen Therapien reichen von klassischen Ansätzen wie die der Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie bis hin zu innovativen Therapieformen, wie die der Tiergestützten Therapie und der Erlebnispädagogik (z.B. eine Waldgruppe).

Beginn des Projekts

Im Jahre 2002 bekamen wir im Zef die Möglichkeit, ein Projekt über Musiktherapie zu machen. Das Ziel war unter anderem eine stärkere Verankerung der Musiktherapie in unserer Institution.

Wir entschieden uns für das Thema "Musiktherapie mit Mutter und Kind", welches die Wirkung der Musiktherapie bei frühen Interaktionsstörungen zwischen Mutter und Kind zum Inhalt haben sollte.

Im Zef arbeiten wir Musiktherapeutinnen meistens mit 5- bis 6jährigen, oft schwerst verhaltensauffälligen Kindern im Einzelsetting. Immer wieder taucht für uns die Frage auf, ob es nicht die Möglichkeit gäbe viel früher anzusetzen. Was hat das Kind wohl bis jetzt mit seiner wichtigsten Bezugsperson (meistens der Mutter) erlebt, und wäre es nicht viel zielführender, die Mutter stärker in das therapeutische Geschehen einzubeziehen? Auch in unserer Schreiambulanz stellt sich zunehmend die Frage, wie man am effektivsten Hilfestellungen bei frühen Interaktionsstörungen anbieten kann.

Die aufmunternden Gespräche mit Frau Lenz und Frau Dr. Nöcker-Ribaupierre, die anregenden Fortbildungen mit Herrn Dr. Brisch und Herrn Dr. Bürgin, und nicht zuletzt die Arbeiten von Frau Nussberger (1999) und Frau Seytter (1996) haben unsere Neugierde auf das Thema verstärkt.

Inhalt des Projekts

Das Projekt wendet sich an Mütter und Kinder mit frühen Interaktionsstörungen. Wir denken dabei an Störungen, die sich beim Kind als Ess- und Schlafstörungen, als Bindungsstörungen oder als Verhaltensstörungen manifestiert haben. Für die Auswahl der Patienten legten wir folgende Kriterien fest: Das Kind sollte von normaler Entwicklung sein und zu Beginn der Therapie nicht älter als 3 Jahre alt. Die Mutter sollte über ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen.

Wie schon allgemein bekannt, haben die frühen Erfahrungen eines Kindes eine große Auswirkung auf seine weitere Persönlichkeitsentwicklung und Beziehungsfähigkeit. Es ist daher unser Ziel prophylaktisch zu arbeiten, um möglichen, späteren Verhaltensauffälligkeiten und weiteren Interaktionsstörungen vorbeugen zu können.

Der Schwerpunkt unserer Arbeit ist es, die Qualität der Beziehung zwischen Mutter und Kind zu verbessern. Ein Zeichen für die Verbesserung könnte zum Beispiel sein, dass Mutter und Kind zunehmend Freude aneinander erleben können.

Das Projekt ermöglicht uns nun zu untersuchen, wie das triadische, musiktherapeutische Setting positive Veränderungen in der Beziehung zwischen Mutter und Kind bewirken kann. In diesem Zusammenhang möchten wir jetzt kurz unsere theoretischen Überlegungen vorstellen.

Die Mutter-Kind-Interaktion

Viele Autoren haben sich mit der Bedeutung der frühen Erfahrungen in der Mutter-Kind-Beziehung beschäftigt. Nach D.W. Winnicott (1990) ist der Säugling darauf angewiesen, von der Mutter affektiv gespiegelt zu werden, um ein Selbstgefühl optimal entwickeln zu können. H. Kohut (1991) meint, dass sich erst dann ein reifes kohäsives Selbst entwickeln kann, wenn die Bedürfnisse des Kindes, den unterschiedlichen Entwicklungsphasen entsprechend, ausreichend befriedigt werden. In der Literatur wird die mütterliche Feinfühligkeit als Voraussetzung für eine gelungene Interaktion gesehen.

K.H. Brisch (2002) formuliert die Annahme, dass zusätzlich zur Feinfühligkeit sowohl interaktionelle Faktoren - wie Synchronizität, Reziprozität, Rhythmizität und die Feinabstimmung des affektiven Austausches in der Mutter-Kind-Interaktion -, als auch somatische und soziale Faktoren für die Entwicklung des Kindes verantwortlich sind. Das Beziehungsgeschehen zwischen Mutter und Kind sei ein hochkomplexes, leicht irritables Gebilde, an dessen Gestaltung beide, Mutter und Kind, aktiv beteiligt sind.

