

**Emerging Adulthood: (perfekte) Darstellung vs. (qualvolle) Stille.
Erfahrungen aus der musiktherapeutischen Arbeit
mit jungen Erwachsenen**

**Emerging Adulthood: (Perfect) Representation
vs. (Agonizing) Silence.
Experiences from Music Therapy with Young Adults**

Katrin Drazek-Kappus, Köln

Die Zeit des Übergangs in das Erwachsenenalter bringt für eine Vielzahl junger Menschen einen enormen Leidensdruck mit sich. Dieser Druck äußert sich nach den Erfahrungen der Autorin im musiktherapeutischen Setting in zwei entgegengesetzten Qualitäten, wie einer möglichst perfekten Darstellung des eigenen Selbst oder einer qualvollen Stille.

Der vorliegende Beitrag berichtet aus der musiktherapeutischen Tätigkeit mit jungen Erwachsenen in teilstationärer Behandlung, die sich in der neu eingeführten, als eigenständig postulierten Entwicklungsphase „Emerging Adulthood“ befinden. Gemeinsamkeiten in der Vorgeschichte der Patienten werden einleitend skizziert und soziologische Merkmale dieser Entwicklungsphase von Menschen im Alter zwischen ungefähr zwanzig und dreißig Jahren beschrieben.

For many young people, the transitional period leading to adulthood is associated with a tremendous amount of psychological stress. In the author's view, this stress is expressed within the music therapy setting in two opposing qualities, as a close to perfect self-representation or as an agonizing silence.

The following article reports music therapy work with young adults in partial hospital treatment who find themselves in the newly introduced and uniquely identified developmental phase of emerging adulthood. Similarities in patients' medical histories are first outlined and the sociological characteristics of persons in this developmental phase, between about twenty and thirty years of age, are described.

In der tagesklinischen Tätigkeit mit psychisch erkrankten Menschen lässt sich in den letzten Jahren eine steigende Prävalenz eines krisenhaften Erlebens bei jungen Erwachsenen im Alter zwischen Anfang zwanzig und Mitte dreißig beobachten, die relativ unabhängig von diagnostischen Kategorien generationenspezifisch zu

sein scheint. Die Patienten¹ erleben häufig einen subjektiv sehr belastenden Druck im Alltag, der wahrscheinlich auf eine ausgeprägte Ambivalenz zwischen dem Streben nach Autonomie und dem Wunsch nach Nähe und Gebundenheit zurückzuführen ist. Die Unfähigkeit, beides integrieren zu können, wird zum Dilemma: Denn dem Wunsch nach Nähe und Gebundenheit steht die Angst vor emotionaler Abhängigkeit und damit der Beschränkung der eigenen Freiheit gegenüber. Hieraus entstehen Druck und Unsicherheiten, die sich bei den jungen Patienten sowohl in der Entwicklung der eigenen Identität, in der Alltagsgestaltung und den partnerschaftlichen Beziehungen als auch in der beruflichen Situierung wiederfinden.

Die jungen Menschen weisen neben einem großen Streben nach Unabhängigkeit einen hohen Leistungsanspruch in ihrem Beruf auf. Viele von ihnen haben einen oder mehrere Studiengänge (oder Ausbildungen) sowie Weiterbildungen begonnen oder gar abgeschlossen. Auffällig dabei ist, dass die beruflichen Ausrichtungen in sich oft konträr sind. Doch ist keiner der Patienten (sozialanamnestisch in unserer Einrichtung erhoben) bereits im Berufsleben angekommen und kann seinen Lebensunterhalt selbst finanzieren. Bei allen besteht eine finanzielle Abhängigkeit, meist von den Eltern. Zum verstärkten Insuffizienz- und Überforderungserleben kommt es nicht selten, wenn die Eltern ihren Kindern mitteilen, dass sie diesen nicht weiteren Unterhalt zahlen werden.

Es sei angemerkt, dass alle Patienten, auf die in dem vorliegenden Beitrag Bezug genommen wird und aus welchem sich die therapeutischen Beobachtungen und Erfahrungen der Autorin aus den letzten Jahre stützen, ausschließlich aus gut situierten Elternhäusern kommen. Alle wurden von den Eltern über viele Jahre materiell und finanziell gut unterstützt.

Exemplarisch:

Fr. X, 29 Jahre alt. Sie studierte BWL mit Abschluss des Bachelors in einer Großstadt im Ausland, studierte im Anschluss ebendort Sprachen mit Abschluss, absolvierte eine Ausbildung zum Fitnesscoach. Sie gibt als Trainerin nun manchmal Kurse. Im letzten Jahr begann sie ein Medizinstudium in Hamburg, was sie nach einem Semester aufgrund gesundheitlicher Probleme abbrach. Derzeit überlegt Fr. X., ob sie wieder zurück in ihre Heimatstadt zieht und sich dort selbstständig macht. Dass sie arbeitslos ist, macht ihr sehr zu schaffen, vor allem da sie dadurch nichts über sich zu berichten habe.

