

Stumptner, Katrin; Thomsen, Cornelia

MusikSpielTherapie (MST) - Eine Eltern-Kind-Psychotherapie für Kinder im Alter bis zu vier Jahren

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 54 (2005) 8, S. 684-699

urn:nbn:de:0111-opus-9669

Erstveröffentlichung bei:



www.v-r.de

Nutzungsbedingungen

pedocs gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von pedocs und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

peDOCS

Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF)

Informationszentrum (IZ) Bildung

Schloßstr. 29, D-60486 Frankfurt am Main

eMail: pedocs@dipf.de

Internet: www.pedocs.de

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse,
Psychologie und Familientherapie

54. Jahrgang 2005

Herausgeberinnen und Herausgeber

Manfred Cierpka, Heidelberg – Ulrike Lehmkuhl, Berlin –
Albert Lenz, Paderborn – Inge Seiffge-Krenke, Mainz –
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

Verantwortliche Herausgeberinnen

Ulrike Lehmkuhl, Berlin
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

Redakteur

Günter Presting, Göttingen

V&R Verlag Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen

MusikSpielTherapie (MST) – Eine Eltern-Kind-Psychotherapie für Kinder im Alter bis zu vier Jahren

Katrin Stumptner und Cornelia Thomsen

Summary

MusicPlayTherapy – A parent-child psychotherapy for children 0–4 years old

The early stage of building up the parent-child relationship is especially important. It is the basis for the child's development of the ability to relate to others and his or her further emotional, social and cognitive development. In this important early phase various risk factors may alienate parents from their intuitive parental competence towards their children. Such interaction problems indicate an intervention in the form of parent-children psychotherapy. This constitutes an entry point for the concept of MusicPlayTherapy (MPT): The early relationship is characterized mainly by complex communication sequences that address the senses at all levels. Therefore, the MPT concept integrates music as medium to communicate and opens up a playing space for play that allows emotions and experiences to be expressed. The components of music such as rhythm, sound, and melody stimulate babies and toddlers to express, play, and communicate preverbally. We work with the child and a parent in the MusicPlayTherapy sessions. Parents learn again to play and thereby learn to reach their children emotionally and to communicate with them. We complement the therapy sessions by counselling sessions with both parents.

Key words: parent-child interaction – triad – music – play – affective response

Zusammenfassung

Die frühe Phase des Eltern-Kind-Beziehungsaufbaus ist von besonderer Wichtigkeit. Sie ist die Grundlage für die Entwicklung der Beziehungsfähigkeit des Kindes. Verschiedene Risikofaktoren können zu Interaktionsstörungen zwischen Eltern¹ und Kind führen und die weitere Entwicklung der Beziehungsfähigkeit des Kindes und seine emotionale, soziale und kognitive Entwicklung stören. Vor diesem Hintergrund ist in dieser Lebensphase (0 bis ca. 4 Jahre) eine Intervention im Sinne einer Eltern-Kind-Psychotherapie bei früh auftretenden Interaktionsstörungen indiziert. Hier setzt das Konzept der MusikSpielTherapie (MST) an: Das frühe Beziehungs-geschehen ist vor allem von komplexen, alle Sinnesebenen ansprechenden präverbalen Kommunikationssequenzen gekennzeichnet. Das in die Therapie integrierte Medium Musik setzt im Bereich der vorsprachlichen Kommunikation an. Durch die Wir-

¹ Eltern, Mutter, Vater stehen in dieser Arbeit für die vorhandenen, wichtigen Bezugspersonen (Eltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern etc.).

kungskomponenten von Musik (Rhythmus, Klang, Melodie, Dynamik) greifen wir die präverbalen Ausdrucks-, Spiel- und Kommunikationsmöglichkeiten von Säuglingen und kleinen Kindern auf und eröffnen für den sinnlichen Ausdruck von Gefühlen und Erfahrungen einen Spiel-Raum. Wir arbeiten mit dem Kind und jeweils einem Elternteil in den MusikSpielTherapie-Sitzungen zusammen. Die Eltern werden wieder mit der Ebene des Spielens vertraut, sie lernen spielen und finden somit den Zugang zu einem emotionalen Erfahrungsaustausch mit ihrem Kind. Mit beiden Eltern führen wir zusätzliche Beratungsgespräche.

Schlagwörter: Eltern-Kind-Interaktion – Triade – Spiel – affektive Resonanz – Kinder-Musiktherapie

1 Einleitung

Die Zukunft einer Gesellschaft hängt von einer positiven Entwicklung ihrer Kinder ab. Kinder gedeihen und entwickeln sich im Rahmen der Familie, wo die kulturelle und emotionale Sozialisation gefördert oder aber auch verhindert werden kann. Eine der primären Aufgaben einer Gesellschaft ist es, diese kleinste Einheit Familie zu unterstützen und zu fördern.

Jedes Kind ist auf eine verlässliche, fürsorgliche und liebevolle Beziehung zu seinen Eltern oder anderen Bezugspersonen angewiesen, um sich zurechtzufinden. Ist das Beziehungsgefüge innerhalb der Familie gestört, werden Kinder u. U. in ihrer Entwicklung beeinträchtigt. Eine mögliche Folge ist, dass sie psychisch und sozial gestört, in ihrer Intelligenzentwicklung behindert werden und eventuell sogar verwaisten. Nicht selten verpassen sie dadurch die Chance, zu selbständigen Mitgliedern unserer Gesellschaft heranzuwachsen.

„Gerade in den letzten Jahren hat sich aufgrund steigender Einsparungen im sozialen Bereich die Lebenssituation psychosozial belasteter Familien dramatisch verschlechtert“ (Esser et al. 1995, S. 33). Materielle Armut und soziale Not verstärken die in den Familien bereits vorhandenen Risiken. Zu diesen gehören beispielsweise psychische Belastungen oder sogar Störungen (Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen u. a.) eines oder beider Elternteile, konflikthafte Paar-Beziehungen, isoliert lebende Kleinfamilien oder allein erziehende Mütter und Väter. Eltern, die in solch Situationen leben, können ihre Liebe und Fürsorge für ihre Kinder häufig nicht entfalten. Eltern wollen ihre Kinder lieben, beschützen und für sie sorgen. Dies gelingt jedoch nicht immer, denn jedes Leben und jeder Lebensentwurf birgt Risiken (GAIMH 2004). Belastete Kinder werden zu einem wesentlich höherem Prozentsatz Opfer von Vernachlässigung und Misshandlung. Ihre Auffälligkeiten oder Störungen der Verhaltensentwicklung schon im Kleinkindalter sind deutlich höher, aggressives und dissoziales Verhalten insbesondere im späteren Jugendalter stehen in enger Verbindung damit.

Deshalb ist es auch unter präventiven Aspekten notwendig, ein breites und flächendeckendes Netz spezialisierter Beratungs- und Therapie-Angebote für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern einzurichten.

In einigen bundesdeutschen Städten existieren bereits verschiedene solcher Beratungs- und Therapieangebote mit unterschiedlichen Behandlungsansätzen: z. B. die Beratungsstelle „Vom Säugling zum Kleinkind“ an der Fachhochschule Potsdam (Christiane Ludwig-Körner), die Beratungsstelle „nullbisdrei“ (Gerhard J. Suess) oder die Beratungsstelle „Menschenskind“ (Renate Barth), beide in Hamburg, die Münchner Sprechstunde für Schreibabys im Kinderzentrum (Mechthild Papoušek) oder das Beratungsangebot an der Universitätsklinik Heidelberg (Manfred Cierpka).

