

Aus der Universitätsnervenklinik Erlangen (Direktor: Prof. Dr. FLÜGEL)

Vergleichende psychiatrische Untersuchungen bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen in Westjava

Von

W. M. PFEIFFER

(*Eingegangen am 20. Mai 1963*)

Die indonesische Provinz Westjava ist hauptsächlich von dem malaiischen Volksstamm der Sundanesen bewohnt. Wenn diese mit den Javanen auch nahe verwandt sind, so heben sie sich doch bewußt von ihnen ab und betonen ihre islamische Religiosität. Der konservativen Landbevölkerung stehen die Bewohner der Städte gegenüber, die stärker dem Kulturwandel ausgesetzt sind. In unserer Aufstellung gliedern wir die sundanesische Stadtbevölkerung in eine gehobene Schicht, die etwa Lehrer, Verwaltungsangestellte und Hochschüler umfaßt, und in eine Unterschicht, zu der Fabrikarbeiter, Kulis und Kleinhändler gehören.

Neben den Sundanesen finden sich Angehörige anderer indonesischer Stämme, insbesondere Javanen, in kleinerer Zahl Leute von Sumatra und anderen Inseln. Bei sehr unterschiedlicher Herkunft und sozialer Stellung haben sie gemeinsam, daß sie eine aus der Stammestradition gelöste Stadtbevölkerung darstellen, die den vielfältigen Einflüssen der neuen Zeit besonders offen steht. (Die javanischen Bauern, die im Norden und Osten der Provinz leben, fielen in unserem Einzugsgebiet nicht ins Gewicht.)

Eine weitere Gruppe bilden die Chinesen, die als Kaufleute und Handwerker zur Bevölkerung der Städte gehören, wo sie großenteils in gemeinsamen Bezirken wohnen. Wenn auch Unterschiede zwischen den neu zugewanderten und den schon länger in Java ansässigen Chinesen bestehen, so haben sie doch allgemein ihre Eigenart gegenüber der einheimischen Bevölkerung gewahrt und neigen eher zur Annahme europäischer Kultureinflüsse.

Die Zahl der Europäer und der mit diesen kulturell im wesentlichen übereinstimmenden Indoeuropäer ist zu gering, um sie in der Aufstellung zu berücksichtigen.

Leider waren keine statistischen Unterlagen zu erhalten, aus denen zu ersehen wäre, welcher Anteil den einzelnen Gruppen an der Gesamtbevölkerung zukommt. So muß der vage Hinweis genügen, daß die Landbevölkerung zahlenmäßig am größten ist, es folgt die Unterschicht,

dann die gehobene Schicht der Stadtbevölkerung. Wesentlich kleiner ist die Zahl der Chinesen und schließlich die der Angehörigen anderer indonesischer Stämme.

Bei dem hier ausgewerteten Krankengut handelt es sich um die stationären Patienten der psychiatrischen Krankenhäuser Patjet, Bandung und Tjisarua, die in den Jahren 1957—1960 durch den Verf. selbst untersucht und beobachtet wurden. Das Einzugsgebiet umfaßt

Tabelle 1

Verteilung der Kranken auf die Bevölkerungsgruppen, allgemeine Symptomatik
Prozentzahlen in Klammer