Besonders Autoren wie D. Stern (1992) und M. Dornes (2001) haben von den vielen ungeahnten Kompetenzen des Säuglings berichtet. Zum Beispiel in Bezug auf die Kommunikation ("social referencing", Stern), wo der Säugling sich an dem affektiven Verhalten (Mimik, Blick, Vokalisieren und Handlungen) der Mutter orientiert. Aber auch die Mutter ist mit einer Menge beziehungsfördernder Verhaltensweisen ausgestattet ("intuitive parenting", M. Papoušek, 2001): beispielsweise bei der Anpassung der Stimmlage auf, oder dem intuitiven Annähern an das Kind. Die Interaktionsprozesse sind also biologisch gut abgestimmt.

Uns interessiert in diesem Projekt, welche Faktoren diese natürlichen Prozesse so erschweren, dass es zu Interaktionsstörungen kommt. Wir nehmen an, dass ein fehlender oder wenig präsenter Vater ein großer Risikofaktor für die Mutter-Kind-Beziehung sein kann. Die Mutter braucht die Unterstützung des Partners, um für das Kind da sein zu können.

Eine große Belastung für die Mutter-Kind-Beziehung kann auch sein, wenn die Mutter selbst kein sicher gebundenes Kind war, ihre eigenen Verletzungen, Kränkungen, sogar Traumatisierungen unaufgearbeitet sind. So kann sie wahrscheinlich dem Kind kaum zur Verfügung stehen.

Musiktherapeutische Möglichkeiten zur Intervention bei Interaktionsstörungen

Das triadische Setting:

Im triadischen Setting der Musiktherapie steht die Interaktion zwischen Therapeutin, Mutter und Kind im Mittelpunkt. So entwickelt sich ein fluktuierendes Beziehungsnetz aus gemeinsamen Situationen zu dritt, aber auch aus Zweierkonstellationen, in denen die/der Dritte im Hintergrund beobachtet, das Paar begleitet (z.B. wir Musiktherapeuten oft stimmlich) oder sich alleine beschäftigt (z.B. das Kind, während Mutter und Therapeutin sich unterhalten). Die Therapeutin hat die Aufgabe einen festen Rahmen, einen sicheren Boden und eine warme Atmosphäre anzubieten, um Raum für möglichst "Alles" zu schaffen. Die wertschätzende, wohlwollende und interessierte Haltung der Therapeutin ist bei diesen Müttern umso wichtiger, werden sie doch oft eher kritisch von ihrem Umfeld als unfähige Mutter betrachtet.

Zur Vielfalt der Töne

In belasteten Mutter-Kind-Beziehungen entsteht oft ein Gefühl von Enge, Druck und ein Gefühl "alles falsch zu machen". Es gibt wenig Spielraum für ein ungezwungenes, freies Aufeinandereingehen.

Die Musiktherapie ist besonders gut dafür geeignet ein neues spielerisches Moment in die belastete und belastende Beziehung zu bringen. Die ungewohnten Instrumente und der andere Umgang mit Musik sind für Mutter und Kind meistens spannend und stellen einen Ausstieg aus dem sonst so mühevollen Alltag dar. In der Therapie ist es möglich Gefühle zu spüren, die aufgrund der schwierigen Beziehung sonst keinen Raum finden (z.B. Freude aneinander, Gelassenheit, Offenheit, Bewunderung, Neugierde). Genau so ist es hier auch möglich Gefühle zuzulassen, die sonst verdrängt werden müssen (z.B. Ablehnung und Aggression).

Wir möchten Mutter und Kind vermitteln, dass es keine falschen Töne gibt und einen Raum schaffen, in dem ein spielerisches Miteinander existieren kann.

Die Bedeutung der Struktur

Freiräume können aber auch beängstigend sein. In der frühesten Entwicklung ist das Kind auf eine Bezugsperson angewiesen, die mit viel Einfühlungsvermögen in der Lage ist, die Affekte des Kindes zu modulieren und auf einem Niveau zu halten, das aushaltbar für das Kind ist. Die Musiktherapeutin Barbara Gindl (2002) hat sich besonders mit diesem Punkt befasst.

Gerade im Umgang mit Säuglingen wird jedoch das Unabsehbare, das Zeitlose, das "Chaotische" für viele Mütter sehr bedrohlich und anstrengend. Sie haben das Gefühl eines "gestörten Alltags", der kaum Konturen und Rhythmen aufweist und fühlen sich nicht in der Lage den Kindern adäquate Strukturen anzubieten. In der Mutter-Kind-Beziehung entsteht ein Gefühl von Unsicherheit und Haltlosigkeit.