Zu den häufig angewendeten Formen der Eltern-Kind-Psychotherapien gehören

- a) der Interaction-Guidance-Ansatz von McDonough (1993) – eine Kurz-Psychotherapie mit dem Fokus auf Interaktionsproblemen;
- b) der dyadische, kindgesteuerte Ansatz „Watch, Wait and Wonder“ von E. Muir et al. (1999);
- c) die psychodynamische Mutter-Kleinkind-Psychotherapie (zurückzuführen auf S. Fraiberg 1987) in unterschiedlichen Konzepten vertreten von Cramer et al. (1988);
- d) die Filialtherapie von Guernsey (1997) beruhend auf den Persönlichkeitstheorien von Rogers und Axline; eine Kurzzeit-Therapieform, bei der die Eltern supervisorisch zum Spielen instruiert werden.

Die im Folgenden vorgestellte MusikSpielTherapie (MST) wurde von uns in den letzten sechs Jahren entwickelt. Ihre Anfänge gehen auf eine Pilotstudie zu einem Forschungsprojekt zurück, das sich mit der Möglichkeit therapeutischer Interventionen zur Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung nach Frühgeburt beschäftigte (Bierbaum 2001). Theoretische Grundlagen sind die neuesten Erkenntnisse aus Säuglingsforschung (Stern 1992, 1995), Bindungstheorie (Spitz 1985; Brisch 1999; Brazelton u. Cramer 1994), Entwicklungspsychologie (Diem-Wille 2003; Pedrina 2001; Rauh 1998), Neurobiologie (Braun u. Bogerts 2000; Spitzer 2003) und Musiktherapie (Schumacher 1994, 1999; Frohne-Hagemann u. Pleß-Adamczyk 2005; Schmözl 1974; Nitzschke 2000; Hegi 1986, 1998).

Eine Besonderheit unserer Methode, durch die sich die MusikSpielTherapie (MST) von den genannten Therapieansätzen unterscheidet, besteht in der konsequenten Einbeziehung der Eltern in den therapeutischen Prozess mit dem Kind. Unsere Erfahrung zeigt, dass nur, wenn die Eltern so früh wie möglich intensiv und aktiv am Therapieprozess partizipieren können, eine gestörte Interaktion, eine dysregulierte Beziehung zwischen Eltern und Kind effektiv und nachhaltig verändert werden kann. Daher haben wir die gesamte Mutter-Vater-Kind-Beziehung im Blick. Die therapeutische Behandlung findet für Kind und Elternteil in Form einer gemeinsamen spielerischen Psychotherapie statt, d. h. wir spielen gerade auch mit den Eltern, weil diese häufig aufgrund eigener Defizite keinen Zugang zum Spielen haben und diesen (wieder) entdecken müssen. Dafür nutzen wir auch die Erkenntnisse der im Zusammenhang mit der Säuglingsforschung stehenden Musiktherapie (Schumacher 2004, 2005; Lenz 2000; Nöcker-Ribaupierre 2001; Gustorff u. Hanich 2000). Insbesondere mit dem Medium Musik bietet sich therapeutisch die Möglichkeit, früheste Eltern-Kind-Interaktions- und Dialogformen auf präverbale, spielerisch, resonanzgebende Art und Weise zu unterstützen und zu entwickeln. Dies ist das zweite wichtige Charakteristikum unseres Therapieansatzes.

2 Die MusikSpielTherapie (MST)

2.1 Theoretische Grundlagen

Die Triade: Die frühen Mutter-Vater-Kind-Interaktionen und die dabei gemachten Erfahrungen bilden die Grundlage einer Triangulierung im Sinne der Entstehung intrapsychischer Repräsentanzen von erlebten Beziehungsmustern (Müller-Pozzi 1991).

Die Triade ermöglicht dem Kind, Perspektivenwechsel vorzunehmen und unterschiedliche Erlebens – und Sichtweisen kennen zu lernen, zum einen als Akteur über den ständig stattfindenden Beziehungswechsel zwischen sich und Mutter/Vater und zum anderen als aktiver Zuschauer der immerwährenden Beziehungsinteraktionen zwischen Mutter und Vater. Die triadischen Beziehungsprozesse sind von Beginn an angelegt und finden in unterschiedlichen Gewichtungen, je nach Entwicklungsstand des Kindes und der jeweiligen Resonanzbereitschaft der Elternteile, statt. Auch bei Anwesenheit nur eines Elternteils wirkt die innere triadische Struktur der jeweiligen Bezugsperson auf das aktuelle Beziehungserleben zwischen Elternteil und Kind.

Das triadische Kommunikationsgeschehen passt sich der Entwicklung des Kindes und seinen jeweiligen Kompetenzen an und fordert von den Eltern Flexibilität in der Auseinandersetzung mit sich als Partner, ihren persönlichen triangulären Erfahrungen aus der eigenen Geschichte und den daraus resultierenden verinnerlichten Elternrepräsentanzen, die mit Beginn der Schwangerschaft und der Geburt des eigenen Kindes unweigerlich aktiviert werden (Schon 1995).

Die Geburt eines Kindes eröffnet für alle Beteiligten einen Übergangsraum, in dem alle gefordert sind, ein neues Miteinander auszuhandeln und zu entwickeln.

Übergangsräume erstrecken sich in unterschiedlichen Gewichtungen und zu verschiedenen Entwicklungsphasen des Kindes bis in die Pubertät, da sich sowohl das Kind als auch die Eltern mit immer wieder neuen Entwicklungsschritten auseinandersetzen müssen und mit persönlichen Grenzen und Erfahrungen konfrontiert werden. Sie bewegen sich in einer ständigen sich gegenseitig fördernden und begrenzenden Auseinandersetzung, die sich auf der jeweiligen Kommunikationsebene des Kindes abspielt. Unsere methodische Arbeit konzentriert sich auf den Zeitraum der ersten Lebensjahre. Daher ist die zentrale Kommunikations- und Auseinandersetzungsebene zwischen Kind und Eltern im Rahmen der kindlichen Wahrnehmung und des kindlichen Handelns, dem Spiel angesiedelt.

Das Spiel: Die von uns angestrebte Spielebene setzt sich aus drei wesentlichen Bausteinen zusammen:

- a) der Verknüpfung der wahrgenommenen Sinneseindrücke unterschiedlicher Sinnesmodalitäten (transmodale Verknüpfung im Sinne Sterns, 1992);
- b) dem Aufbau der emotionalen Beziehungsqualität auf körperlicher, emotionaler, vokaler und instrumentaler Ausdrucksebene (EBQ, Schumacher u. Calvet-Kruppa 1999, 2002);
- c) der Entwicklung eines intermediären Spielplatzes (Winnicott 1989) zwischen Eltern(teil) und Kind zur Affektregulation im Sinne von Differenzierung und Identitätsbildung.

Wir gehen davon aus, dass dieses komplexe Geschehen nur über das Eintauchen in die Intimität eines gemeinsamen Spielraumes ermöglicht werden kann.

Neurophysiologisch gesehen sind die verschiedenen Sinneswahrnehmungen nicht hierarchisch organisiert. Sie vernetzen sich von Beginn des Lebens an ständig aus gemachter Erfahrung in vielfältig psychoemotionaler Wechselwirkung und den daraus resultierenden Erwartungen. Das bedeutet, dass Erinnerungsspuren aus der Erfahrung gelebter Interaktionen entstehen (Petersen u. Thiel 2001). Nach Stern ist die Wahrnehmungsweise des Säuglings so umfassend, dass er jeden Sinnesindruck in seiner amodalen Eigenschaft in andere Sinnes-Modi transmodal übersetzen und verknüpfen kann. Somit entsteht aus den immer wieder erlebten Interaktionserfahrungen und den daraus resultierenden Erwartungen eine Art Faserung mit Mustern und verschiedenen Farb-Tönen, die sich aus den immer wieder sich wiederholenden sinnlich-affektiven Erfahrungseindrücken moduliert. Spielen im Sinne des transmodalen Arbeitens bedeutet ein dauerndes sich aufeinander beziehendes Wechselspiel sinnlich-affektiver Erfahrungen und Interaktionen.

