

Epidemiologie des Hirnschlages

Zerebrovaskuläre Arbeitsgruppe der Schweiz (ZAS)
und Schweizerische Herzstiftung (SHS)¹

Lernziele

1. Kenntnis der Definition des Hirnschlages (WHO-Nomenklatur)
2. Kenntnis der Inzidenz und Prävalenz des Hirnschlages
3. Kenntnis der epidemiologisch bedeutsamen Folgen des Hirnschlages

Zusammenfassung

Der Hirnschlag stellt die dritthäufigste Todesursache nach Herz- und Krebserkrankungen in den industrialisierten Ländern dar und ist die häufigste Ursache für im Erwachsenenalter erworbene Behinderung. Genau diesem Umstand kommt eine entscheidende Bedeutung in der Behandlung und Prävention zu. Nach dem ersten Auftreten von fokalen zerebralen ischämischen Symptomen ist bis nach 5 Jahren mit einer 30prozentigen Wahrscheinlichkeit mit einem Wiederauftreten zu rechnen, wobei das Risiko im ersten Jahr mit 12% am grössten ist. Die Inzidenz wird mit 150/100 000/Jahr oder mehr angegeben.

Definition

Der Hirnschlag wird definiert als akute, fokale Funktionsstörung des Zentralnervensystems vaskulärer Genese. Etwa 85% sind ischämisch und etwa 15% sind hämorrhagisch bedingt. Dauern die Symptome weniger als 24 Stunden, spricht man von einer transitorischen ischämischen Attacke, dauern sie länger als 24 Stunden, von einem Hirnschlag, oder synonym Schlaganfall (engl. «stroke») [1].

Inzidenz und Prävalenz

Der Hirnschlag stellt die dritthäufigste Todesursache nach Herz- und Krebserkrankungen in industrialisierten Ländern dar [2]. Die Inzidenz beträgt hier etwa 150/100 000/Jahr. Die Mortalität variiert von Land zu Land mit einer Bandbreite von 20 bis 250/100 000 pro Jahr. Für die Schweiz betrug die Mortalität für alle Altersgruppen 20/100 000 (Frauen) bzw. 37/100 000 (Männer) im Jahre 1985 und lag damit weltweit am tiefsten. Im Gegensatz dazu betrug die Mortalität in Bulgarien im gleichen Zeitraum für Männer 249/100 000 und war damit am höchsten [3]. Innerhalb Europas ist die Mortalität des Hirnschlages am tiefsten in den Niederlanden, in skandinavischen Ländern und in der Schweiz, am höchsten in Osteuropa (Tab. 1) [3]. Die erhobenen Daten fassen auf Sterbestatistiken der WHO mit ICD-8- und -9-kodierten Daten, welche jedoch keine Rückschlüsse auf die Ätiologie des einzelnen Hirnschlages erlauben. Aus der Tabelle 1 geht ebenfalls hervor, dass die Mortalität in vielen Ländern rückgängig war. In den USA

Tabelle 1

Mortalität an Hirnschlag für 40- bis 69jährige im Vergleich und Änderung zwischen 1970 und 1985 [3].

Land	Männer Mortalität pro 100 000	Frauen Mortalität pro 100 000	Änderung in % der Mortalität 1970 vs. 1985 (Männer)
Bulgarien	249,2	155,8	+2,2
Ungarn	229,4	130,4	+3,9
Rumänien	176,6	129,2	+0,6
Japan	106,9	60,4	-7,1
Schottland	99,3	77,0	-3,1
Finnland	98,1	57,3	-3,6
England	70,6	54,2	-3,3
Deutschland	68,2	38,8	-3,3
Frankreich	60,4	28,1	-4,5
Norwegen	54,8	34,6	-3,5
Schweden	48,1	30,5	-2,7
USA	45,4	35,1	-5,7
Kanada	39,1	28,3	-4,6
Schweiz	37,8	20,6	-4,1

Korrespondenz:

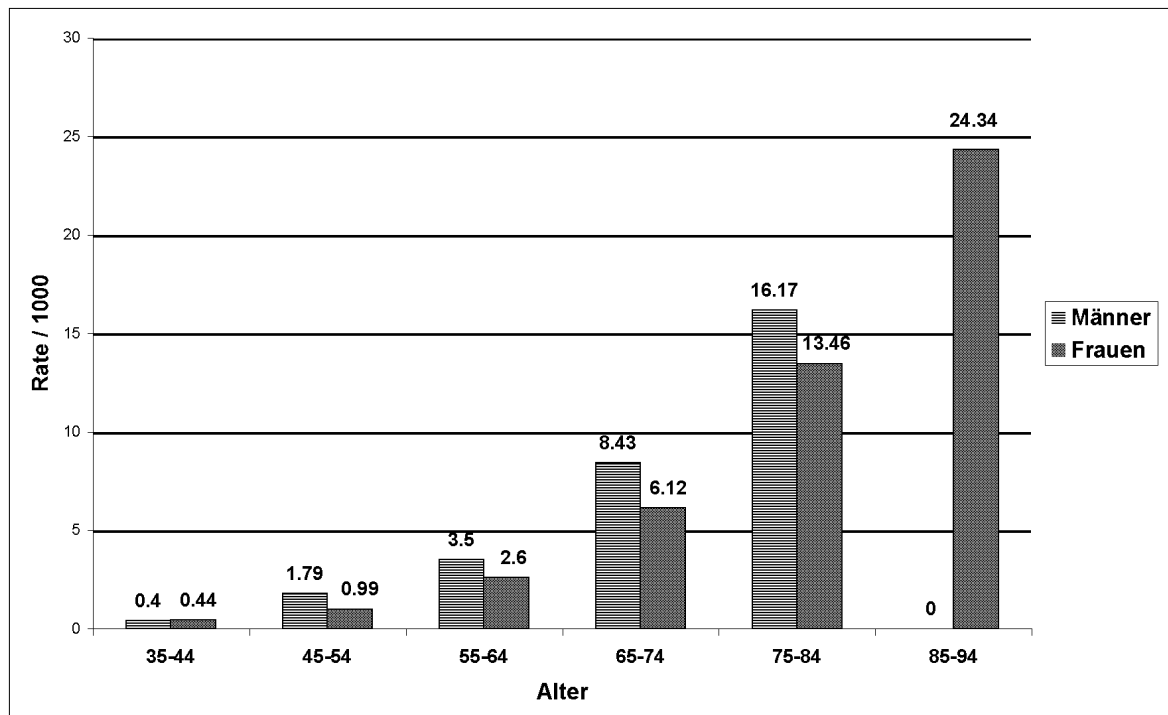
PD Dr. med. Philippe A. Lyrer
Neurologische Universitätsklinik
Kantonsspital
CH-4031 Basel
E-mail: lyrerp@uhbs.ch

¹ Folgende Personen haben einen unentgeltlichen Beitrag zur Erstellung der Fachartikel beigetragen:

M. Arnold, Bern; A. Barth, Bern; C. Bassetti, Bern; R. Baumgartner, Zürich; S. Beer, Valens; J. Bogousslavsky, Lausanne; A. Carota, Lausanne; A. Carruzo, Lausanne; G. Devuyst, Lausanne; A. Dupont, Basel; S. Engelter, Basel; P. Erne, Luzern; F. Fluri, Basel; R. Guzman, Bern; S. Heffet, Genève; H.J. Hungerbühler, Aarau; H.G. Imhof, Zürich; E. Keller, Zürich; H. Keller, Zürich; J. Kesselring, Valens; J. Le Floch-Rohr, Genève; K. Loevblad, Bern; Ph. Lyrer, Basel (Redaktor dieses Artikels); F. Mahler, Bern; A. Marx, Lugano; H. Mattle, Bern; B. Meier, Bern; R. Mordasini, Bern; M. Mosso, Zürich; F. Müller, Scherzingen; S. Osswald, Basel; M. Reichhart, Lausanne; L. Remonda, Bern; D. Rüfenacht, Genève; W. Rutishauser, Genève; R. Sztajzl, Genève; L. Regli, Lausanne; J. Rem, Basel; A. Rivoir, Bern; G. Schroth, Bern; C. Städler, Lugano; P. Stierli, Aarau; M. Sturzenegger, Bern; B. Tettenborn, St. Gallen; C. Tosi, Lugano; B. Weder, St. Gallen; S. Windecker, Bern.

Abbildung 1

Inzidenz des Hirnschlags einer definierten Population in Framingham USA [6].



konnte zwischen 1969 und 1987 eine Reduktion der Mortalität durch Hirnschlag für Männer um 40%, für Frauen um 45% nachgewiesen werden [3]. Verschiedene Ursachen für einen Rückgang der Hirnschlagmortalität sind möglich: die Einführung wirksamer Therapien zur Behandlung der Hypertonie, bessere Behandlung des Hirnschlags und dessen Komplikationen mit verbesserten Überlebenschancen, häufigere und frühere Diagnosestellung und entsprechende Sekundärprophylaxe. Bei verbesserten Diagnosemöglichkeiten ist es zudem unwahrscheinlich, dass die Diagnose Hirnschlag weniger häufig gemeldet wird [3, 4].