	Sundanesen Stadt gehobene Schicht	Sundanesen Stadt Unter- schicht	Sundanesen Land- bevölkerung	andere Indonesier	Chinesen
Gesamtzahl	180	170	150	55	130
Männer	100 (55,6)	105 (61,8)	85 (56,7)	34 (61,8)	74 (56,9)
Frauen	80 (44,4)	65 (38,2)	65 (43,3)	21 (38,2)	56 (43,1)
Chronische symptomarme					
Psychosen	36 (20)	26 (15,3)	21 (14)	20 (36,4)	56 (43,1)
Akut erregte Zustände	43 (23,9)	56 (32,9)	57 (38)	15 (27,3)	24 (18,5)
Euphorische Stimmungs- lage	56 (31,1)	62 (36,5)	66 (44,0)	16 (29,1)	48 (38,4)
depressive Stimmungslage	37 (20,6)	30 (17,6)	18 (12,0)	9 (16,4)	21 (16,8)
Angst	22 (12,2)	23 (12,9)	22 (14,7)	9 (16,4)	10 (8,0)
Aggression	18 (10)	19 (11,2)	29 (19,3)	13 (23,6)	17 (13,6)
Neigung zu Suicid und Selbstbeschädigung	5 (2,8)	7 (4,1)	2 (1,3)	—	3 (2,4)
Einnässen oder Einkoten	1 (0,6)	—	4 (2,7)	—	5 (4)
Sexuelle Enthemmung	9 (5)	7 (4,1)	8 (5,3)	4 (7,3)	5 (4)

vor allem die Landschaft Priangan mit der Stadt Bandung und dem Bereich von Tjiandjur und Sukabumi, also das Kernland der Sundanesen. Doch kamen auch Kranke aus entfernteren Gebieten, besonders aus Djakarta, zur Aufnahme¹.

¹ Die Untersuchung bezieht sich also im wesentlichen auf das gleiche Krankengut wie der Aufsatz des Verf. in Psychiat. et Neurol. (Basel) 143, 315—333 (1962), der sich allerdings auf den sundanesischen Bevölkerungsteil beschränkt. Die diagnostische Einteilung besonders der Psychosen des schizophrenen Formenkreises wurde nunmehr vereinfacht, wodurch sich Zahlenverschiebungen ergaben. Die hier vorgenommene tabellarische Gliederung stützt sich auf den von MURPHY, WITTKOWER, FRIED und ELLENBERGER ausgearbeiteten Fragebogen. (Section of Transcultural Psychiatric Studies. Questionnaire on Schizophrenia. Montreal 1961.) Zum Vergleich wurden die Angaben von KHO TJOK KHING in Review and Newsletter Transcultural Research in Mental Health Problems 12. Montreal 1962 herangezogen.

Freilich ist die Abgrenzung zwischen den drei Gruppen der Sundanesen nicht minder unscharf als die zwischen den verschiedenen Krankheitsbildern des schizophrenen Formenkreises. Auch hat die diagnostische Zuordnung nicht den Grad von Sicherheit, den man unter klinischen Verhältnissen in Mitteleuropa erwarten würde. Vielmehr ist anzunehmen, daß bei der kurzen Zeit, die dem Verf. für den einzelnen Patienten zur Verfügung stand, ihm manches an Symptomen und gedanklichen Inhalten entgangen ist.

Tab.1 zeigt zunächst die Verteilung der Kranken auf die verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Dabei fällt ein Überwiegen der Stadtbewölkerung auf, das sich durch größere Aufgeschlossenheit für ärztliche Behandlung und geringere Toleranz gegenüber dem Geisteskranken erklärt. Die Zahl der Männer ist bei allen Gruppen größer als die der Frauen. Die Ursache dürfte darin liegen, daß unter den gegebenen Verhältnissen Frauen leichter im Haushalt zu pflegen sind als Männer. Bei den Aufnahmen aus der Landbevölkerung überwiegen akut erregte Zustände weit die chronischen symptomarmen Psychosen; bei der gehobenen Schicht nähern sich die Zahlen einander an, bei den Chinesen ist das Verhältnis umgekehrt. Das bedeutet, daß die Landbevölkerung besonders in akuten Notfällen die Hilfe des Arztes sucht, während der chronisch Kranke in ländlicher Umgebung weitgehend integriert bleibt. Umgekehrt findet sich gerade in chinesischen Familien die Neigung, chronische Geisteskranken auszusondern.

Ein Überblick über die vorherrschende Stimmung läßt allgemein eine größere Neigung zu euphorischer und eine geringere zu depressiver Stimmungslage erkennen. Beide Werte zeigen den größten Abstand bei der Landbevölkerung, bei der städtischen Oberschicht nähern sie sich an.