Diese sinnlich-affektiv bedeutungsvollen Erfahrungen und Interaktionen sind nach unserer Auffassung ein zentrales Moment von Spiel. Das Wesentliche hierbei ist das zweckfreie, nicht zielgerichtete gemeinsame Spielen. Es ist in Bewegung, gegenwartsbezogen, befriedigend und unmittelbar. Die dabei entstehende Lust am Miteinander-Sein, am sich entwickelnden Wir-Gefühl wird aus der gemeinsam erlebten Handlungserfahrung im Moment geboren und dient fortwährend dazu, zwischen Anregung und Langeweile, zwischen Fremdheitsempfinden und Bekanntheitsempfinden eine Balance zu finden. Die aktuellen Beziehungen und Interaktionen, die gesellschaftlichen und kulturellen Bezüge und Hintergründe, die geschichtlichen Erfahrungen fließen in das Spiel aller Beteiligten mit ein. In der Intimität des gemeinsamen Spielens spiegeln sich die unterschiedlichen individuellen Bedürfnisse der Einzelnen und die Beziehung der Spieler untereinander wider.

Es wird ermöglicht, je nach Entwicklungsstand des Kindes, alle Widersprüche und Dissonanzen der Beziehung zu sich selbst und untereinander kreativ zu inszenieren, Einfluss zu nehmen, sie zu verändern, in Frage zu stellen und neu zu gestalten. Die Erfahrung im Moment ist entscheidend für die weitere Entwicklung des Spiels. Beim Spielen werden die individuellen Grenzen und Verbote, die Projektionen und zugewiesenen Rollen übernommen, wieder abgegeben und modifiziert. Das Spiel ist die Bühne, auf der Kinder kommunizieren, ihre Lebenserfahrungen machen, sie wiedergeben und neue Impulse integrieren. Die frühesten Spielerfahrungen sind sinnlicher Natur und erweitern sich mit der gesamten Entwicklung des Kindes über die Einbeziehung der erweiterten Körpermotorik, dem stimmlichen Ausdruck und der Exploration von Gegenständen bis zum symbolisch-sprachlichen Ausdruck. Von Anfang an hat das (Zu)-Hören und die stimmlich-körperlich-rhythmisch-melodiöse Äußerung und Gestaltung in der Interaktion eine große Bedeutung. Kinder reagieren unmittelbar auf die stimmlich-körperliche Zuwendung vertrauter Stimmen, erkennen ihre Struktur und beginnen, ihre eigenen stimmlich-körperlichen Ausdrucks- und Wirkungsmöglichkeiten zu explorieren, sie beginnen zu imitieren und zu variieren. Diese frühe Kommunikation ist musikalisch.

Die musikalischen Anteile der präverbalen Kommunikation: Säuglinge und kleine Kinder haben die Fähigkeit, die musikalischen Strukturen des frühen Interaktionsgeschehens zu erfassen. Sie reagieren nach Papousek und Papousek (1997; Papousek 1997) auf die Veränderung melodischer Konturen, zeitlicher Muster und rhythmischer Strukturen, auf Tonhöhe, Lautstärke und Klangfarbe, besonders die der menschlichen Stimme. Eltern reagieren in ihrer Kommunikationsbereitschaft zum Kind auf der mimisch-körperlich-akustischen Ebene. Sie passen ihre Sprachmelodie, ihren Sprachfluss, ihre Tonlage, den Sprechrhythmus, ihren Gesichtsausdruck und ihre Körperhaltung entsprechend ihrer Resonanzbereitschaft, den Gefühlszustand des Kindes anzunehmen, an. Das heißt nach Ainsworth et al. (1978), die Eltern reagieren in ihren intuitiven elterlichen Kompetenzen angemessen-feinfühlig auf die Signale des Kindes (sie benutzen dafür einfache Konturen, gemäßigte Tempi, häufige Wiederholungen, Variationen, Imitationen ihrer Äußerungen).

Die präverbale Kommunikation beginnt elementar schon im Mutterleib. Sie erweitert sich nach der Geburt und findet statt über den Austausch von Körperbewegungen (z. B. Wiegen, Gehen, Tragen, Halten, Berühren), im akustischen Ausdruck bzw. dem elementaren Ausdruck der Stimme (Klangfarbe, Geräusche, Laute, Melodien, Rhythmus, Dynamik im stimmlichen Mutter/Vater-Kind-Dialog, Reime, Verse, Lieder) und im visuellen Austausch (Blick, Mimik, Bewegung, Gesten).

Das noch Vorsprachliche, auf Affektaustausch basierende Dialoggeschehen ist in seinem rhythmisch-melodiösen, an- und abschwellenden Charakter spielerisch-musikalisch. Es unterstützt und setzt dort an, wo früheste Erfahrungsmuster in und von Beziehung im Sinne der Stern'schen transmodalen Verknüpfung gemacht wurden und werden. Hier werden die Grundlagen für das eigene und gegenseitige emotionale Verstehen gelegt.

Eltern wiegen z. B. ihr Kind in den Armen und summen dazu spontan eine kleine (frei erfundene) Melodie; Eltern antworten auf die (ersten) Äußerungen und mimischen Reaktionen des Kindes, indem sie es ansprechen: sie plappern, brabbeln, piepsen, brummen, lachen und reden Nonsens mit ihm; sie übertreiben dabei in ihrer melodiös-rhythmischen Sprachform und führen die Impulse des Kindes weiter aus. Sie motivieren das Kind, Wiederholungen zu machen, sie freuen sich, wenn es zu imitieren beginnt. Sie klatschen in die Hände in Verbindung mit ihrem stimmlichen Ausruf von Freude. Elternteil und Kind amüsieren sich gemeinsam beim Kniereiterspiel; sie klatschen und Singen beim Spielen; sie beruhigen das Kind mit Liedern und ruhigem Gehen und sprechen in heller, melodiöser Tonlage in langsamer, einfach-rhythmisierter Sprache zum Kind, die Eltern stimmen sich mit der Wahrnehmungsfähigkeit und momentanen Gefühlslage des Kindes ab.

Musik ermöglicht den Austausch von Gefühlen und stimuliert unmittelbar und gleichzeitig auf der visuellen-körperlich- und auditiven Ebene. Sie ist ein Medium, dass auf den Wirkungskomponenten wie Rhythmus – Klang – Melodie und Dynamik aufbaut (Hegi 1998). Aus diesen Komponenten setzen sich die im spielerischen Prozess entstehenden und erlebbaren musikalischen Strukturen als erfahrbare Interaktionsmuster zusammen.

Rhythmus: erlebbar in der Wiederholung von Zeitabläufen wirkt ordnend, strukturierend und haltgebend (z. B. Herz- oder Atempuls, Schlaf-Wachrhythmus). Er hat Eigenschaften wie z. B. Wiederholbarkeit, Wechselhaftigkeit, Regelmäßigkeit.

Melodie: erlebbar in der Sprache, dem Lachen, dem Weinen, dem Schreien, dem Trällern etc. drückt unterschiedliche Gefühlsbewegungen aus (z. B. Beruhigung, Anregung, Geduld, Ungeduld, Nähe, Distanz, Frage, Antwort). Eine Melodie kann auf- oder abwärts gehen, laut oder leise, langsam oder schnell sein.

Klang: erlebbar in der Stimme, im primär interuterin gehörten Rauschen der Körperflüssigkeiten, durch das Zusammenschwingen verschiedener Töne. Er drückt vor allem Stimmungen aus (z. B. Heiterkeit, Traurigkeit, Wut) und kann in seiner sich oft veränderten Bewegung an- oder abschwellend sein.