Im WHO-World-Health-Organisation-Monitoring-Trends-and-Determinants-in-Cardiovascular-Disease-(MONICA)-Projekt, dem eine Morbiditätsstatistik für 27 Länder zugrunde liegt, war die Inzidenz für Hirnschlag ebenfalls höher für Männer als für Frauen. Die untersuchte Population betrug 2,9 Millionen Menschen. Die Inzidenz für 35- bis 64jährige betrug 141-344/100 000 für Männer und 61-294/100 000 für Frauen. Für beide Geschlechter steigt die Inzidenz mit zunehmendem Alter, allerdings verzögert für Frauen, was z.T. die Geschlechtsunterschiede in der erwähnten Population zu erklären vermag [5]. Das gleiche Phänomen konnte auch in der erwähnten Framingham-Studie beobachtet werden. Abbildung 1 zeigt die Verhältnisse zwischen der Inzidenz von Hirnschlag bei Frauen und der bei Männern [6]. Die

Abbildungen 2a-c zeigen einen Vergleich der Inzidenz von Hirnschlag verschiedener Länder, getrennt nach Altersgruppen und Geschlecht [5]. Dabei sind grosse internationale Unterschiede der Inzidenz für alle Altersgruppen feststellbar. Osteuropäische Länder und gewisse nordeuropäische Länder weisen die höchste Inzidenz von Hirnschlag auf: Finnland, Ex-Jugoslawien, Russland und Polen. Die übrigen europäischen Länder weisen wenig unterschiedliche Inzidenzdaten auf [5]. Unterschiedliche Inzidenzen sind auch in den USA nachweisbar. So haben die südöstlich gelegenen Staaten die höchste Inzidenzrate, die westlichen Bergstaaten hingegen die geringste. Als mögliche Erklärung der grossen regionalen Unterschiede in den USA wird die unterschiedliche Zusammensetzung der Bevölkerung mit verschiedenen ethnischen Gruppen angeführt. Demnach haben Schwarze eine höhere Schlaganfallsrate als Weisse [7]. Dies äussert sich besonders in der entsprechend unterschiedlichen Nutzung des Medicare-Systems, welches die höchste Hospitalisationsrate in den südöstlichen Staaten vermerkte [8].

Eine kürzlich publizierte epidemiologische Studie in Deutschland errechnete in einer populationsgestützten Kohortenstudie eine Inzidenz für den ersten Hirnschlag von 2/1000 für Männer und 1,7/1000 für Frauen. Die Letalität nach 28 Tagen betrug 19,4% für alle Hirnschlagarten, am tiefsten war sie für ischämische Hirnschläge mit 11,5% [9].

Abbildung 2a

Inzidenz des Hirnschlags im WHO-Monica-Projekt, internationaler Vergleich in Europa, 35–44jährige [4].

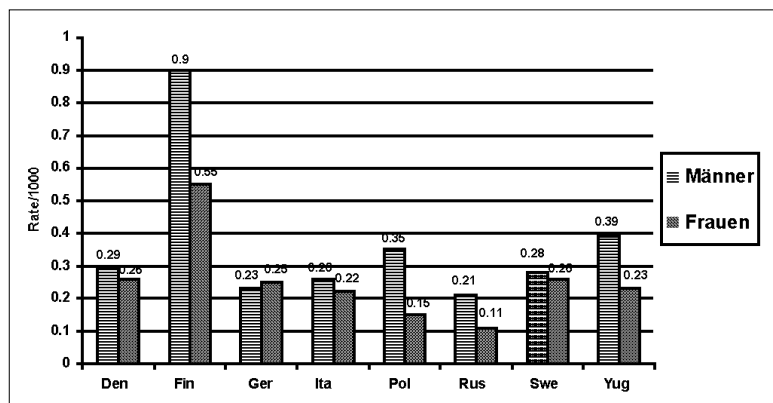


Abbildung 2b

Inzidenz des Hirnschlags im WHO-Monica-Projekt, internationaler Vergleich in Europa, 45–54jährige [4].