Manche Besonderheiten in Stimmung und Verhalten lassen sich hinreichend aus der Zusammensetzung des Krankengutes erklären. So ergibt sich das Zurücktreten der Angst und die größere Zahl unsauberer Patienten bei den Chinesen aus dem höheren Anteil chronischer Psychosen. Erst recht ist die Häufigkeit aggressiver Handlungen bei den Kranken aus der Landbevölkerung darauf zurückzuführen, daß in dieser Gruppe Aggressionen einen hauptsächlichen Grund zur Einweisung darstellen. Dagegen kann sich das häufigere Vorkommen aggressiven Verhaltens in der Gruppe der Indonesier anderer Stammeszugehörigkeit dadurch erklären, daß diese Menschen aus Subkulturen kommen, welche — im Gegensatz zur sundanesischen — aggressives Verhalten bejahren (z. B. Menado, Tapanuli). Im Unterschied zu Beobachtungen in Djakarta war die Zahl unsauberer Patienten in unserem sundanesischen Krankengut gering. Masturbation wurde sehr selten vermerkt, wobei eine Scheu des Pflegepersonals mitsprechen mag. Neigung zu Selbstbeschädigung und Suicid war in allen Gruppen niedrig und lag — entgegen der

geläufigen Annahme — bei den Chinesen nicht höher als bei den Indonesiern. Allerdings fielen von drei vollzogenen Suiciden, die zu unserer Kenntnis gelangten, zwei auf Chinesen und eine auf eine Indoeuropäerin. Bei den Suicidversuchen der Sundanesen handelte es sich durchweg um abrupte Dranghandlungen oder Kurzschlußreaktionen, die in keinem Fall zu einer gefährlichen Schädigung führten.

Während erotische Enthemmung bei den verschiedenen Bevölkerungsgruppen ohne ausgeprägte Unterschiede vorkam, zeigten die weiblichen Patienten indonesischer Herkunft wesentlich häufiger ein

Tabelle 2. *Verteilung der Diagnosen*
Prozentzahlen in Klammer

	Sundanesen Stadt, gehobene Schicht	Sundanesen Stadt Unter- schicht	Sundanesen Land- bevölkerung	andere Indonesier	Chinesen
Gesamtzahl	180	170	150	55	130
Schizophrenie	118 (65,6)	108 (63,6)	84 (56,0)	44 (80,0)	99 (76,2)
Manisch-depressive Erkrankungen	7 (3,9)	5 (2,9)	5 (3,3)	2 (3,6)	10 (7,7)
Involutive und atyp. endog. Psychosen	20 (11,1)	13 (7,7)	15 (10,0)	2 (3,6)	5 (3,8)
Akute Verwirrtheitszu- stände unklarer Ätiologie	8 (4,4)	13 (7,7)	13 (8,7)	—	3 (2,3)
Körperlich begründbare Psychosen	8 (4,4)	20 (11,8)	28 (18,7)	4 (7,1)	4 (3,0)
Psychoreaktive Störungen	6 (3,3)	1 (0,6)	—	3 (5,5)	5 (3,8)
Sonstige	13 (7,2)	10 (5,9)	5 (3,3)	—	4 (3,0)

entsprechendes Verhalten als die männlichen. (Vermerkt in 21 gegenüber 7 Fällen.) So war auch tänzerische Selbstdarstellung und Entblößung des Körpers am ehesten bei Frauen zu finden. Ein Hinweis auf die gesellschaftliche Situation liegt nahe, welche die Frau stark auf das erotische Gebiet verweist, ihrem Verhalten aber wesentlich strengere Grenzen setzt als dem Mann und sie bei Mehrehe und häufiger Scheidung erotisch oft unerfüllt lässt.