Die beruflichen Neuorientierungen gehen bei vielen Patienten mit Wechseln des Wohn- und Lebensorts einher. Sie ziehen in andere Wohnungen, Städte oder Länder. Die ständigen Veränderungen haben Einfluss auf die partnerschaftlichen Beziehungen der jungen Menschen. Hier fällt bei allen Patienten ein großer Wunsch nach einer festen Beziehung auf, doch können Partner nur selten als unterstützend

¹ Wenn in der vorliegenden Arbeit von Patienten die Rede ist, wird für die Lesbarkeit die männliche Form verwendet. Gemeint sind dabei stets beide Geschlechter.

und hilfreich erlebt werden. Oft besteht die Angst vor emotionaler Abhängigkeit. Dies spiegelt sich wider in konflikthafter, instabiler Beziehungen, die vielfach von kurzer Dauer sind. Eine Trennung oder Rückzug erfolgen nicht selten nach wenigen Wochen. Doch Trennungen scheinen vorrangig ein Stand-by-Modus zu sein, Kontakte werden in Smartphones oder auf Online-Portalen nur selten gelöscht.

Von kurzer Dauer sind bei den jungen Patienten auch die Alltagsbeschäftigungen. Nachmittage im Anschluss an den tagesklinischen Tag werden häufig bis in die späten Abendstunden ausgefüllt. Dabei fällt einerseits ein schneller Wechsel der Tätigkeiten auf und andererseits werden diese vorrangig als ein Tun an sich mit dem Druck, aktiv sein zu müssen, weniger als ein Nachgehen eigener Interessen oder gar Hobbies beschrieben. Nichts zu tun, wird verhindert und damit begründet, dass einem die Möglichkeit genommen wird, etwas über den Abend berichten zu können. Dass Müdigkeit am Morgen unter anderem eine Folge der zahlreichen Abendbeschäftigungen sein kann, sehen die Patienten weniger.

Den jungen Menschen, die ihr Handeln aufgrund ihrer Intelligenz gut wahrnehmen und beschreiben können, ist es nur schwer möglich, mit diesen Belastungen progressiv umzugehen. Sie erleben sich selbst als inkompetent und sind unsicher in Bezug auf die eigenen Bedürfnisse sowie die eigene Identität. Passend zu diesen Beobachtungen äußern sie das Gefühl, weder erwachsen noch jugendlich zu sein.

Emerging Adulthood – Merkmale der neuen eigenständigen Entwicklungsphase

„Emerging adulthood merits scholarly attention as a distinct period of the life course in industrialized societies. It is in many respects the age of possibilities, a period in which many different potential futures remain possible and personal freedom and exploration are higher for most people than at any other time“ (Arnett 2000, 479).

Dass sich junge Menschen im Alter zwischen zwanzig und Anfang dreißig weder erwachsen noch adoleszent fühlen, ist einigen Soziologen und Psychologen zufolge eine Auswirkung, welche der sozioökonomische Wandel der letzten Jahre auf die soziale Lebensweise der Individuen mit sich bringt. Die Entwicklungspsychologin Seiffge-Krenke (2012) weist darauf hin, dass gegenwärtig die Generationengrenzen unklarer werden und sich folglich die gesamten Lebensphasen ineinander verschieben. Hiervon sind vor allem die jüngeren Altersgruppen betroffen.

Der amerikanische Entwicklungspsychologe Arnett stellte anhand seiner Forschungen der letzten 20 Jahre fest, dass, durch soziokulturelle Strömungen begünstigt, sich die Phase des Erwachsenwerdens drastisch ausdehnt (Arnett 2014). Das habe weitreichende Auswirkungen auf die Entwicklung der jungen Menschen, festzustellen sei dies anhand des Phänomens der Prokrastination: Durch die längeren Ausbildungszeiten wird die Übernahme von erwachsenen Verpflichtungen im

Arbeits- und auch Familienleben nach hinten verschoben. Heirat oder Familiengründung findet deutlich später statt.

