

Zur Entwicklung des subjektiven Erlebens: Ein musiktherapeutisches Konzept für die Behandlung frühgeborener Kinder

M. Nöcker-Ribaupierre

München, Deutschland

Abstract

Rhythm and sound accompany the prenatal life of the child. Because the hearing system appears so early in the ontogeny they both have such a great importance for the neurological and psychological development. But the preterm child lives in the incubator which is a high technical human deprived surrounding. It is possible to maintain a continuum for primarily acoustic representation through the mother's voice, the emotional substance of her rhythm and sound. This is necessary for the development of a subjective experience, for the development of an intrapsychological structure of relationship. This is the fundamental principle of my concept of a musictherapeutic treatment for premature infants.

Zusammenfassung

Rhythmus und Klänge begleiten das vorgeburtliche Leben des Kindes. Da das Hörsystem in der Ontogenese so früh erscheint, haben beide sowohl für die neurologische als auch für die psychische Entwicklung ihre Bedeutung. Das frühgeborene Kind aber lebt im Inkubator in einer hochtechnisierten, menschlich deprivierten Umgebung. Man kann ihm über die Mutterstimme, den emotionalen Gehalt durch deren Klang und Rhythmus, ein Kontinuum für primäre akustische Repräsentanzen erhalten, als Voraussetzung für das Entstehen des subjektiven Erlebens, eines intrapsychischen Bindungsgefüges. Das ist die Grundlage meines musiktherapeutischen Behandlungskonzeptes für frühgeborene Kinder.

Correspondence to: Dr. sc. mus. Monika Nöcker-Ribaupierre, Dipl. Musiktherapeutin DBVMT, Wehrlestraße 22, 81679 München

Die Situation frühgeborener Kinder

Vor 10 Jahren lag die untere Grenze einer Überlebenschance frühgeborener Kinder bei etwa 28 Schwangerschaftswochen (bei einer Gesamtschwangerschaftsdauer von 40 Wochen), vor zwei Jahren wurden 25 Schwangerschaftswochen diskutiert – Geburtsgewicht 750 g, 600 g, 500 g – die Grenzen sinken. Da sich die technische Situation der medizinischen Intensivversorgung in den vergangenen 20 Jahren ständig verbessert hat, ist immer unreiferen Kindern Überleben möglich – Überleben in einer Zeit des Wachstums, in der alle Sinnesorgane soweit ausgereift sind, daß sie sensorische Impulse empfangen, was die Entwicklung maßgeblich beeinflußt – Überleben in einer unphysiologischen Umgebung, geprägt von intensivmedizinisch notwendiger Überstimulierung, psychisch-emotionaler Deprivation, unendlich vielen und schmerzhaften Erfahrungen. Diese so kleinen Kinder verbringen, wenn sie überleben, etwa zwei Monate im Inkubator und durchschnittlich vier Monate in der Klinik.

Ich habe viele Jahre als Musiktherapeutin auf einer Neugeborenen-Intensivstation gearbeitet. Ursprünglich bin ich von der Idee ausgegangen, den Kindern andere akustische Eindrücke als die der sie umgebenden technischen Geräte zu vermitteln. Ich habe mich mit der Entwicklung des auditiven Systems, der Prüf- und Abrufbarkeit pränataler akustischer Erfahrungen (Rhythmus, Musik/Klang und Stimme) beschäftigt, anfangs unter dem entwicklungsphysiologischen Aspekt, über eine akustische Stimulation vitale Funktionen anzuregen – zu diesem Thema gibt es einige Studien, die unterschiedliche Stimuli mit funktional meßbarem Erfolg verwendet haben^{3,15}. Mein Schwerpunkt änderte sich, als ich im Laufe der Zeit erlebte, wie sehr Mütter bereit waren, eine Tonbandaufnahme von sich für ihr Kind zu machen, im Gegensatz zu ihrer Einwilligung, ihrem Kind Musik vorspielen zu lassen. Ich spürte immer deutlicher, wie schwer sich Mütter tun, in so einer Extremsituation – belastet von Schuldgefühlen, Angst, mangelndem Selbstwertgefühl, der Trennung – anfangs überhaupt eine Beziehung zu ihrem Kind herzustellen.