Wie aus Tab.2 hervorgeht, bilden die Psychosen des schizophrenen Formenkreises bei allen Gruppen weitaus den größten Teil der Aufnahmen. Organisch begründbare Psychosen und akute Verwirrtheitszustände unklarer Ätiologie haben ihren Schwerpunkt in der Landbevölkerung und der städtischen Unterschicht. Dagegen kamen psychoreaktive Störungen ausschließlich aus der städtischen Bevölkerung zur Aufnahme. Psychosen des manisch-depressiven Formenkreises machen einen auffällig kleinen Teil der Aufnahmen aus. Sie sind bei Chinesen

etwas zahlreicher vertreten als in den anderen Gruppen, wofür sich wiederum soziologische Gründe anführen lassen.

Innerhalb des schizophrenen Formenkreises sind bei allen Gruppen die hebephrenen, chronisch-symptomarmen und katatonen Krankheitsbilder bestimmend. Paranoid-halluzinatorische Schizophrenien sind

Tabelle 3. *Verteilung der Psychosen des schizophrenen Formenkreises und ihre allgemeine Symptomatik*

Prozentzahlen in Klammer

	Sundanesen Stadt, gehobene Schicht	Sundanesen Stadt Unter- schicht	Sundanesen Land- bevölkerung	andere Indonesier	Chinesen
Schizophrenie Gesamtzahl	118	108	84	44	99
Hebephrenie und blonde Defektzustände	75 (63,6)	62 (57,4)	50 (59,5)	24 (54,5)	62 (62,6)
Katatomie	25 (21,2)	38 (35,2)	23 (27,4)	12 (27,3)	22 (22,2)
Paranoid-halluzinat. Schizophrenie	15 (12,7)	8 (7,4)	11 (13,2)	7 (15,9)	13 (13,1)
Systemat. paranoide Psychosen	3 (2,5)	—	—	1 (2,3)	2 (2,2)
Autismus	92 (78,0)	87 (80,6)	78 (92,9)	32 (72,7)	90 (90,9)
Mutismus	9 (7,6)	9 (8,3)	12 (14,3)	2 (4,5)	7 (7,1)
Dynamische Verarmung	52 (43,2)	47 (43,5)	28 (33,3)	26 (59,0)	61 (61,6)
Affektive Verflachung und Vergrößerung	63 (53,4)	62 (57,4)	45 (53,6)	30 (68,0)	75 (75,8)
Grob inadäquater Affekt	8 (6,8)	4 (3,7)	5 (5,9)	1 (2,3)	3 (3,0)
Maniriertheit	15 (12,7)	13 (12,0)	9 (10,7)	7 (16,3)	11 (11,1)
Grimassieren	6 (5,1)	3 (2,8)	3 (3,5)	1 (2,3)	2 (2,0)
Störungen des Gedanken- ablaufs	26 (22,0)	22 (20,4)	19 (22,6)	9 (20,5)	18 (18,2)
Störungen der Sprache	4 (3,4)	5 (4,6)	2 (2,4)	1 (2,3)	2 (2,0)
Akustische Halluzinationen	71 (60,2)	59 (54,6)	43 (51,2)	19 (43,2)	40 (40,4)
Halluzinationen anderer Sinnesgebiete	4 (3,4)	3 (2,8)	3 (3,5)	3 (6,8)	4 (4,0)
Leibhaftige Bewußtheiten	2 (1,7)	—	1 (1,2)	—	1 (1,0)

wesentlich seltener, und auch in diesen Fällen sind die wahnhaften Erlebnisse meist flüchtig und wenig ausgeprägt. Systematisierte paranoide Psychosen fanden sich nur in der gehobenen städtischen Schicht. Von den sechs bei Europäern und Indoeuropäern beobachteten Schizophrenien waren dagegen fünf ausgesprochen paranoid.