Arnett zufolge befinden sich junge Menschen im Alter zwischen 18 und 30 Jahren in einer Phase des „Dazwischen sein“. Auf diese treffen weder Merkmale des Erwachsenenalters noch der Adoleszenz ganz zu. Nach zahlreichen Untersuchungen bei dieser Altersgruppe gab er diesem „Zwischenstadium“ den Namen „Emerging Adulthood“. Die neu eingeführte und als eigenständig postulierte Entwicklungsphase bezeichnet nach ihm die Zeit zwischen dem Jugendalter und dem jungen Erwachsenenalter und etablierte sich nicht nur in den USA, sondern in nahezu allen westlichen Industrienationen (Arnett 2014). Seither erhält die Annahme einer solchen Phase multidisziplinäre Aufmerksamkeit, wie bspw. anhand der Gründung der SSEA abzulesen.² Auch in Deutschland gibt es in den letzten Jahren Forschungen, die sich mit der neuen Entwicklungsphase beschäftigen. Einen Überblick zu Untersuchungen im deutschsprachigen Raum, die sich auf demographische Angaben der jungen Menschen sowie deren Bindungsverhalten gegenüber Eltern beziehen, gibt Seiffge-Krenke (2015) in einem entsprechenden Fachartikel.

Hauptfaktoren der Emerging Adulthood

Arnett sieht für die Phase der Emerging Adulthood fünf Merkmale als charakteristisch, welche er in vorwiegend nationalen Studien belegen konnte: Identity explorations, Instability, Self-focus, Feeling in-between, Possibilities/optimism (Arnett 2014, 15). Sie werden folgend skizziert. Das erste genannte Charakteristikum, die Ausdehnung der Identität, sei das Zentralste.

Für die meisten jungen Menschen bis zum Alter von 30 sei es fraglich und offen, wer sie sind und wer sie sein wollen. Die Zeit zur Erkundung und Auseinandersetzung mit der eigenen Identität intensiviert sich und dehnt sich hinsichtlich Fragen aus, welche die Lebensgestaltung betreffen. Zurückzuführen sei dies wesentlich auf die zahlreichen Möglichkeiten, welche den jungen Menschen zur Verfügung stehen, unter anderem durch die rasante mediale Entwicklung, mit deren zahlreichen Online-Portalen, sowie ein Mehr an Zeit, um Antworten auf Fragen zu erhalten, welche die eigene Identität und Vorstellung vom eigenen Leben betreffen. In punkto Arbeit gehen eingeschlagene Bildungswege mit dem Abwägen eigener Fähigkeiten sowie den Chancen für den Arbeitsmarkt einher. Das Risiko Arbeitslosigkeit wird abgewogen. Sennett (2000) spricht auch von Flexibilität und Anpassungsfähigkeit als Kennzeichen der Arbeitsstrukturen und deren Folgen für das Individuum. Typisch für die jungen Menschen sei der häufige Wechsel von Arbeits- und Ausbildungsstellen und damit verbunden der des Wohnorts, nicht selten einhergehend mit dem des Partners. Weder in der häuslichen noch beruflichen Situation ist daher Stabilität vorhanden, vielmehr sei ein flexibles Verhalten

² SSEA steht für die „Society for the Study of Emerging Adulthood“. Die Gesellschaft weist mittlerweile mehr als 400 Mitglieder auf und auf deren Homepage sind zahlreiche Informationen und Publikationen zu dieser Entwicklungsphase zu finden.

charakteristisch. Die Neuorientierungen ermöglichen dabei einerseits zahlreiche Erfahrungen des Ausprobierens, sind jedoch andererseits häufig mit Enttäuschungen und Scheitern verbunden. Im Umgang mit diesen Erfahrungen sieht Arnett eine weitere Eigenschaft der „emerging adults“, deren Optimismus. Dieser zeigt sich in der Hoffnung, den richtigen Job zu finden, in dem sie zudem gut entlohnt werden, sowie im Finden des „perfekten“ Partners.

Nach Arnett (2014) bedingt die Fülle an Möglichkeiten, dass Lebensentwürfe und Ideale von jungen Menschen in fast spielerischer Art (und doch mit ‚dramatischen‘ Folgen) geändert werden können, da sie bereits die Freiheit hatten, vieles ausprobieren und erfahren zu können und noch nicht mit der Verpflichtung konfrontiert sind, die mit dem Erwachsenenalter einhergehen. Kenntnisse über das Selbst, über Stärken und Schwächen werden (scheinbar) gewonnen. Sehr typisch sei daher für alle „emerging adults“ die intensive Selbstfokussierung und die damit verbundene Beschäftigung mit Fragen, die dienlich sein können, um eigenständig sowie eigenverantwortlich im Leben zurecht zu kommen. Die Selbstfokussierung wird durch Online-Portale und Medien unterstützt. Hierbei spielt auch die finanzielle Unterstützung seitens der Eltern eine entscheidende Rolle. Junge Menschen übernehmen durch diese Unterstützung weniger und erst viel später Verantwortung für ihr eigenes Leben, erhalten hingegen mehr Freiheiten. Daraus resultiert, dass sich viele von Ihnen weder als erwachsen noch als jugendlich erleben.

