M.T.K.
1990 Heft 2
S. 95-102

Musik und Bewegung in der Musik- und Tanztherapie

Karl Hörmann

Zusammenfassung

Ein Großteil der Rock- und Popmusik ist psychosomatische Musik. Daß Musik generell als psychophysische Kategorie verstanden werden kann, wird anhand ihrer Wirkung, wie sie sich in neueren Forschungsergebnissen zeigt, dargestellt. Die Situation der Musiktherapie wird als bewegungsarm gesehen, womit sie auf hilfreiche therapeutische Möglichkeiten verzichtet. Die erwähnten Vorzüge eines bewegungsaktiveren Handelns und die Verwendung der vorgestellten Kriterien zur Analyse und Planung künstlerisch-therapeutischen Handelns werden für die Musik- und Tanztherapie sowie auch für die Psychohygiene des Therapeuten und der Intensivierung von Musikwahrnehmung und Musikgenuß beschrieben.

Music and Movement in Music and Dance Therapy

A large proportion of rock and pop music is psychosomatic music. That music can generally be interpreted as a psycho-physical category is shown on the basis of its effect as recent research results have evidenced. The situation of music therapy is considered as being poor in movement, not making use of helpful therapeutic possibilities. The advantages of action involving more active movement, and the application of the presented criteria for the analysis of an artistic-therapeutic approach, are described both for music therapy and dance therapy as well as for the therapist's own psychohygiene and intensification of music appreciation and the pleasure derived from music.

Key words

Music therapy – dance therapy – description of the situation – criteria of analysis and therapy planning with the employment of artistic media

Die folgenden, pointiert gedachten Thesen richten sich nicht so sehr an die körperlich behinderten oder gar bettlägerigen Kranken, auch nicht an die psychisch Kranken, sondern vor allem an die nach Selbstentfaltung strebenden, in persönlichen Schwierigkeiten Steckenden, wie sie vorrangig unter Absolventen höherer Bildung zu finden sind (*Dollase u. a.* 1986, 144 ff.), die die in Betracht kommenden Psychotherapieeinrichtungen häufig genug gar nicht aufsuchen. Die angestellten Überlegungen markieren daher nur einen Aspekt innerhalb des weiten Bereichs der Musiktherapie, dem dort gegenwärtig aber offensichtlich auch insgesamt zu wenig Beachtung geschenkt wird, obgleich er auch im Hinblick auf einen spezifisch musiktherapeutischen Erfolg innerhalb der künstlerischen Therapien als nicht unwesentlich angesehen werden darf. Für die Tanztherapie, die diese Personengruppe – vor allem junge Frauen – zunehmend mehr aufsucht, dürfte die größere Berücksichtigung der musikalischen Dimension als durchaus entscheidender therapeutischer Größe, die dort weitgehend eher beliebigen Charakter trägt, ebenfalls von Bedeutung sein.

Musik als psychophysische Kategorie

1. Musik kann primär als Erzeugen und Erzeugnis von Bewegung durch Bewegung definiert werden. Musik wirkt demnach auch durch die Arten von Bewegungen, mit denen sie erzeugt wird. Sie lassen sich analysieren und systematisch vollziehen anhand der Ordnungskategorien Kraft/Energie/Dynamik, Zeit/Tempo, Raum/Ambitus und Form/Fluß/Gestaltung (Aufbau, Gliederung, Phrasierung, Artikulation) (vgl. *Laban* 1988).

Das Ohr ist die wichtigste Kontrollinstanz für musikalische Intention und Wirkung. Diese werden aber erst durch adäquate Bewegungen bewirkt:

- Kongruentes und analoges bewegungsmäßiges Umsetzen von Vorstellungen ermöglichen ihre zufriedenstellende Klangwerdung (*Hörmann* 1989).
- Das Umsetzen bzw. die Rückübersetzung von Klangprozessen in Bewegung erlaubt Rückschlüsse auf den Grad psychophysischen Musikverstehens und auf den Grad des Be- und Er-greifens der ästhetischen Dimension in der Musik- und Selbstwahrnehmung – oder nach G. Mühle (1955) – auf die subjektiv begründete handschriftliche und objektbezogene gestische Gebärde.

Bewegung ist immer Ausdruck, nach Lavater, dem Begründer der Ausdruckspsychologie, grob einteilbar in personalen oder personabgelösten Ausdruck (*Hörmann* 1981, 1984).

2. Sofern beim Musikerzeugen und Musikanhören nur das klangliche Produkt, der Schall, beachtet wird,

Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 2 (1990) 95–102
© Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York

kann davon ausgegangen werden, daß sich das Interesse (= Dabeisein) des Menschen vorwiegend auf das Ohr reduziert. Ein solches eingeschränktes, eindimensionales Musikverständnis läßt sich dann in der Musiktherapie mehr oder weniger notgedrungen durch hypothetische Konstrukte, die an Theorien der Sozialwissenschaften, Informatik, Psychoanalyse, Gestaltpsychologie usw. angelehnt sind, kompensieren. Damit aber kann Musik zum bloßen Vehikel außermusikalischer Ziele werden, was umso bedenklicher stimmen muß, als ja mit dem Abstand des therapeutischen Anliegens zur Musik eine Entfremdung von Musik und Mensch einhergeht. Mit dem Grad der Entfernung voneinander wird damit zwangsläufig ein Prozeß kultiviert, der ohnehin die von der Musikindustrie bestimmte Musikrezeption charakterisiert.

Diese ist u.a. dadurch gekennzeichnet, daß ein Großteil von musikimmanenten und von Musik ausgehenden Wirkungen sich in den „toten" Leibern verliert:

- in den bewegungsentwöhnten Körpern kommt es vergleichsweise weniger und punktueller zur Resonanz (die vielen Ausnahmen sind durchaus geeignet, die Regel zu bestätigen) (vgl. auch *Kapteina H.* 1980).
- Die feststellbare Resonanz ist eine vorwiegend physiologische, wie sie durch den in der Rock- und Popmusik dominierenden, vom Frequenzspektrum her gesehen undifferenzierten Geräuschanteil verursacht wird (*Flender/Rauhe* 1989). Dieser muß wegen seines schnellen Abnutzungseffekts durch Phonstärken untermauert werden, die bis an die Grenzen des physiologisch Erträglichen reichen und oft genug bereits in jungen Jahren zu bleibenden Gehörschäden mit all den bekannten Folgen sozialer Isolation und psychischer Verelendung führen (siehe SPIEGEL-Bericht vom 2. April 1990).
- Aufgrund der Annahme einer psychophysischen Einheit findet auch kein „per-sonare" (C. G. Jung) statt. Die schlaffe oder gepanzerte Muskulatur (Espenak 1985) ermöglicht, wenn überhaupt, nur noch reduzierten tónos (= Spannung – Entspannung).
- In einem ungestimmten bzw. nur mäßig (ein)stimmbaren Körper, dem also die innere Homöostase zur leiblichen Resonanz von Tönen (= akustisch übermittelten Spannungsträgern) abgeht, verpufft angesichts der heutzutage reizüberfluteten Realzeit nicht selten selbst die ausdrucksstärkste und wirkungsvollste Musik.
- Diese Gegebenheit emotionaler Abstumpfung und damit einhergehender Körperträgheit, Bewegungsarmut und verminderte Fähigkeit zu psychophysischem Musikwahrnehmen und -verstehen wird von der Musikindustrie durch Verfestigen des passiven Verhaltens affirmiert, indem der Hörer nichts mehr selber zu tun braucht: Es wird für ihn gesungen, musiziert und getanzt.
- Verschiedenartige, vom persönlichen Tempo abweichende Musik wird bei Bewegungsmangel signifikant unsympathischer empfunden (*Röthig/Nicol* 1983).