Dynamik: erlebbar als Energie, Vitalkraft, als Element von Willen und Wollen, etwas zu bewegen oder zu verhandeln. Es gibt sowohl dynamische Entsprechungen wie laut und schnell oder langsam und leise als auch dynamische Spannungen schnell, aber leise, oder langsam, aber laut. Wichtige Elemente wie Pausen, Tempo oder Lautstärke wirken dabei gemeinsam.

Diese beschriebenen Wirkungskomponenten tauchen nie getrennt voneinander auf, sondern stets in unterschiedlichen Kombinationen mit verschiedenen Gewichtungen. Musik bewegt sich auf der Erlebensebene von Nähe-Distanz-Erfahrungen und ermöglicht den Spielenden auf gleiche Weise die jeweilige innere Realität und das äußere Leben unmittelbar miteinander zu teilen. Die musikalischen Antworten, das musikalische Spiel, die musikalischen Gestalten verändern und erweitern sich mit der Entwicklung des Kindes. Die Stimme ist das zentrale Instrument im interaktionellen Austausch. Dieses komplexe musikalische Zusammenspiel ist vor allem in der frühen Phase der Kommunikation (0 bis ca. 4 Jahre) als eine unmittelbare affektive Resonanz auf die kindlichen Signale, Bedürfnisse und Verhaltensbereitschaft zu verstehen.

Die affektive Resonanz: Die elterliche affektive Resonanz auf das kindliche Verhalten ist für die Entwicklung des Selbstempfindens und die Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit des Kindes entscheidend. Sie besteht aus wichtigen, regulierenden Funktionen wie z. B.: Orientierung- und Haltgeben, Beruhigen, Anregen, Anteilnehmen, Begrenzen, Sich-Spüren. Die dabei entstehenden „gelebten emotionalen Erfahrungen“ (Greenspan u. Lieff Benderly 2001, S. 46) zwischen Eltern und Kind sind notwendig, um die spürbaren Affekte als eigene Gefühle, Bedürfnisse oder Wünsche zu empfinden und zu identifizieren. Aus der affektiven Reaktionsbereitschaft der Eltern folgt wiederum die Erfahrung von „affektiver Kausalität“ (Greenspan u. Lieff Benderly 2001, S. 57), der Erfahrung mit identifizierten Gefühlen, Wünschen oder Bedürfnissen Absichten verknüpfen zu können. Die emotionale Resonanz auf die einströmenden Sinneseindrücke und Empfindungen wirkt wie ein strukturierender Filter auf der Gefühlsebene. Das lässt schon sehr früh ein breites Spektrum emotionalen Verständnisses dafür entwickeln, was uns über die Sinne erreicht. Dieses sich über die affektive Resonanz strukturierende Kernempfinden ist die Grundlage für die Entwicklung des eigenständigen Denkens und der Entwicklung von Identität. Der Prozess der sich immer wiederholenden affektiven Feinabstimmung ist ein uns lebenslang begleitender Prozess zwischen der Vermittlung von erlebten Bedürfnissen und ihrer möglichen Befriedigung. In diesem Prozess besteht ein ständiges Bemühen um das Empfinden von Freude, das Finden von emotiona-

lem Gleichklang, von Rhythmus in Gemeinsamkeit, von Singen und Spielen. Winnicott schreibt, dass „die Akzeptierung der Realität als Aufgabe nie ganz abgeschlossen wird, dass kein Mensch frei von dem Druck ist, innere und äußere Realität miteinander in Beziehung setzen zu müssen, und dass die Befreiung von diesem Druck durch einen nicht in Frage gestellten intermediären Erfahrungsbereich (in Kunst, Religion, usw.) geboten wird. (...) Dieser intermediäre Bereich entwickelt sich direkt aus dem Spielbereich kleiner Kinder, die in ihr Spiel ‚verloren‘ sind“ (Winnicott 1989, S. 23 f.; zit. nach Honneth 2003, S. 14).

Der therapeutische Prozess konzentriert sich zentral auf die gemeinsame Erschaffung eines intimen Spielraumes. Wir greifen in der MusikSpielTherapie (MST) die musikalischen Wirkungskomponenten der Kommunikation (Klang, Rhythmus, Melodie, Dynamik) der Mutter/Vater-Kind-Dialoge zur Regulation und Unterstützung des affektiven Resonanzaustausches auf.

In unserer Arbeit machen wir dieses Dialoggeschehen erfahrbar, indem wir auf die Impulse, die Interaktionsbereitschaft des Kindes und des jeweiligen Elternteils direkt musikalisch reagieren und damit dieses für das Kind notwendige Kommunikationsgeschehen schrittweise unterstützend herbeiführen, erweitern und durch geeignete positive Rückkopplungen ins Fließen bringen. Auf dieser elementaren Stufe arbeitend, zielen wir darauf hin, dass sich ein erweitertes Verständnis entwickeln kann für jeden Einzelnen, zwischen den Eltern und zwischen dem jeweiligen Elternteil und dem Kind. In der angestrebten Entwicklung sollen Bedürfnisse, Grenzen und Regeln sprachlich formuliert werden können.

2.2 Die therapeutische Arbeit in der MusikSpielTherapie (MST)

Die MusikSpielTherapie (MST) hat zum Ziel, gestörte frühe Interaktions- und Beziehungsstrukturen zwischen Eltern und Kind in einem für Eltern und Kind gemeinsamen therapeutischen Rahmen zu regulieren und positive Sequenzen anzuregen und zu unterstützen.

Führen die genannten Risikofaktoren zu länger andauernden Belastungssituationen, kann es in der Eltern-Kind-Interaktion zu schwerwiegenden Unstimmigkeiten und Missverständnissen kommen, die häufig in Verunsicherungs- und Überforderungsgefühlen und affektiven Entgleisungen münden. Das führt zu einer Gefährdung der Beziehungsfähigkeit bzw. zu einer Gefährdung der gesamten emotional-sozial-kognitiven Entwicklung des Kindes.

Bei Säuglingen zeigen sich diese so genannten Interaktionsstörungen in:

- chronischer Unruhe (z. B. Schlafstörungen, unstillbares Schreien oder Fütterproblemen);
- Zurückgezogenheit und Passivität;
- psychosomatischen Reaktionen.

Bei etwas größeren Kindern (ab ca. eineinhalb Jahren) finden Interaktionsstörungen ihren Ausdruck in:

- Störungen der Wahrnehmung,
- Störungen des Spiel- und Sozialverhaltens,

- Störungen der Sprachentwicklung,
- Trennungs- und Bindungsproblemen,
- übermäßiger (Auto-)Aggressivität
- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsproblemen
- starker motorischer Unruhe und in
- psychosomatischen Störungsbildern.

Im Folgenden stellen wir Ausschnitte der Arbeit in den Therapiesitzungen und die Inhalte der Elternberatungsgespräche vor. Wir arbeiten in den Therapiesitzungen immer nur mit einem Elternteil und dem Kind. Häufig steht nur ein Elternteil zur Verfügung. Sind beide Eltern an der Erziehung des Kindes beteiligt, arbeiten wir in den Therapiesitzungen abwechselnd mit Mutter oder Vater und dem Kind.

Die Therapiesitzungen: Der Fokus der MusikSpielTherapie (MST) liegt auf dem sich in den Therapie-Sitzungen szenisch entwickelnden triadischen Interaktionsgeschehen. Weder das Kind mit seinem Störungsbild, noch der Elternteil mit seinen Unsicherheiten und dem Anliegen auf Verbesserung stehen jeweils einseitig im Vordergrund, sondern das sich abbildende Interaktionsgeschehen zwischen allen Anwesenden wird fokussiert (Gruppenblick).

Fallvignette N.

Nach intensiver Diagnostik und einem dreimonatigen teilstationären Aufenthalt in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik werden N. und seine Eltern an uns verwiesen. Es war deutlich geworden, dass das schwierige Interaktionsverhalten zwischen Eltern und Kind Hintergrund seines gestörten Sozialverhaltens ist.