Seiffge-Krenkes Studien zufolge treffen die Merkmale Arnetts im deutschsprachigen Raum vorwiegend auf Studierende zu (Seiffge-Krenke 2015), was sich in meiner therapeutischen Arbeit mit der hiesigen Patientengruppe ebenso beobachten lässt.

Überwältigende Gefühle: Überforderungserleben in Bezug auf den Umgang mit der sozialen Realität.

In der klinischen Tätigkeit mit jungen Menschen scheint stets ein Teil dieser sozialen Realität durch. Die Kehrseite der vermeintlichen Freiheit und diverser Möglichkeiten, welche den jungen Menschen zur Verfügung stehen, wird deutlicher. Sie fühlen sich häufig hoffnungslos überfordert mit einer sozialen Realität, die emotional verunsichert und wenig Sicherheit bietet. Nach Seiffge-Krenke (2012) leiden junge Menschen nicht selten an einem Überfluss an Wahlmöglichkeiten, wodurch innere Orientierungslosigkeit entsteht. Bauman (1999) zufolge lässt ein Mehr an Wahlmöglichkeiten einen Freiheitsspielraum entstehen, der zugleich mit Individualisierungsdruck einhergeht und eben die Unsicherheit erhöht. Hinzu kommt laut Seiffge-Krenke (2012) die Angst vor Arbeitslosigkeit, die junge Menschen veranlasst, sich möglichst umfassend zu bilden und hohe berufliche Ansprüche an sich selbst zu stellen.

„Natürlich ist es ein Zugewinn an Freiheit, wenn man die Möglichkeit hat, durch eine längere Schulausbildung, eine entsprechende Berufsausbildung, ein Studium, ein Aufbaustudium usw. möglichst unterschiedliche berufliche Bereiche zu explorieren, aber dies tut man auch nicht ganz freiwillig, sondern es ist u. a. aus dem Wunsch geboren,

sich möglichst hoch und umfassend zu qualifizieren, um in jedem Fall vor Arbeitslosigkeit geschützt zu sein – eine Sorge, die insbesondere junge Menschen in südeuropäischen Ländern mit hoher Arbeitslosigkeit haben“ (Seiffge-Krenke, 2012, 13f.).

In meiner therapeutischen Arbeit fällt zunehmend auf, dass sich kognitiv gebildete junge Erwachsene, die sich verbal versiert auszudrücken verstehen und ihr Handeln gut beschreiben können, eine massive emotionale Unreife zu haben scheinen und sich dadurch schwertun, eigenverantwortlich zu leben. Im musiktherapeutischen Setting äußert sich diese gefühlsmäßige Verunsicherung, nach Beobachtungen der letzten Jahre, vorwiegend in zwei gegensätzlichen Qualitäten: Einerseits in der möglichst perfekten Darstellung des Selbst – für welche die Rückmeldung durch andere eingefordert wird und bedeutender scheint als das selbst Erlebte – und andererseits in einer qualvollen Stille – in der Überforderungsgefühle, Ängste und erlebte Unzulänglichkeit des Spielens dominieren.

Die Musiktherapie findet in unserer Tagesklinik für Erwachsenen sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting à maximal fünf Patienten statt. Die Patienten werden in zwei festen Gruppen der Musik- und der Kunsttherapie zugeordnet und erhalten beide Angebote zwei Mal pro Woche à 90 Minuten. Die Gruppen sind altersheterogen. Eine Gruppe, in welcher sich ausschließlich junge Patienten im Stadium des Emerging Adulthood befinden, gibt es in unserer Klinik bislang nicht. Parallel dazu haben einige Patienten Musiktherapie auch im Einzelsetting (Dyade).

(Perfekte) Darstellung als AusDruck

In der Arbeit mit „emerging adults“ ließen sich Stunden ausmachen, die vor Aktivismus sprühten. Dabei war einerseits festzustellen, dass Patienten eine Stunde im Hinblick auf verschiedenste Parameter detailliert vorplanten, so dass in der Musiktherapie das Resultat des zuvor Überlegten repräsentiert wurde. In der anschließenden Betrachtung des musikalischen Geschehens konnte beobachtet werden, dass zum einen für die Patienten die musikalische Analyse im Vordergrund stand. Ein hoher Leistungsanspruch wurde dabei deutlich, die Wahl des Instrumentariums und des zuvor Gespielten wurde mit dem Fokus auf Optimierung und Effizienz unter Berücksichtigung der Parameter Tempo, Dynamik sowie Sound hinterfragt. Die Betrachtung des eigenen Spiels, welches immer auch auf vermeintliche Fehler konzentriert war, geschah vorrangig selbstfokussiert und weniger interaktionell. Patienten beschrieben ihr eigenes Spiel, bezogen die Mitpatienten hierin wenig ein.