Zur Situation in der Musiktherapie

Die Erfolge, die eine außermusikalisch orientierte und damit auf ein möglicherweise unangemessenes und ungewolltes Menschenbild (*Meinberg* 1988) ausgerichtete Musiktherapie trotzdem vorweisen kann, scheinen demnach eher Handlungsweisen zu verdanken zu sein, die mit Musik kaum etwas oder allenfalls entfernt mittelbar zu tun haben und bei denen Musik lediglich als Erfüllungsgehilfe im Sinne von „Mit Musik geht alles besser" fungiert.

So z. B. scheint vor allem in der Musiktherapie mit Kindern der Erfolg zu einem großen Teil vom bloßen Anfassen herzurühren. Die Art und Weise sowie die Häufigkeit und Dauer der Berührungen erlauben möglicherweise nicht unwesentlich das beabsichtigte und somit nicht ganz zurecht als musiktherapeutisch ausgegebene Einwirken auf Verhalten und Einstellung der jungen Patienten (vgl. *Montagu* 1974).

Des weiteren konnte empirisch-experimentell festgestellt werden, daß bei derselben Tätigkeit, die Personen acht Minuten lang ausführen, der bloße Einsatz von Musik die körperliche Beteiligung beträchtlich verstärkt: Signifikant nahm die Herzfrequenz zu und erhöhten sich die Hormonwerte (Noradrenalin und Adrenalin) (s. *Medau/Nowacki* 1988). Die lediglich außengesteuerte, passiv aktivierte physiologische, zentralnervöse Stimulierung bewirkt einerseits ein wohltuendes emotionales Affiziertwerden, erzeugt andrerseits aber auch Streß und kann damit kontraindiziert sein.

Eine solche Kontraindikation liegt nicht selten in der Praxis von Vertretern der „Musik in der Medizin" vor, z. B. in der Verwendung von Kopfhörern zur Beschallung von Patienten vor und nach ihrer Operation. Der durch das Leiden und die Angst vor der Operation permanent wirksame Streß mit all seinen vegetativen Symptomen kann durch Musikreize durchaus noch gesteigert werden. Musik aktiviert schließlich vielerlei zentralnervöse Prozesse und Strukturen mit Auswirkungen auf Psyche und Psychosomatik wie auch auf das ästhetische Empfinden, auch dann, wenn Angst und Akutschmerz durch Tranquilizer gemindert werden. Der nicht fachgerechte Einsatz von Musik in der Anästhesie ist wegen der Folgen für das postoperative Musikerleben in Frage zu stellen.

Als bemerkenswertes Desiderat in der (psychotherapeutischen) Musiktherapie kann auch das nur rudimentäre Training der Ansprechbarkeit auf verschiedene Musikarten und -stile angesehen werden. Insbesondere solche Patienten, die sich sog. klassischer Musik widersetzen, was darauf schließen läßt, daß sie durch die schlagzeugbetonte Pop- und Rockmusik unterentwickelt und verbildet sind (s. Frankfurter Rundschau v. 8.2.1990) – bekanntlich kennzeichnet einseitige und reduzierte Verwendung von Parametern aus der Vielzahl möglicher und vorhandener musikalischer Substanzen und ihrer Konfigurationen weite Teile dieser Musikrichtung –, werden in der Praxis der Musiktherapie häufig als nicht geeignet angesehen, obgleich nicht auszuschließen ist, daß gerade sie die Musiktherapie nötig hätten und sich aufgrund ihrer emotionalen Eingeschränktheit, wie sie sich in solcherart verarmter Musikpräferenz und -rezeption offenbart, diejenige Population darstellt, die für Musiktherapie besonders in Frage kommt. Da einem psychischen Leiden häufig eine unter- oder fehlentwickelte Fähigkeit, mit dem Dasein und seiner Realität umzugehen, also mangelnde Bildung bzw. Fehlbildung zugrundeliegt, dieses sich denn auch in jedwedem Umgang mit Musik als humanem, personalem oder personabgelöstem Prozeß oder Produkt zeigt, ist am ehesten an

diesem Punkt mit Konsequenzen sowohl für die Musik- als auch für die Tanztherapie zu rechnen.

Folgerungen für die Theorie und Praxis von Musik- und Tanztherapie

Die obig angedeuteten musikpsychologischen Merkmale des Musikmachens und -hörens und der Qualität und Quantität des damit zusammenhängenden Musikerlebens lassen eventuell ein Umdenken und eine neue Prioritätensetzung für einige Bereiche der Musik- und auch Tanztherapie erforderlich erscheinen.

1. für die aktive Musiktherapie

Da der erzeugte Klang, wenn er befriedigt, Ergebnis und Belohnung für die korrekte Ausführung geeigneter Bewegungen darstellt, menschliche Bewegungen aber ohne nonverbalen, gestischen Ausdruck kaum denkbar sind, ergibt sich für die aktive Musiktherapie die Notwendigkeit, für Bewegungsausführungen zu sensibilisieren und darauf zu achten, ob eine Bewegung einen Sinn hat, ob sie sinnentleert, sinnverfehlt oder sinnvoll ist und welchen Sinnbezug sie ggf. hat.

Das Wort Sinn trägt bereits de- und konnotativ die Ebenen in sich, die bei einer Bewegung beteiligt sind:
- die sinnliche, physiologische Ebene, wozu vor allem der motorische, haptische, akustische, aber auch der visuelle, eigentlich sinnfällige Sinn gehören.
- die kognitive, logische Ebene, die den gedanklichen Sinnbezug und die Sinnvermittlung meint. Sie stellt die Sinnlosigkeit oder Sinnigkeit einer Idee oder Handlung fest.
- Die Übereinstimmung der beiden Ebenen bzw. ihre Diskrepanz zueinander schlagen sich in der emotional-affektiven Ebene nieder. Kategorien wie Iso- und Levelprinzip können hier als Interventionsparameter herangezogen werden.