Unter dem Aspekt der Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung stellt sich die Situation Frühgeburt so dar: Es gibt ein Kind und eine Mutter, die zur Unzeit von einander getrennt werden, die durch einen Bruch im psychophysischen Kontinuum einen wichtigen Abschnitt gemeinsamen Er-Lebens nicht erfahren können. Dem Kind, das in jedem Fall noch ein Fetus ist, fehlen all die vom Mutterleib ausgehenden Stimulierungen – die akustischen Eindrücke, die Wärme, der Körperkontakt, der biochemische Austausch – alle Aspekte einer frühen „emotionalen“ und „sozialen“ Kommunikation. Die Mutter, die physisch noch geschwächt ist, befindet sich auch psychisch in einem desolaten Zustand. Sie versteht die Situation nicht, sie erlebt das Kind nicht als ein von ihr getrenntes Wesen und begreift sich, in Identifikation mit dem als ihrer Selbst erlebten Kind, als angsterregend in einer überwältigenden technischen Umgebung. Dies erschwert eine primär positive Beziehung zu ihrem Kind.

Psychologische Fragestellung

Wenn man ein musiktherapeutisch orientiertes Stimulationsprogramm entwickeln will, bei dem als Medium nur die Stimme der Mutter (später auch die des Vaters) verwendet werden soll, stellen sich eine Reihe von Fragen:

Was kann die Stimme seiner Mutter für das Kind im Hinblick auf die Entwicklung seines subjektiven Erlebens bedeuten, was kann sie bewirken? Was vermittelt die Stimme der Mutter an musikalischer Lebens- und Erlebensgrundlage? Ich nehme an – und werde diese Annahme zu belegen versuchen – daß sie unter dem Gesichtspunkt ihrer beziehungsstiftenden Qualitäten beiden einen Brückenschlag vom intrauterinen Leben über die Intensivzeit hinweg nach Hause ermöglicht – also einer eigenständigen intrapsychischen Aktivität zu einer erneuten und neuen Ver-Bindung von Mutter und Kind Raum zu gibt.

Über das Medium Mutterstimme verbindet unsere auditive Stimulationstherapie zwei verschiedene Ansätze: Zum einen den therapeutisch-funktionalen Ansatz, Verlorenes wenigstens teilweise zu erhalten bzw. zu ersetzen – zum anderen handelt es sich um einen musiktherapeutischen Ansatz, der sich an das sich entwickelnde subjektive Erleben im Beziehungsgefüge zwischen Mutter und Kind richtet.

Die therapeutische Situation

Die Interpretation von Aussagen und Träumen Erwachsener, als Erinnerung an die früheste Lebenszeit, die innerhalb einer psychoanalytischen Behandlung auftauchen, haben eine Reihe von Analytikern zu der Annahme eines pränatalen Erlebens geführt. Vertreter der pränatalen Psychologie^{1,4,8,10,18} haben ein Konzept einer Psychologie der vorgeburtlichen Lebenszeit entworfen. Sie gehen von der Erlebnisfähigkeit des ungeborenen Kindes aus, davon, daß „das ungeborene Kind ein unbewußtes Selbst besitzt, das mit der Mutter in der Lage ist, wahrzunehmen und zu kommunizieren“¹. Da Wahrnehmung aber Ausdruck eines psychischen Prozesses ist, „wird das nachgeburtlich Psychische bereits vorgeburtlich antizipiert“¹. Die Bezeichnung „unbewußtes“ Selbst möchte ich in diesem Zusammenhang nicht übernehmen: Das Unbewußte bedeutet das, was nicht bewußt ist, oder das aus dem Bewußtsein Verdrängte. Da die psychische Struktur des Feten nicht soweit entwickelt ist, sehe ich den Feten weder als bewußt noch unbewußt an, sondern als vorbewußt. Die Entwicklung eines vorbewußten Selbst hängt von dem erlebnisbedingten intrauterinen Milieu ab, der psychophysischen Interaktion von Mutter und Kind auf der Basis biologisch vegetativer Reaktionen. Wird diese interpersonelle Struktur und die Dynamik der pränatalen Symbiose beschädigt, verliert der Fetus den mütterlichen Uterus als sicheren und geschützten Ort, ist damit die Basis seines psychischen Existenzgefühles gefährdet.