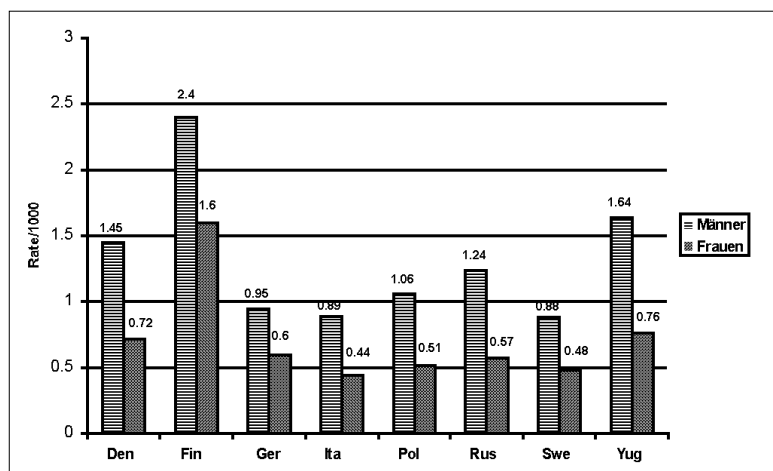
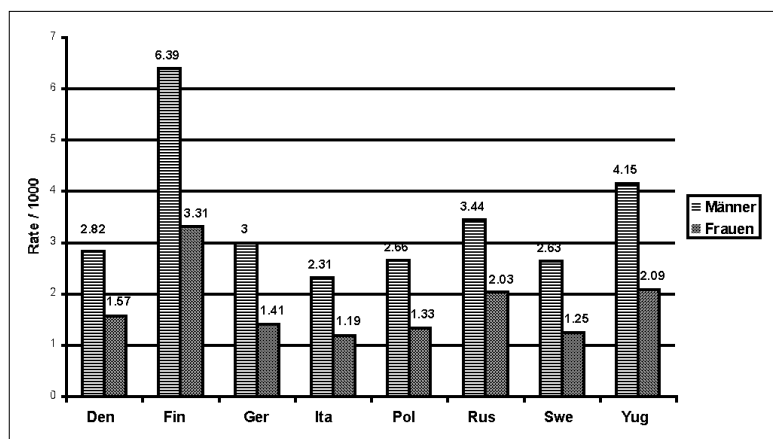


Abbildung 2c

Inzidenz des Hirnschlags im WHO-Monica-Projekt, internationaler Vergleich in Europa, 55–64jährige [4].



Folgen und Kosten

Die Belastung des Gesundheitswesens durch Hirnschläge ist gross, stellen sie doch die häufigste Ursache der im Erwachsenenalter erworbenen Behinderungen dar. Die Behinderung nach Hirnschlag wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Zwei Wochen nach Ereignis sind bis zu 60% der Patienten auf Hilfe für Alltagsaktivitäten angewiesen, 70–80% haben eine Behinderung des Gehens, 20–35% sind aphasisch, 60–75% haben Sehstörungen. Die Kosten eines Hirnschlages sind schwer zu schätzen. Nicht das Ereignis alleine verursacht Kosten, vielmehr sind die oft bereits prä-morbid aufzuwendenden Mittel im Hinblick auf Diagnose einer vaskulären Erkrankung, einer präventiven Therapie oder einer anderen Erkrankung zusätzlich mitzubedenken. Für Schweden wurden für das Jahr 1991 Kosten in Höhe von 232,4 Mio. US\$/1000 000 Einwohner berechnet [10]. Dabei sind Kosten der Rehabilitation bzw. die Kosten der bleibenden Behinderung nicht einbezogen worden.