In der Gruppenimprovisation äußert und konzentriert sich die nonverbale Kommunikation hauptsächlich auf den Gebrauch der Hände, die den Klang erzeugen und seine prozessuale Ausführung übernehmen. Sie werden von Auge und Ohr kontrolliert. Ob die musizierende Handlung zur Gestalt wird, einen kommunikativen Wert gewinnt oder afunktional gelten kann, sich damit aber ihrer Analyse trotzdem nicht entzieht, hängt wesentlich von dem Ausmaß an bewegungsmäßig differenziertem und sensibilisiertem Gebrauch der Hände ab.

Die sinnordnende Tätigkeit der Hände sollte ganzkörperlich und in Bezug zu übergreifenden Mustern gesehen werden, wie sie die Beachtung von Gesetzen der Synästhesie (*Hörmann* 1982) ermöglicht. Ihre Berücksichtigung führt zur sinnerweiternden Einordnung manueller Tätigkeit in vielfältigste Zusammenhänge gestischen Ausdrucks.

2. für die rezeptive Musiktherapie und für die Tanztherapie

Da Musikhören weitgehend als sowohl partielles als auch vielschichtiges Nachvollziehen von Bewegung bzw. einer tönend bewegten Form aufgefaßt werden muß, die sichtbar aktivierte Bewegung jedoch ebenso wie die bar jeglicher Pantomimik gewordene innere Bewegung das Resultat mannigfaltiger entwicklungspsychologischer Prozesse darstellt, erfordert auch die rezeptive Musiktherapie ein Aktivieren des Körpers in Form von Bewegungen, die einerseits aufgrund ihrer persönlichen Ausdrucksbesetztheit Aufschluß über die personale Gestimmtheit und Fähigkeit nonverbaler Stellungnahme zur augenblicklich rezipierten Musik geben, die andrerseits aber auch Ansätze zur therapeutisch-pädagogischen Einflußnahme (*Schmölz* 1980) auf so mannigfaltige Bereiche wie Körperschema, psychophysisches Bewegungs-/Ausdrucks-/Kommunikationsrepertoire und kognitiv-affektives Selbstkonzept bieten.

Die exemplarische Rückführung der mit zunehmendem Alter erworbenen und ausgebauten gestischen Abstrahierfähigkeit beim Musikhören auf konkretisierte Bewegungen unter Beachtung der ihnen zugrundliegenden natürlichen d. h. anatomisch-physiologischen Gesetzmäßigkeiten bindet bewegungs-, musik-, erlebnis- und einstellungskonstitutive Komponenten aneinander. Die häufig anzutreffende Unfähigkeit, körperlich sichtbar auf Musik zu reagieren oder sie gar stellungnehmend zu gestalten und das damit einhergehende Unbehagen sind wichtige Indizien für mangelnde Selbstwahrnehmung, Ausdrucksfähigkeit und personale Präsentation.

Eine handlungsaktivierende, auf psychophysisches Musikverstehen ausgerichtete Musiktherapie verfolgt demnach erlebnisfundierende, -korrigierende und -erweiternde sowie sinnvermittelnde, auch die ästhetische Dimension des Musikerlebens einbeziehende Ziele wie z. B.:
- Sensibilisierung auf den fünf Erfahrungsebenen Alltags-Erfahrung, Theorie, Empirie, Praxis und biographische Erfahrung im Verbund mit den Modalitäten von Selbst- und Fremdwahrnehmung und Prozeß- und Produktbezug sowie den verschiedenen Sinnesebenen (*Hörmann* 1987, 26 ff) z. B.:
  - differenziertere Wahrnehmung von eigenen und fremden Bewegungen;
  - rückkoppelnde Beobachtung ihres sensorisch gestischen Ausdrucks;
  - Verstehenlernen und Anwenden nonverbaler Mitteilungen sowie adäquates pantomimisches Verlebendigen sprachlichen Handelns;
  - vermehrtes Erkennen, Trennen, Einsetzen und Mitvollziehen musikalischer und außermusikalischer Anteile.
- Konzentration, z. B.:
  - Erweiterung der Konzentration auf den enkritischen Aspekt des Musikmachens und -hörens im Hinblick auf das Nachvollziehenkönnen der Form, ihrer Teile, Parameter, Substanzen und deren Konfiguration.
  - Protopathische Bewußtseinsvertiefung, die von der Körperlichkeit als Zustand und Bewegung ausgeht und mit Hilfe anderer Techniken wie autogenem Training (regulativer Musiktherapie nach *Schwabe* 1979) und musikalisch katathymen Bilderleben (*Nerenz* 1965) erweitert werden kann.
- Unterscheidungsfähigkeit, z. B.:
  - Fähigkeit zum Vergleich von eigenem und fremdem Ausdruck und Eindruck, der ihnen zugrundeliegenden sprachlichen und nichtsprachlichen Codes und deren

Bewandtnis sowie die in unterschiedlichen Ansätzen und Stufen zu fördernde Kompetenz zur Aus- und Eindrucksgestaltung.

- Fähigkeit zum Unterscheiden von positiven und negativen Funktionen und Wirkungen von Musik z. B. hinsichtlich physiologischer Effekte (beispielsweise musikalische Kurpfuscherei in der Anästhesie), Verkennung der ästhetischen Dimension (etwa in ausgesprochen funktionsbezogener Therapie) und deren Folgen (z. B. nachklinische Aversion gegen therapeutisch genützte Lieblingsmusik und deren Äquivalent), subkortikale Ideologievermittlung (durch akustisch nicht verständliche, gleichwohl wirksame Texte), subkutane und neuro-vegetative Stimulierung (vor allem durch Pop- und Rockmusik) sowie weitere z. T. gefährliche psychische Konstellationen (wie Vigilanzabwehr mit Formen der Manie [bekannt aus Untersuchungen zur Wirkung von Musik beim Autofahren], des „ozeanischen Gefühls" [kann in bestimmter Stimmungslage suicidfördernd sein] oder daseinserschwerende Realitätsverkennung [wie u. a. anhand des Protagonisten Hanno von *Thomas Mann* in den „Buddenbrooks" oder des Tonio Kröger in der gleichnamigen Novelle geschildert]).

Die Körper- und Bewegungsbiographie als Konstitution des Subjekts im Sinne einer Person-Umwelt-Transaktion, in der die menschliche Existenz als Körperverhältnis ausgewiesen werden kann, das sich im jeweiligen Körpermanagement und seinen organisch-adaptiven, explorativen, zweckfrei-spielerischen, instrumentellen, ex- und impressiven, ästhetischen, kommunikativen, kompetitiven u. a. Sinnkategorien manifestiert, bietet vielerlei Konkretionen musiktherapeutischen Handelns. In ihm lassen sich besonders ergiebig die Intentionen eines physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens an der Körper- und Bewegungskarriere in ihrem wechselseitigen Bezug von biogenetischer Prädisposition und sozialökologisch gegebenen individuell-subjektiven Körper- und Bewegungserfahrungen verfolgen.