Zum anderen wurde die Selbstdarstellung durch Musik fokussiert, dabei war es den jungen Menschen sehr wichtig, etwas zu lernen und dies den anderen zu zeigen. Hier schien es bedeutend, schnell Erfolge in der Handhabung des Instrumentariums zu verzeichnen, und sich Empfehlungen meinerseits einzuholen. Nicht selten beschäftigten sich Patienten zuhause oder in den Pausen theoretisch mit dem Spiel eines Instruments weiter. Im Vordergrund stand ein enormer Leistungsanspruch, weniger das in der Stunde Erlebte.

Auch war es den Patienten wichtig, wie sie während ihres Spiels wirkten, hierfür forderten alle Patienten ein Feedback von ihren Mitpatienten ein. Dieses wurde

detailliert hinterfragt und auf Alltägliches und Sinnhaftes bezogen und es schien wesentlicher zu sein als das eigene Erleben.

Ähnliches Verhalten konnte in Stunden, in denen das Hören von Musik im Mittelpunkt stand, beobachtet werden. Patienten brachten Musikstücke mit in die Stunde, die Auswahl wurde geplant und konnte gut verbal begründet sowie detailliert erläutert werden. Hierbei ließ sich feststellen, dass ein Feedback der Gruppe sehr bedeutend war im Hinblick darauf, ob das mitgebrachte Stück Gefallen fand oder nicht. Musikstücke wurden weniger im Hier und Jetzt assoziiert. Hierdurch entstand der Eindruck, dass sich der Patient vorrangig präsentierte. Es war wenig möglich, dass etwas spontan entstehen könnte.

Sowohl in aktiven als auch in Stunden, in welchem das Hören von Musik im Mittelpunkt stand, war ein Resultat des leistungsorientierten Vorgehens, dass der von den Patienten erlebte Druck zunahm. Dies war meist anhand von körperlichen Symptomen, wie Ver- oder Anspannung bis hin zu Schmerzen, zu erkennen.

Fallvignette

Hr. X., 27 Jahre alt, wollte eigentlich Philosophie studieren, entschied sich jedoch für Jura, die spätere Arbeitsplatzsicherung war für diese Wahl ausschlaggebend. Das Studium brach er nach zwei Semestern ab, es folgte für ein Semester des Studiums des Ingenieurwesens. Beide Studiengänge fanden in verschiedenen Städten statt. Derzeit befindet sich Hr. X. auf der Suche nach etwas Neuem, vielleicht Soziologie oder doch im Bereich der Medienbranche. Eigentlich interessieren ihn ebenso Musikwissenschaften, die Hauptsache ist, nicht nichts zu tun.

Bisweilen saß Hr. X. in den MT- Gruppen, die aktiv gestaltet wurden, auf dem Cajon, mit den Fingern berührte der Patient das Instrument jedoch nicht. Seine Haltung war Stunde über Stunde ähnlich, der Kopf immer gesenkt, der Blick auf den Boden gerichtet. In der Gruppe sprach der Patient anfänglich kaum. In der Dyade war es ihm möglich zu benennen, dass ihm viele Fragen durch den Kopf gingen. „Was denken die anderen über mein Spiel? Komme ich gut an? Ist mein Rhythmus cool genug?“

Die Angst vor der Bewertung seines Spiels durch die Gruppe war so groß, dass er nicht in der Lage war, sich selbst musikalisch einzubringen. Erst nach einigen Stunden, Hr. X. war immer anwesend, begann der Patient mit dem Spiel auf dem Cajon. Es erklang ein virtuoses Spiel, die Kopie eines Musikstücks, welches einem Teil der Gruppe vertraut war. Er erntete viel positives Feedback seitens der Gruppe. Im Anschluss wirkte der Patient erschöpft. Er teilte der Gruppe mit, dass er den Rhythmus seit Tagen in sich hatte.

In einer späteren Stunde, in welcher ich Hr. X. in der Dyade sah, war es ihm bedeutend, sein Spiel näher zu betrachten. In dieser Stunde wurde deutlich, dass der Patient alles bis aufs kleinste Detail geplant und seit langer Zeit zu Hause geübt hatte. Er wollte seinem „musikalischen Schweigen“ ein Ende bereiten, da der damit einhergehende Druck so groß war und ihn quälte. Er stellte in der letzten Stunde,

in welcher er das Cajon spielte jedoch fest, dass er einerseits „gutes“ Feedback für sein Spiel erhielt, der Druck, welchen er sich Tage vorher gemacht hatte, jedoch ebenso quälte und seinen Gemütszustand dominierte.