Aktuelle Daten für die Schweiz wurden dank der Teilnahme mehrerer Kliniken am «International Stroke Trial» (IST) erhältlich [6, 10–12]. Die Datenerhebung fand von März 1993 bis Mai 1996 statt. Ziel der Studie war die Überprüfung der Wirksamkeit von Azetylsalicylsäure und Heparin in der Akutbehandlung des Hirnschlages. 28% der Schweizer Patienten hatten grosse Infarkte im Karotisstromgebiet, 39% partielle Infarkte im Karotisstromgebiet, 16% Infarkte im vertebro-basilären Stromgebiet und 16% hatten lakunäre Infarkte erlitten. Bei 74% wurde ein Computertomogramm des Hirns vor der Randomisierung durchgeführt. Die Nachuntersuchung bzw. Nachbefragung der in der Schweiz behandelten Patienten zeigte, dass nach zwei Wochen 52% der Patienten nach Hause entlassen werden konnten und nach sechs Monaten noch 77% der Patienten lebten. 69% von ihnen lebten zu Hause, 17% in einem Pflegeheim, 6% in einem anderen Spital und 6% in einem Altersheim. Der Anteil der Patienten in Pflegeheimen lag doppelt so hoch verglichen mit den Daten der Gesamtstudie [12]. Es muss angenommen werden, dass die hohe Zahl grosser Infarkte im Karotisstromgebiet zu einer vermehrten Pflegebedürftigkeit der Schweizer Patienten im internationalen Vergleich geführt hat. Daten aus sog. «stroke units» haben gezeigt, dass in etwa 10% der mit Hirnschlag hospitalisierten Patienten ein grosser Infarkt im Karotisstromgebiet besteht [11, 12] und somit der Anteil der Patienten, die schliesslich pflegebedürftig bleiben, geringer sein dürfte als in der IST-Studie beobachtet. Dennoch ist aufgrund dieser Daten mit 400–1200 pflegebedürftigen Patienten infolge Hirnschlages jährlich allein in der Schweiz zu rechnen.

Literatur

- 1 WHO/MNH task force on stroke and other cerebrovascular disorders 1989. Stroke 1989. Recommendations on stroke prevention, diagnosis, and therapy. Report of the WHO Task Force on Stroke and other Cerebrovascular Disorders. Stroke 1989;20:1407-31.
- 2 Bogousslavsky J (ed.). Stroke prevention by the practitioner. Basel: Karger; 1999.
- 3 Bonita R, Stewart A, Beaglehole R. International trends in stroke mortality: 1970-1985. Stroke 1990;21:989-92.
- 4 Thorvaldsen P, Kuulasmaa K, Rajakangas AM, Rastenyte D, Sarti C, Wilhelmsen L. Stroke trends in the WHO MONICA project. Stroke 1997;28:500-6.
- 5 Modan B, Wagener DK. Some epidemiological aspects of stroke: mortality/morbidity trends, age, sex, race, socio-economic status. Stroke 1992;23:1230-6.
- 6 Wolf PA, D'Agostino RB. Epidemiology of stroke. In: Barnett HJM, Mohr JP, Stein BM, Yatsu FM, (eds.). Stroke. Pathophysiology, Diagnosis, and Management. 3rd ed. New York: Churchill Livingstone; 1998. p. 3-28.
- 7 Pickle LW, Mungiole M, Gillum RF. Geographic variation in stroke mortality in blacks and whites in the United States. Stroke 1997;28:1639-47.
- 8 Lanska DJ, Kryscio R. Geographic distribution of hospitalization rates, case fatality, and mortality from stroke in the United States. Neurology 1994;44:1541-50.
- 9 Asplund K, Marké LA, Terént C, Wester PO. Costs and gains in stroke prevention: European Perspective. Cerebrovasc Dis 1993;3(suppl 1):34-42.
- 10 International Stroke Trial Collaborative Group. The International Stroke Trial (IST): a randomised trial of aspirin, subcutaneous heparin, both, or neither among 19 435 patients with acute ischaemic stroke. Lancet 1997;349:1569-81.
- 11 Lyrer P. Neue Ansätze in der Akutbehandlung des zerebrovaskulären Insultes. Schweiz Med Wochenschr 1994; 124:2005-12.
- 12 Mattle HP, Eicher Vella E, Bassetti C, Sandercock P. International Stroke Trial Switzerland: some epidemiologic data. Schweiz Med Wochenschr 1999;129:1964-9.

Sonderdrucke sind ab Herbst 2000 erhältlich bei der Schweizerischen Herzstiftung, Schwarztorstrasse 14, Postfach, 3000 Bern 14.

La version française suivra

Musik als Sprache der Seele

B. Luban-Plozza

Musik wird immer wieder als die universale Sprache bezeichnet und damit als ein Kommunikationsmittel anerkannt, das die herkömmlichen Sprachbarrieren übersteigt. Schon zu Zeiten, in denen sich der Kulturaustausch nur innerhalb Europas abspielte, wurden die Musiker in einem fremdsprachigen Gebiet immer wieder mit Verständnis empfangen. Flämische Musiker in Italien, Händel und Haydn in England, Italiener in Wien, das Verständnis und die wechselseitige Befruchtung kannten jeweils keine Sprachgrenzen.