N. ist ein übermäßig aggressiver, 4 Jahre alter Junge mit kaum ausgebildeter Frustrationstoleranz. Er ist übergewichtig, hat einen stark ausgeprägten Sprachfehler und verweigert jegliche Kooperation, wenn er seinen Willen nicht bekommt. In jeder ihn frustrierenden Situation reagiert er provokant mit heftigen Beschimpfungen und Schlägen gegenüber seinen Eltern, seinem älteren Bruder, den Kindern im Kindergarten und Erziehern. Seine Eltern sind verzweifelt, die Mutter ist ihm gegenüber hilflos-ängstlich abweisend, der Vater hilflos-aggressiv gehemmt. Alle drei sind hoch motiviert, etwas zu verändern. Die Ehe und das Familienleben stehen auf dem Spiel.

Die erste Sitzung findet zusammen mit dem Vater (V.), seinem Sohn (N.) und der Therapeutin (T.) statt. N. stürmt in den Therapieraum, stürzt sich auf das offen stehende Klavier und beginnt wild und heftig auf der Tastatur hämmern sich zu entladen. N. nimmt von niemanden und nichts weiter Notiz. V. kommt in den Therapieraum, geht zu ihm und sagt: „Lass uns ‚Hänschen klein‘ spielen.“ Vs Versuch sich einzumischen, N. zu unterbrechen, wird von N. ignoriert, er hämmert weiter. V. steht neben ihm und wirkt wie im Regen stehen gelassen, ratlos und frustriert. T. übernimmt eine Hilfsfunktion für V., nimmt sich eine Trommel und spielt dem Affekt Ns entsprechend und an N. gerichtet laut und schnell auf einer Trommel mit. T. übernimmt in diesem Moment den Impuls von V., N. erreichen zu wollen, begibt sich auf die affekt-dynamische Ebene Ns, vorerst ohne Worte. N. unterbricht, dreht sich mit erstauntem Gesichtsausdruck zu T. um und schaut sie an. T. hat ihr Spiel ebenfalls unterbrochen und erwidert den Blickkontakt, schaut dann auch zu V. V. steht und beobachtet konzentriert die Szene. Es entsteht ein kurzer Augenblick des Erkennens, Auftauchens. N. wendet sich wieder dem Klavier zu und beginnt erneut zu spielen. V. beginnt nun an einer seitlich hinter ihm stehenden großen Trommel körperlich etwas verkrampft und unsicher, aber dennoch von der gerade erlebten Interaktion-Reaktion seitens N. anscheinend

ermuntert, zu spielen. T. steht auf und rückt V. die Trommel so zurecht, dass er eine entspannte Spielhaltung finden kann, ohne den Blick von seinem Sohn abwenden zu müssen. T. unterstützt V. damit, in den gerade entdeckten Spielraum entspannter ein zu treten. V. probiert zwei Trommeln aus und sagt erstaunt zu N: „Hör mal, die klingen unterschiedlich.“ N. unterbricht sein Spiel, wendet sich V. zu und sagt: „Die ist lauter, die ist leiser“ und zeigt dabei auf die jeweilige Trommel. N. beendet den Kontakt zu V. indem er aufsteht und sich die Gitarre holt. Er beginnt wie bereits am Klavier schnell, laut und heftig zu spielen. Er imitiert mimisch und gestisch einen Rocksänger. N. öffnet sich etwas, was sich körperlich dadurch ausdrückt, dass er sich mehr dem gemeinsamen Spielraum zuwendet. V. schaut N. zu, lacht und beginnt, entspannter in einem gleichmäßigen Rhythmus, aber nicht in so schnellem dynamischen Tempo wie sein Sohn, auf den Trommeln zu spielen. T. nimmt auch wieder eine Trommel und beginnt mitzuspielen. Sie nimmt einerseits den Grundrhythmus Vs auf und übernimmt im dynamischen Ausdruck des Spiels den Affekt von N. T. versucht hier vorerst die im Affekt dysreguliert erlebte Interaktion zu rahmen und zu halten. N. wird ruhiger im Spiel, nimmt Blickkontakt zu V. auf und beginnt ein Kinderlied dazu zu singen. N. und V. und T. schwingen sich in einen gemeinsamen Rhythmus ein. Für einen kurzen Moment entsteht eine aufeinander abgestimmte Spielsequenz, was sich auf den unterschiedlichen Ebenen der Beziehungsqualität deutlich macht: im mimisch-körperlichen-stimmlichen Ausdruck, im Handhaben der Instrumente, im Rhythmus und dem dynamisch-affektiven Ausdruck der gemeinsam entwickelten Spielsequenz. Im weiteren Verlauf der Sitzung entwickelt sich ein gemeinsames Rollenspiel, bei dem N. die Führung übernimmt, aber auch V. und T. Aufgaben zuweist. Es zeichnet sich der Beginn der Entwicklung eines gemeinsamen Spielraumes ab, in dem N. auf der Beziehungsebene noch eine kontrollierende Funktion übernehmen muss und seine Mitspieler im Spielkontakt funktionalisiert. Der sich öffnende Spielraum füllt sich mit lauten, wechselhaften Rhythmen, schreiendem Gesang, starken Spannungen.

Im geschützten Rahmen der therapeutischen Sitzungen werden nicht nur die Schwierigkeiten, sondern auch die Kompetenzen in der Beziehungsgestaltung, insbesondere im Affektaustausch wahrgenommen. Dem Elternteil eröffnet sich die Möglichkeit, eigene Spielfähigkeiten und -grenzen zu entdecken und neue Wege im lustvollen Miteinander zusammen mit dem Kind aufzuspüren. Alle (Kind, Elternteil und Therapeutin) begeben sich auf die Kinderausdrucks-Spielebene. Die Therapeutin hat zu Beginn entsprechend der sich szenisch abbildenden Beziehungsdynamik eine resonanzgebende Haltung auf kindliche Impulse, um die Aufmerksamkeit des Elternteils darauf zu fokussieren und Mutter/Vater zu motivieren, auch auf dieser Spielebene mitzuwirken und dem Kind dort zu begegnen.

Die Dreiersitzungen dienen vorerst als eine Entlastung des jeweiligen Elternteils und des Kindes im aktuell dysregulierten Interaktionsgeschehen; längerfristig ermöglichen die gemeinsamen Sitzungen einen Ausstieg aus der entgleisten Beziehungsstruktur „zwischen intrapsychischer Entwicklung und interpersonalen Beziehungen“ (v. Klitzing 2003, S. 16), einen Ausweg aus Missverständnissen und Enttäuschungsgefühlen, die ihren Ausdruck in aggressiven, ungesteuerten, diffusen oder kaum spürbaren Affekten finden. Dann kann ein der Entwicklung des Kindes adäquater Rahmen für die Elternteil-Kind-Interaktion entstehen. Die Therapeutin mischt sich als „bedeutungsvolle Dritte“ (v. Klitzing 2003, S. 15) auf der Spiel-Ebene ein, indem sie ähnlich wie ein Dirigent die unterschiedlichen dynamischen Stimmungsbilder (Verknotungen) z. B. in kleinen liedhaften Äußerungen (gesungene Sprache), in klanglich-rhythmischen Antworten, im körperlich-mimischen Ausdruck, benennt. Damit gibt

sie ihnen eine Bedeutung im Miteinander des Hier und Jetzt und ermöglicht eine Differenzierung im Affekterleben. Durch das Setzen von Akzenten und dem Aufgreifen von Impulsen und Betonungen, tauchen neue Beziehungsmuster und Kontaktmöglichkeiten in dem bisher unklaren Affekterleben auf, die in das aktuelle Beziehungssystem einfließen können. Das gemeinsame Erleben, die Auseinandersetzung, das Differenzieren, das Mit-Teilen von Gefühlen wie beispielsweise Frustration, Wut, Freude werden über das Erfahren von affektiver Resonanz möglich. Das Verstehen der Affekte und das Integrieren in den bestehenden Kontext wird im aktuellen Spielgeschehen gelernt, was sowohl auf Seiten des Elternteils als auch auf Seiten des Kindes identitätsbildend und entwicklungsfördernd wirkt.