Die naheliegende Verbindung von Musik und Tanz und damit von Musiktherapie und Tanztherapie fehlt noch vielerorts. Die Psycholog(inn)en, die auf diesem Sektor z. Z. die regeste Tätigkeit entfalten, betreiben großenteils ohne Berücksichtigung von Anatomie und Bewegungsgesetzen Körpertherapie, bei der Bewegung, Tanz und Musik lediglich als Hilfsmittel zur verbalen Psychotherapie herhalten. Daß musik- und tanztherapeutische Intervention selbst dann noch erfolgreich sein kann, wenn die Therapeutin keinerlei musiktherapeutische Qualifikationen besitzt, belegt die Dissertation von Eva Hartmann (1989).

Anregungen sind kaum aus der Tanztherapie, sondern aus musik- und tanzpädagogischen Instituten zu erhalten. Dort werden Erfahrungen der Lebensphilosophen gepflegt, wie sie sich ursprünglich und weiterentwickelt u. a. in der auf die Antipoden Jaques-Dalcroze und Rudolf Bode zurückgehenden künstlerischen Gymnastik, im Elementaren Tanz von Maja Lex, in Spiel-Musik-Tanz und Bewegungstheater von Annelies Schmolke und Herbert Langhans und in Rhythmik/Tanz niedergeschlagen haben und der Partialisierung, Mechanisierung und Instrumentalisierung des Menschen in heutigen Sportdisziplinen, Fitness- und Bodybuildingstudios entgegenzuwirken versuchen. Die Erkenntnisse und Grundsätze einer zeitgemäßen musischen Erziehung mit ihren Sinnsetzungen wie Ganzheitlichkeit, Kreativität, Freude usw., die wegen der Vereinnahmung durch die Nazis zu Unrecht verdrängt sind, ist dem Import humanistischer Psychologie aus Amerika immer noch weit überlegen (*Röthig 1989*).

Perspektiven

Die obigen Thesen kreisen lediglich um einen, wenngleich maßgeblichen und offensichtlich vernachlässigten Aspekt spezifisch musik- und tanztherapeutischen Tuns. Als nicht weniger zentral und damit zusammenhängend könnte die subliminale Beeinflussung durch Musik angesehen werden und wäre einer eingehenden Erörterung für therapeutische Verwendung wert (*Buddemeier/Strube*). Auch wäre manche Vorstellung, die dem musik- und tanztherapeutischen Handeln zugrundeliegt, in Frage zu stellen. Eine halbwegs säuberliche Trennung (sofern diese möglich ist) von Anteilen, die je nach Art musik- und tanztherapeutischer Intention und Verfahrensweise das musik- und tanztherapeutische Handeln vorrangig bestimmen, nach musikalischen, kommunikativen, psychoanalytischen usw. Gesichtspunkten und Zuordnung zu psychodynamischen Kategorien, mit denen sie in Einklang stehen (bzw. zu stehen scheinen), ist am weitesten von Schwabe (1977, 1979, 1983) und Espenak (1985) geleistet.

Nachbemerkung

Es ist guter wissenschaftlicher Brauch, sich um eine Positionsklärung zu bemühen. Die Analyse der eigenen und das Verstehen fremder Perspektivensetzung läßt sich sinnfällig am Vergleich des Standpunkts im geometrischen, akustischen, biographischen und gesellschaftlichen Raum erklären. Während die Überprüfung der perspektivischen Wahrnehmung in einem architektonischen Raum noch leichtfällt, bestehen schon erhebliche Schwierigkeiten in der Orientierung und im Verstehen der gegenseitigen Standpunkte während oder gar im Anschluß an das Hören von Musik, die sich ja als solche erst durch die Organisation der vergangenen mit der vorweggenommenen bzw. erwarteten Wahrnehmung zum jeweiligen kurzen Zeitpunkt des Erklingens einer Komplexität von akustisch konfigurierten Signalen ergibt. Mit der physiologischen Aufnahme durch Ohr und Körper gehen biographisch bedingte Erfahrungen mit ihren genetischen und sozialisatorischen Einflüssen einher und weiten sich somit zu einem kaum mehr (be)greifbaren Makrosystem.

Eine maßgebliche Leitlinie zum Zurechtfinden bieten die Zielsetzungen. Sie lassen sich in vordergründige, zuweilen vorgeschützte und in hintergründige, paradigmenhafte, den „geheimen Lehrplan" bestimmende Intentionen einteilen. Allein die jeweilige Auffassung von Therapie als „heilen" und/oder „pflegen, sorgfältig behandeln" und/oder „aus- und weiterbilden", wie die einzelnen Aspekte desselben Begriffs heißen und von Fall zu Fall und Zeit zu Zeit unterschiedlich akzentuiert werden, kann zu verschiedenartigen Vorgehensweisen führen (siehe dazu den Überblickartikel in Heft 1/1990, 3–8). Um wieviel mehr erscheint die Reflexion der hintergründigen Zielsetzungen angebracht, die

vom Überleben im Beruf (Burnout-Syndrom), vom (negativ ausgedrückt) Helfersyndrom oder (positiv gesehen) von (christlicher) Nächstenliebe, von Kompensation eigener Minderwertigkeitsgefühle, von Schöngeistigkeit und Künstlertum, pädagogischem Eros oder etwa vom wissenschaftlichen Erkenntnisinteresse (Musik- und Tanztherapie = angewandte Musik- und Tanzpsychologie) geleitet sein kann.