Das Kernsyndrom bilden bei den schizophrenen Erkrankungen die Veränderungen auf emotionellem und dynamischem Gebiet. Die besonders ausgeprägte Neigung der Landbevölkerung zu mutistischer Abkapselung findet eine Entsprechung im normalpsychologischen Ver-

halten. Das vermehrte Auftreten dynamischer und emotioneller Verarmung bei Chinesen und Indonesiern nicht sundanesischer Herkunft ergibt sich aus dem größeren Anteil chronischer Psychosen, ebenso das Zurücktreten halluzinatorischer Erlebnisse. Störungen des Gedankenablaufs, besonders Zerfahrenheit, sind gewöhnlich. Wiederholt wurden Sprachzerfall, Verbigerieren, Neologismen beobachtet. Unter den halluzinatorischen Erlebnissen führten weitaus die akustischen. Allerdings wurden Halluzinationen der anderen Sinnesgebiete wahrscheinlich

Tabelle 4. *Katatone Symptomatik*
Prozentzahlen in Klammer

	Sundanesen Stadt gehobene Schicht	Sundanesen Stadt Unter- schicht	Sundanesen Land- bevölkerung	andere Indonesier	Chinesen
Katatonien Gesamtzahl	25	38	23	12	22
Still, mehr stuporös	19 (76,0)	27 (71,1)	16 (69,6)	7 (58,3)	18 (81,8)
davon ausgeprägte					
Stuporen	1	1	1	—	3
zur Erregtheit neigend	6 (24,0)	11 (28,9)	7 (30,4)	5 (41,7)	4 (18,2)
davon schwere Erregungs- zustände u. Aggressionen	1	5	2	4	2
Befehlsautomatie	3	1	—	—	—
Echosymptome	1	1	1	—	—

sehr unvollständig erfaßt. Im übrigen lassen sich im Bereich dieser Symptomatik keine sicheren Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen erkennen.

Von den 120 Katatonien waren 87 mehr stuporös, doch lag nur bei 6 ein vollausgebildeter Stupor vor. 33 Patienten neigten zu Erregungszuständen. Häufig waren kataleptische Erscheinungen, Schnauzkampf und Speicheln. Vereinzelt fanden sich Befehlsautomatie sowie Echolalie und Echopraxie.

Wenn auch im Rahmen der Schizophrenie eigentlich paranoide Psychosen selten auftreten, so sind doch weniger ausgeprägte oder flüchtige Wahnerlebnisse bei hebephrenen und katatonen Krankheitsbildern gewöhnlich, ebenso bei körperlich begründbaren Psychosen und akuten Verwirrtheitszuständen unklarer Ätiologie, besonders aber bei den Psychosen des Rückbildungsalters. In Tab. 5 wird ohne Rücksicht auf die Diagnose verglichen, wie häufig in den verschiedenen Gruppen Psychosen mit mehr oder weniger ausgeprägten paranoiden Erlebnissen beobachtet wurden. Dabei ist eine gewisse Betonung der gehobenen städtischen Schicht zu erkennen.

Anschließend werden die Wahnerlebnisse nach ihrer Thematik aufgegliedert. Und zwar lassen sich zunächst zwei Sammelgruppen einander

gegenüberstellen. Die eine umfaßt Wahniddeen, welchen ein Erlebnis der Steigerung des Ich-Gefühls entspricht (z. B. Größen- und Berufungs-ideen); die andere umfaßt solche, die ein Erlebnis der Schwächung und der Gefährdung der eigenen Person ausdrücken (z. B. persecutorische und hypochondrische Vorstellungen). Beide Erlebniskreise durchdringen sich; so ist das Bewußtsein der Erwählung nicht selten mit dem der Verfolgung verknüpft. Es zeigt sich, daß die Neigung zu einem gehobenen