Qualvolle Stille als AusDruck

Dem Aktionismus entgegengesetzt ließen sich wiederum Stunden ausmachen, in denen seitens der jungen Menschen Stille den Raum erfüllte. In aktiven Gruppenstunden mit freien Improvisationen konnten dabei zwei Arten dieses Ausdrucks festgestellt werden. Zum einen gab es Stunden, in welchen junge Patienten das Instrumentarium zur Bearbeitung des subjektiv empfundenen Leidens auswählten, jedoch „in der Begegnung“ in der gesamten Stunde verstummten. Instrumente wurden betrachtet, teils lautlos berührt oder wieder zurückgestellt.

Demgegenüber standen Stunden, in welchen sich die Begegnung mit sich selbst darin äußerte, dass die Patienten keine Instrumente auswählten, stattdessen stumm auf dem Stuhl verharrten. Einige Patienten senkten während des Sitzens den Kopf, andere schauten ins Leere oder schlossen die Augen und warteten. Diese Haltungen gingen oft mit körperlichen Begleiterscheinungen, wie Anspannungen und Verkrampfungen (meist der Hände, Arme, Schultern) oder sichtbarer motorischer Unruhe einher. In beiden Arten dominierte Stille.

Das Sitzen auf dem Stuhl und die musikalische Passivität wurden von den jungen Menschen meist negativ konnotiert und die eigens erzeugte Stille immer auch als Belastung erlebt. Einige Patienten konnten dies in der Dyade äußern, anderen war es möglich in der verbalen Reflexion, welche sich an die Improvisation anschließt, ihre selbst empfundene Unzulänglichkeit des Spielens und vermeintliche Passivität zu betrachten und dies der Gruppe mitzuteilen. All jene Patienten benannten die Schwierigkeit, (überhaupt) eine Entscheidung zu treffen, die sich durch das Nichtwählen eines Instruments zeigte. Diejenigen, die ein Instrument wählten, äußerten die Unsicherheit, ob die Wahl ihres Instruments die richtige gewesen sei. Einher gingen diese Fragen mit weiteren, die sich auf Unsicherheiten im Kontext der eigenen Identität sowie auf Interaktionen bezogen. Alle Patienten erlebten solche Gruppensituationen als anstrengend, verbalisierten das Spüren eines Erschöpfungszustands sowie innerer Anspannung.

Fallvignette

Die Patienten erschienen in regem verbalen Austausch über das zuvor eingenommene Mittagessen zur Musiktherapie. Nach einiger Zeit wurde es ruhiger und die Gruppe entschied, mit einer freien Improvisation die Stunde zu starten. Die Patienten begannen nach und nach zu spielen. Instrumente und Positionen im Raum wurden gewechselt, Dynamiken gesteigert, es wurde rhythmischer. Fr. X., 29 Jahre alt, blieb, wie auch in den letzten Stunden, auf ihrem Stuhl sitzen und beobachtete das Geschehen der anderen. Nach einer Zeit schienen die Patienten im Hier und Jetzt angekommen zu sein, es entstanden nonverbale Interaktionen. Fr. X. schloss

die Augen, ihre Hände begannen sich zu verkrampfen, ihr Körper wirkte angespannt. Sie öffnete ihre Augen. Nonverbale Angebote der Kontaktaufnahme seitens der Gruppe, es gab zahlreiche, sowohl musikalischer als auch mimischer Art, wurden von ihr nicht beantwortet. Mimisch signalisierte mir die Patientin nach ca. 25 Minuten, dass Sie die Gruppe verlassen werde. Ich nickte ihr bejahend zu. Von der Stoppregel machte die Patientin Fr. X. noch nicht Gebrauch. Für die Musiktherapie gilt während des gesamten Behandlungszeitraums für jeden Patienten und für die Musiktherapeutin die „Stopp-Regel“. Sie wird den Patienten im Vorgespräch erläutert und in den Gruppen wiederholt. Die Regel gibt den Patienten die Möglichkeit „stopp“ zu sagen und soll u.a. einen Schutz vor Überforderung und Überreizung bieten.

Fr. X. war es in einer späteren Stunde möglich, ihre als aversiv empfundenen Gefühle mit der Gruppe verbal zu kommunizieren: „Ich konnte mich nicht entscheiden, die Auswahl ist so groß (...) es wurde mir dann alles zu viel und zu durcheinander, (...) ich wusste nicht wie und wo ich mich hätte einbringen sollen. Am einfachsten erschien es mir die Augen zu schließen, doch dann spüre ich in mir einen starken Druck, und dann muss ich weg“.