In der Therapie können wir mit Hilfe musikalischer Mittel die Aufgabe übernehmen, für Halt und Struktur zu sorgen, indem wir beispielsweise das Finden eines gemeinsamen Rhythmus' unterstützen. Gerade das Chaotische kann in musikalische, rhythmische Einheiten gefasst werden, die es somit überschaubarer machen. So wird es für Mutter und Kind möglich, Konturen zu spüren oder Halt zu finden.

Einfache Mittel, wie ein Begrüßungs- und Abschiedslied, unterstützen das Ganze. Während der Stunde können auch rhythmische Improvisationen und Situationslieder dabei helfen, schwierige Situationen besser auszuhalten.

Resonanz

In der frühesten Mutter-Kind-Beziehung, der präverbalen Phase, kommt der emotionalen Resonanz eine enorme Bedeutung zu. Gerade in schwierigen Mutter-Kind-Beziehungen fehlt es der Mutter oft an emotionaler Resonanzfähigkeit.

In der Musiktherapie wird das Hinhören und Mitschwingen gefördert. Mit dem non-verbalen Zugang ist es so in der Therapie möglich, Mutter und Kind die Erfahrung der emotionalen Resonanz zu ermöglichen.

Mitarbeiter und Setting des Projekts

Das Projektteam besteht aus zwei Musiktherapeutinnen und zwei Psychologinnen, die sich insgesamt 40 Stunden teilen. Die Musiktherapeutinnen führen die Therapien im triadischen Setting und mit therapiebezogenen Elterngesprächen durch. Die beiden klinischen Psychologinnen sind für die wissenschaftliche Begleitung des Projekts und die Beratungsgespräche mit den Müttern zuständig.

Vor Beginn der Therapie wird mit Hilfe von Fragebögen, einem Spielvideo und einem Entwicklungstest der "Ist-Zustand" der Mutter-Kind-Beziehung erhoben. Nach 20 Musiktherapiestunden erfolgt dann eine erneute Untersuchung, in der die Hypothese überprüft werden soll, ob sich durch die Musiktherapie eine Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion zeigt.

Nach den zwanzig Stunden ist es, je nach Bedarf, möglich, die Therapie fortzusetzen.

Wissenschaftliches Instrumentarium und Dokumentation

Die Psychologinnen benutzen zur Bestandsaufnahme, vor und nach der Therapie, verschiedene Verfahren. Zum einen wird mit Fragebögen für die Eltern gearbeitet und zum anderen mit Spielvideos, die nach dem Mother Infant Playing Scale und der Heidelberger Marschak-Interaktionsmethode entwickelt wurden. In den Spielvideos werden unter anderem folgende Bereiche berücksichtigt: die wechselseitige Bezogenheit von Mutter und Kind, Emotionalität und Konflikte in der Mutter-Kind-Beziehung und die Möglichkeiten zur Führung und Stressbewältigung vonseiten der Mutter.

Zusätzlich finden noch standardisierte entwicklungspsychologische Untersuchungen statt. Anhand eines statistischen Auswertungsprogramms werden dann die einzelnen Daten analysiert und interpretiert.

In der Musiktherapie ist eine quantitative Auswertung weder sinnvoll noch zielführend. Ein Schwerpunkt liegt vielmehr in der qualitativen Erfassung von Therapieverläufen, relevanten Inhalten und Gemeinsamkeiten bzw. Unterschieden in der Therapie.

Die musiktherapeutische Dokumentation besteht aus der Videoaufnahme von jeweils zwei Stunden, der dritten und der vorletzten, und aus Stundenprotokollen mit folgenden Schwerpunkten:

Stundenverlauf: Es wird versucht, die Stimmung der Stunde zu beschreiben: Ist sie angespannt, angenehm, geladen oder unsicher? - Verändert sich die Stimmung im Laufe der Stunde und wenn ja, warum? - Es wird überlegt, wie die Beziehung von Mutter und Kind im Allgemeinen ist, und wie sie z.B. in einer freien Spielsituation miteinander kommunizieren. Braucht es seitens der Therapeutin viel Initiative und Unterstützung oder genügt eine eher distanzierte Haltung? - Welche Interventionen muss die Therapeutin setzen und warum? - Es wird überlegt, wie der Rahmen und die Struktur der Stunde entsteht.