Tabelle 5. *Thematik der Wahnerlebnisse*

Prozentzahlen in Klammer

	Sundanesen Stadt gehobene Schicht	Sundanesen Stadt Unter- schicht	Sundanesen Land- bevölkerung	andere Indonesier	Chinesen
Zahl der Patienten mit Wahnerlebnissen bezogen auf Gesamtzahl der Psychosen (%)	80 44,4	48 28,1	53 35,3	22 40,0	48 36,9
mit Steigerung des Ich-Gefühls	38 (47,5)	23 (47,9)	25 (47,2)	10 (45,5)	10 (20,8)
mit Gefühl der Schwä- chung und Gefährdung	34 (42,5)	20 (41,7)	13 (24,5)	9 (40,9)	23 (47,9)
Verfolgung	12 (15,0)	6 (12,5)	10 (18,9)	3 (13,6)	11 (22,9)
Religion	19 (23,8)	16 (33,3)	11 (20,8)	4 (18,2)	3 (6,2)
davon					
Weltuntergang und Zerstörung	2 (2,5)	—	—	—	1 (2,1)
Berufung und Offenbarg.	13 (16,3)	11 (22,9)	9 (16,9)	4 (18,2)	3 (6,2)
Schuld und Versündigung	4 (5,0)	3 (6,3)	2 (3,8)	2 (9,1)	—
Magische Erlebnisse	19 (23,8)	16 (33,3)	12 (22,6)	6 (27,8)	7 (14,6)
Politik	6 (7,5)	9 (18,8)	6 (11,3)	2 (9,1)	3 (6,2)
Erotik	8 (10,0)	7 (14,6)	10 (18,9)	4 (18,2)	6 (12,5)
Eifersucht	2 (2,5)	3 (6,2)	1 (1,9)	1 (4,5)	2 (4,2)
Hypochondrie	7 (8,8)	3 (6,2)	3 (5,7)	1 (4,5)	10 (20,8)
Besitz	2 (2,5)	2 (4,2)	3 (5,7)	1 (4,5)	5 (10,4)
Technik	2 (2,5)	—	2 (3,8)	—	4 (8,3)

Ich-Gefühl in allen indonesischen Gruppen gleichmäßig ausgeprägt ist, bei den Chinesen aber wesentlich geringer. Demgegenüber ist das Erlebnis der Schwächung und Gefährdung des Ich am häufigsten bei Chinesen zu finden, denen die anderen Gruppen der Stadtbevölkerung mit nahem Abstand folgen.

Entsprechend haben die persecutorischen Vorstellungen ihren Schwerpunkt bei den Chinesen, wobei Beziehungen zur politischen Situation zu erkennen sind. An zweiter Stelle steht die Gruppe der sundanesischen Landbevölkerung. Zur Erklärung ist die Häufigkeit der akuten

Psychosen in dieser Gruppe anzuführen, die besonders zu angstvollen Erlebnissen neigen. Die gedanklichen Inhalte weisen zudem auf Eigentümlichkeiten der Lebenssituation hin (z. B. Gefährdung durch Banden).

Besondere Bedeutung kommt bei den indonesischen Gruppen der religiösen Thematik zu, am häufigsten findet sie sich in der städtischen Unterschicht. Dabei ist Zusammenhang mit der Intensität und der Eigenart des religiösen Lebens deutlich. So treten Vorstellungen wie Weltuntergang und Versündigung zurück und überwiegen — entsprechend der meditativen, auf Erleuchtung gerichteten religiösen

Tabelle 6. *Symptomatik der manisch-depressiven Erkrankungen*

	Sundanesen	Sundanesen	Sundanesen	andere Indonesier	Chinesen
	Stadt gehobene Schicht	Stadt Unter- schicht	Land- bevölkerung		
Manie	3	2	3	1	6
heiter, expansiv	2	2	2	1	4
mehr gereizt	—	—	1	—	2
verworren	1	—	—	—	—
mit Größenideen	2	1	—	1	—
Depression	4	3	2	1	4
gehemmt	4	2	1	1	3
agitiert	—	1	1	1	1
ohne gedankliche Inhalte	3	1	1	—	—
Kleinheits- u. Schuldideen	1	1	—	1	1
Hypochondr. Depression	—	—	1	—	3

Haltung — Erlebnisse der Offenbarung und Berufung. Ähnlich in Häufigkeit und Verteilung sind magisch gefärbte Erlebnisse; und zwar handelt es sich vor allem um Besessenheit, Begegnung mit Geistern und Zauberei.