Die psychischen und psychosomatischen Störungen, die sich in der Folge daraus entwickeln können, sind vielfältig beschrieben worden^{7,8,9,17}.

Diese Sichtweise aus der Psychopathologie Erwachsener heraus hat jedoch im Zusammenhang mit der Behandlung frühgeborener Kinder keine besondere Aussagekraft, denn das Ringen um Verständnis der Psychodynamik der

pränatalen Zeit über den Weg der Rekonstruktion unterliegt der Gefahr des Adulthoodmorphismus².

Ich suchte also nach Theorien, die sich um einen Zugang zum Verständnis der Entstehung von Erinnerungsspuren im kindlichen Selbst bemühen und nicht um die Entwicklung psychischer Störungen. Dazu macht Stern²⁰ ganz entscheidende Aussagen: Indem er von den Beobachtungsdaten der Säuglingsforschung auf ein subjektives Erleben des Säuglings schließt, schafft er hier eine Verbindung zwischen empirischer Säuglingsforschung und Psychoanalyse. Er beschreibt das sich entwickelnde Selbstgefühl als ein primäres, organisierendes und strukturierendes Prinzip, das schon die früheste Entwicklung steuert. Im Gegensatz zur psychoanalytischen Theorie stellt er die Hypothese von einem ganzheitlichen Entwicklungsprinzip auf, das von Anfang an den „Anderen“ einschließt. Also erfolgt die physiologische Regulation des Lebens über den Austausch von Sozialverhalten, der Interaktion von Kind und Mutter bzw. Eltern. Dabei spielen die unterschiedlichen Arten des Fühlens, die mit allen elementaren Vorgängen des Lebens verbunden sind, die entscheidende Rolle. Stern bezeichnet sie als sog. Vitalitätsaffekte und verdeutlicht sie an folgendem Beispiel:

Abstrakter Tanz und Musik sind ausgezeichnete Beispiele für die Ausdrucksfähigkeit der Vitalitätsaffekte. Der abstrakte Tanz führt dem Zuschauer/Zuhörer eine Vielfalt an Vitalitätsaffekten mitsamt ihren Abwandlungen vor, ohne auf eine Handlung oder kategoriale Affekte zurückzugreifen, aus denen man die Vitalitätsaffekte erschließen könnte. Fast immer versucht der Choreograph, nicht einen spezifischen Gefühlsinhalt als vielmehr eine Art des Fühlens auszudrücken.“ Und weiter: „Wie der Erwachsene den Tanz, so erlebt der Säugling seine soziale Welt in erster Linie als Welt der Vitalitätsaffekte, bevor sie sich zu einer Welt formaler Handlungen entwickelt.

Die anfangs beschriebenen Fähigkeiten des Säuglings, die es ihm ermöglichen, seine unterschiedlichen sozialen und kognitiven Erfahrungen miteinander zu verbinden, sind genetisch determiniert. Sie sind entweder, einem vorgegebenen Zeitplan folgend, schon bei Geburt vorhanden oder sie können sich danach entwickeln, wenn die entwicklungsneurologischen Voraussetzungen und die Umwelt in Ordnung sind.