Abschließende Bemerkungen

Die beiden Welten, mit welchen sich die jungen Menschen nicht identifizieren können, die der Jugendlichen und die der Erwachsenen, bilden sich im Setting der Musiktherapie besonders deutlich ab. Als Ausdruck der von den Patienten erlebten Inkompetenz kristallisierten sich zum einen die qualvolle Stille und zum anderen die möglichst perfekte Darstellung des Selbst als immer wiederkehrende Muster heraus.

Die „emerging adults“ versuchen sich einerseits (perfekt) darzustellen, stets einhergehend mit einem sehr hohen Leistungsanspruch an ihr Tun. Doch sind die jungen Menschen überhaupt reif genug zu präsentieren, wer sie sind? Trotz guter kognitiver Kompetenzen haben sie eine massive emotionale Unreife, welche sich in Unsicherheit und Ängsten äußert. Eine mögliche Antwort auf diese Frage könnte die Auffälligkeit sein, dass den jungen Menschen im Anschluss an das zuvor Dargestellte die eingeforderte Rückmeldung durch Andere sehr bedeutend und wesentlicher ist als das eigens Erlebte. Seitens der Patienten wird vieles wahrgenommen, kann jedoch nicht reflektiert werden. Das Erlebte scheint ungefestigt, die kognitiven Fähigkeiten scheinen durch narzisstische Abwehrstrategien und Pseudoautonomie geprägt zu sein. Um diese Verhaltensweise näher zu verstehen, wurde nach empathisch-spiegelnden Interventionen in Gesprächen mit den Patienten deutlicher, dass im therapeutischen Setting immer auch ein Teil der sozialen Realität durchscheint und Einfluss auf Intrapyschisches nimmt. Denn wie bereits erwähnt, werden Tätigkeiten vorrangig als ein Tun an sich mit dem Druck, aktiv sein zu müssen, um etwas über sich berichten zu können und nicht als dem Nachge-

hen eigener Interessen beschrieben. Für die Patienten wird es als selbstverständlich erachtet, sich im Alltag Rückmeldungen für eigene Aktivitäten sowie Handeln einzuholen, vorrangig geschieht dies in Online-Portalen und nicht vis-à-vis.

Schneider beschreibt eindrücklich, bezugnehmend auf Türcke (2002), dass für viele Menschen die „mediale Präsenz realer wird als die körperliche“ (Schneider 2009, 65). Durch Online-Portale wie Facebook und Instagram kommt es zu Verschiebungen der Wahrnehmung. Viele junge Menschen stellen sich in diesen Portalen dar und nehmen Andere ausschließlich im medialen Bild (Online) wahr. Auch Bauman (2009) untersuchte dieses Phänomen und benennt, dass vor allem junge Menschen ein Talent besitzen, sich auf ihren Online-Portalen darzustellen. Nach ihm werden zunehmend von jungen Menschen gegenwärtig Bezugsobjekte von der realen Welt (Offline) in die Online-Welt verschoben.

Findet das Wahrgenommenwerden des Subjekts jedoch vorwiegend Online statt, so dass es zur Realität der jungen Menschen wird, impliziert dies eine Verschiebung im Erleben des Seins. Sich nicht Online zu vermarkten oder zu präsentieren heißt demnach, nicht zu sein. Nach Türcke (zitiert nach Schneider 2009) hieße dies, dass Identität gegenwärtig „primär durch ein in sich unbestimmtes, nach außen gerichtetes *Tun* charakterisiert (...)“ (Schneider 2009, 65) ist.

Berücksichtigt man diese Gedanken und bezieht sie auf die Auffälligkeiten der jungen Patienten im musiktherapeutischen Setting, so wird nachvollziehbar, warum das *Tun* zum Überforderungserleben wird: Die nach außen gerichtete, möglichst perfekte Darstellung, spiegelt und verstärkt den damit einhergehenden Druck. Die Erlebnisfähigkeit sowie das eigenverantwortliche und selbstfürsorgliche Handeln bedürfen einer Nachreifung. Die jungen Menschen sind somit auf Hilfe und Unterstützung angewiesen, wenn es um das Wahrnehmen und Spüren ihrer eigenen Gefühle und Empfindungen geht. Dies bildet sich auch in der anderen Qualität ab – in der Stille werden ebenso Unsicherheiten spürbar. Einerseits wird die direkte Konfrontation mit dem Gegenüber auch nach Angeboten der Kontaktaufnahme vermieden. Wie sich in nachfolgenden Gesprächen häufig zeigt, geht die Unfähigkeit des Spielens einher mit Ängsten in Bezug auf das Wahrgenommenwerden durch Andere und des mangelnden Selbstwerterlebens. Fragen und Vorstellungen über Bewertungen sind zahlreich und dominieren die Patienten. Auch herrscht ein Überforderungserleben in Bezug auf die Angst, eine schlechte (Instrumenten-) Wahl zu treffen. In beiden Fällen wird ein körperlich empfundener Leidensdruck spürbar. Bei den Patienten wird hier der Mangel an Eigenverantwortlichkeit und ungefestigter Identitätsbildung deutlich. Die entstehende Stille kann als Abwehr der Unsicherheit und Ängste verstanden werden.