Fallvignette A.

A. ist ein dreijähriges stark entwicklungsverzögertes Mädchen, das nicht sprechen, aber lautieren kann. Trotz vielfältiger Untersuchungen konnte keine klare Diagnose gestellt werden. Auffällig ist darüber hinaus das unruhige, unkonzentrierte Verhalten und die häufigen, meist völlig unvermittelt auftretenden aggressiven Impulse anderen Kindern und den eigenen Familienmitgliedern gegenüber. Die Mutter (M.) ist bemüht und besorgt um ihre Tochter, es gelingt ihr aber kaum, in einen wirklichen Kontakt zu ihr zu treten. Der Vater (V.) ist aufgrund der eigenen depressiven Erkrankung in seinem Kontaktverhalten der Tochter gegenüber nur in wenigen Momenten emotional erreichbar. Beide Eltern fühlen sich im Umgang mit ihrem Kind sehr verunsichert und überfordert, wünschen sich aber sehr Unterstützung für die Tochter.

Die ersten Therapiestunden zeigen massive Eltern-Kind-Interaktionsstörungen. Beide Eltern sind deutlich eingeschränkt in ihren intuitiven elterlichen Kompetenzen, die sicher nicht einfach zu verstehenden Signale ihrer Tochter aufzunehmen und auf sie einzugehen. Insbesondere bei V. ist die affektive Resonanzfähigkeit extrem eingeschränkt. M. schwankt zwischen introsivem, kontrollierendem Verhalten und resignativem Nichtbeachten und Aneinandervorbeihandeln.

Eine Szene aus der Anfangszeit der Therapie: A. läuft unruhig, getrieben, ratlos, suchend durch den Raum. M. nimmt wenig Notiz von ihrer Tochter, „plappert“ unaufhörlich über die Dinge aus ihrem Alltag, probiert mal dieses, mal jenes Instrument/Spielzeug aus, legt es wieder weg. Hin und wieder greift sie völlig unvermittelt und massiv in die Handlung ihrer Tochter ein, indem sie plötzlich deren Hände festhält, auf eine Trommel legt und sie dann zum Trommeln gegen den Widerstand und das Missfallen der Tochter auf und ab bewegt. Deren Missfallen bemerkt M jedoch nicht. Sie spürt auch nicht, wie dringend die Tochter mehr Bezogenheit, eine strukturierende Hülle und deutlichen direkten Kontakt in ihrem unruhigen, immer unzufriedeneren Zustand braucht. Schließlich setzt sich M. selbst erschöpft in eine Ecke. A. läuft weiter hin und her und macht deutlich quengelnde, frustrierte Laute. Die Therapeutin (T.) sitzt während dieser kurzen Sequenz an der Seite, beobachtet erst einmal das sich szenisch entwickelnde Interaktionsgeschehen und fängt dann an, mit der Melodie eines einfachen Kinderliedes („Es kommt ein goldner Wagen“) die Situation singend mit einfachen, eigenen Worten zu beschreiben, im Sinne von Aufmerksamkeit werden für die Situation, in der beide nicht zusammenfinden, keinen gemeinsamen Fokus finden, scheinbar unvereinbare Interessen haben und damit unzufrieden und frustriert sind. Der Text lautete dazu in etwa: „Die Mama, die ist müde, die Mama möchte sitzen, die A. weiß nicht was sie machen kann, möchte aber gerne mit der Mama zusammen spielen ... was machen wir denn da?“ (Das Benennen in solchen Situationen ist meistens sehr hilfreich, weil M wie auch in diesem Fall dann schnell wahrnehmen kann, was eigentlich gerade los ist, und ihr die Möglichkeit gegeben wird, neue Ideen zu kreieren.) M., angeregt durch diese benennende Intervention, nimmt das Instrument, von dem sie vom Anfang der Stunde wusste, dass A. sich dafür interessiert hatte. Die Stunde geht dann so weiter: M. sitzt in der Kissenecke und beginnt, wieder auf diesem

Instrument (das ihr auch sehr gut gefällt) zu spielen. A. freut sich sichtbar, läuft zu ihr, bleibt einen kurzen Moment bei ihr, ist jedoch nicht in der Lage, von sich aus eine Zentrierung zu finden, sich bei M. niederzulassen und bei ihr zu bleiben. In diesem Moment übernimmt T. dann eine Art Hilfsfunktion. Sie holte A. zurück in die Kissenecke, setzt sich selbst zusammen mit dem Kind vor M., nimmt A. auf die Knie (körperliche Nähe herzustellen war zu diesem Zeitpunkt schon ein vertrauter Zustand für A.). T. beginnt A. im Rhythmus der von M. gespielten Musik (was z. T. einfach nur frei aneinandergesetzte Töne oder manchmal auch nur Geräusche sind) hin und her zu bewegen. Gleichzeitig improvisiert T. mit ihrer Stimme ebenfalls passend zu der erklingenden Musik von M. A. wird damit auf verschiedenen Wahrnehmungsebenen angesprochen, was ihr hilft, sich zu regulieren und auf das gemeinsam zu Erlebende zu konzentrieren. Irgendwann kann T. A. von ihren Knien hinunterrutschen lassen und neben M. setzen, wo sie dann auch weiter ganz konzentriert zuhörend sitzen bleibt; T. singt weiter zur gespielten Musik von M. und bewirkt damit, dass A. und M. in ihrer Gemeinsamkeit „gehalten“ werden. T. stellt ihnen damit einen klanglich-emotionalen Rahmen zur Verfügung, der die affektive Abstimmung zwischen M. und A. unterstützen hilft.

A. beginnt schließlich selbst zu lautieren und mitzusingen, was M. überaus freut und ihr wiederum hilft, nun auch selbst stimmlich auf As Äußerungen zu antworten, sie zu imitieren etc. T. kann sich schließlich immer mehr zurücknehmen, die beiden spielen lassen und einfach nur dabei sein. Eine für M. und Kind befriedigende und bezogene Spielsituation ist entstanden.

Die Therapeutin geht auch mit dem jeweiligen Elternteil selbst direkt auf eine Spielenebene. Für viele Eltern ist diese Ebene ungewohnt, da sie oft als Kinder nicht gelernt haben zu spielen oder den Kontakt zur eigenen Resonanzfähigkeit und damit zur kindlichen Spielenebene nur schwer finden können. Deshalb erleben sie sich häufig als hilflos und unerfahren im spielerischen Austausch mit ihrem Kind. Der therapeutisch-spielerische Rahmen ist durch das Kind auch für den jeweiligen Elternteil als Spielraum legitimiert. Die Eltern können darüber leichter Kontakt zu ihren eigenen persönlichen spielerischen Fähigkeiten (wieder) finden und diese im therapeutischen Rahmen und zu Hause im Zusammensein mit ihrem Kind erproben und erweitern. Diese affektiv-regulierte spielerische Qualität der Auseinandersetzung kann in belasteten Familiensituationen kaum entstehen, zumal die Eltern häufig in ihrer eigenen Kindheit diese Qualität nicht kennen gelernt haben. Die eigenen spielerischen Impulse (wieder) zu entdecken und in einen gemeinsamen spielerischen Kontakt einzubringen ist somit für Eltern *und* Kind eine wichtige Erfahrung.