Ein Blick auf die Situation derjenigen Therapieangebote, deren Anbieter keine amtliche Berechtigung zur Ausübung der Heilkunde besitzen und nicht im Therapeutenteam innerhalb einer klinischen Einrichtung tätig sind, erhärtet die Notwendigkeit zur Reflexion des eigenen Handelns. Obgleich auch im Freizeitbereich ausgezeichnete personenbezogene Arbeitet geleistet (*Moscovici* 1989) und somit zu Unrecht die (im übrigen unrealistische) Ausklammerung dieser vielbeanspruchten Facetten inter- und intrasubjektiver Betreuung gefordert wird, verlagert sich das Problem der ca. 500 miteinander konkurrierenden Psychotherapierichtungen (*J. Hemminger/V. Becker* 1985), insbesondere seitdem die Bezeichnung „Psychologe" geschützt ist, zunehmend auf diese freien, nichtärztlichen Praxen, unter denen seit der merklichen Vermehrung von Ausbildungsstätten zur Musik-, Tanz- und Kunsttherapie auch künstlerisch therapeutische Angebote zu finden sind. Vor allem von diesen wird der aus den USA übernommene Ich-Stil in einem Maße favorisiert, das Bedenken angebracht erscheinen läßt. Die mit dem Ichstil verbundenen Symptome wie Egozentrik, Narzißmus, Nivellierung und Unwissenschaftlichkeit gehen auf die gut gemeinte, bei nicht im Patientenstatus sich befindlichen Klienten (solche also, die von dem Attribut „therapeutisch" sich mehr Expressivität, Ichzuwendung und problembezogene Intervention und Diskussion versprechen [*Fritsch* 1989]) aber irreführende Formel zurück: „Alle sind gleich, alles ist gut so. Es gibt kein ‚richtig' und kein ‚falsch'", wodurch jegliche Werte relativiert zu werden drohen und die Betonung von Pluralismus und Egalität so groteske Folgen zeitigen, wie sie etwa aus der Abschiebung von Hochbegabten in die Sonderschulen bekannt sind. Auch wenn dieser „Therapeuten"-kreis im Vergleich zu den klinischen Einrichtungen nicht ins Gewicht fällt, ist die Zahl der mit ihnen in Berührung kommenden Teilnehmer, die sich nicht selten danach zum Aufsuchen professioneller Hilfe genötigt sehen, schwerlich zu bagatellisieren. Nicht zuletzt dürfte das Problem darin liegen, daß in solchen Stätten in kaum reflektierter Weise ein Ich betont wird, das – geschichtlich gesehen – in religiös bestimmten Kulturen Gott vorbehalten war im Sinne des Wunders vom Dornbusch, in dem Moses „Ich bin der ich bin = Jahwe" (Exodus 3,14) zu hören bekam, oder dessen sich kraft Amts Kaiser und Könige bedienten, ausgeweitet in den pluralis majestaticus des „Wir". Hier ersetzt es Sachverstand durch Subjektivismus und Machtphantasien. Descartes' Errungenschaft der Bewußtwerdung des eigenen Daseins und die zu jener Zeit neu gewonnene Selbstgewißheit von der Autonomie und Autarkie des Menschen verabsolutierend, geht ein solches Verständnis, dem Klienten derartige Allmacht zu suggerieren, über die fraglos anzustrebende Freisetzung der eigenen Kräfte hinaus und kann aufgrund der beanspruchten Freiheit und Ichstärke zum Konflikt mit der Realität führen, der Unzufriedenheit, Zukurzgekommenseinsgefühle, Versagenskomplexe und Aggressionen mit sich bringt, die im Schonraum der Intimität von Klient und Therapeut und in der Gruppe ausagiert werden. Der circulus vitiosus fördert die Therapiesucht und sichert solchen Anbietern die Kundschaft. Die Wert- und Geschichtslosigkeit und die Geringschätzung der Sachebene führen zur Aufwertung der Beziehungsebene, wie sie sich im Gruppenkult abspielt, den sich jedoch hauptsächlich die sog. Therapeuten selbst leisten, da sie von ihm profitieren.

Trotz der gewollten Überzeichnung der Situation und wohl wissend, daß das Gros der Kranken und Behinderten mit Hilfe von Selbstfindungstechniken erst einmal soweit unterstützt und geleitet werden, daß sie überhaupt fähig werden, sich zu artikulieren und selbstbestimmt und unbeaufsichtigt leben zu können, dürfte damit die Aversion der Therapie- und Gruppensüchtigen gegen wissenschaftliche Reflexion, wie sie eklatant Dieter Zimmer nach seiner Serie zur Psychoanalyse in der Wochenzeitung „Die Zeit" entgegengeschlagen war, verständlich werden (*Zimmer* 1986, *Eschenröder* 1987).

Wissenschaftliche Erkenntnis hat (bzw. hatte) nach weitgehender Übereinstimmung auf der Abstrahierung vom Ich und auf dem Aufspüren von Gesetzmäßigkeiten zu fußen. Als geeignete Methoden gelten etwa Empirie und Idiographik. In unterschiedlicher Weise dienen beide der Beschreibung von Phänomenen, ihrer Erklärung und der hierauf bezogenen Deutung. Ohne einem Positivismus das Wort reden zu wollen, kommt dem Ausfindigmachen von Fakten besondere Bedeutung zu.

1. Soziographische Symptomatik

Im Kreis von etwa hundert Musiktherapeuten und Musiktherapieinteressenten wurden am 29. April 1990 in Hamburg folgende beide Fragen gestellt:

- 1. Wer war schon mal Mitglied in einem Sportverein?
- 2. Wer ist gegenwärtig noch Mitglied in einem Sportverein?

Auf die 1. Frage meldeten sich sechs Personen, auf die 2. Frage drei. Die Statistik zeigt jedoch, daß „etwa drei Viertel aller Heranwachsenden im Verlauf des Kindes- und Jugendalters irgendwann einmal einem Sportverein angehören, was die Bedeutung dieses Handlungsfeldes für Kinder und Jugendliche unterstreicht" (*Baur* 1989, 151). Der Deutsche Sportbund ermittelte 1988 71 % männliche und 46 % weibliche 15- bis 18jährige Vereinsmitglieder; auf die 14- bis 20jährigen bezogen kam Brettschneider (1989) auf 54 % männliche und 38 % weibliche Mitgliedschaften. Diese Zahlen erlauben die Einordnung der Musiktherapeuten und an Musiktherapie Interessierten in eine eher bewegungsabstinente Gesellschaftsschicht. Noch bemerkenswerter mutet diese Diskrepanz zu der in zahlreichen Erhebungen (aufgelistet in *Baur*, 1989, 127) festgestellten Bedeutung von Bewegungsaktivitäten bei Eltern an: „Immerhin zwischen 60 % und 95 % der Heranwachsenden nehmen bei den Eltern ein mehr oder weniger ausgeprägtes Interesse an eigenen Bewegungsaktivitäten wahr; nur wenige – die ermittelten Prozentanteile liegen deutlich unter 10 % – lehnen derartige Betätigungen ab" (*Baur* 1989, 127).

Wenngleich der augenscheinlichen Distanz der Musiktherapeuten zur Bewegungskultur differenzierter

nachgegangen werden muß, so können doch schon weitreichende Schlüsse für vielerlei Bereiche gezogen werden. Immerhin dürfen Musiktherapeuten mit Patienten rechnen, die der anderen gesellschaftlichen Gruppe mit ausgeprägteren Bewegungserfahrungen angehören. Diese Personen verbinden oder verbanden mit Sport ein Bedürfnis nach körperlicher Ertüchtigung, Wettkampf, Leistung, sich messen und Geselligkeit – Werte, die vielen Therapeuten z. T. wenig gelten, deren Defizit aber für sie nicht ohne Auswirkung ist. Außerdem sympathisieren Bewegungsaktive mit einem breiteren Spektrum von Musik, wie oben bereits erwähnt, woraus sich aber auch ergibt, daß Bewegungsarme nicht nur andere Musik bevorzugen, sondern sich auch im Musikhören und -machen anders verhalten. Die Absolventen der Alexandertechnik (*Stevens* 1989), die an den Musikhochschulen von Sängern und Instrumentalisten in beachtlichem Maße betrieben wird, wissen sehr wohl um den Wert der Körperbeherrschung für das Musizieren.