Auch politische Motive werden am ehesten durch die Unterschicht der städtischen Bevölkerung aufgegriffen, wobei die jeweiligen Schlagworte der Propaganda Verwendung finden. Die erotische Thematik ist in sämtlichen Gruppen verbreitet, ebenso, wenn auch seltener, die der Eifersucht.

Bei den Chinesen treten Religion und Politik als Wahnhinhalte auffällig zurück, was durchaus in Parallele zu ihrer sonstigen Lebensgestaltung steht. Dagegen zeigen sie eine besondere Neigung zu hypochondrischen Befürchtungen; diese Hinwendung auf die eigene Körperllichkeit ist bei ihnen auch außerhalb psychischer Erkrankung eine bekannte Erscheinung. Weiterhin dürfte — trotz der kleinen Zahl — die stärkere Beschäftigung mit Besitz und Technik für die Chinesen bezeichnend sein.

Bei den Psychosen des zirkulären Formenkreises handelt es sich um etwa gleichviel Manien und Depressionen (15:14). Entgegen früheren Ansichten wurden bipolar verlaufende manisch-depressive Psychosen wiederholt beobachtet, und zwar einmal bei einer Sundanesin der gehobenen städtischen Schicht, zweimal bei Chinesinnen. Bei den Manien überwiegen die heiter-expansiven Formen, bei den Depressionen die gehemmten. Gedankliche Inhalte haben wenig Bedeutung; auch wo

Tabelle 7. *Involutive und atypische Psychosen, akute Verwirrtheitszustände unklarer Ätiologie, körperlich begründbare Psychosen*

	Sundanesen Stadt, gehobene Schicht	Sundanesen Stadt Unter- schicht	Sundanesen Land- bevölkerung	andere Indonesier	Chinesen
involutive und andere atypische Psychosen	20	13	15	2	5
mehr euphorisch-expansiv	8	8	9	1	2
mehr depressiv	8	5	4	1	3
wahnhaft Erlebnisse	15	13	12	2	4
akute Verwirrtheitszu- stände unklarer Ätiologie	8	13	13	—	3
delirant-erregter Typ	5	10	10	—	2
stumpf-amentieller Typ	1	2	2	—	1
katatonie Symptomatik	2	1	1	—	—
Psychosen mit bekannter körperlicher Ursache	8	20	28	4	4
davon					
PP und andere luische Psychosen	5	9	9	1	2
Senile Encephalopathie und arteriosklerotische Psychosen	2	8	13	2	4
Parainfektiöse sympto- matische Psychosen	1	2	1	1	—

Kleinheits- und Schuldideen vermerkt sind, beherrschen sie das Krankheitsbild nicht in der Weise, daß man von einer „Schulddepression“ sprechen könnte. Die besonders bei Chinesen beobachteten hypochondrischen Depressionen stimmen jedoch völlig mit den bei uns geläufigen Bildern überein.

In Tab. 7 werden als „involutive und andere atypische Psychosen“ solche Erkrankungen zusammengefaßt, welche schizoformen Symptomatik wie Halluzinationen und psychomotorische Störungen mit ausgeprägten affektiven Zügen verbinden. Sie gehören vorwiegend der Altersstufe oberhalb des 40. Lebensjahres an. Während die entsprechenden Krankheitsbilder im mitteleuropäischen Bereich meist depressiv gefärbt sind,

überwiegt hier die euphorisch-expansive Stimmungslage; freilich zeigen die gehobenen Schichten wieder eine stärkere Tendenz zum Depressiven hin. Im Gegensatz zu den schizophrenen Erkrankungen des früheren Lebensalters gehören bei diesen Psychosen Wahnerlebnisse zum typischen Bild.