Wenn dort Störungen auftauchen, wo es nicht gelingt, die frühen Erinnerungsspuren in der Abfolge zu verknüpfen, läßt sich befürchten, daß die leibseelische Entwicklung pathologische Formen annimmt – daß die vorzeitige Geburt archaische psychische Abwehrformen (autistische und psychotische Spaltungen) erfordert, um das psychische Überleben zu gewährleisten. Ich gehe davon aus, daß die genetische Determinierung von Wahrnehmung in der pränatalen Zeit vorhanden ist – so auch in der Zeit, die das Kind, um zu überleben, im Inkubator verbringt.

Ein musiktherapeutisches Konzept

Da man in dieser frühen Zeit der Entstehung der Bindung Mutter-Kind nur beide gemeinsam als ein System betrachten und behandeln kann, müssen Überlegungen für eine therapeutische Begleitung beider Situation berücksichtigen.

Die Mutter sollte zu Beginn dieses Prozesses ihrem Gefühl des Ausgeliefertseins mit Aktivität begegnen können. Dies geschieht dadurch, daß man der Mutter hilft, etwas von sich zu vermitteln. Da die Möglichkeiten einer taktilen Stimulation über körperliche Nähe – wie berühren, halten, versorgen – oft über viele Wochen erschwert sind, ist es naheliegend, sie dazu anzuregen, über den Weg einer anderen sinnlichen Qualität, der akustischen, ihr Kind zu erreichen: Sie kann ihr Kind ansprechen, ihm einen Namen geben, sich ihm mitteilen. Sie stellt sich vor, daß ihr Kind sie hören kann, daß sie einen gemeinsamen Erfahrungsraum – im Winnicottschen Sinne einen intermediären Raum – haben, wo beide hörend teilen, was sie ihm vermittelt.

Die Stimme der Mutter ist etwas Lebendiges, worüber dem Kind in dieser neuen unphysiologischen Welt des Inkubators Vitalitätsaffekte übermittelt werden: Denn die Art, in der die Mutter sich bewegt und handelt, ihre gesamte, dem Fetus „wohlvertraute“ Wesensart, spiegelt sich auch in ihrer Stimme wieder.

Die Stimme der Mutter ist in der vorgeburtlichen Zeit ein Element der Verbindung. Sie ist körpernah und beinhaltet gleichzeitig den gesamten Entwurf entwicklungspsychologisch später angesiedelter Kommunikation – verbale Entwicklung dient ja später in der Individuation dazu, Verbindung aufrecht zu erhalten. Hier nun steht der stimmliche Ausdruck mit seinen musikalischen Parametern entsprechend dem derzeitigen kindlichen Entwicklungsstand im Vordergrund, gewährleistet aber gleichzeitig die Kontinuität vor- und nachgeburtlichen Erlebens. Die um viele Wochen zu frühe Geburt bedeutet für das Kind den Anfang einer schwierigen, lebensbedrohlichen Zeit in einer absolut unphysiologischen Umgebung, geprägt von Ungeborgenheit und Schmerz, ohne Verbindung zu dem, was Leben ausmacht: Zu einem Menschen. Das Kind wird psychisch überlebensfähig nur in der Beziehung, der Interaktion mit seiner Mutter.

Für eine therapeutische Begleitung des Kindes muß man ihm etwas geben, was ein Weg, eine Ver-Bindung zur Mutter sein kann: Ihre Stimme, den non-verbalen, emotionalen, von musikalischen Parametern bestimmte Gehalt der Stimme – nicht ihre Bedeutung als Grundlage zur Sprachentwicklung, sondern die prägende psychische Wirkung durch den für jedes Kind unverwechselbaren Klang, die Melodie und den Rhythmus dieser Stimme, jenseits aller Semantik – als ein Träger der pränatalen emotionalen Interaktion. Rhythmus und Klänge vermitteln die Anfänge des frühkindlichen Erlebens¹² – so auch Rhythmus und Klang der mütterlichen Stimme.