2. Musik als synästhetische Komponente in den künstlerischen Therapien

Entwicklungspsychologisch gesehen kann Bewegungsarmut als deformierende Entwöhnung von natürlichen Gegebenheiten eingeordnet werden. Schließlich sind die Stadien des Reagierens und zunehmenden Verstehens von Musik kaum in Frage zu stellen. Bekanntlich reagiert das Kleinkind auf musikalische Impulse ausschließlich vegetativ. Das ältere Kind nimmt Musik überwiegend motorisch wahr und versucht, auf motorische Reize entsprechend körperlich zu reagieren. Bei Ermüdung stört die Musik. Erst im weiteren Verlauf der Entwicklung bilden sich mit Zunahme der kognitiven Fertigkeiten die Fähigkeiten aus, einerseit den musikimmanenten Ausdruck zu verstehen und nachzuvollziehen und auch andrerseits Musik als Vehikel von Außermusikalischem aufzufassen und zu gebrauchen.

Zu den von Rauhe (1974, 17) aufgestellten musikinhärenten vier Komponenten kommt also eine fünfte hinzu, die die Beziehungsebene von Musik und Hörer meint (*Hörmann* 1987).

Musik, übergreifend also als psychophysisches Phänomen und Assoziationsmedium verstanden, beansprucht demnach motorische, emotionale und kognitive Fähigkeiten und Erfahrungsfelder, wenngleich in unterschiedlichem Maße. Zuvörderst auf den emotionalen und kognitiven Dimensionen spielen sich Synästhesien (Mitempfindungen), wie sie auf den fünf Erfahrungsebenen im Verbund mit ihren Modalitäten und den verschiedenen Sinnesebenen (s. oben) organisiert und selektiert werden, ab. Hieraus ist denn auch verständlich, warum Musik, Tanz und bildende Kunst usw. als Gefühlsinstanzen gelten und von den Vertretern der jeweiligen künstlerischen Therapierichtung als Alternative und/oder Ergänzung zu verbalen und funktionalen therapeutischen Verfahren propagiert und ausgeübt werden. Gleicherweise nutzen sie schließlich – verallgemeinert und abstrahiert gesehen – das Objekt, das sich zunächst hauptsächlich in seiner Beschaffenheit und seinem Bezug zum akustischen, optischen und visuellen Sinn unterscheidet, zur „Behandlung" des Subjekts, indem jeweils in unterschiedlicher Weise auf dessen drei es bestimmenden Bereiche Einfluß genommen wird: auf das Gefühl durch dessen positive Besetzung, Wohlbefinden ermöglichende konnotative Fundierung und Erlebnisbereicherung, auf die Kognition durch Einstellungsänderung und auf die Motorik durch Änderung und Erweiterung des Bewegungs- und Verhaltensrepertoires.

Aus der Bewußtwerdung um die gemeinsamen Faktoren von Musik, Tanz, Kunst und Verhaltens-, Körper-, Bewegungs- und Selbstkonzept lassen sich die simpel erscheinenden, bereits oben genannten Grundkategorien Kraft/Dynamik/Energie, Zeit/Tempo/Fluß, Raum und Form/Gestalt/Prozeß herleiten. Hierbei können als wichtigste die ersten beiden gelten, da Kraft usw. die aerobe Komponente umfaßt (aerob = den Atem betreffend, wobei zu bedenken ist, daß „Psyche" „Atem" heißt, somit also Psychotherapie wörtlich als beim Atem ansetzende Therapie zu übersetzen wäre), Zeit usw. aber die Ausdauer dieser Tätigkeit betrifft. Kraft- und Ausdauertraining vollziehen sich im Raum und werden formend gestaltet, sei es vorwiegend motorisch in Form von Körperbeherrschung, Bewegungsrepertoire, Verhalten oder akustisch in Form einer Konfiguration musikalischen Materials oder bildnerisch-malend.

Da der Begriff „Rhythmus" für alle Tätigkeitsbereiche in Anspruch genommen wird, sei daran erinnert, daß „Rhythmós" keineswegs nur „fließen" heißt, sondern ebenso „formen, gestalten, begrenzen" beinhaltet, d. h. „rhéein" und „errye" gleichermaßen enthalten sind (s. auch *Flatischler* 1990).

Die Anwendung dieser Grundkriterien im künstlerischen Tun wie auch im therapeutischen Handeln erlaubt die Analyse von den haufenweis publizierten Fallberichten, in denen meist intuitiv, aber eben un- oder allenfalls vorbewußt das eine und andere dieser Kriterien angelegt wird, das denn auch zu den berichteten Erfolgen geführt hat. Die Anwendung dieser Grundkriterien gestattet schließlich auch die nötige Distanz zum Leiden des Patienten und Mitmenschen und erweist sich somit für den Therapeuten als die geeignetste Maßnahme in seiner für ihn unumgänglichen Psychohygiene.

Nicht zuletzt lassen sich mit diesen Kriterien Ziele wie Sinnbezug, wahrnehmungsadäquates Handeln, Selbstsicherheit und Präsentationsfähigkeit in interpersonellen (Gruppentherapie) wie auch in intrasubjektiven (Einzeltherapien) Bereichen erreichen und relativieren damit momentan Sensation für sich beanspruchende Menschenbilder und Wissenschaftskonzepte wie jenes des radikalen Konstruktivismus, demzufolge eine Realität nicht existiert, sondern von jedem und von Fall zu Fall erst gemacht wird (*Schmidt* 1987).

3. Vom Sinn der Bewegung

Erkenntnis, insbesondere wenn sie am eigenen Leib und Empfinden nachvollzogen werden kann, verunsichert. Auch der Therapeut braucht Verständnis und Trost. Bei einem rationalen Wesen wäre oft genug eine Verhaltensänderung zu erwarten. Daß Erkennen keineswegs konsequentes Handeln nach sich zieht, beweist der vergleichsweise verschwindend geringe Erfolg der immensen Antiraucherkampagne. Verunsicherung ist unbequem, das Verharrungsvermögen obsiegt. Gerade die Therapeuten, die wohlwissend