Thema der Stunden: Welcher ist der thematische Schwerpunkt der Stunde? - Welche Gefühle treten in den Vordergrund? - Geht es um Rivalität (zwischen Mutter und Therapeutin, zwischen Mutter und Kind), fehlende Strukturen und Grenzen, Freude aneinander haben? - Lässt sich das Thema auch genauer ansehen, wie ist es im Alltag, wo gibt es dieses Thema ansonsten, vornehmlich in der Geschichte der Mutter? - Geht es vielleicht um Geborgenheit finden oder endlich loslassen können? Dies wird anhand der musikalischen Spiele und der Gespräche innerhalb der Stunde thematisiert.

Therapeutin (Gegenübertragung): Es wird überlegt, wie die Beziehung zwischen Therapeutin und Kind, Therapeutin und Mutter, Therapeutin und dem Paar sich in der Stunde anfühlt. Welche Phantasien und Assoziationen tauchen bei der Therapeutin auf und welche Impulse und Bedürfnisse nimmt die Therapeutin während der Stunde wahr? Besonders ihre Rolle und Aufgaben als Therapeutin haben in der Reflexion einen großen Stellenwert.

Interaktion zwischen Mutter und Kind: Es wird beobachtet, wie die Interaktion zwischen Mutter und Kind ist, und ob sie sich während der Therapie ändern kann. Ist die Interaktion geprägt von Missverständnissen, kann die Mutter die Signale des Kindes deuten und umgekehrt? Wie ist der vorherrschende Ton, liebevoll, empathisch, schroff, gleichgültig, grenzüberschreitend...? Wie ist das Tempo? Wer hat das Sagen?

Aktueller Stand

Laut Projektplan sind 10 Kinder vorgesehen, es wurden jedoch 11 Familien aufgenommen. Unter anderem kommen folgende Störungen der Kinder vor: Ess- und Schlafstörungen, aggressives und auch ängstliches Verhalten, emotionaler Rückzug, Stuhlverweigerung. Die Gründe für diese Störungen sind zum Beispiel: eine postpartale Depression, eine schwierige Scheidung, eine Frühgeburt, ein traumatisches Ereignis oder psychosoziale Verwahrlosung. Eine Familie hat nach der Vorbereitungsphase bereits abgebrochen, eine andere in der Mitte der Projektphase.

Vorläufige Ergebnisse des Projekts:

In der Musiktherapie:

Stundenverlauf: Die Musiktherapeutinnen können feststellen, dass die Mutter und das Kind die Therapiestunde zunehmend als einen "sicheren Ort" internalisieren können. Das vertrauensvolle Klima ermöglicht ihnen sich auf den Therapieprozess einzulassen und damit auch sich gegenseitig besser wahrzunehmen. Das gemeinsame Spielen bekommt neue Qualitäten. Es ist allgemein mehr Lust und Bereitschaft, Flexibilität und Kreativität, Geben und Nehmen in der Spielgestaltung zu beobachten.

Das Mutter-Kind-Paar wird selbständiger in der Strukturierung der Stunde und die Begleitung und die "Übersetzungsarbeit" der Therapeutin kann immer mehr in den Hintergrund treten. In einigen Fällen können auch die Mütter selber mit ihren neu gewonnenen Ressourcen den "sicheren Ort" herstellen. So bekommt die Beziehung eine neue, stabile Basis.

Thema: In den Stunden ist es möglich, die konkreten Themen zwischen Mutter und Kind zu erfassen (Grenzsetzung, Rivalität, fehlendes Einfühlungsvermögen) und teilweise zu bearbeiten. Gleichzeitig werden die Hintergründe, die unverarbeiteten Themen der Mutter (z.B. eine belastende Beziehung zur eigenen Mutter, Geschwisterrivalität, eine schwierige Paarbeziehung) offensichtlich. Diese Themen können deutlicher gemacht werden und führen in einigen Fällen zur weiteren, außerhalb stattfindenden psychotherapeutischen Behandlung der Mutter.

Rolle der Therapeutin: Das Dreiersetting stellt neue Herausforderungen an eine Therapeutin dar und die ständige Reflexion über die Gegenübertragungsgefühle ist von sehr großer Bedeutung. In den Therapien hat die Therapeutin die unterschiedlichsten Rollen ((Groß)Mutter, Partner, Freundin...), die sich in einem Prozess ändern können oder relativ konstant bleiben. Am Anfang der Therapie scheint für Mutter und Kind ein großer Wunsch nach einer Art "Urmutter" da zu sein. Gegen Ende der Therapie, als die Mutter zunehmend ihre Position als eine reifere Erwachsene wahrnehmen kann, ändern sich die Aufgaben bzw. Rollen der Therapeutin.