Joseph Haydn, der trotz seines musikalischen Könnens und Ruhmes ein einfacher Mann geblieben war, und ausser Deutsch nur etwas Italienisch sprach, rief nach seinem Erfolg in England aus: «Meine Sprache versteht die ganze Welt ...» In der Tat verstand die ganze damalige Welt (europazentrisch gesehen) die Musiksprache der Wiener Klassik, und dies scheint sich in diesem Jahrhundert auch für die ganze Welt

zu bewahrheiten. Nicht nur die Länder, die in der europäischen Kultur ihren Ursprung haben (beide Amerikas), sondern auch ganz ferne Kulturkreise wie China und Japan verfielen dem Bann der europäischen Musik. Der Austausch fand aber auch in umgekehrter Richtung statt. Seitdem Claude Debussy an der ersten Weltausstellung im Jahre 1889 in Paris ein Gamelanorchester aus Bali hörte und unter dessen Eindruck bisher fremde Elemente in die europäische Musik integrierte, begann sich das fernöstliche Musikempfinden mit unserem Tonsystem zu vermischen. Obwohl die östliche, besonders die indische Musik, für uns Westeuropäer meistens sehr gewöhnungsbedürftig klingt, erlebten wir in den letzten Jahrzehnten einen immer stärker werdenden Trend zur Weltmusik. Diese sogenannte «World Music», die offenbar einem Zeitgeist der Annäherung und Vermischung der Kulturen entspringt, bestätigt daher die erwähnte Eigenschaft dieses Mediums, Sprach- und Kulturgrenzen überwinden zu können.

«Musik beginnt da, wo die Macht der Worte endet.» Dieser Satz von Claude Debussy deutet auf die Möglichkeit hin, das Unaussprechbare durch die Musik zu übermitteln oder wahrzunehmen. Diese Möglichkeit wurde seit der Frühzeit intuitiv wahrgenommen; daher war die Musik im Verlaufe der Menschheitsgeschichte immer ein fester Bestandteil aller Kulturen, ungeachtet ihres Entwicklungsgrades. Deshalb blicken wir nun auf eine grosse Reihe von Berichten über ihre vielfältige Wirkung auf den Menschen zurück.

Wir können meist nur feststellen, dass die Musik wirkt, aber wir können nicht definieren wie. Allerdings sind die Wirkungen deutlich nachweisbar. So

Korrespondenz:

Prof. Dr. Dr. h. c. B. Luban-Plozza
Collina
CH-6612 Ascona

wird durch Anwendung der Musik erreicht, schwere Hemmungen und Ausdrucksschwierigkeiten gewisser Patienten zu lösen, im Sinne einer Vorbereitung zu einer Gesprächstherapie, die sonst ohne diese Behandlung kaum zustande käme. Aber auch im Verlaufe der Therapie kann die Musik zur Vertiefung der Erkenntnisse dienen, wie auch von vielen führenden Psychoanalytikern bestätigt worden ist.

C. G. Jung hat sich z. B. im Jahre 1956, also gegen Ende seines Lebens, in einem Gespräch mit der grossen Musiktherapeutin Margaret Tilly wie folgt geäussert: «Ich fühle, dass die Musik von jetzt an ein wesentlicher Bestandteil jeder Analyse sein müsste. Sie gelangt zu tiefem archetypischen Material, zu dem wir in unserer analytischen Arbeit nur selten gelangen.» Dieser grosse Kenner der menschlichen Psyche, der auch die Bildsprache gründlich untersuchte, hat hier mehr als angedeutet, dass es eigentlich die schwer definierbare, aber unfassbare Klangsprache der Musik ist, die der geeignete, langgesuchte Schlüssel ist, der den Zugang zur Seele des Menschen öffnet. Er schrieb später: «Was die Musik ausdrückt, entspricht dem, was Phantasien und Visionen durch Bilder ausdrücken. Ich kann nur darauf hinweisen, dass Musik die Bewegung, die Entwicklung und den Wechsel der Motive des kollektiven Unterbewusstseins darstellt.»

Dieses «kollektive Unterbewusstsein» wird einerseits durch Klangbilder symbolisiert, die uns an die dunkle Vorgeschichte des Menschen, oder auch (konsequenterweise) an die verborgenen Ecken unserer Seele erinnern; andererseits aber auch durch Klänge, die in uns eine allgemeine Sehnsucht nach Harmonie und Wohlbefinden erwecken.