Daß sich die Gefühle der Mutter über diese musikalischen Parameter dem Kind vermitteln, konnte ich ganz am Anfang meiner Arbeit an den Reaktionen zweier Kinder beobachten: Beide Kinder kamen vor der 29. Schwangerschaftswoche mit lebensbedrohlichen medizinischen Problemen zur Welt, beiden Müttern ging es psychisch sehr schlecht, sie standen stumm vor dem Inkubator und hatten große Angst. Sie nahmen mein Angebot, eine Stimmaufnahme zu machen, gern an, ihre Stimmen klangen aber auffallend matt, tonlos, depressiv. Im Alter von etwa 34 Wochen reagierten beide Kinder mit weinen auf die Tonbandstimme, nicht aber wenn die Mütter direkt zu ihnen sprachen. Die in der Zwischenzeit deutlich verbesserte Stimmungslage beider Mütter fand ihren Ausdruck in dem veränderten, helleren und kräftigeren Klang ihrer Stimmen. Beide Kinder reagierten auf die neue Aufnahme mit Kopf- und Blickwendung in Richtung auf die Tonquelle.

Diese von musiktherapeutischen Gedanken ausgehenden Überlegungen und Beobachtungen ergänze ich durch zwei entwicklungsneurologisch orientierte Untersuchungsreihen: DeCasper wies nach, daß Säuglinge gleich nach der Geburt einen pränatal wiederholt gehörten Text von einem fremden Text unterscheiden können⁵. Und Fernald zeigte, daß Säuglinge in der Lage sind, eine steigende Intonation von einer fallenden zu unterscheiden, wenn beide Tonfolgen von derselben Stimme auf demselben Vokal gesungen werden²⁰: Das beweist auch über diesen Weg die Fähigkeit des Wiedererkennens über musikalische Parameter.

Die Bedeutung des akustischen Erlebens

Sehr kleine frühgeborene Kinder reagieren (ab der 26. Schwangerschaftswoche) sicht- und meßbar auf unphysiologische, unberechenbare Außengeräusche^{11,22}: auf die plötzlichen Geräusche des Stationsalltags wie Alarm oder Telefon, auf verschiedene Musik^{3,15} und nach unseren Beobachtungen auf die Mutterstimme¹⁴, wenn sie nicht krank und/oder sediert sind.

Musiktherapeutische Überlegungen zum akustischen Erleben des Säuglings stellt Willms an²¹. Er sagt, daß der Säugling Geräuschen gegenüber wehrlos ausgeliefert ist, sie als Ausgeliefertsein oder Ausgesetztsein erleben muß. Das bedeutet, daß er präverbale akustische Erfahrungen, Geräusche als „ein chaotisches und bedrohliches Erlebnis“, in Verbindung bringt mit einer „als bedrohlich erlebten Außenwelt“. Die nächste akustische Erfahrung, die beruhigende Stimme, das Singen der Mutter, erkennt das Kind wieder und wird durch die damit verbundene konstante Zuwendung beruhigt. Das Wiedererkennen bedeutet „ein Lusterlebnis, da es möglicherweise entstandene Angst wegen des Nichtvorhandenseins der Mutter wieder löst“. Das bedeutet, daß Willms von einer zeitlichen Abfolge akustischer Prägung ausgeht: Zuerst Bedrohliches durch Chaos, dann Geborgenheit durch Wiedererkennen. Ich denke aber, daß das intrauterin normal kontinuierlich Erlebte nicht als Chaos in unserem Sinn zu bezeichnen ist, denn von ihrem Wesen her sind chaotische Geräusche zunächst durch ihre Unberechenbarkeit bedrohlich.