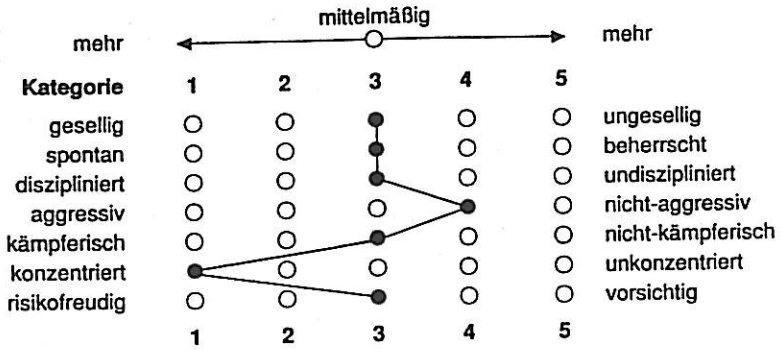

Abb. 1: Tanzen PADs = Psychosocial Activity Dimensions

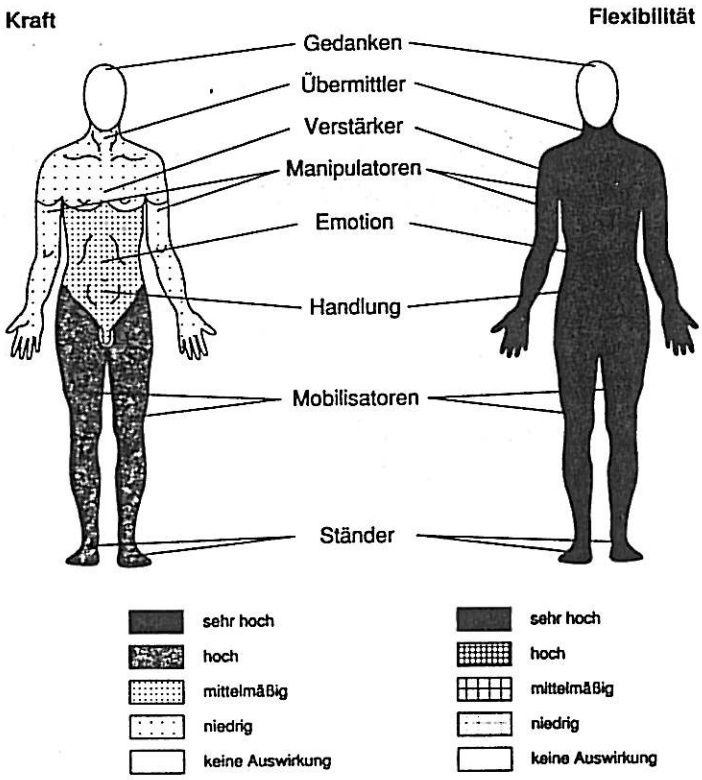

Abb. 2: Tanzen BADs = Body Analysis Dimensions: (Körper)

um den Wert der Eigenaktivität diesen dem Patienten für seinen Gesundungsprozeß empfehlen, verstoßen nicht selten gegen ihre eigenen Prinzipien. Ein zur Gewohnheit gewordenes, im Laufe des Lebens gefestigtes Verhalten zu ändern, verlangt ein hohes Maß an Disziplin – eine Kategorie, die nicht unbedingt als en vogue gilt und die besonders Bewegungsarme im Zeitalter der Berieselung und des (Fernseh-) Konsums, so gut es geht, ignorieren. So bleibt zu wünschen, da Gedanken ja „die Welt verändern" sollen, daß sich der eine oder andere an Musik und Musiktherapie Interessierte aus der Lethargie erhebt und sich zu Musik zu bewegen anfängt. Wie beim Joggen wird er bei etwas Ausdauer alsbald jenen Punkt überwinden, hinter dem das Hochgefühl der Schwerelosigkeit und Lebensfreude beginnt. Um wieviel mehr das Bewegen zu Musik allen anderen Sportarten überlegen ist, hat Gavin (1989) anhand von Tabellen zum Körperschema, Bewegungsradius und Selbstkonzept eindrucksvoll belegt (s. Abb 1–3). Wenn auch das Tanzen weit überwiegend als Frauensache gilt, wohl immer noch nach der Devise Goebbels „Der deutsche Mann tanzt nicht, er marschiert" – nur 7 % der männlichen Sportvereinsmitglieder tanzen, dagegen 93 % Frauen (*Sack* 1985, 221) –, berichten doch immer wieder auch Männer, zwar verschämt, aber glaubhaft, welch intensives Wohlgefühl das Tanzen im stillen Kämmerlein bei ihnen bewirkt und ihnen eine im Sitzen kaum je erreichte Tiefe des Musikerlebens und -verstehens verschafft, das sich wiederum auf das eigene Gestalten im Musizieren und Dirigieren überaus positiv auswirkt. Wie sehr dadurch auch das Verstehen von Popmusikhörern gefördert wird, belegt auch Terhag in seiner umfangreichen Untersuchung über Möglichkeiten und Grenzen der Musikpädagogik: Es sei anzuzweifeln, „daß Musikpädagogen, die beispielsweise früher einmal Rockmusik gehört und dies zudem nur selten getan haben, heute in der Lage sind, das Verhältnis ihrer Schüler zur gerade aktuellen populären Musik besser zu verstehen. Anders verhält es sich mit aktiveren Beschäftigungen wie TANZEN und SPIELEN, die ein stärkeres Maß an Identifikation verlangen und dadurch die häufig beschriebene Andersartigkeit von Rockmusik eher

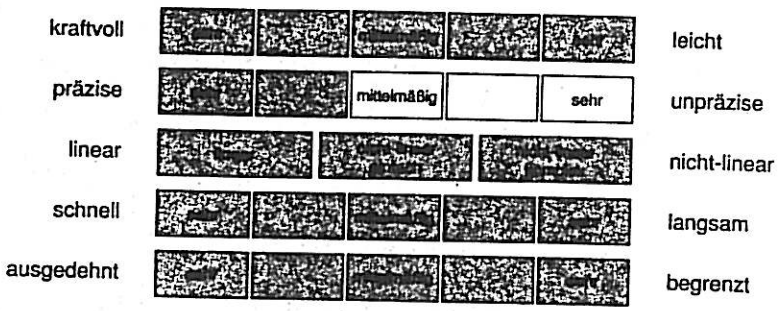

Abb. 3: Tanzen MADs = Movement Analysis Dimensions

erfahrbar machen" (1989, 248). Der Tänzer wird somit für seinen Aufwand an Training, das alle Vorzüge sportlicher Betätigung umfaßt und übergreift, ohne das Unfallrisiko (*Hartel/Steinmann* 1987) einzugehen, von dem riesige Sportkliniken zeugen, für sich selbst und seinen Musikgenuß sowie gleicherweise für sein künstlerisch therapeutisches Handeln überreich entschädigt.