Darüber hinaus können wir feststellen, dass die Klangwelt der Musik uns nicht nur in eine überpersönliche Dimension, sondern auch in eine sehr persönliche entführt, die unserem eigenen Leben zugrunde liegt. Diese Dimension ist zwar nicht so sehr mit Mystik behaftet wie das erwähnte «kollektive Unterbewusstsein», dennoch ist sie für uns mit Schleieren umhüllt, die wir nur mühsam, wenn überhaupt, entfernen können. Es handelt sich hier nämlich um alle Erfahrungen, die wir während unserer vorgeburtlichen Lebensphase gemacht haben.

Es ist klar nachweisbar, dass unsere Wahrnehmung der Umwelt schon intrauterin über den akustischen Weg beginnt.

Ab dem 4. Monat nimmt der Fötus den Herzschlag der Mutter, die Körpergeräusche sowie akustische Reize der Aussenwelt zunehmend wahr. Diese beinhalten vor allem die Stimme der Mutter, die daher einen äusserst prägenden Faktor für die vorgeburtliche Entwicklung darstellt, zusätzlich die Stimmen anderer Personen, wie des Vaters. Auch Geräusche und Klänge verschiedenster Art zählen zu diesen Reizen, die sich in der Psyche fest einprägen. Hier ist sehr wichtig zu bemerken, dass diese Entwicklungsphase eine ur-auditive Phase ist, da in ihr der werdende Mensch noch keinerlei Möglichkeit hat, seine Eindrücke visuell zu ergänzen, daher sind alle diese Erlebnisse als Klänge und Geräusche in unserem Ge-

dächtnis gespeichert. In dieser Phase wird allen Anzeichen nach schon der eigentliche Kodex der klanglichen Ausdrucksebene etabliert, der nachher die gesamte präverbale Lebensperiode begleitet. Schon in diesem Existenzstadium entwickelt sich eindeutig die Fähigkeit, den Gehaltsinhalt der verschiedenen Wahrnehmungen der Sprache zu erkennen, dies zweifelsohne nach ihrem melodischen Gehalt. Diese Fähigkeit, die uns auch für später erhalten bleibt, wird durch das bekannte französische Sprichwort treffend umschrieben: «C'est le ton qui fait la musique.»

Mit «musique» ist nicht etwa Musik gemeint, sondern der Gehaltsinhalt der Sprache. Dies soll bedeuten, dass, obwohl die verbale Formulierung in eine bestimmte Richtung zeigt, der melodisch-klangliche Ausdruck die wahre Botschaft übermittelt.

Damit sind wir bei der Bedeutung der nonverbalen Kommunikation angelangt, die uns die Welt der Klänge und deren Modulation bietet. Die Prägung unserer Seele hat offenbar zweierlei Wurzeln: erstens im archetypischen Gesamtgut und zweitens im Bereich unserer prä- und postnatalen Erfahrung. Unbewusst unterscheiden wir, ganz grob gesagt, zwischen «freundlichen» und «feindlichen» Klängen, wobei zwischen diesen Extremen eine feine Skala vieler Nuancen liegt. Gerade dieser Ausdrucksskala bedient sich die Musik, indem sie auf mannigfache Art diese Ausdruckselemente benützt.

Jeder Komponist und jeder improvisierende Musiker greift bewusst oder unbewusst auf diese Ur-elemente zurück. Die unbewusste Ebene ist uns eher präsent, wir denken dabei an das romantische Bild eines «Künstlers». Als Beispiel für die bewusste Anwendung dieser musikalischen Urelemente könnte ein Filmkomponist dienen, der gezielt eine Filmszene mit Klängen untermalt, die nicht nur mit deren Aussage übereinstimmen, sondern ihre Dramatik um das Vielfache verstärken.

Es ist für unsere Betrachtung von grossem Interesse, dass die emotionsgeladenen Botschaften, die wir entweder in diesen gezielt komponierten Klangschöpfungen, oder auch im spontan kreierte musikalischen Ausdruck wahrnehmen, vollkommen interkulturell und bildungsunabhängig sind. Ihre Botschaft entstammt eindeutig einem Fundus der unzähligen akustischen Erfahrungen, die entweder unsere Vorfahren, oder wir selber unbewusst gemacht haben. Die Musik kann sanft und wogend wie die Stimme einer liebenden Mutter klingen, oder auch wie ein gefährliches Untier raunen und in uns entweder liebevolle Gefühle der Wonne oder auch Angst oder Panik erwecken.