Gemäß der genetischen Determinierung von Entwicklung, wie auch Stern die neueren Forschungsergebnisse zusammenfaßt, gibt es demnach in diesem Sinn keine zeitliche Abfolge akustischer Prägung, es handelt sich im Gegenteil um einen gleichzeitigen Prozeß. Es kommt daher sehr darauf an, welcher Aspekt schon in der intrauterinen Zeit überwiegt: Ob bedrohlich Unberechenbares und daher Angstausslösendes die Entwicklung des subjektiven Erlebens des Kindes prägt und damit zu den beschriebenen Lebensstörungen führen kann, oder ob der Aspekt einer emotionalen Verlässlichkeit durch Wiedererkennen überwiegen kann.

Willms stellt, darauf folgend, der angsterzeugenden Wirkung des chaotischen Geräusches die angstlösende Wirkung der formalen Aspekte der Musik gegenüber. Er sagt, daß die formalen Ordnungsstrukturen der Musik dem „entwickelten (musikalischen) Ich die Bewältigung der frühen präverbalen akustischen Ereignisse ermöglichen“. Präverbale akustische Ereignisse sind vor al-

lem im rezeptiv musiktherapeutischen Setting oft Ursache archaisch chaotisch-angstbesetzter Assoziationen, die tatsächlich durch formale Strukturen von Musik, rezeptiv oder in der aktiven Improvisation, verstanden und bewältigt werden können. Zu den formalen Strukturen von Musik gehören rhythmische Elemente – zuverlässig in der Wiederkehr, der Abfolge, vorhersehbar. So können sie Kontinuität und Geborgenheit vermitteln, das Gegenteil der angsterzeugenden Wirkung des chaotischen Geräusches. Rhythmus, erweitert und auf die akustische Umgebung in der Frühgeburtensituation bezogen, vermittelt sich dem Kind über die festen Zeiten, in denen das Tonband läuft, die regelmäßige Wiederholung von Klang und Melodie der Sprache, über den Sprachrhythmus, die Pausen im Text.

Man kann frühgeborene Kinder beobachten – Kinder, die 30 Wochen alt sind – wie sie auf die Stimme vom Tonband „warten“ – wach, die Augen in Richtung auf die Schallquelle gerichtet.

Wie ich aus meiner eigenen Erfahrung, in meiner musiktherapeutischen Praxis und aus Gesprächen mit Müttern sehr früh geborener Kinder immer wieder höre und erlebe, findet man später bei diesen Kindern auffallend häufig ein zwanghaft erscheinendes Hingezogensein zu technischen Geräuschen, zu Maschinen aller Art, zu Computergeräuschen. Ich denke, daß hier „Bewältigung“ des Angstauslösenden, weil Unberechenbaren in der Beziehungsentwicklung, durch formale Ordnungsstrukturen stattfindet. Das erlebe ich in meiner musiktherapeutischen Arbeit mit ehemals sehr kleinen Frühgeborenen als zwingende Faszination an dem damalslebensrettend Mechanischen, was in meiner Gegenübertragung oft Angst auslöst. Die Assoziation mit der sehr frühen, auch „intrauterinen“ akustischen Prägung, wie sie – in der Verhaltensforschung – Negus¹⁹ von seinen Singvögeln und Lorenz von den ausschlüpfenden Entenküken beschreiben, liegt nahe.

Die Reaktionen sehr frühgeborener Kinder auf die plötzlichen Geräusche des Stationsalltags, vor allem auf Alarm und Telefon, müssen in diesem Zusammenhang beschrieben werden: In den ersten ein bis zwei Wochen fahren sie oft so erschreckt zusammen, daß sie sediert werden müssen, weil sich Unruhe nachteilig auf Atmung und Kreislauf auswirkt – danach reagieren sie in den meisten Fällen nicht mehr auf solche Störungen. Dieses Verhalten wird als Eingewöhnung oder Konditionierung angesehen.

Nach meinen Beobachtungen findet jedoch beim frühgeborenen Kind, selbst nach wochenlanger „Beschallung“ mit dem gleichen Tonband, keine Konditionierung auf die Mutterstimme statt: Es reagiert, wenn es nicht krank oder sediert ist oder fest schläft, mit wacher Aufmerksamkeit auf diese Stimme.