Literatur

1. *Baur, J.:* Körper- und Bewegungskarrieren. Schorndorf 1989
2. *Brettschneider, W.-D.:* Jugend und Sport. Projektbericht. Paderborn 1989
3. *Buddemeier, H./Strube, J.:* Die unhörbare Suggestion. Forschungsergebnisse zur Beeinflussung des Menschen durch Rockmusik und subliminale Kassetten. Stuttgart 1989
4. *Dollase, R./Rüsenberg, M./Stollenwerk, H.-J.:* Demoskopie im Konzertsaal. Mainz 1986
5. *Eschenröder, Th.:* Hier irrte Freud. Weinheim 1982
6. *Espenak, L.:* Tanztherapie. Durch kreativen Selbstausdruck zur Persönlichkeitsentwicklung. Dortmund 1985
7. *Flatischler, R.:* Der Weg zum Rhythmus. Essen 1990
8. *Flender, R./Rauhe, H.:* Popmusik. Aspekte ihrer Geschichte, Funktionen, Wirkung und Ästhetik. Darmstadt 1989
9. Frankfurter Rundschau v. 8. 2.1990: Das dumpfe Hämmern verkrüppelt die Sinne. Dirigent Denis Vaughan gibt Rockmusik die Schuld an Gewalt
10. *Fritsch, U.:* Tanz im Trend. Aufschwung und Abstraktion im Bereich der symbolisch-expressiven Bewegungskultur. In: Dietrcih, K./Heinemann, K. (Hrsg.): Der nichtsportliche Sport. Beiträge zum Wandel im Sport. Schorndorf 1989, 84–97
11. *Gavin, J.:* Welcher Sport für wen? Mehr Spaß und Lebensfreude durch Ihren typgerechten Sport. München 1989
12. *Gutsche, K.-J./Medau, H. J. (Hrsg.):* Gymnastik. Ein Beitrag zur Bewegungskultur unserer Gesellschaft. Schorndorf 1989
13. *Hartel, W./Steinmann, R.:* Sportverletzungen. Die Kehrseite der Medaille. In: Deutsches Ärzteblatt 84, 1987, Heft 47 C, 1987–1991
14. *Hartmann, E.:* Stressbewältigende und befindlichkeitsverändernde Strategien. Eine empirische Untersuchung zur Frage der sozial- und heilpädagogisch-therapeutischen Wirksamkeit von musik- und tanztherapeutischen Übungen. Frankfurt/Bern/Paris 1989
15. *Hemminger, J./Becker, V.:* Wenn Therapien schaden. Frankfurt 1985
16. *Hörmann, G.:* Handlungsaktivierende Musiktherapie. Münster 1989
17. *Hörmann, G.:* Therapie zwischen Kunst und Kult. In: Musik-, Tanz- und Kunsttherapie – Zeitschrift für künstlerische Therapien. 1/1990, 3–8
18. *Hörmann, K.:* Studie zur Motivation im Musikunterricht. Ein Beitrag zur Didaktik des psychophysischen Musikverstehens. Regensburg: Bosse 1976
19. *Hörmann, K.:* Wahrnehmungsbezogene Musikanalyse. Wolfenbüttel: Möseler 1981
20. *Hörmann, K.:* Musikwahrnehmung und Farbvorstellung. Empirische Grundlagen für Unterricht und Therapie. Weil der Stadt: Lexika 1982
21. *Hörmann, K.:* Musik und Malen in der mehrmedialen Wahrnehmungserziehung. In: Musik und Kommunikation, Heft 10, 1984
22. *Hörmann, K.:* Das Lied in Unterricht und Therapie als Medium erfahrungsorganisierender Musik- und Selbstwahrnehmung. Frankfurt/Bern/New-York 1987
23. *Hörmann, K.:* Die ästhetische Dimension in der Musiktherapie. In: H.-H. Decker-Voigt, J. Th. Eschen, W. Mahns (Hrsg.): Musik und Kommunikation, Band 1. Lilienthal: Eres 1987, 71–90
24. *Hörmann, K. (Hrsg.):* Musik- und Kunsttherapie. Regensburg: Bosse 1986
25. *Hörmann, K. (Hrsg.):* Musik- und Tanztherapie. Münster: Hettgen 1988
26. *Kapteina, H. u. a.:* „Wie unterm Preßlufthammer nur unheimlich schöner!" Bensheim 1980
27. *Laban, R. v.:* Die Kunst der Bewegung. Wilhelmshaven 1988
28. *Medau, H. J., Nowacki, P. E., Bretzel, R., Krause, U., Hahn, A.:* Kreislaufbelastung und sympathikoadrenale Reaktion von jungen Frauen während einer Gymnastik mit und ohne Musik. In: Hörmann, G. (Hrsg.): Musiktherapie aus medizinischer Sicht. Münster 1988, 189–208
29. *Meinberg, E.:* Das Menschenbild in der modernen Erziehungswissenschaft. Darmstadt 1988
30. *Montagu, A.:* Körperkontakt. Stuttgart 1974
31. *Moscovici, H. K.:* Vor Freude tanzen, vor Jammer halb in Stücke gehn. Pionierinnen der Körpertherapie. Frankfurt 1989
32. *Mühle, G.:* Entwicklungspsychologie des zeichnerischen Gestaltens. München 1955
34. *Nerenz, K.:* Die musikalische Beeinflussung des Experimentellen katathymen Bilderlebens und ihre psychotherapeutische Wirkung. Göttingen 1965
35. *Rauhe, H.:* Popularität in der Musik. Karlsruhe 1974
36. *Röthig, P.:* Bewegung – Rhythmus – Gestaltung: Zu Problemen gymnastischer Kategorien. In: Gutsche/Medau 1989, 36–51
37. *Röthig, P./Nicol, K.:* Über den Zusammenahng zwischen Wiederholgenauigkeit und und Sympathiewert bei zyklischen Bewegungen. In: Sportwissenschaft 4/1983, 391–406
38. *Sack, H.-G.:* Soziale Funktionen des Sportvereins im Jugendalter. Teil I. Frankfurt 1985
39. *Schafer, M.:* Klang und Krach – eine Kulturgeschichte des Hörens. Frankfurt 1988
40. *Schmidt, S. J. (Hrsg.):* Der Diskurs des radikalen Konstruktivismus. Frankfurt 1987
41. *Schmölz, A.:* Die Bedeutung der Musiktherapie für die Musikerziehung. In: Lehrerband 4 zu „Hören und Gestalten". Wien 1980
42. *Schwabe, Ch.:* Methodik der Musiktherapie und deren theoretische Grundlagen. Leipzig 1977
43. *Schwabe, Ch.:* Regulative Musiktherapie. Jena 1979
44. *Schwabe, Ch.:* Aktive Gruppenmusiktherapie für erwachsene Patienten. Stuttgart/New York 1983
45. *Stevens, Ch.:* Alexander-Technik. Ein Weg zum besseren Umgang mit sich selbst. Basel 1989
46. DER SPIEGEL 14/1990 v. 2.4.1990: Schlauch im Ohr. Hörschäden
47. *Terhag, J.:* Populäre Musik und Jugendkulturen. Über Möglichkeiten und Grenzen der Musikpädagogik. Regensburg 1989
48. *Ziehe, Th.:* Pupertät und Narzismus. Frankfurt 1984
49. *Zimmer, D.:* Tiefenschwindel. Reinbek 1986

Univ.-Prof. Dr. Dr. Karl Hörmann
Dipl. Musikpädagoge, A-Kirchen- und Schulmusiker
zur Ausübung der Heilkunde berechtigter Therapeut
Leiter des Instituts für Musik- und Tanzpädagogik
u. d. Forschungsstelle f. Musik- und Tanztherapie
Deutsche Sporthochschule Köln
Carl-Diem-Weg 6
D-5000 Köln 41