Den akuten Verwirrtheitszuständen unklarer Ätiologie kommt größere Bedeutung zu als im mitteleuropäischen Krankengut; sie scheinen sich besonders häufig in den unteren Bevölkerungsschichten zu finden. Es läßt sich ein delirant-erregter von einem stumpf-amentiellen Typ unterscheiden; zudem scheinen einzelne Erkrankungen mit katatoner Symptomatik hierher zu gehören. Die Abgrenzung dieser spontan remittierenden Verwirrtheitszustände gegenüber endogenen und exogenen Krankheitsbildern ist unsicher.

Auch die Psychosen mit bekannter körperlicher Ursache kamen vor allem aus der ländlichen und der unteren städtischen Bevölkerung. Die stärkere Verbreitung der luischen Psychosen in diesen Schichten ist durch mangelnde spezifische Behandlung zu erklären. Unter den 14 progressiven Paralysen waren 6 expansive und 7 stumpf-dementielle Krankheitsbilder, aber nur 1 depressiv gefärbtes. Die Alterspsychosen wurden vorwiegend wegen deliranter Episoden zur Aufnahme gebracht. Bei der Häufigkeit von Infektionskrankheiten ist die Zahl der para- und post-infektiösen Psychosen in unserem Krankengut auffällig gering. Wahrscheinlich sind derartige Zustände etwa bei Malaria und Typhus so geläufig, daß sie nur in besonderen Notfällen in psychiatrische Behandlung gelangen.

Zusammenfassung

Bei einer vergleichenden Untersuchung an 685 psychiatrischen Kranken aus verschiedenen Bevölkerungsgruppen in Westjava fanden sich die gleichen Krankheitsbilder, die in Mitteleuropa geläufig sind. Unterschiede der Verteilung und Ausprägung in den einzelnen Gruppen lassen sich zum Teil aus sozio-ökonomischen Ursachen erklären, so das Überwiegen akut-erregter Bilder bei Patienten aus der sundanesischen Landbevölkerung und das Vorherrschende chronischer, symptomarmer Zustände bei Patienten aus dem chinesischen Bevölkerungsteil. Für die Ausgestaltung der Symptomatologie erwiesen sich vor allem soziokulturelle Faktoren als bedeutsam. Erlebnisse aus der Sphäre der Religion (besonders Berufung und Offenbarung), der Magie und Politik haben ihren Schwerpunkt in der unteren Schicht der sundanesischen Stadtbevölkerung. Bei den Chinesen treten diese Erlebniskreise zurück und haben als Themen Verfolgung, hypochondrische Befürchtungen und Besitz besonderes Gewicht. Schuld- und Versündigungsideen sind bei allen Gruppen auffällig selten; Schulddepressionen (WEITBRECHT)

wurden nicht beobachtet. Aggressionen scheinen bei Patienten häufiger zu sein, die einer Subkultur entstammen, welche aggressives Verhalten sanktioniert.

Andere Besonderheiten sind einer eindeutigen Erklärung noch nicht zugänglich. Hierzu gehört die Seltenheit paranoider Krankheitsbilder, die lediglich in der gehobenen städtischen Schicht und im höheren Lebensalter öfter und ausgeprägter vorkommen. Ebenso findet sich depressive Stimmungslage häufiger in der gehobenen als in der unteren Schicht, die weit mehr zu euphorischer Stimmungslage neigt. Bei den Wahnhinhalten überwiegen unter den sundanesischen Patienten solche, die mit einer Steigerung des Ich-Gefüls einhergehen, während unter den Chinesen Wahnvorstellungen häufiger auftreten, die mit dem Gefühl der Schwächung und Gefährdung verbunden sind. Es liegt nahe, auch hierbei an eine Auswirkung sozio-kultureller Faktoren zu denken, wobei die besondere ethnische Situation des chinesischen Bevölkerungsteiles eine Rolle spielen wird.

Dr. W. M. PFEIFFER,
852 Erlangen, Univ.-Nervenklinik