In (freien) Improvisationen und Stunden, in denen das Hören von mitgebrachter Musik im Mittelpunkt steht, scheint es bedeutend, den Fokus der therapeutischen Unterstützung darauf zu legen, dass die jungen Patienten dem Selbst (ver-)trauen und es dürfen, nichts können müssen sowie etwas stehen lassen dürfen. Dies impli-

ziert, dass Stunden nicht vorgeplant werden brauchen, sondern dass das Erlebte im Hier und Jetzt Berechtigung erhält.

Die Auseinandersetzung mit Stille kann ein Parameter in der Arbeit mit „emerging adults“ sein, um Identität und Autonomie zu fördern. Denn Stille kommt im Alltag der jungen Patienten nur selten vor. Nichts zu tun heißt für die meisten, nichts über sich berichten zu können. Zu erleben, dass Stille nicht Stillstand oder Langeweile bedeutet, sondern dass sie „die Möglichkeit aller Klänge (ist) (...) wenn wir uns darauf einlassen trauen“ (Klar 2012, 170) eröffnet Chancen, sich zu erkennen und sich wahrzunehmen. Hierbei erscheint es günstig und kann im positiven Sinne therapeutisch genutzt werden, dass die jungen Menschen einen enormen Anspruch an sich haben und Optimismus an den Tag legen. Auch wenn die Stille von ihnen immer als quälend wahrgenommen wird, erscheinen die Patienten, nach meinen Erfahrungen, auch zur nächsten Musiktherapiestunde und bleiben dadurch in Kontakt. Hierdurch entsteht die Möglichkeit, das Erleben der eigenen Stille zu teilen, sich mit diesem Zustand weiter auseinander zu setzen, Stille (aus-)zuhalten, anzunehmen und zwischen ihren unterschiedlichen Qualitäten lernen zu differenzieren.

Literatur

- Arnett, J. (2000): *Emerging Adulthood. A Theory of Development From the Late Teens through the Twenties*. Online: http://www.jeffreyarnett.com/ARNETT_Emerging_Adulthood_theory.pdf. (Zugriff: 21.11.2016).
- Arnett, J. (2014): *Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teens Through the Twenties*. 2nd Edition. Oxford: University Press.
- Bauman, Z. (1999): *Unbehagen in der Postmoderne*. Hamburg: Hamburger Edition.
- Bauman, Z. (2009): *Anmerkungen zum Kulturbegriff Freuds. Oder: Was ist bloß aus dem Realitätsprinzip geworden?* In: Münch, K.; Munz, D.; Springer, A. (Hg.): *Die Fähigkeit, allein zu sein. Zwischen psychoanalytischem Ideal und gesellschaftlicher Realität*. Gießen: Psychosozial, S. 15–33
- Klar, S. (2012): *Wir hören nur mit dem Herzen gut. Hören und Wahrnehmen in Korrespondenz mit der Natur*. In: *Jahrbuch Musiktherapie. Music Therapy Annual*. Band 8. Wiesbaden: Reichert Verlag, S. 157–176.
- Seiffge-Krenke, I. (2012): *Therapieziel Identität. Veränderte Beziehungen, Krankheitsbilder und Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Seiffge-Krenke, I. (2015): *Emerging Adulthood: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken*. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 63 (3), S. 165–173. Bern: Hans Huber Hogrefe AG.
- Sennett, R. (2000): *Der flexible Mensch. die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin: Siedler.

Schneider, G. (2009): Die erregte Gesellschaft. Veränderungen in der postmodernen Identität? In: Münch, K.; Munz, D.; Springer, A. (Hg.): Die Fähigkeit, allein zu sein. Zwischen psychoanalytischem Ideal und gesellschaftlicher Realität. Gießen: Psychosozial, S. 51–70.

Katrin Drazek-Kappus
Tagesklinik am Friesenplatz
Friesenstraße 72–74
50670 Köln
E-Mail: k.drazek-kappus@tagesklinik-friesenplatz.de

Hinweis

Auch im Themenheft der MU fokussiert ein Artikel das Phänomen der Stille: *Jos De Backer, Katrien Foubert und Jan Van Camp* beschreiben konstruktive Aspekte des Phänomens innerhalb der *Modalitäten von Übergängen in einem musiktherapeutischen Kontext*.