Die auf sinnlicher Ebene unmittelbar resonanzgebende Funktion von Stimme, Klang, Rhythmus, Mimik und Bewegung geben die Stimmungen der sich szenisch abbildenden Beziehung wieder – starke, aggressive Affekte, begleitet von ausdrucksvollen heftigen Bewegungen werden in starke, eindrucksvolle Klänge (z. B. Gong, Stimme-Sprache-Bewegung-Mimik) oder Rhythmen (z. B. Trommeln, Stimme-Sprache-Bewegung-Mimik) direkt übersetzt, gerahmt und damit in einer gemeinsamen Erfahrung gebunden. Diese Begegnung ermöglicht die Erfahrung einer Verbindung zwischen gemeinsamen Handeln und Erleben, was zu einer Differenzierung der erlebten und der mitgeteilten Affekte führt.

Die Therapeutin gibt einen Rahmen entsprechend des sinnvollen und notwendigen Tempos und der Struktur: Zu Beginn einer Therapie begibt sie sich auf das bestehende Kommunikations- und Interaktionsniveau des Elternteil-Kind-Paares und nimmt primär eine haltende Funktion ein (i. S. des *containment*). Die Therapeutin

übernimmt die intuitiv-resonanzgebende Position, indem sie das in der Gegenübertragung erfasste, komplexe Beziehungsgeschehen in affektteilender und mitteilender Form (über Stimme-Lied/Sprache-Klang-Geräusch-Rhythmus-Mimik-Bewegung-Pausen) übersetzt. Es werden beispielhafte Sequenzen miteinander erlebt (z. B. starke, ungebundene Affekte), in das gemeinsam gestaltete Spiel integriert und damit reguliert (s. Vignette N.). Mit Zunahme von Vertrauen und Sicherheit in die Spielsituation (s. Vignette A.) beginnt der Prozess der Differenzierung und somit der jeweiligen Identitätsbildung. Die Eltern übernehmen zunehmend die intuitiv-resonanzgebende und strukturierende Haltung. Es entwickelt sich ein gemeinsamer intimer Erfahrungsbereich: Momente des Zuhörens, des Zusehens, des Geschehenlassens, des Eingreifens, des Antwortens, des Wiederholens, des Imitierens wechseln sich ab. Das Verhalten zueinander wird authentischer. Eltern und Kind lernen sich differenzierter kennen, entwickeln Freude und Lust am Zusammensein. Die Eltern werden sensibler und empfänglicher für ihre eigenen Bedürfnisse und die ihres Kindes. Durch die allmählich (wieder) erworbene Feinfühligkeit (Intuition und Sicherheit) fällt es ihnen leichter, dem Kind eine angemessene Antwort zu geben, Gefühle zu verstehen und selbst zu äußern und den Kontakt so zu regulieren, dass es zu einem differenzierteren Erleben im Zusammensein kommt.

Eltern–Beratungsgespräche: In regelmäßigen Abständen finden Beratungsgespräche mit einem oder beiden Elternteilen ohne das Kind und zusätzlich zu den gemeinsamen Therapiesitzungen statt. Auf der Gesprächsebene werden Erfahrungen aus den Therapiesitzungen, auftauchende Gefühle und Fragen miteinander reflektiert. Die Funktion der Beratungsgespräche liegt darin, die Auseinandersetzung mit den Eltern auf verbaler Ebene weiterzuführen. Aufgrund der Spielerfahrungssequenzen kann es bei den Eltern zu Phantasien und „vagen Stimmungen“ (Diem-Wille 2003, S. 11) hinsichtlich ihrer eigenen (vorsprachlichen) Kindheitserfahrungen kommen. Die „scheinbar irrationalen Reaktionen ihres eigenen ‚inneren Kindes‘ als Ausdruck von schmerzlichen Erfahrungen“ (Diem-Wille 2003, S. 11) werden im Spiel mit ihrem eigenen Kind spürbar und geben den Eltern Anlass zum Nachdenken. Hierbei werden auch kleine Videoausschnitte aus den Therapie-Sitzungen miteinander angeschaut und besprochen, wobei der Fokus auf gelungenen Eltern-Kind-Interaktionen liegt. Die Eltern werden über die Entwicklung ihres Kindes informiert und entwickeln darüber mehr Bezug zu ihren persönlichen Erfahrungen und der unbewusst übernommenen Reaktionsbereitschaft in Beziehung zu Partner und zu Kind. Bei deutlichen psychischen Konflikten seitens eines Elternteils empfehlen wir eine zusätzliche Psychotherapie oder eine Paartherapie bei sehr belastenden Paarkonflikten.

Ziele der MusikSpielTherapie (MST): Mit Hilfe der zentralen Elemente der MusikSpielTherapie (MST) – Triade, Spiel, Musik, affektive Resonanz – soll der Aufbau einer stabileren Eltern-Kind-Bindung und die Entwicklung einer befriedigenderen und differenzierteren Beziehungsqualität erreicht werden.

Damit sind die therapeutischen Ziele für die Kinder (je nach Alter und Entwicklungsstand):

- Verbesserung des Sozialverhaltens (konstruktiver Umgang mit aggressiven, destruktiven Impulsen und anderen heftigen Gefühlen);
- Förderung der emotionalen Ausdrucksfähigkeit im gemeinsamen Spiel (Erweiterung der Spielfähigkeit);
- Förderung der Wahrnehmungs- und Konzentrationsfähigkeit (Zuhören);
- Förderung der Sprachfähigkeit (dem Alter entsprechendes Ausdrucksverhalten);
- Unterstützung im Umgang mit Autonomieforderungen und Grenzen.

Die Ziele in der Mitbehandlung und Beratung der Eltern sind:

- Unterstützung, Information und Beratung in allgemeinen Erziehungs- und entwicklungspsychologischen Fragen zur Stärkung der kognitiven elterlichen Erziehungskompetenz;
- Auswertung gemeinsamer Eltern-Kind-Therapiesitzungen zur Förderung der elterlichen intuitiven Feinfühligkeit (Wahrnehmung der Bedürfnisse und Kompetenzen des Kindes; Resonanz auf die kindlichen Signale) und zur Reflexion des eigenen Beziehungsverhaltens, z. T. in Form von Videodiagnostik mit Filmausschnitten aus den vorhergehenden Therapiesitzungen;
- Arbeit an den inneren Repräsentanzen der Eltern in Bezug zu eigenen Kindheits-erfahrungen und Reflexion des persönlichen Rollenverständnisses von Vatersein bzw. Muttersein;
- Bearbeitung von besonders belastenden Themen wie z. B. Verlust eines Kindes, Behinderung, Krankheit;
- Entwicklung von mehr Selbstbewusstsein und damit mehr Sicherheit im Umgang mit Erziehungsfragen in der weiteren Entwicklung des Kindes.

3 Resümee

Zwei methodische Besonderheiten kennzeichnen die MusikSpielTherapie (MST). Zum einen werden die Eltern regelmäßig in den therapeutischen Prozess einbezogen. Sie werden nicht nur beratend unterstützt, sondern auch dahingehend ange-regt, ihre eigenen Spielfähigkeiten in den gemeinsamen therapeutischen Sitzungen (mit Elternteil-Kind-Therapeutin) wieder entwickeln zu können. Dabei können Elternkompetenzen (wieder)entdeckt, gestärkt und in den Alltag übernommen werden. Das führt zu einer gefestigten und regulierbareren Eltern-Kind-Beziehung, die es ermöglicht, auch Konflikt- und Krisensituationen besser zu bewältigen.

Zum anderen konzentriert sich die MusikSpielTherapie (MST) in der therapeu-tischen Arbeit auf das vorsprachliche Kommunikationsgeschehen zwischen Mutter/ Vater und Kind. Da sich frühe Interaktions- und Kommunikationserfahrungen wes-entlich aus musikalischen Wirkungskomponenten (Rhythmus, Klang, Melodie, Dynamik, Form) zusammensetzen, wird das Medium Musik als ein zentrales Ele-ment in die therapeutische Arbeit einbezogen. Die MusikSpielTherapie (MST) eig-net sich unserer Erfahrung nach als therapeutischer Ansatz besonders bei länger an-dauernden Interaktionsstörungen zwischen Eltern und Kind.