Zwischen diesen zwei Polen bewegt sich das immense Aussagespektrum des musikalischen Ausdrucks. Es heisst bei Ringel: «Von allen Künsten kommt der Musik die grösste Bedeutung zu, weil sie – wie nichts auf der Welt – imstande ist, Emotionen zu wecken, und in die Tiefen der Seele einzudringen ...» Somit ist sie, wie C. G. Jung auch festgestellt hat, eine wichtige Hilfe in der Tiefenpsychologie, da sie einen Zugang zum Menschheitsgut der kollektiven Seele verschafft.

In den Ländern der Welt, in denen die moderne technokratische Gesellschaft schon lange das Leben bestimmt, leiden unzählige Menschen an einer deutlichen Entwurzelung, einem Verlust der gesunden Identität. Paradoxerweise entspringt diese Identität nicht einer starken Autonomie oder Isolation des Individuums, sondern eher seiner Beziehung zum Kulturgut, zur echten Folklore des Landes.

Untersuchungen haben bewiesen, dass in den Ländern, in denen durch die Tradition eine echte Beziehung zur Musikfolklore gepflegt wird, diese Entwurzelungssymptome am wenigsten auftreten.

Anhand dieser Tatsachen können wir klar feststellen, dass Musik zum wichtigsten Menschheitsgut gehört, denn kein Zweig der folkloristischen Tradition hat einen vergleichbaren Einfluss auf die psychische Prägung des Menschen.

Somit ist die Musik für uns das *«Menschheitsgut der Seele»*. Sie enthält eine immense Palette von Emotionen, die uns auf eine mannigfache Art innerlich berühren. Unsere Seele offenbart sich hier wie eine dichtbesaitete Harfe, deren einzelne Saiten mit jeder von diesen Emotionen resonieren können. Diese innerlichen Resonanzen entsprechen Gefühlen und Bildern, manchmal sogar Worten, somit bietet sich immer wieder eine Parallele zur Sprache. Im Gegensatz zur Sprache ist die Symbolik des Musikausdrucks aber nicht erlernt, sondern erscheint als Bestandteil des urtümlichen kollektiven *«Wortschatzes»* (Symbol-schatzes) der Menschheit.

Auf diesen nonverbalen *«Wortschatz»* der Symbole bezieht sich die moderne Musiktherapie, die dadurch, wie schon erwähnt, eine Kommunikation auch dann erreicht, wenn das Verständnis auf der verbalen Ebene ganz ausgeschlossen erscheint.

Augustinus sprach von der Musikwahrnehmung als von einer *«geheimsten Innerlichkeit»*. In der Tat geschieht diese Wahrnehmung auf einer sehr intimen Ebene, aber während sich die Menschen durch starke Musikerlebnisse sehr miteinander verbunden fühlen, bieten ihnen die Worte nur eine dürftige Möglichkeit, über diese Erlebnisse miteinander zu kommunizieren. Somit bietet sich sehr oft das Schweigen als das bessere Kommunikationsmittel dar.

Der Komponist Robert Schumann war sich über dieses Problem im klaren, als er sagte: *«Wenn der Mensch etwas sagen will, was er nicht kann, so nimmt er die Sprache der Töne, oder die der Blumen ...»*

Literaturhinweise

- Luban-Plozza B, Delli Ponti M, Dickhaut HH. Musik und Psyche – Hören mit der Seele. Basel, Boston, Berlin: Birkhäuser Verlag; 1988, Neudruck 1993.
- Delli Ponti M, Luban-Plozza B. Il terzo orecchio. Musica e psiche. 4° edizione. Torino: Centro Scientifico Torinese; 1998.
- Luban-Plozza B, Knaak L. Satyriasis im Operngewand. In: Götze H, Simon W. (Hrsg.). Wo Sprache aufhört ... Festschrift für Herbert von Karajan zum 80. Geburtstag – 5. April 1988. Berlin: Springer-Verlag; 1988.
- Luban-Plozza B, Dickhaut HH. Schlaf dich gesund! Entspannungswege bei Stress. 9. Auflage. Stuttgart: Trias Georg Thieme Verlag; 1998.
- Verdeau-Paillès J, Luban-Plozza B, Delli Ponti M. La «troisième oreille» et la pensée musicale. Courlay : Edition J. M. Fuzeau; 1995.
- Pöldinger W, Luban-Plozza B. Vom Wesen der Musik. 2000 (im Druck).
- Luban-Plozza B, Pöldinger W, Kröger F, Laederach-Hofmann K. Der psychosomatisch Kranke in der Praxis. 6. Auflage. Basel: Schwabe Verlag; 1995.