Interaktion zwischen Mutter und Kind: In allen Fällen kann, im unterschiedlichen Ausmaß, eine positive Entwicklung der Interaktion zwischen Mutter und Kind beobachtet werden, insbesondere in Bezug auf die Emotionalität. Ganz deutlich ist eine höhere Empathie seitens der Mütter. Mehr Klarheit, Herzlichkeit, Bedürfnis nach Nähe und Zärtlichkeit und Freude aneinander kann in den meisten Therapien beobachtet werden. Die Mütter können mehr Sicherheit und Geborgenheit vermitteln und es entsteht insgesamt der Eindruck einer größeren Abgestimmtheit.

In der Psychologie:

Den Psychologinnen gegenüber betonen viele Mütter, wie angenehm und hilfreich es sei, in die Therapie miteinbezogen zu sein. Sie könnten beobachten, wie die Therapeutin mit den Verhaltensauffälligkeiten ihres Kindes umgeht und würden neue Perspektiven für den eigenen Alltag erkennen. Einige Mütter zeigten der Therapie gegenüber zu Beginn eine große Ambivalenz, in ihrem Fall scheint das engmaschige, klare Betreuungskonzept sehr hilfreich zu sein.

Es konnte in den Videos bei allen Familien eine engere Beziehung beziehungsweise ein Annehmen des "ungeliebten Störenfrieds" beobachtet werden. Außerdem war bei allen Familien eine deutliche Verbesserung auf der Kommunikationsebene wahrzunehmen, zum Beispiel was die Fähigkeit betrifft, die Kinder auf belastende Situationen (wie die Trennung) vorzubereiten.

Auswirkungen im Zef und außerhalb

In unserer Arbeitsstelle sind die Auswirkungen des Projektes sehr spürbar. Im ganzen Team erleben wir eine große Offenheit gegenüber Mutter-Kind-Therapien. Die Anzahl unserer Therapien, die wir mittlerweile in diesem Setting durchführen, hat sich vervielfacht, nicht zuletzt durch die Sensibilisierung unserer Teammitglieder gegenüber dem Thema der Mutter-Kind-Interaktion.

Im Laufe des Projektes ist es uns auch langsam und mit viel anfänglichem Aufwand gelungen, die Bekanntheit in ganz Wien größer zu machen: aus dem Projekt sind drei Kinder von auswärtigen Stellen geschickt worden und wir hatten in letzter Zeit mehrmals Anfragen von anderen Institutionen.

Zum Projekt allgemein

Das Projekt ist insgesamt recht aufwendig. Die Mütter haben viele Termine zu koordinieren. Sie müssen sich aufteilen zwischen den Therapiesitzungen, den begleitenden Einzelgesprächen mit der Musiktherapeutin und den Gesprächen mit der Psychologin. Trotz unserer anfänglichen Skepsis gegenüber dieser Aufteilung können wir jedoch feststellen, dass die Mütter die Vielfalt der Möglichkeiten, die das Setting bietet, schätzen. Durch diese Vielfalt können unterschiedliche Aspekte der einzelnen Fragestellungen thematisiert werden. Beispielsweise zum Thema Grenzsetzung: in den Gesprächen mit der Psychologin ist der erzieherische Aspekt im Vordergrund, in den Therapiestunden das konkrete Handeln und in den Gesprächen mit der Musiktherapeutin wird nach den Ursachen gesucht.

Auch für uns bringt das Projekt zusätzlichen Aufwand im Berufsalltag, wie die Koordination von Austauschmöglichkeiten oder die Kontaktaufnahme zu Außenstellen. Wir gewinnen aber dadurch wertvolle Erfahrungen, und so steht es von daher außer Frage, dass sich der Aufwand für alle Beteiligten lohnt. Die vorläufigen Ergebnisse zeigen dies am deutlichsten.