Zur Erklärung dieser Beobachtungen ziehe ich den Aufsatz von Eagle zu „neueren Entwicklungen in der Psychoanalyse“ heran, in dem er sich mit verschiedenen Ansätzen der Entwicklung von Objektbeziehungen auseinandersetzt. Er beschreibt, „daß alle Ergebnisse – der neueren Forschung, im Gegensatz zu der Theorie von Freud (M.N.) – darauf hindeuten, daß sowohl das Interesse an Objekten als auch die Entwicklung von Gefühlen der Zuneigung nicht ... Resultat der Befriedigung anderer Bedürfnisse sind, sondern daß sie einen

entscheidenden unabhängigen Entwicklungsaspekt darstellen, der ein Ausdruck angeborener Neigungen ist, kognitive und affektive Bindungen zu Objekten in der Welt herzustellen.“ Taktile und kinästhetische Stimulation stellt von Anfang an die entscheidende Dimension dar, auf die der Säugling reagiert. Dabei sind selektive Vorlieben des Säuglings für bestimmte Reizfigurationen autonome, angeborene Neigungen, die schon bei oder kurz nach der Geburt beobachtet werden können.

Das was Eagle für die Bereiche der taktilen und kinästhetischen Stimulation schreibt, möchte ich um den Bereich der auditiven Stimulation erweitern. Nachdem das Hörorgan in der Ontogenese so früh angelegt ist^{13,16}, gehe ich davon aus, daß, neben der entwicklungsneurologischen Bedeutung akustischer Stimulation, die Stimme der Mutter während der Schwangerschaft eine wichtige Rolle in der Entwicklung intrapsychischer Repräsentanzen zum Entstehen von Bindung hat. Ich möchte daraus ableiten, daß dem Kind in der intensivmedizinischen Frühgeburtzeit über die Stimme der Mutter ein psychischer Raum eröffnet werden kann – in dem Entwicklung stattfindet, in dem panikartige Zustände, ausgelöst durch Chaos, gemildert werden.

Zum Termin geborene Säuglinge zeigen gleich nach der Geburt die Fähigkeit, „mittels einer Modalität (dem Sehvermögen) ein Objekt wahrzunehmen, daß sie mittels einer anderen Modalität (Berührung) kennengelernt haben“⁶. Dieser Entwicklungssprung findet möglicherweise schon einige Wochen vor der termingerechten Geburt statt, denn ab etwa 36 Wochen läßt sich das frühgeborene Kind nicht mehr wie bisher über die Tonbandstimme allein funktional beruhigen, sondern nur in der Verbindung von akustischer und taktiler Stimulation (streicheln, halten, getragen werden).

Abschließende Gedanken

In der Auditiven Stimulation, einer rezeptiv-musiktherapeutischen Maßnahme für das frühgeborene Kind, verwende ich ausschließlich die Mutterstimme als Medium: Die Mutterstimme ist einerseits Ersatz, andererseits Symbol für Beziehung. Das therapeutische Mittel für eine akustische Stimulation kann deshalb nicht Musik sein. Denn der Symbolwert der Musik, der in der Therapie mit erwachsenen Menschen eine so entscheidende Rolle spielt, hat dort keinen Sinn, wo sich der Klient noch in einer vorbewußten Welt, einer Präsymbolwelt befindet: Zu Beginn des Lebens besitzen Klänge und Rhythmus noch keine „symbolischen Qualitäten“. Das frühgeborene Kind ist von seiner Entwicklung her noch nicht zur Symbolisierung fähig. Denn Symbolbildung ereignet sich auf der Basis der Bildung innerer Repräsentanzen, setzt also Bewußtsein und Erinnerung voraus.