Wir arbeiten daran, für Kinder und Eltern sowohl eine beschützende als auch anregende Situation zu schaffen, in der sie eine tragfähige, von Verständnis geprägte Beziehung zueinander erleben und aufbauen können. Mit unserer Methode möchten wir das Gelingen der frühen Beziehung zwischen Eltern und Kind unterstützen und Chronifizierungen von Störungen der emotional- sozial- kognitiven Entwicklung bei Kindern vorbeugen.

Literatur

- Ainsworth, M.; Blehar, M.; Waters, E.; Wall, S. (1978): *Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum.
- 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*. Unveröff. Diplomarbeit, Freie Universität Berlin.
- Braun, K.; Bogerts, B. (2000): Einfluss frühkindlicher Erfahrungs- und Lernprozesse auf die funktionelle Reifung des Gehirns. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 50: 420–427.
- Brazelton, T. B.; Cramer, B. G. (1994): *Die frühe Bindung*, 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (1999): *Bindungsstörung : Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Cramer, B.; Stern, D. (1988). Evaluation des changements relationels au cours d' une psychothérapie brève mère-nourrison. In: Cramer, B. (Hg.) *Psychiatrie du bébé*. Paris: Eshel, S. 31–70.
- Diem-Wille, G. (2003): *Das Kleinkind und seine Eltern*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dornes, M. (2000): *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Esser, G.; Laucht, M.; Schmidt, M. H. (1995): Der Einfluss von Risikofaktoren und der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter auf die seelische Gesundheit des Vorschulkindes. *Kindheit und Entwicklung* 4: 33–42.
- Feldmann, R.; Greenbaum, C. W. (1997): Affect Regulation and Synchrony in Mother-Infant Play as Precursors to the development of Symbolic Competence. *Infant Mental Health Journal* 18 (1): 4–23.
- Fraiberg, S. (1987): *Selected Writings*. Columbus: Ohio State University Press.
- 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.
- GAIMH (2004): *German association of infant mental health* (www.gaimh.de).
- Greenspan, S.-I.; Liefz Benderly, B. (2001): *Die bedrohte Intelligenz. Die Bedeutung der Emotion für unsere geistige Entwicklung*. München: Goldmann.
- Guerney, L. (1997): *Filial therapy*. In: O'Connor, K.; Braverman, L. M. (Hg): *Play therapy theory and practice-a comperative presentation*. New York: John Wiley & Sons, S. 131–159.
- Gustorff, D; Hannich, H.-J. (2000): *Jenseits des Wortes*. Bern: Huber.
- Honneth, A. (2003): *Das Ich im Wir. Anerkennung als Triebkraft von Gruppen*. *Jahrbuch für Gruppenanalyse* 9: 5–21.
- Hegi, F. (1986): *Improvisation und Musiktherapie. Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik*. Paderborn: Junfermann.
- Hegi, F. (1998): *Übergänge zwischen Sprache und Musik. Die Wirkungskomponenten der Musiktherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Klitzing, K. v. (2003): Wann braucht ein Säugling einen Psychoanalytiker? Von der Erforschung zur Therapie früher Beziehungen. *Kinderanalyse* 11 (1): 3–19.
- Lenz, G. M. (2000): *Musiktherapie bei Schrei-Babys*. *Musiktherapeutische Umschau* 21: 126–140.

- McDonough, S. C. (1993): Interaction Guidance: Understanding and treating early infant-caregiver relationship disorders. In: Zeahnah, C. H. (Hg.): Handbook of infant mental health. Guilford Press, New York, S. 414–426.
- Müller-Pozzi, H. (1991): Psychoanalytisches Denken, Teil III: Der Aufbau der psychischen Wirklichkeit. Bern: Huber, S. 123–169.
- Muir, E.; Lojkasek, M.; Cohen, N. J. (1999): Watch, wait and wonder. Toronto: Hincks-Dellcrest Centre.
- Nitzschke, B. (2000): Frühe Formen des Dialogs. Musiktherapeutische Umschau 21: 324–344.
- Nöcker-Ribaupierre, M. (2001): Entwicklung und Bedeutung des Hörens. Musik und Gesundheit 1: 11–14.
- Papousek, H. (1997): Anfang und Bedeutung der menschlichen Musikalität. In: Keller, H. (Hg.): Handbuch der Kleinkindforschung, 2., vollst. überarb. Aufl. Bern: Huber, S. 565–585.
- Papousek, M.; Papousek, H. (1997): Stimmliche Kommunikation im Säuglingsalter als Wegbereiter der Sprachentwicklung. In: Keller, H. (Hg.): Handbuch der Kleinkindforschung, 2., vollst. überarb. Aufl. Bern: Huber, S. 535–563.
- Papousek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern: Huber.
- Pedrina, F. (Hg.) (2001): Beziehung und Entwicklung in der frühen Kindheit. Tübingen: edition diskord.
- Petersen, D.; Thiel, E. (2001): Tonarten, Spielarten, Eigenarten. Kreative Elemente in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rauh, H. (1998): Frühe Kindheit. In: Oerter, R.; Montada, L. (Hg.): Entwicklungspsychologie, 4. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 167–248.
- Schmölz, A. (1974): Kreativität in der Musiktherapie. In: Revers, W. J.; Harrer, G.; Simon, W. C. M. (Hg.): Neue Wege der Musiktherapie. Düsseldorf: Econ, S. 173–177.
- Schon, L. (1995): Entwicklung des Beziehungsdreiecks Vater-Mutter-Kind. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schumacher, K. (1994): Musiktherapie mit autistischen Kindern. Stuttgart/Kassel: Fischer/Bärenreiter.
- Schumacher, K. (2004): Musiktherapie und Säuglingsforschung, 2. Aufl. Frankfurt am Main: Lang.
- Schumacher, K.; Calvet-Kruppa, C. (1999): Musiktherapie als Weg zum Spracherwerb. Musiktherapeutische Umschau 20 (3): 216–221.
- Schumacher, K.; Calvet-Kruppa, C. (2002): Lehrfilme: Das Evaluierungsinstrument „EBQ“ zur Einschätzung der Beziehungsqualität (a) Der instrumentale Ausdruck I und II (je 30 Min. engl./deutsch); (b) Der stimmlich-vorsprachliche Ausdruck (30 Min. engl./deutsch); (c) Der körperlich-emotionale Ausdruck (40 Min. engl./deutsch); (d) Musiktherapeutische Interventionen (50 Min., deutsch).
- Schumacher, K.; Calvet-Kruppa, C. (2005): „Untersteh' Dich“ – Musiktherapie bei Kindern mit autistischem Syndrom. In: Pahl, C.; Koch-Temming, H. (Hg.): Musiktherapie für Kinder. Bern: Huber.
- Spitz, R. (1985): Vom Säugling zum Kleinkind, 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Spitz, R. (1988): Vom Dialog. München: dtv.
- Spitzer, M. (2003): Musik im Kopf. Hören, Musizieren, Verstehen und Erleben im neuronalen Netzwerk. Stuttgart: Schattauer.
- Stern, D. N. (1991): Tagebuch eines Babys, 3. Aufl. München: Piper.
- Stern, D. N. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. N. (1995): Die Mutterschaftskonstellation. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Suess, G. J.; Pfeifer, W.-K. P. (Hg.) (1999): Frühe Hilfen. Gießen: Psychosozial.
- Winnicott, D. W. (1989): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta.

Korrespondenzadresse: Katrin Stumptner, Dipl.-Päd. Cornelia Thomsen, KunstMusikRäume – Institut für Musik und Psychotherapie, Hornstraße 7–8, 10963 Berlin;
E-Mail: katrin.stumptner@t-online.de, E-Mail: cornelia.thomsen@freenet.de