Die Rolle als Therapeutin

Das Arbeiten im triadischen Setting war für uns am Anfang recht ungewohnt. Es ist schwierig und anstrengend, das Gleichgewicht zwischen der Mutter und dem Kind zu halten und für Bedürfnisse beider da zu sein. Umso belohnender und sinnvoller ist es dann, wenn es zu positiven Veränderungen in der Beziehung zwischen der Mutter und dem Kind kommt. Wir erleben uns im Setting oft in der Rolle der Großmutter, vielleicht weil uns auffällt, dass die meisten Mütter in unserem Projekt selbst eine gute, verlässliche, mitfühlende Mutter bräuchten. Wir entdecken auch, dass es uns als Therapeutinnen entgegen kommt, die mütterliche, stützende und nährenden Rolle zu übernehmen. Dabei können die Mütter einerseits ihre Bedürfnisse nach mütterlicher Fürsorge teilweise stillen, andererseits uns aber auch als Modell für ihr eigenes Mutter-Dasein nehmen. Wir stellen uns in unserer Rolle auch immer wieder als "Vater des Kindes" zur Verfügung. Als Person, die mit der Mutter gemeinsam das Kind bewundert, sich gemeinsam über das Kind Gedanken macht und als die, die darauf achtet, dass es der Mutter gut geht. In der Vaterrolle sorgen wir auch für die Grenzen und Strukturen, zum Beispiel wenn die Stunde beendet werden muss.

Natürlich können diese Rollen auch als negative Mutter- oder Partnerübertragung zum Vorschein kommen, was dann wiederum eine Bearbeitung dieser Aspekte fördern kann.

Musiktherapie als unser Werkzeug

So wie wahrscheinlich viele Musiktherapeutinnen fragen wir uns immer wieder, ob das, was wir tun, wohl noch Musiktherapie ist. In diesem Projekt haben wir jedoch die Musik als ein wichtiges Arbeitsinstrument zunehmend aktiviert. Dabei war nicht nur unsere theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema maßgeblich, sondern auch unsere Erfahrung in den Therapien, wo sichtbar wurde, wie positiv die Musik die Mutter-Kind-Beziehung beeinflussen kann und wie vielfältig die Möglichkeiten in den Therapiestunden sind.

Musiktherapie ist nicht nur als diagnostisches Instrumentarium äußerst klar (z.B. Thema Nähe-Distanz), sondern bietet auch Mutter und Kind ein reiches Übungsfeld für die Interaktion (z.B. Grenzen setzen). Nicht zuletzt gibt es auch in der Musiktherapie die wertvolle Möglichkeit, Versäumtes nachzuholen (z.B. Geborgenheit fühlen). Für das Tragen des Therapieprozesses waren unsere anfänglichen theoretischen Überlegungen, die drei Säulen der Therapie (Vielfalt der Töne, Struktur und Halt, Resonanz), ausschlaggebend.

Ausblick

Die Arbeit in diesem Projekt hat uns auf andere "Beziehungsthemen" neugierig gemacht. Es wäre unter anderem interessant, den Vätern und Kindern ein ähnliches Projekt anzubieten und die Ergebnisse mit dem Mutter-Kind-Projekt zu vergleichen. Welche Themen würden wohl dort zum Vorschein kommen? Väterliche Feinfühligkeit? Verfügbarkeit? Bindungsfähigkeit?

Auch nach Ende des Projekts werden wir hoffentlich in Zukunft in den Mutter-Kind-Therapien zu immer neuen Erkenntnissen kommen. Die Voraussetzung dafür ist aber der zeitliche Rahmen, um gemeinsam über die Tätigkeit reflektieren zu können. Gerade der intensive Austausch untereinander hat uns doch in diesem Projekt am meisten gebracht. Natürlich ist für uns bis jetzt der Austausch mit anderen Musiktherapeutinnen sehr anregend gewesen und wird es auch bleiben.

Literatur

- Brisch, Karl Heinz (2002). *Bindungsstörungen. Theorie, Psychotherapie, Interventionsprogramme und Prävention*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dornes, Martin (2001). *Der kompetente Säugling – die präverbale Entwicklung des Menschen* (10. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer.
- Gindl, Barbara (2002). *Anklang – die Resonanz der Seele: Über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung*. Paderborn: Junfermann.
- Kohut, Heinz (1991). *Die Heilung des Selbst* (4. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Nussberger, Renate (1999). *Musiktherapie mit Eltern und Säuglingen bei frühen Interaktionsstörungen mit besonderer Berücksichtigung der vokalen Äußerungen*. Wien: Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Papoušek, Mechthild (2001). *Vom ersten Schrei zum ersten Wort – Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation*. Bern: Huber.
- Seytter, Anne (1996). *Musiktherapie mit Mutter und Kind – das triadische Setting als therapeutische Möglichkeit*. Wien: Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Stern, Daniel (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winnicott, Donald W. (1990). *Babys und ihre Mütter*. Stuttgart: Klett-Cotta.