Ich gehe nicht nur davon aus, daß Rhythmus und Klänge die Anfänge des frühkindlichen Erlebens begleiten, sondern daß sie darüber hinaus beziehungsstiftend sind, wenn sie über die Mutterstimme vermittelt werden. Nach einer um viele Wochen zu frühen Unterbrechung der Verbindung von Mutter und Kind gibt es die Möglichkeit, dem Kind mit den musikalischen Parametern der

Mutterstimme ein Kontinuum für primäre akustische Repräsentanzen zu erhalten, zur Entwicklung seines subjektiven individuellen Erlebens.

Literatur

1. Ammon, G. (1982). Zur Psychodynamik von Frühgeburt und psychosomatischer Erkrankung. In: Hau, T.F., Schindler, S. (Hrsg.) Pränatale und perinatale Psychosomatik. Hippokrates: Stuttgart
2. Baumgart, M. (1991). Psychoanalyse und Säuglingsforschung: Versuch einer Integration unter Berücksichtigung methodischer Unterschiede. *Psyche* 45(9), 781–809
3. Caine, J. (1991). The effect of music on the selected stress behaviors, weight, caloric and formula intake, and length of hospital stay of premature and low birth weight neonates in a newborn intensive care unit. *J. of Music Therapy* XXVIII(4), 180–192
4. Clauser, G. (1971). Die vorgeburtliche Entstehung der Sprache als anthropologisches Problem. Enke: Stuttgart
5. DeCasper, A.F., Fifer, W.P. (1980). Of human bonding: Newborns prefer their mother's voices. *Science* 208, 1174
6. Eagle, M.N. (1988). Neuere Entwicklung in der Psychoanalyse: Eine kritische Würdigung. Internat. Psychoanalyse: München, Wien
7. Fedor-Freyberg, F.G. (1987). Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Saphir: Älvjö Schweden
8. Graber, G. (Hrsg.) (1974). Pränatale Psychologie. Kindler: München
9. Hau, T.F., Schindler, S. (Hrsg.) (1982). Pränatale und perinatale Psychosomatik. Hippokrates Stuttgart
10. Janus, L.: Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt. Centaurus: Pfaffenweiler
11. Newman, D.G., Johnson, D.S., Young, C.M., Newman, J.M., Douglas, S.E. (1984). A study of neonates' differential responses to three voices, as measured of transcutaneous oxymonitor. *Brit. J. Audiol.* 18, 217
12. Niedecken, D. (1988). Einsätze. VSA: Hamburg
13. Nöcker-Ribaupierre, M. (1986). Ontogenese des Hörens. *Musikthp. Umschau* 7, 93–101
14. Nöcker, M., Güntner, M., Riegel, K.P. (1987). The effect of the mother's voice on the physical activity and the tcPO₂ of very premature infants. *Pediat. Res.* 22 221
15. Nöcker-Ribaupierre, M. (1994). Auditive Stimulation nach Frühgeburt – ein Beitrag zur Musiktherapie. Inaug. Diss. Hamburg
16. Rubel, E.W. (1984). Ontogeny of auditory system function. *Ann. Rev. Physiol.* 46, 213
17. Schindler, S., Zimprich, H. (Hrsg.) (1983). Ökologie der Perinatalzeit. Hippokrates: Stuttgart
18. Simon, W. (1974). Hören – Urphänomen der Weltbegegnung. In: Graber, G.H. (Hrsg.) Pränatale Psychologie. Kindler: München
19. Tomatis, A.A. (1987). Der Klang des Lebens. Rowohlt: Hamburg
20. Stern, D.N. (1992). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta: Stuttgart
21. Willms, H. (1975). Musiktherapie bei psychotischen Erkrankungen. Fischer: Stuttgart
22. Wolke, D., Eldrige, T. (1991). Environmental care. In: Campbell, A.G.M., McIntosh, T. (Eds.) Forfar and Arneil's Textbook of Pediatrics. Churchill Livingstone: Edinburgh